

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2019.00029 vom 30. September 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2019.00029

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2019.00029 du 30 septembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2019.00029 del 30 settembre 2020

Erwägungen

E. 1

3. Februar 2019

wies die ÖKK die Ein sprache ab (Urk. 2).

E. 1.1

Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§ 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer, in der bis 31. Mai 2020 gültig gewese nen Fassung).

E. 1.2

Nach Art. 24 des Bundesgesetz es über die Krankenversicherung (KVG) übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen.

E. 1.3

) aufgeführten Ausnahmefälle vorliegt, wurde weder von medizinischer Seite noch von der Beschwerdeführerin geltend gemacht.

Der Umstand, dass die Behandlung durch den

Mund -, Kiefer- und Gesichtschirurgen PD Dr. Dr. Y.____

i m Z.____ der F.____ unter Klinikbedin gungen, mithin durch einen Arzt in einem Spital, durchgeführt wurde, ändert nichts daran, dass es sich vorliegen d um eine zahnärztliche Behandlung handelt und die Leistungspflicht daher nicht nach Art. 25 KVG zu beurteilen ist. Denn b e darf die zahnärztliche Behandlung medizinischer Vorbereitungs massnahmen, stellen auch diese Vorkehren, unabhängig von der ausführenden Person, keine Pflichtleistung der Krankenkassen dar. Dabei ist nicht massgeblich, dass eine Behandlung - für sich allein betrachtet - eine rein medizinische Massnahme dar stellt. Ebenso wenig kommt es darauf an, dass der Eingriff nicht in einer Zahn arztpraxis und nur von einem Arzt mit Spezialausbildung durchgeführt werden kann.

An dieser, unter Geltung des mit Inkrafttreten des KVG aufgehobenen Bun desgesetzes vom 13. Juni 19

E. 1.3.1

Gemäss Art. 25 Abs. 1 KVG

übernimmt d ie obligatorische Krankenpflegeversi cherung die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen.

Die se Leistungen umfassen nach Art. 25 Abs. 2 KVG unter anderem Untersuchun gen und Behandlungen , die ambulant oder stationär durchgeführt werden, von Ärzten oder Ärztinnen oder von Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (lit . a).

Die Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 KVG umfassen auch die ärztlich verordneten Analysen, Arzneimit tel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände (lit . b) sowie den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemei nen Abteilung (lit . e).

Die nähere Bezeichnung der Leistungen wurde an den Verordnungsgeber dele giert (Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG).

E. 1.3.2

Zahnärztliche Behandlungen sind in der Regel keine gesetzlichen Pflichtleistun gen gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG ; BGE 124 V 185 E. 3e). In Art. 31 Abs. 1 KVG sieht das Gesetz für den Risikobereich Krankheit Ausnahmen vor, die vom Ver ordnungsgeber in Art. 17 bis 19b

der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kra n kenpflege-Leistungsverordnung, KLV) konkretisiert worden sind. In Art. 17 bis 19b KLV sind die zahn ärztlichen Pflichtleist ungen abschliessend aufgezählt (BGE 128 V 135 E. 2c) .

Liegt kein Tatbestand gemäss Art. 17 bis 19 b KLV vor, besteht keine Kostenübernahmepflicht für die betreffende zahnärztliche Behandlung (BGE 126 V 319 E. 3; Eugster , Krankenversicherung, in: SBVR, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016 , S. 552 f. Rz 478-480).

E. 1.3.3

Unter

Ziff.

E. 1.5

. 1

Gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG müssen die Leistungen nach den Art. 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Satz 1). Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (Satz 2). Es handelt sich bei den in dieser Bestimmung statuierten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmäs sigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) um die grundlegenden, kumulativ zu erfüllenden Voraussetzungen jeder Leistung. Ihr Zweck ist es, eine effiziente, qualitativ hochstehende und zweckmässige Gesundheitsversorgung zu möglichst günstigen Kosten sicherzustellen. An diesem Ziel haben sich alle Akteure im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (d as heisst neben den Versicherten insbesondere auch die Leistungserbringer und die Tarifgenehmi gungsbehörden) zu orientieren (BGE 145 V 116 E. 3.2 mit Hinweisen). 1. 5 .2

Wirksam ist eine medizinische Leistung, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzu wirken beziehungsweise den Verlauf einer Krankheit günstig zu beeinflussen (BGE 145 V 116 E.

3.2.1 mit Hinweisen).

Die Zweckmässigkeit setzt die Wirksamkeit der Behandlung voraus. Dabei gilt jene Anwendung als zweckmässig, welche gemessen am angestrebten Erfolg und unter Berücksichtigung der Risiken den besten diagnostischen oder therapeutischen Nutzen aufweist (BGE 145 V 116 E. 3.2.2 mit Hinweisen).

Die Wirtschaftlichkeit setzt die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Behandlung voraus. Der Leistungserbringer hat sich in seinen Leistungen auf dasjenige Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (vgl. auch Art. 56 Abs. 1 KVG). Die Wirtschaftlichkeit beurteilt sich objektiv und hat vergleichenden Charakter, indem sie eine Rolle spielt, wenn im Einzelfall mehrere diagnostische oder therapeutische Alternativen zweckmässig sind. Diesfalls ist das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen jeder Massnahme abzuwägen (BGE 145 V 116 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

Die Wirtschaftlichkeit im Sinne von Art. 32 Abs. 1 und Art. 56 Abs. 1 KVG bezieht sich nicht nur auf Art und Umfang der durchzuführenden diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, sondern auch auf die Behandlungsform, so etwa auf die Frage, ob eine bestimmte Massnahme ambulant oder (teil-) stationär durchzuführen ist (BGE 126 V 334 E. 2b). Geprüft wird unter diesem Kriterium das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen einer Massnahme, wobei die Krankenversicherer das Recht haben, die Übernahme von unnötigen therapeutischen Vorkehren oder von solchen Massnahmen, die durch weniger kostspielige ersetzt werden können, abzulehnen (BGE 130 V 532 E. 2.2 ; Urteil des Bundesgerichts 9C_703/2012 vom 11. Juli 2013 E. 3.3.1). 2.

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 14. März

2019 Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid vom 13. Februar 2019 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Kosten der allgemeinen Anästhesie (Vollnarkose) zu übernehmen (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 10. April

2019 auf Abweisung der Beschwerde

(Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid gestützt auf die Einschätzung ihres Vertrauensarztes auf den Standpunkt, dass die WZW-Kriterien, namentlich die Wirksamkeit im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin nicht erfüllt seien, da durch eine Allgemeinanästhesie (Narkose) allergische Reaktionen, insbesondere eine Anaphylaxie, nicht verhindert werden könnten und deren Akutauftreten nur verschleiern würden. Die Allgemeinanästhesie sei zur Durchführung der entsprechenden zahnärztlichen Behandlung des Zahns 14 somit keine Alternative zu einer Lokalanästhesie. Ausserdem würden die medizinischen Unterlagen keinen objektiven medizinischen Nachweis der benannten Diagnose anaphylaktischer Reaktionen vom Soforttyp durch Lokalanästhetikum im Rahmen eines zahnärztlichen Eingriffs zulassen und die Ursache der Symptomatologie sei medizinisch nicht konsistent erklärt. Es sei unklar, welche medizinische Diagnose und insbesondere welche Agens bezüglich einer allergischen

Reaktion verantwortlich sein sollten. Der Vollständigkeit halber sei anzufügen, dass die Kostengutsprache auch nicht aus der Zusatzversicherung erfolgen könne. Denn die Allgemeinanästhesie stelle kein Kriterium für einen stationären Aufenthalt dar, weshalb sie auch nicht durch die Spitalzusatzversicherung für die private Spitalabteilung in der Schweiz abgedeckt sei. Die Kostengutsprache vom 15. März 2018 sei aus der Spitalzusatzversicherung für stationäre Behandlung vom 17./18. Februar 2018 erfolgt, welche sich aufgrund einer Notfallsituation ergeben habe

(Urk. 2 S. 4 ff.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin wendete dagegen ein, es werde bestritten, dass bei ihr als Risikopatientin die Vollnarkose bei Operationen nicht adäquat sei, zumal sie sich im Gegensatz zur Teilnarkose wiederholt bestens bewährt habe. Bereits im Schreiben vom 13. April 2018 (Urk. 8/10/1), das als integrierender Bestandteil der Beschwerde erklärt werde, sei dargelegt worden, weshalb die Vollnarkose anstelle der gefährlichen und bisher sich negativ auswirkenden Lokalanalgetika eingesetzt werden müsse, nachdem sie bereits zuvor dreimal einen anaphylaktischen Schockzustand erlitten habe. Die Beschwerdegegnerin widerspreche nicht, dass bei ihr dreimal ein anaphylaktischer Schockzustand eingetreten sei, weshalb diese Tatsache als erstellt gelte. Dies sei für die Ärzte und die Patientin ein zu hohes Risiko und ihr nicht mehr zumutbar, weshalb sie sich für die Vollnarkose entschieden hätten. Die behandelnden Ärzte hätten sich aufgrund der diversen Erfahrungen in den Vorjahren stets und nachhaltig für die Vollnarkose eingesetzt, was diese mit Schreiben vom 16. Januar 2018 (Urk. 8/2/1) an die Beschwerdegegnerin ausdrücklich festgehalten hätten. Damals sei die Anaphylaxie auf Lokalanästhesie diagnostiziert worden. Diese Diagnose sei durch den Vertrauensarzt pract. med. B. ___ nicht in Frage gestellt worden. Erst recht habe er nicht aufgezeigt, weshalb sie, die Beschwerdeführerin, in den früheren Jahren auf Lokalanästhesie negativ reagiert habe und die behandelnden Ärzte nun auf Vollnarkose umgestellt hätten, was dem Risikoprofil einzig entsprochen habe.

Aus der beiliegenden medizinischen Dokumentation aus den Jahren 1996 bis 2013 gehe ausserdem hervor, dass sie mehrfach angeschlagen sei und bereits eine Dreiviertelrente bei einem Invaliditätsgrad von 60 % beziehe. Sie leide an supra ventrikulären Tachykardien, die seit 1995 diagnostisch erfasst worden seien. Wegen des anaphylaktischen Schocks habe sie mehrmals hospitalisiert werden müssen, wobei unter anderem auf das Schreiben von Dr. med. C. ___, Fachärztin für Gastroenterologie und Innere Medizin, vom 4. September 2006 hingewiesen werde (Urk. 8/17/13). Im Bericht vom 9. Oktober 2013 (Urk. 8/17/14) werde ein tachykardier Sinusrhythmus bestätigt. Alle diese medizinischen Probleme hätten dazu geführt, dass sich die Behandler für eine Vollnarkose entschieden hätten, die offensichtlich nicht das Risiko der Teilanalgetika in sich berge.

Die Beschwerdegegnerin habe die (Kostenübernahme für eine) Vollnarkose bereits für zuvor benötigte Eingriffe gewährt und wolle von dieser Praxis nun ohne triftige Gründe abrücken. Nachdem sie die umstrittenen Leistungen bereits gewährt habe, rechtfertige es sich, dass sie dies weiterhin tue, solange sie wie bisher nicht begründen könne, warum die Lokalanästhesie ihr Leben gefährde, was sich wiederholt realisiert habe.

Die Beschwerdegegnerin berufe sich neu darauf, dass die Vollnarkose nicht wirtschaftlich sei, ohne indes den Kostenunterschied zu thematisieren. Erst recht werde dies im Rahmen der Spitalzusatzdeckung nicht gewürdigt. Die Unterschiede wären wohl nicht derart

massiv, dass ihr Leben unnötig gefährdet werden sollte.

Die Beschwerdegegnerin müsse die Kosten für die Vollnarkose entweder aus der obligatorischen oder aus der Privatversicherung erstatten. Noch am 15. März 2018 seien die Kosten für die Allgemeinanästhesie aus der Spitalzusatzversicherung gewährt worden. Die (von der Beschwerdegegnerin vorgebrachte) Unterscheidung zwischen Notfalldeckung und den geplanten Eingriffen überzeuge nicht. Sie, die Beschwerdeführerin, bezahle Fr. 982.70 an Prämien.

Die Beschwerdegegnerin habe sich ferner in pflichtwidriger Weise geweigert, eine auswärtige und gemeinsame Expertise über die Notwendigkeit der Vollnarkose in Auftrag zu geben. Am Antrag, dass eine neutrale Expertise einzuholen sei, werde festgehalten, da sie eine Risikopatientin bleibe, was die Beschwerdegegnerin und ihr Vertrauensarzt völlig verkennen würden. Auch habe sich der Vertrauensarzt präjudiziert und sei nicht mehr in der Lage, von der einmal eingenommenen Position abzuweichen. Die Expertise sei umso notwendiger, als nicht einmal der Vertrauensarzt wisse, was für ein Problem vorliege und warum sie, die Beschwerdeführerin, derart allergisch auf Lokalanästhesie reagiere. Seine Mutmassungen würden nicht weiterhelfen. Sie wäre zudem froh, wenn sie einmal von kompetenter Seite wüsste, was bei ihr das Problem sei und warum bei ihr ein anaphylaktischer Schock bei Teilanästhesie eintrete. Eine neutrale Expertise einzuholen und eine Entscheidung für alle Zeiten zu fällen, rechtfertige sich aus Gründen der Rechtssicherheit und gerade auch, weil sie bei der Beschwerdegegnerin sowohl Grund- und Zusatzversichert sei, zumal diese einmal die Leistungen erbracht habe und sie jetzt nicht mehr gewähren wolle. Als Experten seien vom Gericht die Spezialisten des D. ___ beizuziehen. Auch könne, wie in der E-Mail an den Vertrauensarzt pract. med. B. ___ vom 1. Mai 2018 ausgeführt, daran festgehalten werden, den Anästhesiedienst des E. ___ als geeignete Begutachtungsstelle einzusetzen (Urk. 1 S. 2 ff., Urk. 13 S. 3 ff.).

E. 2.3

Anhang 1 KLV zu verneinen. 3.5

3.5.1

Im Übrigen wäre eine Narkose und die Behandlung unter Klinikbedingungen

mit Blick auf das Wirtschaftlichkeitserfordernis (Art. 32 Abs. 1 und Art. 56 Abs. 1 KVG) erst zu rechtfertigen, wenn nachweisbar alle Möglichkeiten der Sedation ausgeschöpft sind und der Eingriff trotzdem nicht durchführbar ist. Wünscht eine Patientin von vornherein eine Narkose, hat sie für die daraus resultierenden Mehrkosten selber aufzukommen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_703/2012 vom 11. Juli 2013 E. 3.3,

K 164/03 vom 18. März 2005 E. 4.6, und K 42/02 vom 21. Januar 2003 E. 4).

In den medizinischen Akten wurde nicht nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, weshalb einer anaphylaktischen Reaktion ausschliesslich mit einer Narkose und nicht mit anderen Mitteln hätte begegnet werden können, zumal auch bei einer Narkose eine solche Reaktion möglich ist und daher auch deren medizinische Indikation fraglich erscheint. Laut dem Vertrauensarzt pract. med. B. ___, der als Anästhesiologe über entsprechende Fachkenntnisse verfügt, bestehen Alternativen, namentlich kurz bis mittellang wirksame Benzodiazepine vor dem Eingriff (Urk. 8/19 S. 3).

E in entsprechender Versuch ist nicht aktenkundig und wurde respektive wird auch nicht geltend gemacht. Ausserdem ist nachvollziehbar, wie der Vertrauensarzt in seiner Beurteilung vom 1. September 2018 feststellte (Urk. 8/19 S. 3), dass selbst eine Allgemeinanästhesie und erst Recht alter native Massnahmen kein Kriterium für den stationären Aufenthalt darstellen. 3.5.2

Somit ist die Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung auch mangels Wirtschaftlichkeit auszuschliessen. 4. 4.1

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die Kosten der Zahnbehandlung der Beschwerdeführerin durch PD Dr. Dr. Y. ___ im Z. ___ der F. ___ mit Behandlung des Zahns 14 in Narkose und unter Klinikbedingungen vom Januar 2018 zu Recht verneint. 4.2 4.2.1

Sämtliche Vorbringen der Beschwerdeführerin führen zu keiner anderen Betrachtungsweise. Namentlich kann sie nichts aus dem Umstand zu ihren Gunsten ableiten, dass die Beschwerdegegnerin in früheren Jahren die Kosten für Behandlungen in Narkose teilweise oder ganz übernommen hat (Urk. 8/5/5, Urk. 8/17/9). Denn dies rechtfertigt kein Abweichen von den gesetzlichen Grundlagen und Leistungsvoraussetzungen. Aus einer einmaligen Kostenübernahme kann recht sprechungsgemäss nicht bereits auf eine konstante Kassenpraxis geschlossen werden, welche einen Vertrauensschutz (dazu vgl. BGE 137 II 182 E. 3.6.2, 143

V 95 E. 3.6.2 und E. 3.7) zu begründen vermöchte. Lediglich, wenn eine Krankenkasse irrtümlicherweise während längerer Zeit nicht kassenpflichtige Leistungen erbracht hat, kann darin die bindende Zusicherung erblickt werden, diese Leistungen würden auch weiterhin gewährt werden (Urteil des Bundesgerichts K 44/03 vom 19. November 2004 E. 5.2 mit Hinweis). Gemäss den vorliegenden Akten hat die Beschwerdegegnerin

indes erst in zwei Fällen, welche zudem zeitlich weit auseinanderlagen (1998 und 2004; Urk. 8/5/5, Urk. 8/17/9), eine Kostengutsprache erteilt; im Jahr 2004 zudem erst nachdem sie zunächst ihre Leistungspflicht verneint hatte (Urk. 8/5/2). Daraus ist nicht bereits auf eine konstante vertrauensschutzbegründende Kassenpraxis zu schliessen, zumal das zweite betreffende Leistungsgesuch (vom 20. November 2003) nicht mit einer allergischen Reaktion auf Lokalanästhetika begründet war, sondern mit der Notwendigkeit einer Monitorüberwachung bei paroxysmale Sinustachykardien (Urk. 8/5/3).

Es bleibt somit dabei, dass die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin hier zu verneinen ist. 4.2.2

Dem Antrag der Beschwerdeführerin auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung sodann ist ebenfalls nicht zu entsprechen, zumal dieser alternativ («oder») zu einem zweiten Schriftenwechsel gestellt wurde und sich ausserdem auf die Befragung der Beschwerdeführerin bezieht (Urk. 1 S. 5). Damit

ist er nicht klarerweise

als Antrag zur Durchführung einer öffentlichen Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK)

gestellt worden

(Urteil des Bundesgerichts 8C_907/2014 vom 1. Juni 2015 E. 3.2) und als Beweisantrag zu qualifizieren (vgl. BGE 122 V 47 E. 3a; Urteile des Bundesgerichts 8C_63/2015 vom 20. Mai 2015 E. 1 und 9C_49/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 1; vgl. auch vgl. Urteil 8C_723/2016 vom 30. März 2017 E. 2.3).

Von weiteren Beweismassnahmen, insbesondere von einer spezialärztlichen Expertise und einer Parteibefragung, welche die Beschwerdeführerin beantragt hat, sind sodann keine entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_546/2017 vom 30. April 2018 E. 3.2.2.2). 4.3

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. Februar 2019 (Urk. 2) erweist sich als rechtmässig. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. Der Einzelrichter erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kreso

Glavas - Rechtsanwalt Dr. Martin Schmid - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Einzelrichter Die Gerichtsschreiberin BachofnerHartmann

E. 2.3.1

In diesem Verfahren nicht zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin aus den Zusatzversicherungen der Beschwerdeführerin. Diese wären mittels zivilrechtlicher Klage geltend zu machen.

In einem wie hier vorliegenden verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung beziehungsweise eines Einspracheentscheides – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung beziehungsweise der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a). Mit dem angefochtenen Einspracheentscheid

vom 13. Februar 2019 wurde die Einsprache gegen die Verfügung vom 25. Juli 2018 (Urk. 8/16) abgewiesen und damit die Leistungspflicht für die Kosten der Behandlung im Z.____

im Zeitraum vom 15. bis 30. Januar 2018

aus der obligatorischen Grundversicherung verneint (Urk. 2 S. 5 und S. 7) .

Zur Leistungspflicht aus Zusatzversicherung hat die Beschwerdeführerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. Februar 2019 zwar der «Vollständigkeit halber» eine Erklärung abgegeben (Urk. 2 S. 6 Ziff. 2.9) . Jedoch hat sie im Bereich der Zusatzversicherungen keine verwaltungsrechtliche Verfügungskompetenz. Den Ausführungen im angefochtenen Einspracheentscheid hierzu kommen daher nur informativer Charakter zu und sie bilden keinen Anfechtungsgegenstand.

E. 2.3.2

Im angefochtenen Einspracheentscheid

wird ausserdem eine stationäre Behandlung vom 17./18. Februar 2018 erwähnt, welche von der Beschwerdegegnerin aus der Spitalzusatzversicherung vergütet worden sei (Urk. 2 S. 6). Laut der E-Mail des Vertrauensarztes pract. med. B. ___ vom 13. Februar 2019 erfolgte

die Kostenübernahme und eine stationäre Behandlung wegen des Verdachts auf eine Osteomyelitis (Komplikation) sowie der Indikation zu einer intravenösen, antiinfektiven Therapie. Innerhalb dieser Behandlung habe keine Allgemein-Anästhesie stattgefunden (Urk. 8/20 S. 1). Da die Kostenübernahme für diese Behandlung bereits erfolgt ist und dementsprechend keine leistungsabweisende Verfügung sowie im angefochtenen Einspracheentscheid keine Weiterungen dazu ergingen, bildet auch dies keinen Anfechtungs- und im Übrigen auch keinen Streitgegenstand .

E. 2.3.3

Im Rahmen dieses Verfahrens ist allein zu prüfen, ob die Kosten für den ambulanten Aufenthalt im Z. ___ der F. ___ zur kieferchirurgisch-operativen Behandlung durch PD Dr. Dr. Y. ___ des frakturierten Zahns 14 und der residuellen Wurzel unter Klinikbedingungen und mit Narkose gemäss dem Leistungsgesuch vom 16. Januar 2018 (Urk. 8/2/1) und der darauffolgenden Honorar-Rechnung des Z. ___ vom 6. Februar 2018 in der Höhe von Fr. 2'746.-- (Behandlung vom 15. bis 30. Januar 2018; Urk. 8/4/1) zu Lasten der Grundversicherung abzurechnen ist und daher von der Beschwerdegegnerin aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG zu vergüten ist.

Soweit die Beschwerdeführerin mit ihrem Rechtsbegehren, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Kosten der allgemeinen Anästhesie (Vollnarkose) zu übernehmen (Urk. 1 S. 2), sich auf weitere oder alle, auch zukünftige Kostenübernahmen für ärztliche und zahnärztliche Behandlungen unter Narkose anstatt unter Teilanästhesie im Sinne einer grundsätzlichen, allgemeinen Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bezieht, ist auf die Beschwerde mangels Anfechtungsgegenstands

nicht einzutreten.

3. 3.1

Den Akten ist zur medizinischen Vorgeschichte der Beschwerdeführerin das Folgende zu entnehmen.

Gemäss dem Kurzaustrittsbericht des G. ___ vom 22. Juni 1996 wurde bei der Beschwerdeführerin die Diagnose psychogener Erschöpfungszustand mit/bei patholog

ischem Essverhalten mit seit 15 Jahren täglichem Erbrechen ohne Anorexie und rezidivierenden Sinustachykardien gestellt (Urk. 8/5/10).

Dr. med. H.____ , damals Assistenzarzt der Dermatologischen Klinik des D.____ , hielt im Bericht vom 18. Oktober 1996 die Diagnose Verdacht auf nicht-allergische Überempfindlichkeit auf diverse Medikamente bei angeborener Herzrhythmusstörung . Er empfahl,

operative Eingriffe nur unter Spitalbedingung zur kardialen Überwachung vorzunehmen. Ausserdem bemerkte er, anamnestisch bestünden keine allergischen Symptome (Urk. 8/5/9).

Laut dem Bericht der Kardiologie des I.____ der J.____ vom 9. April 1997 leidet die Beschwerdeführerin seit 1986 unter paroxysmalen supra ventrikulären Tachykardien . Sie sei insbesondere durch die schwer behandelbaren paroxysmalen Reentry -Tachykardien aus dem Sinusknoten in ihrer Lebensqualität eingeschränkt und sie habe wegen diesen Rhythmusstörungen vom 19. bis 27. Juni 1996 im G.____ und vom 30. Juni bis 22. Juli 1996 in der K.____ hospitalisiert werden müssen (Urk. 8/5/8).

In einem Leistungsgesuch von Dr. med. L.____ von der Kardiologie des I.____ der J.____ vom 20. November 2003 an die Öffentliche Krankenkasse führte dieser aus, die Beschwerdeführerin müsse sich am 26. November 2003 (in der F.____) einem zahnärztlichen Eingriff unterziehen. Aus intern medizinischen Gründen (paroxysmale Sinustachykardien und Notwendigkeit einer Monitorüberwachung) müsse dieser Eingriff stationär und unter Narkose erfolgen (Urk. 8/5/3). Nach anfänglicher Abweisung des Leistungsgesuches (Urk. 8/5/2) und nach einer Neubeurteilung durch den damals zuständigen Vertrauensarzt übernahm die Beschwerdegegnerin die Kosten für diese Behandlung (Mitteilung vom 5. April 2004; Urk. 8/17/9). Gemäss dem Schreiben der Beschwerdegegnerin an ihren Vertrauensarzt vom 20. Januar 2004 habe sie bereits die Kosten für eine analoge Behandlung für die Zeit vom 3. April 1998 bis 7. April 1998 übernommen (Urk. 8/5/5).

Dem Bericht der Notfallstation der F.____ vom 3. Juni 2006 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin

nach einer Zahnbehandlung mit provisorischer Füllung anamnestisch unter einem Hitzegefühl, Schwäche und Zitterigkeit vor allem im rechten Arm sowie Atemnot litt. Vor zwei Jahren sei nach einer Zahnbehandlung eine ähnliche Reaktion eingetreten. Als Diagnosen wurde eine beginnende anaphylaktische Reaktion nach Zahnbehandlung

mit/bei Hitzegefühl, Schwäche und Dyspnoe sowie mit/bei multiplen anaphylaktischen Reaktionen mit Schock nach Narkotika, Penicilin , Tambocor , Jod und weitere , ausser dem supraventrikuläre Tachykardien, abklariert 1995, und ein benigner Zungentumor (Urk. 8/17/12).

Die Gastroenterologin

Dr. C.____

führte im Bericht vom 4. September 2006 betreffend ein Leistungsgesuch für eine stationäre zahnärztliche Behandlung aus, das Problem bestehe darin, dass wiederholtes Erbrechen bei wahrscheinlich neuromuskulärer Störung des Schluckaktes und der Oesophaguspassage zu Veränderungen des Zahnschmelzes und zu einer Parodontose geführt habe,

die kieferchirurgisch behandelt werden müsse. Dies sei ambulant nicht möglich, da die Beschwerdeführerin schon zweimal als Folge einer Zahnarztbehandlung unter dem Bild eines anaphylaktischen Schockes hospitalisiert werden müssen. Die Abklärungen seien schwierig durchzuführen und könnten wegen einer schweren Medikamentenunverträglichkeit mit einer nicht allergisch bedingten Überempfindlichkeit auf diverse Medikamente nur stationär durchgeführt werden. Hierzu werde auf das (hiervor zitierte) Schreiben der Dermatologischen Klinik des D.____ vom 18. Oktober 1996 (Urk. 8/5/9) verwiesen. Im Weiteren bestehe eine angeborene Herzrhythmusstörung im Sinne einer supra ventrikulären Tachykardie, die für eine medikamentöse Therapie nicht zugänglich sei (Urk. 8/17/13).

Gemäss dem Bericht von Dr. med.

M.____, Facharzt für Kardiologie und Facharzt für Innere Medizin, vom 9. Oktober 2013 zeigte sich die Beschwerdeführerin in der Sprechstunde kardiopulmonal kompensiert im tachykarden Sinusrhythmus. Klinisch hätten keine Zeichen einer Herzinsuffizienz gefunden werden können. In der Fahrradergometrie hätten sich unverändert keine Hinweise für eine Koronarschämie und eine knapp gute Leistungsfähigkeit gezeigt. Die Belastung habe aufgrund von Schwindel mit panikartiger Angstreaktion vorzeitig abgebrochen werden müssen. Anamnestisch würden Hinweise für eine strukturelle Ursache der Sinustachykardie fehlen. Sicherlich hätten in der Sprechstunde Anzeichen einer Herzneurose bei nicht verarbeiteter Problematik der AV-Knoten Reentry-Tachykardie bestanden. Regelmässige kardiologische Kontrollen seien nach seiner Ansicht nicht nötig. Es seien die folgenden Diagnosen zu stellen: Ruhetachykardie unklarer Ätiologie, differentialdiagnostisch Medikamentenzug, funktionell; Verdacht auf Herzneurose nach AV-Reentry-Tachykardie mit/bei Status nach erfolgreicher slow-pathway-Ablation (im April 1995), aktuell ergometrisch keine Hinweise für relevante Koronarschämie und knapp altersentsprechender Leistungsfähigkeit, Verdacht auf Benzodiazepinabhängigkeit (Urk. 8/17/15). 3.2

3.2.1

Zur Begründung des hier zu beurteilenden Kostenvergütungsgesuchs vom 16. Januar 2018 führte PD Dr. Dr. Y.____

aus, die Beschwerdeführerin

zeige Anaphylaxien auf diverse Lokalanästhetika. Daher sei eine Behandlung unter Lokalanästhetika nicht möglich. Selbst bei Narkosen seien bereits vermehrt anaphylaktische Schockzustände aufgetreten, weswegen die Beschwerdeführerin aktuell in allergologischer Abklärung am D.____ stehe. Aktuell sei bei ihr der Zahn 14, der noch vital sei, auf Zahnfleischenebene abgebrochen, so dass sie nun Schmerzen habe und die Wurzel unbedingt entfernt werden müsse. Aufgrund des oben beschriebenen Krankheitsbildes sei eine Lokalanästhesie nicht möglich und die Wurzel werde daher ambulant in einer Narkose unter Klinikbedingungen operativ entfernt und gleichzeitig werde ein Implantat eingesetzt. Gleichzeitig würden sie auch einen Knochenaufbau bukkal durchführen und das Implantat bereits mit einem Gingivaformer versehen, so dass danach der Zahnarzt lediglich noch die Krone herstellen könne. Gemäss Art.

25 KVG stelle die Behandlung in der Klinik und die Narkose eine Pflichtleistung dar. Die Zahnbehandlung selbst stelle keine Pflichtbehandlung dar und werde von der

Beschwerdeführerin selbst bezahlt werden. Die Beschwerdegegnerin erhalte dementsprechend von der Klinik direkt eine Rechnung für die ambulante Behandlung, den Aufwachraum und die Narkose. Sollte wiederum ein anaphylaktischer Schock auftreten, so sei natürlich auch die Intensivstation zu berechnen. Die Kosten für den zahnärztlichen Eingriff werde der Beschwerdeführerin direkt in Rechnung gestellt (Urk. 8/2/1). 3.2.2

Der Vertrauensarzt pract. med. B. ___ führte im Schreiben vom 24. April 2018 dagegen aus, als Facharzt für Anästhesie und Vertrauensarzt SGV könne er die Kostenübernahme zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die Durchführung einer Allgemeinanästhesie zur Verhinderung einer allergischen Reaktion bis hin zum anaphylaktischen Schock nicht empfehlen. Denn die Allgemeinanästhesie diene der Ausschaltung des Bewusstseins (bei) der Analgesie und gegebenenfalls der Ausschaltung muskulärer Aktivität. Hierbei stünden den Anästhesisten zahlreiche Substanzen zur Verfügung, welche ebenso das Risiko schwerwiegender allergischer Reaktionen in sich bergen würden.

Die Leistungspflicht einer Allgemeinanästhesie zur Verhinderung einer anaphylaktischen Reaktion sei wegen fehlender Erfüllung der WZW-Kriterien daher abzulehnen. Eine Allgemeinanästhesie verhindere keine allergische Reaktion (Urk. 8/11).

In der vertrauensärztlichen Beurteilung vom 12.

Juli 2018 erklärte pract. med. B. ___ ausserdem, PD Dr. Dr. Y. ___ habe die Notwendigkeit einer Allgemeinanästhesie im Kostengutsprachege such vom 16.

Januar 2018 damit begründet, dass bei der Beschwerdeführerin zahlreiche Allergien auf Lokalanästhesie vorhanden seien, die in der Vorgeschichte bereits zu einer Anaphylaxie geführt hätten. Die vertrauensärztliche Beurteilung dieses Kostengutsprachege suchs habe eine ablehnende Empfehlung aufgrund des medizinischen Zustands, dass eine Anaphylaxie keinesfalls durch eine Allgemeinanästhesie verhindert werden könne, ergeben. Im Gegenteil, die Allgemeinanästhesie benötige zur Durchführung unterschiedliche Pharmaka aus verschiedenen Wirkstoffgruppen, die in sich das Risiko einer Anaphylaxie in sich bergen würden. Hinzu komme, dass eine medikamentös-ausgelöste systemische Histaminliberation, eine Anaphylaxie verschleiern könne. Die Behandlung dieser Komplikationen seien unterschiedlicher Natur, ebenso deren Folgen. So bestehe bei der Anaphylaxie Lebensgefahr, die Histaminliberation hingegen gelte als harmlos. Als Kernaussage zur Begründung der ablehnenden Empfehlung (zur Kostenübernahme) einer Allgemeinanästhesie wegen fraglichen Anaphylaxien auf Lokalanästhetika gelte, dass eine Allgemeinanästhesie keine allergischen Reaktionen verhindere. Im Gegenteil sei das medizinische Prinzip bei einer allergischen Diathese, die betroffenen Personen keiner zusätzlichen Allergen-Quelle auszusetzen (Urk. 8/15).

In der vertrauensärztlichen Beurteilung vom 27. November 2018 stellte pract. med. B. ___ ergänzend fest, die neu eingebrachten medizinischen Schreiben des Zeitraums von 1996 bis heute (Urk. 8/17/6-23) würden keinen Nachweis dafür zeigen, dass die benannte Diagnose anaphylaktische Reaktion vom Soforttyp durch Lokalanästhetikum im Rahmen eines zahnärztlichen Eingriffs objektiv belegt sei. Im Gegenteil seien die beigebrachten medizinischen Dokumente in ihrer Aussage inkonsistent, da unklar sei, welche medizinische Diagnose bezüglich einer allergischen Reaktion und insbesondere welches Agens hierfür verantwortlich sein sollen. Konsistent hingegen sei die Bezeichnung paroxysmale supraventrikuläre Tachykardie ohne benannte Ursache, welche gemäss dem Schrei

ben vom 9. Oktober 2013 (Urk. 8/17/15) im April 1995 abklariert worden sei. Weiterhin seien die vorgängigen medizinischen Berichte suggestiv für eine überwiegende psychogene Komponente der beklagten Symptomatologie der Beschwerdeführerin .

Diese Beurteilung würden insbesondere durch den

im Schreiben vom 9. Oktober 2013 (Urk. 8/17/15) genannten

Verdacht auf Herzneurose, die Angaben in der Anamnese , die Beurteilung und

das Procedere belegt . Aus seiner fach ärztlichen Sicht sei festzuhalten, dass eine Allgemeinanästhesie keinerlei allergische Reaktionen verhindere , sondern deren Auftreten verschleiern und somit in der eigentlichen Frage der Ursache der medizinisch nicht konsistent erklärten Symptomatologie (nicht) weiterhelfe. Hinzu komme, dass eine Allgemeinanästhesie kein Kriterium für den stationären Aufenthalt darstelle. Aus vertrauensärztlicher Sicht handle es sich hier bei der Allgemeinanästhesie um eine Komforttherapie, welche nicht zur Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu empfehlen sei. Alternativen würden bestehen, zum Beispiel durch Gabe von kurz bis mittellang wirksame Benzodiazepine vor dem Eingriff. Die Beschwerdeführerin habe erklärt, dass durch die eingesetzten Lokalanästhetika dreimal ein anaphylaktischer Schockzustand ausgelöst worden sei. Es bestehe in den Unterlagen für die Erfüllung der Definition eines Schockes jedoch keinerlei Nachweis (Urk. 8/19 S. 3).

In der E-Mail vom 13. Februar 2019 bestätigte prakt . med. B. ___ schliesslich die Aussage, dass bis heute kein objektiver medizinischer Nachweis für die Diagnose einer anaphylaktischen Reaktion vom Soforttyp durch Lokalanästhetikum im Rahmen eines zahnärztlichen Eingriffs bestehe und dass eine Allgemeinanästhesie keine allergischen Reaktionen verhindere . Nur die Vermeidung des Kontakts mit der entsprechenden Substanz und/oder ähnlichen Substanzen (sogenannte Kreuzallergien) würden eine allergische Reaktion verhindern (Urk. 8/20). 3.3

3.3.1

Die hier zu beurteilende , im Januar 2018 (Urk. 8/4/1-2) durchgeführte Behandlung diente der Extraktion des abgebrochenen Zahnes 14 samt Wurzelentfernung und

Implantatersatz

(Urk. 8/2/1) . Entsprechend der Ausrichtung dieses therapeutischen Ziels handelt es sich um eine zahnmedizinische Behandlung, welche an sich nicht unter die Leistungspflicht der Krankenversicherung (vgl. Art. 31 KVG) fällt . Die obligatorische Krankenpflegeversicherung deckt grundsätzlich keine zahnmedizinische Behandlung ; ausnahmsweise besteht eine Leistungspflicht für die in Art. 31 KVG vorgesehenen und in Art. 17 bis 19a KLV

(in der bis Ende Juni 2020 gültigen Fassung) konkretisierten Fälle. Dass eine r dieser in Art. 17 bis 19a KLV abschliessend (BGE 129 V 83 E.

E. 7

S. 2). In der Replik vom 6. Mai 2019 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (Urk. 13 S. 2). Mit Eingabe vom 23. Mai 2019 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine weitere Stellungnahme (Urk. 16), was der Beschwerdeführerin am 28. Mai 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 17) . Der Einzelrichter zieht in Erwägung: 1.

E. 11

über die Krankenversicherung (KUVG, aufgenommen per 1. Januar 1996) entwickelten Rechtsprechung ist, zumindest im Grundsatz (vgl. E. 3.3.2 hiernach), weiterhin festzuhalten (Urteil des Bundesgerichts 9C_703/2012

vom 11. Juli 2013 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3.2

Fraglich kann sein, ob dennoch eine Leistungspflicht der Krankenversicherung besteht, wenn zum Zweck der nicht versicherten zahnmedizinischen Behandlung die ärztliche Behandlung einer Krankheit notwendig ist. Das Bundesgericht verneinte die Leistungspflicht für Anästhesie- und Klinikkosten, obwohl bei früheren zahnärztlichen Eingriffen schwere kardiale Komplikationen auftraten (Urteil des Bundesgerichts K 129/94 vom 30. Mai 1995) oder sich der Patient in allgemein schlechtem Gesundheitszustand befand (Urteil des Bundesgerichts K 64/04 vom 14. April 2005; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_703/2012

vom 11. Juli 2013 E. 3.2).

Hier war das Ziel der Behandlung ein zahnmedizinisches (Behandlung des Zahnes 14). Es deutete nichts darauf hin, dass dieser zahnmedizinische Eingriff in Behandlung einer (aktuell bestehenden) Krankheit der Beschwerdeführerin, insbesondere des Herzleidens (Sinustachykardie unklarer Genese, Urk. 8/17/15), erfolgte. Auch der Einsatz einer Anästhesie und die Klinikumgebung dienten dazu, die Behandlung des Zahnes

E. 14

durchzuführen und nicht zur Behandlung einer Krankheit. Angesichts dieser zugrundeliegenden therapeutischen Zielsetzung (Behandlung der Zähne als solche oder ihrer vordringlichen Funktion zur Zerkleinerung der Nahrung [Verbesserung der Bissverhältnisse]; BGE 128 V 143 E. 4) ist auch die Anästhesie in Klinikumgebung als zahnärztliche Behandlung zu betrachten.

Es fand hier somit keine ärztliche Behandlung einer Krankheit

statt, die dem Zweck der zahnmedizinischen Behandlung diente respektive hätte dienen können. Dies spricht gegen eine Leistungspflicht der Krankenversicherung für die Kosten der Anästhesie in Klinikumgebung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_703/2012

vom 11. Juli 2013 E. 3.2). 3.4.3.4.1

Die Leistungspflicht ist sodann nach Ziff.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.