

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2024.00018 vom 24. Februar 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-02-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2024.00018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2024.00018)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2024.00018 du 24 février 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2024.00018 del 24 febbraio 2025

## Erwägungen

### E. 1

Für den 1997 geborenen X.\_\_\_\_

stellte der behandelnde Zahnarzt am 19. Oktober 2021 (Urk. 9/1) bei der Helsana Versicherungen AG (im Folgenden: Helsana) ein Gesuch um Kostenübernahme für die Anfertigung eines MRT, die kieferorthopädische Vorkoordination, eine bimaxilläre Umstellungsosteotomie sowie eine erneute Beurteilung der Kiefergelenke und bei Bedarf Eminektomie beidseits bei eingeschränkter Mundöffnung mit einziger Fähigkeit der Rotation beider Gelenke und einem Tiefbiss mit Overjet 9 mm und Overbite 5 mm (S. 2). Gestützt auf die Beurteilung ihres Vertrauensarztes (vgl. Urk. 9/2) teilte die Helsana dem Versicherten am 10. Dezember 2021 mit, dass die Voraussetzungen für die Übernahme der Kosten für die Korrektur der Dysgnathie durch Kieferorthopädie und bimaxilläre Osteotomie aus der obligatorischen Grundversicherung nicht erfüllt seien. Die Kosten für die MRI-Untersuchung der Kiefergelenke sowie die Medikamentenkosten nach den versicherten Leistungen würden von ihr übernommen. Sollte eine Eminektomie der Kiefergelenke geplant werden, werde ein neues Kostenübernahmegesuch erwartet (Urk. 9/3). In der nachfolgenden Korrespondenz konnten sich die Parteien nicht einigen (vgl. Urk. 9/4, 9/7, 9/8, 9/10, 9/11), worauf die Helsana mit Verfügung vom 12. Mai 2023 die Übernahme der Kosten für die Dysgnathiekorrektur

ablehnte (Urk. 9/16). Die dagegen gerichtete Einsprache des Versicherten vom 12. Juni 2023 (Urk. 9/17; Einspracheergänzung vom 21. August 2023, Urk. 9/21) wies sie mit Einspracheentscheid vom 14. Februar 2024 ab (Urk. 9/23 = Urk. 2).

### E. 1.1

Die Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Krankheit zu übernehmen sind, werden in Art. 25 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) in allgemeiner Weise umschrieben. Im Vordergrund stehen die Leistungen der Ärzte und Ärztinnen, dann aber auch der Chiropraktoren und Chiropraktorinnen sowie der Personen, die im Auftrag von Ärzten und Ärztinnen Leistungen erbringen. Die zahnärztlichen Leistungen sind in der genannten Bestimmung nicht aufgeführt.

Die Kosten für zahnärztliche Behandlungen sind nur unter den eingeschränkten Voraussetzungen in Art.

31 KVG aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen, nämlich dann, wenn die Behandlung entweder durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems (Abs. 1 lit.

- a) oder durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist (Abs. 1 lit .
- b) oder wenn sie zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist (Abs. 1 lit .
- c).

### **E. 1.2**

Gestützt auf Art. 33 Abs.

### **E. 1.3**

Zur Abgrenzung zwischen ärztlicher (Art.

25 KVG) und zahnärztlicher (Art.

31 KVG) Behandlung sind zwei Kriterien massgebend: Der organische Ansatzpunkt der Behandlung und die therapeutische Zielsetzung. Zahnärztliche Behandlungen sind therapeutische Vorkehren am Kausystem. Dieses umfasst die Zähne, den Zahnhalteapparat sowie die Organbereiche, die ein künstliches Gebiss aufzunehmen haben. Ist die Massnahme auf ein anderes therapeutisches Ergebnis als die Verbesserung der Funktion der Zähne gerichtet, liegt ärztliche Behandlung vor, und zwar selbst dann, wenn die Behandlung beim Kausystem ansetzt. Ist die Zuordnung nicht eindeutig, kommt der therapeutischen Zielsetzung das grössere Gewicht zu (Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Auflage, Zürich 2018, Art. 31 Rz . 35 ff.). 1.

### **E. 2**

und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit . d der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) hat das Departement in der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ( Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV ) zu jedem der erwähnten Unterabsätze von Art. 31 Abs. 1 KVG einen eigenen Artikel erlassen, nämlich zu lit . a den Art. 17 KLV, zu lit . b den Art. 18 KLV und zu lit . c den Art. 19 KLV. In Art. 17 KLV werden die schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems aufgezählt, bei denen daraus resultierende zahnärztliche Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind. In Art. 18 KLV werden die schweren Allgemeinerkrankungen und ihre Folgen aufgelistet, die zu zahnärztlicher Behandlung führen können und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu tragen sind. In Art. 19 KLV schliesslich hat das Departement die schweren Allgemeinerkrankungen aufgezählt, bei denen die zahnärztliche Massnahme notwendiger Bestandteil der Behandlung darstellt.

In BGE 124 V 185 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht entschieden, dass die in Art. 17-19 KLV erwähnten Erkrankungen, welche von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmende zahnärztliche Behandlungen bedingen, abschliessend aufgezählt sind. Daran hat es in ständiger Rechtsprechung festgehalten (BGE 128 V 135 E. 2 c ; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_666/2020 vom 13. April 2021 E. 6.1 ).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid im Wesentlichen damit (Urk. 2), dass kein Kausalzusammenhang zwischen der Dysmorphie der Kiefergelenke , deren Korrektur kosten sie anerkenne (vgl. S. 11 ), und der Dysgnathie bestehe . Es sei

auch nicht ausgewiesen, dass die Mundöffnung durch die geplante Behandlung der Dysgnathie mittels Umstellungsosteotomie

verbessert werden könne. Das Ausmass der Mundöffnung werde bestimmt durch die Kiefergelenksfunktion und die mit dem Kiefergelenk verbundenen Weichteilgewebe, insbesondere der Kaumuskulatur. Die geplante Therapie sei demnach weder zweckmässig noch wirtschaftlich (S. 1)

### **E. 2.2**

Dagegen wandte der Beschwerdeführer im Wesentlichen ein (Urk. 1), bei seinem Krankheitsbild liege nicht die mandibuläre Dysgnathie im Vordergrund, sondern es liege eine Kiefererkrankung vor, deren Behandlung zu den Pflichtleistungen nach KVG gehöre. Nach dem Teilerfolg der ersten Operation könnten die ausgeprägten und funktionellen Einschränkungen aufgrund des beidseitig zu kurzen Unterkiefers erst mit der beantragten Fortsetzung der Behandlung mit einer Umstellungsosteotomie insgesamt befriedigend verbessert werden. Ihm gelinge trotz Operation erst eine Mundöffnung von 35 mm. Aufgrund der angeborenen Fehlstellungen bestehe eine eingeschränkte Funktion des Unterkiefers, der sich vorgeburtlich und in der Kindheit wegen der eingeschränkten Mundöffnung und eingeschränkten Beweglichkeit nicht habe normal entwickeln können. Bei der notwendigen weiteren Behandlung im Unterkieferbereich handle es sich um eine indizierte Folgebehandlung der bereits erfolgten ersten Operation (S. 4 oben). Es sei weiter zu beachten, dass es ihm nicht nur nicht möglich sei, den Mund ausreichend zu öffnen, sondern es sei ihm zusätzlich auch nicht möglich, den Mund ganz zu schliessen, was bei stets leicht geöffnetem Mund in der kalten Jahreszeit zu einer höheren Infektionsgefahr führe. Auch in diesem Zusammenhang sei die Fortsetzung der Behandlung indiziert (S. 5 lit. d).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten für die Korrektur der Dysgnathie mittels Umstellungsosteotomie

zu übernehmen hat. 3. 3.1

Mit Kostengutsprache gesuch vom 19. Oktober 2021 (Urk. 9/1) stellte Zahnarzt Y.\_\_\_\_, Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - skelettale und dentale Kl. II (gemeint wohl: Dysgnathie [ Distalbiss ] Klasse II) mit - Tiefbiss - sehr eingeschränkte Mundöffnung - pathologische Veränderung in beiden Kiefergelenken mit - vergrösserter Emphyse in tibia articularis anterior - tiefer Fossa glenoidalis beidseits

Die Mundöffnung sei eingeschränkt wobei nur die Rotation beider Gelenke möglich sei, und der Tiefbiss zeige einen Overjet von 9 mm sowie einen Overbite von 5 mm. Das Volumen - CT zeige eine pathologisch tiefe Fossa glenoidalis. Die Gelenksspalte sei vor allem rechts nicht eindeutig sichtbar. Die pathologischen Kiefergelenke/Entwicklungsabnormalitäten hätten zur skelettalen Kl. II und eingeschränkten Mundöffnung geführt. Dies führe zu den folgenden therapeutischen Massnahmen (S. 2 Ziff. 5): - Anfertigung eines MRT, um den Prozess in beiden Kiefergelenken besser zu beurteilen - kieferorthopädische Vorkoordination - bimaxilläre Umstellungsosteotomie (stationär) - erneute Beurteilung der Kiefergelenke und bei Bedarf Emphysektomie beidseits, um die Kiefergelenksbewegung zu verbessern 3.2

Dr. med. Dr. med. dent . Z.\_\_\_\_ , Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin,

fürhte im Bericht vom 7. Dezember 2021 aus (Urk. 9/2), es liege ein Distalbiss und ein tendenziell skelettal bedingter Tiefbiss und eher kein dentaler Tiefbiss

vor . Die Kiefergelenkspfannen seien relativ tief ausgeformt. Bezüglich der eingeschränkten Mundöffnungsbehinderung fänden sich keinerlei sachdienliche Angaben, auch nicht zum Mass der Mundöffnung (S. 1 Ziff. 1). Bezüglich der Dysgnathie seien die Kriterien nach Art. 17-19 KLV nicht erfüllt. Art. 25 KVG komme nicht zur Anwendung. Bezüglich der Anatomie der Kiefergelenke werde die geplante MRI-Untersuchung ausser einer allfälligen Diskusverlagerung wahrscheinlich keine signifikanten neuen Erkenntnisse liefern (S. 1 Ziff. 2). Die Korrektur der Dysgnathie durch Kieferorthopädie und bimaxilläre Osteotomie stelle keine Pflichtleistung dar. Die geplante Kiefergelenksuntersuchung mittels MRI könne als Pflichtleistung übernommen werden. Bezüglich des geplanten Kiefergelenkseingriffs ( Eminektomie ) sei die Indikation fraglich, da hier vor allem die Gelenkspfanne vertieft sei (S. 2 Ziff. 3). Sollte eine Eminektomie der Kiefergelenke geplant werden, sei dafür ein neues Kostengutsprache gesuch unter genauer Angabe der Anamnese (Beschwerden ) und der klinischen Befunde (Mundöffnung in Millimetern) einzureichen (S. 2 Ziff. 4). 3.3

Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Y.\_\_\_\_ berichtete am 26. Januar 2022 (Urk. 9/4), das MRI vom 2. November 2021 bestätige die ausser gewöhnliche tiefe Fossa glenoidalis mit steilem Übergang in die Eminentia articularis beidseits. Es liege ein regelrechter Diskus articularis beidseits vor. Ausser der sehr eingeschränkten Mundöffnung lägen die folgenden hausärztlich gestellten - vorliegend verkürzt dargestellten - Diagnosen vor (S. 1): - unklares Dismorphiesyndrom mit - gastroösophagealem Reflux (Gastroskopie März 2012) - Hinweis für Barrett-Mukosa/keine Dysplasie

Es lägen eindeutige funktionelle Einschränkungen im Sinne von Mundöffnung, Kauen, Sprache sowie Kieferentwicklung vor. Es liege eine körperliche Krankheit gemäss Art. 25 KVG vor , zusätzlich kämen Leistungen gemäss Art. 17

lit . d Ziff. 2 sowie Art. 17

lit . f Ziff. 2 KLV in Frage. Die einzige Möglichkeit, die Gelenksbeweglichkeit zu verbessern, liege in einer Eminektomie beidseits. Nach Erreichen einer ausreichenden Beweglichkeit der Kiefergelenke sei eine kieferorthopädische Vorkoordination sowie eine Korrektur der Dysgnathie indiziert (S. 2 oben). 3.4

Mit Bericht vom 5. März 2022 (Urk. 9/6) stellte Dr. Z.\_\_\_\_ fest, es bestehe einerseits eine Mundöffnungsbehinderung. Diese stehe möglicherweise im Zusammenhang mit dem Dismorphiesyndrom und der Dysmorphie der Kiefergelenke. Eine Diskusverbesserung habe mittels MRI ausgeschlossen werden können. Andererseits bestehe eine mässige Dysgnathie mit Distalbiss (S. 1 Ziff. 1 ). Die Dysgnathiekorrektur stelle keine Pflichtleistung dar (insbesondere nicht unter dem erwähnten Titel von Art. 17 lit . d Ziff. 2 und 17 lit . f Ziff. 2 KLV). Ob die Mundöffnung durch eine Eminektomie verbessert werden könne , sei ungewiss, aber sie stelle die einzige Therapiemöglichkeit dar , allenfalls im Zusammenhang mit Physiotherapie (S. 1 Ziff. 2). Die geplante Eminektomie beidseits stationär in Narkose könne als Pflichtleistung übernommen werden, wobei der Erfolg unsicher sei (S. 2 Ziff. 3). Die Eminektomie führe zur Verbesserung der Kiefergelenksbeweglichkeit und damit allenfalls der Mundöffnung (S. 2 Ziff. 4). 3.5

Mit Bericht vom 4. Mai 2022 (Urk. 9/8) hielt Facharzt Y. \_\_\_ fest, der Beschwerdeführer leide nicht nur an einer eingeschränkten Mundöffnung, sondern wegen der Gelenkspathologie auch an einer erheblichen, funktionell einschränkenden Dysgnathie. Es handle sich primär um eine Gelenkkrankheit, deren Folgen eine eingeschränkte Mundöffnung sowie eine Dysgnathie seien. Diese Entwicklungsstörung führe zu der erheblichen Dysgnathie mit einem Overjet von 10 mm. Der erhebliche Overjet führe zu einer fehlenden Lippenkompetenz, zur Mundatmung und gestörten Kaufunktion. 3.6

Dr. Z. \_\_\_ erwiderte mit Bericht vom 29. Mai 2022 (Urk. 9/9), obwohl die Kostenübernahme für die Eminektomie empfohlen worden sei, müsse doch festgehalten werden, dass diese Operation beim jungen Beschwerdeführer (mit unsicherer Kooperation) doch teilweise fraglich sei (mögliche iatrogene Schädigung der Kiefergelenke; S. 1 Ziff. 1). Bei diesem möglicherweise behinderten Beschwerdeführer mit unsicherer Kooperation stelle sich grundsätzlich die Frage, ob eine aufwändige Dysgnathiebehandlung sinnvoll und zweckmässig sei (S. 4 Ziff. 5). 3.7

Am 17. Januar 2023 (Urk. 9/11/2) hielt med. pract. A. \_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, fest, der Beschwerdeführer habe in der Vergangenheit an wiederholten Hustenepisoden gelitten (differentialdiagnostisch: bei Reflux oder Aspiration; Einatmen von Sekret aus dem Mund oder Magen in die Lunge). Inwieweit ein möglicher Zusammenhang mit dem unvollständigen Kieferschluss vorliege, könne er, med. pract. A. \_\_\_, nicht beurteilen. Diese sei aber sicher ungünstig betreffend Befeuchtung der Schleimhäute im Mundbereich und im oberen Atemtrakt, indem sie Infekte begünstige. 3.8

Facharzt Y. \_\_\_ fasste am 19. Januar 2023 zusammen (Urk. 9/11/1), die Pfanne, in welche die Kiefergelenke passen sollten, habe sich sehr tief entwickelt. Wegen dieser tiefen Gelenkposition hätten sich die Kieferköpfchen nicht wie es üblich sei, nach vorne bewegen können. Die ganze Unterkieferbewegung sei deswegen pathologisch. Ein normales Gelenk sollte sich etwas aus der Gelenkpfanne bewegen können, um eine normale Mundöffnung zu erreichen. Beim Beschwerdeführer sei dies nicht möglich. Wegen der eingeschränkten Mundöffnung und Bewegung habe sich der Unterkiefer nicht normal entwickeln können, weshalb der Unterkiefer zu kurz sei. Die primäre Krankheit sei eine pathologische Entwicklung der Gelenke. Eine Folge dieser Krankheit sei der Tiefbiss sowie das Einbeissen in den Gaumen. Nach dem Eingriff vom 29. November 2022 - es wurde eine Eminektomie an beiden Kiefergelenken durchgeführt

(vgl. Urk. 9/14/1) - und mit Hilfe von Physiotherapie habe sich die Mundöffnung von 30 auf 35 mm gebessert. Eine geringe weitere Verbesserung sei zu erwarten. 3.9

Am 25. April 2023 (Urk. 9/15/2) führte

Dr. Dr. med. B. \_\_\_, Facharzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten sowie Zahnarzt und Vertrauensarzt der Beschwerdegeherin, aus, beim Beschwerdeführer

betrage die Mundöffnung nach Eminektomie und nachfolgender Physiotherapie bereits 35 mm, und es werde ausdrücklich erwähnt, dass bei Fortführung der Physiotherapie noch eine weitere Verbesserung möglich sei. Der minimale Normwert liege damit in Reichweite. Bei einer Mundöffnung von 35 mm erleide der Beschwerdeführer praxisgemäss keine nennenswerten Nachteile (S. 1 Ziff. 3.1). Eine Verkürzung der Kaumusculatur sei nach jahrelanger eingeschränkter Mundöffnung möglich und erfordere eine lang andauernde Physiotherapie. Teilweise sei die Durchtrennung der Processus coronoideus indiziert. Zu

empfehlen sei die Weiterführung der Physiotherapie und bei Stagnation ein eventuelles Durchtrennen des Processus coronoideus. Diese Therapien seien Pflichtleistungen (S. 2 oben).

Durch die Behandlung der Dysgnathie werde die Mundöffnung nicht verbessert. Das Ausmass der Mundöffnung werde ausschliesslich durch die Kiefergelenksfunktion und die damit verbundenen Weichteilgewebe, insbesondere die Kaumuskulatur bestimmt. Die Theorie, dass die Dymorphie des Unterkiefers Folge der Kiefergelenksproblematik sei, sei ihm, Dr. B.\_\_\_\_, nicht bekannt. Das Geburtsgebrechen Nr. 208 sei nicht ausgewiesen. Die Behandlung der Dysgnathie stelle somit unter keinem Titel eine kassenpflichtige Leistung dar (S. 2 Ziff. 3.2).

Im Bericht vom 28. April 2023 (Urk. 9/15/1) gab Dr. B.\_\_\_\_ einen Vorschlag für die Begründung der Verfügung ab. 3.10

Mit Bericht vom 10. August 2023 (Urk. 9/21/1) führte Facharzt Y.\_\_\_\_ aus, von einer mässigen Dysgnathie werde bei einem Overjet von 5-6 mm gesprochen. Ein Overjet von 9-10 mm werde als schwerwiegende Dysgnathie eingestuft (S. 1 Ziff. 1). Es sei bekannt, dass eine Ankylose im Sinne einer eingeschränkten Mundöffnung zu Wachstumsstörungen führen könne. Die Bewegung des Unterkiefers sei wichtig für die Entwicklung desselben. Da die mandibuläre Entwicklung von der ausreichenden kondylären Bewegung inklusive Muskelaktivität abhängig sei, sei nachvollziehbar, dass die ausgeprägte mandibuläre Dysgnathie primär wegen der Fehlbildung im Kiefergelenksbereich entstanden sei. Das Krankheitsbild beim Beschwerdeführer müsse sich deswegen auf seine Kiefergelenkerkrankung konzentrieren, und nicht auf die Dysgnathie (S. 1 Ziff. 2). Eine Durchtrennung des Musculus coronoideus bringe wahrscheinlich nicht mehr so viel (S. 2 Ziff. 3). 3.11

Am 12. März 2024 (Urk. 3) hielt Facharzt Y.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer werde nicht gesamthaft gesehen. Die fehlerhafte mandibuläre Entwicklung werde getrennt von der Pathologie der Kiefergelenke. Es liege ein erheblicher Distalbiss vor mit erheblichen funktionellen Einschränkungen. Es liege eine sehr angepasste Kauunktionalität vor, was eigentlich nicht mehr der Fall sein sollte, sobald das skelettale Problem korrigiert sei. 3.1 2

Dr. B.\_\_\_\_ führte mit Bericht vom 25. Mai 2024 (Urk. 9/25) aus, er gehe mit dem behandelnden Arzt einig, dass ein korrektes Resultat mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit nur zu erreichen sei, wenn die Behandlung sowohl das Kiefergelenk als auch die Dysgnathie umfasse. Dies entspreche aber nicht der aktuellen Rechtsprechung. Der Beschwerdeführer leide an einer Missbildung des Kauapparates. Zum Kauapparat gehörten Oberkiefer, Unterkiefer und Kiefergelenke. Anatomisch betrachtet bildeten diese Elemente eine funktionelle Einheit, das heisse, dass Erkrankungen bzw. Missbildungen eines dieser Elemente aus ärztlicher Sicht nicht völlig isoliert betrachtet werden könnten. Aus juristischer Sicht sehe die Sache allerdings anders aus: Erkrankungen der Kiefergelenke würden unter Art. 17

lit. d KV V, Erkrankungen der Kieferposition bzw. Verzahnung (Dysgnathien) würden unter Art. 17 lit. f und 19a KVV subsumiert. Der Umfang der Leistungspflicht sei in diesen Normen abschliessend definiert (S. 1 unten). 4.

**E. 4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis ; Urteil des Bundesgerichts 9C\_587/2023 vom 8. April 2024 E. 4.2 ).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee ). Das Anstellungsverhältnis einer versicherung internen Fachperson zum Versicherungsvertrags träger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

#### **E. 4.1**

Wie bereits ausgeführt (vorstehende E. 1.1) übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für diejenigen Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen . Die Kosten für zahnärztliche Behandlungen werden hingegen nur dann übernommen, wenn diese durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems, durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt, oder zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig sind. Zur Abgrenzung einer ärztlichen von einer zahnärztlichen Behandlung stehen gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung die Kriterien des Ansatzpunktes und der therapeutischen Zielsetzung der Behandlung im Vordergrund. Wird zunächst auf den Ansatzpunkt abgestellt, so sind zahnärztliche Behandlungen grundsätzlich therapeutische Vorkehren am Kausystem. Darunter fallen die Behandlung der Zähne und des Zahnhalteapparates sowie die Behandlung an den Organbereichen, die ein künstliches Gebiss aufzunehmen haben. Die therapeutische Zielsetzung wird danach bestimmt, welcher Körperteil oder welche Funktion unmittelbar therapiert oder verbessert werden soll. Ist die Zuordnung nicht eindeutig, ist der therapeutischen Zielsetzung das grössere Gewicht beizumessen. Eine zahnärztliche Behandlung liegt folglich nur dann vor, wenn die Behandlung die Zähne als solche oder ihre vordringliche Funktion zur Zerkleinerung der Nahrung (Verbesserung der Bissverhältnisse) betrifft. Daran ändert auch nichts, wenn der Ansatzpunkt der Behandlung im Kieferbereich ausserhalb des Zahnapparates und des Parodonts liegt. Die therapeutische Zielsetzung, die auf eine Verbesserung der Kaufunktion gerichtet ist, gibt den Ausschlag und macht diese Behandlung zu einer zahnärztlichen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_655/2010 vom 23. Dezember 2013 E. 2.3; BGE 128 V 143 E. 4b).

#### **E. 4.2**

Wie sich den Akten entnehmen lässt, leidet der Beschwerdeführer an einer eingeschränkten Mundöffnung bei eingeschränkter beidseitiger Kiefergelenksbeweglichkeit , wobei nur die

Rotation möglich ist,  
sowie an einem Tiefbiss mit Overjet

### **E. 4.3**

Sowohl Art. 31 Abs. 1 KVG wie auch die Art. 17-19 KLV sprechen von «zahnärztlichen Behandlungen», die durch bestimmte Erkrankungen bedingt sind oder die Behandlung bestimmter Erkrankungen unterstützen. Zahnärztliche Behandlungen einerseits und die Erkrankung andererseits stehen in einer Wechselwirkung. Die von der sozialen Krankenversicherung zu übernehmenden zahnärztlichen Behandlungen müssen entweder die Folge («bedingt») und die bestimmten Erkrankungen die Ursache sein (Art. 17 und 18 KLV) oder die zahnärztlichen Behandlungen müssen die Behandlung bestimmter Erkrankungen unterstützen (Art. 19 KLV). Keineswegs verhält es sich so, dass die Behandlungen aller aufgeführten Erkrankungen zu zahnärztlichen Behandlungen geworden sind. Art. 31 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 17-19 KLV regeln somit nur die Kostenübernahme von zahnärztlichen Behandlungen, nicht diejenigen der damit in Zusammenhang stehenden Erkrankungen des Kauapparats oder der Allgemeinerkrankungen. Eine zahnärztliche Behandlung an Zähnen und Parodont

vermag eine Leistungspflicht nur zu begründen, wenn sie durch eine in den Art. 17-19 KLV aufgeführte schwere Erkrankung bedingt oder zur Behandlung einer solchen notwendig ist (Urteil des Bundesgerichts K 62/99 vom 9. April 2002 E. 4 mit Hinweis auf

BGE 124 V 185).

Üblichen und erträglichen Abweichungen von Ideal- oder Normvorstellungen kommt kein Krankheitswert zu (BGE 137 V 295 E. 4.2.2). 4. 4

Laut Art. 17 lit. f KLV übernimmt die obligatorische Krankenversicherung die Kosten der zahnärztlichen Behandlung von Dysgnathien, die zu einem Schlafapnoesyndrom (Ziff. 1), einer schweren Störung des Schluckens (Ziff. 2) oder zu schweren Schädel-Gesichts-Asymmetrien (Ziff. 3) führen. Die Dysgnathie i. S. von Art. 17 lit. f Ziff. 1-2 selber muss an sich nicht schwer sein, sondern nur ihre Folgen. Nur die in Art. 17 lit. f Ziff. 3 KLV erwähnten Dysgnathien sind als solche schwerer Art, insofern als sie von schweren Schädel-Gesichts-Asymmetrien herrühren (Urteil des Bundesgerichts K 56/01 vom 19. Februar 2003 in: Pra 2004 S. 950).

4. 5

Der Beschwerdeführer leidet an einem unklaren Dismorphiesyndrom mit gastroösophagealem Reflux, und es bestehen Hinweise auf ein Barrett-Mukosa ohne Dysplasie (E. 3.3). Ausserdem litt er in der Vergangenheit an wiederholten Hustenepisoden (E. 3.7). Indessen liegt bei ihm weder ein Schlafapnoesyndrom noch eine schwere Störung des Schluckens vor. Ebenso wenig führt die Dysgnathie zu schweren Schädel-Gesichts-Asymmetrien. Damit führt die Dysgnathie weder zu schweren gesundheitlichen Folgen noch ist sie eine solche schwerer Art. Damit fällt eine Übernahme der zahnärztlichen Behandlungen gestützt auf Art. 31 KVG i.V.m. Art. 17 lit. f KLV ausser Betracht.

### **E. 4.6**

Nachdem sich die Leistungsabweisung allein gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte ergibt, zielt der Einwand des Beschwerdeführers, die versicherungsärztlichen

Stellungnahmen seien aus näher dargelegten Gründen nicht beweistauglich (Urk. 1 S. 6 lit. d), ins Leere. Ausserdem ist nicht ersichtlich, zu welchen neuen Erkenntnissen weitere medizinische Abklärungen führen könnten (Urk. 1 S. 2 Ziff. 4) . 5.

Zusammenfassend stellt die bimaxilläre Osteotomie eine zahnärztliche Leistung dar, deren Kosten von der obligatorischen Krankenversicherung nicht zu übernehmen sind. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie Schwarz - Helsana Versicherungen AG - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Tiefenbacher

## **E. 7**

Mitte) . Im Weiteren seien auch die Voraussetzungen von Art. 17 lit. f KLV nicht gegeben, lägen doch kein Schlafapnoesyndrom, keine schweren Störungen des Schluckens und keine schwere Schädel-Gesichts-Asymmetrien vor. Das Vorliegen einer Ankylose sei nicht ausgewiesen, sondern es liege vielmehr eine atypische Form des Gelenkes vor. Eine Ankylose sei auch nicht diagnostiziert worden (S. 1

## **E. 8**

oben). Daran hielt die Beschwerdegegnerin mit Beschwerdeantwort ( Urk. 8) fest.

## **E. 9**

mm und Overbite

5 mm ( E. 3.1 ), wobei sich die Mundöffnung nach der durchgeführten und von der Beschwerdegegnerin finanzierten Eminektomie und anschliessender Physiotherapie bereits verbessert hat und eine weitere Verbesserung zu erwarten ist ( E. 3.8 ). Laut Facharzt Dr. Y. \_\_\_ führt die Dysgnathie mit dem erheblichen Overjet zu einer fehlenden Lippenkompetenz, zur Mundatmung und zur gestörten Kaufunktion (E. 3.5 ), die sich normalisiert, sobald das skelettale Problem korrigiert sei (E. 3.11 ) . Ausserdem machte der Beschwerdeführer geltend, es sei ihm nicht nur nicht möglich, den Mund beim Essen ausreichend zu öffnen

(um zum Beispiel Stücke von einem Apfel abzubeissen), sondern es sei ihm auch nicht möglich, den Mund ganz zu schliessen, was in der kalten Jahreszeit zu einer höheren Infektionsgefahr führen könne (Urk. 1 S. 5 lit . d) . Hieraus

erhellte, dass die Behandlung der Dysgnathie mittels bimaxillärer Umstellungsosteotomie auf eine Verbesserung der Kaufunktion am Kauapparat gerichtet ist. Damit stellt sie eine zahnärztliche Behandlung dar . Daran ändert auch nichts, dass die Beschwerdegegnerin die Kosten für die Eminektomie zur Kiefergelenksverbesserung übernommen hat und ein korrektes Resultat mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit nur zu erreichen ist, wenn die Behandlung sowohl das Kiefergelenk als auch die Dysgnathie umfasst (vgl. E. 3.11). Eine allfällige Kostenübernahme dieser zahnärztlichen Behandlung durch die Beschwerdegegnerin richtet sich folglich nach Art. 31 KVG in Verbindung mit Art. 17 ff. KLV (vgl. vorstehende E. 1.2).

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