



Gegenstand	Beschwerdeverfahren betreffend KVG (Einspracheentscheid vom 10. Juli 2025)
------------	---

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

1.1.

Die 1973 geborene Beschwerdeführerin ist bei der Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nach KVG versichert und leidet am Geburtsgebrechen Nr. 205 des Anhangs zur Verordnung des EDI über Geburtsgebrechen (GgV-EDI; angeborene Dysplasie der Zähne, sofern mindestens 12 Zähne der zweiten Dentition nach Durchbruch hochgradig befallen sind).

1.2.

Am 14. August 2024 ersuchte der behandelnde Zahnarzt der Beschwerdeführerin die Beschwerdegegnerin um Kostengutsprache für die Überkronung des Zahns 17. Nachdem die Beschwerdegegnerin medizinische Abklärungen getätigt hatte, lehnte sie mit Verfügung vom 8. Januar 2025 die Kostenübernahme für die zahnärztliche Behandlung mit der Begründung ab, dass die Beschwerdeführerin nicht (mindestens) zwölf überkronte Zähne aufweise. Die dagegen erhobene Einsprache wies die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 10. Juli 2025 ab.

2.

2.1.

Gegen den Einspracheentscheid vom 10. Juli 2025 erhob die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 11. September 2025 Beschwerde und stellte folgende Anträge:

"1. Der Einspracheentscheid vom 10. Juli 2025 und die Verfügung Nr. 1768 vom 8. Januar 2025 der Atupri Gesundheitsversicherung AG sei aufzuheben und die Kostengutsprache sei zu erteilen.

2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin"

2.2.

Mit Vernehmlassung vom 25. November 2025 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

2.3.

Mit Replik vom 19. Dezember 2025 hielt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen an ihren Anträgen fest.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Kostenübernahme für die Überkronung des Zahns 17 der Beschwerdeführerin mit Einspracheentscheid vom 10. Juli 2025 zu Recht abgelehnt hat (Vernehmlassungsbeilage [VB] 1).

1.2.

Soweit die Beschwerdegegnerin auch die Aufhebung der Verfügung vom 8. Januar 2025 beantragt (vgl. Rechtsbegehren Ziff. 1), ist auf die Beschwerde hingegen nicht einzutreten, da der Einspracheentscheid im sozialversicherungsrechtlichen Verwaltungsverfahren an die Stelle der einspracheweise angefochtenen Verfügung tritt und diese mit Erlass des Einspracheentscheides jede rechtliche Bedeutung verloren hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_281/2022 vom 24. Oktober 2022 E. 4.1 mit Verweis auf BGE 132 V 368 E. 6.1 S. 374 f.; vgl. ARTHUR BRUNNER, in: Kieser/Kradolfer/Lendfers [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG], 5. Aufl. 2024, N. 70 zu Art. 52 ATSG).

2.

2.1.

Gemäss Art. 31 Abs. 1 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, wenn diese durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems (lit. a) oder eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist (lit. b), oder zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist (lit. c).

2.2.

Die Versicherung übernimmt gemäss Art. 19a Abs. 1 lit. a KLV die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch ein Geburtsgebrechen nach Abs. 2 bedingt sind, wenn die Behandlungen nach dem 20. Lebensjahr notwendig sind. Gemäss Art. 19a Abs. 2 Ziff. 17 KLV gelten angeborene Dysplasien der Zähne, sofern mindestens zwölf Zähne der zweiten Dentition nach Durchbruch hochgradig befallen sind und sofern bei diesen eine definitive Versorgung mittels zirkulärer Umfassung voraussehbar ist, als Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 19a Abs. 1 KLV.

2.3.

Zahnärztliche Behandlungen, die durch ein Geburtsgebrechen bedingt sind, fallen nur dann in den Leistungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, wenn die Voraussetzungen von Art. 31 Abs. 1 KVG erfüllt sind (BGE 129 V 80 E. 1.1 und 1.2 S. 82 f.; Urteil des Eidgenössischen

Versicherungsgerichts K 50/04 vom 31. März 2005 E. 1.2). Als notwendig im Sinne von Art. 19a Abs. 1 lit. a KLV können nur durch ein Geburtsgebrechen bedingte zahnärztliche Behandlungen gelten, welche aus medizinischen Gründen erst nach dem 20. Altersjahr vorgenommen werden. Behandlungen im Kiefer- und Gesichtsbereich sollen grundsätzlich so geplant und durchgeführt werden, dass sie bis zur Vollendung des 20. Altersjahres und somit bis zum Ende der Leistungspflicht der Invalidenversicherung abgeschlossen werden können (BGE 130 V 459 E. 3 S. 463 f.). Die obligatorische Krankenpflegeversicherung hat hingegen nicht für Kosten von Behandlungen aufzukommen, welche innerhalb dieser zeitlichen Grenze hätten durchgeführt werden können, jedoch - aus dem Einflussbereich des Krankenversicherers entzogenen Gründen - nicht wurden (BGE 130 V 294). Dies rechtfertigt sich nicht zuletzt deshalb, weil auch bei zahnmedizinischen Geburtsgebrechen die Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung grundsätzlich eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt (BGE 147 V 187 E. 5.1 S. 190; BGE 129 V 80 E. 1.1 und 1.2 S. 82 f.).

3.

3.1.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Beurteilungen ihrer beratenden Zahnärztinnen Dres. med. dent. B._____ und C._____.

3.1.1.

Dr. med. dent. B._____ führte in ihrer Stellungnahme vom 3. Oktober 2024 aus, anhand der Unterlagen sei das Geburtsgebrechen Nr. 205 (angeborene Dysplasien der Zähne, sofern mind. 12 Zähne der zweiten Dentition nach Durchbruch hochgradig befallen sind [...]) nicht nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin weise nicht zwölf überkronte Zähne aus und der Zahn 17 weise keine Dysplasie auf. Dr. med. dent. B._____ empfahl daher, die Leistungspflicht abzulehnen (VB 2).

3.1.2.

In ihrer Stellungnahme vom 21. November 2024 empfahl Dr. med. dent. B._____, weiterhin an der Ablehnung der Leistungspflicht festzuhalten. Sie erachtete die Voraussetzungen von Art. 19a Abs. 2 Ziff. 17 KLV als nicht erfüllt, da man bei Zähnen, die mittels Politur behandelt werden könnten, nicht von einem hochgradigen Befall sprechen könne (VB 3).

3.1.3.

Am 5. Juni 2025 nahm Dr. med. dent. B._____ Stellung zu den im Einspracheverfahren eingereichten Unterlagen, wonach die Zähne 45, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 35 und 17 bis 27 eine Schmelzdysplasie aufweisen würden (vgl. Schreiben von Dr. med. dent. D._____ vom 20. November 2024 in VB 1.13). Dazu hielt sie fest, dass bis auf die Zähne 37, 46 und 47, die

überkront seien, die angegebenen Zähne nicht hochgradig befallen sein könnten, da sonst eine reine Behandlung via Politur nicht zielführend gewesen wäre. Gemäss Verordnung müssten mindestens zwölf Zähne der zweiten Dentition hochgradig befallen sein. Dies sei vorliegend nicht der Fall. Sie empfehle, weiterhin an der Ablehnung festzuhalten (VB 4).

3.1.4.

In ihrer Stellungnahme vom 29. Juni 2025 führte Dr. med. dent. C. _____ schliesslich aus, gemäss Art. 19a Abs. 2 Ziff. 19 KLV würden Zahnbehandlungen nur übernommen, wenn mindestens zwölf Zähne der zweiten Dentition hochgradig befallen seien. Im vorliegenden Fall sei eine ausgeprägte Odontodysplasie anhand des BW rechts vom 1. Oktober 2024 und des Fotos vom 1. Oktober 2024 nicht nachvollziehbar. Die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht nach Art. 19a Abs. 2 Ziff. 19 KLV seien nicht gegeben. Es bestehe keine Leistungspflicht. Sie empfehle, die Kostenübernahme abzulehnen (VB 5).

3.2.

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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3.

Beratende Ärzte sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilungen angeht, den versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (Urteile des Bundesgerichts 8C_672/2020 vom 15. April 2021 E. 2.3; 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.2 mit Hinweis). Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, kommt ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zu (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; 122 V 157 E. 1c S. 160 ff.). Zwar lässt das Anstellungsverhältnis der versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 ff.). 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 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; 122 V 157 E. 1d S. 162 f.).

4.

4.1.

Die Beschwerdeführerin bringt zusammengefasst vor, die Eidgenössische Invalidenversicherung (IV) habe mit Entscheid vom 27. April 1988 ein Geburtsgebrechen Nr. 205 anerkannt, weshalb eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bestehe. Die Voraussetzungen von Art. 19a Abs. 2 Ziff. 17 KLV seien erfüllt, da bei ihr mehr als zwölf Zähne befallen seien. Für das Vorliegen der Voraussetzungen von Art. 19a Abs. 2 Ziff. 17 KLV müssten zwölf Zähne nach Durchbruch hochgradig befallen sein; dies bedeute jedoch nicht, dass diese auch überkront sein müssten, sondern es müsse vorhersehbar sein, dass diese irgendwann überkront werden müssten (Beschwerde S. 2 f.). Zudem sei ein Geburtsgebrechen per se seit Geburt vorhanden. Mit der Bestätigung der IV-Stelle Basel-Landschaft des Geburtsgebrechens sei auch die Übernahme der daraus folgenden Kosten erfolgt. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdegegnerin plötzlich keine Kosten mehr übernehme. Die Krankenkasse sei nicht befugt, eine Neubewertung des Geburtsgebrechens vorzunehmen (Beschwerde S. 4). Schliesslich rügt die Beschwerdeführerin (sinngemäss), die Beschwerdegegnerin habe ihren Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt, indem diese den angefochtenen Einspracheentscheid ungenügend begründet, die Aktenführungspflicht verletzt, ein ungenügendes Akteneinsichtsrecht gewährt sowie die Abklärungspflicht verletzt habe (Beschwerde S. 4 f.; Replik S. 2 f.).

4.2.

Mit Schreiben vom 20. November 2024 hielt der behandelnde Zahnarzt Dr. med. dent. D. _____ fest, dass die Zähne 45, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 35, 17, 16, 15, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 25, 26 und 27 von der Schmelzdysplasie betroffen seien. Die Zähne 47, 46 und 37 seien wegen der Schmelzdysplasie schon überkront worden. Die Oberkieferfrontzähne seien bukkal beschliffen worden, um die Rauigkeit der Schmelzdysplasie zu eliminieren. Die Mundhygiene der Beschwerdeführerin sei seit Jahrzehnten ausgezeichnet. Die Füllungen der letzten Jahre seien aufgrund von Schmelzfrakturen und insuffizienten Füllungen aus der Jugend gelegt worden (Beschwerdebeilage [BB] 3).

4.3.

Mit Sekretariatsbeschluss der Eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, IV-Sekretariat Basel-Landschaft, vom 27. April 1988 wurden der Beschwerdeführerin die notwendigen medizinischen Massnahmen bis maximal zur Erreichung der Volljährigkeit zur Behandlung des Geburtsgebrechens Nr. 205 zugesprochen (VB 1.3 S. 2). Auch aus dem Bericht von Dr. med. dent. D. _____ ergibt sich, dass mehr als zwölf Zähne der Beschwerdeführerin von der Schmelzdysplasie betroffen sind. Vor diesem Hintergrund sind die versicherungsmedizinischen Beurteilungen von Dres. med. dent. B. _____ und C. _____, wonach Art. 19a Abs. 2

Ziff. 17 KLV nicht erfüllt sei, da bei der Beschwerdeführerin keine zwölf Zähne der zweiten Dentition nach Durchbruch hochgradig befallen seien (vgl. E. 3. hiervor), nicht nachvollziehbar. Auch ihrer Einschätzung, die Beschwerdeführerin weise "nicht 12 überkronte Zähne auf", weshalb die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht nach Art. 19a Abs. 2 Ziff. 17 KLV nicht erfüllt seien (VB 2 S. 2, vgl. auch VB 4; 5), kann mit Blick auf den Wortlaut der Bestimmung nicht gefolgt werden, da sich dieser Bestimmung nirgends die Voraussetzung entnehmen lässt, dass mindestens zwölf Zähne überkront sein müssten. Im Gegenteil müssen gemäss dieser Norm die Zähne lediglich "*hochgradig befallen*" und zirkuläre Umfassungen lediglich "*voraussehbar*" sein. Die Voraussetzung von überkronten Zähnen würde denn auch für die Beurteilung, ob ein Geburtsgebrechen vorliegt, keinen Sinn ergeben, gelten doch als Geburtsgebrechen Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen, womit überkronte Zähne in diesem Zeitpunkt gar nicht vorliegen können. Die Beschwerdeführerin weist diesbezüglich zu Recht darauf hin, dass gemäss Art. 19a Abs. 2 Ziff. 17 KLV eine definitive Versorgung mittels zirkulärer Umfassungen lediglich voraussehbar sein muss. Dies war bei ihr offensichtlich der Fall, wurde doch bei ihr das Vorliegen des Geburtsgebrechens Nr. 205 mit Sekretariatsbeschluss der Eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, IV-Sekretariat Basel-Landschaft, vom 27. April 1988 anerkannt (VB 1.3 S. 2). Insgesamt bestehen somit mehr als nur geringe Zweifel an den versicherungsmedizinischen Beurteilungen von Dres. med. dent. B._____ und C._____. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme nach Art. 32 KVG prüfe. Dabei wird umfassend auch die Frage zu klären sein, ob die Behandlung aufgrund medizinischer Faktoren nicht vor Vollendung des 20. Altersjahrs abgeschlossen werden konnte, da zahnärztliche Behandlungen, die durch ein Geburtsgebrechen bedingt sind, nur dann in den Leistungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fallen, wenn die Voraussetzungen von Art. 31 Abs. 1 KVG erfüllt sind (vgl. E. 2.3. hier-vor). Dabei ist zu beachten, dass eine Behandlung nach dem 20. Lebens-jahr im Sinne von Art. 19a Abs. 1 lit. a KLV medizinisch gerade bei Dyspla-sien (Fehlbildungen in Aufbau und innerer Struktur der Zähne) notwendig sein kann, weil der Zahnersatz erst nach Abschluss der orthodontischen und kieferchirurgischen Massnahmen erfolgt (vgl. aus zahnärztlicher Sicht GEBAUER/GNOINSKI, Zahnmedizinische Geburtsgebrechen in der Invaliden- und Krankenversicherung, Abgrenzungsfragen, in: Der Zahnarzt-patient - sozialversicherungs- und sozialhilferechtliche Fragen, 2008, S. 61 f.). Bei diesem Verfahrensausgang erübrigen sich Ausführungen zu den weiteren Rügen der Beschwerdeführerin.

4.4.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist, in dem Sinne gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid

vom 10. Juli 2025 aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung und zur Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

4.5.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

4.6.

Ausgangsgemäss hätte die Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz ihrer richterlich festzusetzenden Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG), denn die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks Vornahme ergänzender Abklärungen gilt als anspruchsbegründendes Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235 mit Hinweisen). Die Rechtsprechung ist jedoch bezüglich nicht anwaltlich vertretener Parteien zurückhaltend und nimmt einen Anspruch auf eine Parteientschädigung für persönlichen Arbeitsaufwand und Umtriebe nur ausnahmsweise an. Demnach muss es sich um eine komplizierte Sache mit hohem Streitwert handeln und zudem muss die Interessenwahrung einen hohen Arbeitsaufwand notwendig machen, der den Rahmen dessen überschreitet, was der Einzelne üblicher- und zumutbarerweise nebenbei zur Besorgung der persönlichen Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat (BGE 127 V 205 E. 4b S. 207 mit Hinweisen). Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall nicht erfüllt. Es ist daher keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde, soweit darauf eingetreten wird, wird der Einspracheentscheid vom 10. Juli 2025 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. 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).

Aarau, 29. Mai 2026

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

1. Kammer

Der Präsident:

Die Gerichtsschreiberin i.V.:

Kathriner

Staudenmann