

200 12 882 KV
KNB/BRM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 15. Mai 2014

Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Braune

A. _____
vertreten durch B. _____, Fürsprecher H. _____
Beschwerdeführerin



gegen

Easy Sana Assurance Maladie SA
Rechtsdienst, Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 21. August 2012

Sachverhalt:

A.

Die 1951 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bis Ende 2006 bei der Avenir und ab 2007 bei der Easy Sana Assurance Maladie SA, beide zur Groupe Mutuel gehörend, (Avenir/Easy Sana bzw. Beschwerdegegnerin) krankenversichert (Akten der Beschwerdegegnerin [act. II] 2).

Am 28. Oktober 2006 teilte Dr. med. C. _____, FMH Innere Medizin, der Avenir mit, dass die Versicherte an einer limitierten Form einer primären Systemsklerose leide; aufgrund der damit verbundenen ausgeprägten Sicca-Symptomatik seien revisionsbedürftige Zahnschäden entstanden (act. II 3). Die behandelnden Zahnärzte Dres. med. dent. D. _____ reichten am 14. November 2006 einen Behandlungsplan samt Kostenvoranschlag ein und suchten um Kostengutsprache nach (act. II 4).

Nach aufforderungsgemässer (act. II 6, 8, 12) Zustellung von Röntgenbildern und Beantwortung verschiedener Fragen zuhanden des Vertrauenszahnarztes (act. II 7, 9, 14) teilte die Avenir der Versicherten mit Schreiben vom 12. März 2007 mit, dass die vorgesehene Behandlung nicht unter Art. 18 Abs. 1 lit. c Ziff. 5 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) falle und eine Kostenübernahme deshalb abgelehnt werde (act. II 16).

Aufgrund verschiedener Interventionen – auch von Seiten des Ombudsmanns der sozialen Krankenversicherung – und nochmaliger Überprüfung der medizinischen Situation durch den Vertrauenszahnarzt der Avenir, begründete diese die Ablehnung am 1. Oktober 2007 damit, dass die Behandlung – entgegen der gesetzlichen Vorschrift – bereits ohne die vorgängig einzuholende Gutsprache begonnen worden sei, eine teure Behandlung gewählt worden sei (Fr. 21'000.—), während eine wirtschaftliche Versorgung Kosten von lediglich Fr. 7'500.— verursacht hätte (act. II 25). Auf Vorschlag des Ombudsmannes (act. II 28) sowie der zustimmenden Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes (act. II 29) erklärte sich die Avenir

bereit, einen Beitrag in Höhe von 1/3 einer wirtschaftlichen Versorgung (Kosten: Fr. 7'500.—) an die Zahnbehandlung der Versicherten zu leisten (act. II 30, 32). Die ebenfalls zur Groupe Mutuel gehörende Krankenkasse Hermes sprach am 26. August 2008 für die Zahnbehandlung Leistungen im Umfang von Fr. 5'000.— (abzüglich Selbstbehalt) zu (act. II 34).

B.

Am 8. Januar 2009 suchte die Versicherte, vertreten durch E._____, unter Beilage eines Kostenvoranschlages der Dres. med. dent. D._____ vom 7. November 2008 um Kostengutsprache für die Fortsetzung der zahnärztlichen Behandlung nach (act. II 38). Nach entsprechenden Abklärungen lehnte die Hermes eine Kostenübernahme mit Hinweis auf die Verfügung vom 26. August 2008, gemäss welcher keine weiteren Kosten übernommen würden, mit Schreiben vom 5. August 2009 ab (act. II 50). Hierüber erliess die Hermes wunschgemäss (act. II 51) am 29. Oktober 2009 eine formelle Verfügung (act. II 54).

Ein neuerlicher Behandlungsplan mit Kostenvoranschlag vom 25. Mai 2011 zwecks Kostengutsprache ging am 31. Mai 2011 beim Krankenversicherer ein (act. II 60), worauf die Easy Sana weitere Unterlagen zuhanden ihres Vertrauenszahnarztes einholte (act. II 61). Gestützt auf die Einschätzung desselben teilte die Easy Sana den behandelnden Zahnärzten am 13. Juli 2011 mit, dass die geltend gemachten Kosten nicht über die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt seien (act. II 63). Auf Intervention des die Versicherte nunmehr vertretenden B._____, Fürsprecher H._____, vom 5. April 2012 liess die Easy Sana den Vertrauenszahnarzt nochmals Stellung nehmen (act. II 65) und verneinte anschliessend mit Verfügung vom 14. Mai 2012 einen Leistungsanspruch aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (act. II 66).

Die gegen diese Verfügung am 14. Juni 2012 zunächst mit summarischer (act. II 69) und am 28. Juni 2012 mit ergänzter Begründung (act. II 70) erhobene Einsprache wies die Easy Sana – nach Einholen einer weiteren Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes (act. II 71) – mit Entscheid vom 21. August 2012 ab (act. II 72).

C.

Mit Eingabe vom 18. September 2012 erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch B._____, Fürsprecher H._____, Beschwerde. Sie beantragt, der Einspracheentscheid vom 21. August 2012 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die Kosten für die zahnärztliche Behandlung durch Herrn Dr. D._____ (Rechnung vom 29. September 2011 im Betrag von Fr. 4'628.40) zu ersetzen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 25. Oktober 2012 schliesst die Easy Sana auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 21. August 2012 (act. II 72), mit welchem die am 14. Mai 2012 verfügte Ablehnung einer Kostenübernahme für die „Eingliederung“ einer neuen Hybridprothese im Oberkiefer bestätigt wurde.

1.3 Angesichts der Höhe des Kostenvoranschlags vom 25. Mai 2011 (act. II 60) bzw. der nach Durchführung der Behandlung gestellten Rechnung vom 29. September 2011 (bei act. II 64) liegt der Streitwert unter Fr. 20'000.—, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Krankheit zu übernehmen sind, werden in Art. 25 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) 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 (BGE 129 V 80 E. 1.1 S. 82, 128 V 135 E. 2a S. 136, 127 V 328 E. 2 S. 330).

2.2 Die Leistungen der Zahnärzte und Zahnärztinnen sind in Art. 25 KVG nicht aufgeführt. Die Kosten dieser Leistungen sollen im Krankheitsfalle der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur in eingeschränktem Masse überbunden werden, nämlich wenn die zahnärztliche Behandlung durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems (Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG) oder durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt (Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG) oder zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist (Art. 31 Abs. 1 lit. c KVG).

2.2.1 Gestützt auf Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. d der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV, SR 832.102) hat das Departement des Innern in der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV; SR 832.112.31) diese zahnärztlichen Behandlungen in den Art. 17 bis 19a aufgelistet. Mit BGE 124 V 185 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht entschieden, dass die in den Art. 17-19 KLV aufgelisteten Erkrankungen, welche von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmende zahnärztliche Behandlungen bedingen, abschliessend aufgezählt sind. Daran hat es in ständiger Rechtsprechung festgehalten (BGE 130 V 464 E. 2.3 S. 467 mit Hinweisen).

2.2.2 Gemäss Art. 18 KLV übernimmt die Versicherung die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine der aufgezählten schweren Allgemeinerkrankungen oder ihre Folgen bedingt sind und zur Behandlung des Leidens notwendig sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. b KVG). Hierzu gehört u.a. die Sklerodermie (Art. 18 Abs. 1 lit. c Ziff. 5 KLV).

2.3 Die Leistungen nach den Artikeln 25-31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (Art. 32 Abs. 1 KVG). Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft (Art. 32 Abs. 2 KVG).

2.3.1 Eine medizinische Leistung ist im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, wenn sie objektiv den Erfolg der Behandlung der Krankheit erwarten lässt (BGE 130 V 299 E. 6.1 S. 304), mit anderen Worten muss sie objektiv geeignet sein, auf den angestrebten diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Nutzen hinzuwirken. Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Massnahme) und Wirkung (medizinischer Erfolg; BGE 133 V 115 E. 3.1 S. 116; SVR 2005 KV Nr. 6 S. 21 E. 1.2).

2.3.2 Die Zweckmässigkeit einer Leistung setzt deren Wirksamkeit voraus. Ob eine Leistung zweckmässig ist, muss anhand des diagnostischen

oder therapeutischen Nutzens der Anwendung im Einzelfall, unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken, gemessen am angestrebten Heilerfolg der möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung beurteilt werden (BGE 137 V 295 E. 6.2 S. 306, 130 V 299 E. 6.1 S. 304). Die Frage der Zweckmässigkeit hängt daher von medizinischen Kriterien ab und deckt sich mit derjenigen nach der medizinischen Indikation. Ist die medizinische Indikation einer wirksamen Behandlungsmethode gegeben, ist auch die Zweckmässigkeit zu bejahen. Umgekehrt sind medizinisch nicht indizierte therapeutische oder diagnostische Vorkehren regelmässig auch unzweckmässig (BGE 130 V 532 E. 2.2 S. 536, 125 V 95 E. 4a S. 99; SVR 2001 KV Nr. 21 S. 62 E. 2c).

Zweckmässigkeit und Wirksamkeit einer Leistung nach Art. 25 KVG sind prognostisch zu beurteilen (BGE 130 V 299 E. 5.2 S. 303). Zweckmässigkeit und Wirksamkeit setzen voraus, dass die Massnahme geeignet ist, das angestrebte Ziel zu erreichen. Welche von mehreren in Betracht fallenden Massnahmen als geeigneter erscheint, ist im Rahmen dieser Voraussetzungen nicht entscheidend. Nach der gesetzlichen Regelung genügt es, dass die vom Arzt angeordnete Massnahme zweckmässig ist. Sind gleichzeitig mehrere Massnahmen als zweckmässig zu qualifizieren, beurteilt sich die Leistungspflicht des Krankenversicherers unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit (RKUV 1999 KV Nr. 64 S. 67 E. 3a; SVR 2001 KV Nr. 42 S. 120 E. 5a; vgl. auch BGE 126 V 334 E. 2a S. 338).

2.3.3 Das Wirtschaftlichkeitserfordernis im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG bezieht sich nach der Rechtsprechung auf die Wahl unter mehreren zweckmässigen Behandlungsalternativen: Bei vergleichbarem medizinischem Nutzen ist die kostengünstigste Variante bzw. diejenige mit dem besten Kosten-/Nutzen-Verhältnis zu wählen. Das bedeutet aber nicht, dass dort, wo es nur eine einzige Behandlungsmöglichkeit gibt, diese ungeachtet der Kosten in jedem Fall als wirtschaftlich zu betrachten wäre. Unter dem allgemeinen Gesichtspunkt der Verhältnismässigkeit, die für das gesamte Staatshandeln gilt (Art. 5 Abs. 2 BV), ist eine Leistung zu verweigern, wenn zwischen Aufwand und Heilerfolg ein grobes Missverhältnis besteht, was eine Beurteilung des Verhältnisses von Kosten und Nutzen voraussetzt. Es können somit weder die hohe therapeutische Wirksamkeit

noch die Wirtschaftlichkeit je getrennt voneinander betrachtet werden in dem Sinne, dass die Frage nach dem hohen therapeutischen Nutzen mit einem kategorialen Ja oder Nein beantwortet werden könnte und bejahendenfalls die Kosten in beliebiger Höhe zu übernehmen wären. Vielmehr ist die Frage nach dem hohen therapeutischen Nutzen graduell und in Relation zu den Behandlungskosten zu beurteilen: Je höher der Nutzen ist, desto höhere Kosten sind gerechtfertigt (BGE 137 V 295 E. 6.3.2 S. 310, 136 V 395 E. 7.4 S. 407).

Aus Gründen der Rechtsgleichheit hat die Beurteilung der Verhältnismässigkeit bzw. Kostenwirksamkeit anhand von verallgemeinerungsfähigen Kriterien zu erfolgen. Daraus folgt, dass in rechtsgleicher Anwendung des Verhältnismässigkeitsprinzips für einzelne nur so hohe Leistungen erbracht werden dürfen, wie sie in verallgemeinerungsfähiger Weise für alle anderen Personen in vergleichbarer Situation auch erbracht werden könnten (BGE 136 V 395 E. 7.7 S. 413).

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin leidet an einer Sklerodermie und ausgesprochener Sicca-Problematik (act. II 3, 14), welche unbestrittenermassen Ursache der aufgetretenen Zahnschäden ist; Mundtrockenheit und ausbleibender Speichelfluss führten zu einer massiven Karies. Im Jahre 2006 nahmen die Dres. med. dent. D. _____ bei der Beschwerdeführerin eine Versorgung mit je einer Hybridprothese im Unter- und Oberkiefer vor, entsprechend einer gegenüber der günstigeren Variante (Modellgussprothese) kostspieligeren Lösung. Die Übernahme der hierfür gemäss Kostenvorschlag vom 15. November 2006 auf Fr. 23'828.55 geschätzten Behandlungskosten lehnte die damals zuständige Avenir zunächst vollständig ab (act. II 16), leistete dann aber nach wiederholter Korrespondenz mit dem Ombudsmann der sozialen Krankversicherung sowie dem Centre Social Protestant, Moutier, – zusammen mit der nachmalig zuständigen (ebenfalls zu Groupe Mutuel gehörenden) Hermes – einen Betrag von gesamthaft Fr. 7'500.— (unter Abzug des Selbstbehaltes) an die Behandlung, was den

Kosten für eine Versorgung mit einer Modellgussprothese entspricht (act. II 32, 34).

Nachdem im März 2011 (zulasten eines anderen Kostenträgers) im Unterkiefer auf zwei Implantaten eine neue Hybridprothese eingegliedert worden war, erfolgte im Mai 2011 eine entsprechende „Eingliederung“ im Oberkiefer, verankert auf eigenen Zähnen bzw. Wurzeln. Der Kostenvoranschlag der Dres. med. dent. D. _____ hierfür im Betrag von Fr. 3'964.40 (act. II 60) wurde samt weiteren Angaben – wonach die bestehenden Prothesen infolge Fortschreitens der Karies völlig insuffizient geworden seien und nicht mehr hätten angepasst werden können (act. II 62) – dem Vertrauenszahnarzt unterbreitet; aufgrund dessen Stellungnahme lehnte die Easy Sana ihre Leistungspflicht ab mit der Begründung, die aktuell vorgesehene Behandlung wäre nicht nötig geworden, wenn die 2008 durch den Krankenversicherer vorgeschlagenen Massnahmen befolgt worden wären (act. II 63).

Auf Einwand des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin vom 5. April 2012 hielt der Vertrauenszahnarzt, Dr. med. dent. F. _____, am 24. April 2012 fest, dass die in den Jahren 2007 und 2008 nur je einmal durchgeführte Dentalhygiene (DH) bei Sicca-Syndrom auf keinen Fall genüge, wobei dahingestellt bleibe, ob die Zähne im Jahre 2006 aufgrund fehlenden Speichels oder mangelhafter Mundhygiene kariös geworden seien. Das von Universitätskliniken seit längerem empfohlene, bei der Versicherten indessen nie erfolgte, Tragen von Fluoridierungsschienen hätte Karies infolge Speichelmangels verhindert. Die vom Vertrauensarzt seinerzeit vorgeschlagenen, auf den Zähnen abgestützten Teilprothesen im Ober- und Unterkiefer hätten zu einer vollständigen Rehabilitation der Kaufähigkeit geführt (act. II 29); Plaque-Akkumulation an den Klammern hätte durch eine perfekte Prothesenreinigung nahezu vollständig verhindert werden können. Mittels intensivierter Prophylaxe mit 3-monatiger DH-Behandlung und Fluoridierungsschienen hätten Schäden, wie sie zu behandeln waren, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vermieden werden können.

3.2 Auszugehen ist vorliegend davon, dass die Grunderkrankung der Beschwerdeführerin eine ausgeprägte Mundtrockenheit infolge stark ver-

minderter oder fehlender Speichelproduktion zur Folge hat, was zu einem grösseren Risiko für Karies führt.

Tatsache ist sodann, dass die Zahnschädigung im Jahre 2006 mittels – gegenüber einer Versorgung mit Modellgussprothesen – kostspieligeren Hybridprothesen versorgt wurde.

Die alternative, kostengünstigere Versorgung wurden hingegen als Basis für die letztlich zugesprochene Kostenbeteiligung von Fr. 7'500.— herangezogen; den Akten ist indessen nicht zu entnehmen, dass eine solche Versorgung ein Fortschreiten der Karies prognostisch verhindert hätte. Vielmehr legt der behandelnde Zahnarzt in seiner Stellungnahme vom 9. März 2012 nachvollziehbar und einleuchtend dar, dass und warum auch bei einer Versorgung mit einer Modellgussprothese die für die hier fragliche zahnärztliche Behandlung massgebenden Diagnosen und Symptome gegenüber der gewählten Versorgung mit einer Hybridprothese unverändert, d.h. die Kariesaktivität die gleiche geblieben wäre. Eventuell wäre das Kariesrisiko wegen grösserem Plaqueakkumulationsrisiko vor allem im Bereich der Klammerzähne sogar höher gewesen; mit der Hybridprothese habe die Zahl der Klammerzähne und damit das Kariesrisiko in diesem Bereich vermindert werden können (act. II bei 70).

Auszugehen ist davon, dass die „Eingliederung“ einer Hybridprothese – auch nach Auffassung der Beschwerdegegnerin –, wenn auch (allenfalls) keine wirtschaftliche, so doch eine zweckmässige Versorgung darstellt; wäre dies nicht der Fall, hätte die Easy Sana in Nachachtung der ihr obliegenden Abklärungspflicht (Untersuchungsgrundsatz), wie in der Beschwerde (vgl. S. 5 Ziff. 6.e und S. 6 Ziff. 7.d) aufgezeigt, zur Frage der Zweckmässigkeit der (damaligen) Wahl der Prothese und auch zu den indizierten prophylaktischen Massnahmen an kompetenter Stelle ein Gutachten einholen müssen. Eine Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides sowie Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur ergänzenden Abklärung erübrigt sich indessen.

Den Akten lässt sich nämlich – entgegen der im Verfahren von der Beschwerdegegnerin vertretenen Auffassung – nicht entnehmen, dass die Beschwerdeführerin vom Krankenversicherer bzw. dessen Vertrauens-

zahnarzt darauf hingewiesen, geschweige denn dazu aufgefordert worden wäre, die DH und Mundhygiene zu intensivieren. Die behandelnden Zahnärzte wurden zwar aufgefordert, zuhanden des Vertrauensarztes der Beschwerdegegnerin Angaben hierzu zu machen (act. II 19, 21), einen konkreten Niederschlag haben deren Antworten (act. II 22, 40) indessen in den Korrespondenzen (act. II 25, 30) und insbesondere in den leistungsab lehrenden Verfügungen nicht gefunden; begründet wurden letztere vielmehr mit dem nicht rechtzeitigen Ersuchen um Kostengutsprache sowie der fehlenden Wirtschaftlichkeit (act. II 26, 32, 34, 54). Auch hat der Vertrauenszahnarzt Dr. med. dent. F. _____ in seinen vor dem 24. April 2012 (act. II 65) abgegebenen Stellungnahmen (act. II 10, 16, 41, 45, 49) nie kritische Bemerkungen zur erfolgten Prophylaxe gemacht; ebensowenig hat sich der Vertrauensarzt G. _____, Arzt und Zahnarzt SSO/SVMD, hierzu geäußert (act. II 7, 29). Das Argument der mangelnden Prophylaxe, auf das sich die Beschwerdegegnerin im Rahmen der vorliegend streitigen Verneinung der Leistungspflicht einzig stützt (vgl. Beschwerdeantwort S. 8), erscheint damit als nachgeschoben.

Unter den gegebenen Umständen durfte sich die Beschwerdeführerin auf die seinerzeitige zahnärztliche Beratung durch die behandelnden Dres. med. dent. D. _____ sowohl hinsichtlich der damaligen Wahl der prothetischen Versorgung als auch hinsichtlich der Kariesprophylaxe (Mund- und Zahnhygiene) verlassen (vgl. hierzu auch die zutreffenden Ausführungen auf S. 4 f. Ziff. 6.a-d und S. 6 Ziff. 7.b/c der Beschwerde). Die Prophylaxeanweisungen hat sie (unbestrittenermassen) befolgt, sodass ihr diesbezüglich kein (allenfalls leistungsausschliessender) Vorwurf gemacht werden kann.

Nach dem Gesagten ist nicht erstellt, dass die aufgetretenen Zahnschäden auf eine fehlerhafte prothetische Versorgung oder auf mangelnde mund- und zahnhygienische Massnahmen zurückzuführen sind, sondern dass deren Ursache letztlich die diagnostizierte Sklerodermie mit ausgeprägtem Sicca-Syndrom ist. Die Kosten der Behandlung sind deshalb von der Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG i.V.m. Art. 18 Abs. 1 lit. c Ziff. 5 KLV zu übernehmen. Es bestehen ferner keine Anhaltspunkte

dafür, dass die fragliche Behandlung nicht den Kriterien von Art. 32 Abs. 1 KVG entsprechen würde.

3.3 Die Beschwerde ist mithin gutzuheissen, der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Beschwerdegegnerin anzuweisen, die Kosten der strittigen Zahnbehandlung in Höhe von Fr. 4'628.40 abzüglich eines allfälligen Selbstbehaltes zu vergüten.

4.

4.1 Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG).

Fürsprecher H._____ macht in seiner angemessenen Kostennote vom 5. November 2013 ein Honorar von Fr. 1'137.50, Auslagen von Fr. 46.— und 8% MWST, insgesamt Fr. 1'277.15, geltend. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in dieser Höhe auszurichten.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Easy Sana vom 21. August 2012 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin angewiesen, die Kosten für die Zahnbehandlung in Höhe von Fr. 4'628.40 abzüglich eines allfälligen Selbstbehaltes zu vergüten.
2. Verfahrenskosten werden keine erhoben.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1'277.15 (inkl. Auslagen und MWSt) zu bezahlen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Easy Sana Assurance Maladie SA
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.