

200 14 302 KV
SCI/GET/SEE


Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 14. August 2014

Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen


_____ **Sansan Versicherungen AG**
Versicherungsrecht, Postfach, 8081 Zürich
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 27. Februar 2014

Sachverhalt:

A.

Die 1971 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist bei der Sansan Versicherungen AG (nachfolgend Sansan bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankpflegeversichert (Akten der Sansan [act. II] 6; 11 S. 2).

Mit Schreiben vom 19. Juni 2013 (act. II 1) reichte der behandelnde Zahnarzt der Versicherten, Dr. med. dent. B. _____, bei der Sansan einen Kostenvoranschlag über Fr. 839.50 für die operative Entfernung des Zahnes 28 (Weisheitszahn) ein, welchen die Sansan am 26. Juni 2013 (act. II 3) bzw. – nach Vorlage des medizinischen Dossiers an ihren Vertrauensarzt Dr. med. dent. und Dr. med. C. _____, Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie FMH (act. II 5) – am 20. August 2013 (act. II 6) formlos ablehnte. Da die Versicherte damit nicht einverstanden war (act. II 7), erliess die Sansan am 13. Dezember 2013 (act. II 8) eine entsprechende Verfügung. In der Begründung hielt sie fest, der Zahn 28 sei zwar verlagert und weise Krankheitswert auf. Indessen sei mit der Entfernung des Zahnes der Krankheitswert behandelt, weshalb jene nicht als schwere Massnahme im Sinne der Rechtsprechung zu beurteilen sei. Somit entfalle eine Kostenübernahme für die Zahnbehandlung zu Lasten der obligatorischen Krankpflegeversicherung.

Die dagegen am 6. Januar 2014 (act. II 9) erhobene Einsprache wies die Sansan mit Einspracheentscheid vom 27. Februar 2014 (act. II 11) ab.

B.

Dagegen erhob die Versicherte mit als „Einsprache“ bezeichneter Eingabe vom 25. März 2014 Beschwerde. Sie beantragt sinngemäss die Übernahme der Kosten für die vorgesehene Zahnbehandlung. In der Begründung macht sie im Wesentlichen und sinngemäss geltend, die Fallführung der Sansan sei nicht korrekt gewesen. Ferner handle es sich bei der vorgese-

hnen Entfernung des Weisheitszahnes entgegen der Sansan nicht um eine einfache Massnahme im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung. Schliesslich sei fraglich, ob der Vertrauensarzt bzw. die Verwaltung den Fall objektiv beurteilt hätten.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. April 2014 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig reichte sie einen weiteren Bericht von Dr. Dr. med. C._____ ins Recht (act. II 12). In der Begründung bringt die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen vor, Dr. Dr. med. C._____ bestätige auch nach Miteinbezug der Vorbringen in der Beschwerde, dass es sich bei der geplanten Behandlung um eine einfache Massnahme handle. Zwar bestehe mit dem Vorliegen einer sezierenden Paradontaltasche ein Krankheitswert; dieser sei jedoch aufgrund der geplanten Behandlung nicht qualifiziert.

Mit prozessleitender Verfügung vom 17. April 2014 ersuchte der Instruktionsrichter Dr. med. dent. B._____ um Zustellung der vollständigen Krankenakten inkl. Krankengeschichte der Beschwerdeführerin. Mit Schreiben vom 22. April 2014 reichte Dr. med. dent. B._____ dem Gericht das Befundblatt sowie die Krankengeschichte der Beschwerdeführerin ein (in den Gerichtsakten). Mit prozessleitender Verfügung vom 30. April 2014 edierte der Instruktionsrichter bei Dr. med. dent. B._____ den bis anhin dem Gericht nicht eingereichten Gesundheitsfragebogen der Beschwerdeführerin. Im Weiteren wies er die Beschwerdegegnerin an, das OPT dem Gericht zuzustellen. Schliesslich habe die Beschwerdeführerin dem Gericht mitzuteilen, ob die Behandlung bereits erfolgt sei.

Mit Schreiben vom 2. Mai 2014 stellte die Beschwerdeführerin dem Gericht den Gesundheitsfragebogen zu (Akten der Beschwerdeführerin [act. I 10]) und teilte im Weiteren mit, dass die Behandlung noch nicht erfolgt sei.

Mit Eingabe vom 10. Juni 2014 reichte die Beschwerdegegnerin dem Gericht das OPT in elektronischer und physischer Form ein. Im Übrigen hielt sie am beschwerdeweise gestellten Antrag fest.

Mit prozessleitender Verfügung vom 25. Juni 2014 schloss der Instruktionsrichter das Beweisverfahren. Von der gleichzeitig den Parteien

eingräumten Möglichkeit, Schlussbemerkungen einzureichen, machten diese keinen Gebrauch.

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 27. Februar 2014 (act. II 11). Streitig und zu prüfen ist, ob ein Anspruch auf die Übernahme der zahnärztlichen Behandlung für die Entfernung des Weisheitszahns 28 zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besteht. Der entsprechende Kostenvoranschlag beläuft sich auf Fr. 839.50 (act. II 1). Damit liegt der Streitwert unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

1.3 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).

2.3 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 der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (Krankenpflege-Leistungsverordnung [KLV; SR 832.112.31]) diese zahnärztlichen Behandlungen in den Art. 17 bis 19a aufgelistet. 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 Be-

handlung führen können und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu tragen sind. Hier müssen die Allgemeinerkrankungen oder ihre Folgen schwer sein, nicht hingegen die dadurch bedingte Erkrankung des Kausystems (BGE 127 V 339 E. 2b S. 341). In Art. 19 KLV werden die schweren Allgemeinerkrankungen aufgezählt, bei denen die zahnärztliche Massnahme notwendiger Bestandteil der Behandlung darstellt. Art. 19a KLV schliesslich beschlägt die Pflichtleistungen des Krankenversicherers, die durch ein Geburtsgebrechen bedingt sind.

In BGE 124 V 185 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG, heute Bundesgericht [BGer]) 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 129 V 80 E. 1.3 S. 83, 128 V 135 E. 2c S. 137).

2.4

2.4.1 Betreffend die Erkrankung der Zähne als Teil des Kausystems gemäss Art. 17 lit. a KLV sind die Kosten einerseits bei Vorliegen eines idiopathischen internen Zahngranuloms von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen (Ziff. 1) und andererseits bei Verlagerung und Überzahl von Zähnen und Zahnkeimen mit Krankheitswert (Ziff. 2). Nach der Rechtsprechung des EVG handelt es sich beim Krankheitswert gemäss Art. 17 lit. a KLV um einen gegenüber dem allgemein definierten Begriff Krankheit gemäss Art. 2 KVG qualifizierten Begriff, welchem Abgrenzungsfunktion zukommt, indem er die Behandlung nicht schwerer Erkrankungen der Zähne von der Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung ausschliesst.

2.4.2 Eine Verlagerung von Zähnen und Zahnkeimen im Sinne von Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV im Besonderen besteht in einer Abweichung von der Lage oder Achsenrichtung. Bei bleibender Dentition besteht der Krankheitswert in einem pathologischen Geschehen, worunter neben den explizit aufgeführten Abszess und Zyste alle Erscheinungsformen zu verstehen sind, die erhebliche Schäden an den benachbarten Zähnen, am Kieferknochen und an benachbarten Weichteilen verursacht haben oder

gemäss klinischem und allenfalls radiologischem Befund mit hoher Wahrscheinlichkeit verursacht werden (BGE 130 V 464 E. 3.2 S. 467).

2.4.3 Bei verlagerten Weisheitszähnen im Speziellen genügt jedoch nicht jede Pathologie, die bei anderen verlagerten Zähnen die Übernahme der Behandlungskosten durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung rechtfertigt. Vielmehr muss entweder die Entfernung des verlagerten Weisheitszahnes wegen besonderer Verhältnisse oder die Behandlung der Pathologie schwierig und aufwändig sein (BGE 130 V 464 E. 4.1-4 S. 468 ff.).

3.

3.1 Unbestritten ist, dass keine schwere Allgemeinerkrankung gemäss Art. 31 Abs. 1 lit. b und c KVG vorliegt. Streitig ist demgegenüber, ob die Beschwerdeführerin unter einer schweren, nicht vermeidbaren Erkrankung des Kausystems im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV leidet. Vorliegend ist deshalb zu prüfen, ob bezüglich des Zahns 28 eine Verlagerung mit Krankheitswert nach Massgabe von Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV vorliegt und – bejahendenfalls – die Entfernung des verlagerten Weisheitszahnes wegen besonderer Verhältnisse oder die Behandlung der Pathologie schwierig und aufwändig ist.

3.2 Den im Recht liegenden Akten ist im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.2.1 Im Kostenvoranschlag vom 18. bzw. 19. Juni 2013 (act. II 1) hielt Dr. med. dent. B._____ unter Diagnose einen verlagerten Weisheitszahn 28 fest. Es bestehe eine Exsudation 27/28. Zahn 28 müsse operativ entfernt werden; vorbehalten bleibe ein Sinusverschluss. Als Sofortmassnahme sei ein OPT durchgeführt worden.

Mit Schreiben vom 1. Juli 2013 (act. II 4) hielt Dr. med. dent. B._____ zu Händen der Beschwerdegegnerin fest, es handle sich im vorliegenden Fall um einen anspruchsvollen Eingriff und nicht um eine einfache Massnahme. Die Verlagerung und die unmittelbare Nähe der gesamten Wurzel

zum Sinus maxillaris bedingten auf jeden Fall eine Intervention nach den SAC-Kriterien „advanced“ der SSO (Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft). Es müsse unmittelbar mit einer Eröffnung des Sinus maxillaris gerechnet werden. Dies sei ein unter „A“ in den Qualitätsleitlinien der SSO erwähntes anatomisches Risiko. Die Entfernung müsse unter grösstmöglicher Schonung des parodontalen Attachment beim Nachbarzahn 27 erfolgen. Diese Voraussetzungen seien seines Erachtens nicht als „einfache Massnahme“ oder „einfacher Eingriff“ zu bezeichnen.

3.2.2 Mit Bericht vom 12. August 2013 (act. II 5) hielt Dr. Dr. med. C._____ nach Vorlage des medizinischen Dossiers – beinhaltend u.a. das OPT vom 6. Juni 2013 – fest, Zahn 28 sei verlagert. Auch liege gestützt auf die Angaben „Exsudation 27/28“ eine sezernierende Parodontaltasche und damit ein Krankheitswert vor. Indessen stelle die operative Entfernung oder die Behandlung des Krankheitswertes keine schwere Massnahme im Sinne der Rechtsprechung dar: Mit der Entfernung von Zahn 28 dürfte – so Dr. Dr. med. C._____ – die Pathologie behandelt sein. Die Entfernung von Zahn 28 sei nicht als schwere Massnahme im Sinne der Rechtsprechung zu beurteilen, selbst wenn die Kieferhöhle beim Eingriff eröffnet würde.

3.2.3 Nachdem die Beschwerdeführerin gegen den Einspracheentscheid vom 27. Februar 2014 Beschwerde erhoben hatte, legte die Beschwerdegegnerin das medizinische Dossier Dr. Dr. med. C._____ abermals zur Beurteilung vor.

Im entsprechenden Bericht vom 4. April 2014 (act. II 12) führte Dr. Dr. med. C._____ aus, im Antrag auf Kostenübernahme fänden sich keine stichhaltigen Hinweise, dass die Behandlung der Pathologie eine schwere respektive aufwändige Massnahme darstellen würde. Insbesondere fänden sich keine Angaben, dass bereits Behandlungen durchgeführt worden seien. Unter Sofortmassnahmen finde sich lediglich die Angabe „OPT“. Im Kostenvoranschlag beschränke sich die Behandlung auf Untersuchung, Röntgen, operative Entfernung des Zahnes 28 und zwei Nachkontrollen. Dies entspreche keineswegs einer schweren Behandlung der Pathologie, sondern zahnärztlicher Routine.

Im Röntgenbild fänden sich keine Hinweise für eine schwierige Wurzelkonfiguration, welche die Entfernung des Zahnes 28 erschweren würden; vielmehr scheine es sich um eine einzige, fusionierte Wurzel zu handeln. Dies stehe im Gegensatz zur spekulativen Äusserung der Beschwerdeführerin, der Zahn könne am Apex feine divergierende Wurzelspitzen haben. Der Röntgenbefund stütze diese These jedenfalls nicht. Unbestritten sei, dass der Zahn 28 nahe am Kieferhöhlenboden liege. Auch diese anatomische Situation, welche bei verlagerten oberen Weisheitszähnen häufig auftrete, sei keine Besonderheit, welche allein aufgrund des Röntgenbildes eine schwierige Entfernung zu begründen vermöge. Eine Eröffnung der Kieferhöhle komme bei der Entfernung verlagelter oberer Weisheitszähne nicht selten vor, führe dann jedoch nur selten zu Komplikationen. Bei korrekter Schnittführung und Operationstechnik könne die Operationswunde ohne weitere zusätzliche Aufwendungen verschlossen werden, ohne dass ein spezieller plastischer Verschluss der Kieferhöhle notwendig werde. Im Kostenvoranschlag fänden sich zudem ebenfalls keine Hinweise, dass vom Leistungserbringer eine schwierige Nachbehandlung erwartet werde.

Er gehe davon aus, dass der Zahn 28 nach üblicher Osteotomie als Ganzes, d.h. ohne Separieren oder Durchtrennung entfernt respektive herausluxiert werden könne. Dies begründe ebenfalls seine Einschätzung, dass die Behandlung als einfache Massnahme im Sinne der Rechtsprechung zu beurteilen sei.

Aufgrund der Ausführungen in der Beschwerde liege zudem der Schluss nahe, dass der Zahn nach wie vor nicht entfernt worden sei. Daraus ergäben sich zusätzliche Zweifel, ob tatsächlich – wie behauptet – ein Krankheitswert mit eitersezernierender Tasche vorgelegen habe. Bei Vorliegen einer derartigen Pathologie wäre die baldige Entfernung des Weisheitszahnes medizinisch indiziert gewesen. Das lange Zuwarten betreffend dessen Entfernung spreche nicht gerade dafür, dass effektiv ein derartiger Krankheitswert vorgelegen habe.

3.3

3.3.1 Der Versicherungsträger prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG).

Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hiezu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a S. 283). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158; SVR 2009 IV Nr. 4 S. 7 E. 4.2.2).

3.3.2 Nach Art. 57 Abs. 4 KVG beraten Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen die Versicherten in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherten. Sie sind in ihrem Urteil unabhängig. Weder Versicherte noch Leistungserbringer noch deren Verbände können ihnen Weisungen erteilen (Abs. 5).

3.3.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHJ 2001 S. 113 E. 3a).

3.3.4 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersu-

chungen 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.4 Die Beschwerdeführerin rügt die Fallführung durch die Beschwerdegegnerin, weil diese das Kostengutsprachegesuch (act. II 1) zunächst ohne Vorlage des medizinischen Dossiers an den Vertrauensarzt abgelehnt hatte (Beschwerde, Ziffern 2-5).

Es trifft zwar zu, dass die erste (und formlos erfolgte) Ablehnung des Kostengutsprachegesuchs (act. II 3) ohne vorgängige Konsultation des Vertrauensarztes erfolgte, obgleich Dr. med. dent. B. _____ im entsprechenden Kostenvoranschlag eine „Abklärung KVG“ durch den Vertrauensarzt verlangte (act. II 1). Entgegen der offenbaren Auffassung der Beschwerdeführerin schreibt der Untersuchungsgrundsatz (vgl. E. 3.3.1 vorne) der Verwaltung indessen nicht vor, welche Abklärungsmassnahmen sie

konkret zu treffen hat. Entscheidend ist letztlich einzig – aber immerhin –, ob ein Beweisergebnis vorliegt, welches die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat und welches einen Entscheid über den geltend gemachten Leistungsanspruch erlaubt. Insofern ist der Sozialversicherer grundsätzlich berechtigt, administratives Personal mit der (ersten) Beurteilung eines Versicherungsfalles zu betrauen, zumal der Leistungsansprecher bzw. der behandelnde Arzt im Rahmen der Mitwirkungspflicht gehalten sind, dem Krankenversicherer alle zur Beurteilung der Leistungspflicht notwendigen medizinischen Angaben und Grundlagen zu liefern (vgl. E. 3.3.1 vorne; BGE 130 V 464 E. 5 S. 470). In beweismässiger Hinsicht ist jedoch zu berücksichtigen, dass Stellungnahmen des administrativen Personals keine medizinischen Beurteilungen darstellen, weshalb eine Krankenversicherung in komplexeren Fällen in der Regel nicht umhin kommt, den rechtlich erheblichen Sachverhalt fachärztlich beurteilen zu lassen.

Vorliegend lässt sich dem der Beschwerdegegnerin zugestellten Kostenvoranschlag keine Begründung entnehmen, weshalb die beantragte Massnahme die höchstrichterlich konkretisierten Voraussetzungen zur Kostenübernahme von Weisheitszahnbehandlungen erfüllen könnte. Erst mit Schreiben vom 1. Juli 2013 (act. II 4) – und damit nach der ersten Leistungsablehnung vom 26. Juni 2013 – legte Dr. med. dent. B. _____ einlässlicher dar, weshalb aus seiner Sicht die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin erfüllt seien.

Die Beschwerdegegnerin hat nach dem Schreiben von Dr. med. dent. B. _____ vom 1. Juli 2013 das medizinische Dossier inklusive OPT ihrem Vertrauensarzt zur Beurteilung vorgelegt (vgl. E. 3.3.2 vorne) und – gestützt auf den entsprechenden (fachärztlichen) Bericht vom 12. August 2013 (act. II 5) – mit Verfügung vom 13. Dezember 2013 bzw. mit Einspracheentscheid vom 27. Februar 2014 über den Leistungsanspruch befunden. Damit ist die Fallführung der Beschwerdegegnerin grundsätzlich nicht zu beanstanden.

Zu prüfen bleibt die materielle Richtigkeit der Beurteilung der Beschwerdegegnerin.

4.

4.1 Wie vorne dargelegt (vgl. E. 3.2.3), legte die Beschwerdegegnerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens das medizinische Dossier Dr. Dr. med. C._____ zur Beurteilung vor, welcher letztmals am 4. April 2014 (act. II 12) Bericht erstattete. Dieser Bericht ist für die streitigen Belange umfassend, basiert auf einer vollständigen Aktenlage, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen, welche im Ergebnis jenen des Berichts vom 12. August 2013 (act. II 5) entsprechen, sind begründet. Im Übrigen war Dr. Dr. med. C._____ bei Abfassung des Berichts (sowie auch bei seiner ersten Stellungnahme vom 12. August 2013 [act. II 5]) in tatsächlicher Hinsicht umfassend dokumentiert, womit seine Beurteilung auf einem lückenlosen Befund beruht. Gegenteiliges wird denn auch nicht geltend gemacht. Dass Dr. Dr. med. C._____ als Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin fungiert, vermag für sich allein und entgegen der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde, Ziffer 15) die Beweiskraft seiner Beurteilung nicht in Frage zu stellen (vgl. E. 3.3.2 vorne; Entscheid des BGer vom 26. September 2001, K 6/01, E. 3). Abgesehen davon zeigt die Beschwerdeführerin weder substantiiert auf noch ergeben sich aus den Akten konkrete Indizien, welche Zweifel an der Objektivität von Dr. Dr. med. C._____ zu wecken vermöchten. Solche sind namentlich auch nicht im Umstand zu erblicken, dass die Dres. med. dent. B._____ und C._____ in Bezug auf die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts uneins waren, fasste Dr. Dr. med. C._____ doch sowohl den Bericht vom 12. August 2013 wie auch jenen vom 4. April 2014 – namentlich auch hinsichtlich des beschwerdeführerischen Vorwurfs (Beschwerde, Ziffer 5), Dr. Dr. med. C._____ habe beabsichtigt, Dr. med. dent. B._____ durch eine falsche Empfehlung bewusst irre zu führen – in einem durchwegs sachlichen Ton ab und hat auch er selbst die Uneinigkeit mit dem behandelnden Arzt dokumentiert.

4.2

4.2.1 Zunächst ist unbestritten, dass Zahn 28 verlagert ist. Im Weiteren bejahte Dr. Dr. med. C._____ im Bericht vom 12. August 2013 (act. II 5) zunächst auch die Frage nach dem Vorliegen eines pathologischen Ge-

schehens, indem er – gestützt auf die Akten bzw. auf die Angaben von Dr. med. dent. B._____ – von einer sezernierenden Parodontaltasche ausging. Im Bericht vom 4. April 2014 (act. II 12) stellte er den Krankheitswert mit dem Hinweis, der Zahn sei am 25. März 2014 offenbar immer noch nicht entfernt worden, indes in Frage, wobei er festhielt, bei Vorliegen einer eitersezernierenden Tasche wäre die baldige Entfernung des Weisheitszahnnes medizinisch indiziert gewesen und das lange Zuwarten spreche nicht gerade für den geltend gemachten Krankheitswert.

Tatsächlich war die Behandlung gemäss Angaben der Beschwerdeführerin auch am 2. Mai 2014 noch nicht erfolgt (Schreiben der Beschwerdeführerin vom 2. Mai 2014 [in den Gerichtsakten]). Sodann lassen sich aus der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens edierten Krankengeschichte keine sachdienlichen Hinweise zur Natur und Ausprägung der geltend gemachten Pathologie entnehmen. Aufgrund dieser Umstände ist nicht ohne weiteres erstellt, ob der für die Übernahme der Zahnbehandlung (notwendig) vorausgesetzte (qualifizierte) Krankheitswert (vgl. E. 2.4.2 vorne) überhaupt vorliegt, zumal mit Bezug auf die Weisheitszähne auch das allfällige Vorhandensein einer Zyste oder eines Abszesses für sich allein noch keinen qualifizierten Krankheitswert zu begründen vermöchte (BGE 130 V 464 E. 4.4 S. 469).

Wie es sich damit verhält, kann indes offen bleiben, da – wie nachstehend zu zeigen ist – die Entfernung von Zahn 28 jedenfalls mangels besonderer Verhältnisse keine schwierige Behandlung im Sinne der Rechtsprechung darstellt.

4.2.2 In seinem Bericht vom 4. April 2014 bestätigte Dr. Dr. med. C._____ seine bereits in der Stellungnahme vom 12. August 2013 geäusserte Auffassung, wonach es sich beim vorgesehenen operativen Eingriff um eine einfache Massnahme handelt. Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, führt zu keiner anderen Schlussfolgerung:

Soweit die Beschwerdeführerin (Beschwerde, Ziffer 10) geltend macht, vorliegend handle es sich um eine operative Zahnentfernung, welche nicht mit einer Extraktion verglichen werden könne, so ist zu berücksichtigen, dass die Anwendung eines bestimmten Verfahrens noch nichts über die

Besonderheit der Verhältnisse aussagt (vgl. Entscheid des BGer vom 23. Dezember 2010, 9C_655/2010, E. 3.3.2). Namentlich trifft es entgegen der anderweitigen sinngemässen Argumentation in der Beschwerde (vgl. Ziffer 11) nicht zu, dass ein allfälliger (vorliegend jedoch zweifelhafter) Krankheitswert auch schon die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin impliziert. Gegenteils genügt bei Weisheitszähnen nicht jede Pathologie, die bei anderen verlagerten Zähnen die Übernahme der Behandlungskosten rechtfertigte (vgl. E. 2.4.3 vorne).

Soweit die Beschwerdeführerin und Dr. med. dent. B._____ sodann den Eingriff gestützt auf die von der SSO herausgegebenen Qualitätsleitlinien in der Zahnmedizin mit „advanced“ (anspruchsvoller Eingriff) klassifizieren (vgl. Beschwerde, Ziffer 13; act. II 4), kommt dem in beweismässiger Hinsicht keine entscheidende Bedeutung zu, wird diese Einstufung doch anderweitig und namentlich auch durch Dr. Dr. med. C._____ nicht bestätigt. Damit kann auch offen bleiben, ob und wenn ja inwieweit die nämlichen Leitlinien überhaupt für die Beurteilung der rechtsprechungsgemässen Leistungsvoraussetzungen einschlägig und damit zu berücksichtigen wären. Ebenso wenig kann die Beschwerdeführerin aus den weiteren, in der Beschwerde angestellten umfangreichen medizinischen Überlegungen etwas zu ihren Gunsten ableiten (vgl. Beschwerde, Ziffer 14): Soweit sie vorbringt, das OPT lasse „vermuten“, dass der Zahn am Apex durchaus feine Wurzelspitzen „haben könnte“, so stellt dies der Formulierung entsprechend eine blosser Möglichkeit dar, was denn auch von Dr. Dr. med. C._____ dahingehend bestätigt wird, als dieser festhält, der Röntgenbefund stütze diese These nicht. Auch vermag die Tatsache, wonach beim vorgesehenen Eingriff mit der Eröffnung des Sinus maxillaris „gerechnet werden“ müsse, keinen schwierigen Eingriff zu begründen, handelt es sich doch im Umstand, wonach der verlagerte Zahn nahe am Kieferhöhlenboden liegt, um eine häufig auftretende anatomische Situation (vgl. auch BGer 9C_655/2010, E. 3.3.1); im Übrigen kommt gemäss der (unwidersprochen gebliebenen) Einschätzung von Dr. Dr. med. C._____ eine Eröffnung der Kieferhöhle bei der Entfernung verlagelter Weisheitszähne nicht selten vor und führt auch nur selten zu Komplikationen. Was beim Eingriff schliesslich alles hypothetisch passieren könnte, ist nicht primär entscheidend bzw. begründet mangels fallspezifischer Konkretisierung

nicht schon eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin: Massgebend bei der Beurteilung des Kostenvoranschlags ist, ob mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass Besonderheiten, welche den Fall im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung von den Durchschnittsfällen abhebt, vorliegen bzw. entsprechende Komplikationen eintreten werden, was vorliegend nicht der Fall ist. Die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Risiken werden denn auch ärztlicherseits von keiner Seite bestätigt und ergeben sich auch nicht aus der vom Gericht eingeholten Krankengeschichte.

4.3 Zusammenfassend erreichen das (fraglich) pathologische Geschehen und die notwendigen (einfachen) Behandlungsmassnahmen bis zum Zeitpunkt des die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildenden Einspracheentscheides vom 27. Februar 2014 nicht jenen Krankheitswert, der rechtsprechungsgemäss gegeben sein muss, damit die Pflicht zur Übernahme der zahnärztlichen Behandlung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung bejaht werden könnte. Die Beschwerdegegnerin hat damit zu Recht die Erteilung der Kostengutsprache verweigert.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 27. Februar 2014 erweist sich demnach als rechtmässig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

5.

5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

5.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - Sansan Versicherungen AG
 - 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 Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.