

200 14 566 KV
MAW/JAP/KRK

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 6. August 2014

Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin



gegen

KPT Krankenkasse AG
Recht, Postfach 8624, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 13. Mai 2014

Sachverhalt:

A.

Die 1977 geborene A. _____ (fortan Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist bei der KPT Krankenkasse AG (fortan KPT bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankpflegeversichert (vgl. Akten der KPT, Antwortbeilage [AB] 1). Wegen einer Tumorerkrankung der linken Ohrspeicheldrüse unterzog sie sich im August 2011 einem operativen Eingriff mit anschließender Radiotherapie (vgl. AB 6).

Mit Zahnschadenformular vom 19. Dezember 2012 (AB 3) ersuchte der behandelnde Zahnarzt für die Versicherte bei der KPT um Kostengutsprache für Zahnbehandlungen, wobei er Diagnosen vermerkte, die er auf die Bestrahlung im Jahr 2011 zurückführte. Nachdem die KPT Erkundigungen und Unterlagen beim behandelnden Zahnarzt eingeholt hatte, wies sie das Kostengutsprache gesuch ihm gegenüber am 8. Februar 2013 formlos ab (vgl. AB 5). Die Versicherte erklärte sich hiermit nicht einverstanden und reichte weitere Unterlagen ein (vgl. AB 6), worauf die KPT gestützt auf eine vertrauenszahnärztliche Beurteilung am 14. Mai 2013 an ihrer Ablehnung festhielt (vgl. AB 7). Nach einer weiteren Intervention der Versicherten (vgl. AB 8) erliess die KPT am 28. Mai 2012 eine Verfügung (AB 9), worin sie die Kostenübernahme der geplanten Behandlung der Zähne 45 (Wurzelbehandlung und Schraubenaufbau), 15, 26 und 27 (Kompositfüllungen) sowie die Zahnreinigung beim behandelnden Zahnarzt ablehnte.

B.

Eine hiergegen seitens der Versicherten am 24. Juni 2013 erhobene Einsprache (AB 10) wies die KPT mit Entscheid vom 13. Mai 2014 (AB 11) ab und verneinte zusätzlich die Kostenvergütung für sämtliche künftigen im Kausalzusammenhang mit der Tumorerkrankung stehenden Zahnbehandlungskosten.

C.

Mit Eingabe vom 11. Juni 2014 erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. _____, Beschwerde und beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei kostenfällig aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, aufgelaufene und künftige mit der Tumorerkrankung in Zusammenhang stehende Zahnbehandlungskosten zu übernehmen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 10. Juli 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 15. Juli 2014 legte die Beschwerdeführerin einen weiteren medizinischen Bericht vom 26. Juni 2014 (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 7) ins Recht. Aufforderungsgemäss reichte ihr Rechtsvertreter zudem am 4. August 2014 seine Kostennote ein.

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

kantonales Gesetz 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 13. Mai 2014 (AB 11). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Übernahme der Zahnbehandlungskosten gemäss Zahnschadenformular bzw. Kostenschätzung vom 19. Dezember 2012 (AB 3). Die Beschwerdegegnerin verneinte zusätzlich die Kostenpflicht für «alle künftigen im Kausalzusammenhang mit der Tumorerkrankung stehenden Zahnbehandlungskosten» (vgl. AB 11 [Entscheiddispositiv]; Beschwerdeantwort S. 5 Ziff. II Ziff. 7) und beschwerdeweise wird dementsprechend auch die Übernahme von künftigen mit der Tumorerkrankung in Zusammenhang stehenden Zahnbehandlungskosten verlangt. Diese zukünftigen Aufwendungen beziehen sich offenbar auf die in der Kostenschätzung erwähnten zusätzlichen Fr. 380.-- für die halbjährlichen dentalhygienischen Behandlungen. Anderweitige rein hypothetische und noch nicht näher konkretisierte Leistungen stehen gar nicht in Frage und liessen sich im heutigen Zeitpunkt kaum prospektiv beurteilen, zumal das angerufene Sozialversicherungsgericht die Sachverhaltsentwicklung prinzipiell lediglich bis zum angefochtenen Entscheid berücksichtigt (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140). Hierüber liesse sich momentan kein Gestaltungsurteil erwirken und es bestünde kaum ein schutzwürdiges Interesse an der Feststellung der Leistungspflicht eines bloss möglichen künftigen Zahnschadens. Der Beschwerdeführerin bleibt es unbenommen, die Beschwerdegegnerin dereinst um die Übernahme gegebenenfalls anfallender weiterer Zahnbehandlungskosten zu ersuchen und auf diese Weise nötigenfalls den Erlass einer anfechtbaren Verfügung herbeizuführen.

1.3 Gemäss approximativer Kostenschätzung betragen die Kosten Fr. 1'957.75, wobei zusätzliche alle sechs Monate dentalhygienische Behandlungen im Umfang von zirka Fr. 380.-- hinzutreten sollen (vgl. AB 3). Selbst unter Berücksichtigung dieser zusätzlichen dentalhygienischen Behandlungen mit ungewisser Dauer liegt der Streitwert jedenfalls unter Fr. 20'000.-- (vgl. Art. 57 Abs. 1 GSOG i.V.m. Art. 92 Abs. 2 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 [ZPO; SR 272]), 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. 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).

2.1 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 Gestützt auf Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG i.V.m. 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. 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. 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 (vgl. zum Ganzen: GEBHARD EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, 2010, S. 183 ff.).

2.3 Des Weiteren sind rechtsprechungsgemäss immer die Anforderungen an die zumutbare Schadenminderungspflicht zu beachten. So erkannte das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; heute: Bundesgericht) in BGE 128 V 59, dass Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG i.V.m. Art. 18 KLV nur bei nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung auslöst. Dabei muss nicht die schwere Allgemeinerkrankung, sondern die Kausystemerkrankung unvermeidbar gewesen sein. Vorausgesetzt wird eine objektive Unvermeidbarkeit. Dies verlangt eine nach dem jeweiligen Wissensstand der Zahnheilkunde genügende Mundhygiene. Massgebend ist, ob beispielsweise Karies hätte vermieden werden können, wenn die Mundhygiene genügend gewesen wäre, ohne Rücksicht darauf, ob die versäumte Prophylaxe im Einzelfall als subjektiv entschuldbar zu betrachten ist (BGE 128 V 62 f. E. 4a). In diesem Fall, der eine an Xerostomie infolge einer Speicheldrüsenerkrankung leidende Beschwerdeführerin betraf, erwog das EVG, es könne nicht entscheidend sein, ob diese eine weniger gute Mundhygiene gehabt habe, als vom Krankenversicherer als nötig und zumutbar erachtet werde, sondern vielmehr, ob die Zahnbehandlungen bei der Speicheldrüsenerkrankung und der dadurch verursachten Mundtrockenheit mit erhöhter Kariesanfälligkeit durch eine genügende und zumutbare Mundhygiene hätten vermieden werden können. Ersteres würde auf eine Sanktionierung der Beschwerdeführerin hinauslaufen, indem sie wegen ungenügender Mundhygiene der Pflichtleistung selbst dann verlustig ginge, wenn die Zahnschäden trotz optimaler, d.h. genügender und zumutbarer Mundhygiene nicht vermeidbar wären. Eine versicherte Person, die aufgrund ihrer Konstitution, durchgemachten Krankheiten oder

durchgeführten Zahnbehandlungen eine erhöhte Anfälligkeit für Zahnerkrankungen habe, könne es nicht mit der allgemein üblichen Mundhygiene bewenden lassen. Die Mundhygiene müsse aber in jedem Fall sowohl in der täglichen Durchführung wie auch hinsichtlich des periodischen Ganges zum Zahnarzt und der Dentalhygiene in vernünftigem und zumutbarem Rahmen bleiben (BGE 128 V 65 E. 6c und d).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Im Zusammenhang mit einer fakturierten Behandlung vom 7. bis 9. September 2011 wurde seitens des Spitals C._____ gegenüber der Beschwerdegegnerin als Diagnose ein Parotistumor (Ohrspeicheldrüsentumor [vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 263. Aufl. 2011, S. 1556]) und als Indikation eine Zahnsanierung sowie eine Strahlenschutzschiene für die Radiotherapie im Sinne von Art. 19 lit. c KLV angegeben (vgl. AB 6). Das am 7. September 2011 angefertigte Orthopantomogramm (OPT) zeigte einen sanierten Zahnstatus sowie eine regelrecht belüftete Kieferhöhle und ergab keinen Hinweis auf eine Periodontitis bzw. keinen sicheren Hinweis auf eine ossäre Läsion (vgl. BB 3).

3.1.2 Im Bericht vom 18. September 2012 (vgl. AB 6) über die Tumorsprechstunde im Spital C._____ vom 13. September 2012 wurde als Diagnose ein im August 2011 erstdiagnostizierter Parotistumor links mit Anteil eines Azinuszell-Karzinoms erwähnt (initiale Tumorklassifikation: mindestens pT1 cN0 Vx Lx Pnx R1-R2 [vgl. zur TNM-Tumorklassifikation: PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 2074; WITTEKIND/MEYER, TNM Klassifikation maligner Tumoren, 7. Aufl. 2010]). Zudem wurde ausgeführt, dass am 10. August 2011 eine laterale Parotidektomie durchgeführt worden sei und die Pathologie (Exzizat Parotis links) Restinfiltrate ohne «high grade»-Anteile von etwa einem Millimeter Ausdehnung des vordiagnostizierten Azinuszell-Karzinoms bzw. ein intraparotidaler Lymphknoten ohne Karzinom-Infiltrate ergeben habe. Vom 27. September bis 15. November 2011 habe sich die Beschwerdeführerin einer adjuvanten Radiotherapie mit Einzeldosen von

2 Gray bis zu einer Gesamtdosis von 72 Gray unterzogen. Als klinischer Befund wurde unter anderem festgestellt, dass beim Massieren der Parotis rechts Speichel austrete, links dagegen kein Speichel sichtbar sei.

3.1.3 Der behandelnde Zahnarzt, dipl. med. dent. D. _____, diagnostizierte gestützt auf eine Befundaufnahme vom 22. November 2012 im Zahnschadenformular gegenüber der Beschwerdegegnerin eine Xerostomie sowie eine erhöhte Kariesanfälligkeit aufgrund der Bestrahlung im Jahr 2011 im Sinne von Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV. Seine Kostenschätzung vom 19. Dezember 2012 (AB 3) für eine konservierende Behandlung sowie Dentalhygiene bezog sich auf die Zähne 15, 26, 27 (insbesondere Komposit-Füllungen) und 45 (insbesondere Wurzelbehandlung, Stiftaufbau [vgl. zum Gebisschema nach FDI: PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 726 f.]). Am 28. Januar 2013 überprüfte er die Speichelfliessrate, wobei sich ohne Stimulation ein Wert von eineinhalb bis zwei Milliliter pro fünf Minuten und mit Stimulation ein solcher von zweieinhalb bis drei Milliliter pro fünf Minuten ergab (vgl. AB 4).

3.1.4 Der Vertrauenszahnarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. dent. E. _____, kam in seiner Aktenbeurteilung vom 26. April 2013 (vgl. AB 7) zum Schluss, dass die Speichelfliessratenmessung eine genügende Speichelmenge ergeben habe, was auch zu erwarten sei, da noch immer eine Parotis normal funktioniere und auch die sublingualen Drüsen nicht betroffen seien. Die Beschwerdeführerin habe eine Fluoridierungsschiene, die sie offenbar nicht trage. Bei genügender Hygiene und Fluoridierung sei in diesem Fall die Karies vermeidbar.

3.1.5 Dipl. med. dent. D. _____ erklärte in seiner Stellungnahme vom 10. Juni 2014 (BB 4) gegenüber der Beschwerdeführerin hauptsächlich, dass die Beschwerdeführerin bei ihm bzw. seinem Vorgänger regelmässig zur Kontrolle und Zahnreinigung erschienen sei und zwischen Januar 2007 und Februar 2010 die Zähne 17, 16 und 27 erweitert versiegelt sowie der insuffiziente Schraubenaufbau am Zahn 36 entfernt und mit einem Stiftaufbau bzw. einer Verblend-Metall-Keramikkrone versorgt worden seien. Bedingt durch die Tumorbehandlung, während der die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben weiterhin zahnärztlich und dentalhygienisch durch das Spital C. _____ betreut worden sei, habe sie ihn erst am 29. August

2012 wieder konsultiert. Eine Röntgenuntersuchung im November 2012 habe an den Zähnen 15, 26 sowie 27 Karies bzw. am Zahn 45 einen Zustand nach Beginn Endotoxine (profunde Karies) gezeigt. Aufgrund der – im Gegensatz zu den Vorjahren – augenscheinlich deutlich erhöhten Kariesanfälligkeit habe er die Verkürzung der Kontrolltermine auf sechs Monate, die konsequente Anwendung der Hygieneempfehlungen der Dentalhygienikerin sowie die Verwendung hochfluoridhaltiger Zahnpaste bzw. salivationsfördernder Spülungen empfohlen. Zum Thema Fluoridierungsschiene habe er sich gegenüber der Beschwerdegegnerin lediglich dahingehend geäußert, dass er nicht wisse, ob die Beschwerdeführerin eine solche besitze, weil er keinen Bericht des Spitals C._____ erhalten habe. Die bereinigten Werte der getesteten Speichelfliessrate lägen deutlich an der Grenze zwischen Hyposalivation und Xerostomie.

3.1.6 Im Bericht des Spitals C._____ vom 26. Juni 2014 (BB 7) erklärte Dr. med. F._____, während der Strahlentherapie seien Strahlenschutzschienen getragen und tägliche Fluoridierungen durchgeführt worden. Im Rahmen der Strahlentherapie sei es zu einer Belastung der Kiefer und Zähne links bis zu einer Dosis von 36 Gray gekommen. In der Nachkontrolle habe sich eine Xerostomie Grad I als weiterer Risikofaktor für Strahlenkaries gezeigt. Ein Zusammenhang zwischen der durchgeführten Strahlentherapie und der jetzt notwendigen Zahnsanierung sei sehr wahrscheinlich.

3.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 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).

3.3 Der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. Mai 2014 (AB 11) basiert in medizinischer Hinsicht auf der Aktenbeurteilung des Vertrauenszahnarztes vom 26. April 2014 (AB 7). Dr. med. dent. E. _____ ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin «offenbar» keine Fluoridierungsschiene trug und erklärte, dass bei genügender Hygiene und Fluoridierung die Karies vermeidbar gewesen wäre. Die Annahme bezüglich der Fluoridierungsschiene stützte sich auf eine Telefonnotiz der Beschwerdegegnerin vom 24. Januar 2013 (AB 4), wonach dipl. med. dent. D. _____ am 23. Januar 2013 angegeben habe, dass seine Patientin keine Fluoridierungsschiene trage. Die entsprechende Aktennotiz betrifft indes nicht bloss ein Indiz oder eine Hilfstatsache, sondern ist im vorliegenden Kontext zentral für die (sowohl im sachlichen Anwendungsbereich von Art. 17 als auch Art. 18 KLV [vgl. E. 2.2 f. hievori] massgebende) Frage der Unvermeidbarkeit der Erkrankung des Kausystems. Diese Auskunft zu einem wesentlichen Punkt des rechtserheblichen Sachverhalts hätte deshalb prinzipiell in Form einer schriftlichen Anfrage eingeholt oder mündlich erfragt und protokolliert werden müssen (vgl. BGE 119 V 208 E. 4b S. 213, 117 V 282 E. 4c S. 284). Die Aktennotiz stellt somit kein taugliches Beweismittel dar, zumal nebst dem Nichtbeachten der formellen Anforderungen seitens des behandelnden Zahnarztes bestritten wird, diese Aussage inhaltlich so getätigt zu haben (vgl. BB 4). Überdies wurde die Aktennotiz der Beschwerdeführerin

nie zur Kenntnis gebracht und auch nicht in der Verfügung vom 28. Mai 2012 (AB 9), sondern erstmals im Einspracheentscheid vom 13. Mai 2014 (AB 11) zur Begründung der Leistungsablehnung verwendet. Darauf bestritt die Beschwerdeführerin sofort, die Fluoridierungsschiene nicht getragen zu haben (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. III Art. 5). Entgegen der in der Beschwerdeantwort (S. 4 Ziff. II Ziff. 6, Lemma 1) geäusserten Auffassung käme der Aussage des behandelnden Zahnarztes selbst dann keine erhöhte Beweiskraft zu, wenn er den Wortlaut der Aktennotiz nicht bestritten hätte. Eine Fluoridierungsschiene wird nicht ununterbrochen getragen (vgl. ANDREI M. KIELBASSA, Strahlentherapie im Kopf- und Halsbereich, Implikationen für Zahnärzte, HNO-Ärzte und Radiotherapeuten, 2004, Ziff. 7.4 S. 83 f.) und dipl. med. dent. D._____ konnte die Beschwerdeführerin in der fraglichen Zeit nicht dauernd «beaufsichtigen», so dass er ohnehin keine verlässliche Auskunft darüber hätte geben können, ob die Fluoridierungsschiene getragen wurde oder nicht.

3.4 Weil die Beurteilung von Dr. med. dent. E._____ vom 26. April 2013 (AB 7) sich nach dem Dargelegten auf eine bestrittene bzw. unbewiesene Annahme stützte, erfüllt sie die beweisrechtlichen Anforderungen nicht (vgl. E. 3.2 hievor). Bei dieser Ausgangslage ist über die von der Beschwerdeführerin getätigte Zahnhygiene bzw. Kariesprophylaxe Beweis zu führen (die «Übersicht Zahnarztbesuche» [vgl. AB 10] hat diesbezüglich nur eine beschränkte Aussagekraft) und anschliessend das Ergebnis einem bisher nicht mit der Streitsache befassten Experten zur Beurteilung zu unterbreiten. Dieser wird sich insbesondere auch dazu zu äussern haben, ob der gemäss dem Speichelflussraten-Test (vgl. AB 4) im Vergleich zu den Referenzwerten (vgl. <<http://de.wikipedia.org/wiki/Speicheltest>>) zweifellos verminderte Speichelfluss bzw. die Bestrahlung des Parotistumors zu nicht vermeidbaren Kariesschäden in fast allen Quadranten des Gebisses führte (vgl. ADAMIETZ/KNECHT/LAUBERT/SCHILCHER, Maligne Rezidive im Kopf-Hals-Bereich, 2003, S. 189). Diesbezüglich kann mit Blick auf den massgebenden Beweisgrad der *überwiegenden* Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) nicht auf den Bericht des Spitals C._____ vom 26. Juni 2014 (BB 7) abgestellt werden. Ob ausschlaggebend ist, ob diagnostisch von einer Xerostomie oder einer Oligosialie auszugehen ist (vgl. AB 11 S. 5 E. 15 f. bzw. die für das Sozialversicherungsgericht unverbindli-

chen [BGE 124 V 351 E. 2e S. 354] Empfehlungen im von der Schweiz. Zahnärzte-Gesellschaft SSO herausgegebenen Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem, 3. Aufl. 2008, S. 92), wird von der sachverständigen Person zu beantworten sein. Erst nach Vorliegen des entsprechenden Beweisergebnisses wird der Leistungsanspruch (unter dem Titel einer Erkrankung des Kausystems im Sinne von Art. 17 lit. c Ziff. 2 KLV oder einer Allgemeinerkrankung nach Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV [vgl. z.B. Entscheid des EVG vom 14. Dezember 2001, K 104/99; Entscheid des Bundesgerichts vom 27. August 2012, 9C_956/2011, BGE 128 V 59]) materiell beurteilt werden können.

Die Beschwerde vom 11. Juni 2014 erweist sich folglich insoweit als begründet, als die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit sie die entsprechenden Sachverhaltserhebungen trifft und danach erneut über den strittigen Leistungsanspruch befindet.

4.

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

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

In der Kostennote vom 4. August 2014 hat Fürsprecher B._____ ein Honorar von Fr. 2'125.-- sowie Auslagen von Fr. 43.20 und die Mehrwertsteuer von Fr. 173.45 geltend gemacht. Diese Beträge sind nicht zu beanstanden. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 2'341.65 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. Mai 2014 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'341.65 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin (samt eingereichten Akten)
 - KPT Krankenkasse AG (samt eingereichten Akten)
 - Bundesamt für Gesundheit

Hinweis: *Im Falle einer Anfechtung dieses Entscheides sind die Akten dem Bundesgericht zuzustellen.*

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.