

200 16 1095 KV
FUR/IMD/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil der Einzelrichterin vom 23. Juni 2017

Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
vertreten durch Fürsprecherin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Philos Krankenversicherung AG
Rechtsdienst, Rue des Cèdres 5, Postfach, 1919 Martigny
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 5. Oktober 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1972 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war bei der Philos Krankenversicherung AG (Philos bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankenkpflegeversichert, als sie am 25. März 2015 durch den behandelnden Arzt ein Gesuch um Kostengutsprache für eine Zahnextraktion der Weisheitszähne 38 und 48 unter Narkose stellte (Akten der Philos, Antwortbeilage [AB] 3, 6). Mit Schreiben vom 2. Juli 2015 (AB 15) lehnte die Philos die Kostenübernahme für die zwischenzeitlich durchgeführten Eingriffe ab, woraufhin die Versicherte um den Erlass einer anfechtbaren Verfügung ersuchte (AB 16). Diesem Ersuchen kam die Philos mit Verfügung vom 8. September 2015 (AB 17) nach. Die dagegen erhobene Einsprache (AB 26) wies sie nach Einholen diverser medizinischer Unterlagen mit Entscheid vom 5. Oktober 2016 (AB 41) ab.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecherin B. _____, mit Eingabe vom 7. November 2016 Beschwerde mit dem Antrag, der Einspracheentscheid vom 5. Oktober 2016 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Kosten der kieferchirurgischen Entfernung der Zähne 38 und 48 zu übernehmen.

Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 10. März 2017 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 29. März 2017 nahm die Beschwerdeführerin Stellung zur Beschwerdeantwort.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 5. Oktober 2016 (AB 41). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten für die kieferchirurgische Extraktion der Weisheitszähne 38 und 48 übernehmen muss.

1.3 Der Streitwert erreicht Fr. 20'000.-- nicht (vgl. interne E-Mail der Beschwerdegegnerin vom 22. November 2016 [AB unpaginiert]), womit die Streitigkeit 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 vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (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 vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) hat das Eidgenössische Departement des Innern in der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (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 betrifft die zahnärztlichen Leistungen, die durch ein Geburtsgebrechen bedingt sind.

In BGE 124 V 185 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; heute Bundesgericht) 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 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 (Ziffer 1) und andererseits bei Verlagerung und Überzahl von Zähnen und Zahnkeimen mit Krankheitswert (Ziffer 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. Was zunächst den Begriff der Verlagerung von Zähnen und Zahnkeimen anbelangt, hat das Gericht darin eine Abweichung von Lage und Achsenrichtung gesehen, wobei das Wort "und" nicht in dem Sinne verwendet worden ist, dass es kumulativ sowohl einer Abweichung von der Lage wie auch von der Achsenrichtung bedarf. Den qualifizierten Krankheitswert sieht das Gericht sodann bei der Dentition in Entwicklung – im Sinne eines Richtwertes bis zum 18. Altersjahr – in der Behinderung einer geordneten Gebissentwicklung oder in einem pathologischen Geschehen, bei bleibender Dentition in einem pathologischen Geschehen. Neben den in Art. 17 lit. a Ziffer 2 KLV in Klammern aufgeführten Beispielen des Abszesses und der Zyste hat das Gericht das Erfordernis des qualifizierten Krankheitswertes in Form von pathologischem Geschehen bei Erscheinungsformen als erfüllt gesehen, die erhebliche Schäden an den benachbarten Zähnen, am Kieferknochen und an benachbarten Weichteilen verursacht haben oder gemäss klinischem und allenfalls radio-

logischem Befund mit hoher Wahrscheinlichkeit verursacht werden. Bei in Entwicklung befindlicher Dentition ist der qualifizierte Krankheitswert auch gegeben, wenn verlagerte Zähne den Durchbruch benachbarter Zähne behindern oder verlagerte Zähne trotz Beseitigung von Durchbruchshindernissen und genügendem Platzangebot nicht durchbrechen können (BGE 130 V 467 f. E. 3.2).

2.5 Bei der Behandlung von verlagerten Weisheitszähnen sind zwei Besonderheiten zu beachten. Einerseits gilt es zu berücksichtigen, dass verlagerte Weisheitszähne gegenüber anderen verlagerten oder überzähligen Zähnen insofern eine besondere Stellung einnehmen, als sie von ihrer topografischen Lage her besonders häufig Lage-Anomalien zeigen (BGE 130 V 468 E. 4.2). Andererseits besteht bei der Behandlung verlagelter Weisheitszähne die Besonderheit, dass sie entfernt werden, ohne dass an ihrer Stelle ein Ersatz (z.B. Implantat) als tunlich erscheint, während andere verlagerte Zähne nicht ersatzlos entfernt werden können, sondern durch zahnärztliche Massnahmen zu erhalten sind oder an ihrer Stelle eine Ersatzlösung zu suchen ist, um die Kaufunktion aufrechtzuerhalten (BGE 130 V 469 E. 4.3). Aufgrund der geschilderten Unterschiede kann demzufolge bei verlagerten Weisheitszähnen und anderen verlagerten Zähnen bei identischer Pathologie der qualifizierte Krankheitswert im oben umschriebenen Sinn nicht gleich beurteilt werden, weil bei verlagerten Weisheitszähnen die Notwendigkeit einer Erhaltung oder Ersatzlösung wegfällt. Um daher an die Übernahme der Kosten für die Behandlung verlagelter Weisheitszähne nicht geringere Anforderungen an die Schwere des Leidens zu stellen als für die Behandlung anderer verlagelter Zähne, kann – wie gesagt – bei Weisheitszähnen nicht jede Pathologie genügen, die bei andern verlagerten Zähnen die Übernahme rechtfertigt. Eine Pathologie wie beispielsweise eine Zyste oder ein Abszess, sofern ohne grossen Aufwand behandelbar, macht die Entfernung eines Weisheitszahnes nicht zur Behandlung einer schweren Erkrankung des Kausystems im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 KLV. Anders ist es zu halten, wenn entweder die Entfernung des verlagerten Weisheitszahnes wegen besonderer Verhältnisse oder die Behandlung der Pathologie schwierig und aufwändig ist. So hat das Eidgenössische Versicherungsgericht die Leistungspflicht der Krankenversicherung bejaht für einen operativen Eingriff

bei verlagerten Weisheitszähnen, die nicht nur von pericoronalen Infekten und Zysten begleitet waren, sondern besondere Komplikationen wie die Gefahr des Einschlusses des Nervus alveolaris inferior aufwiesen und bei welchen der Eingriff notfallmässig durchgeführt werden musste. Es hat ferner die Leistungspflicht bejaht bei einem verlagerten Weisheitszahn mit Abszess, der ebenfalls notfallmässig behandelt und zufolge seiner schwierigen Position und eines vorhandenen Trismus unter Narkose und mit Zerstückelung entfernt werden musste (BGE 130 V 469 f. E. 4.4 mit Hinweisen).

2.6 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).

2.7 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; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

3.

3.1 Hinsichtlich der umstrittenen Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die kieferchirurgische Extraktion der Zähne 38 und 48 ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Dr. med. med. dent. C._____, Facharzt für Kiefer- und Gesichtschirurgie und Fachzahnarzt für Oralchirurgie, diagnostizierte im medizinischen Fragebogen vom 1. April 2015 (AB 6) eine Dysgnathie (ICD-10: K07.1) mit Verdacht auf Dysostosis mandibulofacialis, eine craniomandibuläre Dysfunktion (CMD; ICD-10: K07.6) mit Diskusluxation beidseits und Osteoarthrose im Kiefergelenk beidseits. Die Behandlung (Osteotomie der Zähne 38 und 48 in Narkose) stehe im Zusammenhang mit einer schweren, nicht vermeidbaren Erkrankung des Kausystems gemäss Art. 17 lit. d Ziff. 1 und 3 sowie Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV.

3.1.2 Mit Stellungnahme vom 21. April 2015 (AB 8) empfahl Dr. med. dent. D._____, Vertrauenszahnarzt der Beschwerdegegnerin, die Ablehnung des Gesuchs, da bezüglich der Weisheitszähne kein qualifizierter Krankheitswert vorliege.

3.1.3 Im Bericht vom 29. Mai 2015 (AB 14) hielt Dr. med. med. dent. C._____ fest, durch die Entfernung der beiden Weisheitszähne im Unterkiefer hätte eine gewisse Harmonisierung des stomatognathen Systems erfolgen sollen, welche sich trotz der massiven Dysostosis mandibulofacialis positiv auf die CMD hätte auswirken sollen. Im Anschluss an die Entfer-

nung der Weisheitszähne habe die Patientin von einer gewissen Veränderung der Schmerzqualität und -quantität berichtet, dennoch habe sich bisher in der Klassifikation der ICCMO-Symptomatik (International Collage of Cranio Mandibular Orthopedics) subjektiv keine wesentliche Verbesserung gezeigt.

3.1.4 Der Vertrauenszahnarzt Dr. med. dent. D. _____ kam in der Stellungnahme vom 9. November 2015 (AB 29 Beilage 30) zum Schluss, dass die Voraussetzungen einer Kostenübernahme gestützt auf Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV nicht erfüllt seien, da die Weisheitszähne 38 und 48 nicht verlagert seien. Deren Extraktion diene auch nicht der Behandlung der Kiefergelenkserkrankung.

3.1.5 Im Bericht vom 2. Februar 2016 (AB 31) führte Dr. med. dent. C. _____ aus, bei mangelnden Platzverhältnissen seien die Zähne 38 und 48 retiniert und verlagert, d.h. sie lägen nach mesial verlagert und erreichten die Okklusionsebene nicht. Da beide Zähne nicht vollständig impaktiert im Knochen lägen, sondern nur unvollständig von Schleimhaut bedeckt seien, bestehe ein erhebliches Entzündungspotential. Daraus resultiere ein erheblicher Krankheitswert, womit die Voraussetzungen von Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV erfüllt seien. Die Entfernung der Zähne 38 und 48 sei eine wesentliche Voraussetzung für die sowohl konservative als auch operative Therapie der bei der Patientin aufgetretenen craniomandibulären Dysfunktion. Nur durch die Entfernung der Weisheitszähne sei es möglich, eine Stabilisierung des stomatognathen Systems zu erreichen und somit einer weiteren Veränderung der okklusalen Verhältnisse entgegenzuwirken. Durch den Nachweis der Diskopathie und bereits eingetretener degenerativer Veränderungen im Kieferköpfchenbereich seien auch Art. 17 lit. d Ziff. 1 und 3 erfüllt.

3.1.6 Der Vertrauenszahnarzt Dr. med. dent. E. _____ verneinte im Bericht vom 30. Mai 2016 (AB 43 Beilage 42) eine Leistungspflicht gestützt auf Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV mangels Krankheitswert der Zähne 38 und 48. Diese gälten eher als retiniert denn als verlagert. Ein chronischer Druckschmerz mit Ausstrahlung im Horizontalbereich des Unterkiefers links oder rechts, aber auch ein rezidivierender pericoronaler Infekt an den Weisheitszähnen entspreche nicht einem pathologischen Geschehen im Sinne der

Rechtsprechung. Im vorliegenden Fall seien auch keine zystischen Veränderungen oder Zeichen von Resorptionen der Nachbarstrukturen sichtbar. Zu Art. 17 lit. d Ziff. 3 KLV führte Dr. med. dent. E. _____ aus, die Stellung und Lage der Zähne 38 und 48 könnten, müssten aber nicht zu einer Kondylus- und Diskusluxation führen. Die Kausalität könne als möglich, jedoch nicht als wahrscheinlich angesehen werden. Hierzu empfehle er das Einholen einer Stellungnahme eines unabhängigen Spezialisten.

3.1.7 Dr. med. med. dent. F. _____, Facharzt für Schädel-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, hielt im Bericht vom 21. Juni 2016 (AB 43 Beilage 43) fest, die Weisheitszähne 38 und 48 seien leicht retiniert (nicht vollständig durchgebrochen und ohne Kontakt mit Gegenzähnen) sowie leicht nach distal (nicht mesial) verlagert. Eine drohende Schädigung der Gebissentwicklung bzw. Schädigung von Nachbarzähnen bestehe nicht. Das "erhebliche Entzündungspotential" bei nicht vollständigem Durchbruch sei theoretischer Natur und weise hier keinen Krankheitswert auf, insbesondere bei Fehlen von pathologischen Prozessen wie Osteolysen, Abszess- bzw. Zystenbildung. Eine Perikoronitis oder "Dentitio difficilis" erfülle die Kriterien des qualifizierten Krankheitswerts nicht und sei unerheblich. Eine Stabilisierung des stomatognathen Systems durch Entfernung der Weisheitszähne sei in diesem Fall nicht zu erwarten, da die Zähne keinen Antagonistenkontakt aufwiesen, welcher im Sinne eines Vorkontaktes interferieren und eine CMD verstärken bzw. unterhalten könnte. In der Literatur werde die Rolle der retinierten Weisheitszähne im Zusammenhang mit CMD bzw. kieferorthopädischer Überkompensation bei Vorhandensein der unteren Weisheitszähne absolut kontrovers beurteilt. Es existiere keine Evidenz für einen sicheren Zusammenhang. Die Lage der unteren Weisheitszähne (insbesondere wenn retiniert) habe überwiegend selten einen Zusammenhang mit einer Diskopathie der Kiefergelenke. Aufgrund dieser Überlegungen müsse eine Leistungspflicht sowohl gemäss Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV als auch Art. 25 KVG verneint werden.

In Beantwortung von Zusatzfragen der Beschwerdegegnerin hielt Dr. med. med. dent. F. _____ im Bericht vom 29. Dezember 2016 (AB 45) fest, der Einfluss bzw. die Bedeutung der Weisheitszähne und insbesondere

deren prophylaktische Entfernung im Zusammenhang mit der craniomandibulären Dysfunktion finde in der Literatur kaum Erwähnung bzw. Evidenz.

3.1.8 Ebenfalls auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin hin führte Dr. med. med. dent. C. _____ im Bericht vom 5. Januar 2017 (AB 45) aus, die beiden Weisheitszähne würden durch den vorhandenen Mesialisierungsdruck eine weitere Harmonisierung des stomatognathen System verunmöglichen und damit verursachten sie indirekt die Auflösung der Okklusionsebene (wellenförmig anstatt Speesche Kurve). Mit Sicherheit habe die Entfernung der Weisheitszähne zu einer Stabilisierung des Krankheitsbildes CMD geführt, welche sich vor allem darin zeige, dass es zu keiner weiteren Verschlechterung bzw. Schmerzzunahme gekommen sei. Mit der Entfernung sei ein wesentlicher Behandlungsschritt vollzogen worden, der Voraussetzung für weitere konservative aber auch operative Massnahmen darstelle.

3.1.9 Mit Schreiben vom 31. Januar 2017 (AB 45) nahm Dr. med. med. dent. F. _____ wie folgt Stellung zum Bericht von Dr. med. med. dent. C. _____ vom 5. Januar 2017 (AB 45): Da die unteren Weisheitszähne retiniert (nicht durchgebrochen) und leicht nach distal gekippt seien, seien diese gar nicht Teil der Okklusionslinie bzw. der Spree-Kurve. Die Entfernung der Weisheitszähne ändere nichts an der Harmonisierung der Spee-Kurve – wenn schon wären die Vorkontakte der Zähnen 37/47 massgebend – welche hier jedoch nicht zur Diskussion stünden. Die Aussagen bezüglich des Behandlungserfolgs seien spekulativ und somit zu verneinen.

3.2 Zunächst ist auf das Vorbringen der Beschwerdeführerin einzugehen, wonach die Beschwerdegegnerin durch das Einholen eines Berichts bei Dr. med. med. dent. F. _____ während des hängigen Einspracheverfahrens ihre Mitwirkungsrechte und ihren Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt habe (Beschwerde S. 9 Ziff. 2).

3.2.1 Das Verwaltungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht, wobei die Verfahrensleitung der Verwaltung obliegt, d.h. diese hat die ihr jeweils als notwendig erscheinenden Schritte vorzunehmen (Art. 43 Abs. 1 ATSG; BGE 117 V 282 E. 4a S. 282 f.). Dabei ist der Versicherte nicht um sein Einverständnis zu bitten, sondern es besteht eine Mitwir-

kungspflicht (vgl. BGE 125 V 193 E. 2 S. 195). Da hier seitens des Vertrauensarztes Dr. med. dent. E. _____ eine Stellungnahme eines unabhängigen Spezialisten für notwendig erachtet wurde (AB 43 Beilage 42), war die Beschwerdegegnerin nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet, weitere Abklärungen zu tätigen. Dabei war nicht vorgängig das rechtliche Gehör zu gewähren und es war entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin auch kein Einigungsverfahren gemäss Art. 44 ATSG durchzuführen, da dies allein bei (formellen) Gutachten notwendig ist.

3.2.2 Nach ständiger Rechtsprechung ist für den Beweiswert grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten ausschlaggebend, sondern dessen Inhalt (vgl. E. 2.7 hiervor). Da der Bericht des Dr. med. med. dent. F. _____ hier nicht im Verfahren gemäss Art. 44 ATSG eingeholt worden ist, kommt ihm nicht formelle Gutachtenqualität zu, sondern es handelt sich um einen gewöhnlichen Arztbericht. Dr. med. med. dent. F. _____ bezeichnet seinen Bericht vom 21. Juni 2016 (AB 43 Beilage 43) denn auch nicht als "Gutachten". Entsprechend genügen – wie bei einem Bericht eines versicherungsinternen Arztes – allein geringe Zweifel an seiner Auffassung damit nicht auf seine Einschätzung abgestellt werden kann (vgl. E. 2.6 hiervor).

3.2.3 Nicht gegen den Beweiswert des Berichts des Dr. med. med. dent. F. _____ spricht, dass es sich um einen reinen Aktenbericht handelt (Beschwerde S. 10) denn eine Untersuchung war hier nicht notwendig und es waren die Voraussetzungen für eine Einschätzung aufgrund der Akten erfüllt (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b), dies zumal die Weisheitszähne der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichtes bereits entfernt worden waren.

3.2.4 Schliesslich ist nicht zu beanstanden, dass die Verwaltung, nachdem sie im Einspracheverfahren weiteren Abklärungsbedarf festgestellt hatte, die entsprechenden Abklärungen in diesem Verfahrensstadium vornahm. Die Rüge, dass Abklärungen nicht im Einspracheverfahren durchzuführen seien (Beschwerde S. 9 f.), zielt deshalb ins Leere; dies abgesehen davon, dass es der Verwaltung verwehrt ist, einen Einspracheentscheid

aufzuheben und die Sache an sich selber zur weiteren Abklärung zurückzuweisen (BGE 131 V 407 E. 2.2.2 S. 413 f.).

3.2.5 Nach dem Gesagten können bei der Würdigung des Sachverhalts der Bericht des Dr. med. med. dent. F. _____ vom 21. Juni 2016 (AB 43 Beilage 43) sowie dessen weiteren Stellungnahmen (AB 45) berücksichtigt werden. Ob diese inhaltlich überzeugen oder nicht, ist Teil der materiellen Beurteilung (vgl. dazu E. 3.3 f. hiernach).

3.3 Hinsichtlich der seitens der Beschwerdeführerin geltend gemachten Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin aufgrund von Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV ist aufgrund der Akten erstellt, dass mangels pathologischer Prozesse wie Osteolysen, Abszess- bzw. Zystenbildung der qualifizierte Krankheitswert gemäss der zitierten Rechtsprechung (vgl. E. 2.4 f. hiervor) nicht gegeben ist. Dazu hat die Beschwerdegegnerin zu Recht festgehalten, dass das von Dr. med. med. dent. C. _____ postulierte "erhebliche Entzündungspotential" (AB 31; Beschwerdebeilage [BB] 5 S. 2) alleine die entsprechende Voraussetzung nicht erfüllen kann (Beschwerdeantwort S. 10 Ziff. 13). Weiterungen hierzu erübrigen sich.

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat mit zutreffenden Argumenten dargelegt, weshalb ein Anspruch auf Kostenvergütung auch unter dem Titel von Art. 17 lit. d Ziff. 1 (Kiefergelenksarthrose) sowie Art. 17 lit. d Ziff. 3 (Kondylus- und Diskusluxation) KLV nicht besteht.

3.4.1 Sie hat dabei zu Recht auf die schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen des Dr. med. med. dent. F. _____ abgestellt. Seine Darstellung überzeugt, wonach die Lage der unteren Weisheitszähne, insbesondere wenn sie retiniert sind, überwiegend selten einen Zusammenhang mit einer Diskopathie der Kiefergelenke hat und keine Evidenz für einen sicheren Zusammenhang zwischen den retinierten Weisheitszähnen und einem CMD bzw. einer kieferorthopädischen Überkompensation besteht (AB 43 Beilage 43). Dies insbesondere auch unter Berücksichtigung, dass die gegenteilige Ansicht von Dr. med. med. dent. C. _____ lediglich eine Vermutung darstellt. So spricht er im Bericht vom 2. Februar 2016 davon, dass eine Trias aus der *vermutlich* genetisch determinierten Dysostosis mandibulofacialis mit einer *möglicherweise* kieferorthopädischen Überkom-

compensation bei Vorhandensein der beiden unteren Weisheitszähne bei mangelnden Platzverhältnissen in der gesamten Pathogenese zu einer erheblichen Herausbildung einer CMD geführt hätten (AB 31 S. 3 Ziff. 2). Im selben Bericht hält er zudem fest, die Zähne 38 und 48 lägen nach mesial verlagert (AB 31 S. 3 Ziff. 2.1), was ausweislich der Röntgenbilder (AB 43 Beilage 41) nicht der Fall ist. Vielmehr waren die Weisheitszähne leicht nach distal verlagert (AB 43 Beilage 43). Entsprechend ist die Darstellung von Dr. med. med. dent. C. _____ im Bericht vom 5. Januar 2017, wonach der durch die beiden Weisheitszähne bedingte Mesialisierungsdruck eine Harmonisierung des stomatognathen Systems verunmöglicht und eine indirekte Auflösung der Okklusionsebene verursacht habe (AB 45), nicht nachvollziehbar. Da gemäss selbigem Bericht offenbar die okklusale Situation eine entscheidende Rolle in der Pathogenese der CMD spielt, die retinierten Weisheitszähne 38 und 48 jedoch weder Teil der Okklusionslinie waren, noch diese indirekt beeinflusst hatten, ist auch die Einschätzung von Dr. med. med. dent. F. _____ nachvollziehbar, dass die Entfernung der Weisheitszähne keine notwendige Bedingung für die durchgeführte Therapie mit einer Aufbisschiene war.

3.4.2 Im Bericht vom 24. Oktober 2016 macht Dr. med. med. dent. C. _____ geltend, eine vertrauenszahnärztliche Beurteilung sei im vorliegenden Fall ungenügend, da es sich bei der durchgeführten Behandlung bzw. Operation um keine eigentliche zahnärztliche Behandlung handle, zu welcher Beurteilung komplexe Fachkenntnisse nötig seien (BB 5 S. 3). Hierzu ist festzustellen, dass Dr. med. med. dent. F. _____ über die vom behandelnden Arzt geforderten Fachkenntnisse verfügt, hat er doch nicht nur eine zahnärztliche, sondern auch eine fachärztliche Ausbildung im Bereich Hals- und Gesichtschirurgie absolviert und er ist zudem leitender Arzt des Spitals G. _____. Die Ansicht, dass zur Beurteilung des vorliegenden Falls eine rein zahnärztliche Stellungnahme nicht ausreichend ist, hat im Übrigen auch der Vertrauenszahnarzt der Beschwerdegegnerin vertreten, war er es doch, der die Vorlage des Dossiers an einen Spezialisten aus dem Fachgebiet der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie empfohlen hatte (AB 43 Beilage 42). Der Einwand des behandelnden Arztes vermag damit an der Überzeugungskraft der Einschätzungen von Dr. med. med. dent. F. _____ nichts zu ändern.

3.4.3 Unbegründet ist schliesslich auch das Vorbringen der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin habe die Abklärungen bei Dr. med. med. dent. F. _____ im Rahmen des Beschwerdeverfahrens lediglich im Hinblick auf die Untermauerung des von ihr vorgebrachten Standpunktes vorgenommen und nicht zum Zwecke der objektiven Klärung des Sachverhaltes (Eingabe vom 29. März 2017 [in den Gerichtsakten]). Die Beschwerdegegnerin hat nicht nur bei Dr. med. med. dent. F. _____ weitere Abklärungen vorgenommen, sondern sie hat auch beim behandelnden Arzt Dr. med. med. dent. C. _____ zusätzliche Informationen eingeholt und ihm damit Gelegenheit geboten, seinen Standpunkt nochmals zu begründen und zu präzisieren (AB 45). Die entsprechenden Ausführungen im Bericht vom 5. Januar 2017 (AB 45) hat sie im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 10. März 2017 ausführlich diskutiert. Von einer fehlenden Objektivität kann damit keine Rede sein.

3.4.4 Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin gestützt auf die in allen Teilen nachvollziehbaren und schlüssigen Berichte des Dr. med. med. dent. F. _____ ihre Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezüglich der Entfernung der Weisheitszähne 38 und 48 zu Recht abgelehnt. Der Einspracheentscheid vom 5. Oktober 2016 ist damit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde vom 7. November 2016 ist abzuweisen.

4.

4.1 Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 61 lit. a ATSG).

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet die Einzelrichterin:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecherin B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Philos Krankenversicherung AG (samt Eingabe der Beschwerdeführerin vom 29. März 2017)
 - Bundesamt für Gesundheit

Die Einzelrichterin:

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.