

200 16 111 KV
SCJ/BRM/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. September 2016

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Braune

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 25. November 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1973 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter resp. Beschwerdeführer) ist bei der Mutuel Krankenversicherung AG (nachfolgend Mutuel resp. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankpflegeversichert. Er leidet an einem Sjögren-Syndrom mit schwerster Sicca-Symptomatik; zufolge der ausgeprägten Xerostomie haben sich eine schwere, sanierungsbedürftige Parodontose und Karies entwickelt. Mit Behandlungsplan samt Kostenvoranschlag des behandelnden Zahnarztes Dr. med. dent. C._____ vom 13. November 2013 wurde um Kostengutsprache nachgesucht (Akten der Mutuel [act. II] 3, 7).

B.

Die in der Folge eingeholten Unterlagen und Auskünfte der behandelnden Mediziner wurden jeweils dem Vertrauenszahnarzt der Mutuel zur Stellungnahme vorgelegt. Dieser vertrat die Auffassung, die vorgeschlagene Behandlung sei weder wirtschaftlich noch zweckmässig. Die Kostenübernahme gemäss Voranschlag von Dr. med. dent. C._____ wurde deshalb mit Verfügung vom 21. Mai 2015 abgelehnt (act. II 28). Die hiergegen durch lic. iur. D._____, MLaw, am 28. Juli erhobene Einsprache (act. II 34) wies die Mutuel auf der Grundlage einer nochmaligen Stellungnahme des beratenden Zahnarztes vom 10. September 2015 (act. II 36) mit Entscheidung vom 25. November 2015 ab (act. II 37).

C.

Mit dagegen erhobener Beschwerde vom 15. Januar 2016 lässt der Beschwerdeführer, nunmehr vertreten durch Rechtsanwältin B._____, beantragen, der Einspracheentscheid sei aufzuheben, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Kosten der Zahnbehandlungen des Beschwerdeführers für eine festsitzende Rekonstruktion, welche im Zusam-

menhang mit der Erkrankung des Sjögren-Syndrom stünden, in der Höhe von mindestens Fr. 32'404.80 zu übernehmen. Ferner sei vorzumerken, dass sich der Beschwerdeführer die Geltendmachung von weiteren Kosten, welche aus den Zahnbehandlungen im Zusammenhang mit der Erkrankung des Sjögren-Syndroms entstünden, vorbehalte; eventualiter habe die Beschwerdegegnerin den rechtserheblichen Sachverhalt umfassend abzuklären und im Nachgang dazu erneut zu entscheiden. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin werde die vom Vertrauensarzt der Mutuel vorgeschlagene Behandlungsmethode mit Extraktionen und Ersatz mittels einer abnehmbaren Kunststoffprothese den speziellen Umständen des Einzelfalles nicht gerecht, insbesondere stelle diese Methode aufgrund der infolge Xerostomie zu erwartenden Schmierungs- und Haftungsprobleme keine dauerhaft zweckmässige Versorgung dar. Die Xerostomie lasse der Vertrauensarzt bei seinen – einzig auf die Akten gestützten – Beurteilungen ausser Acht. Einzig die von Dr. med. dent. C. _____ vorgeschlagene Behandlung erweise sich als zweckmässig, sodass das Kriterium der Wirtschaftlichkeit in den Hintergrund trete.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 17. März 2016 beantragt die Mutuel, die Beschwerde sei unter Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheides abzuweisen.

In einem zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an den bisher vertretenen Standpunkten sowie den gestellten Anträgen fest. In seiner Stellungnahme vom 2. August 2016 – zu welcher mit prozessleitender Verfügung vom 20. Juni 2016 Gelegenheit geboten worden war – bestätigte der Beschwerdeführer die gestellten Anträge erneut. Zu den gemachten Ausführungen liess die Mutuel ihren Vertrauenszahnarzt nochmals Stellung nehmen; den entsprechenden Bericht vom 5. September 2016 stellte sie dem Gericht samt Kommentar am 9. September 2016 zu.

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. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er 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 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 25. November 2015 (act. II). Streitig und zu prüfen ist die Kostenübernahme der zahnärztlichen Behandlung gemäss Kostenvoranschlag vom 13. November 2013 über Fr. 32'404.80 (act. II 3) durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 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 gehören u.a. Speicheldrüsenerkrankungen (Art. 18 Abs. 1 lit. d 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 Aufgrund der Akten erstellt und von den Parteien unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer an einem primären Sjögren-Syndrom leidet (act. II 17). Als Folge dieser Erkrankung, d.h. der damit verbundenen schweren Sicca-Symptomatik, haben sich erhebliche, sanierungsbedürftige Schäden an den Zähnen und eine schwere Parodontose entwickelt. Die Beschwerdegegnerin anerkennt, dass die Voraussetzungen für eine Übernahme der Kosten für eine zahnärztliche Behandlung, welche durch diese Erkrankung bzw. deren Folgen bedingt ist, unter dem Titel von Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV grundsätzlich erfüllt sind (act. II 27).

Streitig und zu prüfen ist dagegen, ob die vom behandelnden Zahnarzt vorgeschlagenen Sanierungsmassnahmen den einschlägigen Anforderungen entsprechen. Diese bestünden darin, unter möglicher Erhaltung der wichtigsten Zähne eine Rekonstruktion des Kauapparates mit Brücken und Kronen vorzunehmen. Demgegenüber erachtet der beratende Zahnarzt der Beschwerdegegnerin eine Versorgung mittels weitergehenden Extraktionen sowie dem Ersatz der fehlenden Zähne durch eine abnehmbare Kunststoffprothese als wirksam und zweckmässig, was – da wesentlich kostengünstiger – zudem dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit entspreche.

Es stellt sich mithin zunächst hinsichtlich beider Behandlungsmethoden die Frage, ob und gegebenenfalls welche als wirksam und zweckmässig gelten könne; erst wenn beide Behandlungsvarianten diese Voraussetzungen erfüllen, ist der Frage nach der Wirtschaftlichkeit nachzugehen.

3.2 Bei der Prüfung der Frage nach der Wirksamkeit und der Zweckmässigkeit der anstehenden Behandlung stehen sich die in verschiedenen Berichten geäusserten Auffassungen des Vertrauenszahnarztes der Beschwerdegegnerin, Dr. med. dent. E._____, sowie des behandelnden Zahnarztes, Dr. med. dent. C._____, unterstützt durch den ebenfalls behandelnden Rheumatologen, Prof. Dr. med. F._____, entgegen. Die Beschwerdegegnerin hat den vorliegend angefochtenen Entscheid ausschliesslich auf die Stellungnahmen ihres Vertrauensarztes gestützt.

Dies ist zulässig. Dabei haben Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte (RKUV 2001 KV 189 S. 492 E. 5b). In solchen Fällen sind aber an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.2.1 In seiner ersten Stellungnahme vom 16. April 2015 (act. II 27) erachtete der beratende Zahnarzt die vom behandelnden Zahnarzt vorgeschlagene Versorgung – wie bereits erwähnt – weder als zweckmässig noch als wirksam und wirtschaftlich, nachdem die bisherigen konservativen Behandlungen dem kariösen Prozess nicht hätten Einhalt gebieten können; sodann sei das Risiko eines Kariesrezidivs bei einer fixen Rekonstruktion erheblich. Vorzuziehen sei deshalb eine Sanierung mit multiplen Extraktionen (alle Molare und evtl. Prämolare) unter Beibehaltung der Schneide- sowie Eckzähne und Ersatz der fehlenden Zähne in den hinteren Sektoren durch abnehmbare Kunststoffprothesen. Am 10. September 2015 hielt er fest, dass eine Versorgung mit abnehmbaren Prothesen weniger komplex sei als eine fixe Rekonstruktion und diese auch bei späterem Verlust weiterer Zähne ohne Neuanfertigung einfach sowie kostengünstig angepasst werden könnte. Die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Bisshöhe bedinge keine fixe Rekonstruktion, sondern könne auch mit abnehmbaren Prothesen erreicht werden. Zudem könnte die Präparation der Zähne zwecks Überkronung zu Entzündungen führen, welche zusätzliche Behandlungen (Wurzelbehandlungen) notwendig machen könnten und die betroffenen Zähne weiter schwächen würden. Eine Behandlung mit abnehmbaren Prothesen wäre auch im Interesse des Patienten (act. II 36). Seine Einschätzung bestätigte Dr. med. dent. E. _____ in einer weiteren Stellungnahme vom 3. März 2016 (act. II 39). Auf entsprechende Anfrage der Beschwerdegegnerin führte Dr. med. dent. E. _____ am 8. Juni 2016 aus, dass Totalprothesen einzig von der Knochenschleimhaut getragen und der Sitz sowie die Stabilität durch ein Vakuum gewährleistet würden, während Teilprothesen zusätzlich mit Haken an den verbleibenden Zähne verankert würden. Bei einer Versorgung mit Teilprothesen spiele der Speichelfluss,

anders als bei Totalprothesen, deshalb keine Rolle; ein gutes Resultat sei bei fachgerechter Anpassung garantiert. Die – aus verschiedensten Gründen – indizierte Extraktion von (gegebenenfalls allen) Zähnen könne nicht als verstümmelnd bzw. unwürdig erachtet werden. Allenfalls infolge von Friktionen auftretende Schmerzen und (gutartige) Schleimhautverletzungen könnten durch gezielte Anpassung der Prothese behandelt werden und heilten rasch. Schliesslich bestehe ein erhebliches Risiko, dass sich unter einer fixen Rekonstruktion Kariesrezidive bilden (act. IIA 1). In einer weiteren, im Rahmen des Beschwerdeverfahrens von der Beschwerdegegnerin eingereichten Stellungnahme vom 5. September 2016 bekräftigt der Vertrauenszahnarzt nochmals zusammenfassend die von ihm vertretene Einschätzung.

3.2.2 In seiner Stellungnahme vom 24. Juli 2015 zuhanden der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (act. I 6) mass Dr. med. dent. C._____ der vom Vertrauenszahnarzt der Mutuel vorgeschlagenen Versorgung angesichts des beim Patienten fortgeschrittenen Verlusts an Zahnschubstanz lediglich provisorischen Charakter zu. Eine abnehmbare Prothese sei bei einem 41jährigen Patienten, der nicht über ausreichend Speichelfluss verfüge, um den nötigen Schutz, die nötige Schmierung sowie die nötige Haftung zu gewährleisten, nicht die geeignete Sanierungsmethode, sondern stelle vielmehr eine Verstümmelung dar und sei deshalb unwürdig. Seine Behandlung erlaube dagegen den Schubstanzverlust eine gewisse Zeit und – als einzige Methode – die verlorene Bisshöhe auszugleichen. Wenn Dr. med. dent. E._____ anführe, die Brücke im Sektor 1 habe ein Kariesrezidiv nicht verhindern können, müsse darauf hingewiesen werden, dass diese Brücke vor langer Zeit und nicht nach derzeitigem schweizerischem Standard eingesetzt worden sei. Die vom Vertrauenszahnarzt vorgeschlagene Versorgung sei weder dauerhaft noch adäquat und werde einen immer stärkeren Zahnschubstanzverlust sowie schliesslich – nach jeweils monatlichen Behandlungen – den Verlust aller Zähne zur Folge haben, wodurch es zu höheren Kosten als bei einer fixen Rekonstruktion käme. Mit einer Kronen- und Brückenversorgung erhofft sich Dr. med. dent. C._____ ein dauerhaftes Resultat mit Erhaltung der Bisshöhe und bestmöglicher Stabilisierung der Zähne. Am 16. Dezember 2015 betonte Dr. med. dent. C._____, dass die Extraktion von 27 beschädigten Zäh-

nen klar verstümmelnder sei als deren Präparation zur Kronenversorgung. Eine fixe Rekonstruktion mit Erhöhung der Bisshöhe erlaube die nächtliche Behandlung mit Fluor; zudem könnten auftretende Probleme im Falle einer Versorgung mit unabhängigen Kronen isoliert angegangen werden und verlangt – entgegen der Auffassung des beratenden Arztes der Mutuel – keine komplette Erneuerung der Versorgung alle zehn Jahre. Die Mundhygiene sei durch regelmässige Kontrolle gewährleistet (act. IIA 2). Ergänzend hielt er am 8. April 2016 fest, dass die Verwendung von Teilprothesen nicht die beste Lösung sei, da sich der Zustand aller Zähne verschlechtere; die Auswahl der zu ziehenden und zu erhaltenden Zähne sei schwierig. Die erhaltenen Zähne müssten zudem wegen Substanz- und Höhenverlust überkront werden. Ferner sei auch bei Teilprothesen die Schmierung durch Speichel unabdingbar, ansonsten Schmerzen und Schleimhautulzerationen entstehen könnten (act. IIA 4). Im Bericht vom 28. Juni 2016 legte Dr. med. dent. C. _____ nochmals dar, dass und warum beim Patienten ein stabiler Sitz von abnehmbaren Total- bzw. Teilprothesen nicht gewährleistet sei und mangels des hierfür notwendigen Speichels Verletzungen entstehen könnten, ganz abgesehen vom schlechten Tragkomfort. Dr. med. dent. E. _____ unterlasse sodann, das Problem der Beständigkeit der die Prothese(n) tragenden Zähne zu erwähnen; die Anbringung der Haken an bereits geschwächten Zähnen würde sicher innerhalb sehr kurzer Zeit zu deren Verlust führen. Die Versorgung mit einer fixen Rekonstruktion stelle zwar auf dem Papier nicht die einzig mögliche Lösung dar, sei aber letztlich auch kostengünstiger als eine prothetische Versorgung (act. I 11).

3.3 Der Entscheid der Beschwerdegegnerin ist im Rahmen des vorliegenden Verfahrens zu schützen, wenn erstellt ist, dass die vom Vertrauenszahnarzt vorgeschlagene Behandlung die Kriterien der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit erfüllt.

3.3.1 Der Vertrauenszahnarzt der Beschwerdegegnerin schlug eine Versorgung mit abnehmbaren Prothesen vor, wobei die Schneide- und Eckzähne zwecks Verankerung der Prothesen erhalten blieben, so dass ein Zahnersatz mittels Teilprothesen zur Diskussion steht (vgl. act. II 27 und 35). Dass bei einer Totalprothesenversorgung wegen der verminderten Speichelproduktion – wie durch den behandelnden Zahnarzt ausgeführt

(act. I 11) – Sitz-, Schmierungs- und Haftungsprobleme entstehen könnten, stellt auch der Vertrauenszahnarzt nicht in Abrede. Wenn allerdings bei entfernten Molaren sowie Prämolaren die vom Vertrauenszahnarzt vorgeschlagenen Teilprothesen zur Versorgung der hinteren Sektoren lediglich mittels Haken an den Schneide- und Eckzähnen verankert werden, liegen die Prothesen über weite Strecken direkt auf der Knochenschleimhaut. Dies würde dann aber in diesen Bereichen wiederum zu den gleichen Sitz- und Haftungsproblemen führen wie bei einer Totalprothese. Unklar bleibt, ob die vom Vertrauenszahnarzt vorgeschlagene Versorgung mit Teilprothesen angesichts der krankheitsbedingt verminderten Speichelproduktion die erforderliche Tragfähigkeit hinreichend zu gewährleisten vermöchte. Hinzu kommt, dass die Teilprothesen nach dem Vorschlag von Dr. med. dent. E. _____ an den vorderen verbleibenden Zähnen mit Haken verankert werden müssten; dies bedeutet – wie der behandelnde Zahnarzt nachvollziehbar ausführt – entsprechende Eingriffe an diesen Zähnen, wodurch diese zusätzlich geschwächt würden und das Entstehen von Karies begünstigt würde. Gerade mit diesem Argument hat der Vertrauenszahnarzt indessen im Wesentlichen die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der von Dr. med. dent. C. _____ vorgesehenen erhaltenden Behandlung verneint. Beide Zahnärzte behaupten somit auf der Basis dieser gleichen Argumentation, die je andere Behandlungsvariante sei nicht nachhaltig. Damit bestehen – nicht bloss geringe – Zweifel an der Schlüssigkeit der Feststellung sowie der Beurteilung des Vertrauenszahnarztes.

3.3.2 Dass die von Dr. med. dent. C. _____ in Aussicht genommene Behandlung wirksam und zweckmässig ist, kann aus den vorstehend genannten Gründen ebenso wenig als erstellt gelten. Die in diesem Zusammenhang vom Vertrauenszahnarzt geäusserten Bedenken sind nämlich nicht von der Hand zu weisen; namentlich birgt die für eine Versorgung mit Kronen und Brücken notwendige Präparierung der ohnehin geschwächten Zähne – was mit einem zusätzlichen Substanzverlust verbunden ist – ein nicht unerhebliches Risiko von Kariesrezidiven mit entsprechenden Folgebehandlungen. Unter diesen Umständen ist tatsächlich fraglich, ob das als Unterbau für die Brücken und Kronen dienende Zahnrestmaterial nicht kurzum wieder von Karies befallen wird und damit nicht von einer nachhaltigen Sanierung ausgegangen werden könnte.

Letztlich kann aber die Frage, ob die Behandlungsvariante gemäss Dr. med. dent. C. _____ als wirksam und zweckmässig zu betrachten ist, derzeit unbeantwortet bleiben. Denn selbst wenn dies der Fall wäre, könnte nicht abschliessend über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers gegenüber dem obligatorischen Krankenversicherer entschieden werden, nachdem – wie oben ausgeführt – offen ist, ob die vom Vertrauenszahnarzt vorgeschlagene – kostengünstigere – Behandlung die Kriterien der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit erfüllt.

3.4 Unter den genannten Umständen kann auf der Grundlage der derzeit vorliegenden Unterlagen und Einschätzungen über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers gegenüber seiner Krankenversicherung nicht abschliessend befunden werden. Der angefochtene Einspracheentscheid ist deshalb aufzuheben und die Akten sind an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese die vollständigen Akten des behandelnden Zahnarztes einhole und ein verwaltungsexternes Gutachten zu den sich stellenden Fragen anordne. Dabei werden sich die Gutachter insbesondere auch zur Prophylaxe und Compliance des Beschwerdeführers sowie deren Bedeutung für eine nachhaltige Lösung zu äussern haben. Anschliessend ist über den Anspruch auf Kostenübernahme für die im Zusammenhang mit dem Sjögren-Syndrom stehende zahnärztliche Behandlung neu zu entscheiden.

4.

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

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG).

In ihrer Kostennote vom 8. August 2016 hat Rechtsanwältin B. _____ bei einem Aufwand vom 30.17 Stunden ein Honorar von Fr. 7'542.50, Auslagen von Fr. 445.— sowie 8% MWSt., insgesamt Fr. 8'626.50, geltend

gemacht. Nachdem der Rechtsvertreterin der hier angefochtene Einspracheentscheid am 1. Dezember 2015 zugestellt worden ist (vgl. Beschwerde S. 3 Formelles Ziff. 1), betreffen die vor diesem Zeitpunkt aufgeführten Bemühungen nicht das vorliegende Beschwerdeverfahren und sind demgemäss nicht zu entschädigen. Ebenso ist der Aufwand für die – nicht gebotene – Triplik bei der Bemessung der Parteientschädigung auszuscheiden. Unter Berücksichtigung dessen wird die Parteientschädigung pauschal auf Fr. 6'000.— (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Mutuel Krankenversicherung AG vom 25. November 2015 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 dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf pauschal Fr. 6'000.— (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin lic. iur. B._____ z.H. des Beschwerdeführers (samt Eingabe vom 9. September 2016 und Beilage)
 - Mutuel Krankenversicherung AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

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.