

200 17 110 KV
FUR/PES/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil der Einzelrichterin vom 11. Dezember 2017

Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
vertreten durch Fürsprecher und Notar B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Helsana Versicherungen AG
Recht & Compliance, Postfach, 8081 Zürich
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 22. Dezember 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1953 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) erlitt bei einem Verkehrsunfall am 16. Juli 1972 diverse Mittelgesichtsverletzungen. Die Versicherung C._____ und die Versicherung D._____ erbrachten in der Folge Leistungen. Am 28. April 1985 meldete der Versicherte Spätfolgen an. Wegen abgelaufener Bezugsdauer resp. wegen Verjährung verneinten die Versicherung C._____ und die Versicherung D._____ eine Leistungspflicht ihrerseits für die geltend gemachten Spätfolgen. Der Versicherte wandte sich daraufhin an die Krankenkasse E._____, seine damalige Privatpatientenversicherung, welche sich mit Schreiben vom 18. Juni 1985 für die Nachbehandlung des 1972 erlittenen Unfalls für leistungspflichtig erklärte (siehe act. IIA A1 – A6).

Mit Schreiben vom 17. Februar 2006 ersuchte Dr. med. dent. F._____ die Helsana Versicherungen AG (nachfolgend Helsana bzw. Beschwerdegegnerin) als neue Versicherungsträgerin der beiden Krankenkassen E._____ und G._____ um Kostengutsprache für eine kieferorthopädische Nachkorrektur sowie für eine Implantatversorgung beim Versicherten als Folge des Unfallereignisses vom 16. Juli 1972 (act. IIA A17). Am 16. Mai 2006 erteilte die Helsana Kostengutsprache für die geplante kieferorthopädische Behandlung. Für die Entfernung der Brücke im Oberkiefer rechts und die geplante Implantatversorgung daselbst verneinte sie eine Leistungspflicht ihrerseits. Die Zähne müssten wegen parodontalen Schädigungen entfernt werden. Diese Behandlung sei nicht unfallkausal (act. IIA A22).

Am 4. Januar 2016 reichte der Versicherte der Helsana Rechnungen für diverse in den Jahren 2011 bis 2015 vorgenommene Zahnbehandlungen in Höhe von total Fr. 17'032.50 ein (act. II 1). Mit Verfügung vom 29. März 2016 lehnte die Helsana eine Übernahme der Kosten ab. Sie könne für die Behandlung der Zähne 14, 15, 16, 46 sowie für die Implantatversorgung im

Oberkiefer rechts keine Kosten übernehmen. Die Behandlungen stünden in keinem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 16. Juli 1972 (act. II 11).

Hiergegen erhob der Versicherte am 5. April 2016 Einsprache (act. II 12). Mit Entscheid vom 22. Dezember 2016 wies die Helsana die Einsprache ab (act. II 16).

B.

Gegen diesen Entscheid erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher und Notar B._____, am 2. Februar 2017 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Akten seien der Beschwerdegegnerin zur neuen Sachverhaltsabklärung und Entscheidung zurückzuweisen – unter Kostenfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 4. April 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen.

In ihren Schlussbemerkungen vom 9. Mai 2017 und 12. September 2017 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

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. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträ-

gen 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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid der Helsana Versicherungen AG vom 22. Dezember 2016 (act. II 16). Streitig und zu prüfen ist, ob zwischen den in den Jahren 2011 bis 2015 vorgenommenen Zahnbehandlungen in Höhe von total Fr. 17'032.50 (Ersatz einer bestehenden Brücke im Oberkiefer rechts durch Implantate) und dem Unfall vom 16. Juli 1972 ein Kausalzusammenhang besteht bzw. ob die Beschwerdegegnerin für diese Behandlungen leistungspflichtig ist und dabei insbesondere, ob der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt ist. Der Streitwert liegt mit Fr. 17'032.50 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 obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten der Behandlung von Schäden des Kausystems, die durch einen Unfall verursacht worden sind, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt (Art. 31 Abs. 2 i.V.m. Art. 1a Abs. 2 lit. b des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10]).

2.2 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein

Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.3 Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2). Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 57 E. 2.2.2).

2.4 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

2.5 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).

2.6 Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.

3.1 Der Beschwerdeführer erlitt bei einem Autounfall am 16. Juli 1972 diverse Mittelgesichtsverletzungen. Aufgrund einer Le Fort I-Fraktur (gemäss Definition eine Fraktur, die nicht die obere Zahnreihe miteinbezieht) kam es in der Folge zu einer Malokklusion mit offenem Biss, welche am 25. November 1987 durch eine sagittale Unterkieferspaltung operativ

angegangen wurde (siehe act. IIA A1, A7, A11). Für die zahnärztliche Nachbehandlung verneinte die Krankenkasse E._____ zunächst eine Leistungspflicht (act. IIA A13). Auf die Ausführung ihres Vertrauensarztes hin, dass wenn diese Zahnbehandlung auf den erlittenen Unfall zurückzuführen sei, ein Zahnschaden infolge eines versicherten Unfalles vorliege und damit eine Leistungspflicht bestehe (vgl. act. IIA A14), erteilte sie schliesslich für die vorgesehene Zahnbehandlung Kostengutsprache (act. IIA A15) und kam in diesem Zusammenhang für eine erweiterte Brücke im Oberkiefer rechts auf (act. IIA A16).

3.2 Am 17. Februar 2006 teilte der behandelnde Zahnarzt Dr. med. dent. F._____ der Beschwerdegegnerin mit, im Laufe der Zeit habe sich beim Beschwerdeführer nach der 1987 durchgeführten Kieferkorrektur ein Rezidiv im Sinne eines frontoffenen Bisses gebildet, was nun zunehmend vor allem die Abbeissfunktion beeinträchtigte. Zudem würden die Pfeilerzähne der Brücke im Oberkiefer rechts endodontische und parodontale Probleme aufweisen, die eine eventuell implantatgetragene Neuanfertigung in näherer Zukunft notwendig machten. Er bitte um Mitteilung, ob die Kosten für die entsprechenden Behandlungen von der Helsana als Unfallfolge übernommen werden könnten (act. IIA A17).

Mit Schreiben vom 16. Mai 2006 erteilte die Helsana Kostengutsprache für die geplante kieferorthopädische Behandlung. Für die Entfernung der Brücke im Oberkiefer rechts und die geplante Implantatversorgung in diesem Bereich verneinte sie eine Leistungspflicht. Die Zähne müssten wegen parodontalen Schädigungen entfernt werden. Diese Behandlung sei nicht unfallkausal (act. IIA A 22). Mit dieser Beurteilung erklärte sich der behandelnde Zahnarzt Dr. med. dent. F._____ gemäss Akten damals einverstanden (act. IIA A21).

3.3 Im Jahr 2011 wurde beim Beschwerdeführer die bestehende Brücke 14 – 17 im Oberkiefer rechts entfernt und der Zahn 14 extrahiert. In den Positionen 14, 15 und 16 wurden Implantate gesetzt und mit Implantatkronen versorgt. Gemäss Dr. med. et Dr. med. dent. H._____, Zahnarzt sowie Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, dem Vertrauenskieferchirurgen der Beschwerdegegnerin, wurde diese Behandlung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aufgrund des Unfallereignisses

vom 16. Juli 1972 nötig. In den Unterlagen fänden sich keinerlei Hinweise, dass es im Rahmen des Unfalls von 1972 zu Zahnschäden im Oberkiefer gekommen wäre. Es seien lediglich eine Schädelkalottenfraktur, eine Jochbeinfraktur und eine Le Fort I-Fraktur dokumentiert. Bereits im Gesuch von Dr. med. dent. F. _____ vom 17. Februar 2006 sei festgestellt worden, dass die Brücke im Oberkiefer rechts wegen endodontischer und parodontaler Probleme in näherer Zukunft durch eine implantatgetragene Neuanfertigung ersetzt werden müsse. Mit der Behandlung sei dann aber fünf Jahre zugewartet worden. Damals im Jahr 2006 sei auch ein Rezidiv des frontoffenen Bisses geltend gemacht worden. Mit dem alleinigen Ersatz der Brücke im Oberkiefer rechts könne aber ein frontoffener Biss nicht korrigiert werden. Der Ersatz der bestehenden Brücke durch die Implantate 14, 15 und 16 und Implantatkronen stelle keine unfallbedingte Korrektur eines posttraumatischen offenen Bisses dar, sondern sei wegen vermeidbarer Parodontalschäden notwendig geworden. Zudem sei nicht erstellt, dass die Brücke im Oberkiefer seinerzeit wegen unfallbedingter Zahnschäden habe angefertigt werden müssen. Ein unfallbedingter Kausalzusammenhang sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht gegeben (act. II 14).

3.4 In seiner E-Mail vom 20. Oktober 2016 hielt der behandelnde Zahnarzt Dr. med. dent. F. _____ in Bezug auf die Beurteilung des Dr. med. et Dr. med. dent. H. _____ vom 3. Oktober 2016 (act. II 14) fest, dass darin grundsätzlich keine Fehlüberlegungen zu finden seien. Allerdings könnten seine Einwände erklärt werden. Der lange Zeitraum zwischen dem Erkennen der Tatsache, dass die Brücke von 14 auf 17 erneuert werden müsste, und der effektiven Neuanfertigung erkläre sich dadurch, dass die Brücke wegen Beschwerdefreiheit solange wie möglich als Provisorium belassen worden sei, um die Implantatversorgung soweit wie möglich hinauszuzögern. Auch sei es richtig, dass die Brücke nicht aus chirurgischer Sicht habe erneuert werden müssen, sondern aus endodontischen und, wahrscheinlich damit zusammenhängend, parodontalen Gründen. Ob diese Schäden (Vitalitätsverlust, Wurzelfrakturen nach Wurzelbehandlungen, Frakturen im Furkationsdach) bei einer 20-jährigen Brücke von dieser Ausdehnung vermeidbar seien, dürfe seines Erachtens zumindest angezweifelt werden. Auch sei nicht die neue Implantatversorgung zum Schliessen des frontoffenen Bisses hergestellt worden, sondern die erste Brücke

nach sagittaler Spaltung. Damals sei der einzige okklusale Kontakt auf Zahn 17 gewesen. Diese Brückenversorgung sei von der Unfallversicherung als Unfallfolge akzeptiert worden. In diesem Sinne erscheine es ihm nur logisch, dass nach 20-jähriger Tragzeit der Ersatz dieser Brücke ebenfalls als Unfallfolge angesehen werden könne (Beschwerdebeilage [BB] 14).

3.5 Die Beschwerdegegnerin unterbreitete das Dossier in der Folge erneut ihrem Vertrauenskieferchirurgen Dr. med. et Dr. med. dent. H._____, u.a. zur Klärung der Frage, ob die ursprüngliche Brückenversorgung im Oberkiefer rechts aufgrund des Unfalls von 1972 notwendig geworden sei. Dieser kam in seinem Aktengutachten vom 13. März 2017 (act. II 17) zum Schluss, dass die Anfertigung der ursprünglichen Brücke mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal gewesen sei. In der Orthopantomografie vom 24. November 1987 (vor der sagittalen Spaltung) seien im Oberkiefer rechts eine Zahnlücke bei fehlendem Zahn 15 sowie ein gedrehter Zahn 14 zu sehen, welcher zudem noch eine Karies aufweise. Es fänden sich keine Hinweise, dass der Zahn 15 anlässlich des Unfalls von 1972 verloren gegangen sei. Die Zahnlücke zeige sich in der Orthopantomografie vom 24. November 1987 verschmälert, d.h. eingengt. Dieser Umstand spreche dafür, dass diese Zahnlücke bereits seit vielen Jahren, möglicherweise seit der Jugend bestanden habe. Der Befund sei auch vereinbar mit einer Nichtanlage des Zahns 15. Die Brücke von 14 auf 17 habe in erster Linie wegen dieser Zahnlücke angefertigt werden müssen, um eine genügende okklusale Abstützung nach der Korrektur des offenen Bisses mittels sagittaler Spaltung zu erreichen. Dem Operationsbericht zur sagittalen Spaltung vom 25. November 1987 sei zu entnehmen, dass „bei der Einstellung der Okklusion noch ziemlich eingeschliffen werden musste“. Diese Bemerkung spreche dafür, dass damals eine Zahnfehlstellung (welche sich durch den Unfall mit Mittelgesichtsfraktur mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht verändert habe) die Ursache dafür gewesen sei, dass mit der sagittalen Spaltung eine optimale Einstellung der Okklusion nicht möglich gewesen sei. Daraus ergebe sich die Schlussfolgerung, dass die Brücke im Oberkiefer rechts mit überwiegender Wahrscheinlichkeit primär wegen der vorbestehenden (und nicht unfallbedingten) Malokklusion mit Fehlen des Zahns 15 und Verdrehung des Zahns 14 not-

wendig gewesen sei. Die Zahnfehlstellung sei als nicht unfallbedingter Faktor zu beurteilen. Die Brücke und die Pfeilerzähne hätten in der Folge wegen (durch korrekte Zahnreinigung vermeidbarer) parodontaler Schädigung (Parodontitis) entfernt werden müssen, wie er dies bereits in seiner Stellungnahme von 2006 ausgeführt habe (act. II 17).

3.6 Der Beschwerdeführer unterbreitete das Aktengutachten von Dr. med. et Dr. med. dent. H. _____ vom 13. März 2017 wiederum seinem behandelnden Zahnarzt Dr. med. dent. F. _____ zur Stellungnahme. Dieser erstellte in der Folge eine Zusammenfassung der seines Erachtens relevanten und gesicherten Tatsachen. Tatsache sei, dass der Beschwerdeführer nach der sagittalen Spaltung einen zirkulär offenen Biss mit Zahnkontakt auf den Zähnen 17 und 47 aufgewiesen habe. Insbesondere seien auch die Zähne 14 und 13 wie die ganzen Frontzähne nicht in Okklusion gewesen. Wann dieser offene Biss entstanden sei, sei seines Erachtens reine Spekulation. Da der Zahn 16 eine hoffnungslose Prognose aufgewiesen habe, habe man sich damals zur Abstützung der Seitenzähne zu einer Brücke von 14 auf 17 entschieden. Dabei habe der seit langer Zeit fehlende Zahn 15 zwangsläufig integriert werden müssen. Es sei nie die Absicht gewesen, eine Brücke nur zum Ersatz des Zahns 15 herzustellen. Zum gegebenen Zeitpunkt habe die Rehabilitation mit kronenbrückenprothetischen Massnahmen zweckmässig erschienen. Dass dabei der nicht unfallbedingt fehlende Zahn 15 mit ersetzt worden sei, habe sich als willkommener Nebeneffekt ergeben. Seines Wissens sei damals sowohl die ungünstige Okklusion als auch die Herstellung der Brücke von der Versicherung als unfallbedingt anerkannt worden. Er könne nur wiederholen, dass die Brücke ihr durchschnittliches Alter erreicht, je nach Literaturangaben gar überschritten habe. Der Grund für die Entfernung sei eine Pulpanekrose bei Zahn 14 nach ca. 10 Jahren gewesen. Nach Durchführung der Wurzelbehandlung und Versorgung mit einem Stift sei nach weiteren ca. 10 Jahren eine Wurzelfraktur erfolgt. Bei Zahn 17 habe sich eine Furkationsparodontitis bei einer Fissur im Furkationsdach entwickelt. Eine marginale Parodontitis habe er nicht festgestellt. Mit welcher Wahrscheinlichkeit diese Parodontitis vermeidbar gewesen wäre, überlasse er den Spekulationen. Ob der Ersatz einer als Unfallfolge anerkannten Rekonstruktion nach über

20 Jahren von der Versicherung übernommen werden müsse, könne er nicht beurteilen (BB 15).

3.7 Die Beschwerdegegnerin holte hierzu eine erneute Stellungnahme ihres Vertrauenskieferchirurgen Dr. med. et Dr. med. dent. H. _____ ein. Dieser führte in der Folge aus, die Behauptung, dass nach der sagittalen Spaltung des Unterkiefers ein zirkulär offener Biss vorgelegen habe, sei nicht nachvollziehbar, zumal in den postoperativen Röntgenbildern (Orthopantomografie vom 5. Januar 1988) kein zirkulär offener Biss zu erkennen gewesen sei. Ausserdem sei festzuhalten, dass ein zirkulär offener Biss nicht mit einer einseitigen Brückenversorgung im Oberkiefer rechts korrigiert werden könne. Deshalb scheine ihm diese Feststellung von Dr. med. dent. F. _____ nicht nachvollziehbar. Dass der Ersatz der bestehenden Brücke notwendig gewesen sei, sei nicht zu bestreiten, jedoch nicht als unfallkausal zu beurteilen. Wie er bereits in seiner letzten Stellungnahme festgehalten habe, habe die Brücke 14 auf 17 in erster Linie wegen einer vorbestehenden – und nicht unfallkausalen – Zahnlücke (Fehlen des Zahns 15) erstellt werden müssen, um eine genügende Abstützung der Okklusion zu erreichen. Am 25. November 1987 sei der unfallbedingt offene Biss durch eine sagittale Spaltung des Unterkiefers korrigiert worden. Mit Schreiben vom 22. Juli 1988 sei dem Versicherten von seinem Zahnarzt ein Behandlungsplan für eine Brücke von 14 auf 16 unterbreitet und darin ausgeführt worden, die geplante Brücke bezwecke eine optimale bilaterale Abstützung des durch die sagittale Unterkieferspaltung „bereits weitgehend korrigierten“ offenen Bisses. Wie er bereits in seiner letzten Stellungnahme vom 13. März 2017 ausgeführt habe, spreche der Befund im Röntgenbild vom 5. Januar 1988 dafür, dass der durch den Unfall bedingte offene Biss im damaligen Zeitpunkt bereits korrigiert gewesen sei. Deshalb sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Behandlungsgrund für die erste Brückenversorgung nicht die Korrektur des offenen Bisses, sondern die Verbesserung der Okklusion und damit der Kaufähigkeit wegen des fehlenden Zahns 15 (Zahnlücke) gewesen sei. Die Brücke habe im weiteren Verlauf dann nicht im geplanten Umfang von 14 auf 16 hergestellt werden können. Der Zahn 16 habe wegen Karies (auch dies ohne unfallkausalen Zusammenhang) extrahiert und die Brücke schliesslich auf den Zahn 17 extendiert werden müssen. Aufgrund dieser Sachlage sei

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die ursprüngliche Brücke wegen einer vorbestehend ungenügenden Okklusion durch den fehlenden Zahn 15 und den wegen Karies extrahierten Zahn 16 habe erstellt werden müssen. Die Brückenversorgung im Oberkiefer rechts sei somit von der Versicherung versehentlich übernommen worden, weil nicht erkannt worden sei, dass hier keine Unfallkausalität vorgelegen habe. Insbesondere unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die erste Brückenversorgung offensichtlich bereits nicht unfallkausal gewesen sei, könne auch der Ersatz der defekten Brücke durch Implantate nicht als unfallkausale Behandlung bezeichnet werden (act. IIC 1).

4.

4.1 Die Schlussfolgerung des Dr. med. et Dr. med. dent. H._____, wonach die strittigen Zahnbehandlungen zwar notwendig waren, aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 16. Juli 1972 stehen, überzeugt. Sie beruht auf einer umfassenden und allseitigen Würdigung des gesamten Dossiers seit dem Unfall vom 16. Juli 1972. In seinen Stellungnahmen wird von Dr. med. et Dr. med. dent. H._____ gestützt auf die echtzeitlichen Akten und insbesondere das Röntgendossier u.a. nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, dass bereits die ursprüngliche Brückenversorgung im Oberkiefer rechts mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 16. Juli 1972 stand und dass der Ersatz dieser Brücke durch Implantate auch gemäss dem behandelnden Zahnarzt aus endodontischen und parodontalen und damit unfallfremden Gründen erfolgt ist. Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit dieser Beurteilung sprechen würden, sind keine ersichtlich. So hielt denn auch der behandelnde Zahnarzt Dr. med. dent. F._____ in seiner E-Mail vom 20. Oktober 2016 in Bezug auf die Beurteilung des Dr. med. et Dr. med. dent. H._____ vom 3. Oktober 2016 explizit fest, dass darin grundsätzlich keine Fehlüberlegungen zu finden seien (BB 14). Aspekte, die von Dr. med. et Dr. med. dent. H._____ unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, werden vom behandelnden Zahnarzt wie auch vom Beschwerdeführer keine dargelegt. Deren Vorbringen sind damit nicht ge-

eignet, die Beurteilung des Dr. med. et Dr. med. dent. H. _____ in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Von solchen wären ohnehin keine neuen Erkenntnisse mehr zu erwarten, liess der Beschwerdeführer die strittigen Behandlungen im Wissen um die Ablehnung einer Kostengutsprache durch die Beschwerdegegnerin doch längst vornehmen, womit eine Untersuchung des Zustands seines Gebisses vor der Behandlung, welche allenfalls neue Erkenntnisse hinsichtlich Behandlungsgrund erlaubt hätte, nicht mehr möglich ist. Von einer weiteren Aktenbeurteilung sind keine neuen Erkenntnisse mehr zu erwarten, weshalb auf eine solche in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 136 I 229 E. 5.3 S. 236 sowie 124 V 90 E. 4b S. 94).

4.2 Die Vorbringen des Beschwerdeführers beschränken sich letztlich im Wesentlichen darauf, dass es sich bei den strittigen Zahnbehandlungen um den Ersatz einer von der Beschwerdegegnerin übernommenen und damit von dieser damals als unfallkausal anerkannten Brücke handelt, dass diese Brücke im Zeitpunkt ihres Ersatzes ihre durchschnittliche Lebensdauer erreicht, je nach Literaturangaben gar überschritten habe und dass deren Ersatz damit ebenfalls eine unfallkausale Behandlung darstelle. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Zum einen ist aufgrund der Akten nicht erstellt, dass die Brücke an sich aufgrund von Abnutzung oder Verschleiss und damit aufgrund ihres Alters ersetzt werden musste. Auch der behandelnde Zahnarzt führt hierfür ausschliesslich endodontische und parodontale Gründe (Pulpanekrose, Wurzelfrakturen nach Wurzelbehandlungen, Frakturen im Furkationsdach; siehe BB 14 und 15) an. Andere Gründe sind nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Doch selbst wenn auch das Alter der Brücke die Behandlung erforderlich gemacht hätte, wäre eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu verneinen, nachdem aufgrund der Darlegungen des Dr. med. et Dr. med. dent. H. _____ erstellt ist, dass bereits die ursprüngliche Brückenversorgung im Oberkiefer rechts mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 16. Juli 1972 stand. Dass die Beschwerdegegnerin die Brückenversorgung damals übernommen hat, ändert daran nichts, ist es dem Unfallversicherer doch unbenommen, eine durch die Ausrichtung von Heilbehandlung anerkannte Leis-

tungspflicht ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen mit der Begründung, ein Kausalzusammenhang mit einem versicherten Ereignis liege bei richtiger Betrachtungsweise gar nicht vor. Nur im Rahmen einer – hier nicht zur Diskussion stehenden – allfälligen Leistungsrückerstattung sind die Rückkommensvoraussetzungen zu beachten (vgl. BGE 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384).

4.3 Vorliegend ist nach dem Dargelegten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass zwischen den strittigen Zahnbehandlungen bzw. dem Ersatz der Brücke im Oberkiefer rechts durch Implantate und dem Unfall vom 16. Juli 1972 kein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Die Beschwerdegegnerin hat eine Leistungspflicht ihrerseits für diese Behandlungen somit zu Recht verneint. Der angefochtene Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 22. Dezember 2016 ist nach dem Dargelegten nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

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

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. 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):

- Fürsprecher und Notar B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- Helsana Versicherungen AG
- 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.