

200 17 905 KV
KNB/SCM/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 29. Mai 2018

Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
vertreten durch Rechtsdienst B. _____, Rechtsanwältin C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Progrès Versicherungen AG

c/o Helsana Versicherungen AG, Recht & Compliance, Postfach,
8081 Zürich

Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 19. September 2017 (Versicherten Nr.
95446928)



Sachverhalt:

A.

Die 1966 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war bei der Sansan Versicherungen AG (sansan, heute Progrès Versicherungen AG [Progrès bzw. Beschwerdegegnerin]) obligatorisch krankenpfle-geversichert, als sie am 13. Oktober 2016 durch ihre behandelnde Zahnärztin Dr. med. dent. D. _____ ein Gesuch um Kostengutsprache für eine Zahnsanierung stellte (Akten der Progrès, Antwortbeilage [AB] 1, 27 S. 2 Ziff. I). Nach Prüfung der diesbezüglich eingeholten Unterlagen (vgl. AB 2 - 10) lehnte die Progrès die Kostenübernahme mit Schreiben vom 22. März 2017 (AB 11) ab, was sie auf Ersuchen der Versicherten (AB 13) mit Verfügung vom 24. April 2017 (AB 17) bestätigte. Die dagegen erhobene Einsprache (AB 21, 23) wurde mit Entscheid vom 19. September 2017 (AB 27) abgewiesen.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch den B. _____, Rechtsanwältin C. _____, am 16. Oktober 2017 Beschwerde. Sie beantragt die Aufhebung des angefochtenen Entscheids sowie die Kostenübernahme der beantragten Zahnsanierung aus der KVG-Grundversicherung durch die Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. November 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

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.

Es schadet nicht, dass der angefochtene Entscheid von der Helsana Versicherungen AG (Helsana) erlassen wurde, nennt diese im Sachverhalt doch die Progrès als Versicherungsträgerin bzw. Einsprachegegnerin (AB 27 S. 2 Ziff. I). Die gesamte vorhergehende Korrespondenz zwischen den Parteien wurde zunächst mit der sansan und ab 1. Januar 2017 mit der Progrès geführt, wobei auf dem Briefpapier jeweils die Bildmarke der Helsana abgebildet war (vgl. AB 2 - 4, 7, 9, 11 f., 15). Auch erliess die Progrès die dem angefochtenen Einspracheentscheid vorausgegangene leistungsabweisende Verfügung vom 24. April 2017 (AB 17); ausserdem gehört sie zur Helsana-Gruppe (vgl. Verzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Nr. 994, Stand 1. Februar 2017, abrufbar unter: www.bag.admin.ch). In ihren Anträgen verlangt die Beschwerdeführerin denn auch eine Kostenbeteiligung „aus der Grundversicherung der Krankenversicherung der Beschwerdegegnerin“. Bei diesen Gegebenheiten steht die Identität der Beschwerdegegnerin eindeutig fest. In der Folge ist die falsche Parteibezeichnung – insbesondere unter

Berücksichtigung des Verbots übertriebener Formstrenge, wonach Parteiangaben nach ihrem erkennbaren, wirklichen Sinn auszulegen sind, – formell zu berichtigen und die Progrès ins Rubrum aufzunehmen (vgl. MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 12 N. 14, Art. 32 N. 11).

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 19. September 2017 (AB 27). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten für die beantragte Zahnsanierung zu übernehmen hat.

1.3 Mit Blick auf die von Dr. med. dent. D. _____ ausgestellte Kostenschätzung vom 31. Oktober 2016 (AB 5) in der Höhe von Fr. 3'750.-- wird der Streitwert von Fr. 20'000.-- nicht erreicht, 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). Die Leistungen der Zahnärzte und Zahnärztinnen sind in der genannten Bestimmung 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).

Die Versicherer dürfen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Art. 25 bis 33 KVG übernehmen (Art. 34 Abs. 1 KVG).

2.2 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 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 beschlägt die Pflichtleistungen des Krankenversicherers, die durch ein Geburtsgebrechen bedingt sind.

2.3 In BGE 124 V 185 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; heute Bundesgericht) entschieden, dass die in Art. 17 bis 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 Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat

das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221).

Der den Sozialversicherungsprozess beherrschende Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnötig aus, da es Sache des Gerichts – und der verfügenden Behörde – ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Die Parteien tragen mithin in diesem Verfahrensbereich in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, durch die Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 222).

3.

3.1 Den medizinischen Unterlagen ist im Wesentlichen Nachstehendes zu entnehmen:

3.1.1 Im Schreiben der behandelnden Zahnärztin Dr. med. dent. D._____ vom 13. Oktober 2016 (AB 1) führte diese als stomatologischen Befund eine an den Wangen etwas gerötete Schleimhaut, viel Belag an der Zunge sowie eine Xerostomie aus. Weiter bestünden kariöse Läsionen an mehreren Zähnen. Als die Beschwerdeführerin im vergangenen Jahr zur Untersuchung gekommen sei, seien noch keine kariösen Läsionen in diesem Ausmass festgestellt worden. Seit Ausbruch ihrer Krankheit leide die Beschwerdeführerin an verminderter Speichelproduktion (Xerostomie), welche zu Mundtrockenheit führe, was ein erhöhtes Risiko für Karies darstelle.

3.1.2 Dr. med. E. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Spital F. _____, führte im Bericht vom 1. November 2016 (AB 6) hauptsächlich die Diagnosen einer schwersten Mangelernährung mit Kachexie nach bariatrischen Operationen, eine schwere Malassimilation mit chronischer Diarrhoe sowie eine Osteoporose auf. Im Jahr 2004 sei bei der Beschwerdeführerin eine biliopankreatische Diversion nach Scopinaro durchgeführt worden, woraufhin es nach einem Initialgewicht von 148 kg zu einer kontinuierlichen Gewichtsabnahme bis zur Entwicklung einer lebensbedrohlichen Situation gekommen sei. Die schwerste Mangelernährung und Unverträglichkeit des Essens habe auch die Zahngesundheit massiv gefährdet. Der massive körperliche Zerfall habe mit Sicherheit auch Auswirkungen auf den Speichel und dessen Fließrate gehabt, wobei ein Fließrattentest aber zu keiner Zeit vorgenommen worden sei. In der aktuellen Situation, wo sich die Ernährungssituation unter parenteraler Ernährung zum Teil rehabilitiert habe, mache ein solcher Test keinen Sinn. Die geschilderte Anamnese habe aber die Zahngesundheit der Beschwerdeführerin mit grosser Wahrscheinlichkeit massiv beeinträchtigt.

3.1.3 In einem weiteren Bericht vom 16. Dezember 2016 (AB 8) hielt Dr. med. E. _____ fest, in der über Monate andauernden schwersten katabolen Stoffwechsel-Situation mit rasantem Gewichtsverlust und in der Folge zunehmendem körperlichem Zerfall, habe die Beschwerdeführerin ein kariöses Gebiss entwickelt. Sollte nach der in den Monaten August bis November 2016 eingetretenen deutlichen Verbesserung auf die Durchführung eines Speichelfliessrattentests bestanden werden, so würde ein solcher Test die damalige Situation, welche zu massiver Karies geführt habe, nicht widerspiegeln. Die heutige Situation sei massgeblich anders und nicht vergleichbar mit der Situation vor wenigen Monaten.

3.1.4 Am 11. April 2017 (AB 14) führte Dr. med. dent. D. _____ zuhanden der Beschwerdegegnerin aus, erstaunlich sei das Ausmass gewesen, fast jeder Zahn sei im September 2016 von Karies befallen gewesen. Dieser Kariesbefall sei erst nach Februar 2016 eingetreten und daher in nur wenigen Monaten enorm weit fortgeschritten. Bei der Besprechung mit der Beschwerdeführerin sei sodann die Mundtrockenheit zum Vorschein gekommen, welche vermutlich krankheitsbedingt sei. Dass im Zahnschaden-

formular von „nicht optimaler“ Mundhygiene berichtet werde, habe nicht allzu viel zu bedeuten, hätten doch die wenigsten Patienten eine optimale Mundhygiene. Aufgrund der Vorzustandsröntgenbilder und der Feststellungen anlässlich der Untersuchungen, erscheine es offensichtlich, dass der Kariesbefall mit der Mundtrockenheit zu tun haben müsse.

3.1.5 Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt am 20. April 2017 (AB 16) fest, die Grunderkrankung der Beschwerdeführerin sei in der Liste nicht aufgeführt, weshalb keine Pflichtleistung nach Art. 17 bis 19a KLV bestehe.

3.1.6 Im Bericht vom 16. November 2017 (AB 28) führte Dr. med. G._____ aus, die Grunderkrankung der Beschwerdeführerin sei eine Mangelernährung mit Kachexie nach bariatrischen Operationen, welche in den Art. 17 bis 19a KLV nicht aufgeführt sei. Es bestehe zwar eine verminderte Speicheldrüsenproduktion, aber nur im Ausmass einer Oligosialie. Das Vorliegen einer Xerostomie vor dem 20. Februar 2017 (Datum des Speichelfliessratentests [AB 10]) sei möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich, da für den vorhergehenden Zeitraum keine Messungen durchgeführt worden seien. Die Speichelfliessraten von Februar 2017 legten nahe, dass in der Zeit zuvor ein verminderter Speichelfluss bestanden habe, jedoch verwies Dr. med. G._____ auch hier auf die Tatsache, dass dies zwar möglich sei, diesbezüglich aber keine Messergebnisse vorlägen.

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, nach-

vollziehbar 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 Da bei der Beschwerdeführerin unbestrittenermassen kein Geburtsgebrechen vorliegt, scheidet ein Fall nach Art. 19a KLV von vornherein aus. Ebenfalls nicht anwendbar ist hier Art. 19 KLV (vgl. E. 2.2 hiervor). In Übereinstimmung mit den Feststellungen von Dr. med. G._____ (AB 28) liegt mit der von Dr. med. E._____ im November 2016 diagnostizierten schwersten Mangelernährung mit Kachexie nach bariatrischen Operationen, der schweren Malassimilation mit chronischer Diarrhoe sowie der Osteoporose (AB 6) zudem weder eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems (Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG, Art. 17 KLV) noch eine Allgemeinerkrankung im Sinne des Gesetzes vor (Art. 31 Abs. 1 lit. b und c KVG, Art. 18 KLV). Namentlich ist keine Speicheldrüsenerkrankung erstellt (Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV). Die Voraussetzungen nach Art. 17 bis 19 KLV sind nicht erfüllt und die Versicherer dürfen ihre Leistungspflicht nicht über das gesetzlich Vorgesehene ausweiten (vgl. E. 2.1 hiervor). Dass sich die Speichelfliessrate bei der Beschwerdeführerin im Zeitraum der notfallmässigen Hospitalisation von August bis November 2016 verändert hätte (vgl. AB 6 S. 2, 8), lässt sich mangels Vornahme eines echtzeitlichen Tests nicht belegen. Vielmehr stellt ein verminderter Speichelfluss bzw. das Vorliegen einer Oligosialie oder gar einer Xerostomie eine blosser Vermutung dar, denn ein Speichelfliessratentest wurde erstmals am 20. Februar 2017 (AB 10) vorgenommen. Die Ergebnisse deuteten zu diesem Zeitpunkt denn auch nicht mehr auf einen verminderten Speichelfluss hin, lagen sie doch über den von der Klinik H._____ festgelegten Normwerten (vgl. auch

<<http://de.wiki-pedia.org/wiki/Speicheltest>> sowie Prof. Dr. Sebastian Hahnel, Die Betreuung von Patienten mit Mundtrockenheit – ein spezieller Aspekt in der zahnärztlichen Prophylaxe, abrufbar unter: <https://www.zmk-aktuell.de/fachgebiete/prophylaxe/story/die-betreuung-von-patienten-mit-mundtrockenheit--ein-speziieller-aspekt-in-der-zahnaerztlichen-prophylaxe__852.html>). In der Folge überzeugt, wenn Dr. med. G. _____ das Vorliegen einer Xerostomie bloss als möglich, nicht aber als überwiegend wahrscheinlich erachtete. Gleiches hielt er denn auch generell zu einem verminderten Speichelfluss vor Februar 2017 fest (AB 28). Da sich die Gesundheits- und Ernährungssituation der Beschwerdeführerin nunmehr deutlich verbessert hat, vermöchten diesbezügliche weitere Abklärungen nichts Neues zur damaligen Situation beizubringen (vgl. hierzu die Ausführungen von Dr. med. E. _____ vom 1. November und 16. Dezember 2016 hinsichtlich des Speichelfliessratentests [AB 6 S. 2, 8]), weshalb in antizipierter Beweiswürdigung davon abzusehen ist (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Im Weiteren ist zu beachten, dass selbst wenn ein verminderter Speichelfluss im hier relevanten Beurteilungszeitraum nachgewiesen worden wäre – was vorliegend gerade nicht der Fall ist –, rechtsprechungsgemäss immer die Anforderungen an die zumutbare Schadenminderung zu beachten sind. So erkannte das EVG 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 und b). Eine versicherte Person, die aufgrund ihrer Konstitution, durchgemachten Krankheiten oder durchgeführten Zahnbehandlungen eine erhöhte Anfälligkeit für Zahnerkrankungen hat, kann es nicht mit der allgemein üblichen Mundhygiene bewenden lassen. Die Mundhygiene muss 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. 6d). Es ist zu berücksichtigen, dass Dr. med. dent. D._____ die Mundhygiene der Beschwerdeführerin im Zahnschadenformular vom 31. Oktober 2016 als „nicht optimal“ bzw. „verbesserungswürdig“ bezeichnete (AB 5). Weiter ist zu berücksichtigen, dass die behandelnde Zahnärztin den Kariesbefall bei einer durchschnittlichen Mundhygiene nicht überwiegend wahrscheinlich als vermeidbar einstufte, aber – mit der Feststellung eine „sichere Vermeidbarkeit“ gebe es nicht – die überwiegend wahrscheinliche Vermeidbarkeit bei einer überdurchschnittlich guten Hygiene (implizit) bejahte (AB 23 samt E-Mail-Anhang vom 8. Juni 2017), was mit Blick auf die strenge Rechtsprechung des Bundesgerichts genügt.

3.4 Nach dem Dargelegten liegt hinsichtlich der verminderten Speichelfliessrate Beweislosigkeit vor. Damit ist ein Kausalzusammenhang zwischen einem Sachverhalt nach den Art. 17 bis 19 KLV und der geltend gemachten Speichelflussminderung nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. In der Folge erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. September 2017 (AB 27) als rechters und ist die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

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 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteienschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsdienst B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Progrès Versicherungen AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

Die Gerichtsschreiberin:

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.