

200 20 486 KV  
WIS/TOZ/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil der Einzelrichterin vom 13. April 2021**

Verwaltungsrichterin Wiedmer  
Gerichtsschreiberin Tomic

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**vivacare AG**  
Zustelldomizil: Visana Services AG, Rechtsdienst, Weltpoststrasse 19,  
Postfach, 3000 Bern 15  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 29. Mai 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1948 geborene, bei der vivacare AG (vivacare resp. Beschwerdegegnerin) obligatorisch krankenpflegeversicherte A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) musste sich am 17. März 2003 einer Herzoperation (Einsetzung eines Herzklappenersatzes und einer Gefässprothese) unterziehen (Akten der vivacare [act. IIA] 10). Am 26. November 2018 liess er sich von Dr. med. Dr. med. dent. B.\_\_\_\_\_, Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie sowie für Kiefer- und Gesichtschirurgie, die Zähne 47 und 48 entfernen. Der behandelnde Kieferchirurg reichte diesbezüglich ein Zahnschadenformular vom 27. November 2018 (act. IIA 1) und eine Rechnung vom 4. Dezember 2018 im Betrag von Fr. 835.35 ein. Nachdem die vivacare - nach Erhalt eines Orthopantomogramms (OPT) - am 3. Januar 2019 mitgeteilt hatte, sie lehne eine Leistungspflicht für die Zahnextraktionen ab (act. IIA 3), reichte der behandelnde Kieferchirurg der Krankenkasse eine weitere, sich auf Fr. 353.70 belaufende Rechnung vom 7. Februar 2019 (act. IIA 9) ein. Gestützt auf eine Beurteilung ihres Vertrauensarztes Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, vom 12. März 2019 (act. IIA 11) hielt die vivacare mit Schreiben vom 14. März 2019 (act. IIA 12) an der Ablehnung der Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fest; sie übernahm einzig die Kosten für das Ausfüllen des Zahnschadenformulars von Fr. 68.20 (Pos. 4040 auf der Rechnung vom 7. Februar 2019 [act. IIA 9]; act. IIA 13 f.). Eine entsprechende Verfügung erging am 28. Mai 2019 (act. IIA 17). Eine dagegen erhobene Einsprache (act. IIA 18) wies sie mit Entscheid vom 29. Mai 2020 (act. IIA 19) ab.

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte am 23. Juni 2020 (Poststempel) Beschwerde. Er beantragt sinngemäss, die Beschwerdegegnerin sei zu ver-

pflichten, die Kosten für die Entfernung der Zähne 47 und 48 zu übernehmen.

Mit Beschwerdeantwort vom 8. September 2020 schliesst die Beschwerdegegnerin sinngemäss auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 10. September 2020 reichte die Beschwerdegegnerin einen Bericht ihres Vertrauenskieferchirurgen Dr. med. Dr. med. dent. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals und Gesichtschirurgie sowie für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, vom 5. September 2020 (act. IIA 21) zu den Akten.

Die angesetzte Frist zur Einreichung einer Replik liess der Beschwerdeführer unbenutzt verstreichen.

## **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 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 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 29. Mai 2020 (act. IIA 19). Streitig und zu prüfen ist, ob ein Anspruch auf die Übernahme der zahnärztlichen Behandlung für die Extraktion der Zähne 47 und 48 zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besteht.

**1.3** Der Streitwert liegt unter Fr. 20'000.-- (act. IIA 2, 9), weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**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 Art. 25 KVG nicht aufgeführt. Die Kosten dieser Leistungen sollen im Krankheitsfalle der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur in eingeschränktem Masse überbunden werden, nämlich wenn die zahnärztliche Behandlung durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems (Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG) oder durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt (Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG) oder zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist (Art. 31 Abs. 1 lit. c KVG).

**2.2** Gestützt auf Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG i.V.m. Art. 33 lit. d der Verordnung 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.

In BGE 124 V 185 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; heute Bundesgericht [BGer]) 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).

**2.3** 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 (Ziff. 1) und andererseits bei Verlagerung und Überzahl von Zähnen und Zahnkeimen mit Krankheitswert (Ziff. 2). Nach der Rechtsprechung stellt der Krankheitswert gemäss Art. 17 lit. a KLV einen gegenüber dem allgemein definierten Begriff der Krankheit gemäss aArt. 2 KVG (heute Art. 3 Abs. 1 ATSG) qualifizierten Begriff dar, welchem Abgrenzungsfunktion zukommt, indem er die Behandlung nicht schwerer Erkrankungen der Zähne von der Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung ausschliesst. Bei der Verlagerung von Zähnen und

Zahnkeimen handelt es sich um eine Abweichung von Lage und Achsenrichtung, 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. Der qualifizierte Krankheitswert liegt nach der Rechtsprechung bei bleibender Dentition (bei Erwachsenen) in einem pathologischen Geschehen. Neben den in Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV in Klammern aufgeführten Beispielen des Abszesses und der Zyste kann ein qualifizierter Krankheitswert in der Form von pathologischem Geschehen bei Erscheinungsformen darin liegen, dass erhebliche Schäden an den benachbarten Zähnen, am Kieferknochen und an benachbarten Weichteilen verursacht wurden oder gemäss klinischem und allenfalls radiologischem Befund mit hoher Wahrscheinlichkeit verursacht werden (BGE 130 V 464 E. 3.2 S. 467 f.). Damit scheidet aus, den Krankheitswert in den verlagerten oder überzähligen Zähnen und Zahnkeimen selbst zu sehen, etwa bei Überschreitung eines bestimmten Mindestmasses der Abweichung verlagelter Zähne von der normalen Lage und Achsenrichtung (Entscheid des EVG vom 4. Dezember 2001, K 93/01, E. 6a).

**2.3.1** Der als Voraussetzung für die Leistungspflicht von Behandlungen verlagelter Weisheitszähne erforderliche qualifizierte Krankheitswert beinhaltet im Wesentlichen zwei Elemente, nämlich einerseits die Pathologie mit einer Gefährdung des Lebens oder einer Beeinträchtigung der Gesundheit und andererseits die notwendigen Massnahmen, um die Gefährdung oder Beeinträchtigung zu beseitigen oder zumindest zu verringern. Ein qualifizierter Krankheitswert ist zu verneinen, wenn ein pathologisches Geschehen mit einfachen Massnahmen behoben werden kann (vgl. BGE 130 V 464 E. 4.1 S. 468).

**2.3.2** Verlagerte Weisheitszähne nehmen gegenüber andern verlagerten oder überzähligen Zähnen insofern eine besondere Stellung ein, als sie von ihrer topografischen Lage her besonders häufig Lage-Anomalien zeigen. Neben der Abweichung von der Lage ist oft eine solche von der Achse festzustellen, wodurch Nachbarstrukturen geschädigt werden können. Aus diesen Gründen geben die Weisheitszähne häufig Anlass zu entzündlichen Komplikationen und Zystenbildungen, die wegen ihrer Lage schwerwiegende Folgen haben können wie einen Durchbruch von

Abszessen in anatomischen Logen von vitaler Bedeutung oder eine Spontanfraktur des Unterkiefers infolge Schwächung durch grosse Zysten (BGE 130 V 464 E. 4.2 S. 468 f.).

**2.3.3** Bei der Behandlung verlagelter Weisheitszähne ist zudem die Besonderheit zu berücksichtigen, dass sie entfernt werden, ohne dass an ihrer Stelle ein Ersatz (z.B. Implantat) tritt, 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 464 E. 4.3 S. 469).

**2.3.4** 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. Um 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 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 Kauystems im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG i.V.m. 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 (vgl. BGE 130 V 464 E. 4.4 S. 469).

**2.4** Gemäss Art. 19 KLV übernimmt die Versicherung die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, die zur Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlungen notwendig sind (Art. 31 Abs. 1 lit. c KVG) bei Herzklappenersatz, Gefässprothesenimplantation, kraniellen Shuntoperationen (lit. a); bei Eingriffen mit nachfolgender langdauernder Immunsuppression (lit. b); bei Strahlentherapie oder Chemotherapie maligner Leiden (lit. c); bei Endokarditis (lit. d) oder bei Schlafapnoe-Syndrom (lit. e).

Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung ist Sinn dieser Bestimmung die Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlungen der aufgelisteten schweren Allgemeinerkrankungen. Die medizinische Behandlung dieser Leiden zählt unbestrittenermassen zu den Pflichtleistungen der sozialen Krankenversicherung. Diese Behandlung verträgt in der Regel keinen Aufschub, sondern muss unverzüglich erfolgen können. Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung kann eine zahnärztliche Versorgung sein. Erschiene deren Finanzierung durch die soziale Krankenversicherung nicht als gesichert, könnte die sofortige medizinische Behandlung der Krankheit in Frage gestellt und damit die Gesundheit, wenn nicht gar das Leben, gefährdet sein (Entscheid des EVG vom 14. April 2005, K 64/04 E. 4.2).

### **3.**

**3.1** Hinsichtlich der umstrittenen Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Extraktion der Zähne 47 und 48 ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Der behandelnde Kieferchirurg Dr. med. Dr. med. dent. B.\_\_\_\_\_ hielt im Formular "Zahnschäden gemäss KVG Befunde/Kostenvoranschlag" vom 27. November 2018 (act. IIA 1) als Diagnose einen "Aortenklappen- und Gefässprothesenersatz 2003" (act. IIA 1 S. 1), als diagnostische Massnahmen mit Befundangabe eine diagnostische Abklärung (OPT) sowie eine Endokarditisprophylaxe und als therapeutische Massnahmen die Entfernung des kariösen Zahnes 47 sowie des verlagerten Weisheitszahnes 48 fest (act. IIA 1 S. 2 Ziff. 5.1 f.). Er machte eine Pflichtleistung nach Art. 31 KVG i.V.m. Art. 17 lit. a Ziff. 2 bzw. Art. 19 lit. a KLV geltend (act. IIA 1 S. 1).

**3.1.2** Am 19. Februar 2019 führte Dr. med. Dr. med. dent. B.\_\_\_\_\_ aus, ein Kieferabszess mit lebensbedrohlichen Komplikationen und hoher Mortalität entstehe nur auf Grundlage eines Kieferherdes. Die Inzidenz sei drastisch zurückgegangen, seit solche Kieferherde nach Herzklappenoperationen gestützt auf Art. 19 lit. a KLV lebenslänglich zu Lasten der Sozialversicherung beseitigt würden (act. IIA 8).

**3.1.3** In einem weiteren Bericht vom 5. März 2019 (act. IIA 10) hielt Dr. med. Dr. med. dent. B. \_\_\_\_\_ fest, dass dem Beschwerdeführer am 17. März 2003 ein Herzklappenersatz und Gefässprothese eingesetzt worden seien. Dies löse eine Leistungspflicht nach Art. 19 lit. a KLV aus. Sicherstellung der ärztlichen Behandlung im Sinne dieser Bestimmung bedeute eine lebenslängliche Vermeidung dentogener Infektionsquellen, einerseits als Streuherde mit in der Blutbahn zirkulierenden, für Herzklappen- und Gefässprothesenersatz in der Zirkulation riskanten Keimen, andererseits als Ursache von Logenabszessen mit hoher Inzidenz von lebensbedrohlichen thromboembolischen Komplikationen am Herzklappen- und Gefässprothesenersatz. Dass die Sicherstellung lebenslänglich erfolgen müsse, zeige eine Textrevision vom 7. September 1998 (recte: vom 9. Juli 1998 [AS 1998 2923]). Darin sei ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass es bei Art. 19 lit. a KLV um die langfristigen, postoperativen zahnärztlichen Massnahmen gehe, welche den Zweck hätten, die durchgeführten ärztlichen Massnahmen wie Gefässprothesenimplantation oder Herzklappenersatz sicherzustellen.

**3.1.4** Dazu Stellung nehmend führte der Vertrauensarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ am 12. März 2019 aus, dass vorliegend die Voraussetzungen von Art. 19 lit. a KLV nicht erfüllt seien (act. IIA 11).

**3.1.5** Mit Bericht vom 25. März 2019 (act. IIA 15) hielt Dr. med. Dr. med. dent. B. \_\_\_\_\_ an seinen Ausführungen vom 5. März 2019 (act. IIA 10) fest, der springende Punkt sei einzig und allein die lebenslängliche Sicherstellung nach einem Herzklappen- und Gefässprothesenersatz sowie nach craniellen Shuntoperationen vor lebensbedrohlichen Ereignissen einer Thromboembolie, ausgelöst durch einen Logenabszess aufgrund eines Herdes im Kieferknochen.

**3.1.6** In einem weiteren Bericht vom 16. Juni 2020 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 1) führte Dr. med. Dr. med. dent. B. \_\_\_\_\_ aus, dem Beschwerdeführer sei am 17. März 2003 wegen eines Aortarisses ein Herzklappen- und Gefässprothesenersatz eingesetzt worden. Dieser stehe deshalb unter lebenslanger ärztlicher Behandlung; es seien unter anderem eine dauerhafte Antikoagulation (zur Verhinderung thromboembolischer Komplikationen), eine Endokarditisprophylaxe sowie das Kontrollieren und

Behandeln aller möglicher Infekte und derer hämatogener Streuungen erforderlich. Weitere wichtige, lebenslang zu kontrollierende und allenfalls zu behandelnde Infektquellen seien Kieferherde und Nasennebenhöhleninfekte, ausgehend von devitalen Zähnen. Im Herbst 2018 sei es beim Beschwerdeführer zu einem solchen Kieferherd im rechten Unterkiefer gekommen. Ausgangspunkt sei der infizierte Zahn 47 gewesen. Davon ausgehend sei es zu einem Abszess im rechten Kieferwinkel bei einem invers horizontal verlagerten Weisheitszahn 48 gekommen. Deswegen sei der Beschwerdeführer vom behandelnden Zahnarzt überwiesen worden. Wegen der invers horizontalen, d.h. einer kumulativen (Abweichung in Lage und Achsenrichtung) massiven Verlagerung sei eine Zerstückelung des Weisheitszahnes notwendig gewesen. Wegen des durch den Abszess bedingten Trismus, d.h. einer Kieferklemme mit eingeschränkter Mundöffnung, sei der höchstmögliche Schwierigkeitsgrad gegeben gewesen. Gleichzeitig sei die Entfernung des Kieferherdes 47 erfolgt (act. I 1 S. 1). Ferner stellte sich Dr. med. Dr. med. dent. B. \_\_\_\_\_ auf den Standpunkt, dass es vorliegend um eine ärztliche bzw. arztäquivalente Behandlung des Zahnarztes gehe (act. I 1 S. 5); der Zahnarzt übernehme im Kieferbereich eine Hausarztfunktion (act. I 1 S. 1 und 5). Weiter bekräftigte Dr. med. Dr. med. dent. B. \_\_\_\_\_ sinngemäss, dass aufgrund der per 9. Juli 1998 erfolgten Textanpassung des Art. 19 KLV die Beschwerdegegnerin die Kosten der zahnärztlichen Behandlung im Sinne der Infektelimination des frakturierten beherdeten Zahnes 47 (act. I 1 S. 9) und die Abszessbehandlung unter Entfernung des verlagerten Weisheitszahnes 48, welche zur Unterstützung und Sicherstellung der obgenannten ärztlichen Behandlungen notwendig gewesen seien, zu übernehmen habe (act. I 1 S. 7 f.).

Zusammenfassend kam Dr. med. Dr. med. dent. B. \_\_\_\_\_ zum Schluss, dass die Entfernung des kumulativ verlagerten Weisheitszahnes 48 die Voraussetzungen bezüglich der Verlagerung, des qualifizierten Krankheitswertes und des Schwierigkeitsgrades für eine Leistungspflicht gemäss Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV vollumfänglich erfülle. Die Entfernung des Herdes 47 und des Abszesses mitsamt Entfernung des Zahnes 48 erfülle die Voraussetzungen einer zahnärztlichen Unterstützung und Sicherstellung der lebenslangen ärztlichen Behandlungen nach einer Herzklappen- und

Gefässprothesenimplantation und stelle somit eine Leistungspflicht gemäss Art. 19 lit. a KLV dar (act. I 1 S. 9).

**3.1.7** Hierzu nahm der Vertrauenskieferchirurg Dr. med. Dr. med. dent. D.\_\_\_\_\_ - im Rahmen des Beschwerdeverfahrens - am 5. September 2020 (act. IIA 21) Stellung und führte aus, dass der Zahn 48 retiniert und rechtwinklig horizontal verlagert sei. Soweit radiologisch beurteilbar (Qualität des OPT vom 26. November 2018 [act. IIA 9, 20] entspreche kaum mehr den heutigen Kriterien der modernen Radiologie), sei der Zahn zirkulär von Knochen umgeben ohne Verbreiterung des Parodontalspaltes und ohne periradikuläre oder pericoronare Osteolysen; man könnte sogar eine Ankylosierung (Verknöcherung) postulieren. Hieraus lasse sich kein stattgehabtes oder akutes infektiöses Geschehen ableiten. Eine Schädigung des Nachbarzahnes 47 (distale Wurzel) sei weder ersichtlich noch weiterhin zu erwarten - dies wäre im Alter von 70 Jahren längst erfolgt. Es erscheine deshalb eher als unwahrscheinlich, dass von Zahn 48 ein qualifizierter Krankheitswert ausgegangen sei. Somit wäre eine Leistungspflicht gemäss Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV zu verneinen (act. IIA 21 S. 1 Ziff. 1). Bezüglich des Abszesses hielt der Vertrauenskieferchirurg fest, dass die Abszessbildung immer noch weitgehend eine klinische Diagnose sei. Die Qualität und der Ausschnitt des vorliegenden OPT liessen keine Diagnose eines Abszessgeschehens im Kieferbereich bzw. im linken (recte: rechten) Kieferwinkel zu (act. IIA 21 S. 1 Ziff. 2). Hinsichtlich der anhand des OPT erhobenen Befunde ergänzte er, dass die Krone des Zahnes 47 mesial eine tiefe Karies aufweise, die Verankerung des Zahnes im Knochen scheinbar jedoch absolut stabil zu sein (act. IIA 21 S. 1 Ziff. 3). Die Karies an der Zahnkrone 47 sei zweifelsohne sanierungsbedürftig gewesen, allerdings dürfe eine Karies nicht als Kieferherd im eigentlichen Sinn bezeichnet werden. Der Zahn 48 stelle keinen Kieferherd dar, solange er "unangetastet" bleibe. Der chirurgische Eingriff mit zweifelsfrei schwieriger Osteotomie des querliegenden und ankylotischen Zahnes 48 stelle bezüglich der zu erwartenden und möglichen postoperativen Komplikationen schon eher ein Risiko dar. Dieses Risiko wäre der Vertrauenskieferchirurg in Anbetracht der kardiologischen Anamnese und Vorerkrankung wahrscheinlich nicht eingegangen (act. IIA 21 S. 2 Ziff. 4). Die Aussagen des Dr. med. Dr. med. dent. B.\_\_\_\_\_ bezüglich eines Abszesses und einer Kieferklemme kön-

ne der Vertrauenskieferchirurg nicht nachvollziehen bzw. überprüfen oder bestätigen. Im Falle eines akuten Infektions- und Abszessgeschehens mit Kieferklemme müssten die entsprechenden Angaben betreffend Anamnese, Befunde sowie Diagnostik in der Krankengeschichte klar schriftlich ersichtlich sein (act. IIA 21 S. 2 Ziff. 6). Es müssten Einträge in der Krankengeschichte vorhanden sein, welche ein akutes Herdgeschehen, eine lebensbedrohliche Abszessbildung im Kieferwinkel oder eine Kiefersperre dokumentieren würden (act. IIA 21 S. 2 Ziff. 9). Zudem müsste ein Überweisungsschreiben mit entsprechenden fachärztlichen Kommentaren vorliegen. Bei Verdacht auf ein fortgeschrittenes Infektgeschehen, welches ein notfallmässiges Handeln erfordert hätte, wären eine weiterführende Diagnostik und Abklärung in einem hierfür eingerichteten Zentrumsspital wohl naheliegend gewesen und entsprechend dokumentiert (act. IIA 21 S. 2 Ziff. 6).

## **3.2**

**3.2.1** Der Versicherungsträger prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hiezue aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a S. 283). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158; SVR 2009 IV Nr. 4 S. 7 E. 4.2.2).

**3.2.2** Nach Art. 57 Abs. 4 KVG beraten Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen die Versicherer in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers. Sie sind in ihrem

Urteil unabhängig. Weder Versicherer noch Leistungserbringer noch deren Verbände können ihnen Weisungen erteilen (Abs. 5).

**3.2.3** 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.2.4** 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 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 (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 bis 4.6 S. 469).

**3.3** Der Beschwerdeführer rügt sinngemäss die Fallführung durch die Beschwerdegegnerin, weil diese das Kostengutsprachegesuch vom 27. November 2018 (act. IIA 1 f.) zunächst ohne Vorlage des medizinischen Dossiers an den Vertrauensarzt abgelehnt hatte (vgl. Beschwerde, S. 2).

Es trifft zwar zu, dass die erste (und formlos erfolgte) Ablehnung des Kostengutsprachegesuchs vom 3. Januar 2019 (act. IIA 3) - bestätigt mit Schreiben vom 15. Februar 2019 (act. IIA 7) - ohne vorgängige Konsultation des Vertrauensarztes erfolgte. Entgegen der offenbaren Auffassung des Beschwerdeführers schreibt der Untersuchungsgrundsatz (vgl. E. 3.2.1 hiervor) der Verwaltung indessen nicht vor, welche Abklärungsmassnahmen sie konkret zu treffen hat. Entscheidend ist letztlich einzig - aber immerhin -, ob ein Beweisergebnis vorliegt, welches die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat und welches einen Entscheid über den geltend gemachten Leistungsanspruch erlaubt. Insofern ist der Sozialversicherer grundsätzlich berechtigt, administratives Personal mit der (ersten) Beurteilung eines Versicherungsfalles zu betrauen, zumal der Leistungsansprecher bzw. der behandelnde Arzt im Rahmen der Mitwirkungspflicht gehalten sind, dem Krankenversicherer alle zur Beurteilung der Leistungspflicht notwendigen medizinischen Angaben und Grundlagen zu liefern (vgl. E. 3.2.1 hiervor; BGE 130 V 464 E. 5 S. 470). In beweismässiger Hinsicht ist jedoch zu berücksichtigen, dass Stellungnahmen des administrativen Personals keine medizinischen Beurteilungen darstellen, weshalb eine Krankenversicherung in komplexeren Fällen in der Regel nicht umhin kommt, den rechtlich erheblichen Sachverhalt fachärztlich beurteilen zu lassen.

Vorliegend lässt sich dem der Beschwerdegegnerin zugestellten Kostenvoranschlag bzw. Formular "Zahnschäden gemäss KVG Befunde/Kostenvoranschlag" vom 27. November 2018 samt Honorarrechnungen des Dr. med. Dr. med. dent. B. \_\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2018 und 7. Februar 2019 (act. IIA 1 f., 9) keine Begründung entnehmen, weshalb die beantragten Massnahmen die höchstrichterlich konkretisierten Voraussetzungen zur Kostenübernahme von Weisheits- und Zahnbehandlungen erfüllen könnten. Erst mit Schreiben vom 5. März 2019 (act. IIA 10) - und da-

mit nach der ersten (formlos erfolgten) Leistungsablehnung vom 3. Januar 2019 (act. IIA 3), bestätigt mit Schreiben vom 15. Februar 2019 (act. IIA 7) - legte Dr. med. Dr. med. dent. B. \_\_\_\_\_ dar, weshalb aus seiner Sicht die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin erfüllt seien.

Die Beschwerdegegnerin hat nach dem Schreiben von Dr. med. Dr. med. dent. B. \_\_\_\_\_ vom 5. März 2019 (act. IIA 10) das medizinische Dossier ihrem Vertrauensarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ zur Beurteilung vorgelegt (vgl. E. 3.2.2 hiervor) und gestützt auf die entsprechende (fachärztliche) Beurteilung vom 12. März 2019 (act. IIA 11) mit Verfügung vom 28. Mai 2019 (act. IIA 17) resp. mit Einspracheentscheid vom 29. Mai 2020 (act. IIA 19) über den Leistungsanspruch befunden. Damit ist die Fallführung der Beschwerdegegnerin grundsätzlich nicht zu beanstanden, zumal Dr. med. Dr. med. dent. B. \_\_\_\_\_ erst - nach Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides - im Bericht vom 16. Juni 2020 (act. I 1) wesentliche neue Aspekte vorgebracht hat.

Zu prüfen bleibt somit die materielle Richtigkeit der Beurteilung der Beschwerdegegnerin.

**3.4** Wie vorne dargelegt (vgl. E. 3.1.7 hiervor), legte die Beschwerdegegnerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens das medizinische Dossier Dr. med. Dr. med. dent. D. \_\_\_\_\_ zur Beurteilung vor, welcher am 5. September 2020 Bericht erstattete (act. IIA 21). Dieser erfüllt die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 3.2.4 hiervor). Er ist für die streitigen Belange umfassend, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Dass es sich beim genannten Bericht um eine reine Aktenbeurteilung handelt, schadet dessen Beweiswert nicht: Dem Vertrauenskiefchirurgen lagen nebst dem Zahnschadenformular des Dr. med. Dr. med. dent. B. \_\_\_\_\_ vom 27. November 2018 (act. IIA 1) dessen Berichte vom 19. Februar 2019, 5. März 2019, 25. März 2019 und 16. Juni 2020 (act. IIA 8, 10, 15; act. I 1) sowie das OPT vom 26. November 2018 (act. IIA 9, 20) vor. Er konnte sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild verschaffen (vgl. SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3). Mithin

ist auf die Aktenbeurteilung des Vertrauenskieferchirurgen vom 5. September 2020 (act. IIA 21) abzustellen.

Kein Beweiswert kommt hingegen dem Bericht des Vertrauensarztes Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 12. März 2019 (act. IIA 11) zu, fehlt diesem doch jegliche Begründung dafür, weshalb hier die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme gemäss Art. 19 lit. a KLV nicht erfüllt sein sollten.

**3.5** Zunächst ist zu prüfen, ob bezüglich der Zähne 47 und 48 eine Verlagerung gemäss Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV sowie ein qualifizierter Krankheitswert gemäss der zitierten Rechtsprechung (vgl. E. 2.3 hiervor) gegeben sind. Ob die entsprechenden Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, ist für jeden Zahn gesondert zu beurteilen (BGE 130 V 464 E. 5 S. 470).

**3.5.1** Das Vorliegen eines verlagerten Zahnes 48 ist zu Recht nicht streitig und wird sowohl von Dr. med. Dr. med. dent. B. \_\_\_\_\_ als auch vom Vertrauenskieferchirurgen Dr. med. Dr. med. dent. D. \_\_\_\_\_ bestätigt (act. IIA 1 S. 2, IIA 21 S. 1 Ziff. 1, act. I 1 S. 9). Zu prüfen ist somit einzig, ob ein qualifizierter Krankheitswert gegeben ist. Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung liegt ein solcher qualifizierter Krankheitswert bei Weisheitszähnen vor, wenn entweder die Entfernung des verlagerten Weisheitszahns wegen besonderer Verhältnisse oder die Behandlung der Pathologie schwierig und aufwändig ist (vgl. E. 2.3.4 hiervor). Als pathologisches Geschehen nannte Dr. med. Dr. med. dent. B. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 16. Juni 2020 (act. I 1) einen Kieferherd im rechten Unterkiefer sowie einen Abszess im rechten Kieferwinkel (act. I 1 S. 1). Diese wurden im Zahnschadenformular vom 27. November 2018 (act. IIA 1) mit keinem Wort erwähnt, auch nicht im Rahmen der Diagnose (act. IIA 1 S. 1). Gleich verhält es sich mit den weiteren Berichten vom 19. Februar 2019, 5. März 2019 und 25. März 2019 (act. IIA 8,10, 15), in welchen der behandelnde Kieferchirurg sehr allgemeine Ausführungen zu den dentogenen Infektionsquellen resp. den Streuherden und Kieferabszessen machte. Damit erfolgte eine konkrete Präzisierung des Sachverhalts erst im Verlauf des Beschwerdeverfahrens, womit erfahrungsgemäss nicht auszuschliessen ist, dass versicherungsrechtliche Aspekte - bewusst oder unbewusst - in diese spätere Sachverhaltsdarstellung eingeflossen sein könnten (vgl. zur Be-

weismaxime der Aussagen der ersten Stunde: BGE 143 V 168 E. 5.2.2 S. 174, 121 V 45 E. 2a S. 47). Ausserdem hat ein eigentlicher Rollenwechsel vom behandelnden Kieferchirurgen zum Parteivertreter stattgefunden, so dass seinen Ausführungen von vornherein nur sehr begrenzter Beweiswert zuzumessen ist (Entscheid des BGer vom 6. Juni 2018, 8C\_79/2018, E. 4.2). Es kann deshalb nicht unbesehen darauf abgestellt werden.

Der Vertrauenskieferchirurg legte bezüglich des Weisheitszahnes 48 im Bericht vom 5 September 2020 (act. IIA 21) schlüssig und nachvollziehbar dar, dass gestützt auf das OPT vom 26. November 2018 (act. IIA 9, 20) der Weisheitszahn zirkulär von Knochen umgeben sei ohne Verbreiterung des Parodontalspaltes und ohne periradikuläre oder pericoronare Osteolysen, woraus sich kein stattgehabtes oder akutes infektiöses Geschehen ableiten lasse (act. IIA 21 S. 1 Ziff. 1). Ebenfalls nicht erkennbar sei ein Abszessgeschehen im Kieferbereich resp. im rechten Kieferwinkel (act. IIA 21 S. 1 Ziff. 2). Sodann führte der Vertrauenskieferchirurg zutreffend aus (act. IIA 21 S. 2 Ziff. 6), dass sich in den Akten keinerlei (echtzeitlichen) zahnmedizinischen Unterlagen oder anderweitige Beweismittel (bspw. ein Überweisungsschreiben) finden lassen, mit denen ein akutes Herdgeschehen, eine lebensbedrohliche Abszessbildung im Kieferwinkel oder eine Kiefersperre nachgewiesen werden könnten. Es fehlt an einer entsprechenden Dokumentation (act. IIA 21 S. 2 Ziff. 6 und 9). Von einer Edition der zahnärztlichen Unterlagen des Dr. med. Dr. med. dent. B. \_\_\_\_\_ kann in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4) abgesehen werden, ist doch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bzw. der behandelnde Kieferchirurg beweiskräftige Unterlagen im Beschwerdeverfahren eingereicht hätten, wären solche vorhanden. Weiter ist gestützt auf die nachvollziehbar begründete Beurteilung des Vertrauenskieferchirurgen eine bereits eingetretene oder mit hoher Wahrscheinlichkeit durch den Zahn 48 später verursachte erhebliche Schädigung am benachbarten Zahn 47 (vgl. E. 2.3 hier vor) nicht erstellt (act. IIA 21 S. 1 Ziff. 1). Somit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die vom behandelnden Kieferchirurgen geltend gemachten pathologischen Prozesse (Herdgeschehen

im rechten Unterkiefer bzw. Abszessgeschehen rechten Kieferwinkel) nicht vorlagen.

Selbst wenn die vom behandelnden Kieferchirurgen geltend gemachten pathologischen Prozesse vorhanden gewesen wären, hätten sie durch die Entfernung des Weisheitszahnes behoben werden können, ohne dass aufwändige Massnahmen notwendig geworden wären (vgl. E. 2.3.1 und 2.3.3 hiervor). Auch fehlen jegliche Anhaltspunkte für irgendwelche Schwierigkeiten oder besondere Komplikationen bei der Entfernung des Weisheitszahnes. Die Behandlung bestand in der Entfernung des Weisheitszahnes - samt des Zahnes 47 - (einmalige Konsultation am 26. November 2018; act. IIA 2) sowie in drei Konsultationen nach dem Eingriff (act. IIA 9; vgl. Entscheid des EVG vom 24. Februar 2005, K 125/03, E. 5.4). Soweit der behandelnde Kieferchirurg vorbringt, es habe sich um einen Eingriff des höchsten Schwierigkeitsgrades mit Tarifposition 4207 gehandelt (act. I S. 1, act. IIA 2), so ist zu berücksichtigen, dass die verschiedenen Verfahren der Zahnentfernung gemäss den Tarifpositionen 4201 bis 4207 zum zahnärztlichen Standard gehören. Die Anwendung eines bestimmten Verfahrens allein vermag daher noch nichts über die Besonderheit der Verhältnisse auszusagen (vgl. Entscheid des BGer vom 23. Dezember 2010, 9C\_655/2010, E. 3.3.2). Mithin ist ein pathologisches Geschehen im Sinne eines qualifizierten Krankheitswertes nach Massgabe von Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV und der dazu ergangenen Rechtsprechung (vgl. E. 2.3.4 hiervor) nicht rechtsgenügend erstellt, womit eine diesbezügliche Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entfällt.

Daran vermögen die Berichte des Dr. med. Dr. med. dent. B. \_\_\_\_\_ vom 19. Februar 2019, 5. März 2019 und 25. März 2019 (act. IIA 8, 10, 15) nichts zu ändern, die - wie bereits dargelegt - bloss allgemeine Ausführungen zu den dentogenen Infektionsquellen resp. den Streuherden und Kieferabszessen enthalten. Soweit Dr. med. Dr. med. dent. B. \_\_\_\_\_ am 19. Februar 2019 advokatorisch forderte, dem Beschwerdeführer sei Akteneinsicht zu gewähren (act. IIA 8), hat ein eigentlicher Rollenwechsel vom behandelnden Kieferchirurgen zum Parteivertreter stattgefunden, so dass seinen Ausführungen von Vornherein nur sehr begrenzter Beweiswert zuzumessen ist (BGer 8C\_79/2018, E. 4.2).

**3.5.2** Hinsichtlich des - unbestrittenermassen nicht verlagerten - Zahnes 47 ist gestützt auf die beweiskräftige Beurteilung des Vertrauenskieferchirurgen vom 5. September 2020 (act. IIA 21) ein pathologisches Geschehen im Sinne eines qualifizierten Krankheitswertes ebenfalls zu verneinen: Der Vertrauenskieferchirurg bestätigte zwar die von Dr. med. Dr. med. dent. B. \_\_\_\_\_ im Zahnschadenformular vom 27. November 2018 (act. IIA 1) gestellte Diagnose eines kariösen Zahnes 47 und hielt fest, dass die anhand des OPT dokumentierte tiefe Karies an der Zahnkrone 47 zweifelsohne sanierungsbedürftig gewesen sei, jedoch könne eine Karies nicht als Kieferherd im eigentlichen Sinn bezeichnet werden (act. IIA 21 S. 2 Ziff. 4). An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems im Sinne von Art. 17 Ingress KLV allgemein ein durch prophylaktische Massnahmen im Sinne und im Rahmen zumutbarer Mund- und Zahnhygiene nicht zu verhinderndes pathologisches Geschehen voraussetzt (Entscheid des BGer vom 4. Juni 2014, 9C\_223/2014, E. 3.2). Ein solches war vorliegend nicht gegeben. Massgebend ist demzufolge, ob beispielsweise Karies oder Parodontitis hätte vermieden werden können, wenn die Mund- und Zahnhygiene genügend gewesen wäre, dies ohne Rücksicht darauf, ob die versäumte Prophylaxe im Einzelfall als subjektiv entschuldigbar zu betrachten ist (BGE 128 V 59 E. 4b S. 63, 70 E. 4b S. 72). Dass es dem Beschwerdeführer nicht möglich war, eine genügende Mund- und Zahnhygiene in Form der täglichen Durchführung und des periodischen Ganges zum Zahnarzt und der Dentalhygiene zu betreiben, lässt sich den Akten nicht entnehmen und wird vom Beschwerdeführer auch nicht vorgebracht.

Des Weiteren konnte der Vertrauenskieferchirurg - wie bereits in E. 3.5.1 hiavor dargelegt - weder ein Herd- noch ein Abszessgeschehen im Kieferbereich resp. im rechten Kieferwinkel erkennen (act. IIA 21 S. 1 Ziff. 2, S. 2 Ziff. 6 und 9). Damit sind bezüglich des Zahnes 47 die vom behandelnden Kieferchirurgen geltend gemachten pathologischen Prozesse (ein vom Zahn 47 ausgehendes Herdgeschehen, eine Abszessbildung) nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, womit auch eine diesbezügliche Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entfällt.

Was den Beweiswert der Berichte des Dr. med. Dr. med. dent. B. \_\_\_\_\_ vom 19. Februar 2019, 5. März 2019, 25. März 2019 und 16. Juni 2020 (act. IIA 8, 10, 15; act. I 1) sowie die Edition der zahnärztlichen Unterlagen angeht, so kann vollumfänglich auf die diesbezüglichen Ausführungen in E. 3.5.1 hiavor verwiesen werden.

**3.6** Aufgrund der Akten erstellt und unbestritten ist, dass dem Beschwerdeführer am 17. März 2003 wegen eines Aortarisses ein Herzklappenersatz und eine Gefässprothese eingesetzt wurden (act. I S. 1). Mithin ist zu prüfen, ob die Entfernung der Zähne 47 und 48 zur Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlung bei einem Herzklappenersatz und einer Gefässprothesenimplantation - wie von Dr. med. Dr. med. dent. B. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 16. Juni 2020 geltend gemacht wird (act. I S. 1 und S. 7 f.) - gemäss Art. 19 lit. a KLV notwendig war (vgl. E. 2.4 hiavor).

Die vom behandelnden Kieferchirurgen geltend gemachten pathologischen Prozesse (Herd- und Abszessgeschehen) als Ursache der erfolgten Zahnbehandlung sind - wie in E. 3.5.1 f. hiavor aufgezeigt -, nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Aufgrund des Fehlens eines rechtsgenügenden Nachweises für ein pathologisches Geschehen ist davon auszugehen, dass das Ziel der vorliegend zu beurteilenden zahnärztlichen Leistung nicht die Verhinderung eines Infekts zur Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlung, sondern die Sanierung des Gebisses war. Deshalb besteht auch nach Art. 19 lit. a KLV keine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Unter diesen Umständen kann offen bleiben, ob die Leistungspflicht nach Art. 19 lit. a KLV alleine deshalb verneint werden müsste, weil die erwähnte Herzoperation bereits 17 Jahre zurücklag.

**3.7** Abschliessend ist zur Abgrenzung zwischen ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung festzuhalten, dass nach der Rechtsprechung die im Vordergrund stehenden Kriterien für die Abgrenzung zwischen ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung der Ansatzpunkt und die therapeutische Zielsetzung der Behandlung sind. Vom Ansatzpunkt her sind zahnärztliche Behandlungen grundsätzlich therapeutische Vorkehren am Kausystem. Als weiteres entscheidendes Kriterium dient die therapeutische Zielsetzung, die sich danach bestimmt, welcher Körperteil

oder welche Funktion unmittelbar therapiert oder verbessert werden soll (Entscheid des BGer vom 6. Februar 2008, 9C\_675/2007, E. 4.1).

Die hier zu beurteilenden Behandlungen stellen - entgegen der Auffassung des Dr. med. Dr. med. dent. B. \_\_\_\_\_ (act. I S. 1 und 5) - nicht ärztäquivalente Massnahmen nach Art. 25 KVG, sondern klarerweise zahnärztliche Behandlungen im engeren Sinne dar. Beide therapeutischen Vorkehren setzen am Kausystem an und ihre therapeutische Zielsetzung betrifft die Erhaltung der Kaufunktion. Gleiches würde auch bezüglich der geltend gemachten, hier nicht erstellten Zahnherdsanierung mittels Zahnextraktionen gelten. Bei dieser würde es sich ebenfalls um eine therapeutische Vorkehr am Kausystem handeln, deren unmittelbares Ziel die Beseitigung des Zahnherdes gewesen wäre. Nur mittelbares Ziel wäre die Prophylaxe im Sinne der Vorbeugung einer möglichen künftigen Endokarditis gewesen (vgl. BGer 9C\_675/2007, E. 4.1).

#### **4.**

Nach dem Dargelegten sind bezüglich der Entfernung der Zähne 47 und 48 weder die Voraussetzungen von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG i.V.m. Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV noch diejenigen von Art. 31 Abs. 1 lit. c KVG i.V.m. Art. 19 lit. a KLV erfüllt, womit eine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entfällt. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 29. Mai 2020 (act. IIA 19) ist somit nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

#### **5.**

**5.1** Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung [vgl. Art. 83 ATSG]).

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus 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 wird eine Parteienschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - vivacare AG
  - Bundesamt für Gesundheit

Die Einzelrichterin:

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 Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.