

200 20 652 UV
WIS/SVE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil der Einzelrichterin vom 30. April 2021

Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

AXA Versicherungen AG
Generaldirektion, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357,
8401 Winterthur
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 16. Juli 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1964 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin C. _____ AG obligatorisch nach dem Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) bei der AXA Versicherungen AG (AXA bzw. Beschwerdegegnerin) versichert, als er gemäss Schadenmeldung UVG am 20. September 2017 bei der Arbeit auf einer Baustelle über ein beim Eingang eines Containers am Boden liegendes Stromkabel stolperte. Dabei fiel er gegen den Türrahmen, wo er sich mit dem Arm abfiel und dadurch die Hand ins Gesicht bekam und sich die Zähne rechts prellte (Akten der AXA, Antwortbeilage [AB] A1) resp. mit den Zähnen gegen das Handgelenk prallte (AB A2). Die AXA anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen insbesondere für die Behandlungen von September, Oktober und November 2017 sowie eine weitere Behandlung von August 2018 (vgl. AB „Print Zahlungen“ [nicht paginiert]; AB M7 S. 2). Nachdem die behandelnde Zahnärztin Dr. med. dent. D. _____ einen Kostenvoranschlag vom 4. September 2019 (AB A4; vgl. AB A5) für die Behandlung der Zähne 13, 12, 11, 21, 22, 23 eingereicht hatte, verneinte die AXA mit Verfügung vom 4. Dezember 2019 (AB A11) ihre Leistungspflicht. Die dagegen erhobene Einsprache (AB A14, A18) wies sie mit Entscheid vom 16. Juli 2020 (AB A26) ab.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 3. September 2020 Beschwerde und beantragte unter Entschädigungsfolge, in Aufhebung des Einspracheentscheid vom 16. Juli 2020 sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Eventualiter sei der Einspracheentscheid vom 16. Juli 2020 aufzuheben, und es sei ein fachzahnärztliches Gutachten einzuholen.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. November 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf 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. 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 16. Juli 2020 (AB A26). Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Behandlung der Zähne 13, 12, 11, 21, 22, 23 gemäss Kostenvoranschlag vom 4. September 2019 (AB A4; vgl. AB A5).

1.3 Gemäss dem Kostenvoranschlag vom 4. September 2019 (AB A4; vgl. AB A5) belaufen sich die strittigen Behandlungskosten auf Fr. 9'069.50, wobei eine Abweichung von bis zu 15 % möglich ist. Der Streitwert liegt damit unter Fr. 20'000.--, 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 Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.2.1 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 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1).

2.2.2 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tat-

frage, 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 blossе Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGE 146 V 51 E. 5.1. S. 55).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

2.2.3 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen

deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

2.3 Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V 245 E. 6.1 S. 254, 118 V 293 E. 2c S. 296).

Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht im Sinne von Art. 11 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) 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; Entscheid des BGer vom 19. Dezember 2016, 8C_61/2016, E. 3.2).

2.4 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe

des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Aufgrund der Akten erstellt und unbestritten ist, dass das Ereignis vom 20. September 2017 (vgl. AB A1 f.) einen Unfall im Rechtssinne (Art. 4 ATSG) darstellt (vgl. E. 2.1 hiervor). Die Beschwerdegegnerin hat in Zusammenhang mit dem besagten Ereignis Leistungen für Behandlungen im September, Oktober und November 2017 sowie August 2018 (vgl. AB „Print Zahlungen“ [nicht paginiert]; AB M7 S. 2; AB M10) erbracht und damit das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen – insbesondere der leistungsbegründenden Unfallkausalität – anerkannt (vgl. Entscheid des BGer vom 1. Februar 2011, 8C_895/2010, E. 5.1). Uneinig sind sich die Parteien indes hinsichtlich der (vorliegend streitgegenständlichen [vgl. E. 1.2 hiervor]) Frage, ob die Beschwerdegegnerin für die Behandlung der Zähne 13, 12, 11, 21, 22, 23 gemäss Kostenvoranschlag vom 4. September 2019 (AB A4; vgl. AB A5) ebenfalls leistungspflichtig ist.

3.2 In zahnmedizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.2.1 Dem durch Dr. med. dent. D. _____ ausgefüllten Zahnschadenformular vom 17. Oktober 2017 (AB M1) ist zu entnehmen, dass der erste Befund am 22. September 2017 aufgenommen worden ist (S. 1 Ziff. 1). Als unfallbedingte Befunde wurden Kronenfrakturen ohne Pulpabeteiligung an den Zähnen 3, 2, 1, 1, 2, 3 im Oberkiefer sowie an den Zähnen 3, 2, 1, 1, 2, 3 im Unterkiefer aufgeführt, wobei die Zähne 3, 2, 1, 1, 2, 3 im Oberkiefer und die Zähne 3, 2 im Unterkiefer als intakt angegeben wurden (Ziff. 3). Der Zahn 3 im Oberkiefer wurde als nicht behandelt und defekt, und die Zähne 3, 2, 1, 1, 2 als gefüllt aufgeführt (Ziff. 4). Als diagnostische Sofortmassnahmen führte sie zehn Mal Röntgen, CO² positiv sowie eine leicht erhöhte Beweglichkeit auf (S. 2 Ziff. 5). Betreffend den voraussichtlichen weiteren Verlauf hielt sie fest, dass eine Beobachtung während mindestens fünf Jahren nötig sei und sich die definitive Versorgung voraussichtlich erst

nach einer Beobachtungszeit von fünf bis zehn Jahren planen lasse (Ziff. 6). Vorschläge für die definitive Versorgung würden zu gegebenem Zeitpunkt erfolgen (Ziff. 7).

3.2.2 In der Beurteilung vom 5. November 2019 (AB M3) hielt der beratende Zahnarzt Dr. med. dent. E. _____ in Bezug auf die Frage, ob die Behandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Folge des Ereignisses vom 20. September 2017 (vgl. AB M4 S. 3) sei, fest, dies sei fraglich, eher nein. Es lägen leider keine Fotos anlässlich der ersten Befundaufnahme am 22. September 2017 der Oberkieferfront vor, welche den Zustand dieser Zähne dokumentierten. Die vorliegenden Röntgenbilder (sechs Stück) vom 22. September 2017 zeigten an den Zähnen 11, 21, 22 und 23 kariöse Läsionen oder buccale Erosionen. Frakturen seien an diesen Zähnen im Röntgenbild nicht sichtbar. Der Zustand der Zähne 12 und 13 sei auf diesen Röntgenbildern nicht diagnostizierbar. Das Röntgenbild vom 8. Mai 2019 zeige am Zahn 13 eine ausgedehnte Kompositfüllung. Das beschriebene Trauma vom 20. September 2017 scheine ihm auch nicht ausreichend für das im UVG-Formular beschriebene Schadensbild. Die damals gemachten Kunststofffüllungen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die oben beschriebenen kariösen Läsionen und nicht auf das Unfalltrauma zurückzuführen. Mit den bereits bezahlten Kompositfüllungen an den Zähnen 13, 12, 11, 21 und 22 sei der Vorzustand mehr als wiederhergestellt (Ziff. 1). Ferner führte er aus, die nun geplante Behandlung (Überkronung aller sechs Frontzähne) sei weder wirtschaftlich noch zweckmässig und auch nicht unfallkausal. Er empfehle daher die Übernahme der Kosten für die geplante Behandlung abzulehnen (Ziff. 2; vgl. AB M4 S. 3).

3.2.3 Dr. med. dent. D. _____ führte in einer undatierten Stellungnahme (Posteingang bei der Beschwerdegegnerin am 20. Januar 2020; AB M5) aus, der Beschwerdeführer sei erstmals im August 2009 zu ihr in die Sprechstunde gekommen. Sämtliche Frontzähne im Oberkiefer seien saniert gewesen, wie auch sein restliches Gebiss. Dank jährlichen Kontrollen seien allfällige kleine Läsionen direkt saniert worden, ein paar Zähne hätten unter Beobachtung gestanden, d.h. falls eine kleine Demineralisation sich weiterentwickelt hätte, hätte man reagieren können. So sei auch mit

Zahn 23 verfahren worden, welcher im Unfallformular korrekterweise als kariöse Läsion aufgelistet worden sei. Sämtliche restlichen Zähne seien vor dem Unfall als saniert – gefüllt – deklariert (2009 bis 2017) und jährlich begutachtet worden. Nach dem Unfall sei der Beschwerdeführer am 22. September 2017 in ihre Praxis gekommen und am 25. September 2017 seien mehrere Zähne wieder instandgesetzt worden, wobei „nur“ die gelockerten und herausgebrochenen Füllungen (Zahn 13, 12, 11, 21, 22) ersetzt worden seien. Der Zahn 23 sei erst im November neu gemacht worden, nachdem die Zahnwand frakturiert gewesen sei. Im Unterkiefer habe sie die Füllungen anpoliert und abgewartet, ob auch dort ein Riss zu einer Fraktur führen würde. Bis dato hätten alle Zähne gehalten. Die Zahnhalsfüllungen im Oberkiefer seien notwendig gewesen, weil durch den Sturz der Zahnschmelz Risse und abgesplitterte Teile (erhalten) habe, welche so brüchig gewesen seien, dass sie zum Teil mit der Sonde hätten weggespickt werden können. Um weitere Schäden vorzubeugen, sollten nun die Oberkiefer-Zähne überkront werden.

3.2.4 In der Beurteilung vom 24. Juni 2020 (AB M10) hielt der beratende Zahnarzt Dr. med. dent. F. _____ fest, die Kausalität der Schädigung an den Frontzähnen habe man zwei Jahre nach dem Ereignis mit dem Einreichen des Kostenvoranschlags vom 4. September 2019 von Dr. med. dent. D. _____ zahnärztlich beurteilen lassen (S. 1 f.). Anhand der ungenügenden Dokumentationen habe Dr. med. dent. E. _____ nicht eine einwandfreie Beurteilung abgeben können (ohne klinisches Bild [Formular Fotos], ohne vollständige Röntgendokumentation). Gemäss der Stellungnahme von Dr. med. dent. D. _____ vom 15. Januar 2020 (Mail an Rechtsanwalt) seien die Schädigungen an den Frontzähnen im Ober- und Unterkiefer Risse, Absplitterungen und lockere Füllungen gewesen. Diese Schädigungen seien im UVG-Formular nicht aufgeführt gewesen und auf den Röntgenbildern schwer oder überhaupt nicht diagnostizierbar. Diese Befunde seien Dr. med. dent. E. _____ nicht bekannt gewesen. Um sich eine gewisse Klarheit zu verschaffen, habe er von Dr. med. dent. D. _____ die Patientenkarte, neue aktuelle Röntgenbilder und eine Fotodokumentation verlangt (S. 1). Die Schädigungen seien röntgenologisch im 2017 mässig (Karies, Abrasion, Füllungen) gewesen. Sie hätten sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne Haarrisse, Risse,

Absplitterungen zur heutigen Grösse nicht entwickeln können. Die nachträglich aufgeführten Risse und Absplitterungen stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit dem Ereignis vom 20. September 2017 in Zusammenhang. Mit der Überkronung der Zähne würden weitere Schäden vermieden und die Substanzverluste ersetzt. Eine weitere externe zahnärztliche Beurteilung würde nur weitere administrative Kosten verursachen, ohne wesentliche Resultate (S. 3).

3.3 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).

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. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubersichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.4

3.4.1 Vorab ist festzuhalten, dass Dr. med. dent. D. _____ auf dem Zahnschadenformular vom 17. Oktober 2017 (AB M1) zu Händen der Beschwerdegegnerin betreffend die Zwischenbehandlung und den voraussichtlichen weiteren Verlauf festhielt, dass eine Beobachtung während mindestens fünf Jahren nötig sei. Überdies führte sie aus, die definitive Versorgung lasse sich voraussichtlich erst nach einer Beobachtungszeit von fünf bis zehn Jahren planen, Vorschläge für die definitive Versorgung folgten zu gegebenem Zeitpunkt (S. 2 Ziff. 6 f.). Aufgrund dieser Ausführungen musste die Beschwerdegegnerin mit weiteren Behandlungen rechnen. Sie übernahm denn auch die in Folge des Unfalls vom 20. September 2017 anfallenden Kosten für die von September bis November 2017 durchgeführten Behandlungen sowie auch die Kosten für eine im August 2018 erfolgte Behandlung (vgl. AB M7 S. 2). Überdies schloss sie den Fall nicht ab. Die vorliegend strittigen Kosten für die Behandlung gemäss Kostenvoranschlag vom 4. September 2019 (AB A4; vgl. AB A5) fallen folglich nach wie vor unter den Grundfall und entstanden entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (vgl. AB A26 S. 7 Ziff. 2.3.1.4) nicht infolge eines Rückfall (vgl. E. 2.3). Demnach hat die Beschwerdegegnerin das Erreichen des Status quo sine vel ante zu belegen resp. obliegt ihr die Beweislast für das Dahinfallen des Kausalzusammenhangs (vgl. E. 2.2.2 hiervor).

3.4.2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid vom 16. Juli 2020 (AB A26) massgeblich auf die Beurteilung ihres beratenden Zahnarztes Dr. med. dent. E. _____ vom 5. November 2019 (AB M3). Entsprechend dem in E. 3.3 hiavor Dargelegten sind an dessen Einschätzung strenge Anforderungen zu stellen und es genügen bereits geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit. Dr. med. dent. E. _____ stützte sich in seiner Beurteilung auf eine unvollständige Aktenlage, wie der ebenfalls beratende Zahnarzt Dr. med. dent. F. _____ in seiner Beurteilung vom 24. Juni 2020 (AB M10) nachvollziehbar aufzeigte. Einerseits lag Dr. med. dent. E. _____ die Patientenakte nicht vor. Andererseits verfasste er seine Beurteilung in Unkenntnis der genauen Schädigungen. Eine abschliessende Beurteilung war ihm aufgrund der ungenauen Dokumentation somit nicht möglich. Die Beurteilung von Dr. med. dent. E. _____ vom 5. November 2019 (AB M3) ist damit nicht beweiskräftig.

3.4.3 Die Beurteilung von Dr. med. dent. F. _____ vom 24. Juni 2020 (AB M10) hingegen erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiavor) und erbringt vollen Beweis, weshalb darauf abzustellen ist. Diese Beurteilung basiert im Gegensatz zur Einschätzung von Dr. med. dent. E. _____ (AB M3; vgl. E. 3.4.1 hiavor) auf einer vollständigen Aktenlage, nachdem Dr. med. dent. F. _____ die Patientenakte des Beschwerdeführers bei der behandelnden Zahnärztin eingeholt hatte. Überdies berücksichtigte er insbesondere auch die aktuellen bildgebenden Untersuchungen. Dr. med. dent. F. _____ verwies zudem auf die undatierte Stellungnahme (Posteingang bei der Beschwerdegegnerin am 20. Januar 2020) der erstbehandelnden Zahnärztin Dr. med. dent. D. _____, in welchem diese die Schäden als Risse und Absplitterungen im Zahnschmelz sowie gelockerte und herausgebrochene Füllungen der Ober- und Unterkiefer-Frontzähne definierte (vgl. AB M5). Dass dies auf den Röntgenbildern von 2017 schwer oder überhaupt nicht diagnostizierbar war, begründete Dr. med. dent. F. _____ nachvollziehbar mit dem Umstand, dass es sich bei Röntgenbildern um Summationsbilder handelt. Er zeigte sodann schlüssig auf, dass es im Vergleich zu den Röntgenbildern von 2017 zu einem zusätzlichen Verlust der Zahnsubstan-

zen gekommen ist. So seien auf den aktuellen Röntgenbildern an den Zähnen 13 bis 23 diverse Schädigungen sichtbar. Ebenso seien klinisch die Risse und Absplitterungen klar sichtbar. Ferner führte er aus, es könne weder eindeutig bejaht oder negiert werden, ob die Sekundärkaries durch die Risse entstanden seien. Auch die wiederholte Füllungstherapie sei nicht nur auf Karies, sondern eben auch auf die Risse zurückzuführen. Überdies berücksichtigte er auch unfallfremde Faktoren wie die medikamentös bedingte Gingivahyperplasie und die infolgedessen erschwerte Mundhygiene sowie den erhöhten Kariesbefall im Zahnhalsbereich. Er setzte sich auch mit der Frage auseinander, ob der Beschwerdeführer knirsche, wodurch Risse und Absplitterungen ebenfalls möglich seien (AB M10 S. 2). Schliesslich überzeugt die Einschätzung von Dr. med. dent. F. _____, wonach die Schädigungen (Karies, Abrasion, Füllungen) 2017 röntgenologisch mässig waren, sich aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne Haarrisse, Risse und Absplitterungen nicht zur heutigen Grösse entwickeln konnten, was gestützt auf dessen Beurteilung – entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (vgl. AB A26 S. 5 Ziff. 2.3.1.1) – auch für Zahn 23 zutrifft, führte er doch die Schädigung aller Zähne auf das Ereignis vom 20. September 2017 zurück (vgl. AB M10 S. 1). Die Beschwerdegegnerin anerkannte sodann die Behandlung von Zahn 23 im November 2017 (vgl. AB M7) durch die Bezahlung der Rechnung vom 8. Dezember 2017 (vgl. AB „Print Zahlungen“ [nicht paginiert]) als Unfallfolge. Sofern die Beschwerdegegnerin rügt, Dr. med. dent. F. _____ gehe von einem Unfallereignis aus, welches so nicht beschrieben worden sei (AB A26 S. 6 Ziff. 2.3.1.4), ist ihr Folgendes entgegenzuhalten: Dr. med. dent. F. _____ zeigte einzig auf, dass die Schädigung aller Ober- und Unterkiefer-Frontzähne für eine unkontrollierte dramatische Prellung (Zusammenbiss) der Zähne spreche, wobei meistens mehrere Zähne beschädigt würden. Gleichzeitig führte er die Möglichkeit auf, dass der Aufprall auf das Handgelenk den Schaden eventuell gemildert haben könne (vgl. AB M10 S. 1). Damit geht er vom selben Unfallereignis aus, wie es auch vom Beschwerdeführer beschrieben worden war.

Folglich ist auf die Beurteilung von Dr. med. dent. F. _____ abzustellen und davon auszugehen, dass die nachträglich aufgeführten Risse und Absplitterungen (vgl. AB M5) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den

Unfall vom 20. September 2017 zurückzuführen sind (vgl. AB M10 S. 3). Der rechtserhebliche Sachverhalt ist hinreichend erstellt und von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung darauf verzichtet werden kann (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

4.

4.1 Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Eine Behandlung gilt dann als zweckmässig im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG, wenn sie wissenschaftlich anerkannt ist und dem Wirtschaftlichkeitsgebot in Art. 54 UVG genügt, wonach sich die Behandlung auf das durch den Behandlungszweck erforderliche Mass zu beschränken hat (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 UVG). Es gelten somit ähnliche Voraussetzungen für die Heilbehandlung im Unfallversicherungsrecht wie für die Kostenübernahme im Krankenversicherungsrecht (Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit, Wirksamkeit), weshalb im Wesentlichen auch der gleiche Leistungsumfang besteht (vgl. KIESER/GEHRING/BOLLINGER, KVG/UVG Kommentar, 2018, Art. 10 Rz. 3; RUMOJUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 102 f.).

4.2 Dr. med. dent. E. _____ führte einzig aus, die geplante Behandlung (Überkronung aller sechs Frontzähne) sei weder wirtschaftlich noch zweckmässig (und auch nicht unfallkausal; AB M3), ohne dies näher zu begründen, womit nicht auf diese Einschätzung abgestellt werden kann. Gemäss der beweiskräftigen Beurteilung von Dr. med. dent. F. _____ vom 24. Juni 2020 (AB M10) werden mit der Überkronung der Zähne (gemäss Kostenvoranschlag vom 4. September 2019 [AB A4; vgl. AB A5]) weitere Schäden vermieden und die Substanzverluste ersetzt. Folgedessen sind die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit gestützt auf diese Beurteilung zu bejahen (vgl. E. 4.1 hiervor).

5.

Nach dem Dargelegten ist erstellt, dass das Unfallereignis vom 20. September 2017 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Schädigungen an den Zähnen 13, 12, 11, 21, 22, 23 verursachte, weshalb die Beschwerdegegnerin die zweckmässige und wirtschaftliche Behandlung entsprechend dem Kostenvoranschlag von Dr. med. dent. D. _____ vom 4. September 2019 (AB A4; vgl. AB A5) zu übernehmen hat.

In Gutheissung der Beschwerde ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 16. Juli 2020 (AB A26) aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen gemäss UVG für die Folgen des Ereignisses vom 20. September 2017 auszurichten.

6.

6.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Die Parteientschädigung ist mit Blick auf die Kostennote vom 24. November 2020, worin Rechtsanwalt B. _____ ein Honorar von Fr. 1'200.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 56.70 und Mehrwertsteuer von Fr. 96.75 (7.7 % von Fr. 1'256.70) geltend macht und welche angemessen ist, auf Fr. 1'353.45 festzusetzen. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet die Einzelrichterin:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der AXA Versicherungen AG vom 16. Juli 2020 aufgehoben. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, im Sinne der Erwägungen die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen.
2. Verfahrenskosten werden keine erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'353.45 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - AXA Versicherungen AG, Generaldirektion
 - 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 Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.