



**Fall-Nr.:** KV 2008/7  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** KV - Krankenversicherung  
**Publikationsdatum:** 25.03.2020  
**Entscheiddatum:** 19.01.2009

### **Entscheid Versicherungsgericht, 19.01.2009**

**Übernahme der Kosten der zahnärztlichen Behandlungen (Extraktion Weisheitszähne) auf der Basis von Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV oder Art. 17 lit. e Ziff. 2 KLV (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons st. Gallen vom 19. Januar 2009, KV 2008/7).**

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Vera Holenstein Werz

Entscheid vom 19. Januar 2009

in Sachen

G. S.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch B. S.\_\_\_\_,

gegen

CSS Kranken-Versicherung AG, Recht & Compliance,  
Tribtschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen



Sachverhalt:

A.

Der 1982 geborene G. S. \_\_\_ ist bei der CSS Kranken-Versicherung AG (nachfolgend: CSS) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert. Am 7. Mai 2007 liess sich der Versicherte durch Dr. med. Dr. med. dent. A. \_\_\_, u.a. Spezialarzt FMH für Kieferchirurgie, vier Weisheitszähne herausziehen. Auf dem Formular betreffend Zahnschäden gemäss KVG stellte Dr. A. \_\_\_ am 8. Mai 2007 die Diagnose "verlagerte Weisheitszähne 8 +/- 8 mit pathologischem Befund; oro-antrale Fistel beidseitig". Im weiteren vermerkte er, die oberen Weisheitszähne 18 und 28 seien in transversaler Lage verlagert gewesen. Die Wurzeln hätten bis in die Kieferhöhlen gereicht. Beidseits bestehe eine oro-antrale Fistel (act. G 9.1/2). Am 12. Juli 2007 reichte Dr. A. \_\_\_ der CSS eine Rechnung vom 26. Juni 2007 über einen Betrag von Fr. 1'988.95 mit der Diagnose "pericoronale Infekte" ein (act. G 9.1/1). Nach Abklärungen bei ihrem Vertrauensarzt teilte die CSS dem Versicherten mit Schreiben vom 24. Juli 2007 mit, dass gemäss Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV die Entfernung von Weisheitszähnen nur dann eine Pflichtleistung nach KVG darstelle, wenn der Zahn verlagert sei und zudem ein qualifizierter Krankheitswert (Abszess, Zyste etc.) bestehe. Die Weisheitszähne im Ober- und Unterkiefer des Versicherten erfüllten diese Voraussetzungen nicht. Bei allen vier Zähnen sei der qualifizierte Krankheitswert nicht genügend ausgewiesen. Zudem sei der Zahn 48 (Unterkiefer rechts) nicht verlagert gewesen. Eine Kostenübernahme im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung müsse demnach abgelehnt werden. Dem Versicherten werde hingegen im Rahmen der Ergänzungsversicherung CSS-Standard Zoom ein Teil der Behandlungskosten rückvergütet (act. G 9.1/3). Mit ärztlichem Zeugnis vom 29. August 2007 bejahte Dr. A. \_\_\_ gegenüber dem Vertrauensarzt der CSS in Bezug auf die Entfernung der vier Weisheitszähne das Bestehen einer Verlagerung mit Krankheitswert sowie die Leistungspflicht der CSS und hielt die jeweiligen Pathologien fest (act. G 9.1/4). Die CSS übergab den Schadenfall erneut ihrem vertrauensärztlichen Dienst, worauf ein Briefwechsel zwischen dem Vertrauensarzt Dr. med. Dr. med. dent. B. \_\_\_, Facharzt FMH Chirurgie und Kiefer- und Gesichtschirurgie, und Dr. A. \_\_\_ folgte (act. G 9.1/5 - 7). Nachdem sich die unterschiedlichen medizinischen Würdigungen nicht bereinigen liessen, empfahl Dr. B. \_\_\_, den Schadenfall von einem externen Facharzt überprüfen zu lassen (act. G



## St.Galler Gerichte

9.1/8). Mit Schreiben vom 17. Dezember 2007 ersuchte Dr. B.\_\_\_\_ Dr. med. C.\_\_\_\_, Leitender Arzt der Klinik und Poliklinik für Schädel-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, verschiedene Fragen in Bezug auf den vorliegenden Schadenfall zu beantworten (act. G 9.1/9). Mit Schreiben vom 22. Januar 2008 kam Dr. C.\_\_\_\_ diesem Ersuchen nach (act. G 9.1/10), worauf die CSS mit Verfügung vom 18. Februar 2008 an der Leistungsablehnung festhielt (act. G 9.1/11).

B.

Die gegen diese Verfügung vom Versicherten am 17. März 2008 erhobene Einsprache (act. G 9.1/12), wies die CSS mit Einspracheentscheid vom 23. April 2008 ab (act. G 9.1/13).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die von B. S.\_\_\_\_ für den Versicherten am 13. Mai 2008 beim Verwaltungsgericht des Kantons St. Gallen erhobene und zuständigkeitshalber an das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen weitergeleitete Beschwerde. Die Rechtsvertreterin beantragt, die Beschwerdegegnerin habe die gesetzlich vorgesehenen Pflichtleistungen für die Behandlung des Beschwerdeführers vollumfänglich zu erbringen. Der Beschwerde liegen ein weiteres Arztzeugnis von Dr. A.\_\_\_\_ vom 5. Mai 2008 (act. G 1.2) sowie intraoperative Fotos vom 7. Mai 2007 (act. G 1.3) bei.

C.b Mit Schreiben vom 16. Mai 2008 forderte der Präsident des kantonalen Versicherungsgerichts von B. S.\_\_\_\_ insbesondere die Nachreichung einer schriftlichen Vertretungsvollmacht an (act. G 2). Der Aufforderung wurde am 22. Mai 2008 nachgekommen (act. G 6).

C.c In ihrer Beschwerdeantwort vom 25. Juni 2008 beantragte die Beschwerdegegnerin, auf die Beschwerde des Beschwerdeführers vom 13. Mai 2008 sei nicht einzutreten. Eventualiter sei die Beschwerde abzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Der Nichteintretensantrag wurde mit einer fehlenden Erteilung einer Vertretungsvollmacht des Beschwerdeführers gegenüber B. S.\_\_\_\_ begründet (act. G 9).



## St.Galler Gerichte

C.d Mit Replik vom 8. Juli 2008 hielt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers sinngemäss an ihrem Antrag fest (act. G 11). Der Replik liegt eine weitere Stellungnahme von Dr. A.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2008 bei (act. G 11.1).

C.e Mit Schreiben vom 17. Juli 2008 liess der Präsident des kantonalen Versicherungsgerichts der Beschwerdegegnerin die Vertretungsvollmacht des Beschwerdeführers gegenüber B. S.\_\_\_\_ zukommen (act. G 14). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik.

C.f Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie medizinischen Berichten bzw. Stellungnahmen wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

Streitig und zu prüfen ist im vorliegenden Fall, ob die Beschwerdegegnerin die beim Beschwerdeführer am 7. Mai 2007 durch Dr. A.\_\_\_\_ durchgeführte zahnärztliche Behandlung in Form der operativen Entfernung der Zähne 18, 28, 38 und 48 als Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen hat oder nicht.

2.

2.1 Die Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Krankheit zu übernehmen sind, werden in Art. 25 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (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. Die zahnärztlichen 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 Art. 17 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) zählt in einem Katalog "die schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems" auf, die eine zahnärztliche Behandlung erfordern und zu Lasten der Krankenversicherung gehen. Um solche handelt es sich z.B. bei Erkrankungen der Zähne wegen Verlagerung und Überzahl von Zähnen und Zahnkeimen mit Krankheitswert (z.B. Abszess, Zyste) (Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV) sowie bei Erkrankungen der Kieferhöhle z.B. wegen einer Mund-Antrumfistel (Art. 17 lit. e Ziff. 2 KLV). Voraussetzung ist also, dass das Leiden Krankheitswert erreicht. Als Krankheit gilt dabei nicht bloss die bereits vorhandene Gesundheitsstörung, sondern auch ein Zustand, der den Eintritt eines drohenden Gesundheitsschadens mit Wahrscheinlichkeit voraussehen lässt (Alfred Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 29). Laut Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) stellt der Krankheitswert gemäss Art. 17 lit. a KLV sodann einen gegenüber dem allgemein definierten Begriff der Krankheit gemäss Art. 2 KVG qualifizierten Begriff dar, welchem Abgrenzungsfunktion zukommt, indem er die Behandlung nicht schwerer Erkrankungen der Zähne von der Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung ausschliesst. Gerade bei verlagerten und überzähligen Zähnen und Zahnkeimen sind neben schweren gehäuft nicht schwere Erscheinungsformen anzutreffen (vgl. Urteil des EVG vom 26. September 2001 [K 89/98] in Sachen Z., E. 5). Den qualifizierten Krankheitswert sieht das EVG bei der Dentition in Entwicklung - im Sinne eines Richtwertes bis zum 18. Altersjahr - in der Behinderung einer geordneten Gebissentwicklung oder in einem pathologischen Geschehen, bei bleibender Dentition in einem pathologischen Geschehen (BGE 130 V 467 E. 3.2). Neben den in Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV in Klammern aufgeführten Beispielen des Abszesses und der Zyste hat das EVG das Erfordernis des qualifizierten Krankheitswerts in Form von pathologischem Geschehen bei Erscheinungsformen als erfüllt gesehen, die erhebliche Schäden an den benachbarten Zähnen, am Kieferknochen und an benachbarten Weichteilen verursacht haben oder gemäss klinischem und allenfalls radiologischem Befund mit hoher Wahrscheinlichkeit verursachen werden. Bei in Entwicklung befindlicher Dentition ist der qualifizierte Krankheitswert auch gegeben, wenn verlagerte Zähne den Durchbruch benachbarter



Zähne behindern oder verlagerte Zähne trotz Beseitigung von Durchbruchshindernissen und genügendem Platzangebot nicht durchbrechen können (BGE 130 V 467 E. 3.2). Hinsichtlich der Übernahme der Kosten für zahnärztliche Behandlungen unterscheidet Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV nicht zwischen der Behandlung von Weisheitszähnen und von anderen Zähnen. Verlagerte Weisheitszähne nehmen jedoch 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. Aus diesen Gründen geben die Weisheitszähne häufig Anlass zu entzündlichen Komplikationen und Zystenbildungen, die wegen ihrer Lage schwerwiegende Folgen haben können (BGE 130 V 469 E. 4). Werden gleichzeitig mehrere Weisheitszähne entfernt, ist der Nachweis für jeden Weisheitszahn zu erbringen (BGE 130 V 470 E. 5).

3.

3.1 Unter den Verfahrensparteien wird eine Kostenübernahme der zahnärztlichen Behandlung von Dr. A.\_\_\_\_ vom 7. Mai 2007 auf der Basis von Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV diskutiert.

3.2

3.2.1 Die Leistungspflicht der Krankenversicherung auf der Grundlage von Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV setzt zunächst, wie bereits erwähnt, voraus, dass es sich um verlagerte Zähne handelt. Unter einer Verlagerung eines Zahns versteht das EVG 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 (BGE 130 V 467 E. 3.2). - Die ärztlichen Ansichten betreffend Verlagerung der beim Beschwerdeführer entfernten Weisheitszähne weichen voneinander ab. Dr. A.\_\_\_\_ bejaht im ärztlichen Zeugnis vom 29. August 2007 (act. G 9.1/4) hinsichtlich aller vier Weisheitszähne eine Verlagerung. In Bezug auf die Weisheitszähne 18 und 28 stellte er eine impaktierte Verlagerung mit Abweichung in Platz und Achsenrichtung in transversaler Lage ausserhalb der Zahnreihe und des Alveolarfortsatzes und bezüglich der Weisheitszähne 38 und 48 eine impaktierte



Verlagerung mit Abweichung von Platz und Achsenrichtung ausserhalb von Zahnreihe und Alveolarfortsatz dystop im aufsteigenden Unterkieferast fest. Der Zahn 28 sei ein seltener Fall von 100%iger Transversallage, d.h. mit einer exakten Abweichung von  $90^\circ$  gegenüber der Okklusionsebene. Beim Zahn 18 dagegen stelle sich die Frage, ob die Kasse die Transversallage erkennen werde. Auf dem Röntgenbild werde der Vertrauensarzt einen Weisheitszahn mit kurzen Wurzeln sehen. Im Operationssitus habe der Zahn transversal gelegen und habe lange Wurzeln gehabt, die auf dem Röntgenbild in der Projektion verkürzt ausgesehen hätten. Bei den unteren Weisheitszähnen 38 und 48 sei die Verlagerung ohne geringste Zweifel nachweisbar, einerseits durch die Abweichung in der Lage (ausserhalb vom Alveolarfortsatz im aufsteigenden Unterkieferast) und andererseits in der Achse (impaktiert, d.h. die Durchbruchrichtung sei durch den Nachbarzahn beidseits blockiert; act. G 9.1/6). Dr. B.\_\_\_\_ hielt demgegenüber in seinem Schreiben vom 13. November 2007 (act. G 9.1/5) fest, dass sich eine gewisse achsenbezogene Dislokation der Zähne 18 und 28, soweit radiologisch zu erkennen (Orthopantomogramm- [OPT-] Kopie, Aufnahmedatum nicht erkennbar) bestätigen lasse, keinesfalls jedoch im Sinne einer transversalen Lage sowie einer Abweichung ausserhalb von Zahnreihe und Alveolarfortsatz in allen vier Quadranten. Die peroperativen Erkenntnisse einer Wurzel-Teilverlagerung der Zähne 18 und 28 in die Kieferhöhle seien jedoch zumindest denkbar. Eine Verlagerung der Zähne 38 und 48 sei demgegenüber nicht zu bestätigen. Dr. C.\_\_\_\_ hält schliesslich in seiner Beurteilung vom 22. Januar 2008 (act. G 9.1/10) in Bezug auf eine Verlagerung fest, die Zähne 18, 28, 38 und 48 seien retiniert und bezüglich Achsenrichtung verlagert. Der Grad der Achsenabweichung betrage (bei zweidimensionaler Betrachtung des OPT) gemessen an den Nachbarzähnen maximal zwischen  $15^\circ$  und  $40^\circ$  (18:  $15^\circ$ , 28:  $40^\circ$ , 38:  $30^\circ$ , 48:  $15^\circ$ , jeweils approximative Durchbruchrichtung). Im Oberkiefer rechts sei eine Verlagerung der Wurzelspitze 18 in die Kieferhöhe unwahrscheinlich, links bei 28 möglich. Die Interdentalräume zwischen den 7ern und 8ern im Unterkiefer seien gut verknöchert und es liege keine Denudierung der Wurzeloberfläche vor. Eine drohende Störung der normalen Dentition sei nach bewährter Erfahrung der Zahnmedizin nur bei Zahn 38 denkbar, wo ein gewisses Risiko einer Wurzelresorption 37 bestehe. Ausschliesslich bezüglich Verlagerung könne eine Leistungspflicht für die Zähne 28 und 38 diskutiert werden.



3.2.2 Anhand der oben dargelegten gegenteiligen Fachmeinungen ist dem Gericht eine abschliessende Würdigung der Frage, ob die beim Beschwerdeführer entfernten Weisheitszähne verlagert waren, entsprechend den Beweisanforderungen im Sozialversicherungsrecht, d.h. dem bei der Feststellung der für den materiellen Leistungsanspruch erheblichen Tatsachen zur Anwendung gelangenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 120 V 37 E. 3c; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451 f.) nicht möglich. Einerseits weichen die Beurteilungen von Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ massgebend voneinander ab, andererseits kann insofern keiner der beiden Beurteilungen der Vorzug gegeben werden, als der Einbezug der Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ die Wertung der Beurteilungen von Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ nochmals schwieriger macht. So sieht Dr. A.\_\_\_\_ die achsenbezogene Dislokation bei den Zähnen 18 und 28 gegenüber den Zähnen 48 und 38 in grösserem Ausmass gegeben (18 und 28: transversale Verlagerung; 48 und 38: impaktierte Verlagerung). Dr. C.\_\_\_\_ geht hingegen in Bezug auf die Zähne 28 und 38 von einer gegenüber den Zähnen 18 und 48 massgebenderen Verlagerung aus. Hinsichtlich der Zähne 28 und 38 könnte nach seiner Auffassung eine Verlagerung bejaht werden. Dr. B.\_\_\_\_ wiederum stellte in gewisser Übereinstimmung mit Dr. A.\_\_\_\_ - ohne genaue Definition der achsenbezogenen Dislokation - hinsichtlich der oberen Weisheitszähne 18 und 28 eine gewisse achsenbezogene Dislokation fest, wenn auch nicht in transversaler Lage, und verneinte eine Verlagerung der unteren Zähne 48 und 38. Demnach ist wiederum die Feststellung von Dr. C.\_\_\_\_ - nur in Bezug auf den Zahn 38 sei eine drohende Störung der normalen Dentition denkbar - nicht nachvollziehbar.

### 3.3

3.3.1 Zu prüfen ist im weiteren die zweite Voraussetzung der Leistungspflicht der Krankenversicherung gemäss Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV bzw. die Frage, ob durch die allenfalls verlagerten Weisheitszähne überhaupt ein Leiden mit Krankheitswert verursacht wurde. Konkret diskutiert wird in den medizinischen Akten insbesondere das Vorliegen einer chronischen Sinusitis maxillaris (Kieferhöhlenentzündung) mit einer oro-antralen Fistel.



3.3.2 Dr. A.\_\_\_\_ hält in seinem ärztlichen Zeugnis vom 1. Juli 2008 (act. G 11.1) zunächst fest, dass sich beim Beschwerdeführer vor der Entfernung der Weisheitszähne eindeutig rezidivierende Schmerzen im Kieferbereich beidseits mit Ausstrahlung in die Schläfenregion, Beschwerden im Sinne einer Sinusitis maxillaris, abwechselnd auf der einen oder der anderen Seite, mit Druckgefühl sowie in Form zeitweise nicht nur auf den Weisheitszahn lokalisierter Schmerzen in allen Zähnen des Oberkiefers einer Seite, ein Gefühl einseitigen Schnupfens mit Ausstrahlung gegen die Augen sowie das zeitweise Auftreten einer Kieferklemme durch klinische Befunde (Druckdolenz distal der Zahnreihe mit Pusaustritt aus Parodontaltaschen mit Verbindung zur Mundhöhle, eingeschränkte Mundöffnung mit Verspannung der Muskulatur, ausserhalb der adhärennten Gingiva unter der beweglichen Mukosa befindliche Verlagerungen) hätten verifizieren lassen. Die Indikation für die Weisheitszahnentfernung sei aufgrund der anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers, der klinischen Untersuchung und des intraoperativen Befundes gegeben gewesen. Grundsätzlich gilt es an dieser Feststellung nicht zu zweifeln. Auch von Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ wird die Indikation für die Weisheitszahnentfernung nicht in Frage gestellt. In seinem Bericht vom 29. November 2007 (act. G 9.1/6) spricht Dr. A.\_\_\_\_ sodann von perikoronalen Infekten mit Parodontaltaschen in Verbindung zur Mundhöhle, von einer Knochenresorption mit Parodontaltaschen bis an die Nachbarzähne, Demineralisationen, und an den beiden oberen Weisheitszähnen (18, 28) von einer tiefen Karies ohne Einwirkungsmöglichkeit für einfache Massnahmen wie Hygiene, Fluoridierung und Dentalhygiene und einem somit drohenden Übergreifen auf die Nachbarzähne. In den eben dargelegten Befunden sieht Dr. A.\_\_\_\_ offensichtlich ein pathologisches Geschehen mit qualifiziertem Krankheitswert im Sinne von Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV. Dr. B.\_\_\_\_ hält in seiner Stellungnahme vom 13. November 2007 (act. G 9.1/5) fest, dass pericoronale Infekte nicht zwangsläufig eine Leistungspflicht des Krankenversicherers zur Folge hätten. Dr. C.\_\_\_\_ verneint sodann in seiner Beurteilung vom 22. Januar 2008 (act. 9.1/10) bei den vier Weisheitszähnen das radiologische Vorhandensein einer perikoronalen Osteolyse als Zeichen der chronischen Entzündung. Aufgrund des Weichteilschattens könne davon ausgegangen werden, dass alle Weisheitszähne von einer intakten Mukosa bedeckt gewesen seien. Eine lokale parodontale Taschenbildung sei nicht auszuschliessen, wäre jedoch aus hygienischer Sicht einer normalen Reinigung zugänglich. Die Penetration einer Wurzelspitze durch



den Kieferhöhlenboden (gemeint ist wohl: Die Penetration des Kieferhöhlenbodens durch eine Wurzelspitze) stelle im Seitenzahnbereich kein pathologisches Geschehen dar. Topografisch sei diese noch durch eine dünne Knochenlamelle sowie Mukosa getrennt. Das OPT eigne sich nicht zur radiologischen Diagnostik einer Sinusitis maxillaris. Trotzdem könne im vorliegenden Fall eine Verschattung bzw. Spiegelbildung der Kieferhöhlen praktisch ausgeschlossen werden. Es gebe auch keine medizinische Erklärung, warum ein kariesfreier Zahn ohne apikale Parodontitis eine dentogene Sinusitis auslösen sollte. Insgesamt gebe es aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen eines qualifizierten Krankheitswerts. Die oro-antrale Fistel sei eine Verbindung zwischen Mund- und Kieferhöhle, welche bei chronischen Entzündungszuständen der oberen Molaren oder Kieferhöhle, meist aber iatrogen als Folge von chirurgischen Eingriffen im Oberkiefer entstehen könne. Es sei indessen sehr unwahrscheinlich, dass ein retinierter Weisheitszahn mit intakter Schleimhautbedeckung und fehlenden Entzündungszeichen eine oro-antrale Fistel ausbilde. In diesem Fall würde man auch eine beidseitige Verschattung der Kieferhöhlen erwarten. Diese sei aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht nachweisbar.

3.3.3 Dr. C. \_\_\_ verneint das Vorliegen einer chronischen Sinusitis maxillaris, deren qualifizierter Krankheitswert offensichtlich ohne weiteres zu bejahen wäre. Dr. A. \_\_\_ geht jedoch immerhin vom Bestehen eines perikoronalen Infekts aus. Angesichts des Einwands von Dr. B. \_\_\_ kann nicht ohne weiteres ausgeschlossen werden, dass auch einem solchen Krankheitswert zukommen kann. Zum konkreten Fall äussert sich Dr. B. \_\_\_ indessen nicht, womit offen bleibt, ob diesbezüglich ein qualifizierter Krankheitswert zu bejahen wäre. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der dargelegten Aktenlage auch die Frage des qualifizierten Krankheitswerts nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beantwortet werden kann.

### 3.4

3.4.1 Angesichts der Ausführungen von Dr. A. \_\_\_ in seinem ärztlichen Zeugnis vom 1. Juli 2008 (act. G 11.1) stellt sich sodann die Frage nach einer allfälligen Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auf der Basis von Art. 17 lit. e Ziff. 2 KLV, d.h. wegen Bestehens einer Erkrankung der Kieferhöhle in Form einer Mund-



Antrumfistel. Die Kieferhöhlen stehen mit dem Nasen-Rachenraum in direkter Verbindung und sind deshalb normalerweise gut belüftet. Eine Zahnwurzelentzündung kann sich unter Umständen bis in die Kieferhöhle ausbreiten. Es ist jedoch auch möglich, dass bei einer Zahntfernung Keime, die sich in der Mundhöhle befinden, über das entstandene "Loch" in die Kieferhöhle eindringen und dort eine Entzündung verursachen (<http://www.eesom.com>, Suchbegriff: Chronische dentogene Sinusitis maxillaris, Abfrage vom 9. Januar 2009). - Dr. A. \_\_\_ legt dar, dass es im vorliegenden Fall einzig und allein um den Krankheitswert durch das Loch in der seitlichen Kieferhöhlenwand gehe, das aufgrund der vom Röntgenbild und der Foto ableitbaren Lage mit den Wurzeln in der Kieferhöhle unabdingbar habe entstehen müssen und somit durch die transversale Verlagerung der Weisheitszähne bedingt gewesen sei. Ein solches Loch zwischen Mundhöhle und Kieferhöhle hätte zur Folge, dass beim Trinken Flüssigkeit in die Kieferhöhle gelangen und zur Nase ausfliessen würde. Ob das Loch von Follikelgewebe bzw. Sinusschleimhaut umgeben sei - wie im vorliegenden Fall bei einem transversal verlagerten Weisheitszahn - und dann oro-antrale Fistel genannt werde oder ob das Loch beispielsweise bei einer Zyste zur Kieferhöhle nach Zystektomie von Knochen begrenzt sei und dann als oro-antrale Perforation bezeichnet werde, spiele für die Bejahung des Krankheitswerts keine Rolle. Jedes Loch zwischen Mundhöhle und Kieferhöhle sei gleichbedeutend mit einem Krankheitswert. - Ein solches Geschehen ist von der Penetration einer Wurzelspitze durch den Kieferhöhlenboden (bzw. eben der Penetration des Kieferhöhlenbodens durch eine Wurzelspitze) im Seitenzahnbereich - wie sie von Dr. C. \_\_\_ erwähnt wurde und die nach seiner Beurteilung kein pathologisches Geschehen darstellt - zu unterscheiden. Auf die allgemein mögliche Entstehung einer oro-antralen Fistel als Folge eines chirurgischen Eingriffs hat jedoch auch Dr. C. \_\_\_ hingewiesen (Erwägung Ziff. 3.3.2).

3.4.2 Eine Leistungspflicht gestützt auf Art. 17 lit. e Ziff. 2 KLV ist auch dann zu bejahen, wenn die Entfernung der Weisheitszähne nicht als Folge eines vorbestehenden krankhaften Vorgangs erfolgt. Gemäss der Liste von Art. 17 KLV ist für die Leistungspflicht lediglich die Diagnose einer oro-antralen Fistel, nicht aber deren Ursache von Bedeutung. Die Unterscheidung zwischen oro-antralen Fisteln mit krankhafter Ursache im engeren Begriffssinn (etwa als Folge eines Infekts, Tumors, Zyste etc.) und solchen als Folge einer akuten Kieferhöhleneröffnung widerspricht Art. 17 KLV. Ist die Diagnose einer Mund-Antrumfistel gestellt, gelten alle damit in



Verbindung stehenden Behandlungen als kassenpflichtige Leistungen, soweit es der Krankheitswert des Leidens notwendig macht (Art. 17 KLV). Mit dieser Einschränkung ist immerhin sichergestellt, dass nicht schlechthin alle mit der Behandlung einer oro-antralen Fistel notwendigen medizinischen Massnahmen kassenpflichtig sind, sondern eben nur solche nach Massgabe des Krankheitswerts des Leidens. Rein zahnärztliche Massnahmen wie das Einsetzen einer Brücke etc. gelten somit auch im Zusammenhang mit der Behandlung einer oro-antralen Fistel nicht als kassenpflichtig. Diese Massnahmen sind nicht durch den Krankheitswert der Fistel, sondern durch die Extraktionsbedürftigkeit des entfernten Zahns indiziert. Das Vermeiden eines Folgezustandes infolge einer akuten Kieferhöhleneröffnung im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen Behandlung zur Vermeidung einer länger bestehenden, epithelisierten Verbindung zwischen Mund und Kieferhöhle sowie einer Sinusitis maxillaris gilt, wie bereits erwähnt, als kassenpflichtig (Alfred Maurer, a.a.O., S. 29). Wird die Diagnose einer Mund-Antrumfistel gestellt, ist die Leistungspflicht grundsätzlich erfüllt. Der Grund liegt offensichtlich darin, dass eine oro-antrale Fistel die hohe Gefahr einer Sinusitis und anderer Komplikationen mit sich bringt. Sie ist wegen dieser Gefahr stets behandlungsbedürftig. Deshalb genügt die Diagnose einer Fistel für die Bejahung der Leistungspflicht, ohne dass das Auftreten eines Folgezustands in Form einer Sinusitis maxillaris nachgewiesen sein muss. Ist jedoch die operative Weisheitszahnentfernung nicht wegen einem vorbestehenden verlagerten Zahn mit Krankheitswert erfolgt, stellt lediglich der Fistelverschluss eine kassenpflichtige Leistung dar (vgl. dazu Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen [KV 1998/57] i/S T. vom 6. April 2000).

3.4.3            Abhängig ist die Gefahr einer oro-antralen Fistel offenbar insbesondere von der ursprünglichen Lage des entfernten Weisheitszahns bzw. davon, ob die Wurzel des Weisheitszahns vor dessen Entfernung in der Kieferhöhe lag. Hinsichtlich der oberen zwei Weisheitszähne geht Dr. A.\_\_\_\_, wie in Erwägung Ziff. 3.2.1 ausgeführt, von einer transversalen Lage aus. Das tatsächliche Bestehen einer solchen ist jedoch aufgrund der vorliegenden Aktenlage unklar (vgl. Erwägung Ziff. 3.2.2). Auf den dem Arztzeugnis von Dr. A.\_\_\_\_ vom 5. Mai 2008 beigelegten Fotos (act. G 1.3) ist sodann einzig die intraoperative Situation im Bereich der oberen Zahnreihe abgebildet. Ebenfalls unklar ist, ob Dr. A.\_\_\_\_ auch in Bezug auf die Entfernung der unteren Weisheitszähne eine Mund-Antrumfistel bejaht, zumal ja lediglich die oberen



Weisheitszähne in Verbindung mit der Kieferhöhle stehen. Andererseits ist an dieser Stelle nochmals darauf hinzuweisen, dass Dr. C.\_\_\_\_ gerade hinsichtlich des Weisheitszahns unten links eine mögliche Verlagerung bejahte und festhielt, dass nur hier eine drohende Störung der normalen Dentition denkbar sei (act. G 9.1/10). Zusammenfassend kann somit gesagt werden, dass sich aufgrund der vorliegenden Aktenlage auch in Bezug auf eine allfällige Kostenübernahme auf der Basis von Art. 17 lit. e Ziff. 2 KLV verschiedene offene Frage ergeben, welche es nochmals zu begutachten gilt.

3.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die vorliegenden medizinischen Akten hinsichtlich verschiedener, für die Beurteilung der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin massgebender Fragen keine mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit abschliessende Beantwortung zulassen. Hinsichtlich einer Leistungspflicht auf der Basis von Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV ist zunächst offen, ob die Weisheitszähne des Beschwerdeführers verlagert gewesen sind. Unklar ist sodann, ob der Beschwerdeführer im Bereich der vier Weisheitszähne vor deren Entfernung zusätzlich unter einem pathologischen Geschehen mit qualifiziertem Krankheitswert gelitten hat. Gilt es die vorgenannten Leistungsvoraussetzungen zu verneinen, verbleibt die Frage nach einer Kostenübernahme auf der Basis von Art. 17 lit. e Ziff. 2 KLV bzw. die Frage, ob beim Beschwerdeführer im Zusammenhang mit der Extraktion der Weisheitszähne ein Defekt in Form einer Fistelbildung aufgetreten ist, offen. Die Lage der Weisheitszähne scheint für das Entstehen einer Mund-Antrumfistel auch hier eine massgebende Rolle zu spielen. Die Beschwerdegegnerin wird hinsichtlich der eben dargelegten Fragen in Bezug auf jeden der vier entfernten Weisheitszähne eine klärende ärztliche Beurteilung bei einem bis heute mit dem Versicherungsfall nicht befassten Facharzt einholen müssen.

4.

4.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 23. April 2008 teilweise gutzuheissen und die Angelegenheit zur Vornahme der Abklärungen und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.



4.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als Obsiegen gilt auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen (BGE 127 V 234 E. 2b/bb). Die Parteienschädigung ist in Ermangelung einer Kostennote pauschal auf Fr. 3'500.--, einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer, festzulegen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der angefochtene Entscheid aufgehoben und die Angelegenheit zur Durchführung einer fachärztlichen Begutachtung und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Fr. 3'500.-- zu entschädigen.