



**Fall-Nr.:** KV 2008/8  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** KV - Krankenversicherung  
**Publikationsdatum:** 25.03.2020  
**Entscheiddatum:** 23.03.2009

### **Entscheid Versicherungsgericht, 23.03.2009**

**Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV. Leistungspflicht auf Grund einer Osteopathie des Kieferknochens mit Beteiligung des Kieferkörpers ist per se und ohne weitere fachärztliche Untersuchung gegeben beim Nachweis einer extremen Atrophie. Vorliegend infolge unklarer Sachverhaltsabklärung Rückweisung an die Vorinstanz (Entscheid des Versicherungsgerichts vom 23. März 2009, KV 2008/8).**

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Entscheid vom 23. März 2009

in Sachen

P.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

gegen

Progrès Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:



A.

A.a P.\_\_\_\_, geboren 1953, ist bei der Progrès Versicherungen AG (nachfolgend: Progrès) obligatorisch krankenversichert. Im Juni 2007 liess sie durch ihren behandelnden Zahnarzt Dr. med. dent. A.\_\_\_\_, Spezialist für Implantologie und Oralchirurgie, der Progrès einen Kostenvoranschlag für verschiedene Behandlungen einreichen. Die zahnärztliche Diagnose lautete auf eine Cawood-Kl. VI bei massivsten Resorptionen der Maxilla mit Schlotterkambildung im Sinn von Art. 17 lit. c der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31; act. G 6.3). Die Kosten für eine Beckenknochenentnahme mit stationärem Aufenthalt in der Klinik B.\_\_\_\_ wurden gemäss Kostenvoranschlag auf Fr. 9'533.95 und jene für vier Implantate sowie das Anfertigen einer neuen Prothese inklusive Behandlungen durch Dr. A.\_\_\_\_ auf Fr. 12'583.90 veranschlagt (act. G 6.3). Die Progrès liess die Orthopantomographie-Aufnahmen (OPT-Aufnahmen) der Versicherten durch ihren Vertrauenskieferchirurgen Dr. Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Kiefer- & Gesichtschirurgie, prüfen. Dieser verneinte am 26. September 2007 das Vorliegen eines Cawood VI sowie jenes einer schweren Atrophie (act. G 6.6), weshalb die Progrès mit Schreiben vom 26. September 2007 eine Kostenübernahme ablehnte (act. G 6.7). Mit Schreiben vom 20. November 2007 (act. G 6.8) ersuchte die Versicherte die Progrès um nochmalige Prüfung ihres Leistungsbegehrens und liess ihr eine gleichentags datierte Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ zukommen (act. G 6.9). Gemäss diesem war es trotz mehrmaligen Umbau- und Umfütterungsmassnahmen keinem Zahnarzt mehr möglich gewesen, die vorhandene Prothese, ausser mit Haftcreme, zum Halten zu bringen. Es sei daher absehbar, dass dies auch mit einer neuen Prothese nicht gelingen werde. Bereits jetzt habe sich ein Schlotterkamm gebildet, der einen Prothesenhalt verunmögliche. Der noch vorhandene Knochen sei für ein Implantat zu dünn und ebenfalls einem massiven Abbauprozess unterworfen. Für die Prothesenversorgung sei daher im Oberkiefer ein Knochenaufbau mit Beckenknochen sowie das Setzen von vier Implantaten nötig.

A.b Mit Verfügung vom 11. Dezember 2007 lehnte die Progrès eine Kostenübernahme mit der Begründung ab, dass eine Kostenübernahme gemäss Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV nur bei einer extremen Atrophie nach Cawood VI möglich sei, es vorliegend gemäss



## St.Galler Gerichte

der Beurteilung ihres Vertrauenskieferchirurgen jedoch an einer Atrophie von dieser Schwere fehle (act. G 6.11).

B.

Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache (act. G 6.12), welche mit der Stellungnahme von Dr. A.\_\_\_\_ vom 13. Februar 2008 (act. G 6.13) begründet wurde (act. G 6.13), wies die Progrès nach nochmaliger Prüfung durch Dr. Dr. C.\_\_\_\_ (act. G 6.15) mit Entscheid vom 29. April 2008 ab (act. G 6.14).

C.

C.a Dagegen richtet sich die Beschwerde vom 19. Mai 2008 mit den Anträgen, der Einspracheentscheid vom 29. April 2008 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Kosten für die gesamte Behandlung mit Knochenaufbau, Implantaten und Prothese zu übernehmen. Zur Begründung verweist die Beschwerdeführerin auf die Beurteilungen von Dr. A.\_\_\_\_ vom 20. November 2007 und 13. Februar 2008. Sie macht im Wesentlichen geltend, dass auf den Röntgenbildern nicht eindeutig erkennbar sei, ob es sich um eine schwere Atrophie nach Cawood VI handle, weshalb die Zweitmeinung eines Spezialisten einzuholen sei (act. G 1).

C.b In der Beschwerdeantwort vom 26. August 2008 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Sie stützt sich dabei auf die Beurteilung von Dr. Dr. C.\_\_\_\_ vom 19. Juni 2008 (act. G 6.17) und hält insbesondere fest, dass die Beurteilung des Schweregrads einer Kieferatrophie sowie die Klassifikation nach Cawood einzig auf Grund des Röntgenbildes erfolge. Auf der OPT-Aufnahme der Beschwerdeführerin sei eindeutig zu erkennen, dass zirkulär noch ein Teil des Alveolarknochens vorhanden sei, was einer Atrophie nach Cawood IV bis V entspreche. Eine schwere Atrophie nach Cawood VI liege dagegen nicht vor. Da die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben ihre Zähne bereits im Alter von 18 Jahren verloren habe und die Zahnlosigkeit somit bereits seit über 30 Jahren bestehe, sei eine derart fortgeschrittene Atrophie entsprechend Cawood IV bis V nicht ungewöhnlich. Sie lasse sich nachvollziehbar durch die lange Zahnlosigkeit erklären und habe keinen Krankheitswert.



C.c Die Beschwerdeführerin hat auf die Einreichung einer Replik verzichtet (act. G 8).

Erwägungen:

1.

1.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Kosten für den Knochenaufbau, die Implantate sowie die Zahnprothese von der Beschwerdegegnerin als gesetzliche Pflichtleistungen zu übernehmen sind.

1.2 Die Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 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 eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen. Die zahnärztlichen Leistungen sind in der genannten Bestimmung nicht aufgeführt. Die Kosten dieser Leistungen sollen im Krankheitsfall der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur in eingeschränktem Mass 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). Voraussetzung ist, dass das Leiden Krankheitswert erreicht; die Behandlung ist nur so weit von der Versicherung zu übernehmen, wie es der Krankheitswert des Leidens notwendig macht (Art. 17 Ingress KLV in Verbindung mit Art. 33 lit. d der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102] und Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG; Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juli 2007 i/S K. [9C\_50/2007] E. 4.1).

1.3 Gestützt auf die Ermächtigung in Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. d KVV hat das Eidgenössische Departement des Innern in der KLV zu jedem der erwähnten Unterabsätze von Art. 31 Abs. 1 KVG eine eigene Bestimmung erlassen, nämlich zu lit. a den Art. 17 KLV, zu lit. b den Art. 18 KLV und zu lit. c den Art. 19 KLV. 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. In Art. 19 KLV hat das Departement die schweren Allgemeinerkrankungen aufgezählt, bei denen die zahnärztliche Massnahme notwendiger Bestandteil der Behandlung darstellt. Art. 19a KLV schliesslich betrifft die zahnärztlichen Behandlungen, die durch ein Geburtsgebrechen bedingt sind. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind die in Art. 17 - 19 KLV erwähnten Erkrankungen, welche von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmende zahnärztliche Behandlungen bedingen, abschliessend aufgezählt (BGE 124 V 185, 129 V 275 = Pra. 93 Nr. 166 E. 3.2, 127 V 328 E. 3a).

1.4 Zu den schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems gehören namentlich Erkrankungen des Kieferknochens und der Weichteile, u.a. Osteopathien des Kiefers und die Osteomyelitis der Kiefer (Art. 17 lit. c Ziff. 3 und 5 KLV). Alle in Art. 17 lit. a-f KLV aufgezählten Erkrankungen des Kausystems gelten grundsätzlich als schwer im Sinn des Ingresses dieser Bestimmung. Bei feststehender Diagnose stellt sich die Frage der Schwere der Erkrankung, von hier nicht interessierenden Ausnahmen abgesehen, nicht. Allgemein setzt eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems im Sinn von Art. 17 Ingress KLV ein durch prophylaktische Massnahmen im Sinn und im Rahmen zumutbarer Mund- und Zahnhygiene nicht zu verhinderndes pathologisches Geschehen voraus, welches zu erheblichen Schäden an Zähnen, Kieferknochen oder Weichteilen geführt hat oder nach klinischem und allenfalls radiologischem Befund mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu führen würde (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juli 2007 i/S K. [9C\_50/2007] E. 4.1 f. mit Hinweisen).

1.5 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 122 V 158 E. 1a und 121 V 210 E. 6c, je mit



Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (ZAK 1986 S. 189 E. 2a in fine, BGE 122 V 161 E. 1c).

2.

2.1 Nach Lage der Akten geht es vorliegend vorab um die Frage, ob ein Anwendungsfall von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV, d.h. eine Osteopathie des Kieferknochens gegeben ist.

2.2 Gemäss KVG-Leitfaden 1999 der Schweizerischen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie (SGKG) treten Osteopathien der Kiefer im Sinn von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV als pathologische Skelettrarifizierung (z.B. primäre/sekundäre Osteoporose) auf, als echte Mineralisationsstörungen (z.B. Osteomalazie), als lokale pathologische Knochenneubildungen mit Funktionseinschränkung (z.B. lokale Osteodystrophie) oder als extreme, nicht altersentsprechende Atrophie des Kieferknochens (z.B. Morbus Blunschli/Uehlinger). Nach dem Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO (3. Aufl. Bern 2008, S. 39 f.; nachfolgend KVG-Atlas) zeigt sich das klinische Erscheinungsbild im Kieferbereich als extreme Atrophie des Kieferknochens, auch den Kieferkörper betreffend, so dass aus anatomisch-morphologischen Gründen kein Zahnersatz eingegliedert werden kann. Nach Cawood werden sechs Atrophiegrade unterschieden. Der Atrophiegrad VI wird so definiert, dass der ganze Alveolarfortsatz bis auf die Kieferbasis abgebaut sein muss, was nicht allein auf Zahnverlust zurückzuführen ist. Gründe für diesen vollständigen Abbau führt der KVG-Atlas jedoch nicht auf. Demgegenüber beschreibt die Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin (Vol 108: 9/1998, S. 872 mit Hinweisen) die Ursachen der Alveolarfortsatzresorption nach dem Zahnverlust als vielfältig und zu einem grossen Teil auch noch nicht völlig geklärt.



Durch das Fehlen eines adäquaten Reizes, welcher vom be- und entlasteten Parodont ausgehe, werde im Rahmen des physiologischen Alveolarknochen-"Turnovers" mehr ab- als angebaut. Auch die Häufigkeit, Richtung und das Ausmass der auf den zahnlosen Kieferkamm einwirkenden Kräfte (Lippen-, Wangen-, und Zungendruck) würden ebenso eine Rolle spielen wie die Konstruktion und der Sitz der prothetischen Versorgung. Zusätzlich könnten systemische Faktoren (Alter, Geschlecht), aber auch Störungen des Hormonhaushalts, metabolische Faktoren sowie lokale entzündliche Vorgänge zu einer Beschleunigung des Abbauprozesses und zu einer Verringerung der lokalen Knochenqualität (welche durch die Knochendichte und die Architektur der Spongiosatrabekel charakterisiert sei) beitragen. Welche Ursachen bzw. Krankheiten aber speziell oder ausschliesslich zu einem Cawood VI führen, werden auch hier nicht weiter erörtert.

2.3 Die ursprüngliche Diagnose von Dr. A.\_\_\_\_ vom 12. Juni 2007 lautete auf einen Cawood VI sowie massivste Resorptionen der Maxilla mit Schlotterkambildung. Am 20. November 2007 hielt er fest, dass der noch vorhandene Knochen für Implantate zu dünn und ebenfalls einem massiven Abbauprozess unterworfen sei. Ohne Implantate sei daher kein Halt mehr möglich und der Knochenabbau vorprogrammiert. Schliesslich sei es ziemlich zynisch, wenn für eine Kostenübernahme abgewartet werden müsste, bis der Knochen entsprechend zurückgegangen sei. In der Stellungnahme vom 13. Februar 2008 machte Dr. A.\_\_\_\_ geltend, dass für eine Beurteilung des leistungsbegründenden Sachverhalts die Kaufähigkeit der Beschwerdeführerin massgebend sei, resp. die Einteilung nach Cawood. Bei der Beschwerdeführerin existiere keinerlei fixierter Alveolarfortsatz, die vorhandene Schleimhaut und der knöcherne Anteil seien circumferent vollkommen beweglich, so dass eine absolute Kauunfähigkeit bestehe. Da auf dem Orthopantomogramm der klinische Zustand nicht zu erkennen sei, empfehle er eine Untersuchung durch den versicherungsinternen Kieferchirurgen. Dagegen hielt Dr. Dr. C.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 19. Juni 2008 fest, dass die Beurteilung des Schweregrads einer Kieferatrophie und die Klassifikation nach Cawood einzig auf Grund des Röntgenbildes erfolge. Er legte bezüglich der Klassifikation der Kieferatrophie durch Einteilung nach Cawood (Grad I-VI) dar, dass Grad I den Normalzustand des bezahnten Kiefers ohne Knochenatrophie und Grad II den Zustand des Kiefers unmittelbar nach Zahnextraktion ohne Knochenschwund bezeichnen. Die eigentliche Atrophie des Kiefers werde mit Grad III bis VI klassifiziert,



wobei Grad VI dem schwersten Zustand mit vollständigem Verlust des Alveolarknochens entspreche. Die Atrophiegrade III bis V würden Zustände bezeichnen, welche normale Folgen des Zahnverlusts seien. Grad VI jedoch definiere eine weit fortgeschrittene, sozusagen krankhafte Atrophie des Kiefers, weshalb das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) mit Urteil vom 21. November 2001 i/S G. (K 113/99) eine Kieferatrophie nach Cawood VI im Oberkiefer als Osteopathie im Sinn von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV anerkannt habe. Demgegenüber stellten die Atrophiegrade III-V keinen Zustand dar, welcher eine Pflichtleistung begründe. Das Ausmass der Kieferatrophie bzw. des Knochenschwundes hänge von verschiedenen Faktoren ab. Hauptsächlich sei die Dauer der Zahnlosigkeit. Je länger die Zahnlosigkeit andauere, desto grösser sei der Knochenschwund. Der allmähliche Abbau des (zahntragenden) Alveolarknochens beginne bereits einige Wochen nach der Zahnextraktion. Er schreite zu Beginn schneller und im Lauf der Zeit langsamer voran. Als weitere Faktoren nennt Dr. Dr. C. \_\_\_ die Ursachen des Zahnverlusts. So sei bei einem Zahnverlust als Folge einer (vermeidbaren) Parodontitis der Alveolarknochen bereits zum Zeitpunkt des Zahnverlusts zu einem erheblichen Anteil verlorengegangen, weshalb mit einer stärkeren Kieferatrophie zu rechnen sei. Zusätzlich würden auch schlecht sitzende Zahnprothesen oder mangelnde Prothesennachsorge beim Zahnarzt die Kieferatrophie erheblich beschleunigen. Die klinische Situation der Weichteile des zahnlosen Kiefers lasse jedoch keine direkten Rückschlüsse über den tatsächlichen Zustand des Kieferknochens zu. Bereits bei mittleren Atrophiegraden könne der Prothesenhalt durch Prothesenfibrome oder Schlotterkambildung erheblich gestört sein. Die Situation der Weichteile und der (ungenügende) Prothesenhalt spiele keine Rolle bei der Beurteilung, ob eine Osteopathie nach Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV vorliege. Im Übrigen sei es vorliegend lediglich Aufgabe des Vertrauensarztes der Beschwerdegegnerin abzuklären, ob für die beantragte Behandlung eine Leistungspflicht bestehe, nicht dagegen die Behandlungsindikation zu beurteilen. Dazu genüge eine Beurteilung des Röntgenbilds. Da auf der OPT-Aufnahme vom 12. Juni 2007 eindeutig erkennbar sei, dass zirkulär noch ein Teil des Alveolarknochens bestehe, entspreche dies einem Cawood IV bis V. Damit sei der eine Leistungspflicht nach KLV begründende Grad VI nicht gegeben. Schliesslich sei eine derart fortgeschrittene Atrophie nicht ungewöhnlich, sondern infolge der bereits seit über 30 Jahren bestehenden Zahnlosigkeit der



Beschwerdeführerin gut erklärbar. Aus diesen Gründen ergebe sich folglich auch keine Notwendigkeit zur klinischen Untersuchung der Beschwerdeführerin durch den Vertrauensarzt.

3.

3.1 Wie bereits von Dr. Dr. C.\_\_\_\_ vorgebracht, anerkannte das EVG im Entscheid vom 21. November 2001 eine Alveolarkammatrophie Cawood VI im Oberkiefer als Osteopathie im Sinn von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV, nicht aber eine viel geringere Unterkieferatrophie (Urteil K 113/99, E. 3). Welchem Cawood Grad eine "viel geringere Atrophie" entspricht, liess das EVG dabei offen. Auch im Urteil vom 10. Juli 2007 (9C\_50/2007, E 5.1 f.) befasste sich das Bundesgericht mit der Frage der Leistungspflicht bei einer Atrophie des Alveolarknochens. Hier stellte es auf einen Sachverhalt ab, bei welchem nach ärztlichen Abklärungen keine Hinweise auf eine Erkrankung des Kieferknochens und der Weichteile in Form einer Osteopathie vorlagen. In grundsätzlicher Weise und mit Bezugnahme auf ein medizinisches Gutachten führte das Bundesgericht aus, dass der Alveolarknochen solange bestehen bleibe, wie Zähne vorhanden seien. Gehe der Zahn verloren, so gehe auch der mechanische Stress auf den Knochen verloren und es finde eine Involutionsatrophie desselben statt. Da im dort beurteilten Fall sowohl der Knochen des Ober- wie auch des Unterkiefers bezüglich Struktur und Verlauf abgesehen von einem leichten horizontalen Abbau unauffällig waren und im Oberkiefer ein transversaler Knochenabbau zwar stattgefunden hatte, ein solcher nach den ärztlichen Ausführungen jedoch mit einer 99 %-igen Wahrscheinlichkeit auf den Zahnverlust zurückgeführt werden konnte, betrachtete das Bundesgericht den Knochenabbau auf Grund überwiegender Wahrscheinlichkeit als Folge der in jungen Jahren gezogenen Zähne. Insgesamt befand es daher eine extreme auch den Kieferkörper betreffende Atrophie Cawood VI als nicht gegeben, weshalb die Leistungspflicht verneint wurde. Gemäss neuester Rechtsprechung kann beim Nachweis einer extremen Atrophie per se und ohne weitere fachärztliche Untersuchung eine Osteopathie des Kieferknochens mit Beteiligung des Kieferkörpers angenommen werden, was eine Leistungspflicht nach Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV bewirkt. Dies ist der Fall, wenn der ganze Alveolarfortsatz des Alveolarknochens bis auf die Kieferbasis abgebaut ist (Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2008 i/S V. [9C\_584/2008] E. 3.3). Zusammenfassend kann auf



Grund dieser Ausführungen festgehalten werden, dass beim Vorliegen einer Atrophie Cawood VI von einer pathologischen Atrophie auszugehen ist, während bei einem bloss teilweisen, aber nicht ganzen Abbau des Alveolarfortsatzes im gesamten Ober- oder Unterkiefer die Leistungspflicht der Krankenpflegeversicherung vom zusätzlichen Nachweis einer Osteoporose, einer Osteomalazie oder einer Osteodystrophie abhängig ist.

3.2 Vorliegend ist festzuhalten, dass der Alveolarfortsatz nach den Stellungnahmen von Dr. Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ zwar nicht vollständig abgebaut ist, sich die Beurteilungen bezüglich der genauen Klassifizierung nach Cawood jedoch widersprechen. Aus diesem Grund kann nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf eine der beiden Aussagen abgestellt werden. Ausserdem sind weder die Ursachen des ursprünglichen Zahnverlusts bei der Beschwerdeführerin bekannt - im Schreiben vom 20. November 2007 gab sie lediglich an, dass die Zähne aus gesundheitlichen Gründen gezogen werden mussten -, noch wurde abgeklärt, ob andere Erkrankungen des Kieferknochens wie insbesondere eine Osteoporose, eine Osteomalazie oder eine Osteodystrophie ausgeschlossen werden können. Zur Vornahme dieser Abklärungen wäre die Beschwerdegegnerin auf Grund des Untersuchungsgrundsatzes indessen verpflichtet gewesen.

3.3 Gemäss der Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ vom 13. Februar 2008 ist der klinische Zustand auf der OPT-Aufnahme nicht zu erkennen. Demgegenüber geht Dr. Dr. C.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 19. Juni 2008 gestützt auf die OPT-Aufnahmen vom 12. Juni 2007 von einem teilweisen Bestehen des Alveolarknochens aus. Angesichts dieses Widerspruchs ist fraglich, ob die vorliegenden OPT-Aufnahmen allein genügen, um den Abbau des Alveolarfortsatzes in seinem ganzen Ausmass aufzuzeigen. Nach den heute üblichen Untersuchungsmethoden lässt sich das Ausmass der noch vorhandenen Knochenmasse im Kiefer durch eine Computertomographie (CT) ziemlich genau bestimmen. Dagegen unterliegt die Aussagekraft einer OPT-Aufnahme jenem bildgebenden Resultat deutlich (vgl. Ausschnitt aus: U. Hirschfelder, Radiologische Übersichtsdarstellung des Gebisses: Dental-CT versus Orthopantomographie, Klinische Untersuchung der Poliklinik für Kieferorthopädie der Universität Erlangen 1993, <http://www.springerlink.com/content/f1062w2r0071x728/>; K. Kalhori, Volumetrische Bestimmung des Knochenangebotes vor und nach Sinuslift-Operation



mittels Computertomographie, Diplomarbeit Medizinische Universität Wien 2008, S. 13 f.). Nachdem die Klärung zusätzlicher Fragen ohnehin notwendig ist, hat die Beschwerdegegnerin auch die radiologischen Beweisgrundlagen nochmals durch eine unabhängige Fachperson prüfen zu lassen.

3.4 Unklar bleibt zudem, ob in naher Zukunft davon auszugehen ist, dass der Rückbildungsprozess des noch vorhandenen Alveolarfortsatzes fortschreiten wird und eine Atrophie Cawood VI zu erwarten ist. Nach dem KVG-Atlas entsteht eine Atrophie Cawood VI nicht allein infolge eines Zahnverlusts. Daraus ist zu schliessen, dass eine krankhafte Entwicklung hinzukommen muss, damit dieser Zustand überhaupt erreicht werden kann. Würde eine begründete, nachvollziehbare ärztliche Prognose nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, wie vorliegend von Dr. A.\_\_\_\_ geltend gemacht wird, tatsächlich die Entwicklung hin zu einem Cawood VI aufzeigen, wäre ein solcher Prozess bereits heute als pathologisch zu betrachten. Bezüglich dieser Frage besteht somit ebenfalls Klärungsbedarf.

4.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die vorliegenden medizinischen Akten hinsichtlich der für die Beurteilung der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin massgebenden Fragen keine mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit abschliessende Beurteilung zulassen. Hinsichtlich einer Leistungspflicht gestützt auf Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV ist zunächst offen, in welchem Ausmass der Abbau des Alveolarfortsatzes fortgeschritten ist. Diese Beurteilung hat gestützt auf klare radiologische Grundlagen nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen. Im Weiteren sind im Rahmen des Möglichen sowohl die Ursachen des Knochenabbaus abzuklären, als auch die zu erwartende Entwicklung der Atrophie aufzuzeigen. Schliesslich ist abzuklären, ob das Vorliegen einer Osteoporose, einer Osteomalazie oder einer Osteodystrophie ausgeschlossen werden kann. Die Beschwerdegegnerin wird betreffend der eben dargelegten Fragen eine klärende Beurteilung durch eine unabhängige Fachperson einholen müssen.

5.



## St.Galler Gerichte

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 29. April 2008 teilweise gutzuheissen und die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen und neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 29. April 2008 aufgehoben und die Angelegenheit zur ergänzenden Abklärung und neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.