



Fall-Nr.: KV 2006/16
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 25.03.2020
Entscheiddatum: 19.06.2007

Entscheid Versicherungsgericht, 19.06.2007

Art. 31 Abs. 1 lit. B KVG; Art. 17 lit.f Ziff. 2 KLV. Krankheitswert einer Dysgnathie, die rezidivierenden Schluckstörungen führt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Juni 2007, KV 2006/16).

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei,
Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 19. Juni 2007

In Sachen

S.____

Beschwerdeführer,

gegen

I.____

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen

hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:

I.



A.- S.____, geboren 1984, ist bei den I.____ im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert. Mit Schreiben vom 10. Februar 2005 (act. G 3.4) lehnte es deren Dienstleistungszentrum in Worb ab, Leistungen für eine Operation zu übernehmen, welche bei Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Kiefer- und Gesichtschirurgie, durchgeführt werden sollte. Mit der Operation sollte eine skelettal bedingte Distalbiss- und Tiefbissituation korrigiert und eine dadurch bewirkte Schluckstörung behoben werden. Am 7. Juli 2005 ersuchte der behandelnde Zahnarzt Dr. med. dent. B.____, die I.____ um Wiedererwägung des Ablehnungsentscheids, da der Versicherte durch die bestehende Kieferfehlstellung funktionell klar beeinträchtigt sei (act. G 3.5). Dem Gesuch legte er eine Beurteilung von Dr. Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Kiefer- und Gesichtschirurgie, vom 8. Juni 2005 bei sowie ein nicht den Versicherten betreffendes Gutachten von Prof. Dr. Dr. med. D.____, Spital E.____, Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie, vom 4. Mai 2004. Nach Konsultation ihrer Vertrauensärzte Dr. med. dent. F.____ und Dr. med. G.____ (vgl. act. G 3.6 - G 3.9), lehnte die I.____ mit Schreiben vom 28. September 2005 (act. G 3.10) auch das Wiedererwägungsgesuch ab. Weder bei der ärztlichen noch bei der zahnärztlichen Behandlung handle es sich um eine Pflichtleistung. Mit Eingabe vom 20. März 2006 meldete sich lic. iur. HSG H.____, als Vertreter des Versicherten bei der I.____ und machte im Wesentlichen geltend, er sei aufgrund verschiedener juristischer und medizinischer Abklärungen zum Schluss gelangt, dass entgegen der Auffassung der Krankenkasse vom Vorliegen einer Pflichtleistung auszugehen sei (act. G 3.11). Die I.____ zog abermals Vertrauensärzte zu Rat, nämlich Dr. med. dent. J.____, und Prof. Dr. Dr. med. K.____, leitender Arzt der Klinik für Schädel-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am Spital L.____. Beide vertraten in ihren Stellungnahmen vom 4. Mai 2006 (act. G 3.14) und 25. Juli 2006 (act. G 3.16) einhellig die Meinung, es lägen keine Pflichtleistungen vor. Mit Verfügung vom 13. September 2006 lehnte die I.____ ihre Leistungspflicht für eine kieferorthopädische bzw. kieferchirurgische Behandlung einer Dysgnathie (schwere Schluckstörung) sowie für eine zahnärztliche Behandlung bzw. Extraktion der Weisheitszähne 38 und 48 ab (act. G 3.17). An dieser Ablehnung hielt die Krankenkasse nach Rückfrage bei Prof. K.____ (vgl. act. G 3.21) mit Einspracheentscheid vom 8. Dezember 2006 (act. G 3.22) fest.



B.- Gegen diesen Entscheid richtet sich die Beschwerde vom 18. Dezember 2006 (act. G 3.23) mit dem Antrag, es sei die I.____ zu verpflichten, die Kosten für die Behandlung der Schluckstörung, insbesondere die kieferorthopädische Behandlung zu

übernehmen; eventualiter sei die Sache zu weiteren Abklärungen an die Krankenkasse zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu deren Lasten. Zur Begründung macht der Beschwerdeführer geltend, er leide seit Geburt an einer Kieferfehlstellung und den damit zusammenhängenden Nebeneffekten wie Schluckstörungen und Kauproblemen. Ferner habe er durch die Deformierung und deren optischer Auswirkung von klein auf zu leiden gehabt. Er sei deswegen auch in psychologischer Behandlung gewesen. Zur Bejahung der Leistungspflicht beruft er sich erneut auf die Beurteilung von Dr. C.____ vom 8. Juni 2005 (act. G 3.5). Mit Eingabe vom 23. Januar 2007 beantragt die I.____ die Abweisung der Beschwerde. Sie habe sich sowohl in rechtlicher wie auch in zahnmedizinischer Hinsicht mehr als hinreichend zur Sache geäußert. Da der Beschwerdeführer keine neuen Argumente vorbringe, sei es ihr nicht möglich, den von ihr vertretenen Standpunkt weiter zu vertiefen (act. G 3). Der Beschwerdeführer hat auf eine weitere Stellungnahme verzichtet.

II.

1.- a) 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 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).



b) Gestützt auf die Ermächtigung in Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. d der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) hat das Eidgenössische Departement des Innern in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) zu jedem der erwähnten Unterabsätze von Art. 31 Abs. 1 KVG einen eigenen Artikel 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 Geburtsgebrecen bedingt sind.

c) In BGE 124 V 185 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (ab 1. Januar 2007 sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) 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 127 V 332 E. 3a und 343 E. 3b). Nach Lage der Akten geht es vorliegend vorab um die Frage, ob ein Anwendungsfall von Art. 17 lit. f Ziff. 2 KLV gegeben ist (Dysgnathien, die zu schweren Störungen des Schluckens mit Krankheitswert führen).

2.- Gemäss der Beurteilung von Dr. C.____ liegt beim Versicherten eine skelettal bedingte Distalbiss- und Tiefbissituation vor mit progredienter Protrusion der Oberkieferfrontzähne. Die Unterkieferfront sei elongiert und beisse in die palatinale Schleimhaut des Oberkiefers ein. Dieser Zahnkontakt habe zu Rezessionen palatinal an den Zähnen 21 und 22 geführt. Zahn 22 sei erhöht beweglich. Es bestehe ein forcierter Lippenschluss und eine Traumatisierung der Unterlippe durch die protrudierte Oberkieferfront. Ein normaler Schluckakt sei wegen dieser okklusären Verhältnisse nicht möglich. Der Versicherte sei dadurch erheblich gestört. Hinzu komme eine schwere psychische Belastung durch die unvorteilhafte Mimik und Lippenfunktion beim



Sprechen. Nach Auffassung von Dr. C.____ würden die genannten Befunde einen eindeutigen schweren Krankheitswert "nach Art. 3 ATSG" (Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts [SR 830.1]) und eine Behandlungsnotwendigkeit nach Art. 25 KVG dokumentieren. Die Bedingungen für eine Leistungspflicht seien damit klar erfüllt.

3.- a) An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass Art. 3 ATSG - gleichermassen wie bis zu dessen Inkrafttreten am 1. Januar 2003 altArt. 2 Abs. 1 KVG - den Begriff der Krankheit definiert, wie er im schweizerischen Sozialversicherungsrecht Verwendung findet (vgl. Kieser, ATSG-Kommentar, Art. 3 Rz. 2). Mit dem Krankheitswert, der nach Art. 17 bei den aus allen darin aufgeführten Erkrankungen hervorgehenden Zahnleiden erreicht sein muss, damit die Behandlung der Leistungspflicht unterliegt, befasst er sich dagegen nicht. Deshalb kann aus der Beurteilung von Dr. C.____ vom 8. Juni 2005 nicht geschlossen werden, es läge beim Beschwerdeführer eine Dysgnathie vor, welche zu einer schweren Störung des Schluckens mit Krankheitswert führe, für welche die Krankenkasse im Sinn von Art. 17 lit. f Ziff. 2 KLV die Kosten der zahnärztlichen Behandlung zu übernehmen hat. Mit diesem Krankheitswert hat sich das Eidgenössische Versicherungsgericht im Entscheid P. vom 25. März 2002 (K 4/00) auseinandergesetzt. Gestützt auf ein von einer Expertengruppe verfasstes Grundsatzgutachten vom 31. Oktober 2000 und einen Ergänzungsbericht vom 21. April 2001 erkannte das Gericht im Krankheitswert, wie er in Art. 17 KLV gefordert wird, einen gegenüber dem allgemein definierten Begriff der Krankheit gemäss Art. 3 ATSG (oder damals eben noch gemäss altArt. 2 Abs. 1 KVG) qualifizierten Begriff, dem Abgrenzungsfunktion in dem Sinn zukomme, dass er das Mass der Schwere der Erkrankung als Voraussetzung für die Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung gemäss Art. 31 Abs. 1 KVG ausdrücke und so nicht schwere Leiden davon ausschliesse (vgl. BGE 127 V 334 E. 5b und 345 E. 6b). Dieser Krankheitswert ist auch im vorliegenden Fall für die Abgrenzung von Pflichtleistung und Nichtpflichtleistung massgebend.

b) Dem bereits erwähnten Entscheid P. vom 25. März 2002 lässt sich entnehmen, dass eine Schluckstörung dann als schwer im Sinn der Verordnungsbestimmung zu werten ist, wenn eine erhebliche Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme bzw. des spontanen Schluckens von Speichel damit verbunden ist (a.a.O., E. 7a). Der Atlas der



Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem (SSO-Atlas), herausgegeben von der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO, spricht in diesem Zusammenhang von chronischen Schwierigkeiten, Nahrung zu schlucken (a.a.O., S. 77). Der behandelnde Zahnarzt Dr. B.____ attestiert dem Beschwerdeführer eine klare funktionelle Beeinträchtigung durch die bestehende Kieferfehlstellung. Dr. C.____ berichtet davon, dass ein normaler Schluckakt wegen der gegebenen okklusären Verhältnisse nicht möglich sei, was den Patienten erheblich störe. Aufgrund dieser Aussagen kann keine Abgrenzung im Sinn der vorstehenden Ausführungen gemacht werden. Allerdings kann mit Blick auf die Definition des Eidgenössischen Versicherungsgerichts auch nicht gesagt werden, eine schwere Schluckstörung liege erst bei einem Zustand vor, ohne dessen Behebung eine vitale Funktion und damit im weiteren Sinn die normale Entwicklung und/oder das adäquate Überleben des Individuums in Frage gestellt sein können. Aus Dr. F.____ vertrauensärztlichen Stellungnahmen, welchen dieses - im Vergleich zu demjenigen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts doch erheblich strengere - Abgrenzungskriterium zugrunde liegt, lässt sich deshalb für die Lösung der vorliegenden Streitigkeit auch nichts gewinnen. Ebenso wenig aus derjenigen von Dr. G.____, der sich zur Schluckstörung überhaupt nicht äussert, sondern sich lediglich mit der Beurteilung durch Dr. F.____ einverstanden erklärt. Auch Dr. J.____ hat sich in seiner Stellungnahme zuhanden der Beschwerdegegnerin nicht konzis zur Frage der Schluckstörung geäußert. Allerdings scheint er das Vorhandensein einer solchen schwereren Ausmasses eher zu verneinen, wenn er schreibt, dass der dentale Fehlbiss des Beschwerdeführers zwar adaptive Vorgänge der Weichteile (Zunge, Lippen, Wangen) auslöse, dass sich die Zunge aber an den leicht eingeschränkten Raum ohne funktionelle Folgen anpasse. Dr. K.____ schliesslich hält fest, dass eine schwere Störung des Schluckens im allgemeinen beim so genannten "Long-face-Syndrom" mit offenem Biss und Lippeninkontinenz beobachtet werde. Aufgrund der ihm zur Verfügung stehenden Röntgenbilder und Diapositive folgert er aber, dass ein solches beim Beschwerdeführer nicht vorliege, da der Lippenschluss funktionell ohne weiteres möglich sei. Auch hätte sich seiner Ansicht nach eine krankheitswertige Schluckstörung früher bemerkbar gemacht als mit 22 Jahren. Dasselbe Argument hat auch Dr. F.____ wiederholt gegen eine Pflichtleistung ins Feld geführt. Entscheidend ist nun aber, dass Dr. A.____, welcher im Rahmen der orthodontischen Vorkoordination mit dem behandelnden Zahnarzt Dr. B.____ den



Kostenvoranschlag mit Offerte bei der Beschwerdegegnerin eingereicht hat, die Diagnose rezidivierende Schluckstörung wegen Einbeissens in die palatinale Schleimhaut gestellt hat. Damit geht es um eine wiederkehrende Beeinträchtigung, die von störungsfreien Intervallen unterbrochen wird. Einer solchen Beeinträchtigung ist mangels eingetretener Chronifizierung die erforderliche Schwere abzusprechen, der es bedürfen würde, damit die zu ihrer Behebung getroffenen zahnärztlichen Behandlungen als Pflichtleistung zu übernehmen wären. Wenn es die Beschwerdegegnerin unter diesen Umständen abgelehnt hat, die Kostengutsprache für die kieferchirurgische Behandlung der Dysgnathie sowie für die zahnärztliche Extraktion der Weisheitszähne 38 und 48 zu erteilen, ist dies nicht zu beanstanden.

4.- Auch aus Art. 19a Abs. 2 Ziff. 20 KLV (Geburtsgebrechen "Micrognathia inferior congenita") ergibt sich nach Auffassung von Dr. K.____ keine Leistungspflicht. Ausser der Aussage des Beschwerdeführers, dass er seit Geburt an einer Kieferfehlstellung mit den damit zusammenhängenden Nebeneffekten wie Schluckstörungen und Kauproblemen leide, finden sich im ganzen Dossier keine Hinweise für das Vorhandensein eines Geburtsgebrechens, dessen Behandlung als Pflichtleistung von der Krankenkasse zu übernehmen wäre. Dr. A.____ hat das Kostengutsprachegesuch denn auch ausschliesslich im Hinblick auf Art. 17 lit. f Ziff. 2 KLV (siehe oben) gestellt. Ebenso wenig liegen Anzeichen dafür vor, dass eine äusserliche Verunstaltung besteht, deren Behebung eine Pflichtleistung der Krankenkasse darstellen könnte. Zwar gibt der Beschwerdeführer an, er leide auch an der Deformierung des Gesichts und sei deswegen in psychologischer Behandlung gewesen. Und Dr. C.____ führte aus, die unvorteilhafte Mimik und Lippenfunktion beim Sprechen seien eine schwere psychische Belastung. Dass der psychische Leidensdruck krankheitswertig im Sinn des Gesetzes wäre, ist damit aber nicht dargetan. Namentlich fehlt es an einem Bericht über die angeblich durchgeführte psychologische Behandlung und eine psychiatrische Betreuung scheint der Beschwerdeführer nie in Anspruch genommen zu haben. Damit ist das Vorliegen eines entschädigungspflichtigen Sachverhalts nicht genügend glaubhaft gemacht. Es erübrigt sich mithin, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. dazu BGE 122 V 158 E. 1a; Kieser, a.a.O., Art. 43 Rz 9 ff.) näher auf diese Aspekte einzugehen.

5.- Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).



Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.