



Fall-Nr.: KV 2012/21
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 23.08.2019
Entscheiddatum: 03.09.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 03.09.2013

Art. 31 Abs. 1 KVG. Art. 17-19 KLV. Prüfung der Frage, ob der Krankenversicherer im Zusammenhang mit einer Schlafapnoe-Diagnose eine kieferchirurgische Umstellungsosteotomie zu übernehmen hat oder ob alternative Behandlungsmöglichkeiten vorweg auszuschöpfen sind. Rückweisung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. September 2013, KV 2012/21).

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 3. September 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Thomas Hubatka, Tiefenackerstrasse 49,
Postfach 240, 9450 Altstätten,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



St.Galler Gerichte

betreffend

Versicherungsleistungen (Umstellungsosteotomie)

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) ist bei der CSS Kranken-Versicherung AG (nachfolgend: CSS) krankenpflegeversichert. Im Bericht vom 24. November 2010 diagnostizierten die Ärzte des Kantonsspitals Graubünden bei ihm unter anderem eine obstruktive Schlafapnoe schweren Grades (act. G 3.6). Mit Schreiben vom 5. März 2012 stellte Prof. Dr. Dr. B.____, Dr. h.c. mult., Facharzt FMH für Kiefer- und Gesichtschirurgie, das Gesuch um Kostenübernahme für eine operative Umstellungsosteotomie der Kiefer (act. G 3.2). Nach Prüfung der Unterlagen durch ihren Vertrauensarzt Dr. med. C.____, Facharzt FMH Chirurgie und Kiefer- und Gesichtschirurgie (act. G 3.3), verfügte die CSS am 18. Juni 2012 die Ablehnung der Kostenübernahme aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Zur Begründung legte sie unter anderem dar, die pneumologische Standardtherapie beim obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom sei das CPAP-Gerät (nasales Überdruckbeatmungsgerät). Bei fehlender Akzeptanz des Geräts, wie dies beim Versicherten der Fall sei, kämen alternative Behandlungen zum Tragen. Im Bericht des Kantonsspitals Graubünden vom 24. November 2010 sei dringend eine Gewichtsreduktion empfohlen worden. Zudem sei eine ergänzende ORL-Sanierung vorzunehmen. Die Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie sei der Meinung, dass eine Umstellungsosteotomie zur Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms erst nach Ausschöpfung sämtlicher Behandlungsalternativen indiziert sei. Ferner sei auf eine apparative Massnahme (Velumount, Schlafapnoe-Monobloc, Herbst-Apparatur etc.) hinzuweisen. Anhand der Unterlagen seien die Behandlungsalternativen nicht ausgeschöpft. Der geplante kieferchirurgische Eingriff sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (act. G 1.2).

A.b Die gegen diese Verfügung von Rechtsanwalt lic. iur. Th. Hubatka, Altstätten, für den Versicherten erhobene Einsprache wies die CSS mit Einspracheentscheid vom 23. November 2012 ab (act. G 1.3).



B.

B.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob Rechtsanwalt Hubatka für den Versicherten am 21. Dezember 2012 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, es seien die Verfügung vom 18. Juni 2012 sowie der Einspracheentscheid aufzuheben, und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Kosten der durch Prof. B.____ empfohlenen kieferchirurgischen Umstellungsosteotomie aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen. Zur Begründung führte er unter anderem mit Hinweis auf Prof. B.____ aus, jede medizinische Spezialität habe die Tendenz, nur das zu offerieren, was in ihrem Kompetenzbereich liege, weshalb von Seiten der Pneumologen üblicherweise konservative Massnahmen empfohlen würden. Die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen zu begründen, weshalb die empfohlenen apparativen Massnahmen im konkreten Fall erfolgsversprechend seien. Sinngemäss verlange sie, dass am Beschwerdeführer zunächst alle möglichen apparativen Massnahmen auszuprobieren seien, bevor der Kostenübernahme für eine Umstellungsosteotomie zugestimmt werde. Auf die Zweckmässigkeit und die Erfolgsaussichten apparativer Massnahmen für den vorliegenden Fall einer schweren Schlafapnoe gehe sie in keiner Weise ein. Wenn Prof. B.____ als ausgewiesene Kapazität für Schlafapnoe-Erkrankungen der Überzeugung sei, dass als einzige Erfolg versprechende Alternative die Umstellungsosteotomie verbleibe, so sei dem erhebliches Gewicht zuzumessen. Für den Fall, dass die Zweckmässigkeit der Umstellungsosteotomie aufgrund der bestehenden Unterlagen nicht als ausgewiesen erachtet werde, werde die Anordnung eines Gutachtens betreffend Zweckmässigkeit und Erfolgsaussichten einer Umstellungsosteotomie im Vergleich mit den von der Beschwerdegegnerin genannten apparativen Massnahmen beantragt. Selbst wenn man den von der Beschwerdegegnerin vorgeschlagenen Massnahmen eine - spekulative - Zweckmässigkeit zusprechen würde, stelle die Umstellungsosteotomie die zweckmässigere Behandlung dar. Die von der Beschwerdegegnerin vorgeschlagenen Behandlungen stellten - im Gegensatz zu der von Prof. B.____ beantragten Umstellungsosteotomie - blosse Behandlungsversuche mit völlig ungewissem Ergebnis dar. Die Umstellungsosteotomie stelle somit die zweckmässigere Behandlung dar. Eine mit grösster Wahrscheinlichkeit wirksame, kausale Methode (mit Heilung) sei gegenüber einer sehr unsicheren Wirksamkeit bei symptomatischer Methode (Dauerbehandlung) gesamthaft als wirtschaftlicher zu



St.Galler Gerichte

beurteilen, selbst wenn sich bei einem reinen Kostenvergleich noch eine gewisse Differenz zu Lasten der Umstellungsosteotomie ergäbe. Ein einmaliger operativer Eingriff (mit sehr guten Chancen auf eine Heilung) stelle die erheblich mildere Massnahme dar als apparative, lebenslänglich zu ertragende Massnahmen, selbst wenn letztere noch Erfolg versprechend wären (was von Prof. B.____ klar verneint werde).

B.b In der Beschwerdeantwort vom 1. Februar 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des angefochtenen Entscheids. Sie verwies auf die dortigen Darlegungen und führte unter anderem aus, es bestünden genügend Expertenmeinungen, welche die vom Beschwerdeführer geforderte Umstellungsosteotomie als letzte aller Behandlungsmassnahmen bezeichnen würden, weshalb sie an den Darlegungen in Ziff. 2.5 des Einspracheentscheids festhalte. Die von ihr empfohlene und wissenschaftlich geprüfte Velumount-Schiene könne durchaus als erfolgsversprechend erachtet werden. Sie stütze sich auf die Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie und analoger ausländischer Fachgesellschaften sowie auf die Erfahrungen des Kompetenzzentrums für Schlafmedizin der Klinik E.____. Der Beschwerdeführer berufe sich indes auf die Meinung eines einzigen Experten, welcher zugleich noch für die Vornahme des ersuchten Eingriffs beauftragt worden sei. Beim Beschwerdeführer bestehe noch Behandlungsspielraum, welchen es auszuschöpfen gelte, bevor ein solch massiver Eingriff wie die Kieferumstellungsosteotomie überhaupt in Betracht gezogen werden könne.

B.c Mit Replik vom 19. März 2013 bestätigte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers seine Anträge und Ausführungen. Er wies unter anderem darauf hin, dass Prof. B.____ jahrelang Vorsteher des D.____ (welches konservative Massnahmen durchführe) gewesen sei. Er sei damit mit Sicherheit nicht "einäugig", sondern dazu prädestiniert, abschätzen zu können, ob vorliegend konservative Massnahmen oder die Umstellungsosteotomie die zweckmässiger und wirksamere Behandlungsmethode sei (act. G 7). Mit Eingabe vom 3. April 2013 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine medizinische Publikation (Zinser/Zachow/Sailer, Curing Sleep apnea for ever. The life changing new treatment) nach (act. G 9).



B.d In der Duplik vom 18. April 2013 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Standpunkt fest (act. G 11).

Erwägungen:

1.

Zahnarztleistungen sind von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dann zu übernehmen, 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). Gestützt auf 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 EDI zu Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG den Art. 17 KLV und zu Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG den Art. 18 KLV erlassen. Für die unter Art. 31 Abs. 1 lit. c KVG fallenden Tatbestände ist auf Art. 19 KLV zu verweisen. 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 zahnärztlichen Massnahmen notwendigen Bestandteil der Behandlung darstellen. Gemäss BGE 124 V 185 E. 4 ist die in Art. 17-19 KLV enthaltene Auflistung der Erkrankungen, welche von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmende zahnärztliche Behandlungen bedingen, abschliessend (vgl. auch BGE 127 V 328 E. 3a und 339 E. 3b).

2.

2.1 Im Bericht des Kantonsspitals Graubünden vom 24. November 2010 wurde unter anderem festgehalten, der Beschwerdeführer sei gemäss Anamnese nachts oft durch plötzliche Atemnot bis hin zu Erstickungsgefühl geplagt. Fremdanamnestisch bestehe



während des Schlafs zudem Schnarchen mit Atempausen. Morgens fühle er sich nicht ausgeruht. Insbesondere am Nachmittag und am Abend sei er zudem deutlich weniger leistungsfähig als früher. Die Abklärung bestätigte unter anderem das Vorliegen einer obstruktiven Schlafapnoe schweren Grades. Es wurde diesbezüglich eine nächtliche Ventilationstherapie mit CPAP sowie eine Gewichtsreduktion empfohlen. Gemäss ORL-Konsil sei eine Therapie mit Prepulsid oder Motilium und Pantozol als Dauermedikation empfohlen. Je nach weiterem Verlauf sei eine effektive Tonsillektomie zu evaluieren (act. G 3.6). Prof. B.____ berichtete am 5. März 2012, das Schlafapnoesyndrom schweren Grades werde beim Beschwerdeführer seit zwei Jahren mit einem CPAP-Gerät behandelt. Dieses Gerät vertrage der Patient immer schlechter. Dies sei der Grund, weshalb er bei ihm vorstellig geworden sei. Das Beatmungsgerät sei nicht anpassungsfähig. Trotz Maske habe er Atemstopps und dies regelmässig. Sein Umfeld beobachte seit langer Zeit trotz Atemmaske diese Atemstillstände. Es bestünden massive Kopfschmerzen am folgenden Tag, massive Schweissausbrüche während der Nacht, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme sowie Tagesmüdigkeit. Es bestehe kein Zweifel, dass die schwere Wachstumsstörung mit Rücklage des Oberkiefers Ursache für die Verengung der oropharyngealen Atemwege sei. Eine bimaxilläre Ober- und Unterkiefer-Rotation des Komplexes werde zur automatischen Erweiterung der Atemwege führen. Gleichzeitig würden die unteren Nasenmuscheln verkleinert. Die schwere Form von Schlafapnoe lasse sich durch eine CPAP-Behandlung auch symptomatisch nicht verbessern. Es liege daher die Indikation zur erwähnten operativen Umstellungsosteotomie der Kiefer vor, die im Gegensatz zur CPAP-Behandlung eine Heilung der schweren Schlafapnoe bewirke (act. G 3.2). Am 16. Mai 2012 wies Prof. B.____ unter anderem darauf hin, dass eine Schlafapnoe durch Gewichtsabnahme nicht geheilt werden könne. Ein Schlafapnoe-Patient habe den einzigen Wunsch zu schlafen; er habe keine Kraft, körperliche Übungen zu machen oder sich zu bewegen. Eine Protrusionsschiene zur Behandlung einer Schlafapnoe zu verwenden, würde bedeuten, dass diese lebenslang getragen werden müsste. Als funktionskieferorthopädisches Gerät führe sie zu Zahnverschiebungen. Zusätzlich würden Protrusionsschienen Gelenksschäden verursachen. Es sei bisher noch keine Studie gemacht worden zur Frage, ob die Umstellungsosteotomie der Kiefer teurer komme als all die konservativen Massnahmen, die keine Heilung herbeiführen könnten, sondern rein symptomatisch funktionieren würden. Die Umstellungsosteotomie sei



ausserordentlich effizient; in seinen Händen habe es noch keinen einzigen Ausreisser gegeben. Die Massnahme sei also wirksam. Sie sei auch zweckmässig, da sie die Erkrankung heile (act. G 1.7). Im Kostenvoranschlag vom 30. Juni 2012 wurden die Kosten des von Prof. B.____ vorgeschlagenen Eingriffs auf Fr. 50'214.90 beziffert (act. G 1.8).

2.2 Der Vertrauensarzt Dr. C.____ hielt in der Stellungnahme vom 25. Mai 2012 unter anderem fest, er stütze sich auf die Leitlinien und Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (vgl. act. G 3.4) sowie analoger ausländischer Fachgesellschaften (act. G 3.5). Ebenso massgebend blieben Erfahrungen des Kompetenzzentrums für Schlafmedizin der Klinik E.____. Bei einem BMI von über 32 sei eine forcierte Gewichtsreduktion anzustreben, womit eine positive Beeinflussung der Schlafapnoe erwartet werden dürfe. Dies sei auch von Seiten des Kantonsspitals Graubünden empfohlen worden. Dass in einem ersten Schritt eine ORL-Sanierung erforderlich sei, sei überaus nachvollziehbar, zumal eine schlechte Nasendurchgängigkeit bestätigt werde. Wenn dies im ORL-Bericht des Kantonsspitals Graubünden - aus welchen Gründen auch immer - verneint werde, sei es nicht Aufgabe des vertrauensärztlichen Dienstes, diesbezüglich Klarheit zu schaffen. Im Weiteren seien Komplikationsmöglichkeiten (Folge-Fehlbelastungen der Kiefergelenke) bei bimaxillären Eingriffen bekannt, und es gebe für die Beschwerdegegnerin keinen Grund, diese unberücksichtigt zu lassen. Es werde bestritten, dass die Wirtschaftlichkeit des gewünschten chirurgischen Gesamtaufwands jene alternativer Behandlungsmethoden übertreffe. Schliesslich vertrete die Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie die Meinung, dass Umstellungsosteotomien zur Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms erst nach Ausschöpfung sämtlicher Behandlungsmethoden indiziert seien. Es stelle sich zunächst die Frage, inwieweit konkret versucht worden sei, die CPAP-Behandlung mit Adaptionmassnahmen zu optimieren. Ferner sei auf die Velumount-Behandlungsmethode hinzuweisen, worüber das Kompetenzzentrum der Klinik E.____ zu berichten wisse. Die im Bericht des Kantonsspitals Graubünden vom 24. November 2010 erwähnte Dauertherapie mit Pallodon sei zu hinterfragen. Es dränge sich sofortiger Handlungsbedarf pharmakologischer Art auf und nicht der Griff zum Skalpell. Die Kostenübernahme für den gewünschten bimaxillären Eingriff könne nicht empfohlen werden. Es bleibe eine forcierte Gewichtsreduktion als Erstmassnahme zu fordern. Bei Bedarf sei eine



ergänzende ORL-Sanierung vorzunehmen. Die nichtoperativen Behandlungsmöglichkeiten seien auszuschöpfen (act. G 3.3). In der Stellungnahme vom 26. Juli 2012 bestätigte Prof. B.____ seinen Standpunkt. Er hielt unter anderem fest, das Velumount sei nicht geeignet, eine schwere Schlafapnoe-Erkrankung, wie sie beim Beschwerdeführer vorliege, zu beseitigen, genauso wenig die Herbstapparatur. Die Protrusionsschiene könne eine Vorbewegung von nur wenigen Millimetern bewirken, die mit Sicherheit im Fall des Beschwerdeführers ungeeignet sein werde, da die oropharyngealen Atemwege extrem eng seien. Die Protrusionsschiene könne in seinem Fall als diagnostisches Hilfsmittel verwendet werden, um zu sehen, welche Auswirkungen sie auf die Ob-struktionen habe, indem eine Polysomnographie mit Protrusions-schiene durchgeführt werde. Schnarchen könne eventuell vermindert werden. Die symptomatische Therapie mit einem CPAP-Gerät habe im Fall des Beschwerdeführers versagt (act. G 1.5).

3.

3.1 Unbestritten und durch vorstehend geschilderte Aktenlage dokumentiert ist beim Beschwerdeführer das Bestehen eines obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (OSAS) mit den typischen Symptomen (lautes Schnarchen, Erschöpfung, Tagesmüdigkeit und Tagesschläfrigkeit, beobachtete nächtliche Atemstillstände mit Ringen nach Luft, morgendliche Kopfschmerzen, Gedächtnis- und Orientierungslücken; vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 260. Auflage, S. 1631f). Nach Art. 17 lit. f KLV übernimmt die Krankenversicherung die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch Dysgnathien (Kieferfehlentwicklungen mit fehlerhafter Okklusion, Artikulation und anormaler Lage des Gebisses) und daraus resultierendem Schlafapnoesyndrom bedingt sind. Eine Kieferfehlentwicklung wurde von Prof. B.____ in dem Sinn bestätigt, dass eine schwere Wachstumsstörung mit Rücklage des Oberkiefers Ursache für die Verengung der oropharyngealen Atemwege sei (act. G 3.2 S. 2). Die Voraussetzungen von Art. 17 lit. f KLV sind damit (unstreitig) gegeben. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Kostengutsprache für die beantragte kieferchirurgische Umstellungsosteotomie zu Recht ablehnte oder nicht.

3.2 Die Leistungen nach Art. 31 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden



nachgewiesen sein (Art. 32 KVG). Eine Leistung ist im Sinne von Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, wenn sie objektiv den Erfolg der Behandlung der Krankheit erwarten lässt (BGE 128 V 165 E. 5c/aa; RKUV 2000 Nr. KV 132 S. 281 E. 2b). Ob sie zweckmässig ist, beurteilt sich nach dem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen der Anwendung im Einzelfall, unter Berücksichtigung der damit verbundenen Risiken, gemessen am angestrebten Heilerfolg der möglichst vollständigen Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung (BGE 127 V 146 E. 5). Die Zweckmässigkeit fragt unter anderem nach der medizinischen Indikation der Leistung (RKUV 2000 Nr. KV 132 S. 282 E. 2c). Nach denselben Kriterien beurteilt sich, welche von zwei unter dem Gesichtspunkt der Wirksamkeit alternativ in Betracht fallenden medizinischen Massnahmen die zweckmässigere ist und im Hinblick auf den Umfang der Kostendeckung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung grundsätzlich zu wählen ist (BGE 130 V 299 E. 6.1). Geht es um die Vergütung einer kieferchirurgischen Massnahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Besonderen, stellt sich die Frage, ob konservative Massnahmen, insbesondere Gewichtsreduktion und ORL-Massnahmen, eine wirksame alternative Behandlungsmöglichkeit darstellen oder dargestellt hätten. Ist das zu bejahen, bleibt weiter zu prüfen, welche der beiden Leistungen die zweckmässigere ist. Der Begriff der Wirksamkeit definiert sich in erster Linie vom Ziel her, auf welches die in Frage stehende Massnahme gerichtet ist. Insbesondere differenziert er nicht danach, ob es um die Bekämpfung der Ursachen der gesundheitlichen Beeinträchtigung geht oder um die Behandlung der Symptome der Krankheit. Diese Unterscheidung ebenso wie die Dauer des Erfolges der Massnahme sind erst, aber immerhin bei der Beurteilung der Zweckmässigkeit von Bedeutung. Unter dem Gesichtspunkt der Wirksamkeit der Leistung als Voraussetzung für deren Übernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist somit nicht in erster Linie die möglichst vollständige Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung entscheidend. Vielmehr ist danach zu fragen, ob das Ziel der Behandlung (Beschwerdefreiheit und/oder Wiederherstellung der körperlichen, geistigen und psychischen Funktionalität namentlich im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit) objektiv erreichbar ist (BGE 130 V 299 E. 6.2 mit Hinweis auf Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2. A., Rz 185). Das Wirtschaftlichkeitsgebot verlangt, dass ein therapeutisches Ergebnis mit dem



geringstmöglichen Aufwand an Kosten erreicht werden soll. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit erfolgt durch den Vergleich mit alternativen Leistungen (Eugster, a.a.O., Rz 190).

3.3 Nach den auch von Dr. C.____ zitierten Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie bilden die CPAP-Beatmung, kieferorthopädische Apparaturen (Kieferspangen) und operative Eingriffe an den oberen Atemwegen die wichtigsten Behandlungsmodalitäten für das OSAS. Weitere therapeutische Massnahmen sind die Gewichtsreduktion bei Adipositas, die erzwungene Seitenlage sowie das Vermeiden von abendlichem Alkoholgenuss und von Schlafmitteln. Beim Entscheid über die geeignete Therapie sind sowohl der Schweregrad der Atmungs- und Schlafstörung als auch allfällige Begleiterkrankungen (Hypertonie usw.) und der Leidensdruck zu berücksichtigen (act. G 3.4). Die CPAP-Therapie wird als lediglich symptomatische (nicht ursächliche) Therapie der Schlafapnoe bezeichnet. Massnahmen zur Gewichtsreduktion bei Übergewicht bilden den weitreichenderen Therapieansatz (act. G 3.5).

3.4 Unbestritten ist konkret, dass die Atmungs- und Schlafstörung beim Beschwerdeführer durch die während ca. zwei Jahren durchgeführte CPAP-Therapie nicht verbessert werden konnte (act. G 1.2, G 3.2). Unbestritten blieb sodann die grundsätzliche Eignung der beantragten bimaxillären Unter- und Oberkieferumstellungsosteotomie, die gesundheitlichen Folgen des beim Beschwerdeführer bestehenden Schlafapnoe-Syndroms zu lindern. Die Wirksamkeit dieser Therapie ist damit nicht in Frage gestellt, wobei der Vertrauensarzt allerdings auf Komplikationsmöglichkeiten des Eingriffs hinweist.

3.5

3.5.1 Hinsichtlich der Zweckmässigkeit des beantragten Eingriffs ist vorab festzuhalten, dass gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie eine chirurgische Therapie der OSAS in der Regel erst nach Versagen der nichtoperativen Behandlungsmöglichkeiten (CPAP, kieferorthopädische Apparaturen, Gewichtsreduktion usw.) erwogen wird. Ausnahmen bilden unter anderem Tonsillen- und Adenoidhypertrophie (act. G 3.4; vgl. auch K.E. Bloch, Alternatives to CPAP in the



treatment of the obstructive sleep apnoea syndrome [act. G 3.1]). Operiert wird sodann nur in Spezialfällen, z.B. zur Korrektur von Missbildungen (act. G 1.6). Wenn Prof. B.____ festhielt, dass eine Schlafapnoe durch Gewichtsabnahme nicht geheilt werden könne (act. G 1.7), so ist festzuhalten, dass die im Bericht des Kantonsspitals Graubünden vom 24. November 2010 (act. G 3.6) empfohlene Gewichtsabnahme eine von mehreren Massnahmen darstellt, um die Auswirkungen der Schlafapnoe zu lindern. Diese lässt sich nicht nur durch vermehrte körperliche Bewegung, sondern auch durch eine Ernährungsumstellung erreichen. Von Seiten der Lungenliga Schweiz wird denn auch bestätigt, dass Übergewicht als häufige Belastung bei Personen mit Schlafapnoe gelte und langsames Abnehmen empfohlen werde. Die Erlangung des Normalgewichts sei bei der Behandlung von Schlafapnoe von zentraler Bedeutung (www.lungenliga.ch/de/krankheiten/schlafapnoe). Nach Lage der Akten ist eine Gewichtsreduktion beim Beschwerdeführer zwischenzeitlich unbestritten nicht erfolgt.

3.5.2 Von Seiten der Lungenliga Schweiz wird als weitere Behandlungsvariante zur CPAP-Therapie eine Zahnspange angeführt, welche einen Verschluss der Atemwege verhindere (www.lungenliga.ch/de/krankheiten/schlafapnoe). Die Beschwerdegegnerin verweist sodann auf die sog. Multilevel-Chirurgie als zusätzliche Behandlungsmöglichkeit, welche aus ORL-Eingriffen auf mindestens zwei Etagen bestehe (insbesondere Tonsillektomie, Uvulo- Palato-Pharyngoplastik, endonasale Eingriffe; vgl. Knaus/Tschopp/Thomaser/Köhler, Erfahrungen mit der Multilevel-Chirurgie beim obstruktiven Schlafapnoesyndrom [publiziert durch das Kantonsspital Liestal in: www.ksli.ch]). Nach durchgeführter Tonsillektomie bestünden noch Behandlungsmöglichkeiten (insbesondere Septumkorrektur), die vorab auszuschöpfen seien (Einspracheentscheid Ziff. 2.5). Bereits im Bericht des Kantonsspitals Graubünden vom 24. November 2010 wurde die Evaluation einer Tonsillektomie (als ORL-Eingriff) zur Diskussion gestellt (act. G 3.6). Eine solche brachte jedoch gemäss Prof. B.____ im März 2011 keinen Erfolg (act. G 3.2 S. 2 oben). Dr. C.____ erachtete es als nachvollziehbar, dass in einem ersten Schritt eine ORL-Sanierung erforderlich sei, zumal damit eine schlechte Nasendurchgängigkeit bestätigt werde (act. G 3.3). Prof. B.____ führte demgegenüber im Bericht vom 16. Mai 2012 aus, durch eine Septumkorrektur könne eine Schlafapnoe, die eine Etage tiefer im Oropharyngealbereich angesiedelt sei, nicht geheilt werden. Wenn diese Etage



blockiert sei, werde eine Verbesserung der Nasendurchgängigkeit in der höheren Etage keinerlei Einfluss auf die obstruktive Schlafapnoe haben (act. G 1.7 S. 2 Mitte).

3.5.3 Gestützt auf die vorliegenden Akten lässt sich die vorstehend geschilderte Meinungsverschiedenheit der beteiligten Fachärzte nicht abschliessend klären und entscheiden. Sodann wurde die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit von apparativen Massnahmen (insbesondere die von Dr. C.____ erwähnte Velumount-Schiene) im konkreten Fall bislang noch nicht geprüft. Während Prof. B.____ die Eignung des Velumount, eine schwere Schlafapnoeerkrankung zu beseitigen, in Abrede stellte (act. G 1.5), erwiesen sich andernorts konservative Behandlungsmethoden in Form von Kieferschienen offenbar auch bei schweren Fällen von Schlafapnoe als wirkungsvoll (vgl. K.E. Bloch, a.a.O., S. 262). Hingegen werden gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie kieferorthopädische Apparaturen vor allem bei leichten bis mittelschweren OSAS-Formen erfolgreich eingesetzt (act. G 3.4 S. 2), wobei es sich beim Beschwerdeführer um eine schwere Form der Erkrankung handelt. Nach Auffassung von Prof. B.____ verbleibt - im Gegensatz zu derjenigen von Dr. C.____ - als einzige Erfolg versprechende Alternative die Umstellungsosteotomie (act. G 1.5, 1.7, 3.2). Die neben der kieferchirurgischen Operation bestehenden Behandlungsalternativen können beim geschilderten Sachverhalt jedoch insgesamt als nicht zureichend abgeklärt gelten. Solange die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit von alternativen (apparativen) Massnahmen für den konkreten Einzelfall nicht geklärt sind, lässt sich auch zur Zweckmässigkeit der beantragten kieferchirurgischen Operation nicht abschliessend Stellung nehmen. Insbesondere bleibt unklar, ob im Fall einer kieferchirurgischen Operation auf vorgängige konservative Massnahmen verzichtet werden kann oder ob diese - wie die Beschwerdegegnerin geltend macht (act. G 11 S. 3) - zuerst auszuschöpfen sind. Ein Entscheid zugunsten einer der in Betracht kommenden Behandlungsmöglichkeiten ist gestützt auf die bestehende Aktenlage nicht möglich, weshalb sich weitere medizinische Abklärungen nicht umgehen lassen. In der Duplik begrüsst auch die Beschwerdegegnerin die Erstellung eines Gutachtens durch einen ausgewiesenen Schlafapnoe-Spezialisten (act. G 11 S. 3). Dr. C.____ hielt im Übrigen hinsichtlich der im Bericht des Kantonsspitals Graubünden vom 24. November 2010 erwähnten Therapie mit Palladon fest, dass diese gründlich zu hinterfragen sei (act. G 3.3 S. 2). Palladon gilt als opiateähnliches Medikament mit allgemein relaxierender Wirkung und ist insbesondere bei obstruktiver



Atemwegserkrankung kontraindiziert (Arzneimittel-Kompendium der Schweiz 2008, S. 2921). Auch dies wird somit im Fall des Beschwerdeführers noch zu prüfen sein.

3.6 Die Beschwerdegegnerin verneint die Wirtschaftlichkeit einer Umstellungsosteotomie beim Beschwerdeführer mit Hinweis darauf, dass diese Massnahme mutmasslich mit erheblich höheren Kosten als den postulierten Fr. 50'000.-- verbunden sei (Einspracheentscheid Ziff. 2.5). Die Kostenrechnung von Prof. B.____ sei insofern verfehlt, als bei einer erfolgreichen Behandlung durch eine Velumount- oder Kiefer-protrusionsschiene und Gewichtsreduktion die Kosten deutlich geringer ausfallen könnten (act. G 3 S. 4). Prof. B.____ hält dem entgegen, dass bisher noch nicht geklärt worden sei, ob die Umstellungs-osteotomie der Kiefer teurer komme als all die konservativen Massnahmen, die keine Heilung herbeiführen könnten (act. G 1.7 S. 2). Dazu ist festzuhalten, dass angesichts des Alters des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids (38 Jahre) insbesondere auch das Verhältnis der (einmaligen) Kosten der Umstellungsosteotomie im Vergleich zu denjenigen der voraussichtlich langjährig anfallenden konservativen Massnahmen unklar geblieben ist. Beim geschilderten Sachverhalt lässt sich gestützt auf die bestehende Aktenlage somit die Frage der Wirtschaftlichkeit der Umstellungsosteotomie der Kiefer im Vergleich zu derjenigen der konservativen bzw. nichtoperativen Massnahmen nicht zuverlässig beantworten. Auch dies wird von der Beschwerdegegnerin bzw. vom zu beauftragenden Gutachter noch zu klären sein. Hierbei werden allfällig in Betracht kommende alternative Behandlungsmöglichkeiten konkret auf den Fall des Beschwerdeführers bezogen zu diskutieren sein.

4.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 23. November 2012 in dem Sinn teilweise gutzuheissen, dass die Sache zur Veranlassung einer vergleichenden gutachterlichen Prüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der konservativen Behandlungsalternativen der beim Beschwerdeführer bestehenden Schlafapnoe einerseits und der kieferchirurgischen Operation andererseits sowie zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer



Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Es rechtfertigt sich, diese auf pauschal Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden:

1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 23. November 2012 in dem Sinn teilweise gutgeheissen, dass die Sache zur Veranlassung einer vergleichenden gutachterlichen Prüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der konservativen Behandlungsalternativen der beim Beschwerdeführer bestehenden Schlafapnoe einerseits und der kieferchirurgischen Operation andererseits sowie zu anschliessender 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.