



Fall-Nr.: KV 2016/2
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 23.08.2019
Entscheiddatum: 23.08.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 23.08.2017

Art. 31 Abs. 1 KVG. Art. 17 KLV. Prüfung der Frage, ob der Krankenversicherer im Zusammenhang mit einer Schlafapnoe-Diagnose die Kosten einer bereits erfolgten kieferchirurgischen Umstellungsosteotomie zu übernehmen hat oder ob alternative Behandlungsmöglichkeiten vorweg auszuschöpfen gewesen wären. Nicht-operative Behandlungsalternativen sind auszuschöpfen. Ein postoperatives kieferorthopädisches Gutachten lässt keine ausreichenden Schlüsse hinsichtlich der Wirksamkeit anderer Behandlungsmethoden mehr zu (Entscheid des Versicherungsgerichts des KantonsSt. Gallen vom 23. August 2017, KV 2016/2).

Entscheid vom 23. August 2017

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; a.o. Gerichtsschreiberin Melissa Traber

Geschäftsnr.

KV 2016/2

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Fürsprecher Marco Büchel, LL.M., K & B Rechtsanwälte,
Freudenbergstrasse 24, Postfach 213, 9240 Uzwil,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen (Kostenübernahme Umstellungs-Osteotomie)

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) ist bei der CSS Kranken-Versicherung AG (nachfolgend: CSS) krankpflegeversichert. Im Rahmen einer am 11. Januar 2012 durchgeführten Polysomnographie diagnostizierten die Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) bei der Versicherten ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) schweren Grades; sie zeige eine hohe Dichte obstruktiver Atmungsstörungen (AHI-Wert von 52/h; act. G 3.1). Die Versicherte befand sich seit dem 30. Januar 2012 in der Therapie mit einem nasalen Überdruckbeatmungsgerät (sog. CPAP-Therapie [CPAP = continuous positive airway pressure]; act. G 3.2). Mit Schreiben vom 6. Dezember 2013 stellten Dr. Dr. med. B.____ sowie Prof. Dr. med. univ. C.____, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Universitätsspital Zürich, ein Gesuch um Kostenübernahme für eine operative Umstellungsosteotomie im Ober- und Unterkiefer. Die Versicherte leide unter einem schwergradigen OSAS und zeige eine Intoleranz gegenüber der CPAP-Therapie (act. G 3.3). Am 21. Januar 2014 wies die CSS das Gesuch um Kostenübernahme nach Prüfung der Unterlagen durch ihren Facharzt für Kieferchirurgie ab. Eine alternative Behandlungsmethode mit dem CPAP-Gerät sei gemäss den ihr vorliegenden Unterlagen möglich (act. G 3.6).



St.Galler Gerichte

A.b Nach einer am 5. März 2014 durchgeführten UPPP (=Uvulo-Palato-Pharyngoplastik) stellte sich die Versicherte am 27. Juni 2014 sowie am 24. November 2014 am Zentrum für Schlafmedizin des KSSG zur Untersuchung vor (act. G 3.7 und G 3.8).

A.c Am 10. Dezember 2014 erfolgte eine weitere Untersuchung in der Hals-Nasen-Ohrenklinik des KSSG bei Oberarzt Dr. med. D.____. Dieser diagnostizierte eine stark ausgeprägte Retrognathie. Durch eine Umstellungsosteotomie liege die Heilungsrate der Schlafapnoe bei 95%. Diese werde vorliegend infolge CPAP-Intoleranz empfohlen. Es werde um Kostenübernahme der Umstellungsosteotomie durch die Krankenkasse gebeten (act. G 3.9).

A.d Auch das durch Dr. D.____ gestellte Kostenübernahme-Gesuch wurde durch den Vertrauensarzt der CSS Dr. E.____ mit Schreiben vom 12. Januar 2015 abgewiesen. Die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme der Umstellungsosteotomie seien nicht erfüllt. Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit des gewünschten Eingriffs seien nicht gegeben (act. G 3.10).

A.e Am 20. Januar 2015 wurde die Osteotomie im Ober- und Unterkiefer durchgeführt. Gemäss Untersuchungsbericht vom 8. Juni 2015 war das zuvor schwergradige OSAS in der Folge sowohl klinisch als auch polygrafisch nicht mehr nachweisbar. Es seien keine Apnoen, Hypnoen oder Desaturationen mehr feststellbar. Prof. Dr. med. F.____, leitender Arzt des Zentrums für Schlafmedizin am KSSG, hielt fest, dass aufgrund des durchwegs positiven Verlaufs die Kosten für die Operation und die damit verbundenen Auslagen durch die Krankenkasse zu übernehmen seien (act. G 3.11).

A.f Mit Schreiben vom 16. Juni 2015 ersuchte der Rechtsvertreter der Versicherten, Fürsprecher Marco Büchel, LL.M., Uzwil, die CSS um Kostenübernahme für die durchgeführte bimaxilläre Umstellungsosteotomie. Bei Ablehnung des Gesuchs sei eine anfechtbare Verfügung zu erlassen (act. G 3.12).

A.g Die CSS bezog dazu mit Schreiben vom 13. Juli 2015 Stellung (act. G 3.14) und erliess am 2. September 2015 eine einsprachefähige Verfügung (act. G 3.15). Die bimaxilläre Umstellungsosteotomie könne zwar geeignet sein, das OSAS zu lindern.



Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit setzten aber voraus, dass andere erfolgsversprechende, mildere und kostengünstigere Varianten ausgeschöpft würden. Das sei vorliegend nachweislich nicht erfolgt.

A.h Die dagegen erhobene Einsprache wies die CSS mit Einspracheentscheid vom 4. Januar 2016 ab (act. G 3.17).

B.

B.a Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 3. Februar 2016. Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) beantragt darin dessen Aufhebung. Die CSS (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, die Kosten für die bimaxilläre Umstellungsosteotomie und sämtliche daraus resultierenden Folgekosten zu übernehmen. Es wird geltend gemacht, dass die angeordnete CPAP-Therapie auch nach dem rhinochirurgischen Eingriff vom 5. März 2014 unverträglich geblieben sei. Zudem habe die Behandlung mittels Protrusionsschiene keinen Erfolg gebracht. Obschon die durchgeführte Umstellungsosteotomie ein voller Erfolg gewesen sei, habe die Beschwerdegegnerin eine rückwirkende Kostengutsprache verweigert. Entgegen der Beschwerdegegnerin habe die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Operation mit einem BMI (=Body Mass Index) von 28.8 nicht unter starkem Übergewicht gelitten. Zudem habe sie maximal sechs Zigaretten am Tag geraucht, was nicht auf einen hohen Nikotinkonsum schliessen lasse. Die ausgeprägte Retrognathie sei ferner dokumentiert. Es gebe Röntgenbilder aus der Zeit vor und nach der Operation. Das Kriterium der Wirksamkeit sei zweifelsohne erfüllt; so auch das Kriterium der Zweckmässigkeit und das der Wirtschaftlichkeit (act. G 1).

B.b In der Beschwerdeantwort vom 26. Februar 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Der Einspracheentscheid sei zu bestätigen. Die Beschwerdegegnerin macht geltend, dass die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben in den E-Mails vom 28. Dezember 2014 und 12. Januar 2015 die CPAP-Therapie offenbar immerhin insgesamt 4-6 Stunden pro Nacht eingesetzt und während dieser Zeit getragen habe. Die totale Unverträglichkeit des CPAP-Geräts sei daher



nicht nur aufgrund der guten AHI-Werte unter Behandlung, sondern auch vom zeitlichen Aspekt her nicht belegt. Bestritten werde auch, dass die Verwendung einer Protrusionsschiene keinen Nutzen bringen würde. Diese habe sich selbst bei schweren Fällen von Schlafapnoe als wirkungsvoll erwiesen. Selbst die individuell angepasste Velumountschiene könne positiven Einfluss auf die Schlafapnoeproblematik haben. Die Zweckmässigkeit und die Erfolgsaussichten der erwähnten apparativen Massnahmen seien daher durchaus gegeben. Die Beschwerdegegnerin weist ferner darauf hin, dass die Einnahme von muskelrelaxierenden Benzodiazepinen absolut kontraindiziert sei. Nebst dem Schlafmittelkonsum seien auch der Nikotinkonsum sowie der bestehende erhöhte BMI-Wert Risikofaktoren, welche zu eliminieren gewesen wären. Erst nach Ausschöpfung aller konservativen Behandlungsmethoden hätte eine Kostengutsprache überhaupt positiv beurteilt werden können. Dies sei der Beschwerdeführerin auch mehrfach aufgezeigt worden (act. G 3).

B.c Die Beschwerdeführerin hält in der Replik vom 14. April 2016 an ihrem Beschwerdeantrag, wonach die Kosten für die Umstellungsosteotomie seien durch die Beschwerdegegnerin zu übernehmen seien, unverändert fest und macht geltend, die Beschwerdegegnerin behaupte zu Unrecht, dass die totale Unverträglichkeit des CPAP-Gerätes nicht belegt sei. Wie in der Beschwerde ausführlich dargelegt sei, habe die Beschwerdeführerin mit der CPAP-Maske nur einschlafen, nicht aber durchschlafen können. Sie sei täglich nach 3 bis 4 Stunden Schlaf wegen Panik, Platzangst und Druckgefühl/Einengungsgefühl in der Brust erwacht und habe die Maske sofort abnehmen müssen. Von einer Heilung durch die Protrusionsschiene könne nicht gesprochen werden, da es sich um eine symptomatische Behandlung handle, welche nach Sistierung wieder zum Auftreten des ursprünglichen Problems führe. Zudem verursache diese, wenn sie über längere Zeit getragen werde, Zahnverschiebungen und Gelenkschäden. Bezüglich der Einnahme von Schlaftabletten treffe es zwar zu, dass diese kontraindiziert sei, doch hätte die Beschwerdeführerin wegen der Maskenintoleranz nächtliche Panikattacken gehabt, weswegen sie auf die Medikamente angewiesen gewesen sei. Des Weiteren habe sie ihren Nikotinkonsum auf fünf Zigaretten pro Tag beschränkt sowie ihr Gewicht reduziert. Dennoch habe die schwere Schlafapnoe weiterhin bestanden. Sowohl Prof. F.____ als auch Prof. C.____ hätten die Behandlung mittels bimaxillärer Kieferosteotomie als effektive Methode zur Beseitigung der Schlafapnoe qualifiziert (act. G 5). Im Rahmen der Replik wurde Prof.



St.Galler Gerichte

C.____ um Beantwortung mehrerer Fragen im Zusammenhang mit der Behandlung der Erkrankung ersucht (act. G 5.1).

B.d Mit Duplik vom 26. April 2016 hält die Beschwerdegegnerin an ihren Rechtsbegehren fest. Betreffend die Verwendung einer Protrusionsschiene bringt sie vor, dass weder davon ausgegangen werden könne, dass die Beschwerdeführerin zweifellos für ihr gesamtes restliches Leben auf eine Kieferprotrusionsschiene angewiesen gewesen wäre, noch bestehe bei Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein ausnahmsloser Anspruch auf Heilung. Der Begriff der Wirksamkeit definiere sich vom angestrebten Ziel her. Dabei werde nicht danach differenziert, ob es um die Bekämpfung von Krankheitsursachen gehe oder um die Behandlung der Krankheitssymptome. Nicht nur kurative, sondern auch adjuvante oder gar stabilisierende, rein palliative Therapien könnten das Wirksamkeitsgebot erfüllen. Die Aussage, dass die Schlafapnoe-Problematik wahrscheinlich nach Absetzen der kontraindizierten Medikamente noch bestanden hätte, sei ebenfalls nicht haltbar. Es werde ferner daran festgehalten, dass sich das Gewicht der Beschwerdeführerin nicht im Normbereich befinde und auch der anhaltende Nikotinkonsum als erheblich beitragender Faktor für die bestehende Schlafapnoe-Problematik zu werten sei. Die Wirksamkeit des vorgenommenen Eingriffs sei nie bestritten worden, lediglich das Vorliegen der von Gesetz und Rechtsprechung geforderten und kumulativ zu erfüllenden Kriterien von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Ein postoperatives Gutachten sei vorliegend kaum als aussagekräftig zu erachten. Schliesslich bestehe aktuell eine stark veränderte Anatomie, so dass die Reaktion auf eine Protrusionsschiene gar nicht mehr getestet werden könne (act. G 7).

B.e Mit Schreiben vom 11. Mai 2016 reichte die Beschwerdeführerin einen Untersuchungsbericht von Prof. Dr. Dr. G.____, Facharzt FMH für Kiefer- und Gesichtschirurgie, vom 29. Oktober 2013 nach (act. G 9.1).

Erwägungen

1.



1.1 Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist die Pflicht der Beschwerdegegnerin zur Kostenübernahme der am 20. Januar 2015 durchgeführten Umstellungsosteotomie im Ober- und Unterkiefer und der entstandenen Folgekosten.

1.2 Bei der Umstellungsosteotomie zur Behebung der Retrognathie handelt es sich nach der gesetzlichen Systematik um eine zahnärztliche Behandlung.

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 Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10]) 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). Art. 17 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) enthält einen Katalog von Erkrankungen des Kausystems, für welche die Versicherung die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen übernimmt. Voraussetzung ist, dass das Leiden Krankheitswert erreicht; die Behandlung von Dysgnathien mit einhergehendem Schlafapnoesyndrom ist nur so weit von der Versicherung zu übernehmen, wie es der Krankheitswert des Leidens notwendig macht (vgl. Art. 17 Bst. f Ziff. 1 KLV).

1.3 Die Übernahmepflicht des Krankenversicherers wird durch Art. 32 Abs. 1 KVG begrenzt. Danach müssen Leistungen 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 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 Leistung die zweckmässigste 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, [1. Aufl. 1998], Rz 185 [heute: 3. Aufl. 2015, Rz 327f.]). 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 [heute: a.a.O., Rz 335f.]).

2.

2.1 Wie oben ausgeführt, übernimmt die Krankenversicherung die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen von Dysgnathien (Kieferfehlentwicklungen mit fehlerhafter Okklusion, Artikulation und anormaler Lage des Gebisses), welche mit einem Schlafapnoe-Syndrom mit entsprechendem Krankheitswert einhergehen (Art. 17 lit. f KLV).



2.2 Im polysomnographischen Bericht vom 11. Januar 2012 wurde bei der Beschwerdeführerin eine OSAS schweren Grades diagnostiziert (act. G 3.1). Seit dem 30. Januar 2012 erfolgte eine Therapie mittels CPAP (act. G 3.2). Im Verlauf der ärztlichen Behandlung wurde bei der Beschwerdeführerin mehrfach eine ausgeprägte Enge im Rachenraum festgestellt. Prof. G.____ stellte bei fachärztlicher Untersuchung vom 22. Oktober 2013 eine starke Rücklage des Ober- und Unterkieferkomplexes nach hinten unten fest, die dazu führe, dass die oropharyngealen Atemwege sehr eng seien (act. G 9.1). Am 5. März 2014 erfolgte eine minimalinvasive Rachen-OP (UPPP), durch welche eine minimale Verbesserung der Nasenatmung habe erzielt werden können (act. G 3.8). Die HNO-Untersuchung am 10. Dezember 2014 bei Dr. D.____ habe ebenfalls eine Retrognathie bei grossem Zungengrund und eine deutliche Engstelle im Bereich des Zungengrundes gezeigt (act. G 3.9). Dem Untersuchungsbericht vom 27. Juni 2014 ist sodann zu entnehmen, dass auch nach Durchführung der UPPP noch ein AHI-Wert von knapp 40/h bestanden hat. Die Beschwerdeführerin wies somit weiterhin eine schwergradige Schlafapnoe auf, sodass ein relevanter Krankheitswert zu bejahen ist. Die Voraussetzungen von Art. 17 lit. f KLV sind damit (unstreitig) gegeben.

3.

3.1 Dass die durchgeführte bimaxillären Kieferumstellungsosteotomie medizinisch betrachtet ein erfolgreicher operativer Eingriff war, ist im vorliegenden Fall unbestritten. Dies ist bei der weiteren Prüfung jedoch unbeachtlich, da diese aus prospektiver Sicht zu erfolgen hat (BGE 142 V 249 E. 4.1; BGE 133 V 115 E. 3.2.1), weshalb es für sich allein keine Rolle spielen kann, dass die Umstellungsosteotomie als chirurgischer Eingriff grundsätzlich eine nach wissenschaftlichen Massstäben geeignete medizinische Massnahme zur Behandlung einer OSAS darstellt.

3.2 Bei der Beurteilung der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Leitlinien und Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie, analoger ausländischer Fachgesellschaften sowie auf die Erfahrungen des Kompetenzzentrums für Schlafmedizin der ORL-Klinik Liestal. Danach ist eine Umstellungsosteotomie zur Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms erst nach Ausschöpfung sämtlicher Behandlungsmethoden indiziert. Primär sei die CPAP-Behandlung mit Adaptionmassnahmen zu optimieren. Der Vertrauensarzt der



Beschwerdegegnerin Dr. E.____ brachte vor, dass die Behandlung mittels CPAP-Atmungshilfe sich seit Anbeginn überaus erfolgreich gezeigt habe (act. G 3.13). In einem weiteren Schritt sei unter anderem eine Behandlung mittels einer kieferorthopädisch angepassten Protrusionsschiene zu prüfen. Weitere therapeutische Massnahmen seien die Gewichtsreduktion bei Adipositas, die erzwungene Seitenlage sowie das Vermeiden von Nikotin-, Alkohol- und Schlafmittelkonsum. Die nichtoperativen Behandlungsmöglichkeiten seien nicht ausgeschöpft worden, womit die Voraussetzungen von Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zum Zeitpunkt der Vornahme der Kieferumstellungsosteotomie als nicht erfüllt betrachtet werden müssten (act. G 3.17).

3.3 Die Beschwerdeführerin argumentiert, dass eine wirksame Behandlung dann zweckmässig sei, wenn sie im Einzelfall auch angemessen und geeignet sei, was bedeute, dass die Erreichung des angestrebten Erfolgs den besten therapeutischen Nutzen und die geringsten in Kauf zu nehmenden Risiken aufweisen müsse. Die Zweckmässigkeit decke sich zudem grundsätzlich mit der medizinischen Indikation einer Behandlung. Die CPAP-Therapie sei nicht wirksam und somit nicht zweckmässig gewesen, die Umstellungsosteotomie hingegen schon. Die behandelnden Ärzte hätten zudem eine Operation befürwortet, womit diese auch medizinisch indiziert gewesen sei (act. G 1).

3.4 Aus medizinischer Sicht steht bei der Behandlung eines obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms eine möglichst konservative Herangehensweise im Vordergrund (vgl. act. G 3.25, S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen, in: Somnologie 2017, Band 20 [Suppl s2] S. 97). Dies entspricht auch der gängigen Rechtsprechung, wonach bei zwei gleichwertigen Behandlungsmöglichkeiten grundsätzlich diejenige zweckmässiger ist, welche weniger Risiken und Komplikationen mit sich bringt (vgl. BGE 130 V 299 E. 6.2).

3.5 Vorliegend wären somit vorab die nichtoperativen Behandlungsmöglichkeiten auszuschöpfen gewesen. Als konservative Behandlungsmöglichkeiten wären die Anpassung der CPAP-Therapie oder das Tragen einer kieferorthopädischen Protrusionsschiene indiziert gewesen. Bei einer schwergradigen Schlafapnoe steht aus medizinischer Sicht die Behandlung mittels CPAP-Therapie im Vordergrund (vgl. G



3.21, G 3.22, G 3.25). Diese wird zudem durch die Lungenliga Schweiz und die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin primär zur Behandlung empfohlen (<<http://www.lungenliga.ch/de/krankheiten-ihre-folgen/schlafapnoe/behandlung.html>>, <<http://www.dgsm.de/downloads/patienteninformationen/ratgeber/DGSM%20Ratgeber%202015/Obstruktive%20Schlaf-Apnoe%20DIN%20A5%20-%20PFADE.pdf>>, abgerufen am 23. August 2017).

3.6 Wenn die Therapie mittels CPAP nicht erfolgreich durchgeführt werden könnte, wäre vor dem Ergreifen einer operativen Massnahme eine Behandlung mittels Protrusionsschiene indiziert. Dies wurde durch die Beschwerdeführerin bislang erst durch eine über das Internet bezogene Schiene versucht (act. G 3.10), was nicht als zielführend erachtet werden kann, da eine solche Schiene individuell angepasst werden muss. Die Beschwerdeführerin wandte sodann ein, dass eine Protrusionsschiene lebenslang getragen werden müsste. Als funktionskieferorthopädisches Gerät führe sie zudem zu Zahnverschiebungen und Gelenkschäden. Von einer Heilung könne demnach nicht gesprochen werden (act. G 5). Die Beschwerdeführerin befragte hierzu den behandelnden Arzt Prof. C.____. Dieser bestätigte zwar die Verursachung von Zahnverschiebungen, liess hingegen offen, ob dadurch auch Kiefergelenksprobleme entstünden (act. G 5.1). Inwiefern diesen Ausführungen Gewicht zukommt, ist fraglich, denn es ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegt, dass das Tragen einer Protrusionsschiene unter regelmässiger kieferorthopädischer Kontrolle zu Zahnverschiebungen und Gelenkschäden führen würde. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass die Protrusionsschiene noch vor Entstehung solcher Schäden neu angepasst würde. So führt auch Prof. C.____ aus, dass eine Protrusionsschiene einen positiven Einfluss auf das OSAS haben könne (act. G 5.1). Die Beschwerdegegnerin brachte ferner die Velumount-Schiene als mögliche Behandlungsmassnahme vor. Diese Methode wurde im Januar 2010 auf dem Schweizer Markt als Medizinprodukt zugelassen (vgl. <<https://www.velumount.ch/sites/velumount.ch/files/doc/swissmedicbericht.pdf>>, abgerufen am 23. August 2017). Seither wurden zwar bis zu einjährige Studien an Patienten mit meist mittelgradigen Apnoen durchgeführt (vgl. <https://www.velumount.ch/sites/velumount.ch/files/img/2009_Tschopp.pdf>, abgerufen am 23. August 2017), diese können jedoch nicht als ausreichend aussagekräftig erachtet werden, um die Eignung zur längerfristigen Behandlung einer schwergradigen OSAS zu belegen. Eine Behandlung mittels Velumountschiene fällt



folglich bereits aufgrund des fehlenden Wirksamkeitsnachweises ausser Betracht (BGE 133 V 115 E. 3.1).

3.7 Wie den Akten zu entnehmen ist, erfolgte eine Therapie mittels CPAP seit dem 30. Januar 2012. Gemäss KSSG-Untersuchungsbericht vom 27. Juni 2014 zeigte sich im März 2012 eine Gerätenutzung von 6 Stunden pro Nacht bei einem AHI von 4.4 pro Stunde. Im April 2012 sei ein Wechsel von Nasen- zu Mund-Nasenmaske erfolgt. Nach Durchführung der UPPP habe sich in der postoperativen Polygraphie eine Absenkung des AHI von vormals 51 auf 40 pro Stunde gezeigt. Im Rahmen der Untersuchung vom Mai 2015 sei sodann ein Atemluftbefeuchter angepasst worden. Die durchschnittliche Gerätenutzung habe 7.5 Stunden pro Nacht betragen bei einem AHI von 6.0 pro Stunde. Die Beschwerdeführerin habe von Durchschlafstörungen berichtet, dennoch habe die Tagesform seit der Behandlung gebessert. Es seien ihr wiederholt ein massiv erhöhter Blutdruck sowie ein erhöhter Puls nachts und kurz nach dem Aufstehen aufgefallen. Dr. H.____, Oberarzt am KSSG-Zentrum für Schlafmedizin, hielt es für möglich, dass dies mit allfälligen Panikattacken im Rahmen der CPAP-Therapie in Zusammenhang stehen könnte. Die CPAP-Therapie funktioniere aus schlafmedizinischer Sicht jedoch hervorragend. Die Suche nach alternativen Therapieformen sei aber sicherlich sinnvoll. Ob eine kieferchirurgische Intervention einen relevanten Erfolg in dieser Situation bringen werde, sei jedoch unklar (act. G 3.7). Bei der KSSG-Untersuchung vom 24. November 2014 wurde eine Gerätenutzung der CPAP von 7.5 Stunden pro Nacht festgestellt bei einem AHI von 2.9 pro Stunde. Dr. med. I.____, leitender Arzt am KSSG-Zentrum für Schlafmedizin, führte dazu aus, der Messwert der Gerätedatenauslese könne fälschlicherweise im guten Bereich liegen, da nicht die reine Schlafsituation, sondern die gesamte Bettzeit mit Wachliegen erfasst werde. Die Beschwerdeführerin habe trotz grosser Anstrengungen für eine gute Compliance grösste Schwierigkeiten, die CPAP-Therapie während der Nacht ohne Unterbruch zu nutzen. Ein chirurgisches Vorgehen sei als alternative Therapieoption bei nachgewiesener ausgeprägter enger Anatomie im Halsbereich zu erwägen. Die Gerätedatenauslese zeige aktuell eine Gerätenutzung von 9.44 Stunden pro Nacht bei einem AHI von 2.9 pro Nacht (act. G 3.8). Bei der letzten Untersuchung vor der Durchführung der Umstellungsosteotomie gab Dr. D.____ an, die Beschwerdeführerin leide unter einer ausgeprägten Tagesmüdigkeit und zusätzlichen Erstickungsängsten in



der Nacht. In ihrem täglichen Leben sei sie dadurch zur Zeit stark beeinträchtigt, weshalb sie dringend eine Therapie wünsche (act. G 3.9).

3.8 Die Datenauswertung liefert keine Anhaltspunkte, welche auf ein Versagen der CPAP-Therapie hindeuten würden. Bereits nach der UPPP vom 5. März 2014 zeigte sich eine Senkung des AHI von vormals 50 auf 40 Atmungsaussetzer pro Stunde gezeigt. Zwar klagte die Beschwerdeführerin im Verlauf der Behandlung über Panikattacken, es scheint jedoch, dass diese nie durch eine Polysomnographie festgehalten oder medizinisch abgeklärt worden sind. Auch kann den medizinischen Akten nicht entnommen werden, dass Massnahmen ergriffen worden sind, um der nächtlichen Atemnot zu begegnen. Die CPAP-Therapie wurde sodann als erfolgreich und nicht als unwirksam bezeichnet (act. G 3.7). Die Unverträglichkeit der Therapie wird in den Untersuchungen nur von der Beschwerdeführerin behauptet, ohne dass diese belegt worden ist. Ein Scheitern der CPAP-Therapie ist folglich nicht dargetan.

3.9 Als begleitende Massnahme zur Behandlung der Schlafapnoe wird ferner die Eindämmung sämtlicher Risikofaktoren empfohlen, darunter fallen u.a. Übergewichtigkeit (BMI >25kg/m²), Nikotinkonsum, Einnahme von Schlafmitteln und Alkoholkonsum vor dem zu Bett gehen (vgl. act. G 3.22, S3-Leitlinie S. 63, <<http://www.lungenliga.ch/de/krankheiten-ihre-folgen/schlafapnoe/behandlung.html>>,<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2699173/pdf/jcsm.5.3.263.pdf>>, abgerufen am 23. August 2017).

Die Beschwerdeführerin hat trotz mehrfachem Hinweis weder ihren Nikotin- noch Schlafmittelkonsum eingestellt. Auch war sie bei letztmaliger Untersuchung vom 8. Juni 2015 (nach erfolgter Umstellungsosteotomie) noch übergewichtig (BMI-Wert 29.2). Die Beschwerdeführerin bringt diesbezüglich vor, dass die Schlafapnoe durch den Nikotinstopp nicht geheilt werden könne. Sie habe ihren Nikotinkonsum bereits auf fünf Zigaretten pro Tag beschränkt, zudem habe sie ihren BMI reduziert, was keine Auswirkung auf den Schweregrad der Schlafapnoe gehabt habe. Es sei in der Literatur sodann kein BMI-Wert zu finden, bei welchem eine Schlafapnoe nicht mehr auftrete (act. G 5). Die Beschwerdeführerin läuft fehl in der Annahme, dass diese Massnahmen in erster Linie auf die vollständige Heilung der Schlafapnoe abzielen, vielmehr soll dadurch eine Linderung der Symptome erreicht werden, um die bestmögliche



Ausgangslage für eine Behandlung schaffen zu können. Der medizinischen Literatur ist eine empfohlene Gewichtsreduktion von 10-15% zu entnehmen (S3-Leitlinien S. 63 <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>

PMC2699173/pdf/jcsm.5.3.263.pdf>, abgerufen am 23. August 2017).

4.

4.1 Fraglich ist, ob ein postoperatives kieferorthopädisches Gutachten andere Rückschlüsse als die eben gemachten zuliesse.

4.2 Die Beschwerdeführerin stützt sich zur Untermauerung ihres Begehrens um Einholung eines Gutachtens auf die Rechtsprechung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen sowie des Bundesgerichts ab. Sie verkennt bei Verweis auf den Entscheid des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 3. September 2013, KV 2012/21, jedoch, dass es sich beim angeordneten Gutachten um ein präoperatives handelte. Dieses hätte medizinische Abklärungen zugelassen, insbesondere bezüglich der Schwere der diagnostizierten Retrognathie sowie der allfälligen Behandlung mittels Protrusionsschiene. Zwar liegt im konkreten Fall eine präoperative Röntgenaufnahme vor (act. G 3.5), diese lässt jedoch keine diesbezüglichen Erkenntnisse zu. Aufgrund der irreversiblen Veränderung des Kiefers können kaum mehr aussagekräftige Feststellungen über die Auswirkungen anderer Behandlungsalternativen gemacht werden. In diesem Sinne ist auch das angesprochene Urteil des Bundesgerichts vom 30. April 2009 (BGE 130 V 299) nicht einschlägig, da in jenem Fall eine konservative Massnahme bereits erfolgreich begonnen worden war und die Operation nur indirekt zur Behebung des Leidens (Rückenschmerzen aufgrund der Mammahypertrophie) führte. Auf ein postoperatives kieferorthopädisches Gutachten ist daher zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 148 E. 5.3).

5.

5.1 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Umstellungsosteotomie im Vergleich mit den genannten Massnahmen nicht als zweckmässiger erachtet werden kann. Die Beschwerdeführerin hätte sich in erster Linie den Massnahmen zur Anpassung der CPAP-Therapie unterziehen müssen. Bei einem vollständigen Versagen, das nicht



bewiesen ist, wäre als weitere nichtoperative und weniger risikoreiche Behandlungsalternative eine Behandlung mittels kieferorthopädischer Protrusionsschiene indiziert gewesen. Zudem wären die Begleitmassnahmen (Gewichtsreduktion, Nikotinstopp und Einstellung der Schlafmitteleinnahme) zu ergreifen gewesen, was im Weiteren auch der im Sozialversicherungsrecht geltenden allgemeinen Schadenminderungspflicht entsprochen hätte.

5.2 Die Prüfung des Wirtschaftlichkeitskriteriums im Zusammenhang mit der Umstellungsosteotomie erübrigt sich bei diesem Ergebnis.

6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind gemäss Art. 61 Bst. a Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) keine zu erheben.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.