

S2 13 64

URTEIL VOM 13. MÄRZ 2014

**Kantonsgericht Wallis
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

Besetzung: Dr. Lionel Seeberger, Präsident; Eve-Marie Dayer-Schmid und Thomas Brunner, Kantonsrichter; Petra Stoffel, Gerichtsschreiberin

in Sachen

X _____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt A _____

gegen

Y _____ **KRANKENKASSE AG**, Beschwerdegegnerin

(Zahnschaden)

Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 30. April 2013

Verfahren und Sachverhalt

A. Der am 24. Oktober 1938 geborene X_____ ist bei der Y_____ Krankenkasse AG (fortan Y_____) für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert. Am 22. Oktober 2006 stolperte er während seines Ferienaufenthaltes in B_____ im Treppenhaus und stürzte. Der Versicherte konsultierte am 23. Oktober 2006 Dr. med. dent. C_____ in D_____/B_____. In der Folge fanden diverse weitere Nachbehandlungen bei diesem Zahnarzt statt. Er meldete den Unfall bei der Notrufzentrale, die ihm am 25. Oktober 2006 die Unfallanzeige zukommen liess. Diese von ihm vom 31. Oktober 2006 datierte Anzeige ging am 7. November 2006 bei der Y_____ ein, wobei der Versicherte als Verletzung zwei abgebrochene Schneidezähne am Unterkiefer und zwei lockere Backenzähne (je einer am Unter- bzw. Oberkiefer) angab. Er nannte weiter als behandelnden Zahnarzt Dr. C_____ und ergänzte unter der Rubrik „Weiterbehandlung“ die Bemerkung „Nochmal am 10. November 2006 zu Dr. C_____“.

B. Im Dezember 2007 übermittelte der Versicherte der Y_____ die Zahnarztrechnung, wobei sich die Behandlungskosten auf Euro 12'600.-- beliefen. Einleitend hielt Dr. C_____ fest: „Trauma accidentale avvenuta verosimilmente in data 22/10/2006 da caduta. Presenta alla nostra osservazione sublussazione dentaria multiple de arcata superiore e inferiore, gengivite in atto. (gengive sanguinante). Inoltre presentano parsile frattura del elemento 12 ma è stabile con dolore acuto. Abbiamo eseguiti seguenti trattamenti: In data 23/10/06: Estrazione di radice inferiore 32-42, (trovandola impossibile di recuperare per instabilità e frattura). Chirurgia mucogengivale arcata inferiore, punto di sutura, terapia compressiva e terapia medica.“ Als Behandlungszeitraum wurde der 23. Oktober 2006 bis 23. Juli 2007 genannt. Infolgedessen ersuchte die Y_____ am 27. März 2008 den Versicherten um Zustellung der Röntgenbilder sowie der Bekanntgabe des Zahnarztes in der Schweiz. Am 2. Mai 2008 forderte die Y_____ die Beantwortung ihres Schreibens vom 27. März 2008. Mit Schreiben vom 4. Juni 2008 legte der Versicherte dar, er sei, nachdem er ins Wallis gezogen sei, anfänglich bei Dr. med. dent. E_____ in Behandlung gewesen, nach dessen Berufsaufgabe hätten ihn sämtliche Praxen in F_____ und G_____ als Neukunden abgewiesen, weshalb er sich zuerst in H_____ und anschliessend in I_____ habe zahnärztlich behandeln lassen. Notfallmässige Behandlungen seien bei den Dres. med. dent. J_____, K_____ und L_____ durchgeführt worden. Nach dem Unfall im Oktober 2006 habe er erneut niemanden im Raum F_____/G_____ gefunden, weshalb er auf Rat der angefragten Zahnärzte

die Behandlung in D_____ weitergeführt habe, obwohl er dafür mehr Zeit und Geld habe aufbringen müssen. Die verlangten Röntgenbilder würden von Dr. C_____ nachgeliefert werden. Am 14. Juni 2008 teilte der Versicherte mit, dass das Röntgenbild vorläufig nicht auffindbar sei. Mit Schreiben vom 27. Juni 2008 legte die Y_____ ihrerseits dar, damit Leistungen erbracht werden könnten, müsse ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der späteren Behandlung bestehen. Dies könne aufgrund der fehlenden Unterlagen nicht geprüft werden, weshalb die Kostenübernahme abgelehnt werde. Aus der Zusatzversicherung würden Fr. 300.-- pro Kalenderjahr vergütet. Am 5. Juli 2008 ersuchte der Versicherte um Aufschub des „Schlussentscheides“, da Dr. C_____ ihm zugesichert habe, dass das Röntgenbild gefunden werde.

C. Die Y_____ bestätigte am 8. Dezember 2011, dass sie sämtliche Unterlagen erhalten hatte. Aufgrund des Röntgenbildes vom 23. Oktober 2006, in dessen Besitz sie sei, sei ersichtlich, dass der Vorzustand nicht optimal gewesen sei. Die gesamte Bezahnung sei nicht optimal. Die betroffenen Unfallzähne sowie die gesamte Restbezahnung würden eine erhebliche parodontale Schädigung (Parodontose) sowie viele kariöse Defekte aufweisen. Der Unfall sei nur der auslösende Faktor für die Zahnbehandlung gewesen. Aus diesem Grund werde die Kostenübernahme aus der obligatorischen Krankenversicherung abgelehnt. Mit Schreiben vom 3. Juni 2012 erklärte sich der Versicherte damit nicht einverstanden. Er habe in den letzten 5 Jahren nie einen Zahn behandeln müssen. Alle Zähne seien im Zeitpunkt des Unfalls in gutem Zustand gewesen.

D. Mit Verfügung vom 29. August 2012 lehnte die Y_____ eine Leistungspflicht aus der obligatorischen Unfalldeckung ab. Die betroffenen Unfallzähne sowie die gesamte Restbezahnung würden erhebliche parodontale Schädigungen (Parodontose) zeigen. Ferner handle es sich beim behandelnden Arzt Dr. C_____ nicht um einen in der Schweiz praktizierenden Zahnarzt. Schliesslich sei die Angelegenheit verjährt. Die dagegen am 28. September 2012 eingereichte Einsprache wies die Y_____ mit Entscheid vom 30. April 2013 ab. Darin legte sie dar, eine Leistungspflicht sei mangels adäquaten Kausalzusammenhangs zu verneinen, da die vom Unfall betroffenen Zähne derart geschwächt gewesen seien, dass sie selbst einer normalen äusseren Einwirkung nicht standgehalten hätten. Mehrere Zähne hätten wegen einer gut erkennbaren Parodontose gewackelt, weshalb der Unfall nur der auslösende Faktor für eine Zahnbehandlung gewesen sei. Ferner habe nicht geklärt werden können, welcher Zahn nun beim Unfall genau beschädigt worden sei. Es würden seitens des Versicher-

ten und des behandelnden Zahnarztes drei unterschiedliche Angaben gemacht (gebrochene Zähne im Unterkiefer, Fraktur bei Zahn 12 und schwer geschädigte Backenzähne). Im Weiteren würden die Kosten für Behandlungen im Ausland nur bei ausgewiesenen Notfällen vergütet. Somit könnten, wenn überhaupt, nur die ersten Behandlungen vom 23.-25. Oktober 2006 vergütet werden. Die Anmeldung zum Bezug der Leistungen sei hingegen nicht verwirkt gewesen.

E. Gegen diesen Entscheid reichte X_____ am 31. Mai 2013 (Poststempel) bei der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts Wallis Beschwerde ein mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Behandlungskosten seien zu übernehmen. In jedem Fall seien die Behandlungskosten ohne Prothesekosten von der Y_____ zurückzuerstatten. Die Y_____ beantragte in ihrer Beschwerdeantwort vom 2. Juli 2013 die Abweisung der Beschwerde. Replizierend führte der Versicherte am 30. September 2013 aus, von Parodontose sei in der Rechnung des behandelnden Arztes nicht die Rede, und er hinterlegte ein Schreiben des Zahnarztes vom 29. September 2013. Auch sei die Unfallanzeige korrekt gewesen, jedoch seien das Ausmass und der Verlauf damals noch nicht absehbar gewesen. In ihrer Duplik vom 4. November 2013 hielt die Y_____ abschliessend fest, dass sich die Beweisführung auf die Frage beschränke, ob ein Beitrag an die Notfall-Erstversorgung auszurichten sei. Die Y_____ sei bereit, dem Beschwerdeführer die Kosten dieser Notfallversorgung im Betrag von Euro 1'200 zu vergüten (Behandlung vom 23. und Röntgen vom 24. Oktober 2006). Für alle weiteren Ansprüche beantrage sie die Abweisung. Am 9. Dezember 2013 gab der Versicherte ein Röntgenbild von Dr. M_____ vom 13. November 2013 zu den Akten. Am 11. Dezember 2013 hinterlegte die Y_____ eine Stellungnahme des Vertrauensarztes aufgrund des Röntgenbildes vom November 2013 und am 23. Dezember 2013 wurde der Schriftwechsel geschlossen.

Weitere Sachverhaltsdarstellungen, Parteibehauptungen sowie Begründungen sind, soweit rechtlich von Bedeutung, in den nachfolgenden Erwägungen aufgeführt.

Erwägungen

1. Die versicherte Person hat ihren Wohnsitz in G_____, mithin im Kanton Wallis. Die sachliche und örtliche Zuständigkeit der angerufenen Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts ist somit gegeben (Art. 58 Abs. 1 des Bundesge-

setzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 [ATSG], Art. 7 Abs. 2 des Gesetzes über die Rechtspflege vom 11. Februar 2009 [RPfG], Art. 1 Abs. 2 des Verfahrensreglements vom 2. Oktober 2001 [RVG] und Art. 81bis des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren und die Verwaltungsrechtspflege vom 6. Oktober 1976 [VVRG]). Der Beschwerdeführer ist vom angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schützwürdiges Interesse an dessen Aufhebung oder Änderung. Er ist somit zur Beschwerde legitimiert (Art. 59 ATSG). Auf die form- (Art. 61 lit. b ATSG) und fristgerecht (Art. 60 ATSG) eingereichte Beschwerde kann eingetreten werden.

2.

2.1 Die soziale Krankenversicherung gewährt Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft sowie bei Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt, das heisst sofern und soweit die Versicherung nicht zufolge entsprechender UVG-Deckung sistiert ist (Art. 1a Abs. 2 in Verbindung mit Art. 8 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 [KVG]). Dementsprechend übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten der Behandlung von Schäden des Kausystems, wenn diese durch einen Unfall verursacht worden sind (Art. 31 Abs. 2 KVG; Eugster, Krankenversicherung, in: Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 2. Aufl., Basel 2007, Rz. 452 ff.). Weitergehend fällt die zahnärztliche Behandlung nur unter den Schutz der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, wenn sie durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems oder durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist, oder wenn sie zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist (Art. 31 Abs. 1 lit. a-c KVG).

Der Leistungsanspruch umfasst nicht die zahnärztliche Behandlung als solche, wie dies in der Militärversicherung der Fall ist (Naturalleistungsprinzip); die Krankenkasse trifft vielmehr bei Bejahung der Leistungsvoraussetzungen nur die Pflicht, die zahnärztlichen Behandlungskosten nach Massgabe der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen zu vergüten (Art. 24 und 28 KVG; Kostenvergütungsprinzip; Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, Rz. 5 zu Art. 14 ATSG).

2.2 Gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG dürfen die Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine anderen Kosten als diejenigen für die Leistungen nach den Artikeln 25-33 KVG übernehmen. Gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG kann der Bundesrat bestimmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten von

Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 oder 29 KVG übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden. Er kann die Übernahme der Kosten von Leistungen, die im Ausland erbracht werden, begrenzen.

Gestützt auf Art. 34 Abs. 2 KVG hat der Bundesrat Art. 36 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) erlassen. Nach Abs. 1 dieser Bestimmung bezeichnet das Departement nach Anhören der zuständigen Kommission die Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 und 29 KVG, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Ausland übernommen werden, wenn sie in der Schweiz nicht erbracht werden können. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt sodann die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden. Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begeben (Abs. 2). Bis anhin hat das eidgenössische Departement des Innern eine Liste von Auslandsleistungen im Sinne von Art. 36 Abs. 1 KVV nicht erstellt. Nach der Rechtsprechung (BGE 128 V 75) ist trotz Fehlens einer Liste von Auslandsleistungen die gesetzliche Regelung genügend klar, um direkt angewendet werden zu können. Die Leistungen im Sinne der Art. 25 Abs. 2 und 29 KVG müssen allerdings einerseits dem Verhältnismässigkeitsgrundsatz entsprechen und tatsächlich nicht in der Schweiz erbracht werden können sowie andererseits den Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen (BGE 128 V 81 E. 4b, 131 v 275 E. 3.1).

Eine Ausnahme vom Territorialitätsprinzip gemäss Art. 36 Abs. 1 KVV in Verbindung mit Art. 34 Abs. 2 KVG setzt somit (den Notfall vorbehalten) den Nachweis voraus, dass entweder:

1. in der Schweiz überhaupt keine Behandlungsmöglichkeit besteht oder aber:
2. im Einzelfall eine innerstaatlich praktizierte diagnostische oder therapeutische Massnahme im Vergleich zur auswärtigen Behandlungsalternative für die betroffene Person erheblich höhere, wesentliche Risiken mit sich bringt und damit eine mit Blick auf den angestrebten Heilungserfolg medizinisch verantwortbare und in zumutbarer Weise durchführbare, mithin zweckmässige Behandlung in der Schweiz konkret nicht gewährleistet ist.

Bloss geringfügige, schwer abschätzbare oder gar umstrittene Vorteile einer auswärts praktizierten Behandlungsmethode, aber auch der Umstand, dass eine spezialisierte

Klinik im Ausland über mehr Erfahrung im betreffenden Fachgebiet verfügt, vermögen für sich allein noch keinen "medizinischen Grund" im Sinne von Art. 34 Abs. 2 KVG abzugeben (BGE 131 V 275 f. E. 3.2; Urteil des EVG K 39/01 vom 14. Oktober 2002 E. 1.3; vgl. auch BGE 127 V 147 E. 5 betreffend ausserkantonale Leistungen gemäss Art. 41 Abs. 2 KVG; Urteil des EVG I 303/98 vom 15. Januar 1999 betreffend Eingliederungsmassnahmen im Ausland gemäss Art. 9 und 13 IVG). Grundsätzlich dürfte es sich dabei um Fälle hoher technischer Spezialisierung oder um sehr seltene oder schwierige Behandlungen handeln, für welche auf Grund der Seltenheit der Krankheit in der Schweiz die notwendige diagnostische oder therapeutische Erfahrung fehlt (Eugster, a.a.O, Rz 180; vgl. Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich KV.2005.00058 vom 16. Mai 2006 E.3).

2.3 Laut Art. 31 Abs. 2 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten der Behandlung von Schäden des Kausystems, die durch einen Unfall verursacht worden sind. Die Frage der Unfallkausalität im Sinne dieser Bestimmung beurteilt sich im Wesentlichen nach den gleichen Grundsätzen wie im Bereich der Unfallversicherung: Vorausgesetzt ist zunächst, dass zwischen dem schädigenden Ereignis und dem behandelten Zahnleiden nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Hierfür massgebend sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht, nicht in gleicher Weise oder nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Es ist somit nicht erforderlich, dass der Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache der gesundheitlichen Störung ist; blosse Teilursächlichkeit - auch nur in zeitlich bestimmender Weise - genügt (vgl. zum Ganzen BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 402 E. 4.3.1 S. 406 mit Hinweisen; SVR 2005 KV Nr. 12 S. 41, K 69/02 E. 4.2). Sodann kann die Haftung der Versicherung nicht mit der Begründung ausgeschlossen werden, eine (körperliche) Gesundheitsschädigung sei weitestgehend einem massiven Vorzustand zuzuschreiben, und dem Unfallereignis komme demgegenüber nur untergeordnete Bedeutung zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_399/2008 vom 19. November 2008, E. 1.2 mit Hinweisen). Nur wenn aufgrund des Vorzustands ein alternativer, alltäglicher Belastungsfaktor zu annähernd gleicher Zeit dieselbe Gesundheitsschädigung hätte bewirken können, der Unfall mit andern Worten einen beliebigen und austauschbaren - im Ursache-Wirkungszusammenhang mithin bedeutungslosen - Anlass darstellt, ist die natürliche Unfallkausalität zu verneinen (Gelegenheits- oder Zufallsursache; zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 9C_242/2010 vom 29. November 2010 E. 3.2 und SVR 2007 UV Nr. 28 S. 94).

Bei Zahnschäden mit im Unfallzeitpunkt krankhaftem Vorzustand kann die adäquate Kausalität - analog zur natürlichen - nur dann verneint werden, wenn anzunehmen wäre, dass der durch einen krankhaften Vorzustand geschwächte Zahn zur annähernd gleichen Zeit selbst einer normalen Belastung nicht standgehalten hätte (vgl. BGE 114 V 169 E. 3b S. 171).

2.4 Gemäss Art. 27 ATSG sind schliesslich die Versicherungsträger und Durchführungsorgane der einzelnen Sozialversicherungen verpflichtet, im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereichs die interessierten Personen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären (Abs. 1). Gemäss Abs. 2 hat jede Person Anspruch auf grundsätzlich unentgeltliche Beratung über ihre Rechte und Pflichten. Dafür zuständig sind die Versicherungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind. Für Beratungen, die aufwendige Nachforschungen erfordern, kann der Bundesrat die Erhebung von Gebühren vorsehen und den Gebührentarif festlegen. Art. 27 Abs. 2 ATSG erfasst die im konkreten Einzelfall und bezogen auf eine einzelne Person erfolgende Information, weshalb sich der Anwendungsbereich der beiden ersten Absätze von Art. 27 ATSG gegenseitig klar abgrenzen lässt. Die Beratung schliesst somit ein, die laufenden Leistungsfälle zu kontrollieren (Kieser, a.a.O., 16 und 22 zu Art. 27 Rz.). Inhalt der Beratungspflicht kann u.a. sein, die versicherte Person auf die Rechtslage aufmerksam zu machen (SVR 2007 KV Nr. 14). Der Zweck der Beratungspflicht liegt darin, der interessierten Person ein Verhalten zu ermöglichen, dessen Rechtswirkungen die Voraussetzungen erfüllt, die der Gesetzgeber für das Recht auf den Leistungsbezug aufgestellt hat. Inhaltlich umfasst die Auskunft oder Beratung diejenigen Tatsachen, welche die aufklärungsbedürftige Person kennen muss, um ihre Rechte und Pflichten richtig wahrnehmen zu können. Die Beratungspflicht betrifft auch die massgebenden Umstände tatsächlicher und rechtlicher Art. Ihr Inhalt hängt gänzlich von der konkreten Situation ab, in welcher sich der Versicherte findet und wie sie für die Verwaltung erkennbar ist.

3. Unbestritten ist vorliegend, dass der Beschwerdeführer am 22. Oktober 2006 während seines Urlaubes in D_____ / B_____ einen Unfall erlitt. Streitig ist, ob er Anspruch darauf hat, dass ihm im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung gemäss KVG zahnärztliche Kosten für die dort ausgeführten Behandlungen von der Beschwerdegegnerin vergütet werden.

3.1 Der 1938 geborene Beschwerdeführer war im Zeitpunkt des Ereignisses vom Oktober 2006 der obligatorischen Unfallversicherung nicht unterstellt (vgl. Art. 1a Abs. 1 UVG). Gemäss Unfallanzeige ist er lediglich bei der Krankenkasse für Unfall versichert.

Die Beschwerdegegnerin ist daher für die Behandlung des zur Diskussion stehenden Zahnschadens grundsätzlich nach KVG leistungspflichtig, was sie zu Recht nicht bestreitet. Sie wendet jedoch ein, der Versicherte habe keinen Anspruch auf Rückerstattung der Behandlungskosten, weil es sich einerseits um eine „Wunschbehandlung“ des Versicherten im Ausland gehandelt habe, und andererseits es wegen des vorbeschädigten Zustandes des Gebisses (Parodontose) und dem missglückten Beweis, welche Zähne effektiv unfallbetroffen seien, an einem adäquaten Kausalzusammenhang fehle. Demgegenüber räumt sie ein, dass der Leistungsanspruch nicht verwirkt ist.

3.2. Rechtsgenügend ist erstellt, dass sich der Versicherte unverzüglich nach dem Unfallereignis vom Ausland aus telefonisch bei der Notrufzentrale der Beschwerdegegnerin meldete, worauf diese ihm am 25. Oktober 2006 die Unfallanzeige kommentarlos zukommen liess. Hinsichtlich des Telefongespräches kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen werden, dass der Versicherte der Beschwerdegegnerin dabei mitteilte, dass er sich in B_____ aufhalte, gestürzt sei und eine Behandlung in B_____ begonnen habe bzw. in Erwägung ziehe. Für den Krankenversicherer war im Übrigen aufgrund der Anrufnummer ohne weiteres erkennbar, dass der Anruf aus dem Ausland kam, was von ihm zu Recht nicht bestritten wird. Laut den glaubwürdigen Aussagen des Beschwerdeführers wurde sodann mündlich seitens der Y_____ erklärt, die Kosten der Behandlung - vorbehalten einer Prothese - würden übernommen. Es steht somit fest, dass der Beschwerdeführer wegen eines Ferienaufenthaltes seine unfallbedingte zahnmedizinische Behandlung im Oktober 2006 bei Dr. C_____ in B_____ begann, dies unverzüglich dem Krankenversicherer meldete und Letzterer ihm mündlich einen Leistungsanspruch zusicherte.

3.2.1 Es ist mithin unbestritten, dass der Beschwerdeführer in D_____ / B_____ in den Ferien weilte, als er am 22. Oktober 2006 im Treppenhaus stürzte und sich einen Zahnschaden zuzog. Insoweit ist erstellt, dass eine Notfallsituation gemäss Art. 36 Abs. 2 KVV eingetreten war und der Beschwerdeführer unmittelbar einer Behandlung in B_____ bedurfte. Jedenfalls begab er sich anfänglich nicht zum Zwecke der Behandlung ins Ausland. Aus diesem Grund sind die Kosten der Erstbehandlungen, d.h. diejenigen vom 23. bis und mit 25. Oktober 2006 vom Krankenversicherer zu übernehmen. Von einer „Wunschbehandlung im Ausland“ kann zumindest in Bezug auf diese Behandlungen keinesfalls gesprochen werden. Vielmehr bedurfte der Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung, weshalb die Y_____ die Rückerstattung des Betrages von Euro 2'700 zu Unrecht verweigerte.

3.2.2 Wie ferner unter Erwägung 2.4 dargelegt wurde, beinhaltet Art. 27 Abs. 2 ATSG eine im konkreten Einzelfall auszuübende Beratungspflicht der Versicherungsträger. Es stellt sich die Frage, ob diese in casu verletzt wurde, weil der Krankenversicherer den Versicherten nicht bereits anlässlich der Unfallmeldung auf den möglicherweise fehlenden Versicherungsschutz im Ausland im Falle einer Weiterbehandlung aufmerksam gemacht hat. Bejahendenfalls hat der Krankenversicherer nicht nur die Notfallbehandlungen zu übernehmen, sondern muss auch für die Kosten der Nachbehandlungen aufkommen.

3.2.2.1 In dem im Urteil des Bundesgerichts 9C_97/2009 vom 14. Oktober 2009 strittigen Fall begab sich ein Versicherter für zahnärztliche Behandlungen nach Frankreich, wobei er den Krankenversicherer über sein Vorhaben informiert hatte. Der Versicherer berief sich in der Folge auf die „Versichertenmitverantwortung“ und machte geltend, die Versicherten müssten wissen, dass der grösste Teil der Zahnarztkosten von der obligatorischen Krankenversicherung nicht übernommen würde. Der Ausnahmecharakter der Kostenübernahme einer Auslandbehandlung sei offenkundig (E. 3.3 des zitierten Urteils). Das Bundesgericht stellte demgegenüber in seinem Urteil klar, dass es einem Sozialversicherer unter Geltung von Art. 27 Abs. 2 ATSG verwehrt ist, sich zu Lasten des Versicherten auf die Fiktion allgemeiner Gesetzeskenntnis zu berufen, insbesondere in Gestalt des allgemeinen Grundsatzes, dass niemand Vorteile aus seiner eigenen Rechtsunkenntnis ableiten kann (E. 3.3). Die Beratungspflicht nach Art. 27 abs. 2 ATSG hänge vielmehr davon ab, ob der Sozialversicherer nach der ihm vorliegenden konkreten Situation über genügend Anzeichen verfüge, die ihm nach Massgabe des Grundsatzes von Treu und Glauben eine Beratungspflicht gegenüber dem Betroffenen auferlege. Im konkreten Fall verneinte das Bundesgericht bei der Kostenübernahme für eine Zahnbehandlung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung eine Pflicht des Betroffenen, die Rechtslage zu kennen. Es handle sich dabei um relativ komplexe Rechtsfragen. Auch die Berufung auf den offenkundigen Ausnahmecharakter der Kostenübernahme von im Ausland erbrachten Behandlungen müsse dem Krankenversicherer misslingen, da jene selbst dem zuständigen Sachbearbeiter nicht unmittelbar bekannt war (E. 3.3; vgl. auch Gächter/Siki, Sozialversicherungsrecht, Allgemeiner Teil - Entwicklungen 2009, 2010, E. Allgemeine Verfahrensbestimmungen, S. 85 ff.; ZBJV 147/2011 S. 79 f.). Weiter enthält das Urteil interessante Aussagen über den Zeitpunkt der Ausübung der Beratungspflicht. Im strittigen Fall hatte der Versicherte den Krankenversicherer am 18. Oktober 2006 erstmals und detailliert über die beabsichtigte Auslandbehandlung informiert, die am 20. November 2006 stattfinden sollte. Mit Schreiben vom 3. November 2006 hatte der Krankenversicherer mit dem ausländi-

schen Leistungserbringer Kontakt aufgenommen. Am 5. Dezember 2006 stellte der Versicherte weitere Unterlagen zu. Nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt verweigerte der Krankenversicherer mit Schreiben vom 28. Dezember 2006 bzw. mit Verfügung vom 26. Januar 2007 die Kostenübernahme. Das Bundesgericht urteilte nun, dass der Versicherer mit dem Korrespondenzwechsel der Beratungspflicht nach Art. 27 Abs. 2 ATSG nicht genügte. Der Versicherer hätte den Versicherten nach Erhalt des Schreibens vom 18. Oktober 2006 unverzüglich informieren müssen, dass eine Kostenübernahme nicht gesichert sei. In Nachachtung dieser Grundsätze habe daher der Versicherte im Prinzip Anspruch auf die Kostenübernahme der zahnärztlichen Behandlung im Ausland (E. 4.3). Allerdings sei beim Umfang der Nachteilsübernahme zu beachten, dass der Krankenversicherer mangels Kausalität jene Ausgaben des Versicherten nicht zu übernehmen habe, die aufgelaufen seien, bevor der Versicherte den Krankenversicherer informiert und bevor dieser Kenntnis von der Behandlung gehabt habe (E. 4.4).

3.2.2.2 Im hier strittigen Fall steht fest, dass sich der Versicherte unverzüglich nach dem Unfallereignis telefonisch vom Ausland bei der Y_____ meldete. Daraus und aus der Meldung vom 31. Oktober 2006 ergab sich klar und unmissverständlich, dass der Versicherte in Bezug auf die Unfallfolgen in B_____ in Behandlung war und beabsichtigte, die Weiterbehandlung „Nochmal am 10. November 2006“ bei Dr. C_____ weiterzuführen. Trotz dieser klarer Hinweise blieb der Krankenversicherer untätig. Erst nach Erhalt der Rechnung von Dr. C_____ im Februar 2008 verlangte die Y_____ am 27. März 2008 ein Röntgenbild und die Angaben des behandelnden Zahnarztes in der Schweiz. Konkrete Vorbehalte bezüglich allfälliger Probleme in Bezug auf eine Behandlung im Ausland und deren Kostenübernahme wurden auch zu diesem Zeitpunkt keine gemacht. In den nachfolgenden Korrespondenzen setzte die Y_____ den Schwerpunkt auf die Zustellung des Röntgenbildes und den Vorzustand der Zähne. Erstmals am 29. August 2012, also Jahre später, legte der Versicherer dar, die Behandlung hätte auch in der Schweiz durchgeführt werden können, weshalb die Kosten nicht übernommen würden.

Wie der Beschwerdeführer richtig ausführt, hätte die Unfallanzeige mit den eindeutigen Angaben zur Weiterbehandlung für den Versicherer gebührend Anlass geben müssen, den Versicherten darauf aufmerksam zu machen, dass die Kosten für Auslandbehandlungen nach der Notfallsituation vom Krankenversicherer nicht mehr vergütet würden. Korrekterweise hätte die Y_____ den Beschwerdeführer auffordern müssen, in- nert nützlicher Frist in die Schweiz zurückzukehren, andernfalls die Kostenübernahme

nicht gesichert sei. Der Beschwerdeführer hätte in diesem Fall die Behandlungen ab dem 6. November 2006 noch absagen können. Weil die Y_____ ihrer Beratungspflicht aber nicht in korrekter Weise nachkam, hat sie grundsätzlich für die Behandlungskosten ab November 2006 aufzukommen, die einzig durch die Verletzung der Aufklärungspflicht im Ausland entstanden sind.

3.3 Was schliesslich die Frage der von der Y_____ geltend gemachten Parodontose bzw. den desolaten Zustand der Zähne im Unfallzeitpunkt betrifft, vermag der Krankenversicherer diesen Beweis nicht zu erbringen. Einerseits gibt die Y_____ die von Dr. C_____ in der Rechnung vom 12. Oktober 2007 festgehaltenen Darlegungen nicht richtig wieder. Dr. C_____ spricht in der besagten Rechnung nicht von einer „auf den ersten Blick erkennbaren Parodontose“ oder, dass mehrere Zähne oben und unten „*nicht* unfallbedingt“ gewackelt hätten. Vielmehr hat sich der behandelnde Zahnarzt in seinen Darlegungen direkt auf den Unfall bezogen, welcher zur Verletzung mehrerer Zähne des Ober- und Unterkiefers geführt hat. Andererseits stand der Y_____ das Röntgenbild vom Oktober 2006 zur Verfügung. Dennoch fehlt es in den Akten an einer zahnärztlichen Beurteilung dieses Röntgenbildes. Die Behauptung der Y_____, dass die Zähne im hier massgebenden Zeitpunkt des Unfalls derart geschwächt gewesen seien, dass diese selbst einer normalen äusseren Einwirkung nicht standgehalten hätten, ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegt. Daran ändert auch die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte Stellungnahme von Dr. med. N_____ vom 9. Dezember 2013 nichts, zumal ihm das Röntgenbild vom Oktober 2006 nicht zur Verfügung stand.

Bei Zahnschäden mit im Unfallzeitpunkt krankhaftem Vorzustand kann aber die adäquate Kausalität nur dann verneint werden, wenn anzunehmen ist, dass die durch einen krankhaften Vorzustand geschwächten Zähne zur annähernd gleichen Zeit selbst einer normalen Belastung nicht standgehalten hätten (vgl. dazu Erwägung 2.3). Zur Begründung der angeblich jederzeit möglichen Luxation der Zähne wird seitens der Vertrauensärzte der Y_____ einzig auf die parodontale Schädigung der Zähne hingewiesen. Diese mag jedoch für sich allein nicht zu belegen, dass ein alltäglicher Belastungsfaktor zur annähernd gleichen Zeit dieselbe Gesundheitsschädigung bewirkt hätte, zumal der Beschwerdeführer glaubhaft darlegte, dass die Zähne vor dem Unfall hinreichend stabil und funktionstüchtig waren und er bis zum Unfallzeitpunkt keine Probleme beim normalen Kauakt hatte. Vor diesem Hintergrund ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass das Gebiss des Beschwerdeführers im Unfallzeitpunkt für normale Belastungen stabil resp. funktionstüchtig war und das Er-

eignis vom Oktober 2006, welches im Übrigen nach der allgemeinen Lebenserfahrung und dem gewöhnlichen Lauf der Dinge geeignet war, grössere Zahnschäden von der Art des Eintretenen zu bewirken, zumindest zu einer richtunggebenden Verschlimmerung der Zahnsituation geführt hat. Dem Unfall vom Oktober 2006 kam mithin hinsichtlich Art oder Zeitpunkt der konkreten Schädigung zumindest teilweise eigenständige Bedeutung zu, womit die Unfallkausalität als erstellt gilt.

Auf zusätzliche Abklärungen kann ohne Bundesrechtsverletzung verzichtet werden, da davon keine neuen Erkenntnisse, namentlich auch keine zusätzlichen Röntgenbilder aus der Zeit vor und unmittelbar nach dem Unfallereignis, zu erwarten sind, welche dieses Ergebnis umzustossen vermöchten. Offen gelassen kann schliesslich die Frage, ob eine allfällige Behandlung in der Schweiz mit höheren Kosten verbunden gewesen wäre.

3.4 Der Beschwerdeführer stellte einen Gesamtbetrag von Euro 12'600 in Rechnung, wobei (Datum vom 4. Juni 2007) ein Betrag von Euro 5'400 für eine Prothese betreffend die Elemente 12 bis 17 und ein solcher von Euro 500 (Datum vom 23. April 2007) für Vorbereitungsarbeiten geltend gemacht wurde. Gemäss der Rechnung von Dr. C_____ war der Zahn 12 zwar angebrochen, aber stabil. Am 11. Dezember 2006 wurden die Zähne 15 und 16 gezogen. Weshalb sich der Versicherte schliesslich bezüglich der Verletzungen im rechten Oberkiefer für eine Brücke von Element 12 bis 17 entschieden hat, ist nicht nachvollziehbar. Der Nachweis, dass diesbezüglich das Unfallereignis kausal war, konnte vom Beschwerdeführer nicht erbracht werden, weshalb schon aus diesem Grund die Haftung des Krankenversicherers für diese Sanierungsvariante mittels Brücke abgelehnt werden muss.

Des Weiteren ist in casu beim Umfang der Nachteilsübernahme basierend auf dem Grundsatz von Treu und Glauben zu beachten, dass der Beschwerdeführer, wie er selber darlegt, im Rahmen des telefonischen Erstgespräches von der Y_____ aufgeklärt worden war, dass die Prothesekosten nicht übernommen würden. Eine Berufung auf den Grundsatz von Treu und Glauben entfällt. Mithin braucht der Krankenversicherer mangels Kausalität jene Ausgaben des Versicherten nicht zu übernehmen, die im Zusammenhang mit der Brücke betreffend die Elemente 12 bis 17 aufgelaufen sind. Gemäss Rechnung betrifft dies einen Betrag von Euro 5'900 (Euro 500 [23. April 2007] + Euro 5'400 [4. Juni 2007]).

4. Nach dem Gesagten hat die Y_____ die Behandlungskosten der Rechnung vom 12. Oktober 2008 ohne die Prothese- und Folgekosten zu übernehmen. Die Be-

schwerde ist somit in diesem Sinne gutzuheissen. Da sich der Rechtsanspruch des Beschwerdeführers aus der Verletzung der Beratungspflicht ableitet, kann auf die Abnahme weiterer Beweismittel zum Gesundheitszustand der Zähne verzichtet werden.

5. Da der Beschwerdeführer teilweise obsiegt, steht ihm eine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG). Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat die Y_____ dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'200.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen (Art. 4 GTar). Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

Das Kantonsgericht erkennt

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung aufgehoben. Die Y_____ übernimmt die Behandlungskosten (ohne die Prothesekosten von Euro 5'900) der Rechnung vom 12. Oktober 2008 im Betrag von Euro 6'700.
2. Die Y_____ bezahlt dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1'200.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer).
3. Für diesen Entscheid werden keine Kosten erhoben.

Sitten, 13. März 2014