

S2 13 51

URTEIL VOM 3. FEBRUAR 2014

**Kantonsgericht Wallis
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

Es wirken mit: Kantonsrichter/in Dr. Lionel Seeberger, Präsident, Eve-Marie Dayer Schmid, J.-P. Zufferey; Gerichtsschreiberin, Petra Stoffel

in Sachen

X_____, Beschwerdeführer

gegen

Y_____ **GESUNDHEITSGRUPPE**, Beschwerdegegnerin

(Zahnschaden)

Beschwerde gegen den Entscheid vom 28. März 2013

Verfahren und Sachverhalt

A. Der am xxx 1941 geborene X_____ ist bei der Y_____ Gesundheitsgruppe (Y_____) für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert. Am 28. September 2012 stolperte er bei einer Wanderung über ein Metallteil und stürzte eine Treppe hinunter. Die entsprechende „Unfallanzeige“ erfolgte am 14. Dezember 2012, nachdem der Versicherte die periodische Zahnhygiene-Behandlung durchgeführt hatte, wobei die Lockerung der Oberkiefer-Frontbrücke festgestellt worden war. Dr. med. dent. A_____ nannte als Schaden eine Kronenfraktur ohne Pulpabeteiligung bei Zahn 13, eine Wurzelfraktur bei Zahn 15 und eine Kronenfraktur bei Zahn 21 mit Pulpabeteiligung bei bestehender Brücke 15x13xxx21x23.

B. Für die Zahnsanierung erstellte er am 17. Dezember 2012 einen Kostenvorschlag, der sich ohne die Laborkosten auf Fr. 7'090.70 belief. Diese Behandlungsvariante sah drei Implantate vor. Unter der Rubrik „Vorschläge für die Zwischenbehandlung - vorsorglich weiterer Verlauf“ vermerkte er weiter: „Unfallsituation mit diversen Behandlungsmöglichkeiten. Eventuell Rücksprache mit dem Vertrauensarzt“. Der Kostenvorschlag des Zahntechnikers vom 22. Januar 2013 belief sich auf zusätzliche Laborkosten von Fr. 6'284.10, womit ein Gesamtotal von Fr. 13'374.80 resultierte. Die Y_____ unterbreitete in der Folge die Akten ihrem Vertrauensarzt Dr. med. dent. B_____, der ergänzende Unterlagen anforderte. Am 1. Februar 2013 erstellte Dr. A_____ einen weiteren Kostenvorschlag, der zwei Implantate plus eine Hybridprothese vorsah und sich insgesamt (einschliesslich Laborkosten) auf Fr. 8'605.50 belief. Mit Schreiben vom 13. Februar 2013 an die Y_____ legte der Vertrauensarzt dar, er schlage eine abnehmbare, aber mit auf wie Implantate versehene Verankerung vor. Dieser Vorschlag belaufe sich gemäss Kostenvoranschlag von Dr. A_____ auf Fr. 8'605.50. Dieser habe aber ausgeführt, dass der Patient eine festsitzende Lösung bevorzuge.

C. In ihrer Mitteilung an den Versicherten erklärte die Y_____ am 14. Februar 2013, es würden lediglich Kosten in der Höhe von Fr. 8'605.50 übernommen. Mit Schreiben vom 22. Februar 2013 ergänzte sie, bei mehreren möglichen Behandlungen werde eine Abwägung zwischen den Kosten und dem Nutzen der einzelnen Vorkehrungen vorgenommen, wobei von zwei gleichermassen zweckmässigen Behandlungen grundsätzlich nur die kostengünstigere als notwendig und wirtschaftlich gelte. Mit Verfügung vom 12. März 2013 hielt die Y_____ fest, die Leistungspflicht des Kran-

kenversicherers bei Zahnunfällen sei grundsätzlich zu bejahen, sofern die beanspruchte dental-medizinische Behandlung als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich eingestuft werden könne. Bei mehreren möglichen Behandlungen sei grundsätzlich die kostengünstigere zu berücksichtigen. Es bestehe kein Anspruch auf Versorgung mit Implantaten, wenn die Kaufähigkeit auch mit einer herkömmlichen prothetischen Versorgung wiederhergestellt werden könne. Im vorliegenden Fall erweise sich die vom Vertrauensarzt vorgeschlagene Lösung als gleichermassen zweckmässige Behandlung, welche jedoch billiger als die vom Versicherten bevorzugte Luxusvariante sei. Folglich sei sie bereit, den Betrag von Fr. 8'605.50 nach KVG abzurechnen, eine weitergehende Zahlung werde jedoch abgelehnt. Damit erklärte sich der Versicherte am 25. März 2013 nicht einverstanden und wies darauf hin, dass die vorgeschlagene Lösung zwar wirtschaftlich sei, jedoch nicht zweckmässig und ungenügend wirksam. Ausserdem entspreche die vorgeschlagene Behandlung nicht der früheren Versorgung. Er könne daher die Billigvariante als Ersatz für die bisherige festsitzende Variante nicht akzeptieren. Im Einspracheentscheid vom 28. März 2013 hielt die Y_____ an ihrem Standpunkt fest.

D. Gegen diesen Entscheid reichte X_____ am 3. Mai 2013 (Poststempel) bei der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgericht Wallis Beschwerde ein mit dem Antrag, der Vertrauensarzt solle aufgrund der zwischenzeitlich eingeholten Zweitmeinung bei Dr. med. dent. C_____ erneut die Akten prüfen. In jedem Fall sei der Entscheid des Krankenversicherers aufzuheben. Der Beschwerde lag das Schreiben von Dr. A_____ an den Versicherten vom 29. April 2013 bei, gemäss welchem der Zahnarzt die festsitzende Behandlungsvariante als wirksam, zweckmässig und der bisherigen Versorgung am besten entsprechende betrachtete.

Die Y_____ beantragte in ihrer Beschwerdeantwort vom 14. Mai 2013 die Abweisung der Beschwerde. Replizierend führte der Versicherte am 14. Juni 2013 aus, der Krankenversicherer verkenne, dass es sich vorliegend um einen Unfall handle, und er durch die nicht festsitzende Behandlungsvariante keinen Zugewinn habe, sondern eine massive Verschlechterung akzeptieren müsse. Nachdem die Y_____ auf eine Duplik verzichtet hatte, wurde der Schriftenwechsel am 14. August 2013 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 D_____, mithin im Kanton Wallis. Die sachliche und örtliche Zuständigkeit der angerufenen Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts ist somit gegeben (Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes 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; G. Eugster, Krankenversicherung, in: U. Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 2. Aufl., Basel 2007, S. 550 ff. 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 Militär- oder Unfallversicherung der Fall ist (Naturalleistungsprinzip); die Krankenkasse trifft vielmehr bei Bejahung der Leistungsvoraussetzungen nur die Pflicht, die zahnärztlichen Behandlungskosten nach Massgabe der einschlägigen ge-

setzlichen Bestimmungen zu vergüten (Art. 24 und 28 KVG; Kostenvergütungsprinzip; U. Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, Rz. 5 zu Art. 14 ATSG).

2.2 Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG). Diese Legaldefinition gilt seit dem 1. Januar 2003 auch im Gebiet der obligatorischen Krankenversicherung (Art. 1 Abs. 1 KVG). Sie führt, wie schon die bis Ende 2002 in Kraft gestandenen Art. 9 Abs. 1 UVV und Art. 2 Abs. 2 KVG (BGE 129 V 402 E. 2.1 S. 404, 122 V 230 E. 1 S. 232), die ständige Rechtsprechung zum Unfallbegriff weiter, an deren Geltung sich mit dem Inkrafttreten des ATSG zu Beginn des Jahres 2003 also nichts änderte (RKUV 2004 Nr. U 530 S. 576 = SVR 2005 UV Nr. 2 S. 4; BBl 1999 S. 4544 f.; U. Kieser, a.a.O., Rz. 2 ff. zu Art. 4 ATSG).

3. Unbestritten ist vorliegend, dass der Beschwerdeführer am 28. September 2012 einen Unfall erlitt. Streitig und zu prüfen ist hingegen, ob er Anspruch darauf hat, dass ihm im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung gemäss KVG zahnärztliche Kosten für ein zusätzliches drittes Implantat vergütet werden.

3.1 Der Beschwerdeführer befand sich im Zeitpunkt des Ereignisses vom September 2012 im Ruhestand und war der obligatorischen Unfallversicherung daher nicht mehr unterstellt (vgl. Art. 1a Abs. 1 UVG). Ferner besteht laut Akten auch keine auf freiwilliger Basis abgeschlossene Unfallversicherung. 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 eine Luxusvariante.

3.2 Art. 24 KVG verpflichtet die Krankenkassen, die Kosten für die in den Art. 25-31 KVG aufgelisteten Leistungen nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen. In Bezug auf die Zahnärzte hat das Bundesgericht festgehalten, dass Zahnärzte nicht nur als Leistungserbringer von zahnärztlichen Behandlungen im engeren Sinne auftreten, also von Behandlungen, die den Zahn und das Parodont betreffen, sondern dass sie üblicherweise auch Behandlungen im Bereich der Mundhöhle ausführen, die als ärztliche Leistungen im Sinne von Art. 25 Abs. 2 KVG zu qualifizieren sind, und dass die Krankenkassen für solche Behandlungen unter den gleichen Voraussetzungen leistungspflichtig sind, wie wenn ein Arzt sie vornehmen würde. Sowohl die Kostenübernahme nach Art. 25 KVG als auch die Kostenübernahme nach Art. 31 KVG steht aber

unter der generellen Voraussetzung nach Art. 32 KVG, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss (Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantonsgerichts Zürich vom 26. August 2004 E. 3.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_242/2010 vom 29. November 2010 E. 4.4). Die Krankenkasse trifft mithin bei Bejahung der Leistungsvoraussetzungen die Pflicht, die zahnärztlichen Behandlungskosten nach Massgabe der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen zu vergüten (Kostenvergütungsprinzip).

3.3 In diagnostischer Hinsicht ergibt sich aus dem Kostenvoranschlag von Dr. A_____, dass der Versicherte eine Kronenfraktur ohne Pulpabeteiligung bei Zahn 13, eine Wurzelfraktur bei Zahn 15 und eine Kronenfraktur bei Zahn 21 mit Pulpabeteiligung bei bestehender Brücke 15x13xxx21x23 erlitt. Dies wurde in den Akten an keiner Stelle in Frage gestellt.

Die Beschwerdegegnerin hat zutreffend dargelegt, dass die Behandlung mittels zwei Implantaten und einer Hybridprothese eine taugliche Lösung darstellt. Der Beschwerdeführer macht geltend, mittels einer weiteren dritten festen Prothese würde ein besseres Ergebnis erzielt, welches der bisherigen Versorgung entspreche. Wie die Beschwerdegegnerin richtig ausgeführt hat, hat bei mehreren möglichen Behandlungen eine Abwägung zwischen den Kosten und dem Nutzen der einzelnen Vorkehren stattzufinden, wobei von zwei gleichermassen zweckmässigen Behandlungen grundsätzlich nur die kostengünstigere als notwendig und wirtschaftlich gilt (Urteil des Bundesgerichts K 4/03 vom 21. März 2003 E. 3 mit Hinweisen). Dementsprechend besteht kein Anspruch auf Versorgung mit Implantaten, wenn die Kaufähigkeit auf zweckmässige und kostengünstigere Weise auch mit einer prothetischen Versorgung wiederhergestellt werden kann, dies selbst dann, wenn das Setzen von Implantaten Vorteile für die versicherte Person aufweist (Urteil des Bundesgerichts K 4/03 vom 21. März 2003 E. 3 mit Hinweisen). Dies trifft in casu zu. Wie von der Beschwerdegegnerin richtig ausgeführt, setzt die bisherige Versorgung keinen Leistungsstandard. Der Krankenversicherer hat einzig dafür zu sorgen, dass die Kauffunktion wiederhergestellt wird. Hält das Gebiss des Versicherten mittels der vorgeschlagenen Lösung alltäglichen Belastungen stand, was vorliegend unbestritten und aufgrund der Stellungnahme des Vertrauensarztes der Y_____ belegt ist, und ist so die Kaufähigkeit wiederhergestellt, hat daher der Versicherer die Übernahme weiterer Kosten abzulehnen. Zwar hat das Kantonsgericht durchaus Verständnis für den Wunsch des Versicherten, mit der bestmöglichen Behandlungslösung den Vorzustand wieder herzustellen. Nach dem Gesetz be-

steht dafür jedoch keine umfassende Versicherungsdeckung, weshalb der Beschwerdeführer für die damit verbundenen Mehrkosten selber aufzukommen hat.

3.4 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, S. 212, Rz 450; Kölz/Häner/Bertschi, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. Aufl., S. 52, Rz 153 und S. 190, Rz 537; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., S. 274; vgl. auch BGE 122 II 469 E. 4a, 122 III 223 E. 3c, 120 Ib 229 E. 2b, 119 V 344 E. 3c mit Hinweis). In einem solchen Vorgehen liegt kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 BV (BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d mit Hinweis). Vorliegend ermöglicht es das vorhandene Dossier ohne weiteres und ohne zusätzliche Abklärungen, eine objektive und zuverlässige Beurteilung vorzunehmen. Die Abnahme weiterer Beweise (Zeugeneinvernahmen, Parteiverhör, Gutachten) würde am Ergebnis nichts ändern, weshalb darauf verzichtet wird.

4. Nach dem Gesagten hat die Y_____ zu Recht die Übernahme weiterer Kosten abgelehnt und einen Anspruch auf eine festsitzende Prothese verneint. Die dagegen erhobene Beschwerde ist demnach abzuweisen.

5. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

Das Kantonsgericht erkennt

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

Sitten, 3. Februar 2014