

VBE.2023.4 / mg / fi

Art. 38

Urteil vom 23. Mai 2023

Besetzung Oberrichterin Gössi, Präsidentin
Oberrichterin Peterhans
Oberrichterin Fischer
Gerichtsschreiber Güntert

Beschwerde- **A.** _____
führer vertreten durch Dr. iur. Thomas Grieder, Rechtsanwalt,
Badenerstrasse 21, Postfach, 8021 Zürich 1

Beschwerde- **Atupri Gesundheitsversicherung**, Zieglerstrasse 29, 3000 Bern
gegnerin

Gegenstand Beschwerdeverfahren betreffend KVG
(Einspracheentscheid vom 17. November 2022)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Der 2002 geborene Beschwerdeführer ist bei der Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert. Mit Kostengutsprachege such vom 7. April 2022 teilte das Universitätsspital B., Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, der Beschwerdegegnerin mit, aufgrund einer seit Geburt bestehenden Grunderkrankung des Beschwerdeführers sei die Entfernung der Weisheitszähne in einem stationären Setting geplant, und ersuchte um Kostengutsprache für die beim Beschwerdeführer vorgesehene zahnärztliche Behandlung. Mit Schreiben vom 2. Mai 2022 lehnte die Beschwerdegegnerin die Kostenübernahme gestützt auf die Stellungnahme ihres Vertrauensarztes ab. Auf das am 3. Mai 2022 gestellte Wiedererwägungsgesuch hin hielt die Beschwerdegegnerin nach erneuter Vorlage der Unterlagen an den Vertrauensarzt mit Schreiben vom 13. Mai 2022 an der Ablehnung der Kostenübernahme vom 2. Mai 2022 fest. Nachdem der Beschwerdeführer eine anfechtbare Verfügung verlangt hatte, lehnte die Beschwerdegegnerin eine Kostenübernahme mit Verfügung vom 13. Juni 2022 ab. Die dagegen erhobene Einsprache wies sie nach Rücksprache mit ihrem Vertrauensarzt mit Einspracheentscheid vom 17. November 2022 ab.

2.

2.1.

Mit fristgerecht dagegen erhobener Beschwerde vom 3. Januar 2023 stellte der Beschwerdeführer folgende Anträge:

- "1. Die Verfügung vom 13. Juni 2022 sowie der Einspracheentscheid vom 17. November 2022 seien aufzuheben.
2. Es seien im Zusammenhang mit der Entfernung der Weisheitszähne 18, 28, 38 und 48 die Kosten durch die OKP zu übernehmen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin."

Zudem beantragte er eventualiter die Einholung eines unabhängigen medizinischen Gutachtens.

2.2.

Mit Vernehmlassung vom 19. Januar 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin das Gesuch des Beschwerdeführers um Kostenübernahme für die geplanten Zahnextraktionen betreffend die Weisheitszähne 18, 28, 38 und 48 zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit Einspracheentscheid vom 17. November 2022 (Vernehmlassungsbeilage [VB] 1) zu Recht abgewiesen hat.

2.

2.1.

Nach Art. 31 Abs. 1 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten der zahnärztlichen Behandlung nur, wenn diese durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems (lit. a) oder eine schwere Allgemeinerkrankung bzw. ihre Folgen bedingt (lit. b) oder zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist (lit. c). Vorausgesetzt wird, dass das Leiden Krankheitswert erreicht; die Behandlung ist nur so weit von der Versicherung zu übernehmen, wie es der Krankheitswert des Leidens notwendig macht (Art. 17 Ingress KLV in Verbindung mit Art. 33 lit. d KVV und Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG).

2.2.

2.2.1.

Betreffend die Erkrankung der Zähne als Teil des Kausystems gemäss Art. 17 lit. a KLV sind die Kosten einerseits bei Vorliegen eines idiopathischen internen Zahngranuloms von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen (Ziffer 1) und andererseits bei Verlagerung und Überzahl von Zähnen und Zahnkeimen mit Krankheitswert (z.B. Abszess, Zyste) (Ziffer 2). Nach der Rechtsprechung stellt der Krankheitswert gemäss Art. 17 lit. a KLV einen gegenüber dem allgemein definierten Begriff der Krankheit gemäss aArt. 2 KVG (heute Art. 3 Abs. 1 ATSG) qualifizierten Begriff dar, welchem Abgrenzungsfunktion zukommt, indem er die Behandlung nicht schwerer Erkrankungen der Zähne von der Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung ausschliesst (BGE 130 V 464 E. 3.2. S. 467 f.; Entscheid des Eidg. Versicherungsgerichts K 93/01 vom 4. Dezember 2001 E. 4. und 6a). Der qualifizierte Krankheitswert liegt nach der Rechtsprechung bei bleibender Dentition (bei Erwachsenen) in einem pathologischen Geschehen. Neben den in Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV in Klammern aufgeführten Beispielen des Abszesses und der Zyste kann das Erfordernis des qualifizierten Krankheitswerts in Form von pathologischem Geschehen bei Erscheinungsformen als erfüllt gesehen werden, die erhebliche Schäden an den benachbarten Zähnen, am Kieferknochen und an benachbarten Weichteilen verursacht haben oder gemäss klinischem und allenfalls radiologischem Befund mit hoher Wahrscheinlichkeit verursachen

werden (BGE 130 V 464 E. 3.2 S. 467 f.). Damit scheidet aus, den Krankheitswert in den verlagerten oder überzähligen Zähnen und Zahnkeimen selbst zu sehen, etwa bei Überschreitung eines bestimmten Mindestmasses der Abweichung verlagelter Zähne von der normalen Lage und Achsenrichtung (Entscheid des Eidg. Versicherungsgerichts K 93/01 vom 4. Dezember 2001 E. 6a).

2.2.2.

Der qualifizierte Krankheitswert beinhaltet im Wesentlichen zwei Elemente, nämlich einerseits die Pathologie mit einer Gefährdung des Lebens oder einer Beeinträchtigung der Gesundheit und andererseits die notwendigen Massnahmen, um die Gefährdung oder Beeinträchtigung zu beseitigen oder zumindest zu verringern. Ein qualifizierter Krankheitswert ist zu verneinen, wenn ein pathologisches Geschehen mit einfachen Massnahmen behoben werden kann (BGE 130 V 464 E. 4.1 S. 468).

2.2.3.

Bei der Behandlung von verlagerten Weisheitszähnen ist zu berücksichtigen, dass verlagerte Weisheitszähne gegenüber anderen verlagerten oder überzähligen Zähnen insofern eine besondere Stellung einnehmen, als sie von ihrer topografischen Lage her besonders häufig Lage-Anomalien zeigen (BGE 130 V 464 E. 4.2 S. 468) und sie entfernt werden, ohne dass an ihrer Stelle ein Ersatz (z.B. Implantat) als tunlich erscheint (BGE 130 V 464 E. 4.3 S. 469). Bei verlagerten Weisheitszähnen kann der qualifizierte Krankheitswert nicht gleich beurteilt werden wie bei anderen verlagerten Zähnen, weil bei verlagerten Weisheitszähnen die Notwendigkeit einer Erhaltung oder Ersatzlösung wegfällt. Um daher an die Übernahme der Kosten für die Behandlung verlagelter Weisheitszähne nicht geringere Anforderungen an die Schwere des Leidens zu stellen als für die Behandlung anderer verlagelter Zähne, kann bei Weisheitszähnen nicht jede Pathologie genügen, die bei anderen verlagerten Zähnen die Übernahme rechtfertigt. Eine Pathologie wie beispielsweise eine Zyste oder ein Abszess, sofern ohne grossen Aufwand behandelbar, macht die Entfernung eines Weisheitszahnes nicht zur Behandlung einer schweren Erkrankung des Kausystems im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 KLV. Anders ist es zu halten, wenn entweder die Entfernung des verlagerten Weisheitszahnes wegen besonderer Verhältnisse oder die Behandlung der Pathologie schwierig und aufwändig ist. So hat das Eidgenössische Versicherungsgericht die Leistungspflicht der Krankenversicherung bejaht für einen operativen Eingriff bei verlagerten Weisheitszähnen, die nicht nur von pericoronalen Infekten und Zysten begleitet waren, sondern besondere Komplikationen wie die Gefahr des Einschlusses des Nervus alveolaris inferior aufwiesen und bei welchen der Eingriff notfallmässig durchgeführt werden musste. Es hat ferner die Leistungspflicht bejaht bei einem verlagerten Weisheitszahn mit Abszess, der ebenfalls notfallmässig behandelt und zufolge seiner schwierigen Position und eines vorhandenen

Trismus unter Narkose und mit Zerstückelung entfernt werden musste (BGE 130 V 464 E. 4.4 S. 469 mit Hinweisen).

2.3.

Art. 19a KLV betrifft die zahnärztlichen Behandlungen, die durch ein Geburtsgebrechen nach Abs. 2 bedingt sind, wenn a) die Behandlungen nach dem 20. Lebensjahr notwendig sind; b) die Behandlungen vor dem 20. Lebensjahr bei einer nach dem KVG, nicht aber bei der eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) versicherten Person notwendig sind (Art. 19a Abs. 1 KLV). Unter die Geburtsgebrechen fallen nach Art. 19a Abs. 2 Ziff. 46 KLV auch angeborene Störungen des Knochen-Stoffwechsels (wie Hypophosphatasie, progressive diaphysäre Dysplasie Camurati-Engelmann, Osteodystrophia Jaffé-Lichtenstein, Vitamin D-resistente Rachitisformen). Zahnärztliche Behandlungen, die durch ein Geburtsgebrechen bedingt sind, fallen nur dann in den Leistungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, wenn die Voraussetzungen von Art. 31 Abs. 1 KVG erfüllt sind (BGE 129 V 80 E. 1.1 und 1.2 S. 82 f.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 50/04 vom 31. März 2005 E. 1.2). Als notwendig im Sinne von Art. 19a Abs. 1 lit. a KLV können nur durch ein Geburtsgebrechen bedingte zahnärztliche Behandlungen gelten, welche aus medizinischen Gründen erst nach dem 20. Altersjahr vorgenommen werden. Behandlungen im Kiefer- und Gesichtsbereich sollen grundsätzlich so geplant und durchgeführt werden, dass sie bis zur Vollen- dung des 20. Altersjahres und somit bis zum Ende der Leistungspflicht der Invalidenversicherung abgeschlossen werden können (BGE 130 V 459 E. 3 S. 463 f.). Die obligatorische Krankenpflegeversicherung hat hingegen nicht für Kosten von Behandlungen aufzukommen, welche innerhalb dieser zeitlichen Grenze hätten durchgeführt werden können, jedoch - aus dem Einflussbereich des Krankenversicherers entzogenen Gründen - nicht wurden (BGE 130 V 294). Dies rechtfertigt sich nicht zuletzt deshalb, weil auch bei zahnmedizinischen Geburtsgebrechen die Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung grundsätzlich eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt (BGE 147 V 187 E. 5.1 S. 190; BGE 129 V 80 E. 1.1 und 1.2 S. 82 f.).

2.4.

2.4.1.

Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen,

ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 und 125 V 351 E. 3a S. 352). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 und 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352).

2.4.2.

Die blossе Tatsache, dass ein Arzt oder eine Ärztin arbeitsvertraglich an eine Krankenversicherung gebunden ist, erlaubt noch nicht, an der Objektivität der entsprechenden ärztlichen Einschätzung zu zweifeln (SVR 1999 KV Nr. 22 S. 52 E. 3b). Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts K 6/01 vom 26. September 2001 E. 5b mit Hinweisen). Da den Vertrauensärzten eine direkte Feststellung des Gesundheitszustandes des Patienten grundsätzlich verboten ist (Ausnahme: Art. 57 Abs. 6 KVG), haben ihre Berichte grundsätzlich den Anforderungen von Aktengutachten zu genügen (GEBHARD EUGSTER, Die obligatorische Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Aufl., Basel 2016, Rz. 263). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. und 122 V 157 E. 1d S. 162 f.).

3.

Den medizinischen Akten ist Folgendes zu entnehmen:

3.1.

PD Dr. Dr. med. C. und Dr. med. dent. D., B., Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, stellten im Bericht vom 7. April 2022 beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen:

- "1. Nicht erhaltungswürdige Zähne 18,28,38,48
2. St.n. rezidivierender Papillenschwellung beidseits, ED 01/2018, 2. Episode 11/2018, 3. Episode 03/2020 [...]
3. Groham Stout-Syndrom DD Torg Winchester Syndrom ES 2015; ED 03/2021 [...]
4. Sars-CoV-2 Status [...]
5. NSAR-Intoleranz [...]
6. V.a. allergische Reaktion auf Ceftriaxon, DD infekassoziert [...]"

Die Ärzte führten aus, dass sich der Beschwerdeführer erstmals am 6. April 2022 in der ambulanten Sprechstunde vorgestellt habe. Es habe sich ein gepflegtes Gebiss präsentiert und nach Sichtung der radiologischen Bildgebung mittels digitaler Volumentomografie hätten sich die Zähne 18, 28, 38 und 48 als voll retiniert gezeigt. Im Unterkiefer hätten sich die Weisheitszähne als vestibulär anguliert präsentiert, ebenso habe sich der Zahn 38 mit einem intraradikulären Verlauf des N. alveolaris inferior gezeigt. Aufgrund der seit Geburt bestehenden Grunderkrankung und der damit verbundenen langjährigen Einnahme von Bisphosphonaten sei die Entfernung der Weisheitszähne in einem stationären Setting mittels intravenöser Antibiose und dichtem Wundverschluss geplant. Die Zähne hätten sich deutlich verlagert gezeigt und mit einem potentiellen Risiko einer lokalen Infektion und somit Ausbreitung auf den gesamten Kiefer. Da die Therapie mittels Bisphosphonaten vermutlich ein Leben lang fortgeführt werden müsse, sei geplant, diesen chirurgischen Eingriff zeitnah durchzuführen, um das Depot der verabreichten Bisphosphonate so gering wie möglich zu halten (VB 1.1).

3.2.

Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. E., Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, führte in seiner Stellungnahme vom 29. April 2022 aus, die Zähne 18, 28, 38 und 48 seien retiniert bzw. verlagert. Ein Krankheitswert sei nicht ersichtlich, es bestehe ein Status nach kieferorthopädischer Behandlung. Für Zahn 38 werde ein intraradikulärer Nervenverlauf geltend gemacht, was allerdings anhand des Befundes in der vorliegenden Orthopantomographie (OPT) nicht nachvollzogen werden könne, der Nervenkanal sei gegenüber den Wurzeln abgegrenzt. Die Weisheitszähne 18, 28, 38 und 48 würden keinen qualifizierten Krankheitswert aufweisen, daher seien die Kriterien für eine Pflichtleistung unter Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV nicht erfüllt. Auch stelle die Weisheitszahnentfernung unter dem angegebenen Art. 19a Abs. 2 Ziff. 46 KLV keine Pflichtleistung der OKP dar (VB 3.1).

3.3.

In ihrem Wiedererwägungsgesuch vom 3. Mai 2022 führten PD Dr. Dr. med. C. und Dr. med. dent. D. aus, in der angefertigten digitalen Volumentomographie (DVT) würden sich die Weisheitszähne in direkter Lage zu den Nachbarzähnen zeigen, "das in einer Resorption der Wurzeln der noch gesunden Zähne führen wird". Ebenso komme es im Verlauf

aufgrund der erschwerten Hygiene zu einem deutlich erhöhten Infektrisiko. Dieses Risiko sei im Rahmen der Grunderkrankung als sehr gross anzusehen, da es zu einer ausgeprägten Kieferosteonekrose kommen könne. Um dem Patienten eine "ausgeprägte" Operation im Verlauf zu ersparen, sei eine frühzeitige Entfernung dieser Weisheitszähne unter intravenöser antibiotischer Absicherung in Intubationsnarkose geplant (VB 1.3).

3.4.

Dr. med. E. führte in seinem Bericht vom 9. Mai 2022 aus, die Leistungspflicht des obligatorischen Krankenversicherers sei prinzipiell unter Art. 17-19 KLV zu beurteilen. Die Weisheitszähne wiesen keinen qualifizierten Krankheitswert auf, daher bestehe keine Leistungspflicht unter Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV. Seine letzte Beurteilung vom 29. April 2022 bleibe in allen Punkten unverändert (VB 3.2).

3.5.

In seinem Bericht vom 12. Mai 2022 führte Dr. med. E. ergänzend aus, nach Analyse der DVT liege für die Weisheitszähne 18, 28, 38 und 48 kein qualifizierter Krankheitswert vor. Es fänden sich keine erschwerenden anatomischen Verhältnisse (VB 3.3).

3.6.

Dr. med. F. und PD Dr. Dr. med. C. hielten in ihrem Bericht vom 15. August 2022 fest, Regio 48 zeige eine Mehrsklerose als indirektes Zeichen einer Knochenreaktion. Dies könne durch den kompakteren Knochen zu einer erschwerten Extraktion und/oder vergrösserten Wundfläche im Rahmen einer Osteotomie führen. Eine Zyste oder ein Abszess lägen aktuell nicht vor. Im Zusammenhang mit der Grunderkrankung (Gorham-Stout-Syndrom) werde Knochen durch eine Proliferation von Blut- und Lymphgefässen ersetzt. In Art. 19 Abs. 2 Ziff. 46 KLV würden angeborene Störungen des Knochenstoffwechsels aufgeführt. Hierauf beruhe auch eine der bisher etablierten Therapien mittels Antiresorptiva, welche in diesen eingreife. Hieraus lasse sich eine Leistungspflicht ableiten, selbst wenn das Syndrom nicht separat aufgelistet sei. Sehr wahrscheinlich sei dies auf bisher nur 300 beschriebene Fälle in der Literatur zurückzuführen. Die Einschätzung zur Lage und Schwierigkeit zur Entfernung der Zähne würden sie mit Dr. med. E. teilen. Die Grunderkrankung und das potentielle Risiko einer medication related osteonecrosis of the jaw (MRONJ) würden sie aber als nicht ausreichend gewürdigt ansehen. Ebenso gelte hier die Berücksichtigung der weiteren Erkrankungen mit rehabilitationsbedürftiger Schmerzdekompensation und Medikamentenallergie, hier besonders Antibiotika Allergien (VB 1.9 S. 7).

3.7.

Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. G., Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, hielt in seiner Stellungnahme vom 9. Oktober 2022 fest, nach sorgfältiger Durchsicht der Dokumente könne er die Ausführungen von Dr. med. E. vom 9. April 2022 (recte: 29. April 2022) bestätigen. Es liege kein qualifizierter Krankheitswert vor. Die Zähne würden nicht in einer speziell schwierigen anatomischen Lage liegen. Es sei nicht zu erwarten, dass sich die Extraktionen als schwierig und aufwändig erweisen würden. Bei den Extraktionen handle es sich um eine präventive Massnahme, da zum heutigen Zeitpunkt keine qualifizierte Krankheit vorliege (VB 3.4).

4.

4.1.

In ihrem Einspracheentscheid vom 17. November 2022 (VB 1) hielt die Beschwerdegegnerin fest, dass Grundvoraussetzung für eine Kostenübernahme nach Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV eine Verlagerung oder Überzahl von Zähnen oder Zahnkeimen sei. Weiter sei ein qualifizierter Krankheitswert erforderlich, z.B. ein Abszess oder eine Zyste. Vorliegend fehle es bei den Zähnen 18, 28, 38 und 48 an einem qualifizierten Krankheitswert. Bei verlagerten Weisheitszähnen sei der qualifizierte Krankheitswert erst gegeben, wenn entweder die Entfernung des Weisheitszahns wegen besonderer Verhältnisse oder die Behandlung der Pathologie schwierig und aufwändig seien. Auch Dr. med. F. und PD Dr. Dr. med. C. würden in ihrem Schreiben vom 15. August 2022 bestätigen, dass aktuell weder ein Abszess noch eine Zyste vorliege. Im Weiteren würden beide Vertrauensärzte den Standpunkt vertreten, dass sich in den Akten keine erschwerenden anatomischen Verhältnisse fänden. Die Extraktion der Zähne würde sich in Übereinstimmung mit der Beurteilung von Dr. med. F. und PD Dr. Dr. med. C. im Schreiben vom 15. August 2022 nicht als schwierig und aufwändig erweisen. Somit bestehe keine Leistungspflicht gemäss Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV. Da das beim Beschwerdeführer diagnostizierte Gorham-Stout-Syndrom nicht in Art. 19a Abs. 2 Ziff. 46 KLV (angeborene Störungen des Knochen-Stoffwechsels [wie Hypophosphatasie, progressive diaphysäre Dysplasie Camurati-Engelmann, Osteodystrophia Jaffe-Lichtenstein, Vitamin D-resistente Rachitisformen]) aufgeführt sei und die Grunderkrankung ohnehin in keinem Zusammenhang mit der Extraktion der Zähne stehe, bestehe keine Leistungspflicht gemäss Art. 19a Abs. 2 Ziff. 46 KLV.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in medizinischer Sicht auf die Beurteilungen der Vertrauensärzte Dr. med. E. und Dr. med. G. (VB 3.1; 3.2; 3.3; 3.4). Diese gelangten übereinstimmend zum Schluss, dass kein qualifizierter Krankheitswert vorliege, die Zähne lägen nicht in einer speziell schwierigen anatomischen Lage und es sei nicht zu erwarten, dass sich die Extraktionen als schwierig und aufwändig erweisen würden.

Bei den Extraktionen handle es sich um eine präventive Massnahme, da zum heutigen Zeitpunkt keine qualifizierte Krankheit vorliege VB 3.4 (vgl. auch VB 3.1; 3.2.; 3.3.).

4.2.

Die Stellungnahmen von Dr. med. E. vom 29. April (VB 3.1), 9. Mai (VB 3.2) und 12. Mai 2022 (VB 3.3) sowie diejenige von Dr. med. G. vom 9. Oktober 2022 (VB 3.4) ergingen in Kenntnis der Vorakten (Anamnese), insbesondere der Berichte der behandelnden Ärzte des B. vom 7. April (E. 3.1.), 3. Mai (E. 3.3.) und 15. August 2022 (E. 3.6.), beruhen auf der radiologischen Bildgebung und leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, weshalb ihnen grundsätzlich Beweiswert zukommt (vgl. E. 2.4.1.). Zwischen den behandelnden Ärzten des B. und den versicherungsinternen Ärzten der Beschwerdegegnerin besteht denn auch Einigkeit darüber, dass eine Verlagerung von Zähnen im Sinne von Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV vorliegt, sich die Zähne jedoch nicht in einer speziell schwierigen anatomischen Lage befinden und nicht zu erwarten ist, dass sich die Extraktionen als schwierig und aufwändig erweisen werden (vgl. Bericht Dr. med. F. und PD Dr. Dr. med. C. vom 15. August 2022, wonach sie die Einschätzung zur Lage und Schwierigkeit zur Entfernung der Zähne mit Dr. med. E. teilen würden [VB 1.9 S. 7]), weshalb der Verlagerung der Zähne kein qualifizierter Krankheitswert zukommt. Es bestehen somit keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen (vgl. E. 2.4.2.), weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf abstellte.

5.

5.1.

Im Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. F. und PD Dr. Dr. med. C. vom 24. November 2022 (BB 11) ein. Dr. med. F. und PD Dr. Dr. med. C. hielten darin fest, die Gorham-Stout-Krankheit (GSD) sei definiert als spontane, massive Osteolyse. Zugrunde liege dieser Osteolyse eine lokale Proliferation kleiner Blut- und Lymphgefässe, mit der Folge einer fortschreitenden Zerstörung und Resorption des Knochens. Ein Therapieansatz bestehe darin, in den Knochenstoffwechsel über eine antiresorptive Medikation – z.B. Zoledronat oder Denosumab – einzugreifen. Neben der bereits erfolgten Therapie mit Zoledronat sei die Therapie auf Denosumab umgestellt worden. Unter den oben genannten Medikamenten könne es zu einer medication related osteonecrosis of the jaw (MRONJ) kommen, so dass auch potentielle Infektherde beseitigt werden sollten. Dies sei unter anderem durch die Extraktion der Zähne 18, 28, 38, 48 unter antibiotischer Abschirmung erfolgt. Die Auflistung in Art. 19a Abs. 2 Ziff. 46 KLV sei nicht abschliessend, sondern mit gängigen Beispielen ausgeführt. Am oben ausgeführten Pathomechanis-

mus könne man erkennen, dass auch das GSD eine Erkrankung des Knochenstoffwechsels sei und unter diesen Artikel falle (Beschwerdebeilage [BB] 11).

5.2.

Der Bericht von Dr. med. F. und PD Dr. Dr. med. C. vom 24. November 2022 enthält keine neuen Gesichtspunkte in Bezug auf das Fehlen eines qualifizierten Krankheitswerts und vermag die Einschätzung der Vertrauensärzte diesbezüglich somit entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nicht in Frage zu stellen. Weitere Abklärungen – wie das beantragte zahnärztliche Gutachten – sind nicht angezeigt, da der entscheidwesentliche Sachverhalt aus den Akten mit genügender Klarheit hervorgeht und hiervon keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 137 V 64 E. 5.2 S. 69, 136 I 229 E. 5.3 S. 236).

5.3.

5.3.1.

Der Beschwerdeführer bringt unter Hinweis auf den Bericht von Dr. med. F. und PD Dr. Dr. med. C. vom 24. November 2022 vor, die Gorham-Stout-Krankheit sei definiert als spontane, massive Osteolyse, welche unter die nicht abschliessende Auflistung der in Art. 19a Abs. 2 Ziff. 46 KLV genannten angeborenen Störungen des Knochen-Stoffwechsels falle (Beschwerde Rz. 12. f.).

5.3.2.

Wie eingangs erläutert, bedingt auch bei zahnmedizinischen Geburtsgebrechen die Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung grundsätzlich eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems (E. 2.3. hiervor). Eine solche Erkrankung wurde in den Berichten von Dr. med. E. und Dr. med. G. nachvollziehbar und schlüssig verneint (vgl. VB 3.2; 3.4.; 3.5; 3.7). Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 19a Abs. 2 Ziff. 46 KLV fällt bereits aus diesem Grund nicht in Betracht. Ob die Gorham Stout Krankheit unter Art. 19a Abs. 2 Ziff. 46 KLV subsumiert werden kann, kann deshalb vorliegend offengelassen werden. Im Übrigen äussern sich weder die behandelnden Ärzte noch die Vertrauensärzte zur Frage, ob die geplante Extraktion der Zähne beim Beschwerdeführer, welcher zum Zeitpunkt der Einreichung des Kostengutsprachegesuchs vom 7. April 2022 19 Jahre und 4 Monate alt war, aus medizinischen Gründen erst nach dem 20. Altersjahr habe abgeschlossen werden können. Da eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bereits mangels einer schweren, nicht vermeidbaren Erkrankung des Kausystems nicht in Betracht kommt, kann auch diese Frage vorliegend offengelassen werden. Auch aus den übrigen Bestimmungen der abschliessenden Aufzählung von Art. 17-19a KLV ist keine Grundlage für die Bejahung einer Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ersichtlich und solches wird vom Beschwerdeführer auch nicht dargetan.

5.4.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin eine Kostenübernahme für die geplante Zahnextraktion mit Einspracheentscheid vom 17. November 2022 zu Recht ablehnte, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

6.

6.1.

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

6.2.

Dem Beschwerdeführer steht nach dem Ausgang des Verfahrens (Art. 61 lit. g ATSG) und der Beschwerdegegnerin aufgrund ihrer Stellung als Sozialversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf Parteientschädigung zu.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines

Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Aarau, 23. Mai 2023

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

3. Kammer

Die Präsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Gössi

Güntert