



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

vom 5. März 2021 (730 19 387 / 66)

---

**Krankenversicherung**

Die Beschwerdegegnerin hat die Kostenübernahme für die kieferorthopädische Behandlung im Oberkiefer rechts und im Unterkiefer links im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung zu Recht abgelehnt, zumal eine Leistungspflicht weder gestützt auf Art. 31 KVG in Verbindung mit Art. 17 – 19a KLV noch gestützt auf Art. 25 KVG besteht.

\_\_\_\_\_ Besetzung      Präsident Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiberin Olivia Reber

\_\_\_\_\_ Parteien      **A.**\_\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Jan Herrmann, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

**CSS Versicherung AG**, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568,  
6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

\_\_\_\_\_ Betreff      Leistungen

A.1 Die 1963 geborene A.\_\_\_\_\_ ist bei der CSS Versicherung AG (CSS) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG versichert. In der Zeit von Oktober 2012 bis Februar 2016 unterzog sich die Versicherte einer aufwändigen kieferorthopädischen Behandlung bei Dr. med. dent. B.\_\_\_\_\_, Fachzahnarzt für Kieferorthopädie. In deren Folge kam es bei A.\_\_\_\_\_ zu massiven Komplikationen in Form einer progressiven Lockerung mehrerer Zähne mit dem Verlust von vier Backenzähnen im Oberkiefer rechts und drei Backenzähnen im

Unterkiefer links. Am 12. Dezember 2017 (Eingang) ersuchte die Versicherte mittels Schreiben von PD Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, vom 4. Dezember 2017 bei der CSS um Kostengutsprache für eine Rekonstruktion mittels enossaler Implantate im Betrag von Fr. 5'172.90. PD Dr. C.\_\_\_\_ begründete das Gesuch mit einer Bindegewebserkrankung, welche für den Zahnverlust der Versicherten verantwortlich sei. Mit Schreiben vom 22. Dezember 2017 lehnte die CSS die Kostenübernahme aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ab, zumal die Bindegewebserkrankung keine gemäss Art. 17 – 19a KLV zu Pflichtleistungen führende Erkrankung darstelle.

A.2 Am 14. Dezember 2018 erhielt die CSS erneut ein Kostengutsprache gesuch datierend vom 20. November 2018 im Betrag von Fr. 4'001.70, in welchem PD Dr. C.\_\_\_\_ erwähnte, dass es im Anschluss an eine kieferorthopädische Behandlung bei der Versicherten zu einer progressiven Zahnlockerung mehrerer Zähne im Oberkiefer rechts und Unterkiefer links gekommen sei. Beim Verlust der Zähne handle es sich um eine Komplikation und damit um eine Pflichtleistung der Krankenversicherung gemäss Art. 25 KVG. Auch dieses Gesuch lehnte die CSS mit Mitteilung vom 24. Januar 2019 ab, da die Voraussetzungen zur Kostenübernahme nach wie vor nicht erfüllt seien.

A.3 Am 22. Februar 2019 verlangte A.\_\_\_\_ von der CSS eine einsprachefähige Verfügung, woraufhin diese die Versicherte mit Schreiben vom 19. März 2019 um Geduld bat, da sie die Unterlagen noch durch ihre Vertrauenszahnärztin geprüft hätte. Mit Verfügung vom 10. April 2019 lehnte die CSS die beiden Kostenübernahmegesuche in der Höhe von Fr. 5'172.90 sowie Fr. 4'001.70 ab. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, zahnärztliche Behandlungen müssten unter die Erkrankungen nach den Art. 17 – 19a KLV fallen. Diese Artikel würden die zahnärztlichen Pflichtleistungen abschliessend aufzählen. Bei der Versicherten lägen keine medizinischen oder zahnmedizinischen Befunde vor, die sich einem dieser Artikel zuordnen liessen. Es handle sich auch nicht um eine ärztliche Behandlung, die unter Art. 25 KVG falle, sondern um eine zahnärztliche Behandlung. Eine gegen diese Verfügung erhobene Einsprache der Versicherten wies die CSS mit Einspracheentscheid vom 5. November 2019 ab.

B. Die Versicherte, vertreten durch Jan Herrmann, Rechtsanwalt, erhob am 2. Dezember 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht) und beantragte, es sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 5. November 2019 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr die Kosten für die zahnärztlichen Behandlungen bei PD Dr. C.\_\_\_\_ gemäss den Kostengutsprache gesuchen vom 4. Dezember 2017 und vom 20. November 2018 zu erstatten (Ziff. 1). Eventualiter sei der Einspracheentscheid aufzuheben und ein gerichtliches medizinisches Gutachten zur Abklärung und Beurteilung ihres Leistungsanspruchs einzuholen und neu über diesen zu befinden (Ziff. 2). Subeventualiter sei der Einspracheentscheid aufzuheben und die Streitsache an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärung und zur Neuentscheidung nach Vorliegen der entsprechenden Resultate zurückzuweisen (Ziff. 3); dies alles unter o/e-Kostenfolge zuzüglich Auslagen und Mehrwertsteuer zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Ziff. 4). Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, die Beschwerdegegnerin habe eine Leistungspflicht gemäss Art. 31 KVG in Verbindung mit Art. 17 – 19a KLV zu Unrecht verneint.

Eventualiter sei der Entscheid der Beschwerdegegnerin auf Basis einer ungenügenden Aktenlage und damit in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes nach Art. 43 ATSG erfolgt.

C. Die Beschwerdegegnerin beehrte in ihrer Vernehmlassung vom 20. Januar 2020 die vollständige Abweisung der Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin.

D. In ihrer Replik vom 18. Februar 2020 hielt die Beschwerdeführerin an ihren bisherigen Ausführungen fest. Ferner beantragte sie die Sistierung des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bis vorläufig Ende Februar 2021, zumal sich aus dem weiteren Heilungsverlauf Erkenntnisse ergeben könnten, die Rückschlüsse auf den ursprünglichen Zahnverlust geben würden. Zur Begründung legte sie einen Bericht von PD Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 13. Februar 2020 ins Recht.

E. Mit Eingabe vom 19. März 2020 nahm die Beschwerdegegnerin Stellung zum Sistierungsgesuch der Beschwerdeführerin und beantragte dessen Ablehnung, zumal äusserst vage und ungenau bleibe, inwieweit aus dem weiteren Heilungsverlauf tatsächlich neue Erkenntnisse für die Zeit vor durchgeführter Implantation gewonnen werden könnten.

F. Mit Schreiben vom 8. April 2020 fragte das Kantonsgericht PD Dr. C.\_\_\_\_\_ an, ob er erklären könne, ob und gegebenenfalls weshalb mit Ablauf eines Jahres nach dem Einsetzen der Implantate verlässliche Aussagen über die Ursachen der vor einigen Jahren eingetretenen progressiven Zahnlockerungen im Oberkiefer rechts und im Unterkiefer links gemacht werden könnten.

G. PD Dr. C.\_\_\_\_\_ nahm am 20. Mai 2020 Stellung zur Frage des Kantonsgerichts und führte aus, dass bei stabilen periimplantären Verhältnissen nach mindestens einem Jahr funktionseller Belastung mit zunehmender Sicherheit ausgeschlossen werden könne, dass eine adulte Parodontitis im Sinne einer "einfachen" Pathologie vorliege. Der progressive Zahnverlust bliebe somit weiterhin unklar und hätte nicht vermieden werden können.

H. Nachdem die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 11. Juni 2020 an ihrem Sistierungsantrag festgehalten, und die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 2. Juli 2020 auf eine weitere Stellungnahme verzichtet hatte, wies das Kantonsgericht das Sistierungsgesuch der Beschwerdeführerin vom 18. Februar 2020 mit Verfügung vom 28. Juli 2020 ab, zumal sich aus den Akten und den Schreiben von PD Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 13. Februar 2020 und 20. Mai 2020 keine Hinweise ergäben, dass nach einer einjährigen funktionellen Belastungsphase entscheidungsrelevante Erkenntnisse zu erwarten seien.

I. Mit Eingabe vom 17. August 2020 verzichtete die Beschwerdegegnerin und mit Eingabe vom 29. September 2020 auch die Beschwerdeführerin auf eine abschliessende Stellungnahme.

Der Präsident zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 auf die Krankenversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Krankenversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser im Kanton Basel-Landschaft, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden aus dem Bereich der Krankenversicherung. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde der Versicherten vom 2. Dezember 2019 ist demnach einzutreten.

1.2 Gemäss § 55 Abs. 1 VPO entscheidet die präsidierende Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 20'000.-- durch Präsidialentscheid. Im vorliegenden Fall liegt der Streitwert unter dieser Grenze, weshalb die Angelegenheit präsidial zu entscheiden ist.

2. Strittig ist vorliegend, ob die CSS die Kostenübernahme für die kieferorthopädische Behandlung im Oberkiefer rechts und im Unterkiefer links gemäss den Kostengutsprachegesuchen vom 4. Dezember 2017 und vom 20. November 2018 im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung zu Recht abgelehnt hat.

2.1 Gemäss Art. 25 ff. KVG gelten die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und deren Folgen dienen, als KVG-Pflichtleistung. Dabei besteht für zahnärztliche Behandlungen grundsätzlich keine Leistungspflicht (BGE 125 V 278 E. 6). Das KVG sieht jedoch in Art. 31 Abs. 1 KVG Ausnahmen vor. Die Kosten von zahnärztlichen Behandlungen werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur übernommen, wenn diese – alternativ – durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems (Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG), 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 sind (Art. 31 Abs. 1 lit. c KVG).

2.2 In Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG wurde der Bundesrat beauftragt, unter anderem die Leistungen nach Art. 31 Abs. 1 lit. a - c KVG für zahnärztliche Behandlungen näher zu bezeichnen oder diese Aufgabe dem Departement oder dem Bundesamt zu übertragen. Der Bundesrat machte von dieser Befugnis zur Übertragung der Aufgabe Gebrauch und gab dem Departement des Innern (EDI) den Auftrag, die zahnärztlichen Behandlungen gemäss Art. 31 Abs. 1 KVG nach Anhören der zuständigen Kommission zu bezeichnen (Art. 33 lit. d der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV] vom 27. Juni 1995).

2.3 Das EDI listet in der von ihm erlassenen Verordnung über Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995 die fraglichen zahnärztlichen Behandlungen in den Art. 17 - 19 auf. Art. 17 KLV bezeichnet die schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems, deren zahnärztliche Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind. Art. 18 KLV listet die schweren Allgemeinerkrankungen und ihre Folgen auf, die zu zahnärztlichen Behandlungen führen können und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu tragen sind. Art. 19 KLV nennt schliesslich jene schweren Allgemeinerkrankungen, bei denen die zahnärztliche Massnahme einen notwendigen Bestandteil der ärztlichen Behandlung darstellt. Die in der KLV enthaltene Liste der Erkrankungen, welche zu einer Pflichtleistung der Krankenkasse führen, ist gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung abschliessend konzipiert (BGE 130 V 464 E. 2.3, 127 V 328 E. 3a, 127 V 339 E. 3b und 124 V 185 E. 4). Diese Praxis hat zur Folge, dass zahnärztliche Behandlungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, wenn die Krankheit, welche den Anlass zur zahnärztlichen Behandlung gibt, in den Art. 17 - 19 KLV nicht erwähnt ist (BGE 128 V 59 E. 2c). Da zahnärztliche Behandlungen grundsätzlich keine Pflichtleistungen nach KVG auslösen, stellen die Bestimmungen der Art. 17 - 19 KLV somit Ausnahmeregelungen dar (GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung [Krankenversicherung], in: Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [Hrsg.], 3. Aufl., Basel 2016 S. 552 ff.; BRIGITTE PFIFFNER RAUBER, Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege, Zürich/Basel/Genf 2003, S. 117).

2.4 Art. 17 KLV regelt die Kostenübernahme von zahnärztlichen Behandlungen bei Erkrankungen des Kausystems. Die ratio legis dieser Bestimmung zielt in drei Richtungen: Die versicherte Person soll für die Kosten der zahnärztlichen Behandlung dann nicht aufkommen müssen, wenn sie an einer nicht vermeidbaren, schweren Kausystemerkrankung leidet (1). Dagegen sollen Kausystemschiäden, die sich mit guter Mund- und Zahnhygiene vermeiden lassen, insbesondere Karies und Parodontitis, von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen werden (2). Schliesslich sind zahnärztliche Behandlungen von unvermeidbaren Kausystemerkrankungen nicht schwerer Natur von den Pflichtleistungen auszuklammern (3). Die in Art. 17 lit. a - f KLV aufgezählten Erkrankungen des Kausystems gelten grundsätzlich als schwer im Sinne des Ingresses dieser Bestimmung. Eine in Art. 17 KLV nicht erwähnte Kausystemerkrankung ist entweder als vermeidbare oder als unvermeidbare nicht schwerer Natur zu betrachten (vgl. GEBHARD EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], Zürich/Basel/Genf 2010, S. 183 mit zahlreichen Hinweisen auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung).

3.1 Die Abklärung des für die Beurteilung von Ansprüchen versicherter Personen notwendigen Sachverhalts hat gemäss dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Untersuchungsgrundsatz die verfügende wie auch die eine Verfügung überprüfende Behörde bzw. das Gericht von Amtes wegen vorzunehmen. Sowohl die Krankenkasse wie auch das Sozialversicherungsgericht haben demnach von sich aus, ohne Bindung an die Parteibegehren, für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhaltes zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, in welcher Art über die Rechte und Pflichten einer versicherten Person zu entscheiden ist. Dabei sind gerade in Fällen wie dem vorliegenden, in denen medizi-

nische Sachverhalte zu klären sind, sowohl die Verwaltung als auch die Justiz zur Beurteilung der sich stellenden Rechtsfragen auf Unterlagen angewiesen, die eine Ärztin bzw. ein Arzt und gegebenenfalls andere Fachpersonen zur Verfügung zu stellen haben (THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Auflage, Bern 2014, § 70, N 2 f. und 8 f. mit weiteren Hinweisen).

3.2 Das Sozialversicherungsgericht darf eine rechtserhebliche Tatsache erst dann als bewiesen annehmen, wenn es von ihrem Bestehen überzeugt ist. Dabei hat es seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (LOCHER, a.a.O., § 74 Rz. 25 mit Verweis auf § 68 Rz. 37 ff.; BGE 121 V 45 E. 2a; ZAK 1986 S. 189 f. E. 2c).

3.3 Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweismwürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b mit Hinweisen).

4. Zur Beurteilung der strittigen Leistungspflicht sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

4.1 Dr. B.\_\_\_\_ hat in seinem Bericht an Dr. med. dent. D.\_\_\_\_ vom 6. November 2012 ausgeführt, dass sich die Beschwerdeführerin dazu entschlossen habe, eine kieferorthopädische Behandlung durchführen zu lassen. Als Befund hielt er eine generalisiert erhöhte Zahnbeweglichkeit, eine deutliche Asymmetrie, eine Abgleitbewegung beim Zusammenbeißen nach links, eine protrudierte Oberkieferfront sowie einen störenden Overjet (Überbiss) und Tiefbiss fest. Die erhöhte Beweglichkeit der Zähne sei seit Jahren bekannt, scheine aber stabil zu sein. Geplant sei ein Gaumenimplantat zur passiven Verankerung der Zähne 16 + 26, eine Extraktion des Zahnes 14, ein Ablösen des Zahnes 13, ein Vollfix (2 Jahre) des Ober- und Unterkiefers sowie fixe Retainer.

4.2 Im Bericht der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft, Zahnärztliche Begutachungskommission ZBK, vom 8. Juni 2016 ist festgehalten worden, dass Dr. B.\_\_\_\_ bereits auf dem ersten OPT (Orthopantomogramm) vor der Behandlung eine deutliche Vergrösserung des Parodontalspaltens an vielen Zähnen festgestellt habe. Ebenso habe eine erhöhte Zahnbeweglichkeit ohne klassische Parodontitiszeichen wie BOP ("Bleeding on Probing") oder Taschen grösser als 4mm bestanden. Dr. B.\_\_\_\_ vermute entweder eine Parodontitis-Vergangenheit der Zähne, eine Beteiligung einer systemischen Krankheit oder eine Kombination von beidem. In dieser Situation könnte eine kieferorthopädische Behandlung, welche immer zusätzlich noch zu

einem grösseren Parodontalspalt führe, ein Co-Faktor dafür sein, dass es schlussendlich zu einer Überforderung des Parodontes gegenüber den Bakterien gekommen sei. Die Begutachtergruppe habe die Versicherte am 30. Mai 2016 untersucht und ein ausführliches Gespräch mit ihr geführt. Die kieferorthopädische Behandlung sei lege artis durchgeführt worden. Es sei keine Sorgfaltspflicht verletzt und absolut sauber abgeklärt und dokumentiert worden. Beim Bemerkens des Problems im Oberkiefer rechts sei die Spange so rasch als möglich entfernt und somit adäquat reagiert worden. Auch seien aus Kulanz bereits Fr. 6'000.-- an die Beschwerdeführerin rückvergütet worden. Die Gründe, weshalb dieser unerfreuliche Zahnverlust im Oberkiefer rechts entstanden sei, könnten mit dieser Begutachtung nicht eruiert werden.

4.3 Im Kostengutsprachege such vom 4. Dezember 2017 hält PD Dr. C.\_\_\_\_ fest, dass bei der Versicherten eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden sei. Dabei sei es zum Verlust mehrerer Zähne gekommen. Die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass eine Bindegewebserkrankung für den Zahnverlust verantwortlich gemacht werden müsse, so dass kein Behandlungsfehler geltend gemacht werden könne. Aufgrund einer Schalllücke im Oberkiefer rechts und Unterkiefer links würden sie nun die Rekonstruktion mittels enossaler Implantate planen.

4.4 Im Kostengutsprachege such vom 20. November 2018 hält PD Dr. C.\_\_\_\_ fest, dass es im Anschluss an eine kieferorthopädische Behandlung zur progressiven Zahnlockerung mehrerer Zähne im Oberkiefer rechts und im Unterkiefer links gekommen sei. In der Folge hätten diese Zähne bei erhöhtem Lockerungsgrad entfernt werden müssen. Durch die Massnahmen des behandelnden Zahnarztes hätten die noch verbliebenen Zähne gefestigt werden können. Geplant sei nun die Implantatinser tion und gleichzeitige Sinuselevation auf der rechten Seite. PD Dr. C.\_\_\_\_ hat weiter auf die Beurteilung der Honorarprüfungs kommission verwiesen, welche zum Schluss gekommen sei, dass kein zahnärztlicher Fehler vorliege. Da es sich bei dem Verlust der Zähne um eine Komplikation nach kieferorthopädischer Behandlung handle, bestehe gemäss Art. 25 KVG eine Pflichtleistung seitens der Krankenkasse. Nach erfolgter Rekonstruktion im Oberkiefer rechts würde die Situation im Unterkiefer links nochmals beurteilt und allenfalls ein erneutes Kostengutsprachege such eingereicht.

4.5 PD Dr. C.\_\_\_\_ hat in seiner Stellungnahme vom 13. Februar 2020 festgehalten, dass es sich bei der Medizin nicht um eine exakte Wissenschaft handle, so dass nicht selten Verdachtsdiagnosen nur in differentialdiagnostischer Argumentation und erst in einem aufwändigen Ausschlussverfahren bestätigt werden könnten. Manchmal sei es tatsächlich nicht möglich, eine genaue Diagnose zu stellen. Im vorliegenden Fall seien sie bisher nicht in der Lage gewesen, die Diagnose zu benennen. Der Zahnverlust nach kieferorthopädischer Therapie bleibe nach wie vor unklar. Im Dezember 2019 seien der Versicherten im Unterkiefer links Implantate inseriert worden. Nach komplikationsloser Integrationszeit hätten die Implantate mit den entsprechenden Suprakonstruktionselementen versorgt werden können. Es wäre aus medizinischer und kieferchirurgischer Sicht sinnvoll, eine funktionelle Belastungsphase von mindestens einem Jahr abzuwarten. Bei weiterhin stabilen periimplantären knöchernen Verhältnissen ohne ausgeprägten Knochenverlust würde die Wahrscheinlichkeit einer rasch fortschreitenden parodonta-

len Erkrankung deutlich sinken. Andererseits würde während diesem Zeitfenster die Möglichkeit bestehen, die bereits begonnenen parodontaldiagnostischen Massnahmen zu vertiefen.

4.6 Auf Nachfrage des Kantonsgerichts hin hat PD Dr. C.\_\_\_\_ am 20. Mai 2020 eine ergänzende Stellungnahme eingereicht. Darin hält er fest, unter der Annahme, dass eine adulte Parodontitis im Sinne einer "einfachen" Pathologie vorliege, müsste im Langzeitverlauf ein progressiver Knochenschwund periimplantär nachgewiesen werden können. In der Literatur sei bekannt, dass Patienten nach durchgemachter Parodontitis ein erhöhtes Risiko eines langfristigen periimplantären Knochenverlustes aufwiesen. Mit anderen Worten könne bei stabilen periimplantären Verhältnissen nach mindestens einem Jahr funktioneller Belastung mit zunehmender Sicherheit ausgeschlossen werden, dass eine adulte Parodontitis im Sinne einer "einfachen" Pathologie vorliege. Der progressive Zahnverlust bliebe somit weiterhin unklar und hätte nicht vermieden werden können. Je länger also gesunde periimplantäre Verhältnisse bei der Beschwerdeführerin beobachtet werden könnten, desto geringer sei die Wahrscheinlichkeit, dass eine vermeidbare Erkrankung zum progressiven Zahnverlust geführt habe. Somit liege eine noch nicht bekannte Diagnose vor, die Art. 17 – 19 KLV nicht zugeordnet werden könne.

5. Vorliegend sind sich die Parteien einig, dass die Zahnverluste der Beschwerdeführerin nach der kieferorthopädischen Behandlung bei Dr. B.\_\_\_\_ derzeit nicht erklärt werden können. Es hat sich mithin aus medizinischer Sicht als unmöglich erwiesen, die Ursache des Zahnverlusts nach der kieferorthopädischen Behandlung zu eruieren. Die diesbezüglichen (zahn)ärztlichen Ausführungen zusammenfassend ist festzuhalten, dass Dr. B.\_\_\_\_ bereits in seinem Bericht an Dr. D.\_\_\_\_ vom 6. November 2012 ausgeführt hat, dass die Zähne der Versicherten seit Jahren eine erhöhte Beweglichkeit aufweisen würden. Die erhöhte Beweglichkeit scheine aber stabil zu sein (vgl. E. 4.1 hiervor). Weiter ist im Bericht der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft, Zahnärztliche Begutachtungskommission ZBK, vom 8. Juni 2016 festgehalten worden, dass die kieferorthopädische Behandlung lege artis durchgeführt, keine Sorgfaltspflicht verletzt und absolut sauber abgeklärt und dokumentiert worden sei. Die Gründe des Zahnverlusts im Oberkiefer rechts hätten im Rahmen dieser Begutachtung nicht ermittelt werden können. Dr. B.\_\_\_\_ habe als mögliche Diagnose eine Parodontitis-Vergangenheit und/oder eine systemische Krankheit aufgeführt (vgl. E. 4.2 hiervor). Des Weiteren hat PD Dr. C.\_\_\_\_ im Kostengutsprachege such vom 4. Dezember 2017 festgehalten, dass die medizinischen Abklärungen eine Bindegewebserkrankung als Ursache für den Zahnverlust ergeben hätten (vgl. E. 4.3 hiervor). In seiner Stellungnahme vom 13. Februar 2020 hat PD Dr. C.\_\_\_\_ jedoch sodann eingeräumt, dass sie im vorliegenden Fall bisher nicht in der Lage gewesen seien, die Diagnose zu benennen. Der Zahnverlust nach kieferorthopädischer Therapie bleibe nach wie vor unklar (vgl. E. 4.5 hiervor). In den medizinischen Akten werden somit lediglich Verdachtsdiagnosen genannt. So führen PD Dr. C.\_\_\_\_ eine Bindegewebserkrankung und Dr. B.\_\_\_\_ eine Parodontitis-Vergangenheit und/oder eine systemische Krankheit als mögliche Diagnosen auf. Die blosse Möglichkeit eines Sachverhalts genügt jedoch nicht für die Begründung eines Leistungsanspruchs gemäss Art. 17 – 19a KLV (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Bern 2014, § 76 Rz. 25 mit Verweis auf § 68 Rz. 43).

6.1 Die Beschwerdeführerin macht in ihrer Beschwerde vom 2. Dezember 2019 im Wesentlichen geltend, die Beschwerdegegnerin habe zur Klärung ihrer Leistungspflicht keinerlei eigene Abklärungen getätigt. Es sei nicht einmal der intern beratende zahnmedizinische Dienst beigezogen und um Stellungnahme zur Aktenlage und vor allem zu Abklärungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten gebeten worden. Es seien auch keine Berichte der behandelnden Dres. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ eingeholt worden, obwohl diese beiden spezialisierten Mediziner in verschiedene Richtungen Vermutungen gehegt hätten, die zu einer Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin führen könnten. Dieses Vorgehen zeuge von einer sehr "zurückhaltenden Interpretation" des Untersuchungsgrundsatzes nach Art. 43 ATSG. Insbesondere die von Dr. B.\_\_\_\_ erwähnte Parodontitis-Vergangenheit wäre allenfalls über Art. 17 lit. b KLV als Leistungsgrund anzusehen. Inwiefern eine systemische Krankheit bestehe – was der Vorfall in seinen Ausmassen nahelege – sei ebenfalls nicht geklärt. Es sei überaus stossend, dass die Beschwerdegegnerin es vollkommen der Beschwerdeführerin überlassen habe, Gründe für eine Leistungspflicht vorzutragen und den entsprechenden Beweis zu erbringen. Es könne keine Rede davon sein, dass der Sachverhalt derart ermittelt worden wäre, dass ein Leistungsentscheid mit überwiegender Wahrscheinlichkeit getroffen werden könnte.

6.2 Demgegenüber bringt die Beschwerdegegnerin in ihrer Vernehmlassung vom 20. Januar 2020 vor, es sei nicht ersichtlich, inwieweit sie verpflichtet gewesen wäre, weitere Abklärungen zu tätigen. Sie habe im Zeitpunkt des Ersuchens um Kostengutsprache davon ausgehen können und dürfen, dass die seitens der behandelnden Zahnärzte gestellten Verdachtsdiagnosen nicht vorlägen, hätten diese doch auch nach jahrelanger Behandlung nicht bestätigt werden können, andernfalls entsprechende Einwände erfolgt und Belege beigebracht worden wären. Gelingen es ärztlicherseits aus medizinischer Sicht nicht, eine Verdachtsdiagnose zu bestätigen resp. per se eine Diagnose zu stellen, könne und dürfe das nicht dahingehend verstanden werden, dass der Versicherungsträger diesfalls weitere Abklärungen für das Vorliegen einer allfälligen Krankheit vorzukehren habe.

7.1 Zunächst ist auf das Vorbringen der Beschwerdeführerin einzugehen, wonach die Verdachtsdiagnose einer Parodontitis-Vergangenheit allenfalls über Art. 17 lit. b KLV als Leistungsgrund anzusehen wäre. Nach Art. 17 KLV übernimmt die Versicherung die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine der folgenden schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems bedingt sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. a KVG): Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontopathien [lit. b.]): Präpubertäre Parodontitis (Ziff. 1), Juvenile, progressive Parodontitis (Ziff. 2), Irreversible Nebenwirkungen von Medikamenten (Ziff. 3). Voraussetzung ist, dass das Leiden Krankheitswert erreicht; die Behandlung ist nur so weit von der Versicherung zu übernehmen, wie es der Krankheitswert des Leidens notwendig macht. Der Beschwerdeführerin ist zwar insofern zuzustimmen, als Dr. B.\_\_\_\_ als Ursache der Zahnverluste eine Parodontitis-Vergangenheit in Betracht zieht. Wie bereits erwähnt, handelt es sich hierbei jedoch lediglich um eine Verdachtsdiagnose, aus welcher keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin resultiert. Es kommt hinzu, dass – selbst wenn bei der aktuell 57-jährigen Versicherten in der Vergangenheit eine Parodontitis vorgelegen hätte – damit noch nicht gesagt wäre, dass sie diese in der Form einer präpubertären ("vor Eintritt der Pubertät") oder juvenilen ("jugendlichen"/"noch nicht voll entwickelten"), progressiven ("voranschreitenden") Form oder

infolge von irreversiblen Nebenwirkungen von Medikamenten gehabt hat. Denn nur dann hätte die Versicherung die Kosten für die zahnärztliche Behandlung überhaupt zu übernehmen. Vorliegend ist nicht bekannt, dass bei der Versicherten eine Erkrankung nach Art. 17 lit. b Ziff. 1 – 3 KLV vorgelegen hat oder vorliegt. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass sich auch eine rückwirkende zahnärztliche Diagnose für das Kindes- oder Jugendalter der Beschwerdeführerin als offensichtlich nicht mehr möglich erweist, und eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ohnehin in der Regel lediglich gestützt auf echtzeitliche Arztberichte in Betracht kommt. Eine Leistungspflicht gestützt auf Art. 17 lit. b KLV ist demnach zu verneinen.

7.2 Des Weiteren ist auf das Argument der Beschwerdeführerin einzugehen, wonach ebenfalls nicht geklärt sei, inwiefern eine systemische Krankheit bestehe – was der Vorfall in seinen Ausmassen nahelege. Als systemische Erkrankung oder Systemerkrankung wird eine Krankheit bezeichnet, die sich auf ein gesamtes Organsystem auswirkt, etwa auf das Blut (Leukämie, Anämien), das zentrale Nervensystem oder die Muskulatur als Ganzes. Im weiteren Sinne werden auch solche Erkrankungen als systemisch bezeichnet, die sich unspezifisch auf den gesamten Körper auswirken wie Diabetes mellitus, Rheuma, Psoriasis, Sarkoidose, systemischer Lupus Erythematodes, Sklerodermie und Mukoviszidose ([https://de.wikipedia.org/wiki/Systemische\\_Erkrankung](https://de.wikipedia.org/wiki/Systemische_Erkrankung), besucht am 18. Februar 2021). Nach Art. 18 Abs. 1 KLV übernimmt die Versicherung die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine der aufgelisteten schweren Allgemeinerkrankungen oder ihre Folgen bedingt und zur Behandlung des Leidens notwendig sind (Art. 31 Abs. 1 Bst. b KVG). Ein Verdacht, dass allenfalls eine systemische Erkrankung als Ursache für den Zahnverlust der Versicherten in Frage kommt, reicht jedenfalls klarerweise nicht aus, um eine Leistungspflicht der Krankenversicherung gestützt auf Art. 18 KLV zu begründen.

7.3 Schliesslich begründet auch der Verdacht auf eine Bindegewebserkrankung eindeutig keine Leistungspflicht der CSS, zumal auch hier die blossе Möglichkeit eines Sachverhalts nicht ausreichend ist, und die Bindegewebserkrankung ausserdem ohnehin nicht unter eine Bestimmung der Art. 17 – 19a KLV zu subsumieren wäre.

7.4 Zum Vorhalt der Beschwerdeführerin, wonach das Vorgehen der Beschwerdegegnerin von einer sehr "zurückhaltenden Interpretation" des Untersuchungsgrundsatzes nach Art. 43 ATSG zeuge, ist festzuhalten, dass nicht ersichtlich ist, inwieweit diese verpflichtet gewesen wäre, weitere Abklärungen zu tätigen. Sie hat im Zeitpunkt des Ersuchens um Kostengutsprache davon ausgehen können und dürfen, dass die seitens der behandelnden Zahnärzte gestellten Verdachtsdiagnosen nicht vorliegen, zumal diese nach jahrelanger Behandlung nicht haben bestätigt werden können. In seiner Stellungnahme vom 13. Februar 2020 hat PD Dr. C.\_\_\_\_\_ denn auch eingeräumt, dass sie im vorliegenden Fall bisher nicht in der Lage gewesen seien, die Diagnose zu benennen. Der Zahnverlust nach kieferorthopädischer Behandlung bleibt damit nach wie vor unklar. Der Beschwerdegegnerin ist beizupflichten, dass der Versicherungsträger keine weiteren Abklärungen für das Vorliegen einer allfälligen Krankheit vorzukehren hat, wenn es aus medizinischer Sicht nicht gelingt, eine Verdachtsdiagnose zu bestätigen resp. per se eine Diagnose zu stellen. Es kommt hinzu, dass eine weitere medizinische Expertise mangels Vorliegens von konkreten Anhaltspunkten und aufgrund des Zeitab-

laufs auch keinen Aufschluss geben könnte, weswegen es nach der kieferorthopädischen Therapie zu Zahnverlusten gekommen ist, weshalb auf weitere Abklärungen verzichtet werden kann (sog. antizipierte Beweiswürdigung, vgl. BGE 132 V 393 E. 3.3, 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a). Eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes nach Art. 43 ATSG wegen ungenügender Aktenlage ist vor diesem Hintergrund zu verneinen.

7.5 Wie bereits erwähnt, tragen die Parteien im Sozialversicherungsprozess eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich – wie vorliegend – als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. E. 3.3 hiervor). Zumal es vorliegend nicht möglich ist, die Ursache für den Zahnverlust der Beschwerdeführerin festzustellen, hat die Versicherte die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen, da sie aus dem unbewiesenen behaupteten Sachverhalt Rechte ableiten möchte (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juni 2014, 9C\_701/2013, E. 4.1; BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). Unter diesen Umständen hat die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht gestützt auf Art. 31 KVG in Verbindung mit Art. 17 – 19a KLV zu Recht verneint.

8. Entgegen der Ansicht von PD Dr. C.\_\_\_\_\_ besteht schliesslich auch kein Raum, eine Leistungspflicht für die strittige Rekonstruktion mittels Implantaten und allfällige Folgebehandlungen gestützt auf Art. 25 KVG zu prüfen. Während Art. 31 KVG zahnärztliche Behandlungen umfasst, regelt Art. 25 KVG ärztliche Massnahmen. Zahnärztliche Behandlungen sind therapeutische Vorkehren am Kausystem (organischer Ansatzpunkt). Darunter fallen die Behandlungen der Zähne, des Zahnhalteapparats sowie die Behandlung an den Organbereichen, die ein künstliches Gebiss aufzunehmen haben (BGE 120 V 195 E. 2b). Ist die Massnahme auf ein anderes therapeutisches Ergebnis als die Verbesserung der Funktion der Zähne gerichtet (therapeutische Zielsetzung), liegt eine ärztliche Behandlung im Sinne von Art. 25 KVG vor, und zwar selbst dann, wenn die Behandlung beim Kausystem ansetzt. Die therapeutische Zielsetzung bei ärztlichen Behandlungen betrifft diagnostische und therapeutische Vorkehren (wie das Anbringen einer Aufbisschiene), welche nicht in erster Linie den Zähnen oder der Verbesserung ihrer Funktion bei der Zerkleinerung der Nahrung dienen (vgl. BGE 128 V 146 E. 4b/cc). Einige Beispiele mögen der Veranschaulichung dienen: Bei der Überkronung eines schadhaften Zahnes betreffen der Ansatzpunkt und die therapeutische Zielsetzung den gleichen Zahn. Eine Aufbisschiene hingegen, die nicht zur Verbesserung der Funktion der Zähne bei der Zerkleinerung der Nahrung, sondern zur Entlastung arthrotischer Kiefergelenke angebracht wird, setzt zwar am Zahnapparat an, bezweckt aber die Therapierung der Kieferarthrose. In solchen Fällen wird im Allgemeinen der therapeutischen Zielsetzung das grössere Gewicht beizumessen sein, was bedeutet, dass das Anbringen einer solchen Aufbisschiene als ärztliche Massnahme anzusehen ist. Umgekehrt liegt eine zahnärztliche Behandlung vor, wenn sie die Zähne als solche oder ihre vordringliche Funktion zur Zerkleinerung der Nahrung (Verbesserung der Bissverhältnisse) betrifft. Daran ändert auch nichts, wenn der Ansatzpunkt der Behandlung im Kieferbereich ausserhalb des Zahnapparates und des Parodonts liegt. Die therapeutische Zielsetzung, die auf eine Verbesserung dieser Funktion gerichtet ist, gibt den Ausschlag und macht die Be-

handlung zu einer zahnärztlichen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 22. April 2002, K 172/00, E. 4b/cc). Die hier strittige Rekonstruktion von Zähnen mittels Implantaten setzt am Zahnhalteapparat an und dient zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Kaufähigkeit der Beschwerdeführerin. Damit liegt klarerweise eine zahnärztliche Behandlung im Sinne von Art. 31 KVG vor (vgl. auch Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug vom 14. September 2017, in: GVP 2017 S. 77 ff.).

9. Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass die Beschwerdegegnerin die Kostenübernahme für die kieferorthopädische Behandlung im Oberkiefer rechts und im Unterkiefer links gemäss den Kostengutsprache gesuchen vom 4. Dezember 2017 und vom 20. November 2018 im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung zu Recht abgelehnt hat. Dementsprechend ist die Beschwerde der Versicherten vom 2. Dezember 2019 abzuweisen.

10. Gemäss Art. 61 lit. a ATSG in der bis Ende 2020 gültig gewesenen, hier anwendbaren Fassung (vgl. Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 1. Januar 2021) hat der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Bei diesem Ausgang des Verfahrens wird keine Parteientschädigung zugesprochen (Art. 61 lit. g ATSG).

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>