



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 15. September 2016 (730 16 58)

Krankenversicherung

Übernahme der Kosten für eine zahnärztliche Behandlung nach Art. 17 - 19 KLV; für Karies- und Plaqueschäden, die Folgen einer Chemotherapie eines Lymphoms des Zentralnervensystems sind, ist die Krankenkasse nicht leistungspflichtig

Besetzung Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Monica Armesto, Advokatin, indemnis, Spalenberg 20, 4001 Basel

gegen

Avenir Krankenversicherung AG, Rue des Cèdres 5, Postfach, 1919 Martigny, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Der 1952 geborene A.____ war vom 1. März 2013 bis 31. Dezember 2015 bei der Avenir Krankenversicherung AG (Avenir) obligatorisch krankenversichert. Im Jahr 2001 erkrankte er an einem Lymphom des Zentralnervensystems (ZNS), welches mit verschiedenen Chemotherapien behandelt wurde. Im Zuge dieser Erkrankung erlitt der Versicherte auch eine Hirnschädigung. In den Jahren 2004 und 2005 unterzog er sich umfangreicher zahnärztlicher Behandlungen.

gen, deren Kosten die damals zuständige Krankenkasse übernahm. Mit Schreiben vom 14. Februar 2014 bat der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. B.____, FMH Allgemeine Medizin, die Avenir, die Kosten für die Zahnbehandlung zu übernehmen, welche aufgrund der Chemotherapien notwendig geworden sei. Gemäss Kostenvoranschlag des C.____ vom 20. Mai 2014 beliefen sich diese auf Fr. 29'721.10. Nach Unterbreitung der Angelegenheit an ihren Vertrauenszahnarzt, Dr. med. dent. D.____, lehnte die Avenir mit Schreiben vom 2. Juni 2014 und Verfügung vom 8. Juli 2015 eine Leistungspflicht für die Zahnbehandlung ab. Als Begründung führte sie an, dass die in Frage stehende zahnärztliche Behandlung keine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung darstelle. Im Rahmen des Einspracheverfahrens ordnete die Avenir eine Speichelflussmessung an. Gleichzeitig holte sie die Krankengeschichte des Versicherten beim behandelnden Zahnarzt ein. Gestützt auf die Abklärungsergebnisse und der Stellungnahme ihres Vertrauensarztes vom 28. Dezember 2015 hielt sie an der Ablehnung der Kostengutsprache mit Einspracheentscheid vom 20. Januar 2016 fest.

B. Gegen diesen Entscheid erhob A.____, vertreten durch Advokatin Monica Armesto, am 22. Februar 2016 Beschwerde ans Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, die Beschwerdegegnerin sei in Aufhebung des Einspracheentscheides vom 20. Januar 2016 zu verpflichten, die Kosten der Zahnbehandlung zu übernehmen; alles unter o/e Kostenfolge. Die Ursache der Zahnschäden, welche eine zahnärztliche Behandlung erforderten, sei nicht auf eine mangelhafte Zahnhygiene, sondern auf die im Jahr 2001 diagnostizierte Krebserkrankung zurückzuführen. Der vertrauensärztliche Bericht vom 28. Dezember 2015, auf welchen sich die Beschwerdegegnerin bei ihrem ablehnenden Entscheid stütze, genüge nicht den bundesgerichtlichen Anforderungen an den Beweiswert eines Arztberichts. Aus der Krankengeschichte gehe hervor, dass eine mangelhafte Mundhygiene erst seit 2003 bestehe. Zu diesem Zeitpunkt habe er sich einer Chemotherapie unterzogen, die seinen Speichelfluss reduziert habe. Dies rufe erfahrungsgemäss Karies und Parodontitis hervor. Selbst wenn die Karies nicht auf einen mangelnden Speichelfluss zurückzuführen sei, wäre eine gute Zahnhygiene aufgrund der Hirnschädigung als Folge der Krebserkrankung unmöglich gewesen. Zudem könne die Beschwerdegegnerin aus dem Umstand, dass bei der Speichelflussmessung im Jahr 2015 lediglich eine Hyposalivation (= verminderter Speichelfluss), aber keine Xerostomie (Trockenheit der Mundhöhle, in: PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, Berlin 2004, S. 1971) habe festgestellt werden können, nichts zu ihren Gunsten ableiten. Für eine Kostenübernahme sei das Vorliegen einer Xerostomie nicht Voraussetzung.

C. In der Vernehmlassung vom 9. Mai 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin, das Verfahren sei infolge Gegenstandslosigkeit abzuschreiben. Eventualiter sei die Beschwerde abzuweisen. Seit 1. Januar 2016 sei der Versicherte bei der E.____ für die obligatorische Krankenpflege versichert. Da ihres Wissens die zahnärztliche Behandlung noch nicht durchgeführt worden sei, sei hierfür der neue Krankenversicherer und nicht sie zuständig. Selbst wenn die beantragte Zahnbehandlung in ihren Zuständigkeitsbereich fallen würde, sei sie mangels Erfüllens der gesetzlichen Voraussetzungen nicht leistungspflichtig. Aus den Krankenakten gehe zudem nicht hervor, dass der Versicherte aufgrund der Krebserkrankung eine solch schwerwiegende Hirnschädigung erlitten habe, welche ihm eine genügende Mundhygiene verunmöglicht hätte.

D. Mit Replik vom 13. Juli 2016 hielt der Versicherte durch seine Rechtsvertreterin an den bisherigen Rechtsbegehren fest. Entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin habe der Versicherte noch während der Versicherungsdauer die notwendigen zahnärztlichen Behandlungen durchführen lassen, weshalb deren Zuständigkeit zu bejahen sei. Den Einträgen in die Krankengeschichte, der MRI-Aufnahme und den Berichten des damaligen F.____ lasse sich entnehmen, dass der Versicherte einen Hirnschaden erlitten habe und deswegen in der Tagesklinik der G.____ zur Rehabilitation gewesen sei. Dabei hätten die behandelnden Ärzte eine Anosognosie (= Unfähigkeit, eine eigene Erkrankung bzw. Funktionsausfälle zu erkennen, PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 89) festgestellt. Diese Erkrankung habe zu einer mangelhaften Compliance des Versicherten geführt. So habe er unter anderem krankheitshalber nicht einsehen können, dass er die zahnärztlichen Anordnungen befolgen müsse, um eine genügende Zahnpflege gewährleisten zu können. Die Hirnschädigung habe zudem zu einer rechtsseitigen Hemisymptomatik geführt, welche die Motorik beeinflusst habe. Der Versicherte sei deshalb auch aus motorischer Sicht nicht in der Lage gewesen, eine gründliche Zahnpflege vorzunehmen.

E. Am 12. August 2016 reichte die Beschwerdegegnerin ihre Duplik ein. Dabei zog sie den anfangs gestellten Antrag auf Abschreibung des Verfahrens infolge Gegenstandslosigkeit zurück und beantragte stattdessen die Abweisung der Beschwerde. Aus dem neuropsychologischen Bericht der G.____ vom 18. Februar 2004 werde lediglich eine partielle Anosognosie erwähnt, was eine genügende Mundhygiene nicht verunmögliche. Entgegen der Auffassung des Versicherten sei bei ihm nie eine schwerwiegende Hirnschädigung diagnostiziert worden. Es wäre ihm daher möglich gewesen, mit einer guten Zahnpflege die Schäden, für welche er die Kostenübernahme der erforderlichen Zahnbehandlung verlange, zu vermeiden.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

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 in X.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft 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 vom 22. Februar 2016 ist demnach einzutreten.

2.1 Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht feststellte, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der obligatorischen Kranken-

pflegeversicherung keinen Anspruch auf Kostenübernahme der vom 16. Juli 2013 bis 3. Februar 2014 durchgeführten Zahnbehandlungen im C._____ infolge des im Jahr 2001 diagnostizierten Lymphoms und der daraus erfolgten Hirnschädigung hat.

2.2 Gemäss Art. 25 ff. KVG gelten die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und deren Folgen dienen, als Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Kosten von zahnärztlichen Behandlungen werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dagegen 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).

2.3 In Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG wurde der Bundesrat beauftragt, u.a. 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 seiner 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).

2.4 Das EDI listete in der von ihm erlassenen Verordnung über Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995 die oben genannten zahnärztlichen Behandlungen in den Art. 17 - 19 auf. In Art. 17 KLV werden die schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems aufgezählt, bei denen daraus resultierende zahnärztliche Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind. Art. 18 KLV listet die schweren Allgemeinerkrankungen und ihre Folgen auf, die zu zahnärztlicher Behandlung führen können und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu tragen sind. Art. 19 KLV nennt schliesslich die schweren Allgemeinerkrankungen auf, bei denen die zahnärztliche Massnahme notwendiger 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 127 V 332 E. 3a und 343 E. 3b, 124 V 193 E.4). Diese Praxis hat zur Folge, dass zahnärztliche Behandlungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, wenn die Krankheit, welche den Anlass zur Behandlung gibt, in den Art. 17 - 19 KLV nicht erwähnt ist (BGE 128 V 59 E. 2c S. 62). Da zahnärztliche Behandlungen grundsätzlich keine Pflichtleistungen nach KVG auslösen, stellen die Bestimmungen der Art. 17 - 19 KLV Ausnahmeregelungen dar (vgl. GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung [Krankenversicherung], in: Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [Hrsg.], Basel/Genf/München 2007, S. 537; BRIGITTE PFIFFNER RAUBER, Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege, Zürich/Basel/Genf 2003, S. 117).

3.1 Die Abklärung des für die Beurteilung von Ansprüchen versicherter Personen notwendigen Sachverhalts hat gemäss dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Untersuchungs-

grundsatz die verfügende wie auch die eine Verfügung überprüfende Behörde bzw. das Gericht von Amtes wegen vorzunehmen. Das heisst sowohl die Krankenkasse wie auch das Sozialversicherungsgericht haben 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 medizinische 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 (vgl. THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, § 68, N 2 f. und 8 f. mit weiteren Hinweisen).

3.2 Die solcherart erhobenen Beweismittel sind sowohl durch die Krankenkasse als auch durch das Gericht frei zu würdigen. Für das verwaltungsgerichtliche 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 strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Dabei ist gerade hinsichtlich des Beweiswertes ärztlicher Berichte und Stellungnahmen entscheidend, ob diese für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a sowie 122 V 160 f. E. 1c).

3.3 Schliesslich darf das Sozialversicherungsgericht 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 (vgl. LOCHER, a.a.O., § 74, Rz 25 mit Verweis auf § 68, Rz 43).

4.1 Im Bericht des F._____ vom 8. April 2003 wurden als Hauptdiagnosen ein primäres B-Zell-ZNS-Lymphom, eine Hemianopsie (= Halbseitenblindheit mit Ausfall einer Hälfte des Gesichtsfeldes, in: PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 734), eine Hemi- und eine Facialisparesie jeweils links (Juni 2002) aufgeführt. In der Folge sei der Versicherte vom 6. August bis 17. September 2002 mit einer Hochdosis Methotrexat und vom 1. Oktober bis 20. November 2002 mit einer Hochdosis-Ara-C behandelt worden. Da das MRI vom 13. Dezember 2002 eine deutliche Tumorprogredienz gezeigt habe, sei am 27. Dezember 2002 eine Hochdosis-Chemotherapie (Thiotepa, Busulfan und Endoxan) und anschliessend eine Stammzell-Reinfusion durchgeführt worden. Anlässlich der Untersuchung vom 28. März 2003 habe keine Progredienz der Befunde mehr festgestellt werden können. Als Nebendiagnosen wurden eine Unterarm- und eine Sprunggelenkfraktur rechts bei Autounfall mit Hemianopsie und Anosognosie im August 2002 festgehalten. In der Beurteilung wurde ausgeführt, dass der Allgemeinzustand des Versicherten

und die intellektuelle Leistungsfähigkeit reduziert seien. Insbesondere die eigene Einschätzung der Leistungsfähigkeit sei "unbefriedigend". Der Versicherte dürfe daher nicht Auto fahren.

4.2 Gemäss neuropsychologischem Bericht der G.____ vom 18. Februar 2004 leide der Versicherte an einem primären ZNS-Lymphom bei Hemianopsie, Hemiparese und partieller Anosognosie jeweils linksseitig, bei Status nach partiellen Anfällen mit sensibler Hemisymptomatik, bei Status nach transienter motorischer Aphasie sowie bei Status nach 4 Zyklen Chemotherapie. In der Beurteilung hielten die behandelnden Ärzte fest, dass unter Ausschluss von Belastung und Ausdauer leichte frontalbetonte Minderleistungen im Bereich der komplexen Aufmerksamkeitsfunktionen und der aufmerksamkeitsabhängigen exekutiven und mnestischen Funktionen festzustellen seien. Dazu kämen Symptome der anamnestisch bekannten Hemianopsie. Die Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit zeigten sich in Form von Verlangsamungen und mangelnder Sorgfaltsleistung bei der Teilung der Aufmerksamkeit und die Dysfunktionen im exekutiven Bereich in Form einer ungenügenden kognitiven Kontrolle. Auf der Verhaltensebene beständen eine defizitäre Handlungsplanung und eine erhöhte Ablenkbarkeit. Auf dieser Basis komme es zu Erschwernissen bei der Konsolidierung, beim Abruf und der Rekognition von verbalen und nonverbalen Informationen. Es gebe Hinweise auf linksbetonte Vernachlässigungen im Bereich des Gesichtsfeldes. Gegenüber dieser hemianoptischen Symptomatik sei der Versicherte teilweise einsichtig, indem er in seinen Alltagsaktivitäten Kompensationsstrategien erarbeitet habe. Die erwähnten Minderleistungen könnten bei längerfristiger Belastung markantere alltags- und berufsrelevante Einbussen hervorrufen. Es werde dem Versicherten empfohlen, auf eine selbstständige mit finanziellen Risiken verbundene Tätigkeit zu verzichten. Solange eine Hemianopsie bzw. ein Hemineglect bestehe, sei der Versicherte fahruntauglich.

4.3 Die Speichelflussuntersuchung vom 21. April 2015 ergab eine Hyposalivation, eine normale Speichelviskosität und eine normale Pufferkapazität (vgl. Bericht der H.____ vom 21. April 2015). Dr. D.____ führte in seinem Bericht vom 29. Juni 2015 dazu aus, dass gewisse Medikamente eine Xerostomie auslösen könnten, die unter Umständen Karies und Parodontitis verursache. Der Speichelflusstest habe beim Versicherten aber keine Xerostomie gezeigt. Das Auftreten von Karies bei einer Hyposalivation sei vermeidbar. In seinem Bericht vom 17. August 2015 wies Dr. D.____ darauf hin, dass eine Hochdosis-Chemotherapie nicht unbedingt zu einer Xerostomie führen müsse. Nachdem die Beschwerdegegnerin weitere Unterlagen eingeholt hatte, nahm Dr. D.____ am 28. Dezember 2015 erneut Stellung zur vorliegenden Angelegenheit. Aufgrund der Krankengeschichte sei ersichtlich, dass der Versicherte bereits in den Jahren 1970 - 1994 mehrere Amalgamfüllungen und zwei Wurzelbehandlungen erhalten habe. Zudem gehe aus den Einträgen der Jahre 1999 - 2007 hervor, dass die Mundhygiene des Versicherten - vor allem am Zahnfleischrand - oft ungenügend gewesen sei. Mit einer guten Zahnpflege wären Karies und Plaque aber vermeidbar gewesen. Es sei möglich, dass die Chemotherapie damals den Speichelfluss vermindert habe und deshalb die bestehenden Füllungen hätten erneuert werden müssen oder neue Läsionen entstanden seien, welche hätten versorgt werden müssen. Diese Zahnschäden seien aber in den Jahren 2004 und 2005 behandelt worden. Die entsprechenden Kosten habe der damals zuständige Krankenversicherer übernommen, obwohl eine Xerostomie objektiv nie belegt worden sei. Eine tatsächlich früher vorgelegene Xerostomie

hätte dem Zahnarzt auffallen müssen und ihn zu Gegenmassnahmen wie eine Intensivprophylaxe und einem engmaschigen Recall veranlassen müssen. Dass solche Massnahmen vorgenommen worden seien, sei den Unterlagen aber nicht zu entnehmen. Es sei deshalb davon auszugehen, dass der Versicherte nie an einer medikamentenbedingten Xerostomie gelitten habe. Aus diesen Gründen komme er zum Schluss, dass eine ungenügende Mundhygiene zu vermehrter Karies geführt und die heute in Frage stehenden Zahnschäden verursacht habe.

4.4 Der Hausarzt Dr. B._____ gab gegenüber der Rechtsvertreterin des Versicherten am 22. Juli 2015 an, dass die Chemotherapie ab ca. 2003 zu Zahnproblemen geführt habe, welche umfangreiche Behandlungen erforderten (vgl. auch Bericht vom 12. April 2015). Zudem betrachtete er die im Jahr 2015 vorgenommene Messung der Speichelflussrate nicht als aussagekräftig, da keine Aussagen über ein allfälliges Vorliegen einer Xerostomie vor mehr als 10 Jahren gemacht werden könnten.

5.1 Vorliegend ist unbestritten, dass der Versicherte an einem primären ZNS-Lymphom litt, welches mit 4 verschiedenen Chemotherapien behandelt wurde und zu einer Hirnschädigung mit Einschränkungen führte. Zu prüfen ist, ob die zahnärztlichen Behandlungen, welche von Juli 2013 bis Februar 2014 durchgeführt wurden, Leistungen darstellen, die unter die Art. 17 - 19 KLV zu subsumieren sind.

5.2 Nach Art. 19 KLV, in welchem in lit. c die zahnärztlichen Behandlungen bei Strahlentherapie oder Chemotherapie maligner Leiden aufgeführt sind, können keine Leistungen beansprucht werden. Denn bei den Behandlungen im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. c KVG in Verbindung mit Art. 19 KLV handelt es sich um notwendige Begleitmassnahmen von ärztlichen Behandlungen einer schweren Allgemeinerkrankung wie insbesondere um die Sanierung von Infektionsherden einschliesslich der anschliessenden Wiederherstellung der Kaufähigkeit (BGE 124 V 196). Erstes Ziel dieser Bestimmung ist nicht die Behebung von Kausystemerkrankungen, sondern die sachgerechte Behandlung der Allgemeinerkrankung, welche durch die fehlende Pflichtleistung für zahnärztliche Massnahmen nicht gefährdet werden soll. Zahnärztliche Behandlungen von Kausystemschiäden, welche erst nach Durchführung der in Art. 19 KLV genannten Eingriffe oder Therapien auftreten, stellen keine Pflichtleistungen dar (GEBHARD EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [Bundesgesetz], Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Zürich/Basel/Genf 2010, S. 191). Da die zahnärztlichen Behandlungen erst in den Jahren 2013 und 2014 vorgenommen wurden, bilden sie nicht Bestandteil der ärztlichen Behandlung des ZNS-Lymphoms, sondern waren eine allfällige Folge davon. Mit der Behandlung von Krankheitsfolgen befassen sich dagegen die Bestimmungen der Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 KLV sowie Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG in Verbindung mit Art. 18 KLV.

5.3.1 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; BGE 125 V 16 E. 3a). Die in Art. 17 lit. a - f KLV aufgezählten Erkrankungen des Kausystems gelten grundsätzlich als schwer im Sinne des Ingresses dieser Bestimmung. Bei feststehender Diagnose stellt sich daher die Frage der Schwere der Erkrankung grundsätzlich nicht. Eine in Art. 17 KLV nicht erwähnte Kausystemerkrankung ist entweder als vermeidbare oder als unvermeidbare nicht schwerer Natur zu betrachten (vgl. EUGSTER, Bundesgesetz, a.a.O., S. 183).

5.3.2 Für maligne Leiden enthält Art. 17 KLV in lit. c Ziffer 2 und lit. b Ziffer 3 zwei Anknüpfungspunkte (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht] vom 14. Dezember 2001, K 122/99, E. 4c): In Art. 17 lit. c Ziffer 2 KLV werden die durch maligne Tumore im Gesichts-, Kiefer- und Halsbereich bedingten zahnärztlichen Behandlungen aufgelistet. Da das ZNS-Lymphom des Versicherten nicht im umschriebenen Bereich bestand, kann sein Leiden nicht unter diese Bestimmung subsumiert werden. Art. 17 lit. b Ziffer 3 KLV führt Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontopathien) zufolge irreversibler Nebenwirkungen von Medikamenten auf, worunter auch Chemotherapien fallen (BGE 127 V 339). Parodontopathien sind Erkrankungen des Zahnhalteapparates (vgl. PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1372; BGE 120 V 195; PFIFFNER RAUBER, a.a.O., S. 117). Karies ist dagegen eine Schädigung am Zahn selbst (vgl. PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1976). Sodann wird ein vorwiegend aus Bakterien bestehender Zahnbelag Plaque genannt (vgl. PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1428). Aus den medizinischen Akten geht nicht hervor, dass der Versicherte Parodontopathien aufwies. Gemäss dem Kostenvoranschlag des C. ____ vom 20. Mai 2014 sowie den Rechnungen vom 19. Juli und 26. Juli 2013, 9. August 2013, 13. September 2013, 9. Oktober 2014 und 4. Februar 2014 bestanden lediglich Karies und Plaque. In den Rechtsschriften war ausschliesslich von Karies die Rede; eine Erkrankung des Zahnhalteapparates wurde nicht geltend gemacht. Es ist demnach davon auszugehen, dass der Versicherte im Rahmen der zahnärztlichen Massnahmen in den Jahren 2013 und 2014 nicht wegen Parodontopathien behandelt wurde. Es stellt sich daher die Frage, ob Karies- und allenfalls Plaquebehandlungen vom Geltungsbereich des Art. 17 lit. b Ziffer 3 KLV erfasst werden. Dazu führt das Bundesgericht aus, dass eine durch eine Chemotherapie bei Krebs verursachte Parodontopathie unter Art. 17 lit. b Ziffer 3 KLV fallen kann, nicht dagegen die Behandlung von Zahnschäden (vgl. Urteile des EVG vom 19. Dezember 2001 und vom 14. Dezember 2001, K 104/99, E. 4b; BGE 127 V 339 E. 7). Karies und Plaque als Zahnschäden sind somit nicht den Parodontopathien gleichzustellen und sind folglich nicht unter Art. 17 lit. b Ziffer 3 KLV zu subsumieren. Erkrankungen der Zähne können gemäss Art. 17 KLV nur Pflichtleistungen auslösen, wenn es sich um ein idopathisches internes Zahngranulom (Ziffer 1) oder eine Verlagerung und eine Überzahl von Zähnen und Zahnkeimen mit Krankheitswert (z.B. Abszess, Zyste; Ziffer 2) handelt. Dies trifft vorliegend nicht zu.

5.3.3 An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die zahnärztliche Behandlung von Karies und anderen nicht in Art. 17 KLV genannten Zahnschäden trotz allem eine Pflichtleistung sein kann. Denn es gibt Formen vermeidbarer und nicht vermeidbarer Karies. So machte der Verordnungsgeber mit der Aufnahme von Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV offensichtlich auch die Behandlung von Karies und anderen Zahnschäden zur Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflege-

geversicherung. Er erkannte, dass Speicheldrüsenerkrankungen zu nicht vermeidbaren Zahnschäden führen können (BGE 129 59 E. 6a). Es ist somit zu prüfen, ob die Voraussetzungen von Art. 18 KLV für eine Kostenübernahme der Zahnarztbehandlungen erfüllt sind.

5.4 Gemäss Art. 18 KLV übernimmt die Krankenkasse die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, wenn diese durch eine in dieser Bestimmung abschliessend aufgelistete schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist. Es handelt sich um Erkrankungen des Blutsystems, Stoffwechselerkrankungen, Speicheldrüsenerkrankungen sowie sechs genau umschriebene weitere Erkrankungen. Das Lymphom ist nicht in Art. 18 KLV aufgeführt. Das Vorliegen einer Speicheldrüsenerkrankung gemäss Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV ist zu verneinen. Denn gemäss Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem (herausgegeben von der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO, 3. Aufl., Bern 2008, 92 f.) sind das Sjögren-Syndrom, eine generelle Speicheldrüsen-Hypofunktion mit Xerostomie und eine Xerostomie nach Speicheldrüsenerkrankungen von dieser Bestimmung erfasst. Eine Hyposalivation ist nicht aufgeführt, weshalb davon auszugehen ist, dass dieses Leiden nicht in den Geltungsbereich von Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV fällt. Dass der Versicherte an einer Xerostomie gelitten hat, ist aufgrund der medizinischen Aktenlage nicht erstellt. Es ist zwar möglich, dass die Chemotherapien eine Xerostomie verursachten, welche inzwischen abgeklungen ist. Da im Sozialversicherungsrecht der übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit massgebend ist, genügt die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts den Beweisanforderungen nicht. Sind aber die Auswirkungen einer allfälligen Xerostomie auf das Kausystem nicht hinreichend erstellt, muss der Versicherte die Folgen der Beweislosigkeit tragen, da er aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten möchte (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juni 2014, 9C_701/2013, E. 4.1; BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). Demnach ist eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 18 KLV zu verneinen.

6.1 Selbst wenn eine Speicheldrüsenerkrankung im Sinne von Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV vorliegen würde, ist ein Leistungsanspruch infolge Vermeidbarkeit der Kausystemerkrankung zu verneinen. Art. 18 KLV löst, obschon in dieser Bestimmung nicht ausdrücklich erwähnt, nur bei nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems Leistungen aus (BGE 128 V 59 E. 4a). Dies bedeutet, dass alle Kausystemerkrankungen, die durch eine gute Mund- und Zahnhygiene vermieden werden können, vom Pflichtleistungskatalog ausgeschlossen sind (PFIFFNER RAUBER, a.a.O., S. 199). Von der versicherten Person wird eine genügende Mundhygiene erwartet. Diese verlangt Anstrengungen in Form täglicher Verrichtung, namentlich die Reinigung der Zähne, die Selbstkontrolle der Zähne, des Ganges zum Zahnarzt, wenn sich Auffälligkeiten am Kausystem zeigen, periodischen Kontrollen und Behandlungen durch den Zahnarzt (einschliesslich einer periodischen professionellen Dentalhygiene). Abzustellen ist dabei grundsätzlich auf eine objektive Vermeidbarkeit der Kausystemerkrankung. Massgebend ist demzufolge, ob beispielsweise Karies und Parodontitis hätten vermieden werden können, wenn die Mund- und Zahnhygiene genügend gewesen wären, dies ohne Rücksicht darauf, ob die versäumte Prophylaxe im Einzelfall als subjektiv entschuldbar zu betrachten ist (BGE 128 V 59, E. 4b). Zur Gewährleistung einer ausreichenden Mund- und Zahnhygiene gilt es auch, soziale Hilfen beizuziehen (BGE 128 V 70 E. 5a).

6.2 Der Versicherte macht hierzu geltend, dass er vor seiner Erkrankung eine gute Zahnhygiene geführt habe. Infolge seiner durch das Lymphom verursachten schwerwiegenden Hirnschädigung sei er nicht in der Lage gewesen, die Mundhygiene ausreichend wahrzunehmen und entsprechende Weisungen der Zahnärzte zu befolgen. Der Versicherte bestreitet zu Recht nicht, dass seine Zahnhygiene seit der Krebserkrankung ungenügend war. Aus dem Aktenstück der Beschwerdegegnerin Nr. 39 geht denn auch hervor, dass der Versicherte ab Juli 2007 keine Zahnarzttermine mehr wahrnahm und am 12. September 2007 der Praxis mitteilte, dass er keine zahnärztlichen Behandlungen mehr wünsche. Erst am 10. Juli 2013 suchte er wieder einen Zahnarzt auf (vgl. Aktenstück der Beschwerdegegnerin Nr. 41). Ein Behandlungsunterbruch von 6 Jahren genügt den Anforderungen an eine ausreichende Mund- und Zahnhygiene nicht. Ausserdem wurde er nach der Zahnsanierung in den Jahren 2004 und 2005 mehrmals auf eine ungenügende Mundhygiene aufmerksam gemacht (vgl. Einträge vom 13. Juni 2005, 3. Januar 2006, 13. September 2006 und 14. März 2007). Dass er vor seiner Erkrankung eine gute Mundhygiene führte, lässt sich aus den Krankenakten nicht entnehmen. Jedenfalls kann aus der Tatsache, dass für den Zeitraum vor der Diagnose des Lymphoms keine Einträge zur Mund- und Zahnhygiene vorliegen, nicht auf eine genügende Zahnpflege geschlossen werden.

6.3 Der Ansicht des Versicherten, dass es ihm aufgrund seiner Erkrankung und deren Folgen unmöglich gewesen sei, der nötigen Mund- und Zahnpflege nachzukommen, kann nicht gefolgt werden. Eine Leistungspflicht des Krankenversicherers für eine Beeinträchtigung der Kaufkraft bei unzureichender Mund- und Zahnpflege ist dann gegeben, wenn es einer versicherten Person nicht möglich ist, die Notwendigkeit einer genügenden Mundhygiene zu erkennen, sie sich einer solchen widersetzt oder wenn die Durchführung einer genügenden Mundhygiene aus Gründen wie eine ernsthafte Verschlimmerung der Grunderkrankung während geraumer Zeit zu unterblieben hat (BGE 128 V 70 E. 5a). Den Akten sind keine Anhaltspunkte zu entnehmen, dass es dem Versicherten aufgrund seiner Erkrankung verunmöglicht war, eine genügende Mund- und Zahnhygiene aufrechtzuerhalten. Es trifft zwar zu, dass er an einer Anosognosie und einer Hemisymptomatik litt, welche auf das Lymphom zurückzuführen waren. Dass es sich dabei um schwerwiegende Hirnschädigungen handelt, geht aber aus den ärztlichen Berichten nicht hervor. Gemäss neuropsychologischem Bericht der G._____ vom 18. Februar 2004 bestanden lediglich leichte Minderleistungen im Bereich der komplexen Aufmerksamkeitsfunktionen und in den aufmerksamkeitsabhängigen exekutiven und mnestischen Funktionen. Schwerwiegende motorische Schwierigkeiten bestanden dagegen nicht, standen doch die anfänglichen feinmotorischen Schwierigkeiten an der dominanten linken Hand anlässlich der Untersuchung nicht mehr im Vordergrund. Es gibt auch keine Anhaltspunkte, dass er der Einsicht in die Notwendigkeit der Mund- und Zahnhygiene nicht fähig gewesen wäre. Auch wenn die Mund- und Zahnpflege durch die bestehenden Beeinträchtigungen gegebenenfalls erschwert war, rechtfertigt sich eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die daraus folgenden Zahnschäden nicht. Auch für kranke und ältere gesunde Menschen ist es regelmässig beschwerlich, den Zahnarzt aufzusuchen, was indessen für den Gesetzgeber keinen Grund darstellt, bei Vernachlässigung der Mundhygiene deswegen Pflichtleistungen der Krankenkasse vorzusehen (BGE 128 V 70 E. 5a). Daran ändern auch die Einträge in die Krankengeschichte nichts. Diesen zufolge hatte der Versicherte zwar Schwierigkeiten, Zahnarzttermine wahrzunehmen. Entweder erschien er nicht zur vereinbarten Zeit oder er war verspätet. Es kam auch

vor, dass er an einem anderen Tag in der Zahnarztpraxis erschien. Zudem wurde beschrieben, dass er am Telefon unfreundlich gewesen sei und Sprachausfälle gehabt habe. Alle diese Vorfälle bedeuten jedoch nicht, dass es ihm nicht zuzumuten gewesen wäre, - wenn auch nötigenfalls mit Hilfe seiner Ehefrau oder einer anderen nahestehenden Person - die nötige Mundhygiene zu wahren und die Zähne zu pflegen und regelmässig zu kontrollieren.

6.4 Aufgrund dieser Ausführungen ist festzustellen, dass die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin gemäss Art. 17 - 19 KLV nicht erfüllt sind. Sie lehnte es deshalb zu Recht ab, die Kosten für die strittigen Zahnbehandlungen zu übernehmen. Die Beschwerde ist demgemäss abzuweisen.

7. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind wettzuschlagen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Gegen diesen Entscheid wurde vom Beschwerdeführer am 17. Januar 2017 Beschwerde beim Bundesgericht (Verfahren-Nr. [9C 50/2017](#)) erhoben.