



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

**Vom 21. Oktober 2022 (730 22 30 / 247)**

---

**Krankenversicherung**

**Kostenübernahme für eine Zahnbehandlung**

\_\_\_\_\_ Besetzung      Präsidentin Doris Vollenweider, Gerichtsschreiber i.V. Cedric Cucinelli

\_\_\_\_\_ Parteien      **A.**\_\_\_\_\_, Beschwerdeführerin

gegen

**Helsana Versicherungen AG**, Recht & Compliance, Postfach,  
8081 Zürich, Beschwerdegegnerin

\_\_\_\_\_ Betreff      Leistungen

A. Die 1959 geborene A.\_\_\_\_\_ ist bei der Helsana Versicherungen AG (Helsana) obligatorisch krankenpflegeversichert. Am 8. April 2021 liess sie durch ihren behandelnden Zahnarzt Dr. med. Dr. med. dent. B.\_\_\_\_\_, FMH Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, ein Kostenübernahmegesuch für eine umfangreiche Zahnbehandlung einreichen. Diagnostiziert wurde eine Cawood Atrophie VI des Oberkiefers. Zur Prüfung der Leistungspflicht legte die Helsana das Dossier ihrem Vertrauenskieferschirurgen Dr. med. Dr. med. dent. C.\_\_\_\_\_, FMH Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, vor. Dieser attestierte zwar seitlich eine schwere Atrophie, verneinte aber eine durchgehende, vollständige Atrophie. In der Folge lehnte die Helsana mit Schreiben

vom 1. Juni 2021 ihre Leistungspflicht ab. Daran hielt sie mit Verfügung vom 19. Juli 2021 und Einspracheentscheid vom 10. Januar 2022 fest.

B. Hiergegen erhob A.\_\_\_\_\_ am 26. Januar 2022 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsgericht (Kantonsgericht), und beantragte, dass die Kosten der vorliegenden Zahnbehandlung von der Versicherung zu übernehmen seien.

C. Mit Vernehmlassung vom 28. Februar 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig legte sie ihren Ausführungen eine Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 9. Februar 2022 bei.

D. Mit Replik vom 28. März 2022 reichte die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme des behandelnden Arztes Dr. B.\_\_\_\_\_ ein.

E. In ihrer Duplik vom 13. Mai 2022 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Abweisungsantrag fest.

Die Präsidentin 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 in D.\_\_\_\_\_, 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 vom 26. Januar 2022 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. Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Kostenübernahme der Behandlung des von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Zahnschadens. Gemäss der Kostenschätzung des behandelnden Zahnarztes Dr. B.\_\_\_\_\_ vom 8. April 2021 belaufen sich die Kosten für die Zahnbehandlung auf Fr. 13'715.90. Der Streitwert liegt somit unter Fr. 20'000.--, womit die präsidiale Zuständigkeit begründet ist.

2.1 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).

2.2 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 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 listete 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 Versicherung führen, ist gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung abschliessend konzipiert (BGE 130 V 467 E. 2.3, 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 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 Zu den schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems gehören namentlich Erkrankungen des Kieferknochens und der Weichteile, u.a. Osteopathien des Kiefers (Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV). Gemäss KVG-Leitfaden 1999 der Schweizerischen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie (SGKG) treten Osteopathien der Kiefer im Sinne von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV als pathologische Skelettrarifizierung (z.B. primäre/sekundäre Osteoporose), echte Mineralisationsstörung (z.B. Osteomalazie), als lokale pathologische Knochenneubildung mit Funktionseinschränkung (z.B. lokale Osteodystrophie) oder als extreme, nicht altersentspre-

chende Atrophie des Kieferknochens (z.B. Morbus Blunshli/Uehlinger) auf. Im Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO (3. Aufl., Bern 2008, S. 39 f.) besteht im klinischen Erscheinungsbild eine extreme Atrophie des Kieferknochens, auch den Kieferkörper betreffend, so dass aus anatomisch-morphologischen Gründen kein Zahnersatz eingegliedert werden kann. Nach Cawood werden sechs Atrophiegrade unterschieden. Der Atrophiegrad VI wird so definiert, dass der ganze Alveolarfortsatz bis auf die Kieferbasis abgebaut sein muss, was nicht allein auf einen Zahnverlust zurückzuführen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_50/2007 vom 10. Juli 2007, E. 5.2.1). Ein geringerer Grad der Atrophie des zahnlosen Alveolarfortsatzes wird nicht als schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems anerkannt. Nur ein vollständiger Alveolarfortsatzabbau bis auf die Kieferbasis begründet eine schwere Atrophie (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute Schweizerisches Bundesgericht], vom 21. November 2001, K 113/99 E. 3; Urteile des Bundesgerichts vom 10. Juli 2007, 9C\_50/2007, E. 5.2.1 und vom 3. November 2008, 9C\_584/2008, E. 3.3).

3.1 Die Abklärung des für die Beurteilung von Ansprüchen versicherter Personen notwendigen Sachverhalts hat gemäss dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) die verfügende wie auch die eine Verfügung überprüfende Behörde bzw. das Gericht von Amtes wegen vorzunehmen. Demnach haben die Versicherung und das Sozialversicherungsgericht von sich aus, ohne Bindung an die Parteibehörden, für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, in welcher Art über die Rechte und Pflichten einer versicherten Person zu entscheiden ist (vgl. THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Auflage, Bern 2014, § 70 N 4 mit weiteren Hinweisen). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seine Entscheidung nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. CRISTINA SCHIAVI, in: Basler Kommentar ATSG, Frésard-Fellay/Klett/Leuzinger [Hrsg.], Basel 2020, Art. 43 N 11; BGE 144 V 427 E. 3.2). Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die das Gericht von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6 mit diversen Hinweisen).

3.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht 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 Rechtsanspruchs 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 143 V 124 E. 2.2.2). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist demnach 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

3.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b f. mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des bzw. der therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes bzw. Ärztin einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten und Expertinnen andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte bzw. Ärztinnen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte bzw. Ärztinnen wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

4.1 Für die Beurteilung des vorliegenden Sachverhalts liegen im Wesentlichen folgende Unterlagen vor:

4.2 Der behandelnde Arzt Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierte im Kostenübernahmegesuch vom 8. April 2021 eine Cawood Atrophie Grad VI des Oberkiefers gemäss Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV. Zur Behandlung seien eine Knochentransplantation, ein Sinuslift beidseits, eine Insertion von vier Implantaten, ein Prothesenumbau und ein Unterfüttern der Prothese geplant.

4.3 Gemäss Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2021 könne beim Oberkiefer keine durchgehende Atrophie nach Cawood VI diagnostiziert werden. Anhand der vorliegenden Unterlagen liege seitlich eine schwere Atrophie vor. Jedoch sei anterior aufgrund eines Implan-

tats und einer Zahnwurzel im Alveolarfortsatz keine solche ersichtlich. Eine vollständige, durchgehende Atrophie des Alveolarfortsatzes im Oberkiefer nach Cawood VI bestehe nicht. Eine Leistungsübernahme aus der Grundversicherung sei somit abzulehnen.

4.4 In einer weiteren Stellungnahme vom 9. Februar 2022 hielt Dr. C.\_\_\_\_\_ fest, dass im Oberkiefer kein vollständiger Verlust des Alveolarfortsatzes vorliege. Somit bestehe keine durchgehende, schwere Atrophie gemäss Cawood VI. Gemäss digitaler Volumentomographie (DVT) vom 5. März 2021 befinde sich noch ein Implantat im Frontbereich regio 21 in noch vorhandenem Knochen des Alveolarfortsatzes. Zudem zeige sich anhand der DVT ein deutlicher restlicher Anteil des Alveolarfortsatzes anterior und vor allem anterior links im Eckzahn- und Prämolarenbereich. Seitlich im Molarenbereich beidseits liege eine partielle schwere Atrophie gemäss Cawood VI vor. Die gesetzlichen Voraussetzungen gemäss Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV seien nicht erfüllt, da im Oberkiefer keine vollständige, durchgehende Atrophie des Alveolarfortsatzes vorliege. Die Behauptung, es sei 95 % des Oberkiefers komplett schwer atrophiert, träfe nicht zu, was sich anhand des DVT-Ausdrucks beweisen liesse. Dass das restliche noch verbliebene Implantat wegen Überlastung verlorengehen könne, sei nachvollziehbar, habe jedoch auf die Leistungspflicht gemäss Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV keinen Einfluss, da hierbei nur der aktuelle und nicht der spekulativ zukünftige Zustand des Knochens für die Beurteilung der Leistungspflicht unter Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV entscheidend sei.

4.5 Gemäss Stellungnahme von Dr. B.\_\_\_\_\_ vom 28. März 2022 sei die Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_\_ falsch. Zur Begründung führt er aus, dass das von ihm benutzte Wort «durchgehend» in der Rechtsprechung gar nicht vorkomme. Damit werde auf eine vereinfachte, rein bildliche Beurteilung reduziert, anhand derer der Vertrauensarzt eine deutliche Nivellierung des Knochens verlange. Vorliegend bestünden noch Restanteile des Oberkiefers, welche der Vertrauensarzt als Anlass zur Verweigerung der Leistungspflicht nehme. Der Versicherungsarzt habe in seiner ersten Beurteilung von der Präsenz einer Zahnwurzel im Oberkiefer gesprochen. Eine solche sei allerdings nicht vorhanden. Die Relation des Austrittspunkts des Nervs zum vorhanden Knochen und zum Implantat liesse sich unschwer erkennen und entspräche dem Schema Cawood VI. Im Seitenzahnbereich sei der Kiefer bis auf eine Zone, wo früher die Prämolaren standen, vollständig abgebaut. Die Einteilung nach Cawood verlange in dieser Zone für einen Abbau nach Grad VI ebenfalls einen Knochenschwund bis auf Höhe der früheren Wurzelspitzen.

4.6 Gemäss der Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 9. Mai 2022 sei zur Beurteilung, ob eine schwere Kieferatrophie vorliege, auf die radiologische Darstellung des Kiefers abzustellen. Seine Beurteilung vom 28. Mai 2021, bei der er mittels OPT vom 4. September 2020 versehentlich aufgrund einer liegenden Matrize regio 21 eine Zahnwurzel angenommen habe, müsse er korrigieren. Tatsächlich sei regio 21 ein Zahnimplantat, welches offenbar wegen einer Periimplantitis verloren gegangen ist (sichtbarer Knochendefekt im Alveolarfortsatz). Dies ändere allerdings nichts an der Tatsache, dass sowohl im OPT vom 21. September 2020 wie auch in der vorliegenden DVT vom 5. März 2021 im anterioren Oberkiefer regio 21 bis circa regio 24 eindeutig noch ein Restanteil des Alveolarfortsatzes identifizierbar sei. Somit liege keine vollständige (d.h. durchgehende) Atrophie des Alveolarfortsatzes gemäss Cawood VI vor und die Krite-

rien für eine Pflichtleistung unter Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV seien nicht erfüllt. Er führt weiter aus, dass die Ausführungen von Dr. B.\_\_\_\_\_ bezüglich des Foramen incisivum fachlich nicht korrekt und irreführend seien. Das Foramen incisivum entspräche einer Öffnung am harten Gaumen und der Austrittsstelle des Nervus incisivus aus dem Canalis incisivus. Dieses Foramen incisivum sei sowohl beim gesunden, jungen und vollbezahnten (d.h. nicht atrophierten) Kiefer wie auch beim zahnlosen, atrophien Kiefer vorhanden und sei kein Kriterium für eine Kieferatrophie. Zur Frage, ob im Oberkiefer eine Atrophie nach Cawood VI vorliege, führt er weiter aus, dass es im Oberkiefer seitlich nach Verlust der Molaren häufig zu einer weit fortgeschrittenen Knochenatrophie komme. Dies könne einerseits bedingt durch vorangehenden Knochenverlust vor Zahnextraktion, z.B. im Rahmen einer Parodontitis sein. Andererseits komme hier auch die physiologische Expansion (Pneumatisation) der Kieferhöhlen im Alter als Ursache der Knochenatrophie in Frage, welche häufig zu einem «internen» Knochenabbau führe, wonach dann die Zahnwurzeln teilweise in das Lumen der Kieferhöhle ragen könnten. Dies entspreche aber nicht einem krankhaften Zustand und damit auch nicht einer Osteopathie. Dazu bräuchte es rechtssprechungsgemäss einer vollständigen, durchgehenden Atrophie des gesamten Alveolarfortsatzes. Ähnliches gelte auch für den Unterkiefer, wo bei Restbezahnung in der Front eine schwere Atrophie entsprechend Cawood VI seitlich häufig vorliege. Auch dies begründe keine Pflichtleistung gemäss Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV. Der Vertrauensarzt kommt zum Schluss, dass die gesetzlichen Voraussetzungen nach Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV nicht erfüllt seien. Es bestehe keine vollständige Atrophie des gesamten Alveolarfortsatzes. Sowohl im OPT vom 21. September 2020 wie auch in der DVT vom 5. März 2021 sei eindeutig noch ein Alveolarfortsatz um das Implantat 11 und insbesondere von 21 bis 23/24 (anterioren Oberkiefer links) nachweisbar. Dies sei objektiv anhand der Röntgenbilder dokumentiert.

5.1 Die Vorinstanz stütze sich bei der Beurteilung des vorliegend strittigen medizinischen Sachverhalts auf die Ergebnisse, zu denen Dr. C.\_\_\_\_\_ in seinen Beurteilungen gelangt war. Demgemäss ging sie davon aus, dass keine vollständige, durchgehende Atrophie des Alveolarfortsatzes vorhanden sei und damit der Atrophiegrad VI nach Cawood nicht erreicht wird. Die Voraussetzungen von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV seien deswegen nicht erfüllt. Gemäss Dr. C.\_\_\_\_\_ liesse sich anhand der radiologischen Bildgebung (OPT und DVT) erkennen, dass im anterioren Oberkiefer regio 21 bis circa regio 24 eindeutig noch Restanteile des Alveolarfortsatzes nachweisbar sind. Deshalb liege keine Atrophie Grad VI vor. Irrtümlicherweise ging Dr. C.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 28. Mai 2021 vom Vorliegen einer Zahnwurzel aus. In seiner Stellungnahme vom 9. Mai 2022 erklärt er allerdings überzeugend, warum es fälschlicherweise zu dieser Annahme kam und berichtigt sogleich seine Feststellungen. In der Folge kommt Dr. C.\_\_\_\_\_ dennoch auf dasselbe Ergebnis.

5.2 Wie in den Erwägungen 3.1 bis 3.3 hiervor ausgeführt, sind an die Beweiskraft von versicherungsinternen medizinischen Beurteilungen strenge Anforderungen zu stellen. Bei diesen Unterlagen sind bereits bei geringen Zweifeln an die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ergänzende (externe) Abklärungen vorzunehmen. Allgemein gelten auch bei versicherungsinternen medizinischen Unterlagen die in Erwägung 3.2 genannten Kriterien an den Beweiswert. Vorliegend sind diese erfüllt. Die Beurteilungen von Dr. C.\_\_\_\_\_ weisen keine formellen Mängel auf und sind für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigen die geklagten Beschwerden,

sind in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden und leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Sie beruhen auf der radiologischen Bildgebung und sind damit objektivierbar. Auch setzen sie sich genügend mit den vorliegenden medizinischen Unterlagen auseinander und nehmen insbesondere eine begründete, schlüssige und nachvollziehbare Beurteilung vor. Schliesslich stimmen sie mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung überein, wonach bei einem Atrophiegrad VI der ganze Alveolarfortsatz bis auf die Kieferbasis abgebaut sein muss (vgl. E. 2.4 hiavor). Die beweisrechtlichen Anforderungen an versicherungsinterne medizinische Unterlagen sind somit erfüllt und die Beschwerdegegnerin durfte zu Recht darauf abstellen.

5.3 Was die Beschwerdeführerin vorbringt, führt zu keiner anderen Beurteilung des medizinischen Sachverhalts. Die Beschwerdeführerin rügt, dass gemäss Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV lediglich das Leiden einen Krankheitswert erreichen müsse. Es sei nirgends festgehalten, dass der gesamte Kiefer vollständig atrophiert sein müsse. Darüber hinaus beruft sich die Beschwerdeführerin insbesondere auf die Beurteilung ihres behandelnden Arztes Dr. B.\_\_\_\_. Dieser bemängelt, dass Dr. C.\_\_\_\_ durchgehend auf die radiologische Bildgebung abstelle und sich nicht auf die Anatomie beziehe. Seiner Meinung nach liesse sich die Relation des Austrittspunktes des Nervs zum vorhanden Knochen und zum Implantat unschwer erkennen. Diese entspräche einer Atrophie Cawood VI. Im Seitenzahnbereich sei der Kiefer bis auf eine Zone, wo früher die Prämolaren standen, vollständig abgebaut.

5.4 Die Begründung der Beschwerdeführerin respektive des behandelnden Arztes ist nicht einleuchtend. Dass der gesamte Kiefer vollständig atrophiert sein muss, damit ein Atrophiegrad VI vorliegt respektive die Voraussetzungen von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV erfüllt sind, ergibt sich aus der Rechtsprechung (vgl. E. 2.4). Ebenso ist nicht einleuchtend, weshalb in diesem Fall nicht auf die radiologische Bildgebung abgestellt werden soll, ist dies doch die einzige Möglichkeit, den medizinischen Sachverhalt objektiv zu beurteilen. Insgesamt fehlt es an einer überzeugenden medizinischen Begründung, weshalb ein Atrophiegrad VI vorliegen soll. Dr. B.\_\_\_\_ kann keine Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Damit drängt sich keine abweichende Beurteilung auf, die nicht einer rein subjektiven ärztlichen Interpretation entspringt. Zusammenfassend kann die Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ keine auch nur geringen Zweifel an der Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ wecken.

5.5 Insgesamt ist damit zum Schluss zu kommen, dass keine begründeten Zweifel an der Aussagekraft und Verlässlichkeit der vertrauensärztlichen Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ bestehen, so dass zur Beurteilung der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin darauf abzustellen ist. Insbesondere werden keine neuen, dem Vertrauensarzt nicht bekannten Umstände geschildert, die zu weiteren Abklärungen Anlass geben würden. Damit ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die gesetzlichen Voraussetzungen gemäss Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV für eine Kostenübernahme der Zahnbehandlung nicht erfüllt sind. Die Beschwerde vom 26. Januar 2022 ist deshalb abzuweisen.

6. Es bleibt über die Kosten des Verfahrens zu befinden. Gemäss Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Ein-

zelgesetz vorgesehen ist. Sieht das Einzelgesetz keine Kostenpflicht vor, kann das Gericht einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, Gerichtskosten auferlegen. Da das KVG keine Kostenpflicht vorsieht und sich die Parteien weder mutwillig noch leichtsinnig verhalten haben, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

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

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