

Obergericht Appenzell Ausserrhoden

3. Abteilung

Urteil vom 18. Februar 2020

Mitwirkende	Obergerichtspräsident E. Zingg Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichterin D. Sieber Oberrichter H.P. Fischer und Dr. F. Windisch Obergerichtsschreiberin A. Mauerhofer
Verfahren Nr.	O3V 19 3
Sitzungsort	Trogen
Beschwerdeführer	A. _____ vertreten durch: RA AA. _____
Vorinstanz	Krankenkasse B. _____
Gegenstand	Unfalldeckung Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Krankenkasse B. _____ vom 30.11.2018

Rechtsbegehren

a) des Beschwerdeführers:

1. Der Einspracheentscheid vom 30. November 2018 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin gerichtlich zu verpflichten, dem Beschwerdeführer CHF 5'916.35 (allenfalls einen geringeren Betrag nach Abzug eines zulässigen Selbstbehaltes/Franchise) nebst Zins zu 5% ab 22.07.2016 zu bezahlen.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

b) der Vorinstanz:

1. Die Beschwerde sei abzuweisen.
2. Der Einspracheentscheid vom 30.11.2018 sei zu bestätigen.
3. Jegliche anderweitige Begehren seien abzuweisen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Versicherten.

Sachverhalt

- A. Der am XX.XX.1956 geborene A. _____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) war bei der Krankenkasse B. _____ (nachfolgend Vorinstanz) sowohl für die Folgen von Krankheit als auch (als selbständig Erwerbstätiger ohne andere Unfallversicherung) für die Folgen von Unfällen versichert, als er gemäss seinen Angaben am 26. Juli 2014 beim Essen eines Stücks Nusstorte auf einen harten Gegenstand biss, was dazu führte, dass sowohl oben wie unten ein Stück der betroffenen Zähne abbrach. Am frühestmöglichen Termin vom 5. August 2014 liess sich der Beschwerdeführer bei seinem Zahnarzt, Dr. C. _____, untersuchen. Dieser dokumentierte den Zahnschaden mit Fotos und Röntgenbildern.
- B. Am 19. August 2014 reichte der Beschwerdeführer bei der Krankenkasse B. _____ eine Unfallerklärung ein (act. 8/4), auf welcher zum Unfallhergang angegeben war: *„harter Gegenstand in Dessertbuffet“*. Mit Schreiben vom 22. August 2014 an den Beschwerdeführer lehnte die Krankenkasse B. _____ eine Kostenübernahme für die geplante Zahnsanierung mit folgender Begründung ab: *„In Ihrer Unfallerklärung erwähnen Sie, dass Sie auf einen harten Gegenstand im Dessertbuffet gebissen haben. Daraus lässt sich nicht auf einen ungewöhnlichen äusseren Faktor als Ursache des Zahnabbruchs schliessen [...]. Da der Nachweis eines Unfallereignisses im Sinne der Unfalldefinition somit*

nicht erbracht ist, können wir uns [...] nicht an den Behandlungskosten beteiligen.“ Wenn der Beschwerdeführer noch Fragen habe, könne er sich gerne an die Beschwerdegegnerin wenden (act. 8/5).

- C. Daraufhin erfolgte ein mehrfacher Briefwechsel zwischen dem Beschwerdeführer und der Krankenkasse B. _____, eine Einigung über die Kostenübernahme wurde dabei nicht erzielt (act. 8/6-10). Am 10. Dezember 2014 schrieb der inzwischen vom Beschwerdeführer eingeschaltete Rechtsanwalt der Krankenkasse B. _____, man werde das *corpus delicti* bei Dr. C. _____ anfordern (act. 8/11). In der Folge stellte sich dann aber heraus, dass dieses inzwischen offenbar vom Zahnarzt entsorgt worden war, was der Krankenkasse B. _____ mit Schreiben vom 26. Juni 2015 mitgeteilt wurde; gleichzeitig wies der Rechtsvertreter darauf hin, eine schrittweise Sanierung der Zähne habe nun nicht länger aufgeschoben werden können und die Rechnungen würden bald folgen (act. 8/13).

Mit Schreiben vom 16. Juni 2016 liess der Beschwerdeführer schliesslich zwei Rechnungen betreffend die inzwischen durchgeführte Zahnbehandlung bei der Krankenkasse B. _____ einreichen mit der erneuten Aufforderung, diese seien direkt aus der Unfallpolice zu begleichen (act. 8/15). Am 23. September 2016 ersuchte die Krankenkasse B. _____ Dr. C. _____ daraufhin um Zustellung des vollständigen Röntgenbilder-Dossiers (act. 8/19), was dieser mit Schreiben vom 3. bzw. 29. November 2016 (act. 8/20) erledigte. Nachdem die Krankenkasse B. _____ weiterhin keine Übernahme der Kosten in Aussicht stellte, ersuchte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers schliesslich mit Schreiben vom 3. April 2017 um Erlass einer entsprechenden anfechtbaren Verfügung (act. 8/21). Weil hierauf keine Reaktion erfolgte, liess der Beschwerdeführer im Juni 2017 gegen die Krankenkasse B. _____ eine Rechtsverweigerungsbeschwerde beim Obergericht einreichen (Verfahren O2V 17 11).

Daraufhin wandte sich die Krankenkasse B. _____ am 5. Juli 2017 erneut mit Fragen an den behandelnden Zahnarzt Dr. C. _____ (act. 8/26), welcher diese am 15. August 2017 beantwortete und ausdrücklich darauf hinwies, es müsse im konkreten Fall von einem Kauunfall ausgegangen werden (act. 8/28). Während des pendenten Verfahrens vor Obergericht erliess die Krankenkasse B. _____ schliesslich am 25. April 2018 eine leistungsabweisende Verfügung, was zur Folge hatte, dass die vom Beschwerdeführer eingereichte Rechtsverweigerungsbeschwerde als inzwischen gegenstandslos abzuschreiben war. Im Urteil vom 3. Juli 2018 im Verfahren O2V 17 11 stellte die zweite Abteilung des Obergerichts aber zugleich ausdrücklich fest, dass der Krankenkasse B. _____ eine Rechtsverzögerung im Zusammenhang mit dem Erlass dieser Verfügung vom

25. April 2018 vorzuwerfen sei und sprach dem Beschwerdeführer zu Lasten der Krankenkasse B. _____ eine Parteientschädigung für das Verfahren zu.

- D. Gegen die erwähnte leistungsabweisende Verfügung der Krankenkasse B. _____ vom 25. April 2018 erhob der Beschwerdeführer bei der Vorinstanz fristgerecht Einsprache. Diese wurde mit Entscheid vom 30. November 2018 (act. 2) abgewiesen. Im Einspracheentscheid verneinte die Krankenkasse B. _____ unverändert das Vorliegen eines Unfalles und begründete dies namentlich damit, die Angaben des Beschwerdeführers zum Unfallhergang seien weder präzise, vollständig noch beständig. Das *corpus delicti*, wodurch der Zahnschaden entstanden sei, sei ihr nicht vorgelegt worden; der Cumulus-Ausdruck über den Kauf einer Nusstorte sei noch kein Beweis des Verzehrs derselben. Die Folgen dieser Beweislosigkeit habe der Beschwerdeführer zu tragen.
- E. Gegen den leistungsabweisenden Einspracheentscheid liess der Beschwerdeführer, vertreten durch seinen Rechtsanwalt, am 11. Januar 2019 eine Beschwerde beim Obergericht einreichen mit den eingangs erwähnten Anträgen (act. 1). Mit Vernehmlassung vom 3. April 2019 (act. 7) verlangte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde sowie auch die Abweisung „jeglicher anderweitiger Begehren“ unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten ihres Versicherten. Mit Replik vom 13. Mai 2019 hielt der Beschwerdeführer an seiner Beschwerde fest. In der am 27. Mai 2019 eingereichten Duplik präziserte die Vorinstanz die eingangs erwähnten Anträge und stellte sich in materieller Hinsicht unverändert auf den Standpunkt, der Unfallbegriff sei im konkreten Fall nicht erfüllt, da nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein ungewöhnlicher äusserer Faktor für die Zahnschädigung ursächlich gewesen sei.

Nachdem keine der Parteien die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verlangt hatte, wurde die Sache zur Beratung an einer Sitzung der dritten Abteilung des Obergerichts traktandiert und am 18. Februar 2020 darüber entschieden. Die Beschwerde wurde unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids gutgeheissen und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen, damit diese nach ergänzenden Abklärungen neu über den Leistungsanspruch entscheide.

Die Begründung für dieses Urteil ergibt sich aus den nachfolgenden Erwägungen.

Erwägungen

1. Formelles

- a. Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Zuständig für die Beurteilung von sozialversicherungsrechtlichen Streitigkeiten ist gemäss Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Da der Beschwerdeführer in Trogen wohnt, ist die örtliche Zuständigkeit in Appenzell Ausserrhoden gegeben.
- b. Gemäss Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes (JG, bGS 145.31) beurteilt das Obergericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen. Das Gesamtgericht hat Beschwerden in Sozialversicherungssachen mit medizinischen Fragestellungen der 3. Abteilung zur Beurteilung zugewiesen (so publiziert im aktuellen Staatskalender des Kantons Appenzell Ausserrhoden [<https://staatskalender.ar.ch/organizations/pdf>], Ziff. 2.6.1.2), weshalb diese zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerdesache zuständig ist.
- c. Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der weiteren Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung auf Seiten des Beschwerdeführers als auch hinsichtlich der Form- und Fristerfordernisse mit Bezug auf die Beschwerdeschrift erfüllt sind (insbesondere Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] i.V.m. Art. 59, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG).
- d. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

2. Materielles

2.1 Vorbemerkungen

- a. Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Art. 118 Abs. 1 UVG). So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb das bis zum

31. Dezember 2016 geltende Recht zur Anwendung gelangt (vgl. zum Ganzen anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_842/2018 vom 6. Mai 2019, E. 2, m.w.H.).

- b. Gemäss Art. 4 ATSG ist unter dem Begriff „Unfall“ die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper zu verstehen, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.
- c. Die Haftung der Krankenkasse B. _____ im Zusammenhang mit Zahnbehandlungskosten des bis Ende Dezember 2016 bei ihr versicherten Beschwerdeführers wird nicht grundsätzlich bestritten; eine solche Haftung ergibt sich denn auch namentlich gestützt auf Art. 1a Abs. 2 lit. b i.V.m. Art. 31 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10), sofern die dafür nötigen Voraussetzungen im Einzelnen erfüllt sind. Demnach hat eine Krankenkasse grundsätzlich für die Kosten der Behandlung von unfallbedingten Schäden des Kausystems aufzukommen, wenn nicht eine Unfallversicherung besteht, die diese Kosten übernimmt. Die Krankenkasse B. _____ sieht den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Zahnschaden allerdings nicht als unfallbedingt an, sondern verneint im konkreten Fall das Vorliegen eines Unfalles im Rechtssinne mit der Begründung, der in Frage stehende Sachverhalt sei letztlich unbewiesen geblieben und die Folgen dieser Beweislosigkeit würden zulasten des Beschwerdeführers gehen.

2.2 Zu den einzelnen Elementen des Unfallbegriffs im konkreten Fall

Der Beschwerdeführer macht geltend, er habe einen Zahnschaden erlitten, weil er beim Verzehr einer Nusstorte unerwartet auf ein hartes Fragment gebissen habe. Wird von diesem Sachverhalt ausgegangen (siehe dazu im Einzelnen nachfolgend, E. 2.3), so wäre gestützt auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts im Zusammenhang mit ähnlichen Fällen der Unfallbegriff grundsätzlich als erfüllt zu betrachten:

- a. Wenn beim Kauen von Nahrung ein Zahn abbricht, sind die Begriffsmerkmale einer plötzlichen, nicht beabsichtigten schädigenden Einwirkung offensichtlich erfüllt. Dies wird auch von der Krankenkasse B. _____ nicht bestritten.
- b. Genauer zu prüfen (und zwischen den Parteien umstritten) ist, ob im Einzelfall auch das Vorliegen eines ungewöhnlichen äusseren Faktors angenommen werden kann (vgl. in diesem Sinn auch S. 2 unten angefochtener Einspracheentscheid, act. 8/36).

Das Bundesgericht hat in einem Entscheid vom 31. März 2010 (Urteil des Bundesgerichts 9C_1095/2009) unter Verweis auf seine frühere Rechtsprechung festgehalten, dass eine Nussschale bzw. sonst etwas vergleichbar Hartes wie z.B. ein Kieselstein in einem Nussgipfel ein ungewöhnlicher äusserer Faktor im Sinne des Unfallbegriffs darstelle. Es ist kein Grund ersichtlich, weshalb dies bei einer Nusstorte anders zu beurteilen wäre als bei einem Nussgipfel, zumal bei beiden Produkten normalerweise nicht damit gerechnet werden muss, während dem Verzehr auf etwas Hartes zu beissen. Bereits im Urteil K 787 (= BGE 114 V 169, wobei die betreffende E. 2b nicht veröffentlicht wurde; siehe aber in RKUV 1988 Nr. K 787, S. 419 ff.) des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 15. August 1988 wurde festgehalten, dass sowohl ein Knochensplitter in einer Wurst als auch die Nussschale im Nussbrot, ebenso wie in der Nusstorte, im Nussgipfel oder in der Nussschokolade als ungewöhnlich zu qualifizieren ist. Dies gelte, auch wenn nie gänzlich ausgeschlossen werden könne, dass sich in einem der letzteren Nahrungsmittel eine Nussschale befinde. Es dürfe nämlich nicht nur derjenige Faktor als ungewöhnlich bezeichnet werden, mit welchem sicher nicht gerechnet werden müsse, sondern es genüge, wenn damit der Rahmen des Alltäglichen oder Üblichen überschritten werde. Diese Rechtsprechung wurde vom Bundesgericht auch in späteren Urteilen mehrfach bestätigt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_191/2018 vom 21. Dezember 2018, E. 3.2; 8C_53/2016 vom 9. November 2016, E. 3.2; 9C_553/2013 vom 17. Oktober 2013, E. 2.2; 9C_985/2010 vom 20. April 2011, E. 5.4, je m.w.H.). Nach ständiger Rechtsprechung ist ein Nussschalensplitter oder ein anderer harter Gegenstand in einer Nusstorte - anders als etwa ein Stein im selbst gebackenen Kirschenkuchen, der mit nicht entsteinten Früchten zubereitet wurde, harte Dekorationsperlen auf oder in einem Kuchen, ein Stein in einer TuttiFruttimischung oder eine Dreikönigsfigur im Dreikönigskuchen - als ungewöhnlicher Faktor zu qualifizieren.

- c. Hat der Beschwerdeführer also einen Zahnschaden erlitten, weil er auf ein Stück Nussschale oder etwas vergleichbar Hartes beim Essen einer Nusstorte gebissen hat, so wäre der Unfallbegriff als erfüllt zu betrachten. Dem stimmt auch die Krankenkasse B. _____ im Grundsatz zu (vgl. auch Vernehmlassung, act. 2, S. 2 unten). Allerdings macht die Krankenkasse B. _____ gleichzeitig geltend, zu prüfen bleibe aber, ob das Vorliegen eines ungewöhnlichen Faktors auch tatsächlich *nachgewiesen* sei. Während die Krankenkasse B. _____ im konkreten Fall davon ausgeht, es sei letztlich gar nicht bewiesen, dass der Beschwerdeführer auf einen harten Gegenstand gebissen habe und geltend macht, die blossе Vermutung, ein Zahnschaden sei durch einen Fremdkörper verursacht worden, genüge nicht bzw. es liege ein unbewiesener Sachverhalt vor, was zu Lasten des Beschwerdeführers gehe und keine Leistungspflicht des Unfallversicherers begründen könne (act. 2, S. 3 oben), sieht der Beschwerdeführer seinerseits sämtliche

Voraussetzungen des Unfallbegriffs und damit auch für eine Haftung der Krankenkasse B. _____ als erfüllt an.

2.3 Zum Nachweis der Ungewöhnlichkeit des äusseren Faktors im konkreten Fall

- a. Die Krankenkasse B. _____ argumentiert namentlich, zunächst sei die Rede von einem harten Gegenstand im Dessertbuffet gewesen, später sei von einer gegessenen Nusstorte berichtet und dann erst präzisiert worden, es habe sich wohl um einen Nusschalensplitter gehandelt. Das *corpus delicti* sei aber gar nie vorgelegt worden. Die gesamten Angaben des Beschwerdeführers seien weder präzise, vollständig noch beständig gewesen. Der Beschwerdeführer hält dieser Argumentation entgegen, er könne den Kauf der Nusstorte belegen (vgl. act. 3.1 und 3.2), ausserdem werden sowohl eine persönliche Befragung als zusätzlich Zeugenbefragungen zum Beweis, dass er sich beim Essen dieser Nusstorte die Zähne beschädigt habe, offeriert.
- b. Gestützt auf eine umfassende Beweiswürdigung besteht kein triftiger Grund, daran zu zweifeln, dass der Beschwerdeführer sich tatsächlich beim Verzehr der nachweislich am 21. Juli 2014 im Migrosmarkt St. Fiden eingekauften Séléction Nusstorte (vgl. act. 3/2) einen Zahnschaden zugezogen habe. Das Argument der Krankenkasse B. _____, dass eine Nusstorte gekauft worden sei, beweise noch lange nicht deren Verzehr, ändert unter den gegebenen Umständen daran nichts: Zwar trifft es zu, dass der Beschwerdeführer auf der Unfallerklärung zunächst erst etwas ungenau angegeben hatte, „*harter Gegenstand in Dessertbuffet*“ (act. 3/3 bzw. 8/4). Es ist aber nachvollziehbar, dass sich der Beschwerdeführer beim Ausfüllen des Formulars schlichtweg nicht bewusst war, dass es besser gewesen wäre, bereits in diesem Zeitpunkt genauere Angaben dazu zu machen, wie sich der Vorfall abgespielt hat. Dass er später präziserte, der Zahnschaden sei beim Essen eines Stücks Nusstorte entstanden, ist zwar eine genauere Beschreibung des Vorfalls, aber nicht unbeständig, wie die Krankenkasse B. _____ meint, zumal diese Präzisierung keineswegs in Widerspruch zu der früheren, einfach noch nicht sehr detaillierten Angabe eines harten Gegenstands im Dessertbuffets steht, sondern einfach im Detail beschreibt, was konkret vom Dessertbuffet gegessen wurde, als der Vorfall geschah. Dem Beschwerdeführer kann somit nicht vorgeworfen werden, er habe widersprüchliche Angaben zum Unfallhergang gemacht. Er hat seine ersten Angaben auf der Unfallmeldung lediglich erst nachträglich genauer präzisiert, weil er dazu zunächst - was nachvollziehbar erscheint - noch gar keinen Anlass sah. Auf die vom Beschwerdeführer beantragten Zeugeneinvernahmen in diesem Zusammenhang kann in antizipierter Beweiswürdigung

verzichtet werden, da in der gegebenen Situation nicht zu erwarten ist, dass diese Zeugen-
einnahmen zu einer anderen Schlussfolgerung führen könnten.

- c. Zu beachten ist unter den gegebenen Umständen, dass die Krankenkasse B. _____ ih-
rerseits erst am 3. Oktober 2014 (act. 3/9 bzw. 8/8) den Beschwerdeführer konkret darüber
informierte, seine auf der Unfallmeldung gemachte Angabe, auf etwas Hartes gebissen zu
haben, genüge nicht; da er nicht definieren könne, um was für einen Fremdkörper es sich
gehandelt habe, sei der Unfallbegriff nicht erfüllt. Vor dieser Mitteilung bestand für den Be-
schwerdeführer nachvollziehbarerweise noch kein Anlass, davon auszugehen, er müsse
den Vorfall genauer beschreiben. Daran ändert auch das zuvor von der Krankenkasse B.
_____ an den Beschwerdeführer geschickte Schreiben vom 22. August 2014 (act. 3/5
bzw. 8/5) nichts, wo die Krankenkasse B. _____ lediglich unter Verweis auf ein Urteil des
Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 33/00 vom 26. April 2000 anführte, daraus, dass
der Beschwerdeführer auf einen harten Gegenstand im Dessertbuffet gebissen habe, lasse
sich nicht auf einen ungewöhnlichen äusseren Faktor als Ursache des Zahnabbruchs
schliessen. Der Beschwerdeführer studierte in der Folge offenbar das angegebene Urteil
und teilte der Krankenkasse B. _____ hierauf mit, es wundere ihn schon, dass ihm eine
Kostenbeteiligung verweigert werde gestützt auf ein Urteil, das explizit in seinem Fall die
Ungewöhnlichkeit des äusseren Faktors bestätige (act. 3/6 bzw. 8/6) - eine Reaktion, aus
der für die Krankenkasse B. _____ somit bereits ersichtlich war, dass der Beschwer-
deführer eben gerade keine Parallelen zu seinem eigenen Fall sehen konnte. Erst am 3.
Oktober 2014 schrieb die Krankenkasse B. _____ den Beschwerdeführer nochmals an,
um ihm „*die Sachlage nochmals zu erläutern*“ (act. 3/9 bzw. 8/8). Aus diesem Schreiben
war nun für den Beschwerdeführer erstmals konkret erkennbar, dass die Krankenkasse B.
_____ davon ausging, dass er den harten Gegenstand nicht näher definieren könne.
Hierauf reagierte er denn auch prompt und teilte umgehend mit, es handle sich bei dem
harten Gegenstand um etwas sehr Kleines, was zwar von ihm „*als Normalbürger ohne La-
bor nicht zweifelsfrei definierbar*“ sei (vgl. act. 3/10 bzw. 8/9), aber die Krankenkasse B.
_____ könne das *corpus delicti* bei seinem Zahnarzt anfordern, er habe es diesem bei
der ersten Konsultation nach dem Unfall abgegeben.
- d. Erst am 5. Juli 2017 (act. 8/26) fragte die Krankenkasse B. _____ schliesslich bei Dr. C.
_____ nach und ersuchte ihn um eine Beschreibung des harten Gegenstandes. Der
behandelnde Zahnarzt bestätigte im Schreiben vom 16. August 2017 (act. 3/25 bzw. 8/28),
dass der Beschwerdeführer beim Erstbehandlungstermin ein hartes, helles Fragment von
gelb-bräunlicher Farbe mitgebracht habe und der Beschwerdeführer habe ihn im Anschluss
auf die Erstversorgung darauf hingewiesen, dass es sich hierbei um das *corpus delicti*
handle (Dr. C. _____ gab an, er habe das Stück allerdings inzwischen

„gewöhnheitsmässig“ entsorgt, er gehe aber aufgrund des Schadenbildes ausdrücklich von einem Kauunfall aus, der durch das Beissen auf dieses harte Stück entstanden sei).

- e. Es besteht überhaupt kein Grund, an dieser schriftlichen Aussage des behandelnden Zahnarztes zu zweifeln. Auch ohne die vom Beschwerdeführer beantragten Zeugeneinvernahmen ist daher unter den gegebenen Umständen in sachverhaltsmässiger Hinsicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer, wie er geltend macht, beim Verzehr einer Nusstorte auf einen harten Gegenstand gebissen hat, was zum Zahnschaden führte. Insofern unterscheidet sich der Sachverhalt wesentlich von demjenigen im Entscheid U 33/00 des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 26. April 2000, auf den sich die Krankenkasse B. _____ bereits in ihrem ersten leistungsabweisenden Schreiben an den Beschwerdeführer beruft (vgl. Schreiben der Krankenkasse B. _____ vom 22. August 2014, act. 8/5): Während dort weder der Versicherte noch eine andere Person nähere Angaben dazu machen konnten, ob wirklich auf etwas Hartes gebissen worden war bzw. geschweige denn eine genauere Beschreibung dieses harten Gegenstandes liefern konnte (vgl. dazu E. 2 des betreffenden Urteils: *„Der Vorinstanz ist sodann beizupflichten, dass weitere Beweismassnahmen nicht angezeigt waren, da, der Sachverhaltsschilderung des Beschwerdeführers folgend, weder dieser noch eine dritte Person Angaben darüber machen kann, ob der Versicherte auf «etwas Hartes» gebissen und gegebenenfalls, um was es sich dabei gehandelt hat“*), ist im vorliegenden Fall gestützt auf die gegebenen Umstände - wie aufgezeigt - in sachverhaltsmässiger Hinsicht sehr wohl davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer tatsächlich beim Verzehr eines Stücks Nusstorte auf einen kleinen harten Gegenstand gebissen hat, nachdem auch der behandelnde Zahnarzt diesen Gegenstand, der ihm vom Beschwerdeführer gezeigt bzw. übergeben worden war, konkret näher beschreiben konnte. Dass der Gegenstand inzwischen nicht mehr vorliegt, ändert daran nichts.
- f. Zusammengefasst ist im konkreten Fall gestützt auf die dargelegte Beweiswürdigung in sachverhaltsmässiger Hinsicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer beim Verzehr eines Stücks Nusstorte durch ein darin enthaltenes kleines hartes Fragment einen Zahnschaden erlitten hat. Dabei ist unerheblich, dass das Fragment - höchstwahrscheinlich ist bei einem harten Gegenstand in einer Nusstorte ein Nussschalensplitter zu vermuten - inzwischen nicht mehr genauer untersucht werden kann, nachdem es entsorgt worden ist, denn so oder so gehört ein hartes Fragment (unabhängig davon, ob es ein Nussschalensplitter ist oder etwas anderes Hartes) nicht in eine Nusstorte (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 9C_1095/2009 vom 10. März 2010, wo das harte Fragment, auf das beim Verzehr eines Nussgipfels gebissen wurde, verschluckt wurde und deshalb ebenfalls nicht mehr eruierbar war, ob es sich nun um einen Nussschalensplitter oder etwas anderes Har-

tes gehandelt hatte). Der behandelnde Zahnarzt sieht zudem ausdrücklich keine andere Erklärung für den Zahnschaden als ein Kauunfall, d.h. ein krankhafter Vorzustand steht im konkreten Fall nicht als Ursache der Zahnschädigung zur Diskussion.

Entsprechend ist eine Haftung der Krankenkasse B. _____ für die aufgrund des Kauunfalls vom 26. Juli 2014 entstandenen Zahnbehandlungskosten dem Grundsatz nach zu bejahen.

2.4 Umfang der Haftung bzw. welche Kosten sind konkret zu übernehmen?

Auch wenn die grundsätzliche Haftung der Krankenkasse B. _____ für die Kostenübernahme des Kauunfalls somit bejaht wird, bleibt zu prüfen, *inwieweit* die vom Beschwerdeführer zur Übernahme beantragten Kosten im konkreten Fall von der Krankenkasse B. _____ zu tragen sind.

- a. Bereits im angefochtenen Einspracheentscheid vom 30. November 2018 hat die Krankenkasse B. _____ im Sinn einer Eventualbegründung für ihre Leistungsablehnung darauf hingewiesen, dass gemäss Art. 32 KVG die Leistungen nach den Art. 25 bis 31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Ihr Vertrauenszahnarzt habe aber in der Stellungnahme vom 9. September 2017 festgestellt, dass der eine Zahn schon vor dem Unfall wurzelbehandelt und repariert gewesen sei. Somit sei bereits mit dem Ersatz des frakturierten Höckers durch Komposit der Vorzustand wiederhergestellt gewesen. Die Kosten für das (über diese Wiederherstellung des Vorzustands hinaus gehende) schon gesetzte Implantat mit Krone könnten daher nicht gestützt auf Art. 31 Abs. 2 KVG übernommen werden.

Dieser Begründung hält der Beschwerdeführer ein Schreiben seines behandelnden Zahnarztes Dr. C. _____ bzw. Dr. D. _____ vom 8. Dezember 2017 (act. 3/28) entgegen, wo ausgeführt ist: *„Bezugnehmend auf die Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes vom 23. August 2017 der Versicherung E. _____ möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass eine Fotodokumentation der verunfallten Zähne 16 und 46 stattgefunden hat und der Versicherung zugestellt wurden, dieses sogar in mehrfacher Ausführung. Auf diesen Fotoaufnahmen wir[d] eindeutig ersichtlich, dass eine Längsfraktur des Zahnes 16 stattgefunden hat. Die Fotodokumentation wurde deshalb erstellt, weil ein Röntgenbild mit zweidimensionaler Ansicht häufig diesbezüglich nicht ausreichende Informationen liefert. Der Zahn 16 war nicht mehr erhaltungswürdig. Zudem möchten wir festhalten, dass die Korrektur der Kronenfraktur 46 (Keramikonlay) initial wirtschaftlich und zweckmässig durch einen Kompositaufbau geschah (siehe Kostenvoranschlag vom 10.9.2014).“*

- b. Im vorliegenden Fall ist zunächst darauf hinzuweisen, dass eine *vollständige* Ablehnung der Übernahme der Zahnbehandlungskosten weder gestützt auf die Beurteilung des behandelnden Zahnarztes noch gestützt auf die Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes der Krankenkasse B. _____ richtig erscheint. Der Vertrauenszahnarzt der Krankenkasse B. _____, Dr. F. _____, hielt in dem am 13. Juni 2017 ausgefüllten Fragebogen (act. 8/25) zwar fest, gestützt auf die Röntgenbildaufnahmen vom 12. September 2014 halte er eine Kostenübernahme für die inzwischen bereits vorgenommene Behandlung nicht als angezeigt, in dessen ausführlicherer Stellungnahme vom 9. September 2017 (act. 8/29) heisst es dann allerdings: „*Falls es sich tatsächlich um einen Unfall handelt, empfehle ich der Versicherung E. _____ die Kostenübernahme der Reparatur der Zähne 46 und 16 mit Komposit, die Extraktion von Zahn 16 und den Ersatz mittels Implantat und Implantatkrone jedoch abzulehnen.*“ Somit schloss selbst der Vertrauenszahnarzt der Krankenkasse B. _____ jedenfalls nicht jegliche Kostenübernahme zum Vornherein aus, sondern erachtete lediglich gewisse Teile der vorgenommenen Zahnsanierung nicht als wirtschaftlich und nötig, da der Vorzustand bereits mit weniger weit reichenden Massnahmen wieder erreicht gewesen sei.
- c. Inwieweit allerdings im konkreten Fall eine Übernahme der Behandlungskosten angezeigt ist oder nicht, kann allein gestützt auf die vorliegenden, sich gerade widersprechenden Beurteilungen des Vertrauenszahnarztes der Krankenkasse B. _____ einerseits und des behandelnden Zahnarztes andererseits nicht abschliessend beurteilt werden. Unter den gegebenen Umständen ist für die Beantwortung dieser Frage eine verlässliche, neutrale zahnmedizinische Einschätzung unerlässlich.
- d. Art. 43 Abs. 1 ATSG schreibt dem Versicherungsträger gesetzlich vor, die an ihn gerichteten Begehren zu prüfen, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Das bedeutet konkret, dass der Versicherungsträger die Pflicht hat, den Sachverhalt bis zur zweifelsfreien Eruierung abzuklären. Gemäss Rechtsprechung kommt ihm dabei zwar durchaus ein Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen zu. Das heisst allerdings nicht, dass ein Versicherungsträger die von ihm zu erfüllende Untersuchungspflicht einfach durch Nichttätigkeit dem Gericht, das den Fall später beurteilt, zuschieben kann. Die Krankenkasse B. _____ hat ihre eigene gesetzlich vorgesehene Abklärungspflicht im konkreten Fall keineswegs erfüllt, indem sie sich lediglich auf die Stellungnahme ihres Vertrauenszahnarztes stützt, der sich notabene gar nie mit den konkreten Argumenten des behandelnden Zahnarztes, die dieser zuletzt im Schreiben vom 8. Dezember 2017 (act. 3/28) dargelegt hat, auseinandergesetzt hat. Dieses Vorgehen der

Krankenkasse B. _____ dürfte wohl darauf zurückzuführen sein, dass sie bis anhin davon ausging, es liege zum Vornherein gar kein Unfallereignis vor, so dass schon aus diesem Grund eine Leistungspflicht entfalle. Diese Auffassung trifft jedoch - wie vorstehend dargelegt wurde - nicht zu, so dass im konkreten Fall sehr wohl auch die Frage genauer abgeklärt werden muss, welche konkreten Zahnbehandlungskosten die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme erfüllen. Die Klärung dieser Frage obliegt gestützt auf Art. 43 Abs. 1 ATSG der Krankenkasse B. _____.

- e. Zur Wahrung des Instanzenzugs ist es daher angezeigt, die Sache an die Krankenkasse B. _____ zurückzuweisen, damit diese in Nachachtung ihrer gesetzlichen Pflicht, zunächst den Sachverhalt abschliessend zu klären, eine neutrale Einschätzung darüber einholt, welche Behandlungskosten nun, nachdem ein Unfallereignis zu bejahen ist, konkret von der Versicherung zu übernehmen sind und welche allenfalls nicht. Es besteht zum jetzigen Zeitpunkt kein Anlass, ein Gerichtsgutachten einzuholen, da die Sachverhaltsabklärungen im Verwaltungsverfahren offensichtlich unvollständig waren und somit zunächst von der hierzu zuständigen Krankenkasse B. _____ abzuschliessen sind. Angesichts der inzwischen bereits jahrelang dauernden Auseinandersetzung zwischen dem Beschwerdeführer und der Krankenkasse B. _____ und der gerichtsnotorischen Tatsache, dass in diesem Zusammenhang eine Rechtsverzögerung festgestellt wurde (vgl. dazu das rechtskräftige Urteil O2V 17 11 des Obergerichts vom 3. Juli 2018), wird an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich unter den gegebenen Umständen aus Sicht des Gerichts für eine vollständige Sachverhaltsabklärung vor dem Entscheid darüber, welche Behandlungskosten konkret zu übernehmen sind und welche allenfalls nicht, geradezu aufdrängt, ein neutrales Obergutachten einzuholen. Eine erneute Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes allein würde unter den gegebenen Umständen kaum für eine abschliessende Beurteilung genügen: Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzten kommt nach der Rechtsprechung nämlich nur dann Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind *und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen* (anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_305/2018 vom 23. Januar 2019, E. 3.5 m.w.H., so namentlich auf BGE 125 V 351, E. 3b/ee). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_824/2018 vom 26. März 2019, E. 3.3, m.w.H.). Es liegt im vorliegenden Fall bereits eine schlüssige Stellungnahme des behandelnden Zahnarztes vor, in welcher dieser nachvollziehbar dargelegt hat, weshalb die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme aus seiner Sicht sehr wohl gegeben sind (vgl. art. 8/30). Einer weiteren Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes wäre daher

zum Vornherein nicht dieselbe Beweiskraft zuzuerkennen wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten.

Dementsprechend wird die Krankenkasse B. _____ nicht nur aufgefordert, ihrer Pflicht, den Sachverhalt abschliessend zu klären, beförderlich, d.h. innert nützlicher Frist, nachzukommen, sondern zugleich auch bereits an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sie unter den gegebenen Umständen eine neutrale Einschätzung bei einem unabhängigen Fachexperten einzuholen haben wird.

3. Kosten und Entschädigung

3.1 Es handelt sich um ein von Gesetztes wegen kostenloses Verfahren (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG), weshalb im vorliegenden Verfahren keine Gerichtskosten zu erheben sind.

3.2 Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten; diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Im Übrigen ist die Bemessung der Parteientschädigung dem kantonalen Recht überlassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_11/2016 vom 22. Februar 2016, E. 3.1). Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang namentlich Art. 13 Abs. 1 lit. c der kantonalen Verordnung über den Anwaltstarif (AT, bGS 145.53), wonach in Verwaltungssachen vor Obergericht die pauschale Bemessung zur Anwendung gelangt. Für das Honorar ist grundsätzlich ein Rahmen zwischen Fr. 1'000.-- bis Fr. 10'000.-- vorgesehen (Art. 16 Abs. 1 AT).

Beim vorliegenden Verfahrensausgang ist der Beschwerdeführer als obsiegend zu betrachten (vgl. dazu anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_509/2019 vom 8. November 2019, E. 6). Der Beschwerdeführer wurde im vorliegenden Verfahren durch seinen Rechtsanwalt vertreten, so dass ihm für diesen Aufwand wie beantragt eine Entschädigung zusteht. Im vorliegenden Fall erscheint das in vergleichbaren Fällen üblicherweise zugesprochene Honorar von pauschal Fr. 2'500.-- als angemessen. Zuzüglich der praxisgemäss üblichen Barauslagenpauschale von 4% sowie der Mehrwertsteuer von 7.7% ergibt sich somit eine Entschädigung im Gesamtbetrag von Fr. 2'800.20, welche dem Beschwerdeführer zu lasten der Vorinstanz zuzusprechen ist.

Demnach erkennt das Obergericht:

1. Die Beschwerde von A. _____ wird gutgeheissen und der angefochtene Einspracheentscheid der Krankenkasse B. _____ wird aufgehoben. Die Sache wird an die Vorinstanz zurückgewiesen, damit diese nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu entscheide.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung im Betrag von Fr. 2'800.20 auszurichten.
4. **Rechtsmittel:**
Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).
5. Zustellung an den Beschwerdeführer über dessen Anwalt, die Vorinstanz und das Bundesamt für Gesundheit.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

lic. iur. Ernst Zingg

lic. iur. Annika Mauerhofer

versandt am: 25. März 2020