



Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Zirkular-Urteil vom 7. Januar 2021

Mitwirkende	Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichter H.P. Fischer, F. Windisch, M. Schneider, E. Ganz Obergerichtsschreiber M. Giger
Verfahren Nr.	O3V 19 50
Beschwerdeführer	A. vertreten durch: RA AA.
Vorinstanz	Versicherung B.
Gegenstand	Leistung der obligatorischen Krankenversicherung Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Versicherung B. vom 20. August 2019

Rechtsbegehren

a) des Beschwerdeführers (gemäss Replik):

1. Es sei eine unabhängige Begutachtung bezüglich der Beurteilung der Schädel-Gesichtsasymmetrie (z.B. durch eine renommierte Praxis in St. Gallen oder Universitätsspital Zürich) auf Kosten der Vorinstanz durchzuführen. Für die Zeit der Begutachtung sei das Verfahren zu sistieren.
2. Eventualiter sei gerichtlich festzustellen, dass beim Beschwerdeführer die Kriterien einer schweren Schädel-Gesichts-Asymmetrie im Sinne von Art. 17 lit. f Ziff. 3 KLV erfüllt seien.
3. Es sei die Vorinstanz aufzufordern, die Weiterbildungsnachweise von Dr. Dr. C. dem Gericht einzureichen.
4. Es sei die Vorinstanz zu verpflichten, eine verbindliche Kostengutsprache für die bimaxilläre Umstellungs-OP inklusive Vor- und Nachbehandlung, ausmachend Fr. 21'364.-- (Stand 20. November 2019), zu erteilen.
5. Es sei die Vorinstanz zu verpflichten, eine verbindliche Kostengutsprache für die anschliessende kieferorthopädische Behandlung, ausmachend Fr. 12'700.-- (Stand 20. November 2019), zu erteilen.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde sei abzuweisen.

Sachverhalt

- A. Der am XX.XX.1991 geborene A. (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) ist bei der Versicherung B. (nachfolgend: Versicherung B. oder Vorinstanz) obligatorisch krankenpflegeversichert. In einer Eingabe vom 7. Juni 2018 liess der Versicherte durch Dr. med. et Dr. med. dent. D. ein Gesuch um Kostenübernahme stellen, unter Nennung der Diagnose hemi-condyläre Hyperplasie/Hemimandibuläre Elongation mit Gesichtsasymmetrie und Okklusionsstörung (act. 12.3). Am 25. Juli 2018 nahm Dr. med. dent. C. auf

Anfrage der Versicherung B. zum Begehren Stellung. Darin erklärte er, es bestehe keine schwere Schädel-Gesichts-Asymmetrie und mithin keine Leistungspflicht für die geplante Korrektur der Dysgnathie. Die geplante hohe Kondylektomie stelle eigentlich eine Pflichtleistung dar, indessen sei es gerechtfertigt, mit einer Operation noch zuzuwarten (act. 12.4). Die Versicherung B. erliess am 9. August 2018 einen entsprechenden Kostenübernahmeentscheid (act. 12.5). Am 13. August 2018 stellte der Versicherte durch Dr. D. ein Wiedererwägungsgesuch (act. 12.6). In einer neuerlichen Stellungnahme vom 31. August 2018 empfahl Dr. C. wiederum die Ablehnung der Kostenübernahme für die Korrektur der Dysgnathie (act. 12.7). Folglich lehnte der Versicherungsträger das Wiedererwägungsgesuch am 11. September 2018 ab (act. 12.9). Mit Schreiben vom 14. Januar 2019 forderte der Versicherte gegenüber der Versicherung B. eine erneute Überprüfung seines Falles (act. 12.10). Hierauf erliess der Krankenversicherer am 7. Februar 2019 eine formelle Verfügung, mit welcher er die Kostenübernahme für die Korrektur der Dysgnathie ablehnte (act. 12.11). Der Versicherte erhob dagegen am 8. März 2019 Einsprache (act. 12.12). Letztere wurde von der Versicherung B. mit Entscheid vom 20. August 2019 abgewiesen (act. 12.15).

B. Am 18. September 2019 erhob der Versicherte, vertreten durch E., Beschwerde beim Obergericht des Kantons Appenzell Ausserrhoden. Das Rechtsbegehren lautete dahingehend, es seien sämtliche durch Dr. D. vorgeschlagenen Behandlungs- und Therapie-massnahmen durch Versicherung B. zu übernehmen (act. 12.16). Am 31. Oktober 2019 forderte der Instruktionsrichter den Beschwerdeführer zu einer Präzisierung der Beschwerde hinsichtlich des Streitwerts auf (act. 5). E. reichte folglich am 20. November 2019 einen Kostenvoranschlag ein (act. 6 und 7). Am 17. Dezember 2019 liess die Versicherung B. dem Obergericht ihre Vernehmlassung zukommen und stellte dabei das eingangs zitierte Rechtsbegehren (act. 11). Der Beschwerdeführer replizierte am 2. März 2020 durch den von ihm zwischenzeitlich beigezogenen RA AA. (act. 19). Am 25. März 2020 folgte schliesslich noch die Duplik der Versicherung B., in welcher diese namentlich den Antrag stellte, die Eingabe des Beschwerdeführers vom 2. März 2020 sei aus dem Recht zu weisen (act. 21). Am 9. Mai 2020 liess der Beschwerdeführer dem Gericht noch ergänzende Fotounterlagen zukommen (act. 22 und 23).

C. Die Parteien verzichteten auf eine mündliche Verhandlung.

Erwägungen

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Zuständig für die Beurteilung von sozialversicherungsrechtlichen Streitigkeiten ist gemäss Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 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 F. wohnt, ist die Zuständigkeit des ausserrhodischen Versicherungsgerichts gegeben.

1.2 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 vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung [KVG, SR 832.10] i.V.m. Art. 59, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG).

1.3 Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

1.4 Gestützt auf Art. 2 der Verordnung über COVID-19-Massnahmen: Gerichte (bGS 113.2) kann das Obergericht zur Bewältigung der aktuell ausserordentlichen Lage in allen Fällen auf dem Zirkularweg entscheiden, wenn das Gesetz keine Verhandlung vorschreibt. Entscheide, die auf dem Zirkularweg gefällt werden, bedürfen der Einstimmigkeit (Art. 52 Abs. 2 JG). Da vorliegend keine Durchführung einer Verhandlung vorgeschrieben ist und die Parteien auf die Durchführung einer solchen verzichteten, hat das Obergericht den vorliegenden Entscheid im Zirkularverfahren gefällt.

2.

2.1 Die Leistungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Krankheit zu übernehmen sind, werden in Art. 25 KVG in allgemeiner Weise umschrieben. Im Vordergrund stehen die Leistungen der Ärzte und Ärztinnen, dann aber auch der Chiropraktoren und Chiropraktorinnen sowie der Personen, die im Auftrag von Ärzten und Ärztinnen Leistungen erbringen. Die zahnärztlichen Leistungen sind in der genannten Bestimmung nicht aufgeführt. Die Kosten dieser Leistungen sollen im Krankheitsfalle der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur in eingeschränktem Masse überbunden werden, nämlich wenn die zahnärztliche Behandlung durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkan-

kung des Kausystems (Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG) oder 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 ist (Art. 31 Abs. 1 lit. c KVG).

2.2 Gestützt auf Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. d der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) hat das Eidgenössische Departement des Innern in der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung; KLV; SR 832.112.31) zu jedem der erwähnten Unterabsätze von Art. 31 Abs. 1 KVG einen eigenen Artikel erlassen, nämlich zu lit. a den Art. 17 KLV, zu lit. b den Art. 18 KLV und zu lit. c den Art. 19 KLV. 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. In Art. 18 KLV werden die schweren Allgemeinerkrankungen und ihre Folgen aufgelistet, die zu zahnärztlicher Behandlung führen können und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu tragen sind. In Art. 19 KLV schliesslich hat das Departement die schweren Allgemeinerkrankungen aufgezählt, bei denen die zahnärztliche Massnahme notwendiger Bestandteil der Behandlung darstellt (BGE 130 V 464 E. 2).

2.3 In BGE 124 V 185 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht entschieden, dass die in Art. 17 - 19 KLV erwähnten Erkrankungen, welche von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmende zahnärztliche Behandlungen bedingen, abschliessend aufgezählt sind. Daran hat es in ständiger Rechtsprechung festgehalten (BGE 129 V 82 E. 1.3 und 279 E. 3.2).

2.4 Gemäss dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Untersuchungsgrundsatz (vgl. Art. 43 ATSG) hat die verfügende Behörde bzw. das Gericht die Abklärung des Sachverhalts von Amtes wegen vorzunehmen. Danach haben sowohl der Sozialversicherungsträger als auch das Sozialversicherungsgericht von sich aus, ohne Bindung an die Parteibegehren, für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhaltes zu sorgen. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungspflicht begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten will. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung liegt die Beweislast bei anspruchsbegründenden Tatfragen demzufolge bei der Partei, welche den Anspruch geltend macht. Bei anspruchsaufhebenden Tatfragen liegt sie bei der Partei, welche sich auf das Dahinfallen des Anspruches beruft (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_653/2013 vom 10. Februar 2014 E. 4.1 mit

Hinweis auf RKUV 1994 Nr. U 206 E. 3b S. 328). Diese Beweisregeln kommen allerdings erst dann zur Anwendung, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen).

2.5 Dem Obergericht kommt in Sozialversicherungssachen eine vollständige Überprüfungsbefugnis zu und es ist in der Beweiswürdigung frei (vgl. Art. 61 Satz 1 ATSG; Art. 61 lit. c ATSG). Das Gericht darf eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn es von deren Bestehen überzeugt ist. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b mit Verweisen).

2.6 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidgrundlagen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_887/2013 vom 21. Mai 2014 E. 3.2 mit Verweisen; BGE 125 V 351 E. 3b ee).

3. Im Folgenden sind der medizinische Sachverhalt und der Verlauf des Verfahrens vor der Vorinstanz darzustellen.

3.1 Im Juni 2018 reichte Dr. D. für den Versicherten bei der Versicherung B. ein Kostenübernahmegesuch ein, unter Nennung der Diagnose hemi-condyläre Hyperplasie/Hemimandibuläre Elongation mit Gesichtsasymmetrie und Okklusionsstörung. Unter „Geplante Therapie“ wurde ausgeführt: Condylektomie rechts (DRG Kantonsspital G.); Reevaluation der Aktivität Kiefergelenk 6 Monate post-OP); festsitzende kieferorthopädische Ausformung/Korrektur der Kieferbögen OK/UK; Orthognathe Chirurgie (DRG Kantonsspital G.), Entscheid ob monomaxillär oder bi-maxillär nach definitiver kieferorthopädischer Vorbehandlung. Dr. D. vermerkte in seiner Beurteilung, das klinische Bild sowie die Röntgendiagnostik (Skelettszintigraphie) seien typisch und beweisend für eine condyläre Hyperplasie rechts. Ein kieferorthopädischer Kostenvoranschlag werde vor Behandlungsbeginn erfolgen (act. 12.2). Sodann reichte der Kieferorthopäde Dr. H. der Versicherung B. das ausgefüllte Formular „Zahnschäden gemäss KVG; Befunde/Kostenvoranschlag“ ein; als Therapievorschlag wurde vermerkt: Chirurgisch unterstützte Gaumennahterweiterung zusammen mit einer Multibracket-Apparatur. Für die chirurgischen Massnahmen wurde auf den Kostenvoranschlag von Dr. D. verwiesen (act. 12.3).

3.2 Das Gesuch von Dr. D. enthielt einen Bericht des Kantonsspitals G. betreffend eine 3-Phasen-Skelettszintigraphie des Kiefers mit SPECT/CT vom 6. Juni 2018. Diese ergab die Beurteilung einer im Seitenvergleich gesteigerten Knochenstoffwechselaktivität am rechten Kiefergelenksköpfchen, wobei die Intensität der Knochenstoffwechselaktivität an den Kiefergelenken insgesamt diskret sei. Zudem bestehe gesteigerter Knochenstoffwechsel am linken Corpus mandibulae DD asymmetrische Belastung der Zähne dieser Region bei Kieferasymmetrie (jedoch nur geringe korrespondierende Knochenstoffwechselaktivität der linken Maxilia) DD Wachstum ebendort. Derivation des Mentums nach links (act. 12.1).

3.3 Auf Ersuchen der Versicherung B. nahm Dr. C. am 25. Juli 2018 zur geplanten Behandlung Stellung. Dabei verneinte er das Vorliegen einer schweren Schädel-Gesichts-Asymmetrie; die Kriterien für eine Leistungspflicht unter Art. 17 lit. f Ziff. 3 KLV für die geplante kieferorthopädisch-kieferchirurgische Korrektur der Dysgnathie seien nicht erfüllt. In der Szintigraphie finde sich gemäss Befund nur eine diskrete Mehranreicherung bzw. diskret erhöhte Stoffwechselaktivität im rechten Kieferköpfchen. Aufgrund dieses Befundes sei eine diskrete Wachstumsaktivität noch möglich, aber nicht sicher. Die geplante hohe Kondylektomie rechts bezwecke, die pathologische Aktivität im rechten Kieferköpfchen zu behandeln und wäre damit eigentlich als Pflichtleistung unter Art. 25 KVG zu betrachten. Aufgrund der Tatsache, dass in der Szintigraphie lediglich eine diskrete Mehranreicherung

festgestellt worden sei, wäre es gerechtfertigt, mit der Operation (hohe Kondylektomie rechts) noch zuzuwarten und zu beobachten, ob tatsächlich noch weiteres Wachstum stattfinde. Im Ergebnis empfahl Dr. C. eine Ablehnung der Kostenübernahme (act. 12.4).

3.4 Im Rahmen eines Wiedererwägungsgesuchs für den Versicherten vom 13. August 2018 verwies Dr. D. zunächst auf eine Serie von Fotos, auf denen die Asymmetrie des Gesichtes sowie die schwere erworbene Fehlokklusion des Patienten erneut deutlich zu sehen sei. Es seien diese eindeutig eine Folge der Mehranreicherung. Sowohl die Fehlokklusion als auch die Gesichtsasymmetrie hätten laut Patient in den letzten Jahren zugenommen. Im KVG Atlas seien alle Kriterien gemäss Art. 17 lit. f Ziff. 3 KLV zweifelsfrei erfüllt, ebenso spreche die Szintigraphie eindeutig für ein pathologisches asymmetrisches Geschehen, wie dies ja auch vom Vertrauensarzt der Versicherung B. festgestellt worden sei. Im KVG Atlas seien die Massnahmen aufgeführt, die in diesem Fall anzuwenden seien, dazu gehörten auch kieferorthopädisch und kieferchirurgische Massnahmen zur Wiederherstellung der Okklusion. Auch eine lediglich kleine Mehranreicherung in der Szintigraphie führe über eine entsprechende Zeitdauer zu einer massiven Fehlstellung der Kiefer. Deshalb sei im KVG auch bewusst kein Mindestwert für Szintigraphie-Unterschiede festgelegt worden. Es sei dem Vertrauensarzt der Versicherung B. auch dahingehend Recht zu geben, dass manche hemicondylären/hemimandibulären Wachstumsstörungen selbstlimitierend seien (was auch zum Alter des Patienten passen würde. Es sei jedoch nicht hinzunehmen, dass zwar eine Ursachenbeseitigung (Condylektomie) durch die Krankenkasse übernommen werde (also der Krankheitswert anerkannt werde), nicht jedoch die bereits eingetretenen schweren Folgen dieser Erkrankung, also die schwere Okklusionsstörung/Gesichtsasymmetrie (act. 12.6).

3.5 Von der Versicherung B. nach einer Beurteilung der Angaben von Dr. D. befragt, führte Dr. C. aus, die betreffende Stellungnahme sei seines Erachtens nicht stichhaltig. Eine Leistungspflicht bezüglich zahnärztlich-kieferchirurgischer Massnahmen zur Behandlung einer Schädel-Gesichtsasymmetrie sei nur dann begründet, wenn eine „schwere Asymmetrie“ vorliege. Im KVG Atlas sei ein entsprechendes Beispiel einer schweren, das heisst deutlich sichtbaren Asymmetrie abgebildet. Im vorliegenden Fall sei die Gesichtsasymmetrie gemäss Fotos eher diskret und daher nicht als schwer zu bezeichnen. Es bestehe zwar eine Dysgnathie mit offenem Biss rechts, die Korrektur dieser Dysgnathie durch kieferorthopädische und kieferchirurgische Massnahmen stelle eine Behandlung mit zahnärztlicher Zielsetzung dar. Da keine schwere Gesichtsasymmetrie vorliege, seien die Kriterien für eine Pflichtleistung unter Art. 17 lit. f Ziff. 3 KLV nicht erfüllt. Bei der Behandlung des Kiefergelenkes (hohe Kondylektomie) handle es sich um die Behandlung einer Kiefergelenkspathologie und damit um eine ärztliche Behandlung unter Art. 25 KVG. Mit dieser

Behandlung solle ja eine pathologische Wachstumsaktivität behandelt werden, bevor die Korrektur der Dysgnathie begonnen werde. Indem die Behandlung der Kiefergelenkspathologie als Pflichtleistung anerkannt worden sei, impliziere dies nicht automatisch, dass die Behandlung der Dysgnathie ebenfalls als Pflichtleistung anerkannt würde. Hier seien die Kriterien unter Art. 17 lit. f Ziff. 3 KLV nicht erfüllt. Im Ergebnis empfahl Dr. C. erneut die Ablehnung der Kostenübernahme für die Korrektur der Dysgnathie, da keine schwere Gesichtsasymmetrie vorliege und daher die Kriterien unter Art. 17 lit. f Ziff. 3 KLV nicht erfüllt seien. Auch wenn eine Dysgnathie vorliege, sei die Gleichbehandlung der Versicherten zu beachten. Wenn die Dysgnathien nicht die Kriterien nach Art. 17 bis 19 KLV erfüllten, bestehe keine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (act. 12.7).

- 3.6 Mit Schreiben vom 22. August 2018 teilte die Versicherung B. dem Kieferorthopäden Dr. H. mit, dass es sich bei der vorgesehenen Behandlung nicht um eine Pflichtleistung gemäss Artikel Art. 17 lit. f Ziff. 3 KLV handle, weshalb eine Leistungsübernahme aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgelehnt werde (act. 12.8). Am 11. September 2018 informierte Versicherung B. alsdann Dr. D. über die Ablehnung des Wiedererwägungsgesuchs, wobei sie in ihrer Begründung die Argumentation von Dr. C. übernahm (act. 12.9). Nachdem der Versicherte am 14. Januar 2019 um eine neuerliche Prüfung seines Falls gebeten hatte, erliess Versicherung B. dann am 7. Februar 2019 eine formelle Verfügung (act. 12.11), in der sie dem Versicherten die Ablehnung des Gesuchs um Kostenübernahme für die Korrektur der Dysgnathie mitteilte, und auf erfolgte Einsprache hin hielt sie mit Entscheid vom 20. August 2019 daran fest (act. 12.15).

4.

- 4.1 Streitig ist vorliegend, ob die Versicherung B. die Kostenübernahme bezüglich der Korrektur der Dysgnathie zurecht verweigert hat. Im Sinne obiger Erwägungen ist zunächst darauf hinzuweisen, dass den obligatorischen Krankenversicherer für die Kosten der Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, eine allgemeine Leistungspflicht trifft. Hingegen trifft dies bei zahnärztlichen Leistungen nur hinsichtlich einer Reihe vom Gesetz abschliessend aufgezählten Fällen zu (vgl. E. 2.1 f.). Von Interesse ist deshalb vorliegend, ob man es bei der streitigen Leistung mit einer ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung zu tun hat. Das ehemalige Eidgenössische Versicherungsgericht hat dazu festgehalten, eine ärztliche Behandlung des Kausystems ausserhalb der Zähne und des Parodonts ziehe bei gegebenem Krankheitswert die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung gemäss Art. 25 KVG nach sich, wohingegen eine zahnärztliche Behandlung an Zähnen und Parodont eine Leistungspflicht

nur zu begründen vermöge, wenn sie durch eine in den Art. 17 bis 19 KLV aufgeführte schwere Erkrankung bedingt oder zur Behandlung einer solchen notwendig sei (Urteil K 62/99 vom 9. April 2002 E. 4). Die Versicherung B. erwog im angefochtenen Entscheid, bezüglich der vorliegend strittigen Korrektur der Dysgnathie mittels Gaumennaht mit einer Multibracket-Apparatur (nichts anderes als eine festsitzende Zahnspange) handle es sich zweifellos um eine zahnärztliche Behandlung. Die betreffende Schlussfolgerung ist nicht zu beanstanden. Letztlich hatte Dr. C. in seiner Beurteilung zuhanden Versicherung B. klar ausgeführt, die Korrektur der Dysgnathie durch kieferorthopädische und kieferchirurgische Massnahmen stelle eine Behandlung mit „zahnärztlicher Zielsetzung“ dar. Aus den medizinischen Stellungnahmen von Dr. D. resultiert de facto nichts anders, und im vorliegenden Beschwerdeverfahren ist die betreffende Frage gar nicht strittig. Zuzufolge Vorliegens einer zahnärztlichen Behandlung kommt im Ergebnis eine Kostenübernahme für die Korrektur der Dysgnathie somit nur im Falle einer Behandlung eines Leidens in Frage, das unter eine der in Art. 17 - 19 KVG aufgezählten Konstellationen zu subsumieren ist.

4.2 a) Die beim Beschwerdeführer zur Diskussion stehende Korrektur der Dysgnathie ist – wie die Vorinstanz zurecht und unbestrittenermassen feststellte – einzig unter dem Gesichtspunkt von Art. 17 lit. f Ziff. 3 KLV zu prüfen. Diese Norm sieht eine Kostenübernahmepflicht des Krankenversicherers vor für Dysgnathien, die zu schweren Schädel-Gesichts-Asymmetrien führen. Entscheidend ist dabei nicht die Schwere der Dysgnathie als solcher, sondern von deren Auswirkungen, mithin der Asymmetrie (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts K 146/05 vom 29. Dezember 2006 E. 3). Die Diagnose einer Dysgnathie ist beim Beschwerdeführer laut den Akten klarerweise gegeben. Zu untersuchen ist hier indes, ob durch diese Erkrankung eine Schädel-Gesichts-Asymmetrie mit dem vom Gesetz geforderten Schweregrad resultierte. Von Dr. C. wurde das Vorliegen der Kriterien gemäss Art. 17 lit. f Ziff. 3 KLV und damit eine Kostentragepflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung letztlich verneint. Dr. C. erwog in seiner ersten Stellungnahme, in der Szintigraphie finde sich gemäss Befund nur eine diskrete Mehranreicherung bzw. diskret erhöhte Stoffwechselaktivität im rechten Kieferköpfchen. Aufgrund dieses Befundes sei eine diskrete Wachstumsaktivität noch möglich, aber nicht sicher (vgl. E. 3.3). In seiner zweiten Stellungnahme erklärte Dr. C. alsdann, im KVG Atlas sei ein Beispiel einer schweren, das heisst deutlich sichtbaren Asymmetrie abgebildet. Im vorliegenden Fall sei die Gesichts-Asymmetrie gemäss Fotos eher diskret und daher nicht als schwer zu bezeichnen (vgl. E. 3.5).

b) Es fragt sich, ob bzw. inwieweit der Beurteilung von Dr. C. Beweiswert zuzuerkennen ist. In Abweichung zu Dr. C. vertritt der behandelnde Arzt des Versicherten Dr. D. die Auffassung, die Voraussetzungen von Art. 17 lit. f Ziff. 3 KLV seien als erfüllt zu betrachten.

Dr. D. wies wie gesehen namentlich darauf hin, die Asymmetrie des Gesichtes und die schwere erworbene Fehlokklusion seien deutlich zu sehen, es hätten diese auch zugenommen in den letzten Jahren und es spreche die Szintigraphie ebenso für ein pathologisches asymmetrisches Geschehen. Des Weiteren erklärte er etwa, auch eine nur kleine Mehranreicherung in der Szintigraphie führe über eine entsprechende Zeitdauer zu einer massiven Fehlstellung der Kiefer (vgl. oben E. 3.4). In Bezug auf diese Ausführungen ist festzustellen, dass sich Dr. D. letztlich vor allem mit der Frage nach dem Vorliegen einer Gesichts-Asymmetrie als solchen bzw. die Ursachen für deren Entstehung äussert. Das Bestehen der Asymmetrie ist grundsätzlich aber ja gar nicht strittig. Es geht hier ausschliesslich um deren Schwere. Was das betrifft, kommt Dr. D. in seiner Stellungnahme zwar letztlich zum Schluss, dass eine „schwere Okklusionsstörung/Gesichtsasymmetrie“ vorliege. Hinreichend begründet wird dies nach dem Gesagten aber nicht. Das Fazit von Dr. D., es seien sämtliche Kriterien gemäss Art. 17 lit. f. Ziff. 3 KLV gegeben, lässt sich mithin nicht halten. Soweit im Übrigen Dr. D. langfristig eine massive Fehlstellung der Kiefer prognostiziert, stellt sich ohnehin die Frage, inwieweit diese Aussage unter Berücksichtigung der Verhältnisse des hier zu beurteilenden Falles getroffen wurde. Im Vergleich dazu erfolgte seitens Dr. C. eine ausdrückliche Auseinandersetzung mit dem aktuellen Befund, indem dieser Arzt konkret darauf hinwies, es finde sich nur eine diskrete Mehranreicherung bzw. diskret erhöhte Stoffwechselaktivität im rechten Kieferköpfchen. Aufgrund dessen sei eine diskrete Wachstumsaktivität noch möglich, aber nicht sicher. Die Angaben des Beschwerdeführers im vorliegenden Beschwerdeverfahren lassen eine hinreichende Auseinandersetzung mit den Voraussetzungen von Art. 17 lit. f. Ziff. 3 KLV ebenso missen. Der Versicherte erklärte hier, er könne nur noch links und auf 2 - 3 Zähnen beiessen, mit falschem Biss. Es bestehe eine funktionelle Insuffizienz (Okklusionsstörung). Durch die Asymmetrie würden die Backenzähne übermässig belastet. Er habe im September 2019 zufolge Überbelastung einen gesunden Zahn verloren. Der Beschwerdeführer äussert sich somit vor allem zur allgemeinen Beeinträchtigung der Beissfähigkeit. Solche Einschränkungen sind bei der Beurteilung der Kriterien gemäss Art. 17 lit. f. Ziff. 3 KLV nach dem klaren Wortlaut der Norm jedoch nicht entscheidend. Zu erwarten wäre hier vielmehr ein Vorgehen, wie es von Dr. C. angewendet wurde. Dieser hatte den Schweregrad anhand von fotografischem Vergleichsmaterial beurteilt. Konkret hatte er auf ein Beispiel aus dem SSO Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem (4. Auflage, 2018, S. 63, <http://sso-shop.ch/uploads/tx_gishop/3301_KVG_Atlas_SSO_nicht_ausdruckbar_01.pdf>, besucht am 16. Oktober 2020) verwiesen, und er war gestützt darauf eben zum Schluss gekommen, dass die Gesichtsasymmetrie nur als diskret, mithin nicht als schwer, zu bezeichnen sei. Diese Beurteilung von Dr. C. erscheint bei Betrachtung der aktenmässig dokumentierten Bilder einerseits, und des betreffenden Vergleichsfalls aus dem SSO Atlas andererseits, plausibel. Die Aufnahmen, die der Versicherte dem Obergericht mit Eingabe

vom 9. Mai 2020 (act. 23.1 - 4) noch zukommen liess, vermögen an dieser Schlussfolgerung nichts mehr zu ändern, zumal das Sozialversicherungsgericht nur jenen Sachverhalt zu beurteilen hat, wie er sich im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung präsentiert (BGE 132 V 220 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Letztlich wurde vom Beschwerdeführer in diesem Beschwerdeverfahren (namentlich anhand von weiteren medizinischen Stellungnahmen) die Beurteilung von Dr. C. auch gar nicht bestritten, dass aufgrund des optischen Eindrucks auf den Fotos nicht von einer schweren Schädel-Gesichts-Asymmetrie auszugehen sei. Dies spricht für die Zuverlässigkeit der Beurteilung von Dr. C.. Entgegen der Ansicht von Dr. D. vermag im Übrigen auch der Umstand keine Kostenübernahmepflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu begründen, dass letztere die Beseitigung der Kondylektomie für anspruchsberechtigtend erachtete. Dr. C. erläuterte diesbezüglich zutreffend, indem die Behandlung der Kiefergelenkspathologie als Pflichtleistung anerkannt werde, impliziere das nicht automatisch, dass die Behandlung der Dysgnathie ebenfalls als Pflichtleistung anerkannt werde, da eben die Kriterien des Art. 17 lit. f. Ziff. 3 KLV nicht erfüllt seien.

c) Gesamthaft vermag die Beurteilung von Dr. C. schlüssig und mithin beweiskräftig darzutun, dass die beim Beschwerdeführer bestehende Schädel-Gesichts-Asymmetrie nicht die von Art. 17 lit. f. Ziff. 3 KLV geforderte Schwere erreicht. Die Einholung des vom Beschwerdeführer geforderten Gutachtens erübrigt sich. Bezüglich der Zuverlässigkeit der Stellungnahme von Dr. C. sei ausserdem noch erwähnt, dass auf den Antrag des Beschwerdeführers, die Vorinstanz habe die Weiterbildungsnachweise von Dr. C. vorzulegen, nicht einzugehen ist, zumal dieses Begehren nicht weiter substantiiert wurde.

d) Im Sinne der vorstehenden Ausführungen trifft die Versicherung B. für die als zahnärztliche Behandlung geltende Korrektur der Gesichtsasymmetrie bzw. für die dafür erforderlichen kieferorthopädischen und kieferchirurgischen Massnahmen, die sich laut dem eingereichten Kostenvoranschlag auf rund Fr. 34'000.-- belaufen, keine Leistungspflicht. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen. Bei diesem Ausgang kann im Übrigen offen bleiben, ob die Replik des Beschwerdeführers – wie von der Vorinstanz gefordert – aus prozessualen Gründen aus dem Recht zu weisen gewesen wäre.

5. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG). Dem unterliegenden Beschwerdeführer steht keine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Für die Zusprechung einer Parteientschädigung an die obsiegende Vorinstanz fehlt eine gesetzliche Grundlage (UELI KIESER, Kommentar ATSG, 4. Aufl. 2020, N. 218 f. zu Art. 61 ATSG; SUSANNE

BOLLINGER, in: Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, N. 77 zu Art. 61 ATSG).

Das Obergericht erkennt:

1. Die Beschwerde von A. wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Es werden keine Entschädigungen zugesprochen.
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 an das Bundesamt für Gesundheit.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:

Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Walter Kobler

lic. iur. Marc Giger

versandt am: 12. Januar 2021