



Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Urteil vom 20. Juni 2023

Mitwirkende	Obergerichtspräsident W. Kobler Oberrichterinnen K. Schindler-Pfister, S. Scheidegger Oberrichter H. Fischer, M. Schneider Obergerichtsschreiber M. Giger
Verfahren Nr.	O3V 22 20
Sitzungsort	Trogen
Beschwerdeführerin	A. vertreten durch: RA AA.
Vorinstanz	B. AG
Gegenstand	Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der B. AG vom 11. August 2022

Rechtsbegehren

a) der Beschwerdeführerin:

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 11. August 2022 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, Kostengutsprache zu erteilen für die von Dr. med. dent. C. im Dezember 2015 beantragte Bisshebung/Sanierung der Seiten- sowie Frontzähne mit Kronen/Komposit und die Anfertigung einer Michigan-schiene.
3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde sei abzuweisen.

Sachverhalt

- A. Die am xx. xx 1973 geborene A. (nachfolgend: Versicherte oder Beschwerdeführerin) ist bei der B. AG (nachfolgend: B. oder Vorinstanz) obligatorisch krankenpflegeversichert. Mit Schreiben vom 8. Dezember 2015 ersuchte die Zahnärztin der Versicherten, Dr. med. dent. C., gegenüber der B. um Kostengutsprache für eine geplante Zahnsanierung bei der Versicherten. Dr. C. erläuterte, das Gebiss im Seitenzahnbereich und die Frontzähne im Oberkiefer seien sehr stark beschädigt und wiesen massive Schmelzverluste auf. Der Speichelfluss sei durch die starke Einnahme von Psychopharmaka stark reduziert. Die Erosionen/Abrasionen seien auf die langjährige Erkrankung eines Refluxes zurückzuführen und seien durch die schwere Mundtrockenheit verstärkt worden. Die mutmasslichen Kosten für diesen Eingriff wurden auf Fr. 34'827.35 geschätzt (act. 7.1). Nach Einholen einer Beurteilung bei ihrer Zahnfachstelle teilte die B. der Versicherten am 11. März 2016 mit, dass im vorliegenden Fall keine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung bestehe, weil der Reflux nicht im Zusammenhang mit einer schweren Allgemeinerkrankung stehe (act. 7.10). Mit Schreiben vom 10. Oktober 2016 nahm der behandelnde Psychiater der Versicherten, Dr. med. D., Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, gegenüber der B. Stellung, wobei er argumentierte, die Krankenversicherung sei leistungspflichtig für die geplante zahn-ärztliche Behandlung (act. 7.11). In der Folge bat die B. ihre Zahnfachstelle um eine neuerliche Einschätzung, auf der Basis welcher sie am 12. Januar 2017 ihre

Leistungspflicht gegenüber der Versicherten wiederum verneinte (act. 7.15). Die Versicherte verlangte am 18. Januar 2017 im Sinne der ihr von der B. eingeräumten Möglichkeit eine einsprachefähige Verfügung (act. 7.16). Der Versicherungsträger bestätigte daraufhin mit Verfügung vom 15. Februar 2017 die Ablehnung seiner Leistungspflicht (act. 7.20). Hiergegen liess die Versicherte mit Eingaben vom 1. bzw. 24. März 2017 durch die E. AG Einsprache erheben (act. 7.22; act. 7.25). Im Einsprache-verfahren holte die B. eine medizinische Beurteilung ihres Vertrauensarztes Dr. med. dent. F. ein (act. 7.29) und gewährte folglich der Versicherten am 19. September 2017 das rechtliche Gehör dazu (act. 7.30). Die Stellungnahme der durch die E. AG vertretenen Versicherten erfolgte am 27. November 2017; der Eingabe war eine medizinische Einschätzung von Dr. med. dent. G. vom 25./26. November 2017 beigelegt (act. 7.32; act. 7.33). Die B. forderte alsdann eine Stellungnahme ihres Vertrauensarztes Dr. med. H. ein, in welcher dieser sich zur psychischen Erkrankung bei der Versicherten und zum Einfluss dieser Erkrankung auf die an den Zähnen festgestellten Abrasionen äusserte (act. 7.34). Im Rahmen einer abermaligen Inanspruchnahme des rechtlichen Gehörs liess die Versicherte am 26. März 2018 eine weitere Stellungnahme ihres behandelnden Psychiaters Dr. D. einreichen (act. 7.38; act. 7.39). Die B. forderte sodann auch noch eine Beurteilung ihres Vertrauensarztes Dr. med. dent. I. an (act. 7.43), zu welcher die E. AG sich am 8. April 2019 äusserte (act. 7.49). Die B. erliess schliesslich am 5. Juli 2019 ihren Einspracheentscheid, in welchem sie an ihrer Leistungsablehnung festhielt (act. 7.51). In der Folge gelangte die Versicherte beschwerdeweise ans Obergericht Appenzell Ausserrhoden, welches mit Urteil vom 21. Juni 2020 den angefochtenen Einspracheentscheid vom 5. Juli 2019 aufhob und die Angelegenheit zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen sowie zur neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückwies (Verfahren O3V 19 35). Im Rahmen der neuen Abklärungen teilte die B. der Versicherten mit Schreiben vom 15. Dezember 2020 mit, sie beabsichtige, das vom Obergericht angeordnete externe Gutachten bei Prof. Dr. J. einzuholen und gab ihr Gelegenheit, dazu Stellung zu nehmen (act. 7.72). Mit Schreiben vom 5. Januar 2021 zeigte sich die Versicherte mit dem Gutachtervorschlag einverstanden (act. 7.74), woraufhin die B. den entsprechenden Auftrag erteilte. Dr. J. erstattete seine Expertise am 4. Februar 2021 (act. 7.75). Am 13. April 2021 gab die Versicherte eine Stellungnahme dazu ab (act. 7.77). Mit Verfügung vom 5. Juli 2021 wies die B. die beantragte Kostengutsprache ab (act. 7.79), woran sie auch auf erhobene Einsprache hin mit Entscheid vom 11. August 2022 festhielt (act. 7.85).

- B. Am 14. September 2022 gelangte die Versicherte erneut beschwerdeweise ans Obergericht und stellte das eingangs zitierte Rechtsbegehren (act. 1). Die Vernehmlassung der Vorinstanz mit dem Antrag auf Beschwerdeabweisung wurde am 11. November 2022 erstattet (act. 5). Mit Replik vom 14. Dezember 2022 hielt die Beschwerdeführerin an ihrem

Rechtsbegehren fest (act. 8), des Gleichen die Vorinstanz in ihrer Duplik vom 27. Dezember 2022 (act. 10).

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 die Beschwerdeführerin in K. wohnt, ist die Zuständigkeit des ausserrhodischen Versicherungsgerichts gegeben.
- 1.2 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](https://staatskalender.ar.ch/organizations/pdf)], Ziff. 2.6.1.2), weshalb diese zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerdesache zuständig ist.
- 1.3 Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der weiteren Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung auf Seiten der Beschwerdeführerin als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse 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).
- 1.4 Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

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 Erkrankung 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); vgl. BGE 130 V 464 E. 2.1).
- 2.2 Gestützt auf Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. d der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) hat das Departement in der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung; KLV) 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).
- 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; vgl. BGE 130 V 464 E. 2.3).
- 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 S. 328 E. 3b). 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 im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Behörden eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351).

3.

3.1 Wie schon im vorangegangenen Verfahren O3V 19 35 (Urteil vom 21. Juni 2020) ist vorliegend Streitgegenstand, ob die B. eine Leistungspflicht trifft hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin beantragten Kostenübernahme für eine zahnärztliche Behandlung in der Höhe eines Gesamtbetrags von Fr. 34'827.35 (Bissenkung und Sanierung der Front- und Seitenzähne sowie Einsetzen einer Michiganschiene). Das Gesuch stützte sich auf Art. 18 Abs. 1 lit. c Ziff. 7 KLV (schwere psychische Erkrankung mit konsekutiver schwerer Beeinträchtigung der Kaufunktion). Die B. sah in ihrem Entscheid vom 5. Juli 2019 die betreffenden gesetzlichen Voraussetzungen nicht als erfüllt an und verneinte dementsprechend einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin gestützt auf das KVG. Letztere gelangte in der Folge beschwerdeweise an das Obergericht, welches die Angelegenheit an die B. zurückwies, mit der Begründung, die genaue Ursache für die festgestellte Bissenkung sei nicht rechtsgenügend geklärt, und es seien deshalb ergänzende Abklärungen in der Form eines versicherungsexternen Gutachtens erforderlich.

3.2 Das vom Obergericht verlangte externe Gutachten wurde von der B. wie erwähnt beim Zahnmediziner Prof. Dr. J. eingeholt. Im Folgenden sind die massgebenden Erkenntnisse der Expertise von Dr. J. darzustellen.

a) Befragt danach, welchen Einfluss die bei der Beschwerdeführerin ausgewiesene Oligosalie habe, führte der Gutachter aus, im Februar 2016 sei bei jener eine Speichelfliessratenbestimmung durchgeführt worden. Sollte der angegebene Wert das Ergebnis einer stimulierten Messung sein (Messung unter zusätzlichem Kauen eines Paraffinpellets) liege laut KVG-Atlas keine Hyposalivation vor. Der bei der Beschwerdeführerin gemessene Wert von 0,84 ml pro Minute liege im niedrigen Normbereich (0,7 - 0,9 ml/min), der als leichte Oligosalie bezeichnet werden könne. Inwieweit diese leicht verminderte Speichelfliessrate, die einmalig dokumentiert worden sei, die aufgetretenen Schäden oder Karies beeinflusst habe, lasse sich nicht valide beurteilen.

b) Bezüglich der Frage, ob eine Oligosalie bereits bestehende Erosionsschäden verstärken könne, erläuterte Dr. J., der Speichel schütze die Zähne vor der Säureeinwirkung durch Verdünnung, Neutralisierung, Reduzierung der Enzymauflösung durch Kalzium- und Phosphationen und Pellikelbildung. Zahnregionen mit vermehrtem Speichelkontakt sowie Plaqueansammlung seien von Erosionen weniger betroffen. Bei Zähnen mit fortgeschrittenen Erosionen könne eine Oligosalie eventuell Hypersensibilitäten begünstigen. Verstärkt würden erosive Schäden vor allem durch weitere Säureeinwirkung, aber kaum durch das Vorliegen einer Oligosalie. Das Ausmass der Auswirkungen von qualitativ oder quantitativ leicht verändertem Speichel auf erosiv geschädigten Zähnen sei vor allem abhängig von der

Mundhygiene und der Anpassung von beeinflussenden Verhaltensweisen. Da die Speichelmenge bei der Beschwerdeführerin im Normbereich liege, sei davon auszugehen, dass die Oligosalie die erosiven Defekte kaum beeinflusst habe.

c) Im Zusammenhang mit der Frage, ob bei der Beschwerdeführerin typische Bruxismus-schäden ersichtlich seien, führte der Gutachter aus, den Studienmodellen nach zu urteilen, seien kombinierte mechanische und säurebedingte Schäden zu erkennen (Biokorrosion); die Diagnosen seien "Erosion, Attrition und Abrosion". Diese liessen sich zumeist nur bedingt hinsichtlich der Ausprägung und vor allem der vergangenen Dynamik auseinanderhalten. Allenfalls seien Erosionen anamnestisch bei jüngeren Menschen abgrenzbar. Im mittleren Alter herrsche meist eine Kombination der drei Entitäten vor. Bei der Beschwerdeführerin seien an bestimmten Zähnen okklusale Schliffacetten an den Kontaktpunkten mit den Antagonisten zu erkennen. Die Morphologie der Unterkieferfrontzähne zeige scharfkantige und partiell frakturierte Inzisalkanten. Die Zähne 35,36 zeigten Abnutzungen, die mit der Laterotrusion der Höcker der Antagonisten kongruent seien. Hier zeigten sich muldenförmige Defekte, die darauf schliessen liessen, dass vor allem Säuren, aber auch mechanische Scherkräfte gewirkt haben müssten, um die bukkalen Höcker abzutragen.

Sodann äusserte sich Dr. J. noch zur Frage, inwieweit allfällige Bruxismus-schäden eine schwere psychiatrische Erkrankung als Ursache hätten. Demnach sei Bruxismus definiert als eine sich wiederholende Kiefermuskulaturaktivität, die durch Zusammenpressen oder Knirschen der Zähne und/oder durch Aufstossen oder Schieben des Unterkiefers gekennzeichnet sei. Bei Vorliegen von medizinischen Störungen, Medikamenten- oder Drogenkonsum werde parafunktionelles Zähneknirschen (entweder im Wachzustand oder im Schlaf) als sekundär oder iatrogen beschrieben. Typische Symptome seien Attritionen der Zahnhartsubstanz, besonders aber Schmerzen in der Kaumuskulatur und den Gelenken, die bei starkem Bruxismus Kopfschmerz und Hypertrophie der Kaumuskulatur bewirken könnten. Die übermässigen Kräfte auf den Zähnen könnten zur Resorption des Alveolarknochens beitragen, was röntgenologisch als generalisierte Verbreiterung des parodontalen Ligamentraumes sichtbar sein könne. Auch eine vorübergehende oder dauerhafte erhöhte Mobilität der Zähne werde in der Literatur als Symptom beschrieben. Diese Symptome und Befunde seien in der Krankengeschichte nicht beschrieben worden. Eine Verbreiterung der Parodontalspalten sei auf den vorhandenen Röntgenbildern nicht erkennbar. Die bei der Beschwerdeführerin vorliegenden dentalen Schäden seien nicht spezifisch für Patienten mit schweren, psychischen Erkrankungen und könnten auch bei mental gesunden Patienten in diesem Ausmass vorliegen. Üblich für die Diagnostik von Bruxismus seien Fragebögen (berge das Risiko einer Über- oder Unterbewertung des Zustands), klinische Untersuchungen (Genauigkeit der Bestimmung von Zahnabnutzungen leide unter der

kumulativen Natur und den möglichen anderen Ursachen), Elektromyographie (von begrenzter Verfügbarkeit) und Polysomnographie (Goldstandard für die Diagnose von Schlafbruxismus, aber eine Technik, die mit hohen Kosten und begrenzter Verfügbarkeit verbunden sei).

d) Schliesslich hatte sich der Gutachter zur Frage zu äussern, was seiner Meinung nach im vorliegenden Fall die Hauptursache für die Bissenkung und die entsprechende notwendige Zahnbehandlung sei. Dr. J. legte diesbezüglich dar, die Hauptursache für die dentalen Defekte bei der Beschwerdeführerin sei nicht klar definierbar. Es handle sich um kombinierte mechanisch- und säurebedingte Schädigungen. Die entsprechenden Diagnosen für den "mechanischen Verschleiss" (Attrition und Abrasion) und "chemischen Verschleiss" (Erosion) seien multifaktoriell bedingt. Einzelne Verschleissmechanismen wirkten selten allein, sondern interagierten miteinander. Durch erosive Einflüsse (Reflux und Rivella-konsum) beeinträchtigte Zahnhartsubstanz trage sich durch zusätzliches Knirschen und Pressen erheblich schneller ab. Bei der Beschwerdeführerin habe laut den Akten eine gastrointestinale Erkrankung vorgelegen. Die Operation im Jahr 2006 habe offenbar die Ursache der Erosionen behoben, denn die Patientin zeige gemäss Aktenlage, in den 5 Jahren der Behandlung durch Dr. C., keine progressiven Säureschäden. Die dentalen Erosionen selbst regenerierten sich generell jedoch auch nach einer Operation nicht mehr. Das übliche Protokoll bei Refluxerkrankungen sei zudem zunächst das Verabreichen von Protonenpumpeninhibitoren, sofern die Erkrankung durch Medikation behandelbar zu sein scheine. Erst bei gravierenden Verläufen sei ein operativer Eingriff in Betracht zu ziehen. Es sei deshalb anzunehmen, dass bei der Beschwerdeführerin eine schwere Refluxerkrankung vorgelegen habe, welche die offensichtlichen, erosiven Schäden vor der Operation begünstigt habe. Das Zähneknirschen und Pressen, bedingt durch die psychische Erkrankung sowie die Xerostomie, unter der die Beschwerdeführerin sicher leide, erschwerten die Situation, seien aus gutachterlicher Sicht aber nicht die Hauptursache der Bissenkung.

- 3.3 a) In Würdigung des Gutachtens von Dr. J. ist festzustellen, dass sich dieses detailliert, sorgfältig begründet und schlüssig präsentiert. Im Urteil des Obergerichts vom 21. Juni 2020 (Verfahren O3V 19 35) hatte sich noch nicht zuverlässig beurteilen lassen, ob die B. eine Kostentragungspflicht trifft hinsichtlich des von der Beschwerdeführerin gemeldeten zahnärztlichen Eingriffes. Namentlich war damals der Einfluss der Oligosalie auf die Zahnschäden unklar. Ebenso offen erschien, ob bei der Beschwerdeführerin ein Bruxismus vorlag bzw. damit im Zusammenhang hängende Zahnschäden gegeben waren, und ob ein solcher Bruxismus kausal auf die bestehende schwere psychiatrische Erkrankung zurückzuführen sei. Die Expertise von Dr. J. liefert nun fundierte und plausible Antworten auf

diese Fragen. So führte der Gutachter wie gesehen (vgl. oben E. 3.2) aus, die Speichelfliessenratenbestimmung vom Februar 2016 habe ein Ergebnis gezeigt, das nahezu im Normbereich liege, weshalb davon auszugehen sei, dass die Oligosalie die erosiven Defekte kaum beeinflusst habe. Bezüglich Bruxismus erklärte der Zahnmediziner, dass zwar bestimmte mechanische Schäden zu erkennen seien. Allerdings seien diese nicht spezifisch für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen und könnten auch bei mental gesunden Patienten in diesem Ausmass vorliegen. Aufgrund letzterer Beurteilung steht fest, dass allfällige Bruxismusschäden an den Zähnen keine Leistungspflicht nach KVG auslösen können. Im Sinne obiger Erwägungen (E. 2) ist darauf hinzuweisen, dass die B. nur bei Vorliegen einer schweren psychischen Erkrankung mit konsekutiver schwerer Beeinträchtigung der Kaufunktion eine Kostentragungspflicht träge (Art. 18 Abs. 1 lit. c Ziff. 7 KLV). Fehlt es vorliegend aber an dem für eine schwere psychische Erkrankung typischen Schadensbild an den Zähnen, können – wiewohl eine psychiatrische Erkrankung grundsätzlich gegeben ist – die betreffenden gesetzlichen Voraussetzungen nicht als erfüllt angesehen werden. Nach Massgabe des Grundsatzes der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu E. 2.4) ist mit Blick auf das zahnmedizinische Gutachten beweisfällig nicht erstellt, dass die Bruxismusschäden Ausdruck bzw. Folge der schweren psychischen Erkrankung sind.

b) Aus beweisrechtlicher Sicht ist noch zu beachten, dass der behandelnde Psychiater der Beschwerdeführerin, Dr. D., der gutachterlichen Beurteilung widerspricht. Die betreffenden Ausführungen vermögen aber offensichtlich keine konkreten Zweifel an den Einschätzungen von Dr. J. zu erwecken. Zum einen handelt es sich bei Dr. D. nicht um einen Facharzt aus dem Bereich der Zahnmedizin. Zum anderen liegen der Stellungnahme des Psychiaters falsche Annahmen zugrunde. Geradezu ungereimt erscheint namentlich, dass bei der Beschwerdeführerin angeblich nie eine Reflux-Erkrankung bestanden haben soll. Dabei war diese Tatsache bisher gar nicht strittig. Aufgrund der Akten ist ein ehemals bestehender Reflux ohne weiteres erstellt. Bereits die behandelnde Zahnärztin Dr. C. hatte in ihrem Schreiben vom 8. Dezember 2015 betreffend Kostenübernahme davon gesprochen, die Zahnschäden seien primär "auf die langjährige Erkrankung eines Refluxes zurückzuführen" (act. 6/1). Des Weiteren stellte auch das obergerichtliche Urteil vom 21. Juni 2020 in E. 3.6 fest, dass die Zahnschäden grundsätzlich Reflux-bedingt seien, was damals von keiner der Parteien in Frage gestellt wurde. In diesem Sinne muss es jedenfalls als haltlos bezeichnet werden, wenn Dr. D. dem Gutachten von Dr. J. jeglichen Beweiswert abspricht, unter Verweis darauf, die Expertise sei auf einen falschen Sachverhalt – nämlich eben die Annahme, es habe ein Reflux vorgelegen – abgestützt worden. Weitere Darlegungen von Dr. D. vermögen das Gutachten ebenso wenig umzustossen. Möglicherweise bergen bestimmte von der Beschwerdeführerin eingenommene Medi-kamente ein erhöhtes Risiko für Hyposalivation

und andere für Bruxismus, doch ändert dies gemäss den vorstehenden Erwägungen letztlich nichts daran, dass die Oligosalie die erosiven Defekte offenbar kaum beeinflusst hatte und etwelche Bruxismusschäden nicht als Ausdruck einer schweren psychischen Erkrankung qualifiziert werden können.

c) Zusammenfassend erscheint das Gutachten von Dr. J. umfassend und gut nachvollziehbar und enthält überzeugende Schlussfolgerungen. Der Expertise ist für die vorliegenden Belange voller Beweiswert zuzuerkennen. Gemäss dem gutachterlichen Ergebnis liegt bei der Beschwerdeführerin keine schwere psychische Erkrankung mit konsekutiver schwerer Beeinträchtigung der Kaufunktion vor (Art. 18 Abs. 1 lit. c Ziff. 7 KLV). Dementsprechend hat die Vorinstanz eine Leistungspflicht nach KVG zurecht abgelehnt. Der angefochtene Entscheid ist zu schützen, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

4.

4.1 Bei Streitigkeiten über Leistungen ist das Verfahren kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist; sieht das Einzelgesetz keine Kostenpflicht bei solchen Streitigkeiten vor, so kann das Gericht einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, Gerichtskosten auferlegen (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG). Vorliegend hat man es mit einer Leistungsstreitigkeit zu tun. Das KVG legt keine Kostenpflicht für das Beschwerdeverfahren fest. Leichtsinngkeit oder Mutwilligkeit einer Partei liegt nicht vor. Entsprechend ist dieses Verfahren kostenlos.

4.2 Der unterliegenden Beschwerdeführerin 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, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N. 218 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 wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Es werden keine Entschädigungen gesprochen.

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. Mitteilung an:

- RA AA., mit Gerichtsurkunde
- B. AG, eingeschrieben
- Bundesamt für Gesundheit, eingeschrieben

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Walter Kobler

lic. iur. Marc Giger

versandt am: 23. Juni 2023