

Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Zirkular-Urteil vom 21. Juni 2020

Mitwirkende	Obergerichtspräsident E. Zingg Oberrichter H.P. Fischer, F. Windisch, R. Breu, E. Ganz Obergerichtsschreiber M. Giger
Verfahren Nr.	O3V 19 35
Beschwerdeführerin	A. vertreten durch: RA AA.
Vorinstanz	Versicherung B.
Gegenstand	Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 5. Juli 2019

Rechtsbegehren

a) der Beschwerdeführerin:

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 5. Juli 2019 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, Kostengutsprache zu erteilen, für die von Dr. C. im Dezember 2015 beantragte Bisshebung/Sanierung der Seiten- sowie Frontzähne mit Kronen/Komposit und die Anfertigung einer Michiganschiene.
3. Eventualiter: Es sei ein zahnmedizinisches Gutachten bei einer unabhängigen Gutachterstelle in Auftrag zu geben.

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde vom 9. September 2019 sei abzuweisen.

Sachverhalt

- A. Die am XX.XX.1973 geborene A. (nachfolgend: Versicherte oder Beschwerdeführerin) ist bei der Versicherung B. obligatorisch krankenpflegeversichert. Mit Schreiben vom 8. Dezember 2015 ersuchte die Zahnärztin der Versicherten, Dr. C., gegenüber der Versicherung 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 Versicherung 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. D., Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, gegenüber der Versicherung B. Stellung, wobei er argumentierte, die Krankenversicherung sei leistungspflichtig für die geplante zahnärztliche Behandlung (act. 7.11). In der Folge bat die Versicherung 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 Versicherung 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 Versicherung E. Einsprache erheben (act. 7.22; act. 7.25). Im Einspracheverfahren holte die Versicherung B. eine medizinische Beurteilung ihres Vertrauensarztes Dr. 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 Versicherung E. vertretenen Versicherten erfolgte am 27. November 2017; der Eingabe war eine medizinische Einschätzung von Dr. G. vom 25./26. November 2017 beigelegt (act. 7.32; act. 7.33). Die Versicherung B. forderte alsdann eine Stellungnahme ihres Vertrauensarztes Dr. 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 Versicherung B. forderte sodann auch noch eine Beurteilung ihres Vertrauensarztes Dr. I. an (act. 7.43), zu welcher die Versicherung E. sich am 8. April 2019 äusserte (act. 7.49). Die Versicherung B. erliess schliesslich am 5. Juli 2019 ihren Einspracheentscheid, in welchem sie an ihrer Leistungsablehnung festhielt (act. 7.51).

- B. Gegen den nämlichen Entscheid richtet sich die vorliegende Beschwerde der von RA AA. vertretenen Versicherten vom 9. September 2019, mit dem eingangs aufgeführten Rechtsbegehren (act. 1). Am 7. November 2019 folgte die Vernehmlassung der Vorinstanz mit dem erwähnten Antrag auf Beschwerdeabweisung (act. 6). Im Rahmen von Replik und Duplik hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest (act. 10 und 12).
- 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 die Beschwerdeführerin in Reute 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. 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.

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 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).

1.4 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).

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).

2.3 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 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 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.

3.1 Vorliegend stellte die Beschwerdeführerin durch ihre Zahnärztin am 8. Dezember 2015 bei der Versicherung B. ein Kostenübernahmegesuch für eine Zahnsanierung in der Höhe eines Gesamtbetrags von Fr. 34'827.35. Die Zahnärztin erläuterte, bei ihrer Patientin seien das Gebiss im Seitenzahnbereich und die Frontzähne im Oberkiefer sehr stark beschädigt und es würden massive Schmelzverluste vorliegen. 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. Im Jahr 2006 sei der Reflux durch eine Magenbandoperation behandelt worden (act. 7.1).

3.2 Streitig ist vorliegend, inwieweit die Vorinstanz als obligatorischer Krankenversicherer für die Bissenkung, welche die Folge von Erosionen bzw. Abrasionen darstellt, eine Kostenübernahmepflicht nach KVG trifft.

3.3 Der angefochtene Entscheid fusst zunächst massgeblich auf der Beurteilung des Vertrauensarztes der Versicherung B. Dr. F. . Dieser hatte sich dahingehend geäußert, gemäss den vorliegenden Unterlagen habe die Versicherte an Reflux gelitten. Die Salzsäure des Magensaftes sei dadurch in die Mundhöhle gelangt und habe so zu massiven Erosionen an den Zähnen geführt (typisch Palatinalflächen der OK Schneidezähne, Occlusalflächen der Seitenzähne), welche nicht Karies-bedingt seien. Verstärkt werden könnten solche Schäden zusätzlich durch Abrasionen (Parafunktion, Bruxismus), so dass mit der Zeit eine Bissenkung durch Substanzverlust eintreten könne (wie hier sichtbar teilweise pulpanahe), welche dann mittels höckerüberdeckender Füllungen oder Kronen saniert werden müsse. Die beiliegenden Röntgenaufnahmen zeigten ein teilweise saniertes Gebiss (Füllungen, Kronen, WB 46), welche zur Reparatur von Erosionen/Abrasionen und nicht zur Versorgung von Karies gemacht worden seien. Die Versicherte habe früher ein fast kariesfreies Gebiss gehabt und durch die nachgewiesenermassen gute Mundhygiene und regelmässigen Zaz-Kontrollen hätten trotz der medikamentös bedingten Oligosialie weitere bzw. grössere Schäden vermindert werden können. Im Übrigen handle es sich weder bei Karies noch bei Erosions- bzw. Abrasionsschäden um Erkrankungen des Zahnhalteapparates – bestehend aus Zahnfleisch, Zahnzement, Zahnfach sowie Wurzelhaut – sondern um solche des Zahnes bzw. dessen Zahnschmelzes und Zahnhartsubstanz. Dies

würde also eine Kostenübernahme auf Basis einer Erkrankung des Kausystems im Sinne von Art. 17 lit. b Ziff. 3 KLV ausschliessen.

Die Frage, ob die bei der Versicherten nachgewiesene reduzierte Speichelbildung (Oligosialie) die Kariesanfälligkeit der Zähne erhöht habe, wurde von Dr. F. verneint. Es sei anerkannt, dass eine Oligosialie die Kariesanfälligkeit der Zähne erhöhe, hier handle es sich aber eindeutig um Erosions- bzw. Abrasionsschäden und nicht um Karies. Eine Speichelverminderung könne zwar das Fortschreiten erosiver Läsionen etwas beschleunigen, da die Pufferkapazität des Speichels geringer sei. Eine medikamentös ausgelöste Mundtrockenheit verursache aber ihrerseits Karies, was hier nur im Ansatz zu beobachten sei. Die medikamentös bedingte Oligosialie stehe somit nicht im geforderten kausalen Zusammenhang mit den festgestellten Erosions- und Abrasionsschäden, auch nicht als Teilursache (act. 7.29).

3.4 Im vorliegenden Fall besteht im Sinne der Beurteilung von Dr. F. soweit Klarheit, dass die bei der Beschwerdeführerin festgestellte Bissenkung, welche die Folge von Erosions- bzw. Abrasionsschäden darstellt, grundsätzlich auf den einst bestehenden Reflux zurückzuführen ist, welcher im Jahr 2006 durch eine Magenbandoperation behandelt wurde; diese Einschätzung wird letztlich durch das von der Beschwerdeführerin beigebrachte Parteigutachten von Dr. G. bestätigt (act. 7.33), und ebenso resultiert diese Schlussfolgerung bereits aus den Schilderungen der behandelnden Zahnärztin Dr. C. im Zusammenhang mit dem Kostenerstattungsantrag vom 8. Dezember 2015 (act. 7.1). In Bezug auf diese Reflux-Erkrankung ist darauf hinzuweisen, dass eine solche keine Übernahme von zahnärztlichen Leistungen durch die Krankenversicherung im Sinne von Art. 31 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 17 – 19 KLV begründet. Die Versicherung B. wies in diesem Zusammenhang zutreffend auf einen Entscheid des ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts hin, in welchem eine Leistungspflicht für einen Reflux ausdrücklich verneint wurde (vgl. BGE 124 V 185). Die nämliche Schlussfolgerung wurde im Übrigen seitens der Beschwerdeführerin auch nie bestritten.

3.5 a) Fraglich und zu prüfen ist hier freilich eine Kostentragung gestützt auf Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG i.V.m. Art. 18c Abs. 1 Ziff. 7 KLV, welche Bestimmung bei schweren psychischen Erkrankungen mit konsekutiver schwerer Beeinträchtigung der Kaufunktion anwendbar ist. Bezogen auf die Frage nach einer schweren psychischen Erkrankung bei der Versicherten sprach deren behandelnder Psychiater Dr. D. in seinem Bericht vom 10. Oktober 2016 (act. 7.11) von einer schweren depressiven Erkrankung bzw. einer schweren therapieresistenten Zwangserkrankung, was vom psychiatrischen Vertrauensarzt der Versicherung B. Dr. H. in dessen Stellungnahme vom 5. Februar 2018 ausdrücklich anerkannt wurde (act. 11.34).

Fraglich erscheint nun, ob bzw. inwieweit diese Krankheit die Ursache für eine schwere Beeinträchtigung der Kaufunktion bei der Versicherten darstellt. Als unstrittig kann zunächst gelten, dass eine Beeinträchtigung der Kaufunktion tatsächlich gegeben ist aufgrund der diagnostizierten Bissenkung, offen ist mithin einzig die Frage einer (teil-)kausalen Verursachung durch die psychische Problematik.

b) Von Interesse ist hier zunächst, in welchem Zusammenhang die dokumentierte Einnahme von Psychopharmaka zu sehen ist, welche zur Behandlung der psychischen Problematik bei der Versicherten eingesetzt wird. In dieser Hinsicht wurde von der höchstgerichtlichen Rechtsprechung festgehalten, die medikamentöse Behandlung einer schweren psychischen Erkrankung sei Folge derselben und könne somit zu einer leistungspflichtigen zahnärztlichen Behandlung führen (vgl. z.B. BGE 128 V 66). Vorliegend ist in dem erwähnten Bericht von Dr. D. vom 10. Oktober 2016 beschrieben, die Versicherte leide seit mehr als zwei Jahrzehnten an medikamentöser Mundtrockenheit. Der Zahnschaden sei unvermeidbar gewesen, da die Behandlung der schweren depressiven Erkrankung und der ebenfalls schweren therapieresistenten Zwangserkrankung mit Psychopharmaka absolut notwendig gewesen sei und bleiben werde (act. 7.11). Diese Diagnose einer medikamentös bedingten Oligosialie ist letztlich unbestritten. Die Angaben von Dr. D. finden namentlich ihre Stütze in dem Bericht der behandelnden Zahnärztin der Versicherten Dr. C., wo diese über das Ergebnis eines Speichelfliessratetests vom 22. Februar 2016 berichtet hatte. Demnach habe die Speichelfliessrate 4,2 ml pro fünf Minuten betragen, das bedeute 0,84 ml pro Minute. Daher sei der Speichelfluss deutlich reduziert (act. 7.8). In der Folge hatte auch die Zahnfachstelle der Vorinstanz ausdrücklich vom Vorliegen der Diagnose einer Oligosialie gesprochen (act. 7.9). Im Sinne eines Zwischenergebnisses ist damit festzuhalten, dass die zur Behandlung der psychischen Erkrankung notwendige Medikation bei der Beschwerdeführerin nachgewiesenermassen zu einer Oligosialie führte. Was nun die vertrauensärztliche Stellungnahme von Dr. F. betrifft, hatte dieser im Ergebnis wie erwähnt verneint, dass die reduzierte Speichelbildung (Oligosialie) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Abrasionen und Erosionen (im Sinne einer Teilursache) verstärkt habe; der Zahnarzt argumentierte, eine Speichelverminderung könne zwar das Fortschreiten erosiver Läsionen etwas beschleunigen, da die Pufferkapazität des Speichels geringer sei. Eine medikamentös ausgelöste Mundtrockenheit verursache aber ihrerseits Karies, was hier nur im Ansatz zu beobachten sei (act. 7.29). Die Beschwerdeführerin kritisiert diese Schlussfolgerung, insbesondere mit Verweis auf den von ihr beigebrachten Bericht von Dr. G.. Letzterer hatte zwar in einem ersten Schritt die vertrauensärztliche Beurteilung gestützt und grundsätzlich den Reflux der Magensäure für die Entstehung der Erosionen verantwortlich gemacht. Andererseits wurde von dem Zahnarzt die Frage, ob die Oligosialie überwiegend wahrscheinlich die Abrasionen und Erosionen verstärkt hätten, mit „Jain“ beantwortet, wo-

bei er dies dahingehend erläuterte, die Oligosialie steigere primär das Kariesrisiko. Sie habe aber durch die Reduktion der Pufferkapazität des Speichels eine begünstigende Wirkung auf die Erosionsentwicklung (act. 7.33). Bezüglich der Frage, ob diese Stellungnahme konkrete Zweifel an der vertrauensärztlichen Beurteilung zu erwecken vermag, ist solches klarerweise zu bejahen. Wie gesehen halten Dr. F. und Dr. G. im Ergebnis übereinstimmend fest, dass eine Oligosialie zur einer Beschleunigung von Erosionen führen kann. Soweit nun aber der Vertrauensarzt der Versicherung B. eine solche erfolgte Beschleunigung bzw. Verstärkung in konkreten Fall verneint, ist dies nicht nachvollziehbar. Dr. F. führt diesbezüglich als (letztlich einziges) Argument eine nur „im Ansatz“ zu beobachtende Kariesaktivität ins Feld. In dieser Hinsicht hatte Dr. G. indes detailliert geschildert, auf den Röntgenbildern von 2003 sei Karies nur bei den Zähnen 47 mesial und 36 distal auszumachen gewesen, derweil 2015/2017 Karies auf den Zähnen 14m, 13d, 11m, 21m+d, 24m und 35m+d bestanden habe. Zwischen 2003 und 2017 hätten die Zähne 14, 47, 24, 37 und 34 mit Kunststofffüllungen und die Zähne 35 und 36 mit Kronen versorgt werden müssen. Zahn 47 sei wurzelbehandelt worden. Dies sei als eine deutliche Zunahme der Kariesaktivität zu deuten (act. 7.33). Diesen fundierten Angaben von Dr. G. war von Seiten der Versicherung B. bzw. von deren zahnmedizinischen Fachpersonen in der Folge nichts mehr entgegen gehalten worden. Gesamthaft bestehen deshalb konkret begründete Zweifel an den Schlussfolgerungen des Vertrauensarztes Dr. F. hinsichtlich der Frage, ob die Oligosialie zumindest eine Teilursache für die festgestellten Erosionen darstellt. Auf diese Stellungnahme kann für die vorliegenden Belange nicht abgestellt werden. Im Übrigen liefern auch die weiteren von der Versicherung B. eingeholten zahnmedizinischen Stellungnahmen keine zuverlässige Antwort hinsichtlich der Frage, in welchem Masse die festgestellten Erosionen auf die Oligosialie zurückzuführen sind. Der Bericht von Dr. I. erläutert zwar eingehend, weshalb an den Zähnen der Versicherten keine Bruxismusschäden vorlägen (vgl. dazu auch nachstehend lit. c). Hingegen werden die Erosionen nur pauschal als Säureschäden qualifiziert, ohne dass eine Auseinandersetzung mit der medikamentös bedingten Oligosialie erfolgt (act. 7.43). Schliesslich erweisen sich auch die Kurzbeurteilungen der Zahnfachstelle der Versicherung B. als zu wenig aussagekräftig. Im Wesentlichen wurden dort die festgestellten Abrasionen/Erosionen mit der langjährigen Refluxerkrankung in Verbindung gebracht, und im Zusammenhang mit der Oligosialie wurde einzig ausgeführt, dass Schäden an den Zähnen mit einer guten Mundhygiene vermieden werden könnten (act. 7.9; act. 7.14). Gesamthaft erscheint der Sachverhalt in Bezug auf die erosive Entstehung der Zahnschäden nicht hinreichend abgeklärt; die angefochtene Verfügung beruht diesbezüglich auf unzureichenden medizinischen Grundlagen.

c) Im Übrigen dreht sich – im Zusammenhang mit dem Vorliegen von Abrasionen – der Streit darum, inwiefern bei der Versicherten ein Bruxismus besteht, bzw. ob ein solcher

psychisch bedingt ist und ob allfällige Zahnschäden damit einhergegangen sind. Vorliegend wurde die Frage eines Bruxismus erstmals in der ursprünglichen Verfügung vom 15. Februar 2017 thematisiert. Die Versicherung B. hatte darin ausgeführt, sie gehe davon aus, dass ebenfalls ein Bruxismus (Knirschen) vorhanden sei, welcher die festgestellten Schäden verstärke (act. 7.20). Sie stützte sich dabei anscheinend auf eine Auskunft einer „Praxis J.“, laut welcher eine Michiganschiene wegen Knirschen gemacht werde (act. 7.19). Der Vertrauensarzt Dr. F. hatte sich bloss in allgemeiner Weise geäussert, dass im Falle von Erosionsschäden als Folge einer Refluxerkrankung solche Schäden zusätzlich verstärkt werden könnten durch Abrasionen (Parafunktion/Bruxismus). Der Parteigutachter Dr. G. seinerseits hatte an einer Stelle erklärt, Abrasionen könnten u.a. auch durch Knirschen infolge Stress (Parafunktion) auftreten. An anderer Stelle führte der Zahnarzt aus, die bei der Versicherten diagnostizierte schwere psychische Erkrankung habe die Parafunktionen verstärkt. Was wiederum zu Abrasionen geführt habe. Und an einer weiteren Stelle gab Dr. G. an, der zusätzlich auftretende Reflux habe das abrasiv-erosive Erscheinungsbild der Dentition verstärkt. Auch die medikamentös bedingte Oligosialie habe abrasions-, erosions- und kariesfördernd gewirkt. Es sei zum Verlust von okklusalen Füllungen (Bruxismus, Pressen) und dem Verlust der okklusalen und oralen Strukturen der Zähne gekommen (act. 7.33). Die Versicherung B. hatte diese Beurteilung dann zum Anlass genommen, eine Stellungnahme ihres psychiatrischen Vertrauensarztes Dr. H. einzuholen. Danach befragt, ob die Abrasionen an den Zähnen eine direkte Folge der psychischen Erkrankung sei, wurde dies im Bericht vom 5. Februar 2018 verneint mit der Begründung, die Zusatzsymptomatik Bruxismus sei keine psychische Störung und nicht zwingend mit psychischen Störungen verbunden (act. 7.34). Die Beschwerdeführerin liess als Reaktion darauf eine Stellungnahme ihres behandelnden Psychiaters Dr. D. einreichen, laut welcher der Bruxismus mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf ihre psychiatrische Erkrankung (Depression, Zwangsstörungen) sowie auf die Behandlung mit Venlafaxin, Vortioxetin sowie Aripiprazol zurückzuführen sei (act. 7.38). In ihrer gestützt darauf ergangenen Stellungnahme hatte die damalige Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin ausserdem auf ein Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich hingewiesen, laut welchem es sich bei Bruxismus um ein meist unbewusstes, oft nächtliches Zähneknirschen handle, welches zu Schädigungen an Zähnen und Kiefergelenken führen könne. Neben somatischen Gründen könne der Bruxismus auch psychische Ursachen haben. Aus medizinischer Sicht sei dabei bestätigt gewesen, dass der Bruxismus der fraglichen beschwerdeführenden Person durch deren schwere Depression verursacht worden sei (act. 7.38). In der Folge veranlasste die Versicherung B. eine Beurteilung durch ihren Vertrauensarzt Dr. I.. Dieser kam anhand der ihm vorgelegten Aufnahmen und Modellen in seiner Beurteilung zum Schluss, es seien keine typischen Bruxismusschäden ersichtlich. Es seien keine typischen ebenen Abrasionsflächen dargestellt. Auch fehlten scharfe Begrenzungen wie sie typischerweise am

Übergang von allfälligen Abrasionen zu nicht mit Antagonisten im Kontakt stehendem Schmelz entstünden. Ebenso seien die Inzisalkanten nicht messerscharf auslaufend (act. 7.43). In einer anschliessenden Eingabe hatte die Beschwerdeführerin dann darauf hinweisen lassen, dass laut einer telefonischen Auskunft ihrer behandelnden Zahnärztin gewisse Bruxismus-Schäden ersichtlich seien, dass jedoch für eine genauere Stellungnahme weitere Abklärungen erforderlich seien (act. 7.49). Die Versicherung B. hatte schliesslich gestützt auf die Einschätzung von Dr. I. entschieden, es könne faktisch offen bleiben, inwieweit ein Bruxismus als Folge einer psychischen Erkrankung vorliege, da ohnehin keine Bruxismusschäden nachgewiesen seien.

Was vorliegend die Frage nach spezifischen Bruxismusschäden betrifft, wurde von Dr. I. grundsätzlich ausführlich begründet, weshalb aufgrund der Art der Zahnschäden nicht von Bruxismusfolgen auszugehen sei. Davon abweichend steht jedoch die Stellungnahme der behandelnden Zahnärztin Dr. C., welche anscheinend angegeben hatte, es seien bei der Beschwerdeführerin gewisse Bruxismus-Schäden ersichtlich. Soweit die Vorinstanz erklärte, diese rein telefonische Auskunft von Dr. C. vermöge die Beurteilung von Dr. I. nicht zu erschüttern, ist dem entgegen zu halten, dass Dr. C. offenbar gerade erklärte, dass eine abschliessende Beurteilung nur nach Vornahme weiterer ausführlicher Abklärungen möglich sei, mit muskulären Tests, welche Bruxismus-Aktivitäten messen könnten (act. 7.49). Diese Einschätzung war von der Versicherung B. bzw. von deren Vertrauensärzten nicht mehr in Frage gestellt worden. Zufolge der schlüssigen Ausführungen der behandelnden Zahnärztin – und da sich weitere Abklärungen ohnehin schon aufdrängen (vgl. oben lit. b) – erscheint es angezeigt, auch bezüglich der Frage eines Bruxismus bzw. damit verbundener Zahnschäden ergänzende Abklärungen an die Hand zu nehmen. Was im Übrigen die Frage betrifft, ob der geltend gemachte Bruxismus auf psychische Gründe zurückzuführen ist, präsentieren die Akten diesbezüglich wiederum kein einheitliches Bild. Wie gesehen wurde von Dr. H. sehr summarisch verneint, dass die Abrasionen im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung stehen, namentlich weil ein Bruxismus keine psychische Störung und nicht zwingend mit psychischen Störungen verbunden sei. Im Vergleich dazu präsentiert sich die Stellungnahme von Dr. D. wesentlich umfassender. Der behandelnde Psychiater erörterte zunächst eingehend die Arten bzw. Ursachen von Bruxismus, und er hielt alsdann klar fest, dass der Bruxismus mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die psychische Erkrankung zurückzuführen sei. Die betreffenden Ausführungen begründen konkrete Zweifel an der Schlüssigkeit der versicherungsinternen Feststellungen von Dr. H.. Davon abgesehen vermögen die Ausführungen von Dr. H. schon für sich betrachtet hinsichtlich der Beurteilung der Frage der Kausalität der psychiatrischen Leiden für einen Bruxismus nicht zu genügen. Namentlich was die Wendung „nicht zwingend“ angeht, erfüllt

diese offensichtlich nicht die Anforderungen an die Beweisführung im Sozialversicherungsrecht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit.

3.6 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen sind die Ursachen für die festgestellte Bissenkung, welche die Folge von Erosionen bzw. Abrasionen darstellt, nicht genügend abgeklärt. Es sind ergänzende Untersuchungen angezeigt. Zu diesem Zweck ist die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen und diese zu verpflichten, ein externes Gutachten einzuholen. Letzteres soll sich namentlich dazu äussern, inwieweit die medikamentös bedingte Oligosialie die grundsätzlich Reflux-bedingten Zahnschäden verstärkt hat. Zudem hat die Expertise Aufschluss über das Vorliegen eines Bruxismus sowie allfällig damit einhergehender Schäden zu geben, wobei bei Bestätigung der Diagnose und entsprechender Schäden ausserdem fachärztlich zu prüfen sein wird, ob bzw. inwieweit der Bruxismus kausal auf die bestehende schwere psychiatrische Erkrankung zurückzuführen ist.

4.

4.1 Zusammenfassend ist der angefochtene Einspracheentscheid in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

4.2 Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

4.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Wird eine Sache zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückgewiesen, stellt dies für die versicherte Person ein vollständiges Obsiegen dar (BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235). In diesem Sinne hat die Versicherung B. der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten. Letztere ist vom Versicherungsgericht festzusetzen, wobei die Bemessung ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache sowie nach der Schwierigkeit des Prozesses erfolgt (Art. 61 lit. g ATSG). Im Übrigen ist die Bemessung der Parteientschädigung dem kantonalen Recht überlassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_11/2016 vom 22. Februar 2016 E. 3.1). Im Sozialversicherungsverfahren vor Obergericht ist die Entschädigung pauschal zu bemessen (Art. 13 Abs. 1 lit. c der Verordnung vom 14. März 1995 über den Anwaltstarif [AT; bGS 145.53]). Vorliegend ist von einem durchschnittlich leichten Fall auszugehen. Unter diesen Umständen hat die Vorinstanz die Beschwerdeführerin mit einem Betrag von Fr. 2'800.20 zu entschädigen (Honorar von RA AA. von Fr. 2'500.--, zuzüglich Barauslagen von 4% und Mehrwertsteuer von 7.7%).

Das Obergericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde von A wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. Juli 2019 aufgehoben und die Angelegenheit zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen sowie zur neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.20 zu bezahlen.
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 die Beschwerdeführerin über deren Anwältin, die Vorinstanz und das Bundesamt für Gesundheit.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Ernst Zingg

lic. iur. Marc Giger

versandt am: 1. Juli 2020