Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
K 54/05

Urteil vom 4. August 2005
IV. Kammer

Besetzung
Präsident Ferrari, Bundesrichter Meyer und Ursprung; Gerichtsschreiberin Helfenstein Franke

Parteien
SWICA Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur, Beschwerdeführerin,

gegen

P._____, 1976, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt Alexander Lecki, Stadthausstrasse 39, 8400 Winterthur

Vorinstanz
Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Winterthur

(Entscheid vom 8. März 2005)

Sachverhalt:
A.
Die 1976 geborene P._____ ist bei der SWICA Gesundheitsorganisation (nachfolgend: SWICA) krankenpflegeversichert. Am 30. Januar 2002 unterbreitete ihr Zahnarzt Dr. med. dent. G._____ der SWICA Kostenvorschläge für die zahnärztliche Behandlung über Fr. 10'491.15 sowie für zahntechnische Leistungen über Fr. 4'478.15. Mit Verfügung vom 24. Juli 2002 lehnte die SWICA nach Beizug ihres Vertrauenszahnarztes die Ausrichtung von Leistungen an die zahnärztliche Behandlung aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ab. Nach Einholung eines Gutachtens des Dr. med. dent. A._____ vom 10. Mai 2004 und einer ergänzenden Stellungnahme vom 23. September 2004 hielt die SWICA mit Einspracheentscheid vom 15. November 2004 an ihrer Leistungsablehnung fest.
B.
Die hiegegen erhobene Beschwerde hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Entscheid vom 8. März 2005 teilweise gut und wies die Sache zu weiteren Abklärungen über die im Einzelnen erforderlichen Behandlungen an die SWICA zurück, verbunden mit der Feststellung, die SWICA sei für die im Zusammenhang mit der progressiven juvenilen Parodontitis von P._____ nötigen zahnärztlichen Behandlungen leistungspflichtig.
C.
Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt die SWICA, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und der Einspracheentscheid vom 15. November 2004 zu bestätigen; eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Während P._____ auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde schliesst, verzichtet das Bundesamt für Gesundheit auf eine Vernehmlassung.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:
1.
1.1 Das kantonale Gericht hat die massgebenden gesetzlichen Bestimmungen über den Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung für zahnärztliche Behandlungen, die durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt sind (Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG, Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. d KVV sowie Art. 17 bis 19a KLV), insbesondere der unter die Untergruppe der (abschliessend aufgezählten; BGE 129 V 83 Erw. 1.3 und 279 Erw. 3.2) Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontopathien) gemäss Art. 17 Abs. 1 lit. b KLV fallenden juvenilen, progressiven Parodontitis (Art. 17 Abs. 1 lit. b Ziff. 2 KLV), zutreffend dargelegt. Darauf wird verwiesen.
1.2 Bei der Prüfung eines allfälligen schon vor dem In-Kraft-Treten des ATSG auf den 1. Januar 2003 entstandenen Anspruchs auf eine Leistung der Krankenversicherung sind die allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln heranzuziehen, gemäss welchen - auch bei einer Änderung der gesetzlichen Grundlagen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts galten. Demzufolge ist der Anspruch für die Zeit bis 31. Dezember 2002 auf Grund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (BGE 130 V 445 Erw. 1 mit Hinweisen). Da der in Art. 3 Abs. 1 ATSG definierte Begriff der Krankheit im Wesentlichen gleich ist wie derjenige von Art. 2 Abs. 1 KVG in der bis Ende 2002 gültig gewesenen Fassung (Urteil I. vom 11. April 2005, K 143/04) und im Übrigen die massgebenden Bestimmungen keine Änderung erfahren haben, ist der Leistungsanspruch jedoch inhaltlich gleich zu beurteilen.
1.3 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 40 BZP in Verbindung mit Art. 19 VwVG; Art. 95 Abs. 2 OG in Verbindung mit Art. 113 und 132 OG). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis
der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Berichte und Gutachten versicherungsinterner Ärzte unterliegen wie andere Beweismittel der freien richterlichen Beweiswürdigung. Es kann ihnen Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen. Bestehen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Dabei hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich die Wahl, ob es die Sache zur weiteren Beweiserhebung an die Verwaltung zurückweisen oder die erforderlichen Instruktionen insbesondere durch Anordnung eines Gerichtsgutachtens selber vornehmen will (BGE 125 V 352 Erw. 3a und b mit Hinweisen).
2.
Streitig und zu prüfen ist, ob das bei der Versicherten diagnostizierte Zahnleiden einer Erkrankung des Zahnhalteapparates (Parodontopathie) im Sinne von Art. 17 lit. b KLV, namentlich einer juvenilen, progressiven Parodontitis gemäss Art. 17 lit. b Ziff. 2 KLV entspricht.
2.1 Dr. med. dent. A._____ gab im Gutachten vom 10. Mai 2004 als Diagnose ein Schleimhautpemphigoid an. Dabei handle es sich um eine Autoimmunerkrankung, die zur Blasenbildung und Ablösung von Haut oder Schleimhaut führe. Die Erkrankung könne sich auf die Mundschleimhaut beschränken, führe zu Erosionen des Zahnfleisches und der Schleimhaut und könne extremerweise zur Zerstörung im Bereich des Zahnhalteapparates (Parodont) führen mit dem Bild einer aggressiven Parodontitis und in der Folge wie vorliegend zu Zahnverlust. Betreffend die Bestätigung der Diagnose "juvenile progressive Parodontitis" führte er an, in der Fachliteratur werde die Diagnose "juvenile progressive Parodontitis" durch den Begriff "aggressive Par-

odontitis" ersetzt. Die Erscheinung müsse wegen der Begleiterscheinungen und den Folgen dieser Diagnose zugeordnet werden. Denn die aggressive Parodontitis umschreibe eine typische und im jugendlichen Alter beginnende Erkrankung, deren Ursache nicht definiert sei. Das Schleimhautpemphigoid habe im vorliegende Fall eine schwere Form der aggressiven Periodontitis verursacht.
In seiner Stellungnahme vom 23. September 2004 führte er ergänzend aus, die Diagnose laute Schleimhautpemphigoid mit aggressiver Parodontitis. Ein Widerspruch liege insbesondere mit Bezug auf die neueren diagnostischen Erkenntnisse nicht vor, da sowohl eine aggressive Parodontitis erkennbar sei, die zum Zahnverlust führe, diese aber nicht vorwiegend bakteriell bedingt sei, sondern durch die Störung des Immunsystems bei bestehendem Schleimhautpemphigoid.

Das ausführliche und auf einlässlichen immunologischen und dermatologischen Untersuchungen beruhende Gutachten erfüllt die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c), was auch von der Beschwerdeführerin unbestritten geblieben ist, weshalb darauf abzustellen ist. Es steht damit fest, dass die Versicherte an einer juvenilen progressiven Parodontitis leidet, welche die Leistungspflicht der Beschwerdeführerin nach sich zieht.
2.2 Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, vermag nicht zu einer anderen Beurteilung zu führen:

Wie die Vorinstanz zutreffend ausgeführt hat, setzt Art. 17 lit. b Ziff. 2 KLV einzig die Diagnose der juvenilen progressiven Parodontitis voraus. Weitere Erfordernisse der Leistungspflicht - abgesehen vom notwendigen Krankheitswert, der hier angesichts des bereits erfolgten Zahnverlustes unstreitig gegeben ist - werden nicht genannt. Insbesondere nennt die Verordnungsbestimmung keine Ursachen, die zu einer solchen Erkrankung führen. Dass im vorliegenden Fall ein Schleimhautpemphigoid - und nicht eine andere, beispielsweise nur bakterielle Ursache - zur Parodontitis geführt hat, ist damit unerheblich.

Daran vermögen auch die von der Beschwerdeführerin eingereichten Auszüge aus wissenschaftlichen Arbeiten nichts zu ändern. Soweit darin ausgeführt wird, die juvenile Parodontitis sei in den meisten Fällen ein erblicher Defekt körpereigener Abwehrzellen, ist festzuhalten, dass sich aus dem Gutachten des Dr. med. dent. A._____ vom 10. Mai 2004 diesbezüglich nichts anderes ergibt. Dieser führt darin aus, beim Schleimhautpemphigoid handle es sich um eine Autoimmunerkrankung, die zur Blasenbildung und zur Ablösung der Haut oder Schleimhaut führe. Die Erkrankung könne sich auf die Mundschleimhaut beschränken, aber extremerweise zur Zerstörung des Zahnhalteapparates führen. Damit liegt die Ursache der sich aus dem Schleimhautpemphigoid ergebenden juvenilen Parodontitis ebenfalls in einem Defekt der körpereigenen Abwehrzellen (Autoimmunerkrankung), weshalb entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nicht von einer völlig anderen Genese der Erkrankung gesprochen werden kann.

Nichts anderes ergibt sich sodann aus dem Bild-Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem (SSO-Atlas), herausgegeben von der Schweizerischen Zahnärztegesellschaft SSO, 1996, sprechen doch die dortigen Ausführungen (Definition, Anamnese, klinisches Erscheinungsbild, radiologische Befunde, zahnärztliche Massnahmen, medizinische Problematik) keineswegs gegen die diagnostische Beurteilung des Dr. med. dent. A._____.
2.3 Damit ergibt sich, dass die auf Grund der diagnostizierten progressiven juvenilen Parodontitis nötigen zahnärztlichen Behandlungen der Leistungspflicht der Beschwerdeführerin unterliegen. Indessen ist es erforderlich, dass zwecks Beurteilung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit (BGE 123 V 63 oben Erw. 2c/bb mit Hinweis auf die Materialien zum KVG) und Wirtschaftlichkeit (BGE 126 V 339 Erw. 2b mit Hinweisen) der Behandlung der Versicherten neue Abklärungen getätigt werden, wie die Vorinstanz richtig entschieden hat.

Soweit sich die Beschwerdeführerin nicht in der Lage sieht, die vom Gericht als notwendig erachteten Abklärungen zu treffen, weil die Versicherte keinen neuen Behandlungsvorschlag vorgelegt habe, kann ihr nicht gefolgt werden. Wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Vernehmlassung zutreffend ausführt, bestand ihrerseits keinerlei Veranlassung, während des hängigen Beschwerdeverfahrens irgendwelche Behandlungspläne einzureichen. Auch kann der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden, wenn sie mit Bezug auf einen notwendigen, neuen Behandlungsvorschlag vorbringt, es wäre zweckmässig, wenn der diesen Behandlungsvorschlag prüfende Gutachter auch die Diagnose selbst erneut stellen könnte, insbesondere für den Fall, da dieser die gestellte

Diagnose nicht bestätigen könnte. Inwiefern dies der Fall sein sollte, ist nicht ersichtlich. Es ist nochmals auf das allen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c) genügende Gutachten des Dr. med. dent. A._____ hinzuweisen, auf Grund dessen die Diagnose der juvenilen progressiven Parodontitis gemäss Art. 17 lit. b Ziff. 2 KLV gesichert ist.
3.
Das Verfahren ist kostenlos (Art. 134 OG). Dem Ausgang des letztinstanzlichen Verfahrens entsprechend steht der obsiegenden Versicherten eine Parteientschädigung zu (Art. 135 OG in Verbindung mit Art. 159 Abs. 2 OG).

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Die Beschwerdeführerin hat der Beschwerdegegnerin für das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht eine Parteientschädigung von Fr. 1'000.- (einschliesslich Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
4.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.
Luzern, 4. August 2005
Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts
Der Präsident der IV. Kammer: Die Gerichtsschreiberin: