



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 1. November 2018 (730 18 208 / 298)

Krankenversicherung

Speicheldrüsenerkrankung im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG und Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV. Leistungspflicht der Krankenkasse bei objektiver Unvermeidbarkeit der Schäden. Verpflichtung zur weiteren Kostengutsprache bisher übernommener Dentalhygienekosten unter dem revisionsrechtlichen Aspekt formell rechtskräftig zugesprochener Dauerleistungen infolge eines zwischen den Parteien zuvor geschlossenen Vergleichs.

_____ Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Elisabeth Berger
Götz, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiber Stephan
Paukner

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer

gegen

SWICA Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Römerstrasse 38,
8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin

_____ Betreff Leistungen

A. A.____ ist bei der SWICA Krankenversicherung AG (Swica) obligatorisch krankenversichert. Er leidet an einer Speicheldrüsenerkrankung, welche Karies begünstigt. Im April 2010 hat die Swica die Kosten der dadurch notwendig gewordenen Gebissanierung übernommen, die

sich gemäss Kostenvoranschlag auf Fr. 42'368.— belaufen und unter anderem den Einsatz von Vollkeramikronen beinhaltet hat. Zudem ist sie seither für die Kosten aller Dentalhygiene (DH)-Sitzungen aufgekommen, welche der Versicherte in der Regel viermal pro Jahr in Anspruch genommen hat.

B. Im Oktober 2017 hat die Swica eine Leistungsüberprüfung vorgenommen und mit Verfügung vom 27. Januar 2018 den Anspruch auf die Kostenübernahme weiterer DH-Sitzungen abgelehnt. Zur Begründung hat sie angegeben, dass keine Speicheldrüsenerkrankung im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen vorliege. Hiergegen hat der Versicherte Einsprache erhoben und beantragt, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung seien von der Swica die Kosten für die defekte Krone am Zahn 41 sowie für vier DH-Sitzungen pro Jahr zu übernehmen. Zur Begründung machte er geltend, dass er an einer Speichelflusserkrankung leide, die sich mittlerweile gar verschlechtert habe. Nachdem der beratende Zahnarzt der Swica zum Schluss gekommen war, dass beim Versicherten eine angeborene Unterfunktion der Speicheldrüsen und damit eine Erkrankung im Sinne des Gesetzes vorliege, hiess sie die Einsprache mit Einspracheentscheid vom 12. Juni 2018 teilweise gut, soweit darauf einzutreten war. Bezüglich der Kostenübernahme für die defekte Krone am Zahn 41 hielt sie fest, dass diese nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung bilde und auf die Einsprache insoweit deshalb nicht eingetreten werden könne. Bezüglich der jährlichen DH-Sitzungen entschied sie, dass der Versicherte die Kosten für die ersten beiden DH-Sitzungen pro Kalenderjahr selbst zu tragen habe, während für die dritte und vierte DH-Behandlung ein Leistungsanspruch gegenüber der Swica bestehe.

C. Hiergegen erhob der Versicherte am 20. Juni 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, die Swica habe die Kosten für alle vier DH-Sitzungen pro Jahr zu übernehmen. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, es entspreche der Auflage der Swica, dass er sich viermal pro Jahr einer DH-Behandlung unterziehe. Es sei nicht einzusehen, weshalb diese Auflage nicht mehr gültig sein solle, nachdem sich seine Krankheit in letzter Zeit gar verschlechtert habe. Man könne ihn nicht mit gesunden Personen vergleichen, da er hochgradig kariesgefährdet sei. Dies bestätige auch sein Zahnarzt.

D. Die Swica schloss mit Vernehmlassung vom 6. August 2018 auf Abweisung der Beschwerde. Sie bestreite nicht, dass eine regelmässige DH für den Erhalt des sanierten Gebisses notwendig sei. Die Tatsache, dass der Versicherte die DH-Sitzungen regelmässig besuche, entspreche jedoch der ihm obliegenden Schadenminderungspflicht. Weil auch gesunde Personen im Rahmen einer normalen Dentalhygiene zweimal jährlich eine DH-Sitzung absolvieren müssten, bestehe eine Leistungspflicht lediglich für zwei zusätzliche DH-Sitzungen pro Jahr.

E. Mit Eingabe vom 30. August 2018 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest und wiederholte seinen Standpunkt, wonach man ihn nicht mit einer gesunden Person vergleichen könne. Seiner Meinung nach sei der Grundsatz der Gleichbehandlung daher nicht anwendbar, weil er im Vergleich zu gesunden Personen krankheitsbedingt hoch kariesgefährdet sei. Bei den DH-Sitzungen alle drei Monate handle es sich nicht um eine Empfehlung seines Zahnarztes, sondern klarerweise um eine Auflage der Swica selbst.

Auf die übrigen Vorbringen der Parteien ist soweit notwendig in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 auf die Krankenversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Krankenversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser im Kanton Basel-Landschaft, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden aus dem Bereich der Krankenversicherung. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 20. Juni 2018 ist demnach einzutreten.

2.1 Gemäss Art. 25 ff. KVG gelten die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und deren Folgen dienen, als Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Kosten von zahnärztlichen Behandlungen werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dagegen nur übernommen, wenn diese – alternativ – durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems (Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG), 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 sind (Art. 31 Abs. 1 lit. c KVG).

2.2 In Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG wurde der Bundesrat beauftragt, u.a. die Leistungen nach Art. 31 Abs. 1 lit. a - c KVG für zahnärztliche Behandlungen näher zu bezeichnen oder diese Aufgabe dem Departement oder dem Bundesamt zu übertragen. Der Bundesrat machte von dieser Befugnis zur Übertragung der Aufgabe Gebrauch und gab dem Departement des Innern (EDI) den Auftrag, die zahnärztlichen Behandlungen gemäss Art. 31 Abs.1 KVG nach Anhören der zuständigen Kommission zu bezeichnen (Art. 33 lit. d der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV] vom 27. Juni 1995).

2.3 Das EDI listete in der von ihm erlassenen Verordnung über Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995 die fraglichen zahnärztlichen Behandlungen in den Art. 17 - 19 auf. Art. 17 KLV bezeichnet die schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems, bei denen daraus resultierende zahnärztliche Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind. Art. 18 KLV listet die

schweren Allgemeinerkrankungen und ihre Folgen auf, die zu zahnärztlichen Behandlungen führen können und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu tragen sind. Art. 19 KLV nennt schliesslich jene schweren Allgemeinerkrankungen, bei denen die zahnärztliche Massnahme einen notwendigen Bestandteil der ärztlichen Behandlung darstellt. Die in der KLV enthaltene Liste der Erkrankungen, welche zu einer Pflichtleistung der Krankenkasse führen, ist gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung abschliessend konzipiert (BGE 127 V 332 E. 3a und 343 E. 3b, 124 V 193 E.4). Diese Praxis hat zur Folge, dass zahnärztliche Behandlungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, wenn die Krankheit, welche den Anlass zur Behandlung gibt, in den Art. 17 - 19 KLV nicht erwähnt ist (BGE 128 V 59 E. 2c S. 62). Da zahnärztliche Behandlungen grundsätzlich keine Pflichtleistungen nach KVG auslösen, stellen die Bestimmungen der Art. 17 - 19 KLV somit Ausnahmeregelungen dar (vgl. GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung [Krankenversicherung], in: Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [Hrsg.], Basel/Genf/München 2007, S. 537; BRIGITTE PFIFFNER RAUBER, Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege, Zürich/Basel/Genf 2003, S. 117).

3.1 Die Abklärung des für die Beurteilung von Ansprüchen versicherter Personen notwendigen Sachverhalts hat gemäss dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Untersuchungsgrundsatz die verfügende wie auch die eine Verfügung überprüfende Behörde bzw. das Gericht von Amtes wegen vorzunehmen. Das heisst sowohl die Krankenkasse wie auch das Sozialversicherungsgericht haben von sich aus, ohne Bindung an die Parteibegehren, für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhaltes zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, in welcher Art über die Rechte und Pflichten einer versicherten Person zu entscheiden ist. Dabei sind gerade in Fällen wie dem vorliegenden, in denen medizinische Sachverhalte zu klären sind, sowohl die Verwaltung als auch die Justiz zur Beurteilung der sich stellenden Rechtsfragen auf Unterlagen angewiesen, die eine Ärztin bzw. ein Arzt und gegebenenfalls andere Fachpersonen zur Verfügung zu stellen haben.

3.2 Die solcherart erhobenen Beweismittel sind sowohl durch die Krankenkasse als auch durch das Gericht frei zu würdigen. Für das verwaltungsgerichtliche Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel – unabhängig davon, von wem sie stammen – objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten (BGE 125 V 352 E. 3a sowie BGE 122 V 160 f. E. 1c).

3.3 Schliesslich darf das Sozialversicherungsgericht eine rechtserhebliche Tatsache erst dann als bewiesen annehmen, wenn es von ihrem Bestehen überzeugt ist. Dabei hat es seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt.

4.1 Zwischen den Parteien ist mittlerweile zu Recht nicht mehr umstritten, dass der Versicherte weiterhin unter einer Xerostomie und damit an einer anerkannten Listen-Erkrankung gemäss Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG in Verbindung mit Art. 18 Abs. 1 lit. d KLV leidet (Akt 51, 52 und 64 zur Vernehmlassung der Swica). Unbestritten ist deshalb auch, dass die daraus resultierenden DH-Sitzungen grundsätzlich versicherte Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung darstellen (angefochtener Einspracheentscheid vom 12. Juni 2018, Ziffer 2, S. 4). Schliesslich ist unbestritten, dass der Versicherte die ihm auferlegten Kontroll- und Zahnhygiene-Massnahmen im Umfang von unter anderem jährlich vier DH-Sitzungen stets zuverlässig durchgeführt hat (angefochtener Einspracheentscheid vom 12. Juni 2018, Ziffer 3, S. 6; Akt 52 zur Vernehmlassung der Swica). Uneinigkeit zwischen den Parteien besteht einzig, ob die bisher viermal pro Jahr in Anspruch genommenen und bis Ende Februar 2018 von der Beschwerdegegnerin entsprechend seit Jahren übernommenen DH-Sitzungen auch weiterhin als Pflichtleistungen von der Krankenversicherung zu bezahlen sind. Die Beschwerdegegnerin stellt sich in diesem Zusammenhang auf den Standpunkt, dass lediglich für die dritte und vierte DH-Behandlung pro Kalenderjahr ein Leistungsanspruch des Versicherten bestehe.

4.2 Gemäss Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG in Verbindung mit Art. 18 Abs. 1 lit. d KVG übernimmt die Krankenversicherung die Kosten der zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine Speicheldrüsenerkrankung oder ihre Folgen bedingt und zur Behandlung des Leidens notwendig sind. Rechtsprechungsgemäss löst Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG in Verbindung mit Art. 18 KLV – analog zu Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 KLV – nur bei nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems Pflichtleistungen aus. Dabei muss nicht die schwere Allgemeinerkrankung, sondern die Kausystemerkrankung unvermeidbar gewesen sein. Dieser Auslegung der genannten Bestimmungen liegt der Gedanke zu Grunde, dass von einer versicherten Person eine genügende Mundhygiene erwartet wird. Diese Mundhygiene verlangt Anstrengungen in Form täglicher Verrichtungen, namentlich die Reinigung der Zähne, die Selbstkontrolle der Zähne, soweit dem Laien möglich, und die Kontrolle in Form des Zahnarztbesuchs, wenn sich Auffälligkeiten am Kausystem zeigen, sowie in Form von periodischen Kontrollen und Behandlungen durch den Zahnarzt. Darin eingeschlossen ist auch eine periodische professionelle Dentalhygiene. Die einhergehende Mundpflege richtet sich dabei nach dem jeweiligen Wissensstand der Zahnheilkunde. Was die Vermeidbarkeit einer Kausystemerkrankung angeht, fällt alles an jenen Bemühungen darunter, was durch eine genügende Mund- und Zahnhygiene vermieden werden könnte. Abzustellen ist dabei auf eine objektive Vermeidbarkeit der Kausystemerkrankung. Massgebend ist demnach, ob insbesondere Karies oder Parodontitis hätten vermieden werden können, wenn die Mund- und insbesondere Zahnhygiene genügend gewesen wäre, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob die versäumte Prophylaxe im Einzelfall als subjektiv entschuldigbar zu betrachten ist. Von einer Vermutung der Vermeidbarkeit von Karies kann dabei nicht ausgegangen werden. Vielmehr gibt es Formen vermeidbarer und nicht vermeidbarer Karies. So hat der Verordnungsgeber mit der Aufnahme von Art. 18 lit. d KLV offensichtlich auch die Behandlung von Karies und anderen Zahnschäden zu Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gerade eben in Erkenntnis des Umstands erhoben, dass sowohl Speicheldrüsenerkrankungen als auch die daraus resultierende Mundtrockenheit zu nicht vermeidbaren Zahnschäden führen können (BGE 128 V 59, E. 6). Daraus kann aber nicht abgeleitet werden, dass eine versicherte Person, die aufgrund ihrer Konstitution, der durchge-

machten Krankheiten oder der durchgeführten Zahnbehandlungen eine erhöhte Anfälligkeit für Zahnerkrankungen hat, nur die allgemein übliche Mundhygiene durchführen soll (Urteil des Bundesgerichts vom 31. Januar 2008, 9C_606/2007, E. 4). Die Mundhygiene muss jedoch sowohl hinsichtlich ihrer täglichen Durchführung als auch hinsichtlich des periodischen Ganges zum Zahnarzt oder zur Dentalhygiene stets in einem vernünftigen und zumutbaren Rahmen bleiben (Urteil des Bundesgerichts vom 14. April 2016, 9C_574/2016 mit Verweis auf BGE 128 V 59).

4.3 Die Swica begründet ihren ablehnenden Standpunkt damit, dass der Auslegung von Art. 18 KLV der Gedanke zu Grunde liege, dass von einer versicherten Person eine genügende Mundhygiene erwartet wird. Zwei jährliche DH-Sitzungen würden im Rahmen dessen liegen, was auch jenen Versicherten, die an keiner schweren Allgemeinerkrankung im Sinne von Art. 18 KLV leiden würden, zumutbar sei. Im Sinne der Gleichbehandlung aller Versicherten bestehe deshalb keine Leistungspflicht dieser „Ohnehin-Kosten“. Entgegen der Argumentation der Beschwerdegegnerin geht aus der von ihr zitierten bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht hervor, dass die Krankenversicherung deshalb nicht (ganz oder teilweise) für die Kosten der notwendigen Mundhygiene aufzukommen habe, nur weil von einer versicherten Person eine genügende Mundhygiene erwartet werden kann. Eine solche Aussage lässt sich dem zitierten Urteil des Bundesgerichts vom 31. Januar 2007, 9C_606/2007, jedenfalls nicht entnehmen. Unbesehen der Tatsache, dass der Versicherte die ihm auferlegte DH stets lückenlos wahrgenommen hat (Akt 52 zur Vernehmlassung der Swica), ergibt sich aus der zitierten Rechtsprechung lediglich, dass er einen Anspruch auf eine Kostenübernahme allfälliger Folgeerkrankungen an seinen Zähnen (nur) dann nicht geltend zu machen berechtigt ist, wenn und soweit er der ihm zumutbaren Prophylaxe nicht nachgekommen ist. Dies aber ist hier offensichtlich nicht der Fall (Akt 52 zur Vernehmlassung der Swica). Wie es sich damit genau verhält, kann jedoch, wie sogleich aufzuzeigen ist, letztlich offen bleiben.

4.4 Am 7. April 2010 haben die Parteien eine Vereinbarung getroffen, mit welcher die zuvor erhobene Einsprache des Versicherten betreffend die Verweigerung der Kostenbeteiligung für eine umfassende Zahnsanierung vergleichsweise erledigt worden ist. Basis dieses Vergleichs bildete der Behandlungsplan von Dr. med. B.____ vom Juni 2010. Dieser Behandlungsplan beinhaltete nicht nur die eigentliche Gebissanierung, sondern auch die anschliessend zur Gesunderhaltung erforderlichen Pflegemassnahmen in Form der nunmehr strittigen DH-Behandlungen. Im Rahmen des abgeschlossenen Vergleichs verpflichtete sich der Versicherte dazumal, die Pflegemassnahmen und damit auch die nunmehr strittigen DH-Sitzungen gemäss Anweisung seines Zahnarztes zu befolgen (Akten 37 und 38 zur Vernehmlassung der Swica). Diese umfassten seither eine vierteljährliche DH. Dass der Versicherte diese Auflagen seit der zwischen den Parteien vergleichsweise erledigten Einsprache stets lückenlos wahrgenommen hat, ist – wie bereits erwähnt – aktenkundig und zwischen den Parteien unbestritten geblieben (Akt 52 zur Vernehmlassung der Swica).

4.5 Gemäss Art. 17 Abs. 2 ATSG wird jede formell rechtskräftig zugesprochene Dauerleistung von Amtes wegen oder auf Gesuch hin erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der ihr zu Grunde liegende Sachverhalt nachträglich erheblich verändert hat (Art. 17 Abs. 2

ATSG). Die Vornahme einer Anpassung der Leistung im Sinne von Art. 17 ATSG setzt voraus, dass die anzupassende Dauerleistung für die Zeit vor der Anpassung rechtskräftig festgesetzt worden ist (BGE 135 V 141). Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin die am 8. April 2010 zugesprochene Kostengutsprache in Form der von Dr. B._____ vorgesehenen, regelmässigen DH-Sitzungen (Akt 37 zur Vernehmlassung der Swica) zwar nicht formell verfügt. Nichts desto trotz ist unter den hier gegebenen Umständen von einer rechtskräftig festgesetzten Kostengutsprache auszugehen. Hintergrund bildet der Umstand, dass die nunmehr strittigen DH-Sitzungen im Rahmen der Erledigung der zuvor erhobenen Einsprache des Versicherten gemäss Art. 50 Abs. 1 ATSG vergleichsweise festgesetzt worden sind. Gemäss dieser Bestimmung können Streitigkeiten über sozialversicherungsrechtliche Leistungen nämlich ohne weiteres auch durch Vergleich erledigt werden. So verhält es sich hier: Auf der Basis des Behandlungsplans von Dr. B._____ vom Juni 2010 hat sich der Versicherte zur strikten Einhaltung regelmässiger DH-Sitzungen verpflichtet. Die Swica ihrerseits hat sich auf der Basis desselben Behandlungsplans nicht nur verpflichtet, die Kosten für die Gebissanierung im Umfang von Fr. 42'368.45 zu übernehmen, sondern darüber hinaus auch anerkannt, die Kosten für die gemäss Behandlungsplan anfallenden Pflegemassnahmen zu übernehmen. Für eine solche Auslegung des geschlossenen Vergleichs spricht einerseits, dass die Swica in ihrem Schreiben vom 8. April 2010 bestätigt, dass der Behandlungsplan auch die zur Gesunderhaltung des sanierten Gebisses notwendigen Massnahmen enthalten müsse (Akt 37 zur Vernehmlassung der Swica). Andererseits hat sie mit Schreiben vom 13. September 2010 festgehalten, dass sie davon ausgehe, dass mit der Totalsanierung des Gebisses sowie der Einhaltung des Pflegeplanes keine weiteren Zahnbehandlungskosten mehr anfallen werden. Ihr Bestätigungsschreiben kann mithin nicht anders verstanden werden, als dass der zwischen den Parteien am 7. April 2010 nach Art. 50 Abs. 1 ATSG getroffene Vergleich offensichtlich auch die Kostenübernahme der seither vierteljährlich angefallenen DH-Sitzungen zu Lasten der Beschwerdegegnerin umfasst hat, an welche die Swica heute noch immer gebunden ist. Anhaltspunkte, wonach die dazumal zu besuchenden DH-Sitzungen zugesprochenen Kostenvergütungen lediglich befristet zugesprochen worden wären, liegen jedenfalls keine vor.

4.6 In Abweichung zu den formalen Vorgaben gemäss Art. 50 Abs. 2 ATSG hat es die Swica in der Folge zwar unterlassen, den zwischen den Parteien am 7. April 2010 abgeschlossenen Vergleich in eine anfechtbare Verfügung zu kleiden. Dies vermag jedoch nichts daran zu ändern, dass mit Blick auf die seither übernommenen DH-Kosten von einer rechtskräftig zugesprochenen Dauerleistung im Sinne von Art. 17 Abs. 2 ATSG auszugehen ist. Zum einen lässt sich das in Art. 50 Abs. 2 ATSG vorgeschriebene Vorgehen nicht unbesehen auf das Einspracheverfahren übertragen, weil bei den hier zu beurteilenden Verhältnissen letztlich ein analoges Verfahren zum Erlass einer Wiedererwägungsverfügung vorgelegen hat, im Rahmen dessen die Einspracheinstanz der Beschwerdegegnerin eine formelle Erledigung des vorangegangenen Einspracheverfahrens vorgenommen hat (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Bern / St. Gallen / Zürich 2015, Rz. 38 zu Art. 50 ATSG). Andererseits hat das Bundesgericht in seiner neuesten Rechtsprechung im Zusammenhang mit Leistungen im Unfallversicherungsrecht erkannt, dass dauerhafte Behandlungs- und Pflegemassnahmen, welche für die Zeit nach einer Berentung zur Erhaltung einer verbleibenden Erwerbsfähigkeit zugesprochen worden sind, als Dauerleistungen im Sinne von Art. 17 Abs. 2 ATSG zu qualifizieren sind (Urteil des

Bundesgerichts vom 19. September 2018, 8C_62/2018, E. 3.3). Hintergrund dieser Rechtsprechung bildet zum einen der Wortlaut der fraglichen Bestimmung in Art. 21 Abs. 1 lit. c des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981, wonach der Gesetzgeber ausdrücklich von einer dauernden Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit der Versicherten spreche. Andererseits dränge sich eine Unterscheidung von dauerhaften und bloss vorübergehenden Behandlungsmassnahmen gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG gegenüber lit. d derselben Bestimmung insbesondere aber auch von der Sache her nicht auf. Aus der Verknüpfung mit der Erwerbstätigkeit bzw. aus der Dauer einer erwerblichen Aktivität lasse sich nämlich nicht schliessen, dass es im Rahmen von Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG nicht um Dauerleistungen gehen würde. Bedeutsam sei vielmehr, dass die Bestimmungen in Art. 21 Abs. 1 lit. c und d UVG beide einen generell behandlungs- bzw. pflegebedürftigen sowie stationären Gesundheitszustand voraussetzen würden, soweit im konkreten Zeitpunkt der zu beurteilenden Leistungszusprache prognostisch nicht mehr mit einer namhaften Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse zu rechnen gewesen sei. Die in Art. 21 Abs. 1 lit. c und d UVG vorgesehenen Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu Lasten der Unfallversicherung würden sich somit auch in Bezug auf die ihnen zugrunde liegende Sachlage von den bis zum Fallabschluss zu gewährenden Heilbehandlungen unterscheiden. Ungeachtet der konkret in Frage stehenden Leistungsart sei deshalb von einem auf Dauer angelegten Leistungsverhältnis auszugehen (a.a.O., E. 3.3.2).

Diese Überlegungen lassen sich auch auf den vorliegenden Fall übertragen. Anders als in der vom Bundesgericht beurteilten Konstellation handelt es sich hier zwar nicht um einen Anwendungsfall von Heilbehandlungen im Unfallversicherungsbereich. In Abweichung von Art. 21 Abs. 1 lit. c und d UVG stellen die Heilbehandlungsmassnahmen im Krankenversicherungsrecht normalerweise vielmehr kurzfristige Leistungen dar. Die Charakteristik einer solchen Kurzfristigkeit liegt hier aber aufgrund des zwischen den Parteien geschlossenen Vergleichs vom 7. April 2010 gerade nicht vor (oben, Erwägung 4.4). Die Überlegungen, wie sie das Bundesgericht im Zusammenhang mit den Heilbehandlungen im Zusammenhang mit Art. 21 Abs. 1 lit. c und d UVG gemacht hat, lassen sich deshalb auf die besonderen Verhältnisse auch im vorliegenden Einzelfall übertragen: Gemäss dem zwischen den Parteien geschlossenen Vergleich vom 7. April 2010 und dem ihm zu Grunde liegenden Behandlungsplan von Dr. B._____ dreht sich der Streit hier zweifellos ebenfalls um Behandlungsmassnahmen, die einer dauerhaften und nicht nur bloss vorübergehenden Pflegebedürftigkeit des Versicherten dienen, andernfalls ohne diese bisher stets gesamthaft übernommene DH von weiteren Zahnschäden auszugehen gewesen wäre (Akt 37, 38 und 41 zur Vernehmlassung der Swica). Bedeutsam ist ausserdem auch in der vorliegenden Streitsache, dass aufgrund der beim Beschwerdeführer zu beurteilenden Grunderkrankung in Form der seit Jahren bestehenden Xerostomie (Akt 54 zur Vernehmlassung der Swica) prognostisch nicht mit einer namhaften Verbesserung der dentalhygienischen Verhältnisse zu rechnen ist.

4.7 Werden die bisher von der Beschwerdegegnerin für die nunmehr strittigen DH-Sitzungen übernommenen Kostenvergütungen demnach als Dauerleistungen behandelt, bedarf es für deren teilweise Aufhebung entweder eines – hier nicht zur Diskussion stehenden – Rückkommenstitels oder eines Revisionsgrunds nach Art. 17 Abs. 2 ATSG. Damit ist zugleich gesagt, dass die Anpassung der bisher gewährten Kostengutsprache im Umfang von neuerdings nur

noch zwei DH-Sitzungen pro Jahr nicht im Zuge voraussetzungsloser Neubeurteilung erfolgen kann, wie es die Swica in ihrer Verfügung vom 27. Februar 2018 getan hat (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Dezember 2010, 8C_846/2010, E. 1.3). Hierfür wäre vielmehr eine erhebliche Veränderung des Sachverhalts im Nachgang zur ursprünglich vergleichweisen Streiterledigung im April 2010 erforderlich gewesen (BGE 130 V 343 E. 3.4.2). Gemäss den neu aufgelegten medizinischen Akten leidet der Beschwerdeführer wie schon im April 2010 weiterhin an einer Speicheldrüsenerkrankung. Die gemäss Art. 18 KLV für eine Kostenvergütung vorausgesetzte Allgemeinerkrankung hat keine Änderung erfahren (Akt 54 zur Vernehmlassung der Swica). Nicht anders verhält es sich in Bezug auf die Notwendigkeit einer vierteljährlichen DH, weil der Versicherte aufgrund der bei ihm vorliegenden Xerostomie auch weiterhin hochgradig kariesgefährdet ist und daher trotz guter Mundhygiene nebst der Anwendung spezifischer Prophylaxe-Hilfsmittel auch weiterhin engmaschig betreut werden muss (Bestätigung von Dr. B.____, vom 15. Juni 2018, Beilage 2 zur Beschwerde; ebenso Akt 52 zur Vernehmlassung der Swica). Eine revisionsrechtlich erhebliche Veränderung des massgebenden medizinischen Sachverhalts ist damit nicht ausgewiesen. Entsprechend ist die Beschwerde des Versicherten gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten, dem Beschwerdeführer weiterhin die Kosten für vier DH-Sitzungen pro Jahr zu bezahlen.

5. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Der angefochtene Einspracheentscheid der SWICA Krankenversicherung AG vom 12. Juni 2018 wird in Gutheissung der Beschwerde aufgehoben und die SWICA Krankenversicherung AG wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer weiterhin die Kosten für vier Dentalhygiene-Sitzungen pro Jahr zu bezahlen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.