



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 24. Januar 2018 (730 17 291 / 28)

Krankenversicherung

Anspruch auf Kostenübernahme einer kieferorthopädischen Behandlung (Orthofolio im Oberkiefer, fixe Apparatur im Unterkiefer) bei Kiefergelenks- und Kiefermuskelschmerzen gestützt auf Art. 31 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 17 - 19 KLV und auf Art. 25 KVG

_____ Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin

gegen

Avenir Krankenversicherung AG, Rue des Cèdres 5, Postfach,
1919 Martigny, Beschwerdegegnerin

_____ Betreff Leistungen

A. Die 1986 geborene A._____ ist bei der Avenir Krankenversicherung AG (Avenir) obligatorisch krankenpflegeversichert. Am 16. März 2017 reichte die Versicherte einen Antrag für die Kostenübernahme der kieferorthopädischen Behandlung bei Dr. med. dent. B._____ in Höhe von insgesamt Fr. 7'433.39 ein. Mit Verfügung vom 17. Mai 2017 lehnte die Avenir eine Leistungspflicht ab. Zur Begründung führte sie an, dass die in Frage stehende kieferorthopädische Be-

handlung die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Übernahme der Behandlungskosten aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht erfülle. Die dagegen erhobene Einsprache wies die Avenir mit Entscheid vom 13. Juli 2017 ab.

B. Gegen diesen Entscheid erhob A._____ am 14. September 2017 Beschwerde ans Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, die Avenir sei in Aufhebung des Einspracheentscheides vom 13. Juli 2017 zu verpflichten, die Kosten der kieferorthopädischen Behandlung bei Dr. B._____ in vollem Umfang zu übernehmen; alles unter o/e-Kostenfolge. Sie leide aufgrund einer Zahnfehlstellung seit Jahren an starken Kiefergelenkschmerzen und an heftigem Kiefergelenkknacken. Zudem würde zeitweise das Kiefergelenk arretieren. Sie sei deswegen bereits im Jahr 2013 in den Universitätskliniken für Zahnmedizin X._____ in Behandlung gewesen. Es sei damals über eine Behandlung mit einer Michigan-Schiene gesprochen worden. Da diese jedoch nur das Zähneknirschen reduziere, aber nicht das Kiefergelenk entlaste, habe sie eine solche Behandlung abgelehnt. Wegen des anhaltenden Kieferknackens und der damit verbundenen Schmerzen sowie der zeitweiligen Kiefersperre habe sie dann im September 2016 Dr. B._____ aufgesucht. Dieser habe ihr eine Korrektur des Rückbisses mittels einer Orthofolio im Oberkiefer und einer fixen Apparatur mit Lingualbogen im Unterkiefer empfohlen. Seit dieser Behandlung könne sie wieder ohne Schmerzen kauen und habe keine Sperrmomente des Kiefers mehr. Der Behandlungserfolg zeige, dass die Zahnfehlstellung in direktem Zusammenhang mit dem Kiefergelenk stehe und die Behandlung somit wirksam und zweckmässig sei. Dazu komme, dass durch die Behandlung arthrotischen Veränderungen in Folge einer dauerhaften Überbelastung des Kiefergelenks vorgebeugt worden sei. Aufgrund dieser Umstände stelle die kieferorthopädische Behandlung bei Dr. B._____ eine notwendige zahnfachliche Behandlung im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 in Verbindung mit Art. 17 lit. d der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995 dar, weshalb die Avenir leistungspflichtig sei.

C. In der Vernehmlassung vom 6. Oktober 2017 beantragte die Avenir die Abweisung der Beschwerde. Das Leiden der Versicherten entspreche keiner der in Art. 17 - 19 KLV beschriebenen Erkrankungen, für welche eine Leistungspflicht des Krankenversicherers bestehe. Zudem sei die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der kieferorthopädischen Behandlung zur Behandlung der Myoarthropathie wissenschaftlich nicht belegt.

Die Präsidentin 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 KVG 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 Beschwerdeerhe-

bung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in Lausen, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft 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 14. September 2017 ist demnach einzutreten.

2.1 Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die Avenir zu Recht feststellte, dass die Versicherte im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keinen Anspruch auf Übernahme der kieferorthopädischen Behandlungskosten von Dr. B. _____ hat.

2.2 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. 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. Zahnärztliche Behandlungen sind grundsätzlich keine gesetzlichen Pflichtleistungen (BGE 125 V 278 E. 6). Das KVG sieht jedoch in Art. 31 Abs. 1 KVG Ausnahmen vor (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). Danach werden die Kosten von zahnärztlichen Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 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).

2.3 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 seiner Befugnis zur Übertragung der Aufgabe Gebrauch und gab dem 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).

2.4 Das EDI listete in der von ihm erlassenen KLV die oben genannten zahnärztlichen Behandlungen in den Art. 17 - 19 auf. 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. Art. 18 KLV listet die schweren Allgemeinerkrankungen und ihre Folgen auf, die zu zahnärztlicher Behandlung führen können und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu tragen sind. Art. 19 KLV nennt schliesslich die schweren Allgemeinerkrankungen, bei denen

die zahnärztliche Massnahme notwendiger 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).

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 (vgl. THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, § 68 Rz. 2 f. und Rz. 8 f. mit weiteren Hinweisen).

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 122 V 160 f. E. 1c). Das Sozialversicherungsgericht darf 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 blossе 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 (vgl. LOCHER, a.a.O., § 74 Rz. 25 mit Verweis auf § 68 Rz. 43).

4.1 Vorliegend ist unbestritten, dass die Versicherte vor der Behandlung bei Dr. B.____ an einer Myalgie (= Muskelschmerz) der Musculi masseteres (= Kaumuskeln) beidseits und an einer Arthralgie (= Gelenkschmerz) der beiden Kiefergelenke litt. Zudem bestand eine anteriore Lage des linken Diskus articularis (= Gelenkscheibe zwischen dem Kondylus (= Kiefergelenkkopf des Unterkiefers) und den Gelenkflächen des Schädels) mit Reposition bei Kieferöffnung und Gelenknacken bei Kieferöffnung und -schluss (Berichte von Prof. Dr. dent. C.____ vom 8. Oktober 2013 und Dr. med. dent. D.____ vom 9. Juli 2017). Dieses Leiden behandelte Dr. B.____ mit einer Orthofolio im Oberkiefer und einer fixen Apparatur (Brackets) mit Lingualbogen im Unterkiefer. Eine Orthofolio ist eine von der Bussmann Orthodontie-Labor AG entwi-

ckelte transparente, elastische Zahnschiene (auch Aligner genannt), welche unter anderem für die Korrektur von Fehlstellungen im Frontzahnbereich eingesetzt wird (vgl. OrthoFolio, online: www.obu.ch/orthofolio). Die Versicherte macht nun geltend, dass es sich dabei um eine notwendige zahnfachärztliche Behandlung im Sinne von Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 lit. d KLV handle. Die Avenir verneint mangels Erfüllens der gesetzlichen Voraussetzungen eine Leistungspflicht. Es ist demgemäss als Erstes zu prüfen, ob die kieferorthopädische Behandlung bei Dr. B. _____ eine Leistung darstellt, welche unter Art. 17 lit. d KLV zu subsumieren ist.

4.2 Art. 17 KLV regelt die Kostenübernahme von zahnärztlichen Behandlungen bei Erkrankungen des Kausystems. Die ratio legis dieser Bestimmung zielt in drei Richtungen: Die versicherte Person soll für die Kosten der zahnärztlichen Behandlung dann nicht aufkommen müssen, wenn sie an einer nicht vermeidbaren, schweren Kausystemerkrankung leidet (1). Dagegen sollen Kausystemschäden, die sich mit guter Mund- und Zahnhygiene vermeiden lassen, insbesondere Karies und Parodontitis, von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen werden (2). Schliesslich sind zahnärztliche Behandlungen von unvermeidbaren Kausystemerkrankungen nicht schwerer Natur von den Pflichtleistungen auszuklammern (3). Die in Art. 17 lit. a - f KLV aufgezählten Erkrankungen des Kausystems gelten grundsätzlich als schwer im Sinne des Ingresses dieser Bestimmung. Eine in Art. 17 KLV nicht erwähnte Kausystemerkrankung ist entweder als vermeidbare oder als unvermeidbare nicht schwerer Natur zu betrachten (vgl. GEBHARD EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], Zürich/Basel/Genf 2010, S. 183 mit zahlreichen Hinweisen auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung).

4.3 Als KVG-leistungspflichtige Erkrankungen des Kiefergelenks und des Bewegungsapparates zählt Art. 17 lit. d KLV die Kiefergelenksarthrose (Ziffer 1), die Ankylose (Ziffer 2) und die Kondylus- und Diskusluxationen (Ziffer 3) auf. Gemäss den medizinischen Berichten steht fest, dass bei der Versicherten weder eine Ankylose noch eine Kondylus- oder Diskusluxation besteht, weshalb Art. 17 lit. d Ziffer 2 und 3 KLV als Anspruchsgrundlagen ausser Betracht fallen. Fraglich und zu prüfen ist jedoch, ob eine Kiefergelenksarthrose im Sinne von Art. 17 lit. d Ziff. 1 KLV vorliegt, klagte die Versicherte doch über Kiefergelenkschmerzen, ein Symptom, das zum klinischen Erscheinungsbild der Kiefergelenksarthrose gehört (vgl. Atlas der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO zu den Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem, Bern 2008, zu Art. 17 lit. d KLV, S. 46). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung liegt bereits dann eine Pflichtleistung gemäss Art. 17 lit. d Ziff. 1 KLV vor, wenn die klinisch und röntgenologisch noch nicht manifeste Arthrose mit hoher Wahrscheinlichkeit unmittelbar bevorsteht (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht] vom 9. April 2002, K 62/99, E. 6b). Aufgrund der medizinischen Akten ist fest-zustellen, dass die behandelnden Zahnärzte zwar von einer Überbelastung der Kiefergelenke sprechen, aber nicht von beginnenden arthrotischen Veränderungen oder von einem unmittelbar drohenden Arthroserisiko berichteten. Es ist deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht gestützt auf Art. 17 lit. d Ziffer 1 auch nicht erfüllt sind.

4.4 Aufgrund dieser Ausführungen steht fest, dass die Avenir zu Recht eine Leistungspflicht gemäss Art. 17 lit. d KLV für die kieferorthopädischen Behandlungskosten bei Dr. B._____ verneinte. Auch die übrigen Anspruchsgrundlagen gemäss Art. 17 lit. a - c, lit. e - f sowie 18, 19 und 19a KLV sind nicht erfüllt. Etwas anderes wird von der Versicherten auch nicht geltend gemacht.

5.1 Zu prüfen bleibt, ob die von Dr. B._____ durchgeführten Massnahmen überhaupt als zahnärztliche Behandlung im Sinne von Art. 31 KVG zu qualifizieren ist oder ob sie eine ärztliche Behandlung im Sinne von Art. 25 KVG darstellt. Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung sind für die Abgrenzung zwischen ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung zwei Kriterien massgebend: der organische Ansatzpunkt und die therapeutische Zielsetzung der Behandlung (BGE 128 V 145 E. 4b). Danach sind zahnärztliche Behandlungen grundsätzlich therapeutische Vorkehren am Kausystem (organischer Ansatzpunkt). Darunter fallen die Behandlungen der Zähne, des Zahnhalteapparates sowie die Behandlung an den Organbereichen, die ein künstliches Gebiss aufzunehmen haben (BGE 120 V 195 E. 2b). Ist die Massnahme auf ein anderes therapeutisches Ergebnis als die Verbesserung der Funktion der Zähne gerichtet (therapeutische Zielsetzung), liegt eine ärztliche Behandlung im Sinne von Art. 25 KVG vor, und zwar selbst dann, wenn die Behandlung beim Kausystem ansetzt. Die therapeutische Zielsetzung bei ärztlichen Behandlungen betrifft diagnostische und therapeutische Vorkehren (wie das Anbringen einer Aufbisschiene), welche nicht in erster Linie den Zähnen oder der Verbesserung ihrer Funktion bei der Zerkleinerung der Nahrung dienen (vgl. BGE 128 V 146 E. 4b/cc; EUGSTER, KVG, a.a.O., S. 192). Ist die Zuordnung nicht eindeutig, kommt der therapeutischen Zielsetzung das grössere Gewicht zu (BGE 128 V 143 E. 4b/cc).

5.2 Einige Beispiele mögen der Veranschaulichung dienen: Bei der Überkronung eines schadhafte Zahnes betreffen der Ansatzpunkt und die therapeutische Zielsetzung den gleichen Zahn. Eine Aufbisschiene hingegen, die nicht zur Verbesserung der Funktion der Zähne bei der Zerkleinerung der Nahrung, sondern zur Entlastung arthrotischer Kiefergelenke angebracht wird, setzt zwar am Zahnapparat an, bezweckt aber die Therapie der Kieferarthrose. In solchen Fällen wird im Allgemeinen der therapeutischen Zielsetzung das grössere Gewicht beizumessen sein, was bedeutet, dass das Anbringen einer solchen Aufbisschiene als ärztliche Massnahme anzusehen ist. Umgekehrt liegt eine zahnärztliche Behandlung vor, wenn sie die Zähne als solche oder ihre vordringliche Funktion zur Zerkleinerung der Nahrung (Verbesserung der Bissverhältnisse) betrifft. Daran ändert auch nichts, wenn der Ansatzpunkt der Behandlung im Kieferbereich ausserhalb des Zahnapparates und des Parodonts liegt. Die therapeutische Zielsetzung, die auf eine Verbesserung dieser Funktion gerichtet ist, gibt den Ausschlag und macht die Behandlung zu einer zahnärztlichen (vgl. Urteil des EVG vom 22. April 2002, K 172/00, E. 4b/cc).

5.3 Vorliegend beabsichtigte Dr. B._____ mit der strittigen kieferorthopädischen Behandlung, die Zahnstellung, d.h. den Rück- bzw. Kreuzbiss der Versicherten, zu korrigieren, um das Kiefergelenk und die -muskeln entlasten zu können. Die durchgeführte Therapie mittels einer Orthofolio am Oberkiefer und einer fixen Apparatur mit Lingualbogen im Unterkiefer setzte wohl an den Zähnen an; therapeutische Zielsetzung war aber klarerweise die Entlastung der Kiefermus-

kulatur und der Kiefergelenke. Damit fallen vorliegend Ansatzpunkt und therapeutische Zielsetzung auseinander. Es ist kein Grund ersichtlich, von der Regel abzuweichen, wonach der therapeutischen Zielsetzung grösseres Gewicht beizumessen ist (vgl. dazu Urteil des EVG vom 22. April 2002, K 159/00, E. 5). Es ist deshalb davon auszugehen, dass die strittige kieferorthopädische Massnahme eine ärztliche Behandlung im Sinne von Art. 25 KVG darstellt. Daran ändert auch die gegenteilige Ansicht des Vertrauenszahnarztes Dr. med. dent. E._____ nichts, zumal er nicht nachvollziehbar begründet, weshalb die vorliegende kieferorthopädische Behandlung eine zahnärztliche und nicht eine ärztliche Behandlung darstellt.

6.1 Für eine Kostenübernahme nach Art. 25 KVG muss die kieferorthopädische Behandlung gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Dabei muss die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung gilt eine Leistung als wirksam, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten medizinischen Nutzen hinzuwirken bzw. wenn sie den Verlauf einer Krankheit günstig beeinflusst (vgl. BGE 133 V 115 E. 3.1). Massgebend ist dabei, ob eine therapeutische oder eine diagnostische Massnahme von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis als geeignet erachtet wird, das angestrebte therapeutische oder diagnostische Ziel zu erreichen (Urteil des Bundesgerichts vom 12. März 2008, I 601/06, E. 5.1). Der Nachweis der Wirksamkeit, dem eine objektivierbare Sicht zugrunde zu liegen hat, ist am ehesten mit Hilfe von statistischen Vergleichswerten zu belegen, welche mit entsprechenden Studien zu dokumentieren sind (BGE 123 V 67 E. 4c). Es reicht nicht aus, die Wirksamkeit einer Behandlungsmethode einzelfallbezogen und retrospektiv aufgrund der jeweiligen konkreten Behandlungsergebnisse zu beurteilen (BGE 133 V 115 E. 3.2.1).

6.2 In diesem Zusammenhang macht die Avenir gestützt auf die Berichte ihrer Vertrauenszahnärzte Dr. E._____ vom 25. April 2017 und 6. Mai 2017 sowie Dr. D._____ vom 9. Juli 2017 geltend, es sei nicht durch Studien belegt, dass Kieferpathologien und craniomanduläre Dysfunktionen okklusionsabhängig seien (Okklusion bedeutet in der Zahnmedizin "Kontakt zwischen den Zähnen beider Kiefer"; vgl. Zahnlexikon, online: www.zahn-lexikon.com/index.php/o/854-okklusion [19. 01.2018]). Die Vertrauenszahnärzte sind somit der Ansicht, dass es zwischen Kiefergelenkerkrankungen und Zahnfehlstellungen keinen direkten Zusammenhang gebe. Diese Auffassung ist für das Gericht nicht plausibel. Eine kurze Internetrecherche zeigt denn auch auf, dass die Frage in Bezug auf den Zusammenhang zwischen okklusalen Faktoren und Myoarthropathien des Kausystems seit Jahren kontrovers diskutiert wird. Seit der Publikation der doppelblinden, randomisierten kontrollierten prospektiven Studie LE BELL ET AL. steht fest, dass für bestimmte Personengruppen Kiefergelenkschmerzen mit der Wechselwirkung von Okklusion und Neuromuskulatur erklärt werden können (vgl. CHRISTOPH TÜRPE JENS/ HANS JÜRGEN SCHINDLER, Zum Zusammenhang zwischen Okklusion und Myoarthropathien, in: Schweiz Monatsschr Zahnmed, 2003, S. 965 ff.). Gemäss der Studie KATSOUKIS ET AL. aus dem Jahr 2012 war die bei der Versicherten gestellte Diagnose der anterioren Diskusverlagerung mit Reposition die häufigste Diagnose für Myoarthropathien (vgl. KONSTANTINOS KATSOUKIS ET AL., Myoarthropathien des Kausystems, in: Schweiz Monatsschr Zahnmed 2012, S. 519 ff.). Allein diese beiden Studien verdeutlichen, dass ein Zusammenhang zwischen Kiefergelenkschmerzen und den Okklusionsverhältnissen einer versicherten Person nicht ohne weiteres zu verneinen

ist, weshalb die Wirksamkeit der vorgenommenen kieferorthopädischen Behandlung nicht ausgeschlossen werden kann. Ob dies auf den Fall der Versicherten zutrifft, kann ohne weitere fachärztliche Stellungnahme nicht beurteilt werden. Unter diesen Umständen hätte die Avenir nicht auf die kaum begründete Ansicht ihrer Vertrauensärzte abstellen dürfen. Im Rahmen ihrer Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen wäre es vielmehr angezeigt gewesen, die Frage der Wirksamkeit der fraglichen Massnahme unter Berücksichtigung entsprechender Studien differenziert zu prüfen. Damit erweist sich die vorinstanzliche Abklärung des massgebenden medizinischen Sachverhalts aber als unvollständig. Die Angelegenheit ist deshalb in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides vom 13. Juli 2017 zur Vervollständigung des rechtserheblichen Sachverhalts an die Avenir zurückzuweisen. Gestützt auf die Ergebnisse ihrer Abklärungen wird die Avenir über den Leistungsanspruch der Versicherten neu zu befinden haben.

7. 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.

8.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

8.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

8.3 Zu ergänzen bleibt, dass nach bundesgerichtlicher Praxis die in einem Rückweisungsentscheid getroffene (Kosten- und) Entschädigungsregelung - wie die Rückweisung im Hauptpunkt selbst - einen Zwischenentscheid (Art. 93 Abs. 1 BGG) darstellt, der in der Regel keinen nicht wieder gutzumachenden Nachteil im Sinne von Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG bewirkt und damit nicht selbstständig beim Bundesgericht angefochten werden kann. Ihre Anfechtung ist erst mit Beschwerde gegen den Endentscheid möglich. Entscheidet die Instanz, an welche die Sache zurückgewiesen wurde, in der Hauptsache voll zu Gunsten der Beschwerde führenden Person,

so kann die Kosten- oder Entschädigungsregelung im Rückweisungsentscheid direkt innerhalb der Frist des Art. 100 BGG ab Rechtskraft des Endentscheids mit ordentlicher Beschwerde beim Bundesgericht angefochten werden (BGE 133 V 648 E. 2.2, bestätigt im Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2008, 9C_567/2008, E. 2 - 4).

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. Juli 2017 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Avenir Krankenversicherung AG zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.