



## I. Kammer

Sozialversicherungsrichterin Grünig, Vorsitzende  
Sozialversicherungsrichter Spitz  
Ersatzrichterin Maurer Reiter  
Gerichtssekretärin Gasser Küffer

## Urteil vom 25. Januar 2007

in Sachen

X

Beschwerdeführer und Kläger

gegen

### 1. Y Versicherungen AG

Beschwerdegegnerin

Zustelladresse:  
Y Versicherungen AG  
Versicherungsrecht

und

### 2. Y Zusatzversicherungen AG

Beklagte

vertreten durch Y Versicherungen AG  
Versicherungsrecht

## Sachverhalt:

### 1.

1.1 X, geboren 1937, ist bei den Y Versicherungen AG obligatorisch krankenpflegeversichert und verfügt zudem über diverse Zusatzversicherungen (vgl. Urk. 6 S. 2). Am 4. September 2001 gelangte er wegen einer am 12. September 2001 geplanten Kieferknochenrekonstruktion in der Privatklinik Bethanien an die Krankenkasse. Mit Verfügung vom 17. Oktober 2001 teilte die Y dem Versicherten mit, dass Anzeichen für eine Kiefergelenksarthrose bestünden und deshalb die Behandlung durch Prof. Dr. med. dent. S in der Zeit vom 22. Mai bis 2. Juni 2001 über den Betrag von Fr. 991.70 als Pflichtleistung übernommen werde. Gleichzeitig lehnte sie es jedoch ab, Leistungen an die Behandlungskosten des Dr. med. dent. K im Betrag von Fr. 20'295.-- und Fr. 7'936.15 sowie an diejenigen des Prof. S im Betrag von Fr. 32'300.-- (richtig Fr. 32'553.30) zu erbringen. Mit Einspracheentscheid vom 12. Dezember 2001 hielt die Y nach Beizug der vertrauensärztlichen Kieferchirurgin Dr. med. M an ihrem Standpunkt fest. Eine dagegen erhobene Beschwerde hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Entscheid vom 6. September 2002 (Verfahren Nr. KV.2001.00090) in dem Sinne gut, dass es den angefochtenen Entscheid aufhob und die Sache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen sowie zur anschliessenden Neuverfügung an die Krankenkasse zurückwies. Nach Einholung einer weiteren Stellungnahme der vertrauensärztlichen Kieferchirurgin vom 5. März 2003 hielt die Y mit Verfügung vom 24. März 2003 und Einspracheentscheid vom 8. Mai 2003 am ursprünglichen Entscheid fest.

Die dagegen erhobene Beschwerde, mit welcher der Versicherte die Übernahme von Behandlungskosten im Betrag von nunmehr Fr. 72'450.20 nebst Verzugszins von 5 % seit 1. August 2001 beantragte, wies das hiesige Gericht mit Entscheid vom 29. Juli 2003 ab, wobei es auf die Beschwerde, soweit sie eine in diesem Verfahren neu geltend gemachte Rechnung von Prof. S im Betrag von Fr. 10'548.75 betraf, nicht eintrat (vgl. Sachverhaltsschilderungen im Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 9. Juni 2004 in Sachen der Parteien, K 93/03, Urk. 7/13, sowie im Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 29. Juli 2003, Verfahren Nr. KV.2003.00042, Urk. 7/11).

Die gegen diesen Entscheid erhobene Verwaltungsgerichtsbeschwerde hiess das Eidgenössische Versicherungsgericht mit Urteil vom 9. Juni 2004 in dem Sinne

gut, dass es den Entscheid des hiesigen Gerichts aufhob und die Sache an die Krankenkasse zur ergänzenden Abklärung und zum Neuentscheid zurückwies. Auch das Eidgenössische Versicherungsgericht trat auf die Frage des Pflichtleistungscharakters von im Verwaltungsverfahren noch nicht geltend gemachten zahnärztlichen Kosten nicht ein (Urteil vom 9. Juni 2004, K 93/03, Urk. 7/13).

1.2 Die Krankenkasse holte hierauf ein Gutachten in der Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsspitals Zürich (USZ) vom 8. November 2004 ein (Urk. 7/24). Gestützt darauf lehnte sie eine Kostenübernahme wiederum ab (Urk. 7/14). In der gegen die entsprechende Verfügung vom 14. Dezember 2004 erhobenen Einsprache beantragte der Versicherte die Übernahme von zahnärztlichen Kosten von mittlerweile Fr. 75'085.20 zuzüglich Verzugszins von 5 % seit dem 1. August 2001 (Urk. 7/15). Der abweisende Einspracheentscheid der Kasse erging am 21. Januar 2005 (Urk. 7/16). Im darauf folgenden Beschwerdeverfahren Nr. KV.2005.00012 gelangte das kantonale Gericht mit Urteil vom 29. April 2005 zum Schluss, dass die Kasse die vom Eidgenössischen Versicherungsgericht bindend als notwendig bezeichneten zusätzlichen medizinischen Abklärungen nicht vorgenommen habe und das Gutachten des USZ vom 8. November 2004 ausserdem beweisrechtliche Schwächen aufweise. Angesichts dessen wurde die Sache erneut an die Krankenkasse zurückgewiesen, damit diese der ihr höchstrichterlich auferlegten Abklärungspflicht nachkomme (vgl. Urk. 7/18).

1.3 Die Y gab hierauf ein Gutachten bei PD Dr. med. F, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, in Auftrag, welches dieser gestützt auf seine Untersuchung vom 14. Juli 2005, eine Knochendichtemessung vom Vortag sowie diverse Laboruntersuchungen am 15. August 2005 erstellte (Urk. 7/25). Des weitern beantwortete Dr. Dr. med. Z, Oberarzt der Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie des USZ, am 17. Januar 2006 die von der Y gestellten Zusatzfragen zu seinem Gutachten vom 8. November 2004 (Urk. 7/26).

Am 16. Mai 2006 erhob X Rechtsverzögerungsbeschwerde gegen die Y. Das diesbezügliche Verfahren Nr. KV.2006.00043 wurde nach Erlass der Verfügung vom 1. Juni 2006, mit welcher die Kasse eine Leistungspflicht für die im Streite stehenden Kosten erneut verneinte (Urk. 7/19), am 29. Juni 2006 als gegenstandslos geworden abgeschrieben (Verfügung vom 29. Juni 2006 im Verfahren Nr. KV.2006.00043). Die Einsprache des Versicherten erfolgte am 2. Juni 2006 (Urk. 7/20). Mit Entscheid vom 15. Juni 2006 hielt die Y an ihrer ablehnenden Haltung fest (Urk. 2 = Urk. 7/21).

2 Am 26. Juni 2006 erhob X gegen diesen Einsprachentscheid Be-

schwerde mit dem Antrag auf volle Übernahme der bereits im Verfahren Nr. KV.2005.00012 geltend gemachten zahnärztlichen Kosten inklusive der Kosten für den Spitalaufenthalt in der Klinik Bethanien, insgesamt Fr. 75'085.20. Ausserdem hielt er fest, dass er bei der Beschwerdegegnerin zusätzlich im Rahmen der Krankenpflegezusatzversicherungen T, S und der Unfallversicherung U versichert sei und über eine Spitalzusatzversicherung verfüge, weshalb die Kosten nicht nur gestützt auf die Grundversicherung, sondern auch gestützt auf die Zusatzversicherungen zu übernehmen seien (Urk. 1). Mit Fax vom 29. Juni 2006 erkundigte er sich nach den Modalitäten für das Anbringen einer Klage (Urk. 3), worauf das Gericht die Eingabe vom 26. Juni 2006 als Beschwerde und Klage entgegennahm und der Kasse mit Verfügung vom 30. Juni 2006 Frist zur Beschwerde- und Klageantwort ansetzte (Urk. 4). Die Kasse schloss am 8. September 2006 auf Abweisung (Urk. 6), worauf der Schriftenwechsel am 27. September 2006 geschlossen wurde (Urk. 8).

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, im Folgenden eingegangen.

#### **Das Gericht zieht in Erwägung:**

##### **1.**

- 11 Der Versicherte macht im vorliegenden Verfahren Ansprüche sowohl aus der obligatorischen Grundversicherung als auch seinen diversen Zusatzversicherungen geltend.
- 12 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung im Sinne von Art. 12

Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) unterstehen gemäss Art. 12 Abs. 3 KVG dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Eine daraus herrührende Streitigkeit ist daher zivil- und vermögensrechtlich (BGE 124 III 46 Erw. 1 und 232 Erw. 2b), wobei Art. 85 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (VAG; bis 31. Dezember 2005: Art. 47 Abs. 2 VAG) für das Klageverfahren bei Klagen aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung von Bundesrechts wegen ein einfaches und rasches Verfahren sowie die Untersuchungsmaxime vorschreibt. Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung ist im Kanton Zürich das hiesige Gericht sachlich zuständig (ab 1. Januar 2005: § 2

lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Verfahren richtet sich nach den Bestimmungen des GSVGer, wobei ergänzend das Gesetz über den Zivilprozess (ZPO) sinngemäss Anwendung findet (§ 28 GSVGer).

- 1.3 Was den Anfechtungsgegenstand anbelangt, kann auf die Erwägungen 1.1 bis 1.3 im Urteil vom 29. April 2005 im Verfahren Nr. KV.2005.00012 (Urk. 7/18 S. 3 f.) verwiesen werden. Es ist nicht mehr streitig, dass sämtliche vom Beschwerdeführer und Kläger (im Folgenden: Beschwerdeführer) geltend gemachten Behandlungskosten im Gesamtbetrag von Fr. 75'085.20 Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden. Die noch vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht nicht als Anfechtungsgegenstand (vgl. Urteil vom 9. Juni 2004, K 93/03, Erw. 1 S. 3, Urk. 7/13 S. 3) anerkannten, vom Beschwerdeführer zusätzlich geltend gemachten Behandlungskosten von insgesamt Fr. 13'183.75 fr zahnärztliche Rechnungen von Prof. Dr. S im Betrag von Fr. 10'066.60, vom Zahnprothetiker G von Fr. 400.--, der Poliklinik des USZ von Fr. 82.15, von Dr. K im Betrag von insgesamt Fr. 2'576.50 und für ein Röntgenbild von Fr. 58.50 stehen unbestrittenermassen ebenfalls in Zusammenhang mit der strittigen Kieferknochenrekonstruktion mit anschliessender Implantatsetzung (vgl. Erw. 1.3 im Urteil vom 29. April 2005 im Verfahren KV.2005.00012, Urk. 7/18 S. 4).

## 2.

- 2.1 Aus dem System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als einem Versicherungsobligatorium für eine umfassende medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung (vgl. Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), S. 2 Rz 3) ergibt sich, dass die Leistungspflicht gemäss KVG jener der Zusatzversicherungen grundsätzlich vorgeht (vgl. auch BGE 123 V 290). Das ergibt sich auch aus dem Begriff "Zusatz"-Versicherung, wonach die Versicherungen gemäss Art. 12 Abs. 2 KVG Leistungen, die über den Leistungskatalog der obligatorischen Grundversicherung hinausgehen, somit *zusätzlich* zur sozialen Krankenversicherung übernehmen können. Stehen Leistungen nach Art. 25 bis 31 KVG zur Diskussion, ist in erster Linie die obligatorische Krankenpflegeversicherung in Anspruch zu nehmen. Im weitergehenden Umfang erbringt sodann die von der einzelnen Person mit dem Krankenversicherer oder einem anderen Versicherer abgeschlossene Zusatzversicherung die Leistungen gemäss den betreffenden Statuten und Reglementen. Im Folgenden ist daher zunächst die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin aus der Grundversicherung zu prüfen.

2.2 Was die massgeblichen Bestimmungen über den Anspruch auf Leistungen der sozialen Krankenversicherung für zahnärztliche Behandlungen bei Krankheit (Art. 31 Abs. 1 KVG, Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. d der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV] sowie der Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung [KLV]) betrifft, kann auf Erw. 2.1 im Urteil vom 29. Juli 2003 im Verfahren Nr. KV.2003.00042 und die Erwägungen zum Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit und zum Beweiswert ärztlicher Berichte (Erw. 3.3) verwiesen werden.

Anzufügen bleibt, dass das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene Bundesgesetz über den Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Bezug auf die vorliegend relevanten rechtlichen Grundlagen keine Änderungen nach sich gezogen hat, so dass sich die Rechtslage hinsichtlich der nach diesem Zeitpunkt durchgeführten zahnärztlichen Behandlungen nicht von der vorherigen unterscheidet.

### 3.

3.1 Der Beschwerdeführer beantragt die Kostenübernahme durch die Krankenkasse weiterhin mit der Begründung, er leide an einer vertikalen Atrophie sowie an einer Osteopathie, weshalb eine Pflichtleistung gemäss Art. 17-19 KLV vorliege. Ausserdem bestreitet er die Beweiskraft des Gutachtens von PD Dr. F vom 15. August 2005 (Urk. 7/25) und der ergänzenden Ausführungen von Dr. Dr. Z des USZ vom 17. Januar 2006 (Urk. 7/26), auf welche sich die Krankenkasse im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen stützte, um den Ausschluss einer Osteopathie, einer Osteomyelitis sowie einer andern Erkrankung im Sinne von Art. 17-19 KLV zu begründen (Urk. 2, 6).

### 3.2

3.2.1 Im Rückweisungsentscheid vom 29. April 2005 im Verfahren Nr. KV.2005.00012 wurde die Beschwerdegegnerin vom hiesigen Gericht verpflichtet, die vom Eidgenössischen Versicherungsgericht in dessen Urteil vom 9. Juni 2004 bindend als notwendig bezeichneten ergänzenden Abklärungen in Form einer Knochendichtemessung und einer rheumatologischen oder internistischen Untersuchung durchzuführen (Urk. 7/18 S. 6 f. Erw. 2.4).

Der Rheumatologe PD Dr. F untersuchte den Beschwerdeführer im Auftrag der Krankenkasse am 14. Juli 2005. Neben seiner klinischen Untersuchung liess

er am 13. Juli 2005 eine Knochendichtemessung und ausgedehnte Laboruntersuchungen durchführen.

Die Knochendichtemessung ergab gemäss PD Dr. F sehr gute Werte. Auch aufgrund der Laboruntersuchungen hätten sich keine Hinweise für eine Stoffwechselerkrankung gezeigt, welche zu einer Osteoporose oder einer Osteomalazie führen würden. Aufgrund der Anamnese, der klinischen Untersuchung, der Knochendichtewerte wie auch der Laboruntersuchungen würden irgendwelche Hinweise für eine Knochenerkrankung systemischer Art fehlen. Eine Osteomyelitis lokal sei bereits durch die Kieferchirurgen ausgeschlossen worden, doch fehlten aufgrund der Laboruntersuchungen auch Hinweise für eine entzündliche Erkrankung (Urk. 7/2 5).

- 3.2.2 In Nachachtung der ihr auferlegten Abklärungspflicht bat die Krankenkasse ausserdem Dr. Dr. Z um Beantwortung ergänzender Fragen zu seinem Gutachten vom 8. November 2004. Als ungenügend begründet erachtet wurden im Rückweisungsentscheid vom 29. April 2005 insbesondere seine Ausführungen zum überwiegend wahrscheinlichen Ausschluss einer Osteopathie trotz Fehlens "harter Daten" und zum Ausschluss einer Osteomyelitis (vgl. 7/18 S. 6 f. Erw. 2.4).

Dr. Dr. Z beantwortete die Zusatzfragen am 17. Januar 2006 dahingehend, dass er das Vorliegen einer Osteopathie im Sinne von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV als Ursache der Kieferatrophie insbesondere unter Berücksichtigung der von PD Dr. F durchgeführten Knochendichtemessung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliesse. Da es sich bei einer Osteopathie um eine schwere Allgemeinerkrankung des Knochenstoffwechsels im gesamten Skelettbereich handle, könne ein singulärer Befall von nur einem Kiefer oder beiden Kiefern definitiv ausgeschlossen werden.

Hinweise für eine Osteomyelitis des Kiefers gemäss Art. 17 lit. c Ziff. 5 KLV lägen keine vor, fehle es doch - wie aus dem Gutachten von PD Dr. F hervorgehe - einerseits an laborchemischen Hinweisen für eine entzündliche Erkrankung im Blut, andererseits habe auch seine klinische und radiologische Untersuchung vom 7. Oktober 2004 keine entsprechenden Hinweise ergeben.

Mögliche weitere Untersuchungen zum Ausschluss einer putriden sowie einer chronischen Osteomyelitis seien einerseits die Skelettszintigraphie sowie eine Magnetresonanz-Untersuchung, doch bezweifelte Dr. Dr. Z angesichts der bisherigen Untersuchungsergebnisse deren Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit (Urk. 7/26).

### 3.3

3.3.1 Zu prüfen ist weiterhin, ob der Beschwerdeführer an einem unter Art. 17-19 KLV subsumierbaren Tatbestand leidet, wobei Erkrankungen des Kieferknochens und der Weichteile in Form einer Osteopathie, im Besonderen einer Osteoporose im Sinne von Art. 17 lit. c Ziff. 3 KLV oder einer Osteomyelitis gemäss Art. 17 lit. c Ziff. 5 KLV im Vordergrund stehen.

3.3.2 Im Rahmen der Beweiswürdigung ist zunächst festzustellen, dass anlässlich der Begutachtung durch PD Dr. F die vom Eidgenössischen Versicherungsgericht als notwendig erklärten Untersuchungen nunmehr durchgeführt worden sind. PD Dr. F schloss gestützt auf die unauffälligen Resultate sowohl der Knochendichtemessung als auch der Laboruntersuchungen und seiner rheumatologischen Abklärung in überzeugender und nachvollziehbarer Weise jegliche Hinweise auf eine Osteoporose und eine Osteomalazie sowie eine sonstige entzündliche Erkrankung aus.

Die Einwände des Beschwerdeführers gegen das Gutachten von PD Dr. F vermögen dessen Beweiskraft nicht zu schmälern. Die Behauptung, dass PD Dr. F als zusätzliche Rheumaerkrankung einen Morbus Forrester diagnostiziert habe, diese Krankheit aber im Gutachten unterschlagen habe, belegt der Beschwerdeführer in keiner Weise. Auch reichte er, obwohl angeblich andere Rheumatologen mittlerweile diese Krankheit bestätigt hätten, keine entsprechenden ärztlichen Berichte ein. PD Dr. F erstellte am 13. Juli 2005 Röntgenbilder der Brust- und Lendenwirbelsäule (BWS, LWS, vgl. Urk. 7/25 S. 3 unten). Im Rahmen des rheumatologischen Befundes erwähnte er Bewegungseinschränkungen im Bereich der BWS und der LWS sowie eine Druckdolenz im Bereich L4; deutliche Hinweise auf eine Wirbelsäulenerkrankung im Sinne eines Morbus Forrester (vgl. zum Krankheitsbild: [www.rheuma-online.de/a-z/m/morbus-forrester.html](http://www.rheuma-online.de/a-z/m/morbus-forrester.html)) finden sich keine. Im Gegenteil schloss er den bei Patienten mit Morbus Forrester häufig anzutreffenden Diabetes mellitus ebenso aus wie einen pathologischen Glukose-Test (Urk. 7/25 S. 2 unten).

Selbst wenn aber der Beschwerdeführer an einem Morbus Forrester leiden würde, hätte dies keinen Einfluss auf die Leistungspflicht der Krankenkasse, findet sich doch dieses Krankheitsbild - anders als der Morbus Bechterew mit Kieferbeteiligung (Art. 18 lit. c Ziff. 2 KLV) - nicht unter den in Art. 18 KLV erwähnten Allgemeinerkrankungen, deren konsekutive zahnärztliche Behandlungen von der Kasse zu übernehmen sind. Der Beschwerdeführer machte zudem keinerlei Zusammenhang eines allfälligen Morbus Forrester mit seiner Kieferatrophie glaubhaft. Letzteres gilt auch für den von ihm erwähnten Tinnitus,

welchen PD Dr. F ebenfalls unterschlagen habe (Urk. 1 S. 3). Diesbezüglich ist der Beschwerdeführer zudem darauf hinzuweisen, dass PD Dr. F im Rahmen seines Gutachtensauftrags gehalten war, eine Abklärung in seinem Fachgebiet Rheumatologie durchzuführen. PD Dr. F erwähnte anamnestisch ein vom Beschwerdeführer geklagtes Rauschen im Kopf sowie eine Abklärung bei Prof Dr. Ke (Urk. 7/25 S. 2). Dass er den offenbar von Prof Dr. Ke diagnostizierten Tinnitus nicht als solchen erwähnt respektive diagnostiziert hat, vermag die Glaubhaftigkeit seines - wohlgemerkt - rheumatologischen Gutachtens nicht zu erschüttern, zumal der Tinnitus ebenfalls nicht unter den in Art. 18 KLV angeführten Allgemeinerkrankungen zu finden ist.

Ebenso bilden die Einwände des Beschwerdeführers in Bezug auf die Erläuterungen von PD Dr. F zu einer möglichen Schilddrüsenunterfunktion anhand der extern erhobenen Laborwerte (vgl. Urk. 1 S. 4, Urk. 7/25 S. 2 unten, 3 oben, Beilage zu Urk. 7/25) keinen Anlass, am Beweiswert des Gutachtens zu zweifeln, untermauert der Beschwerdeführer seine diesbezüglichen Behauptungen doch in keiner Weise.

Der Ausschluss einer Knochenkrankung wird nunmehr auch in überzeugender Weise von Dr. Dr. Z bestätigt. Insbesondere vermag sein Ausschluss einer Osteomyelitis im Sinne von Art. 17 lit. c Ziff. 5 KLV mit dem Hinweis auf die laborchemischen Ergebnisse und der Erläuterung seiner klinischen und radiologischen Untersuchung vom 7. Oktober 2004 zu überzeugen. Auch ist ihm darin zuzustimmen, dass weitere bildgebende diagnostische Massnahmen zum Ausschluss einer putriden oder chronischen Osteomyelitis bei dieser Sachlage nicht angezeigt sind.

Was seine Beurteilung im Gutachten vom 8. November 2004 mit dem Hinweis auf eine möglicherweise durchgemachte vordere Diskusluxation mit Reduktion bei reziprokem Knacken (vgl. Urk. 7/24 S. 5) betrifft, gilt Folgendes: Zwar findet sich das Krankheitsbild der Diskusluxation unter den in Art. 17 KLV (Erkrankungen des Kiefergelenks und des Bewegungsapparates) aufgeführten Erkrankungen des Kausystems (Art. 17 lit. d Ziff. 3 KLV), doch stellte Dr. Dr. Z klar, dass die Diskusluxation lediglich im Zusammenhang mit dem atrophen Kieferknochen, dessen Ursache im Zahnverlust mit 23 Jahren liege, die Indikation für eine festsitzende Gebissrekonstruktion bilde. Diese Schlussfolgerungen korrespondieren mit den Erläuterungen zu Art. 17 lit. d Ziff. 3 KLV im von der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO herausgegebenen Atlas (im Folgenden: SSO-Atlas). Als geeignete zahnärztliche Massnahmen bei Kondylus- und Diskusluxation werden darin unter anderem die manuelle Reposition des Gelenkes oder des Diskus durch Distraction oder Physiotherapie erwähnt. Die im

Streite stehende Knochenaufbauoperation mit anschliessender Implantatsetzung findet sich nicht als geeignete Behandlung zur Behebung einer Diskusluxation, zumal gemäss SSO-Atlas beachtlich ist, dass das bloss Knacken als Folge einer Diskusluxation mit Reposition/Reduktion aus Sicht des Pathologen nicht als Diskusluxation zu bezeichnen ist (SSO-Atlas S. 60). Infolgedessen vermag der Beschwerdeführer auch hieraus keinen Leistungsanspruch abzuleiten.

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass gestützt auf die nunmehrige medizinische Aktenlage das Vorliegen einer Knochenerkrankung im Sinne von Art. 17 lit. c Ziff. 3 und Ziff. 5 KLV auszuschliessen ist, und der Beschwerdeführer die Kosten der im Streite stehenden zahnärztlichen Behandlung auch auf keine der übrigen Bestimmungen von Art. 17 - 19 KLV stützen kann.

Die Beschwerde ist abzuweisen.

4.

41 Zu prüfen bleibt, ob der Versicherte (im folgenden: Kläger) aus seinen in den Behandlungszeitpunkten bestehenden Zusatzversicherungen klageweise einen Anspruch auf Übernahme der strittigen Kosten ableiten kann.

4.2 Weder die Zusatzversicherung S noch die Zusatzversicherung T bieten gemäss ihren Zusätzlichen Vertragsbedingungen (Ausgabe 1. Januar 1997/98/99/2001) Leistungen für zahnärztliche Behandlungen für Erwachsene an. Nicht in Frage steht ausserdem eine Leistungspflicht aus der Unfallversicherung für Tod und Invalidität U. Die Versicherungsbedingungen zur Spitalzuzusatzversicherung HCB sehen in Art. 5.2 vor, dass Spitalleistungen für Zahnbehandlungen gemäss Art. 5.1 der Zusatzversicherungen aus der Zusatzversicherung nur übernommen werden, wenn eine Leistungspflicht gemäss KVG besteht.

Der Kläger vermag demzufolge auch aus den Zusatzversicherungen keinen Anspruch auf Übernahme der Behandlungskosten abzuleiten. Die Klage ist ebenfalls abzuweisen.

## Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Klage wird abgewiesen.
3. Das Verfahren ist kostenlos.
4. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - X
  - Y Versicherungen AG
  - Y Zusatzversicherungen AG
  - Bundesamt für Gesundheit
  - Bundesamt für Privatversicherungen
5. Gegen Dispositiv-Ziffer 1 dieses Entscheids kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 90 und 100 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG). Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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 beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).
6. Gegen Dispositiv-Ziffer 2 dieses Entscheids kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 90 und 100 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, zuzustellen.  
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 beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich

Die Vorsitzende



Grünig

Die Gerichtssekretärin



Gasser Küffer

EM/BG/MP

versandt

**27.Feb 2007**