



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 13. August 2021 (745 20 475 / 217)

Ergänzungsleistungen

Es liegt nicht in der Kompetenz der Kasse oder des Gerichts, über die Qualität einer erbrachten Zahnbehandlung zu entscheiden. Dies ist vielmehr eine ausschliesslich privatrechtliche Angelegenheit, über welche auf Veranlassung der versicherten Person die zuständige Ombudsstelle zu entscheiden hat.

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin

gegen

Ausgleichskasse Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

Betreff Ergänzungsleistungen

A. Die 1950 geborene A._____ bezieht eine Rente der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) sowie Ergänzungsleistungen (EL). Nach einer zahnärztlichen Behandlung der Versicherten erhielt die Ausgleichskasse Basel-Landschaft (Kasse) am 7. Februar 2020 eine Rechnung von Dr. med. dent. B._____ vom 3. Februar 2020 in der Höhe von Fr. 4'826.25. Mit Verfügung vom 13. Februar 2020 vergütete die Kasse gestützt auf eine von der Versicherten am 9. Oktober 2019 erteilte Zustimmung die entsprechenden Kosten von Fr. 4'826.25 direkt an den behandelnden Zahnarzt.

B. Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte am 13. März 2020 Einsprache. In ihrer ergänzenden E-Mail vom 16. März 2013 machte sie im Wesentlichen geltend, dass die von Dr. B.____ vorgenommene Behandlung nicht zufriedenstellend ausgefallen sei. Sie werde in den nächsten Tagen einen neuen Zahnarzt aufsuchen. Gerne erwarte sie die Zusage der Kasse zwecks Anfertigung eines passenden Zahnersatzes für den Oberkiefer gemäss den neuen zahnärztlichen Vorgaben. Diese Einsprache blieb seitens der Kasse in der Folge irrtümlich unbearbeitet.

C. Am 23. Juli 2020 ging bei der Kasse ein Kostenvoranschlag von Dr. med. dent. C.____ vom 17. Juli 2020 im Umfang von Fr. 5'782.45 für eine Oberkiefer-Totalprothese, drei Zahn-Extraktionen im Unterkiefer sowie eine totale Immediatprothese inklusive späterer Unterfütterung ein. Unter Hinweis auf eine Prüfung dieses Kostenvoranschlags durch ihren Vertrauenszahnarzt lehnte die Kasse mit Schreiben vom 21. August 2020 eine entsprechende Kostenübernahme mit der Begründung ab, dass die fragliche Behandlung weder einfach, wirtschaftlich noch zweckmässig sei. Erst kürzlich seien eine totale Immediatprothese im Oberkiefer und eine Aufbauprothese im Unterkiefer übernommen worden. Neue Prothesen könnten erst wieder in rund zehn Jahren übernommen werden.

D. Mit Eingabe vom 15. September 2020 erhob die Versicherte erneut Einsprache sowohl gegen die ursprüngliche Verfügung der Kasse vom 13. Februar 2020 als auch gegen die Ablehnung der Kostenübernahme vom 21. August 2020. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, dass sich Dr. B.____ geweigert habe, den völlig unbrauchbaren Zahnersatz anzupassen. Die von ihm durchgeführten Arbeiten seien nicht korrekt vollendet worden. Die Röntgenbilder ihrer neu konsultierten Zahnärztin würden belegen, dass drei Zähne im Unterkiefer zu Unrecht von Dr. B.____ als repariert abgerechnet worden seien. Auch der untere Zahnersatz lasse sich nicht verwenden. Im Umfang der verbleibenden Summe hinsichtlich der von Dr. B.____ nicht erbrachten Leistungen wünsche sie eine Abtretungserklärung zu Handen ihrer neuen Zahnärztin abzugeben. Sie bitte darum, dass man ihr mitteile, wie die völlig fehleingeschätzte Offerte von Dr. B.____ von der Kasse ausgeglichen werde, da sie Anrecht auf einen funktionsfähigen Zahnersatz habe.

E. Mit Einspracheentscheid vom 13. November 2020 wies die Kasse die Einsprache ab. Auch wenn sie mit der Behandlung durch Dr. B.____ unzufrieden sei und nicht wolle, dass dieser dafür die Rechnung bezahlt erhalte, liege es nicht im Ermessen der Versicherten zu entscheiden, ob das Honorar gerechtfertigt sei oder nicht. Da sich die Einsprache einzig gegen die Auszahlung des Rechnungsbetrages an Dr. B.____ richte und lediglich mit der mangelhaften Qualität seiner Behandlung begründet worden sei, müsse die Einsprache vollumfänglich abgewiesen werden. Für die Beurteilung, ob die Behandlung korrekt ausgeführt worden sei, sei nicht der Vertrauensarzt der EL, sondern die zahnärztliche Begutachungskommission SSO zuständig. Da Dr. B.____ als Mitglied der SSO das Urteil der Begutachungskommission anerkennen müsse, würde er im Falle einer Beurteilung zu seinen Ungunsten das Honorar ganz oder teilweise zurückbezahlen müssen.

F. Hiergegen erhob die Versicherte am 14. Dezember 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sinn- gemäss beantragte sie, die Kostenübernahme zu Gunsten von Dr. B.____ sei zu verweigern. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, dass sich ihre Einsprache (recte: Beschwerde) gegen die Kostenvergütung an Dr. B.____ für ihre Zahnprothesen wegen der Verweigerung einer endgültigen Anpassung des völlig unbrauchbaren Zahnersatzes richte. Seit einem Jahr sei sie nunmehr ohne Zahnersatz und deshalb auf Flüssignahrung angewiesen. Zudem sei der Kosten- voranschlag zur Neuanfertigung abgewiesen und hierbei auf den Behandlungsabschluss durch Dr. B.____ hingewiesen worden, der jedoch nie erfolgt sei.

G. Die Kasse schloss mit Vernehmlassung vom 12. Januar 2021 auf Abweisung der Be- schwerde. Zur Begründung hielt sie im Wesentlichen fest, dass die Beurteilung durch den Ver- trauensarzt der EL nicht die Qualität der durchgeführten Behandlung bei Dr. B.____ umfasse. Hierzu müsse eine Beurteilung durch die zahnärztliche Begutachtungskommission SSO vorge- nommen werden.

H. Mit Replik vom 28. Februar 2021 liess die Beschwerdeführerin einwenden, dass die Kasse trotz rechtzeitig erfolgter Einsprache, welche zunächst unbearbeitet geblieben sei, die Kos- tengutsprache vollumfänglich an Dr. B.____ überwiesen habe. Eine Anpassung der von Dr. B.____ hergestellten Prothesen sei nicht möglich. Sie habe noch immer keinen brauchbaren Zahnersatz und erwarte deshalb den Rückzug der Vergütung durch die EL bzw. die Gutsprache der zusätzlichen benötigten Summe für die Herstellung eines funktionellen Zahnersatzes durch ihre neu behandelnde Zahnärztin.

I. Mit Duplik vom 20. April 2021 hielt die Kasse an ihrem Abweisungsantrag fest. Die Kasse überprüfe einzig, ob die Behandlung einfach, wirtschaftlich und zweckmässig sei, nicht aber die Qualität der zahnärztlichen Behandlung. Soweit die Beschwerdeführerin mit der Behandlung durch Dr. B.____ nicht einverstanden sei, liege es nicht in ihrem Ermessen zu entscheiden, ob das Honorar gerechtfertigt sei oder nicht. Daran ändere auch nichts, dass die Kasse zunächst erfolglos versucht habe, das Honorar direkt beim behandelnden Zahnarzt zurückzufordern.

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

Der Präsident zieht **i n E r w ä g u n g** :

1.1 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 Ergänzungsleistungen zur Al- ters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) vom 6. Oktober 2006 auf die Ergän- zungsleistungen anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger 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 gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.2 Gemäss § 55 Abs. 1 der Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 entscheidet die präsidierende Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts bei Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 20'000.--. Vorliegend dreht sich der Streit zwischen den Parteien um Behandlungskosten für einen Zahnersatz in der Höhe von Fr. 4'826.25 (vgl. Rechnung von Dr. B._____ vom 3. Februar 2020, Beilage 1 zur Vernehmlassung). Der Streitwert liegt damit unter dem massgebenden Grenzbetrag, und die Beschwerde ist präsidial zu entscheiden.

1.3 Im Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu beurteilen, zu denen die zuständige Sozialversicherungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung oder eines Einspracheentscheids - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmen die Verfügung und der nachfolgende Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und damit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung bzw. kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1, 125 V 413 E. 1a und b, je mit Hinweisen). Streitgegenstand im System der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege ist demnach stets das Rechtsverhältnis, das Gegenstand der angefochtenen Verfügung bildet (FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 46). Bezieht sich die Beschwerde bzw. eine Eingabe demgegenüber auf ein nicht durch die Verfügung bzw. den Einspracheentscheid bestimmtes Rechtsverhältnis, gehören die beanstandeten Aspekte weder zum Anfechtungs- noch zum Streitgegenstand (BGE 125 V 413 E. 1b). Diesfalls steht den Betroffenen keine Befugnis zu, verfügungs- bzw. einspracheweise (noch) nicht geregelte Rechtsverhältnisse durch eine Beschwerde richterlich überprüfen zu lassen. Das Gericht kann auf eine diesbezügliche Beschwerde in solchen Fällen deshalb nicht eintreten (BGE 118 V 311 E. 3b mit Hinweisen; ULRICH MEYER, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in: BJM 1989 S. 25).

1.4 Anfechtungsgegenstand sowohl des vorliegend angefochtenen Einspracheentscheids vom 13. November 2020 als auch der ihm vorangegangenen Verfügung vom 13. Februar 2020 bildet ausschliesslich die von der Kasse an Dr. B._____ geleistete Kostenvergütung in der Höhe von Fr. 4'826.25 gemäss dessen Rechnung vom 3. Februar 2020. Soweit die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerdebegründung und Replik darüber hinaus zumindest sinngemäss eine erneute Kostengutsprache für die Anfertigung eines erneuten Zahnersatzes beantragt hat, kann auf ihre Beschwerde nicht eingetreten werden. Die Kasse hat der Versicherten zwar am 21. August 2020 mitgeteilt, dass ein erneuter Prothesenersatz weder einfach, wirtschaftlich noch zweckmässig sei, und neue Prothesen erst wieder in rund zehn Jahren übernommen werden könnten. Bei diesem Schreiben handelt es sich jedoch um eine formlose Ablehnung und keine autoritative Verneinung

einer Leistungspflicht in Verfügungsform, wie es für die Qualifikation eines zunächst mit Einsprache und anschliessend mit Beschwerde anfechtbaren Streitgegenstands aber vorausgesetzt wäre. Damit ist zugleich gesagt, dass die Kasse nicht gehalten war, hierüber einspracheweise zu befinden. Mangels einer formell anfechtbaren Verfügung war sie einzig verpflichtet, hinsichtlich der am 13. Februar 2020 erfolgte Kostengutsprache zu entscheiden, welche deshalb auch den einzigen Streitgegenstand der vorliegenden Beschwerde bildet. Daran ändert auch nichts, dass die Versicherte am 14. September 2020 erneut Einsprache sowohl gegen die ursprüngliche Verfügung vom 13. Februar 2020 sowie gegen die Ablehnung des Kostenvoranschlags vom 21. August 2020 erhoben hat. Gegen Letztere hätte die Versicherte zunächst vielmehr eine anfechtbare Verfügung verlangen müssen; nur diesfalls hätte die Ablehnung einer erneuten Kostenübernahme sowohl Streitgegenstand als auch Anfechtungsobjekt für einen anschliessenden Einspracheentscheid und eine allfällige Beschwerde gebildet. Wie sogleich aufzuzeigen sein wird, hätte ein solches Vorgehen jedoch nichts daran geändert, dass zunächst zu klären ist, wie es sich hinsichtlich der Qualität der von Dr. B._____ vorgenommenen zahnärztlichen Behandlung verhält (unten, Erwägung 4.2). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde der Versicherten vom 14. Dezember 2020 ist demnach nur insoweit einzutreten, als sie sich gegen die von der Kasse verfügte Vergütung der Zahnarztkosten an Dr. B._____ im Umfang von Fr. 4'826.25 richtet.

2.1 Im Rahmen der EL zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung sind die vergütbaren Krankheits- und Behinderungskosten – worunter auch zahnärztliche Behandlungen fallen – gemäss Art. 14 Abs. 1 lit. a und Abs. 3 der bis zum 31. Dezember 2020 gültigen Version des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) vom 19. März 1965 durch die Kantone zu bezeichnen (Art. 14 Abs. 2 Satz 1 ELG). Sie können die Vergütung auf die im Rahmen einer wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungserbringung erforderliche Ausgaben beschränken (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 ELG).

2.2 Der Kanton Basel-Landschaft hat in dem per 1. Januar 2008 in Kraft getretenen § 2c des kantonalen Ergänzungsleistungsgesetzes zur AHV und IV vom 15. Februar 1973 (kELG) die Beschränkung auf die wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungen vorgenommen (Abs. 2). Die Bezeichnung der übernahmefähigen Krankheits- und Behinderungskosten hat er an den Regierungsrat delegiert (Abs. 1). Gestützt auf diese Delegationsnorm hat der Regierungsrat in § 14 Abs. 1 der kantonalen Verordnung zum Ergänzungsleistungsgesetz zur AHV und IV vom 18. Dezember 2007 (kELV) festgehalten, dass die Kosten für einfache, wirtschaftliche und zweckmässige Zahnbehandlungen vergütet werden. Für die Vergütung sind der Unfall- Militär- und Invalidenversicherungstarif (UV/MV/IV-Tarif) über die Honorierung zahnärztlicher Leistungen und der UV/MV/IV-Tarif für zahntechnische Arbeiten massgebend (Abs. 2). Liegen die Kosten einer Zahnbehandlung inklusive Laborkosten voraussichtlich höher als Fr. 3'000.--, ist der EL-Stelle vor der Behandlung ein Kostenvoranschlag entsprechend den Tarifpositionen nach UV/MV/IV-Tarif einzureichen (Abs. 3 und 4). Mit dieser Bestimmung in § 14 kELV wurde die bis 31. Dezember 2007 gültige entsprechende Bundesregelung von Art. 8 der Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den EL (ELKV) vom 29. Dezember 1997 im Wesentlichen übernommen. Es ist daher von einer im Vergleich zu den bis 31. Dezember 2007 gültigen

bundesrechtlichen Bestimmungen in Art. 8 ELKV inhaltlich grundsätzlich unveränderten Regelung auszugehen, weshalb auch die bisherige Rechtsprechung zu Art. 8 ELKV in Bezug auf die seit dem 1. Januar 2008 gültigen kantonalen Bestimmungen zur Vergütung der Zahnbehandlungskosten weiterhin Gültigkeit hat (vgl. zum Ganzen auch ERWIN CARIGIET/UWE KOCH, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, 2. Auflage, Zürich 2009, S. 211 f.).

2.3 Die Vergütung notwendiger Zahnbehandlungskosten durch die EL ist somit an die Gebote der Einfachheit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit gebunden (vgl. BGE 131 V 263 E. 5.2.1). Luxuriöse, aufwendige und kostenintensive Zahnbehandlungen sollen nicht über die EL finanziert werden. Nach der Rechtsprechung handelt es sich hierbei um eine an den entsprechenden krankenversicherungsrechtlichen Leistungsvoraussetzungen orientierte Betrachtungsweise, weshalb das Erfordernis der Einfachheit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit im Bereich der EL gleich zu verstehen ist wie die entsprechende Leistungsvoraussetzung im Bereich der Krankenversicherung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2010, 9C_648/2009, E. 3.1). Unter Einfachheit versteht man eine Behandlung mit geringem finanziellem Aufwand, welche die Funktionsfähigkeit erhält oder wiederherstellt. Wirtschaftlich ist eine Behandlung mit günstiger Langzeitprognose und tiefen Nachsorgekosten oder guter Ausbaubarkeit sowie geringem Risiko für Komplikationen. Zweckmässigkeit ist gegeben, wenn die Behandlung den Bedarf der Patientin bzw. des Patienten in funktioneller Hinsicht erfüllt (UWE KOCH, Nicht gedeckte Zahnarztkosten – wer bezahlt? Ergänzungs- und Sozialhilfeleistungen, in: Der Zahnarztpatient – sozialversicherungsrechtliche und sozialhilferechtliche Fragen, Hrsg. Gabriela Riemer-Kafka, Zürich 2008, S. 131). In den Plan- und Behandlungsempfehlungen (Empfehlungen für Standards von Zahnbehandlungen im Bereich EL, Sozialhilfe und Asylwesen [Richtlinien]) der Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz (VKZS) wird ausführlich geregelt, wie diese Begriffe im Einzelnen auszulegen sind (vgl. zur Gültigkeit und Anwendbarkeit dieser Richtlinien: Urteil des Bundesgerichts vom 15. April 2014, 9C_576/2013, E. 3.3.3).

2.4 Im Prinzip werden die Krankheits- und Behinderungskosten der EL-beziehenden Person vergütet. Sind diese Kosten noch nicht bezahlt, können sie jedoch auch dem die Rechnung stellenden Zahnarzt bzw. Zahnärztin direkt vergütet werden (Art. 14 Abs. 7 ELG; Wegleitung über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV [WEL], Bundesamt für Sozialversicherungen, Stand: 1. Januar 2021, Ziffer 5400.03). Die Beschwerdeführerin hat diesem Vorgehen mit Erklärung vom 9. Februar 2019 ausdrücklich zugestimmt.

3.1 Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts stellt die zahnärztliche Tätigkeit im Rechtssinne einen privatrechtlichen Auftrag gemäss Art. 394 ff. des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht, OR) vom 30. März 1911 dar (BGE 110 II 375). Nach Auftragsrecht haftet die oder der Beauftragte (Zahnärztin oder Zahnarzt) gegenüber seiner Auftraggeberin oder seinem Auftraggeber (Patientin oder Patient) demnach für die getreue und sorgfältige Ausführung des zahnärztlichen Behandlungsauftrages. Dies bedeutet, dass sich die Tätigkeit der Zahnärztin oder des Zahnarztes nach den allgemein bekannten und anerkannten Regeln der Zahnmedizin zu richten hat. Damit wird gleichzeitig gesagt, dass ein Erfolg der Behandlung nicht garantiert werden kann. Diese Regelung gilt auch im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung unter dem Sozialversicherungsrecht. Eine

Fehlbehandlung im Sinne eines sogenannten Kunstfehlers liegt allerdings dann vor, wenn die Zahnärztin oder der Zahnarzt ihre bzw. seine Sorgfaltspflichten in klarer Weise verletzt. Dies ist der Fall, wenn gültige zahnmedizinische Erkenntnisse vernachlässigt oder anerkannte Regeln der zahnärztlichen Wissenschaft ausser Acht gelassen werden. Die sorgfältige Ausführung des Auftrages umfasst auch die Pflicht zur Aufklärung über die Behandlung, deren Risiken und deren Folgen. Vor allem bei chirurgischen Eingriffen ist diese Aufklärung von grosser Wichtigkeit. Damit die Patientin oder der Patient eine gültige Einwilligung zum Eingriff geben kann, muss sie oder er vorgängig hierüber orientiert werden. Wird diese Aufklärungspflicht vernachlässigt, so kann eine Haftung schon mit dem Eintritt eines Schadens gegeben sein, ohne dass ein zusätzliches Verschulden der Zahnärztin oder des Zahnarztes zu belegen ist. Diese Regeln des Auftragsrechts gelten im Verhältnis zwischen Zahnärztin bzw. Zahnarzt und Patientin bzw. Patient insbesondere auch für prothetische Arbeiten.

3.2 Mitglieder der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO müssen sich bei Bedarf einer Beurteilung durch die zuständige Zahnärztliche Begutachungskommission (ZBK) unterziehen. Die ZBK verfügt über kantonale Ombudsstellen, die Anfragen direkt erledigen können. Solche Anfragen bei der Ombudsstelle sind teilweise kostenlos. Weitergehende Verfahren setzen indes voraus, dass ein Verständigungsversuch zwischen Patientin bzw. Patient und Zahnärztin bzw. Zahnarzt stattgefunden hat. Scheitert dieser Versuch, so sind eine einfache Honorarprüfung, eine einfache Begutachtung und ein eigentliches Schlichtungsverfahren möglich. Diese Verfahren sind in der Regel kostenpflichtig.

4.1 Soweit auf die Beschwerde einzutreten ist (oben, Erwägung 1.4), richtet sie sich gegen die bereits im Februar 2020 durch die Kasse verfügte Bezahlung der Rechnung von Dr. B._____ vom 3. Februar 2020. Im Wesentlichen bringt die Beschwerdeführerin dagegen vor, dass dessen Behandlung ungenügend ausgefallen sei. Sie beantragt, dass der behandelnde Zahnarzt das hierfür geforderte Honorar nicht erhält. Wie die Beschwerdeführerin in ihrer Replik allerdings selbst zu Recht festgehalten hat, hat die Kasse bereits am 13. Februar 2020 die Bezahlung des von Dr. B._____ für die strittige Zahnarztbehandlung in Rechnung gestellten Betrags verfügt. Auch wenn die Einsprache der Versicherten vom 13. März 2020 von der Kasse zunächst unbearbeitet geblieben ist, war die fragliche Kostenvergütung im damaligen Zeitpunkt bereits vollständig überwiesen worden. Mithin hätte auch eine zeitnahe Behandlung der Einsprache nichts daran geändert, dass das Honorar überwiesen worden und damit nicht mehr zur Verfügung gestanden ist. Hintergrund bildet der Umstand, dass die Versicherte mit Abtretungserklärung vom 9. Oktober 2019 sich dafür entschieden hatte, dass die Zahnarztrechnung durch die Kasse direkt zu begleichen sei (Beilage 1 zur Vernehmlassung; oben, Erwägung 2.4; Art. 14 Abs. 7 ELG). Wenn die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde weiter vorbringt, dass es sich dabei um ihr «zugeteiltes» Geld handle, ist darauf hinzuweisen, dass sich die Beteiligung der Kasse im Rahmen einer durch die EL zu übernehmenden zahnärztlichen Behandlung auf die Prüfung der der Einfachheit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit beschränkt (BGE 131 V 263 E. 5.2.1). Der Anspruch auf eine allfällige Kostenübernahme durch die EL ändert mit anderen Worten nichts daran, dass zwischen der Versicherten und ihrem Zahnarzt ein privatrechtliches Auftragsverhältnis gemäss Art. 394 ff. OR besteht (oben, Erwägung 3.1). Die Konsequenzen einer allfälligen Schlechterfüllung des Behandlungsauftrages sind deshalb nach Auftragsrecht zu beurteilen und betreffen ausschliesslich

das Verhältnis zwischen der Patientin und ihrem Zahnarzt. Die Kasse ist in dieses Vertragsverhältnis nicht involviert, sondern hat im Rahmen eines allfälligen sozialversicherungsrechtlichen EL-Anspruches einzig zu prüfen, ob die beabsichtigte Behandlung den für eine Kostenübernahme erforderlichen Voraussetzungen nach Massgabe von Art. 14 Abs. 2 Satz 2 ELG in Verbindung mit § 14 KELV entspricht. Der Umstand alleine, dass die Kasse im Rahmen einer zahnärztlichen Kostengutsprache die entsprechenden Behandlungskosten entweder dem behandelnden Zahnarzt direkt vergütet oder die von den Versicherten selbst bezahlten Rechnungen nachträglich rückvergütet (oben, Erwägung 2.4), führt mit anderen Worten nicht dazu, dass die Kasse in die privatrechtlichen Rechte und Pflichten der EL-Bezügerin oder des EL-Bezügers eintreten würde und damit die Qualität der erbrachten zahnärztlichen Leistung in Frage zu stellen legitimiert wäre. Ist die Patientin oder der Patient mit den erbrachten Leistungen ihrer Zahnärztin bzw. seines Zahnarztes unzufrieden, muss sie oder er sich hinsichtlich einer allfälligen Schlechterfüllung selber zur Wehr setzen, und es verhält sich in solchen Fällen nicht anders, als wenn eine Person ohne EL-Anspruch eine zahnärztliche Behandlung in Frage stellen würde.

4.2 Dies gilt auch im vorliegenden Fall. Weder liegt es im Ermessen der Beschwerdeführerin noch in der Kompetenz der Kasse oder im Rahmen der vorliegenden Beschwerde am Kantonsgericht, über die Qualität der von Dr. B.____ erbrachten Zahnbehandlung zu entscheiden. Dies ist vielmehr eine ausschliesslich privatrechtliche Angelegenheit, über welche auf Veranlassung der Versicherten die örtlich zuständige Ombudsstelle zu entscheiden haben wird (oben, Erwägung 3.1 f.). Diese wird zu prüfen haben, ob die Behandlung von Dr. B.____ nach den allgemein bekannten und anerkannten Regeln der Zahnmedizin vorgenommen worden ist, oder ob der behandelnde Zahnarzt gültige zahnmedizinische Erkenntnisse vernachlässigt oder anerkannte Regeln der zahnärztlichen Wissenschaft ausser Acht gelassen hat. Daran ändert nichts, dass das Schlichtungsverfahren vor der ZBK kostenpflichtig ist und die Beschwerdeführerin als EL-Bezügerin über bescheidene finanzielle Mittel verfügt. Es ist an dieser Stelle immerhin darauf hinzuweisen, dass die Versicherte auf Gesuch hin gegebenenfalls von einer allfälligen Kostenpflicht befreit werden könnte. So oder anders wird sie zunächst über die zuständige kantonale Ombudsstelle der ZBK die Frage zu klären haben, wie es sich hinsichtlich der von ihr kritisierten Behandlungsqualität verhält. Sollte die Begutachtungskommission in der Folge zu einer für den Zahnarzt negativen Beurteilung kommen, wird dieser das von der EL erhaltene Honorar ganz oder teilweise zurückbezahlen müssen. Soweit die Kasse eine neuerliche Prothesenversorgung mit dem Argument abgelehnt hat, dass neue Prothesen erst wieder in rund zehn Jahren übernommen werden könnten, wird zugleich auch erst dann anhand der Beurteilung durch die Begutachtungskommission zu ersehen sein, ob und in welchem Umfang eine neuerliche Zahnbehandlung zu Lasten der EL beantragt werden kann (oben, Erwägung 1.4). Die von der Beschwerdeführerin gegen den Einspracheentscheid der Kasse vom 13. November 2020 erhobene Beschwerde erweist sich bei diesem Ergebnis als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist, soweit darauf einzutreten ist.

5. Es bleibt über die Kosten zu befinden. Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Gemäss Art. 61 lit. a ATSG in der bis Ende 2020 gültig gewesenen, hier anwendbaren Fassung (Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 1. Januar 2021) hat der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die

Parteien jedoch kostenlos zu sein. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Bei diesem Verfahrensausgang besteht auch kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Soweit darauf einzutreten ist, wird die Beschwerde abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.