



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 26. April 2021 (745 20 450 / 103)**

---

**Ergänzungsleistungen**

**Krankheitskosten; Übernahme von Zahnbehandlungskosten gestützt auf die kantonale Gesetzgebung zu den Ergänzungsleistungen; Abstellen auf VKZS-Empfehlungen ist nicht zu beanstanden.**

\_\_\_\_\_  
Besetzung                      Präsidentin Doris Vollenweider, Gerichtsschreiberin i.V. Jeannine Gass

\_\_\_\_\_  
Parteien                      A.\_\_\_\_\_, Beschwerdeführerin

gegen

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

\_\_\_\_\_  
Betreff                      Krankheitskosten

A.1 Die 1952 geborene A.\_\_\_\_\_ bezieht eine Rente der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) sowie Ergänzungsleistungen (EL). Im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung liess die Versicherte der Ausgleichskasse Basel-Landschaft (Ausgleichskasse) die Rechnungen von Dr. med. dent. B.\_\_\_\_\_, Spezialist für Implantologie und Craniomandibuläre Dysfunktionen (CMD), vom 6. Juli 2013 in der Höhe von Fr. 5'985.40 und von Dr. med. dent. C.\_\_\_\_\_, Zahnarzt und Implantologe, vom 24. Oktober 2013 im Betrag von Fr. 1'112.40 zur Kostenübernahme zukommen. Mit Verfügung vom 29. Januar 2014 vergütete die Kasse insgesamt einen Kostenanteil von

Fr. 1'165.50 mit der Begründung, dass die übrigen Kosten in Höhe von Fr. 5'932.30 aufgrund der fehlenden Einfachheit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der entsprechenden Behandlung nicht vergütet werden könnten. Daran hielt sie auf Einsprache der Versicherten mit Entscheid vom 5. Mai 2014 fest. Eine dagegen erhobene Beschwerde wies das Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit Urteil vom 28. April 2015 (715 14 151 / 745 14 175) ab.

A.2 Im Rahmen einer weiteren zahnärztlichen Behandlung reichte die Versicherte der Ausgleichskasse eine Zahnarztrechnung in Höhe von Fr. 1'797.15 zur Kostenübernahme ein. Nach Prüfung der medizinischen Verhältnisse – namentlich der Einholung einer Stellungnahme bei ihrem Vertrauenszahnarzt Dr. med. dent. D.\_\_\_\_, Eidg. dipl. Zahnarzt der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) – lehnte die Ausgleichskasse mit Verfügung vom 24. August 2020 die Kostenübernahme ab. Zur Begründung führte sie aus, dass die Behandlung nicht einfach, wirtschaftlich und zweckmässig gewesen sei. Daran hielt sie auch auf Einsprache der Versicherten hin mit Entscheid vom 29. Oktober 2020 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.\_\_\_\_ am 10. November 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht. Sie beantragte sinngemäss die Aufhebung des angefochtenen Entscheids und die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin zur Kostenübernahme der zahnärztlichen Behandlung.

C. Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Vernehmlassung vom 17. Dezember 2020 auf Abweisung der Beschwerde.

Die Präsidentin zieht **in Erwägung** :

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen sind erfüllt, sodass auf die Beschwerde eingetreten werden kann. Anzumerken bleibt, dass der Streitwert unter Fr. 20'000.-- liegt. Gestützt auf § 55 Abs. 1 der Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 ist die vorliegende Streitigkeit demnach präsidial zu entscheiden.

2. Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten für die bei der Beschwerdeführerin durchgeführte zahnärztliche Behandlung zu übernehmen hat.

3.1 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).

3.2 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.).

3.3 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).

3.4 Der in verschiedenen Sozialversicherungszweigen gültige Grundsatz der Austauschbefugnis gilt auch für die Vergütung von Zahnbehandlungskosten durch die EL. Die Austauschbefugnis sagt hier, dass die leistungsberechtigte Person dort, wo eine Behandlung zwar zweckmässig, aber nicht einfach und wirtschaftlich ist, immerhin Anspruch auf die Vergütung derjenigen Kosten hat, die bei der Wahl einer einfachen und wirtschaftlichen Behandlungsmethode angefallen wären (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 21. Dezember 2005, P 44/05).

4.1 In verfahrensrechtlicher Hinsicht sind die folgenden Grundsätze hervorzuheben: Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren wird vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Dabei haben die Verwaltung und das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien abzuklären und festzustellen (vgl. BGE 117 V 261 E. 3b). Aus der Untersuchungsmaxime folgt auch das Prinzip der freien Beweiswürdigung, wonach das Gericht an keine förmlichen Beweisregeln gebunden ist. Das gesamte Beweismaterial ist unvoreingenommen und sorgfältig auf dessen Stichhaltigkeit zu prüfen (THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4., vollständig überarbeitete Auflage, Bern 2014, § 70 Rz. 51 ff.).

4.2 Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (RENÉ WIEDERKEHR/KASPAR PLÜSS, Praxis des öffentlichen Verfahrensrechts, Eine systematische Analyse der Rechtsprechung, Bern 2020, Rz. 1313 mit weiteren Hinweisen). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b mit Hinweisen).

4.3 Medizinische Unterlagen hat das Gericht nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel (vgl. E. 4.1 hiavor) – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten behandelnder Ärzte oder Ärztinnen sowie versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis, Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3).

5.1 Die Beschwerdeführerin befand sich im Zeitraum vom 5. Dezember 2019 bis zum 22. Januar 2020 in Behandlung bei Dr. med. dent. E.\_\_\_\_, Eidg. dipl. Zahnarzt, Mitglied SSO. In dieser Zeit wurden unter anderem ein Röntgenbild des Kiefers angefertigt sowie der Kompositaufbau an den Zähnen 16, 17, 35 und 37 vorgenommen. Um dies durchführen zu können, wurden die bisher vorhandenen Amalgamfüllungen entfernt.

5.2 Der Vertrauensarzt Dr. D.\_\_\_\_ äusserte sich auf Anfrage mit Schreiben vom 17. August 2020 zur Behandlung durch Dr. E.\_\_\_\_ und hielt fest, dass die Behandlung nicht einfach, wirtschaftlich und zweckmässig erscheine. Vier funktionstüchtige Amalgamfüllungen seien auf Wunsch der Patientin durch vier Kompositaufbauten ersetzt worden, ohne den Zahnarzt vorgängig über den Anspruch auf EL zu informieren.

5.3 Mit Schreiben vom 28. August 2020 bestätigte Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, dass die Beschwerdeführerin seit Jahrzehnten unter Kiefergelenkbeschwerden, schmerzhaften Verkrampfungen der Kiefer- und Gesichtsmuskulatur bei schlechtem Gebiss mit grossen Amalgamfüllungen, welche in den letzten 30 Jahren immer wieder gebrochen und nur notdürftig repariert worden seien, leide. Symptome wie Tinnitus, chronische Müdigkeit und eine Begünstigung weiterer somatischer und psychischer Symptome seien in diesem Zusammenhang nicht auszuschliessen. Jahrelange Therapien hätten immer nur vorübergehende Linderung, aber keine Befreiung von den Symptomen gebracht. Zudem sei schon von verschiedenster Seite seit Jahren eine Zahnsanierung empfohlen worden. Nach der zahnärztlichen Behandlung seien die Kiefergelenkprobleme und Verspannungen zum grossen Teil verschwunden. Unter zusätzlicher anthroposophischer Behandlung seien auch die chronische Erschöpfung und die Konzentrationsstörungen der Beschwerdeführerin gelindert worden.

5.4 Infolge Einsprache der Versicherten nahm Dr. D.\_\_\_\_ mit Schreiben vom 19. Oktober 2020 erneut zur betreffenden Behandlung bei Dr. E.\_\_\_\_ Stellung. Darin führte er aus, dass es sich bei den entfernten Amalgamfüllungen – entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin und Dr. F.\_\_\_\_ – nicht um grosse Füllungen gehandelt habe, da diese lediglich zweiflächig und nicht besonders tief gewesen seien. Eine Deformation

oder reparierte Stellen seien zudem auf den Röntgenbildern nicht erkennbar gewesen. Mit Ausnahme eines Überschusses mesial 17, welcher weder zu einem parodontalen Einbruch noch zu Sekundärkaries geführt habe, seien die Füllungen "lege artis" angefertigt worden. Sonst hätten sie auch nicht 42 Jahre gehalten. Aus der Durchsicht der seit 2015 übernommenen Rechnungen seien lediglich vier einflächige Füllungen ersichtlich, wovon eine einen Weisheitszahn betreffe und zwei keiner der Amalgamfüllungen zugeordnet werden könnten, da die Zahnnummer nicht angegeben worden sei. Nur eine Füllung könne einem der betroffenen Zähne zugeordnet werden. Demnach sei auf einen prophylaktischen Ersatz der Amalgamfüllungen zu schliessen. Bezüglich der Kosten für das Aufklärungsgespräch sei darauf hinzuweisen, dass dieses nicht übernommen werden könne.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 29. Oktober 2020 auf die Stellungnahmen ihres Vertrauensarztes Dr. D.\_\_\_\_ vom 17. August 2020 und 19. Oktober 2020. Wie vorstehend in Erwägung 4.4 bereits erwähnt, sind bei der Beweiswürdigung von Berichten versicherungsinterner Fachpersonen strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Solche Zweifel bestehen in Bezug auf die vorgenommenen Einschätzungen von Dr. D.\_\_\_\_ nicht. Er stützte sich bei seinen Beurteilungen auf die vorhandenen Akten und ging nachvollziehbar davon aus, dass es sich beim Ersetzen der Amalgamfüllungen der Zähne 16, 17, 35 und 37 um einen prophylaktischen Ersatz von vier Füllungen auf Wunsch der Versicherten gehandelt hat. Er kam deshalb plausibel zum Schluss, dass dieses Vorgehen in gewissen Fällen vielleicht zweckmässig, aber nicht einfach und wirtschaftlich sei. Weiter führte er überzeugend aus, dass Kiefergelenksbeschwerden nur in seltenen Fällen füllungsbedingt sind und primär durch einfache Einschleifmassnahmen behoben werden können. Es ist daher nicht zu beanstanden, wenn er das Ersetzen der Füllungen als nicht indiziert und auch als nicht in den VKZS Richtlinien vorgesehen bezeichnete. Dies überzeugt umso mehr, weil Dr. D.\_\_\_\_ auch darauf hinwies, dass weder Deformationen noch reparierte Stellen auf den Röntgenbildern erkennbar waren und lediglich ein Überschuss mesial 17 zu bemängeln war, welcher jedoch weder zu einem parodontalen Einbruch noch zu Sekundärkaries geführt hat.

6.2 Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, verfängt nicht. Soweit sie betreffend die Behandlung bei Dr. E.\_\_\_\_ ausführt, dass der Ersatz der Amalgamfüllungen der Zähne 16, 17, 35 und 37 durch Kompositfüllungen notwendig zur Beseitigung ihrer Kaufunktionsstörungen und den dadurch verursachten Kieferproblemen und Gesichtsschmerzen gewesen sei, kann ihr unter Hinweis auf die überzeugenden Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ nicht gefolgt werde. Auch ihr Hinweis auf den Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 28. August 2020 führt nicht zu einem anderen Ergebnis. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass Dr. F.\_\_\_\_ als Allgemeinmediziner nicht über die zahnärztliche Qualifikation verfügt, um rechtgenügend beurteilen zu können, ob es sich um riesige zerbröckelnde Amalgamfüllungen gehandelt hat, welche in den letzten 30 Jahren mehrmals gebrochen und nur notdürftig repariert worden seien. Auf die Angaben von Dr. F.\_\_\_\_ kann daher in Bezug auf den Ersatz der Amalgamfüllungen ohnehin nicht abgestellt werden, weshalb sich diesbezüglich weitergehende Erwägungen erübrigen. Soweit die Beschwerdeführerin weiter vorbringt, die Rechnungen für die provisorischen Kompositfüllungen an den von der Verfügung vom 24. August

2020 betroffenen Zähnen seien bisher auch von den EL übernommen worden, kann ihr ebenfalls nicht gefolgt werden. Es trifft zu, dass die Beschwerdegegnerin die im Zusammenhang mit den zahnärztlichen Behandlungen bei den Dres. B.\_\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_\_ im Jahr 2013 entstandenen Kosten für die Kompositfüllungen übernommen hat. Dabei handelte es sich aber um eine notwendige Erstbehandlung an den Zähnen 28, 38 und 48 und nicht an den Zähnen 16, 17, 35 und 37, welche von der Verfügung vom 24. August 2020 betroffenen waren. Nichts zu ihren Gunsten ableiten kann die Beschwerdeführerin, wenn sie betreffend die Übernahme der Besprechungskosten moniert, dass die seit Langem zum ersten Mal stattgefundene Kontrollbesprechung notwendig gewesen sei. Dabei ist mit Blick auf die vorliegenden Unterlagen, insbesondere der in der Beschwerdeschrift vom 10. November 2020 aufgeführten Liste an Zahnärzten, die bereits besucht wurden, festzustellen, dass die Beschwerdeführerin in den letzten Jahren regelmässig in zahnärztlicher Behandlung stand. Dass die Amalgamfüllungen rund 42 Jahre hielten, begründete die Beschwerdeführerin im Wesentlichen damit, dass sie unter Zahnarztangst gelitten habe und keinem Zahnarzt mehr habe vertrauen können, und daher trotz Beschwerden zu lange keine Korrektur der Zähne habe durchführen lassen. Entgegen diesen Ausführungen steht fest, dass die Versicherte bereits im April, Juli, September und Oktober 2013 bei den Dres. B.\_\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_\_ in zahnärztlicher Behandlung war. Dabei wurde eine Wurzelbehandlung des Zahns 36 durchgeführt und die Amalgamfüllungen der Zähne 36 sowie 46 entfernt und mit Verbund-Metall-Keramik-Kronen (VMK-Kronen) behandelt. Spätestens im Rahmen dieser Behandlung hätte auffallen müssen, dass die Amalgamfüllungen der Zähne 16, 17, 35 und 37 viel zu gross und deformiert gewesen wären. Schliesslich lässt die Beschwerdeführerin verlauten, dass die Kieferbeschwerden, an welchen sie seit Jahrzehnten gelitten habe, durch die Behandlung im Jahr 2013 nicht vollständig behoben werden können. Diese Angaben der Versicherten stehen aber im Widerspruch zu jenen, welche sie im Rahmen des Beschwerdeverfahrens 745 14 151 / 745 14 175 äusserte. In Erwägung 3.2.2 des Urteils vom 28. April 2015 wurde nämlich festgehalten, dass die bei der Beschwerdeführerin durchgeführten zahnärztlichen Behandlungen zweckmässig waren, weil sie seither nicht mehr an Kieferbeschwerden leide. Insgesamt vermögen die in der Beschwerde vorgebrachten und mit dem Bericht von Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 28. August 2020 untermauerten Vorbringen keine Zweifel an den Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_\_ zu begründen.

6.3 Zu beachten ist ferner, dass die Auffassung der Beschwerdeführerin nicht den VKZS-Empfehlungen entspricht, die vorliegend zu berücksichtigen sind. Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts (vgl. Urteil vom 15. April 2014, 9C\_576/2013, E. 3.3.3; vgl. auch Urteil des Kantonsgerichts vom 1. April 2015, 745 14 196, E. 3.5) steht es im Einklang mit dem Bundesrecht, wenn sich die EL-Durchführungsstellen an diese Behandlungsempfehlungen als Richtlinien halten. Der VKZS-Empfehlung L (Myoarthropatische Beschwerden) folgend ist festzustellen, dass invasive Verfahren nur in begründeten Ausnahmefällen indiziert sind und als Begründungsanforderung dafür einer Darlegung der Persistenz der Einschränkungen (länger als vier Wochen) sowie der Ausprägung des Leidensdrucks (trotz erfolgter interdisziplinärer Therapie) bedarf (Auswertung des Filterfragebogens, Kopie der Einträge in der Krankengeschichte zur Dokumentation der Verlaufskontrolle). Vergütet werden sodann die Positionen 4.1770, 4.0750, 0012.1, 0032.1, 0091.1 und 0097.1 plus Materialkosten und Mehrwertsteuer. Kontrollbesprechungen (Position 4.0120 und 4.0250) fallen – wie die Beschwerdegegnerin korrekt ausführt – nicht darunter. Die Darlegung der Persistenz erfolgte im vorliegenden Fall im Nachhinein und stützt sich einerseits

auf die Aussage der Beschwerdeführerin und andererseits auf die Ausführungen von Dr. F.\_\_\_\_, welcher in seiner Bestätigung vom 28. August 2020 ausführte, dass weitere Ärzte bereits vor Jahren eine Zahnsanierung empfohlen hätten. Vor der Behandlung eingereichte Ausführungen zur Persistenz des Leidensdrucks fehlen aber gänzlich, weshalb die Voraussetzungen für den Antrag auf Kostenübernahme durch die EL grundsätzlich nicht erfüllt ist. Zudem ist zu beachten, dass die genannten Empfehlungen einerseits ohne Datum in die ärztliche Bestätigung aufgenommen wurden und dass aus der ärztlichen Bestätigung nicht ersichtlich wird, auf welche Zähne sich diese Sanierungsempfehlungen beziehen sollen. Ausserdem wurde bereits im Jahr 2013 eine teilweise Zahnsanierung durchgeführt, welche gemäss Angaben der Beschwerdeführerin die Kieferbeschwerden beseitigt hatte.

6.4. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die vom Vertrauensarzt Dr. D.\_\_\_\_ vorgenommene Einschätzung zur Einfachheit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit des Ersatzes der Amalgamfüllungen durch Kompositfüllungen zwar knapp ausfiel und erst nach der Behandlung bei Dr. E.\_\_\_\_ erfolgte. Sie stützt sich allerdings auf umfassende medizinische Unterlagen und vermag unter Würdigung der gesamthaft vorliegenden Akten zu überzeugen. Es ist daher mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass das Ersetzen der Amalgamfüllungen zur Beseitigung der Kiefergelenksprobleme nicht den Kriterien der Einfachheit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit entspricht (vgl. hiervor E. 3.3). Diesbezüglich kann die Beschwerdegegnerin nicht zur Übernahme der Behandlungskosten verpflichtet werden.

7.1 Des Weiteren führte die Beschwerdeführerin an, dass die Entfernung der Amalgamfüllungen wegen Vergiftungserscheinungen notwendig gewesen sei. Zudem müsse sie nach wie vor zur Entgiftungstherapie bei Dr. G.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin und Anthroposophisch erweiterte Medizin, gehen. Dr. F.\_\_\_\_ führte dazu in seiner ärztlichen Bestätigung vom 28. August 2020 aus, dass in diesem Zusammenhang weitere Symptome wie z.B. Tinnitus und chronische Müdigkeit nicht ausgeschlossen seien.

7.2 Gemäss Art. 14 Abs. 1 lit. g ELG wird die Kostenbeteiligung nach Art. 64 KVG von der EL vergütet. Kosten der zahnärztlichen Behandlung werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur übernommen, wenn diese – alternativ – durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt ist, durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist, oder zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist (Art. 31 Abs. 1 KVG). Nach konstanter Rechtsprechung des EVG zum alten Recht ist die Zahnbehandlung nicht als Pflichtleistung der Krankenkassen anerkannt worden und zwar unabhängig davon, welche Auswirkungen das Zahnleiden und seine Behandlung auf die Gesundheit der versicherten Person hatte (dazu BGE 125 V 281 E. 6 mit Verweis auf BGE 124 V 190 E. 3b, 198 E. 1c, 120 V 195 E. 2b, 116 V 116 E. 1b je mit Hinweisen). Das EVG hat in diesem Zusammenhang erkannt, dass die anlässlich einer Zahnsanierung vorgenommene Entfernung von Amalgam- und Chrom-Kobalt-Legierungen infolge Allergie keine Pflichtleistung der Krankenkasse darstelle (RKUV 1995 Nr. K 968 S. 143). Da die Amalgamentfernung keine Pflichtleistung der Krankenkasse ist, findet Art. 14 Abs. 1 lit. g ELG hier keine Anwendung.

7.3 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die zur Behandlung einer Allgemeinerkrankung notwendigen zahnärztlichen Massnahmen jedoch ohne weiteres dem gegenwärtigen von den EL zu deckenden Grundbedarf zugeordnet werden, wobei Art und Umfang der vergütungsfähigen Leistungen durch das Erfordernis der einfachen, wirtschaftlichen und zweckmässigen Vorkehr bestimmt und begrenzt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Mai 2004, P 73/03, E. 4.3.3). Dass die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden wie Schlafstörungen, chronische Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen auf die Amalgamfüllungen und eine damit zusammenhängende Vergiftung zurückzuführen sind, ist gemäss den Angaben von Dr. F.\_\_\_\_ lediglich nicht ausgeschlossen. Weitere ärztliche Berichte zu einer allfälligen Amalgamvergiftung bzw. ein Nachweis eines überhöhten Quecksilberwerts im Körper der Beschwerdeführerin liegen nicht vor. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen jedoch nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b mit Hinweisen). Unter diesen Umständen steht aber nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht nötige Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass die genannten Symptome mit den Amalgamfüllungen in Zusammenhang stehen.

7.4 Die Beschwerdeführerin vermochte damit nicht rechtsgenügend darzulegen, dass eine Amalgamvergiftung die Ursache ihrer Beschwerden war. Dementsprechend kann eine Entfernung der Amalgamfüllungen zur Beseitigung der Symptome auch unter diesem Aspekt nicht als einfach, wirtschaftlich und zweckmässig bezeichnet werden. Die Beschwerdegegnerin kann daher nicht zur Übernahme der zahnärztlichen Behandlungskosten für die Behandlung einer potentiellen Amalgamvergiftung verpflichtet werden.

8. Da das Ersetzen der Amalgamfüllungen durch Kompositfüllungen weder in Bezug auf die Kieferprobleme noch in Bezug auf Behandlung einer potentiellen Amalgamvergiftung als zweckmässig eingestuft wird, besteht auch keine Austauschbefugnis der Beschwerdeführerin.

9. Zusammenfassend erweist sich die von der Beschwerdeführerin gegen den Einspracheentscheid vom 29. Oktober 2020 erhobene Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

10. 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 (vgl. 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 kein Anspruch auf eine Parteient-schädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>