



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Dr. iur. Matthias Suter
Gerichtsschreiber: MLaw Patrick Trütsch

U R T E I L vom 31. Januar 2022 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

Ausgleichskasse Zug, Baarerstrasse 11, Postfach, 6302 Zug
Beschwerdegegnerin

betreffend

Ergänzungsleistungen
(Krankheitskosten)

S 2020 118 / S 2020 119

A. Der Versicherte, A. _____, Jahrgang 1952, bezieht seit Jahren Ergänzungsleistungen zu seiner AHV-Rente. Am 2. April 2020 ging bei der Ausgleichskasse Zug eine Zahnarztrechnung vom 24. März 2020 von Dr. med. dent. B. _____ in Höhe von Fr. 2'471.55 ein (AK-act. 33 f.). Nach Vorlage an ihren Vertrauenszahnarzt Dr. med. dent. C. _____ (AK-act. 39) lehnte die Ausgleichskasse mit Verfügung vom 19. Mai 2020 die Rückerstattung der Zahnbehandlungskosten vom 20. Februar bis 17. März 2020 vollumfänglich ab mit der Begründung, dass die Zahnarztrechnung vom 24. März 2020 nach Rücksprache mit ihrem Vertrauenszahnarzt den sozialversicherungsrechtlichen Richtlinien nicht entspreche und auch nicht zum Sozialtarif abgerechnet worden sei (AK-act. 41). Am 15. Juni 2020 erhob der Versicherte dagegen Einsprache (AK-act. 45). Am 14. Juli 2020 gingen bei der Ausgleichskasse die Kostenschätzung vom 10. Juni 2020 in Höhe von Fr. 3'373.95 (versehen mit einer Rechnung für eine Anzahlung von Fr. 1'700.–) sowie die Zahnarztrechnung von Dr. B. _____ vom 30. Juni 2020 in Höhe von Fr. 3'055.40 ein (AK-act. 57–59). Am 28. Juli 2020 lehnte die Ausgleichskasse die Kostenübernahme betreffend die Rechnung vom 30. Juni 2020 nach Vorlage an ihren Vertrauenszahnarzt vollumfänglich ab mit der Begründung, dass die ausgeführte Behandlung nicht den sozialversicherungsrechtlichen Richtlinien entspreche (AK-act. 60–64). Mit Einspracheentscheid vom 17. August 2020 wies die Ausgleichskasse die Einsprache vom 15. Juni 2020 ab (AK-act. 65 ff.). Am 24. August 2020 erhob der Versicherte Einsprache gegen die Verfügung vom 28. Juli 2020 (AK-act. 69). Mit Einspracheentscheid vom 31. August 2020 wies die Ausgleichskasse diese Einsprache ab (AK-act. 70 f.).

B. Mit Eingabe vom 14. September 2020 (Poststempel: 15. September 2020) erhob der Versicherte (fortan: Beschwerdeführer) Beschwerde und beantragte sinngemäss, die Verfügungen vom 19. Mai 2020 und vom 28. Juli 2020 seien aufzuheben und der Kostenanteil der Ergänzungsleistung betreffend die Zahnarztrechnungen vom 24. März 2020 und 30. Juni 2020 sei zu gewähren (act. 1).

C. Mit Schreiben vom 16. September 2020 vereinigte das Gericht die beiden Verfahren S 2020 118 sowie S 2020 119, da derselbe Sachverhalt zugrunde liegt und sich in beiden Verfahren die gleichen Rechtsfragen stellen (act. 2).

D. Mit Vernehmlassung vom 19. Oktober 2020 beantragte die Ausgleichskasse (nachfolgend auch Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde (act. 3).

E. Mit Replik vom 5. November 2020 machte der Beschwerdeführer ergänzende Bemerkungen (act. 5).

F. Mit Duplik vom 20. November 2020 verzichtete die Ausgleichskasse auf eine Stellungnahme zur Replik und hielt an ihren Ausführungen in den Einspracheentscheiden vom 17. August und 31. August 2020 sowie der Vernehmlassung vom 19. Oktober 2020 fest (act. 7). In der Folge gingen keine weiteren Eingaben beim Gericht ein.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1.

1.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (in casu: 17. und 31. August 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Dementsprechend sieht Art. 82a ATSG vor, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt. Die hier zu beurteilenden Beschwerden wurden am 15. September 2020 der Schweizerischen Post übergeben, weshalb die bis 31. Dezember 2020 gültigen Normen des ATSG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

1.2 Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 Abs. 1 lit. a des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit ist gestützt auf Art. 58 Abs. 1 ATSG, wonach das Gericht desjenigen Kantons zuständig ist, in dem die

versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat, zu bejahen, lebt der Beschwerdeführer doch in der Gemeinde D. _____, ZG. Die Einspracheentscheidung erliess die Ausgleichskasse am 17. August 2020 resp. am 31. August 2020. Die Beschwerdeschrift wurde am 15. September 2020 der Post übergeben. Die Beschwerde gilt folglich als rechtzeitig i.S.v. Art. 60 Abs. 1 ATSG eingereicht. Als vom angefochtenen Entscheid direkt Betroffener ist der Beschwerdeführer sodann zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält schliesslich einen Antrag und eine Begründung, genügt somit den an sie gestellten formellen Anforderungen, weshalb sie zu prüfen ist. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

2. Vorliegend streitig und zu prüfen ist, ob die Ausgleichskasse die Rückerstattung der Zahnarztkosten aus den eingereichten Rechnungen vom 24. März und 30. Juni 2020 zurecht vollumfänglich abgelehnt hat.

3.

3.1 Nach Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30) bestehen die Ergänzungsleistungen aus a) der jährlichen Ergänzungsleistung und b) der Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten. Während es sich bei den in den Artikeln 9 bis 13 ELG geregelten jährlichen Ergänzungsleistungen um Geldleistungen im Sinne von Art. 15 ATSG handelt, stellen die in den Artikeln 14 bis 16 ELG geregelten Vergütungen von Krankheits- und Behinderungskosten Sachleistungen nach Art. 14 ATSG dar. Entsprechend sind diese beiden Leistungsarten nicht zu vermengen. Die Krankheits- und Behinderungskosten sind denn auch nicht im Katalog der anerkannten Ausgaben nach Art. 10 ELG enthalten und folglich bei der Ermittlung der jährlichen Ergänzungsleistung nicht zu berücksichtigen. Voraussetzung für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten ist nach Art. 14 Abs. 1 ELG aber doch, dass eine jährliche Ergänzungsleistung ausgerichtet wird.

3.2 Den Bezügerinnen und Bezügerern einer jährlichen Ergänzungsleistung vergüten die Kantone ausgewiesene, im laufenden Jahr entstandene Kosten für a) zahnärztliche Behandlung; b) Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen; c) ärztlich angeordnete Bade- und Erholungskuren; d) Diät; e) Transporte zur nächstgelegenen Behandlungsstelle; f) Hilfsmittel; und g) für die Kostenbeteiligung nach Art. 64 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10] (Art. 14 Abs. 1 ELG).

Artikel 14 Abs. 2 ELG delegiert die Bezeichnung der Kosten, die nach Absatz 1 vergütet werden können, an die Kantone und hält überdies fest, dass diese die Vergütung auf im Rahmen einer wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungserbringung erforderliche Ausgaben beschränken können. Nach Art. 14 Abs. 3 ELG können die Kantone für die zusätzlich zur jährlichen Ergänzungsleistung zu vergütenden Krankheits- und Behinderungskosten – Kosten nach Art. 14 Abs. 1 lit. a bis g ELG zusammen – Höchstbeträge pro Jahr festlegen.

3.3 Der Kanton Zug hat daraufhin gestützt auf § 4 des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EG ELG; BGS 841.7) die Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (ELKV; BGS 841.714) erlassen. Demgemäss werden ausgewiesene Krankheits- und Behinderungskosten für Leistungen gemäss Art. 14 Abs. 1 ELG vergütet, wenn sie wirtschaftlich und zweckmässig sind (§ 1 Abs. 1 ELKV). In § 10 Abs. 1 ELKV wird sodann festgehalten, dass die Kosten für einfache, wirtschaftliche und zweckmässige Zahnbehandlungen vergütet werden. Für die Vergütung ist 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 (inkl. Labor) voraussichtlich höher als Fr. 3'000.–, so ist der Ausgleichskasse vor der Behandlung ein Kostenvoranschlag einzureichen. Wurde eine Behandlung von über Fr. 3'000.– ohne genehmigten Kostenvoranschlag durchgeführt, werden höchstens Fr. 3'000.– vergütet (Abs. 3). Die Kostenvoranschläge und Rechnungen sind entsprechend den Tarifpositionen nach UV/MV/IV-Tarif einzureichen (Abs. 4).

3.4 Die Vergütung notwendiger Zahnbehandlungskosten durch die Ergänzungsleistungen (EL) ist somit an die Gebote der Einfachheit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit gebunden (BGE 131 V 263 E. 5.2.1). Luxuriöse, aufwendige und kostenintensive Zahnbehandlungen sollen nicht über die EL finanziert werden (Uwe Koch, Nicht gedeckte Zahnarztkosten – wer bezahlt? Ergänzungs- und Sozialhilfeleistungen, in: Der Zahnarztpatient – sozialversicherungsrechtliche und sozialhilferechtliche Fragen, 2008, S. 130). Nach der Rechtsprechung handelt es sich hierbei um eine an den krankenversicherungsrechtlichen Leistungsvoraussetzungen orientierte Betrachtungsweise, weshalb das Erfordernis der Einfachheit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit im Bereich der EL gleich zu verstehen ist wie die

Leistungsvoraussetzung im Bereich der Krankenversicherung (BGer 9C_648/2009 vom 26. März 2010 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. In den Behandlungsempfehlungen (Empfehlungen für Standards von Zahnbehandlungen im Bereich Ergänzungsleistungen, Sozialhilfe und Asylwesen [Richtlinien]) der Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz (VKZS) wird ausführlich geregelt, was diese Begriffe im Einzelnen bedeuten und welche Kosten vergütet werden können. Diese Behandlungsempfehlungen sind sowohl für Zahnärzte als auch für die EL-Durchführungsstellen ein wichtiges Hilfsmittel (Koch, a.a.O., S. 131).

3.5 Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass nach Rechtsprechung und Lehre der in verschiedenen Sozialversicherungszweigen gültige Grundsatz der Austauschbefugnis auch für die Vergütung von Zahnbehandlungskosten durch die Ergänzungsleistung gilt. 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. dazu BGer 9C_36/2010 vom 7. April 2010 E. 4.1 ff.)

4.

4.1 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. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse 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 (BGE 126 V 353 E. 5b).

4.2 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 – 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 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 (BGE 125 V 351 E. 3a).

4.3 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 (BGE 125 V 351 E. 3b). 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).

5. Zur Beurteilung der umstrittenen Frage liegen die folgenden Unterlagen vor:

5.1 Der behandelnde Zahnarzt Dr. B. _____ stellte dem Beschwerdeführer mit (streitgegenständlicher) Honorarrechnung vom 24. März 2020 die erbrachten Leistungen im Behandlungszeitraum vom 20. Februar bis 17. März 2020 in Rechnung (AK-act. 34). Im Wesentlichen handelte es sich bei der Behandlung um einen Knochenaufbau bzw. eine Knochenaugmentation (AK-act. 34 und AK-act. 66). Am 30. Juni 2020 stellte der behandelnde Zahnarzt in diesem Zusammenhang eine weitere Rechnung (AK-act. 59). Im Wesentlichen handelte es sich bei dieser zweiten Behandlung um die Einsetzung eines Implantats (AK-act. 59 und 70).

5.2 Der Vertrauenszahnarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. C. _____, äusserte sich auf Anfrage mit Schreiben vom 15. Mai 2020 dahingehend, dass er nach Durchsicht und Kontrolle der Rechnung vom 24. März 2020 (Knochenaufbau) von Dr. B. _____ und Rücksprache mit diesem zum Schluss komme, die durchgeführten Behandlungen würden nicht die VKZS-Kriterien erfüllen. Leider habe der Patient seinem langjährigen Zahnarzt nichts gesagt über den Bezug von Ergänzungsleistungen (EL), weswegen kein Kostenvoranschlag erfolgt und zum Privattarif abgerechnet worden sei. Gemäss VKZS-Richtlinien würde aber eine Implantation mit Knochenaufbau ohnehin abgelehnt werden. Daher sei auch die Rückerstattung der vorliegenden Rechnung (Knochenaufbau) vollumfänglich abzulehnen (AK-act. 40).

Betreffend die Rechnung vom 30. Juni 2020 (Implantatversorgung) von Dr. B. _____ äusserte sich Dr. C. _____ auf Anfrage mit Schreiben vom 21. Juli 2020, dass die Behandlung die VKZS-Kriterien nicht erfülle. Es handle sich um die Fortsetzung der am 15. Mai 2020 abgelehnten Behandlung und die Ablehnung müsse sich auf die ganze Implantatbehandlung beziehen (AK-act. 61).

5.3 In seiner Einsprache vom 15. Juni 2020 bringt der Beschwerdeführer Folgendes vor: Ab der zweiten Hälfte im Oktober 2019 habe er Schmerzen beim Kauzahn oben links bekommen. Bei seinem Zahnarzt habe sich herausgestellt, dass die Wurzel gebrochen gewesen sei und eine Entzündung nach sich gezogen habe. Somit habe der Zahnarzt Ende Oktober 2019 eine Extraktion vornehmen müssen. Für die Abheilung seien gute drei Monate nötig gewesen. Bei der Kontrolle im Februar 2020 habe der Zahnarzt festgestellt, dass der Knochen sich zugespitzt und zurückgebildet habe. Für ein Implantat sei kein erforderlicher Platz geblieben, da das Implantat aus dem Knochen herausgeschaut hätte. Die logische Konsequenz sei eine Korrektur mittels eines Knochenaufbaus gewesen. Der Eingriff sei nicht vorhersehbar gewesen. Ohne die Behandlung hätte sich der Knochen weiter zurückgebildet und die Nachbarzähne hätten zusätzlich in Mitleidenschaft gezogen werden können (AK-act. 45).

5.4 Die Beschwerdegegnerin hielt demgegenüber im Einspracheentscheid vom 17. August 2020 fest, dass die VKZS-Behandlungsempfehlungen in den Bereichen Ergänzungsleistung, Sozialhilfe und Asylwesen für feststehende prothetische Behandlungsmittel grundsätzlich nur in Ausnahmefällen eine Übernahme der Kosten durch die öffentliche Hand empfählen. Bei der Versorgung einer Einzelzahnücke mittels

implantatgetragener Krone bedeute eine wirtschaftliche, zweckmässige und wirksame zahnärztliche Behandlung u.a. eine einfache Chirurgie ohne Augmentation, d.h. ohne Knochenaufbau. Wenn die Beschwerdegegnerin gestützt auf die VKZS-Empfehlungen eine Implantation ohne Knochenaufbau ohnehin nicht übernehmen würde, habe sie zu Recht die Rückerstattung der Behandlungskosten für den Knochenaufbau gemäss Rechnung vom 24. März 2020 abgelehnt. Die Rücksprache von Vertrauenszahnarzt Dr. C. _____ mit dem behandelnden Zahnarzt Dr. B. _____ habe ergeben, dass der Beschwerdeführer seinem Zahnarzt nicht bekannt gegeben habe, dass er Bezüger von EL sei. Hätte der behandelnde Zahnarzt dies gewusst, hätte er aufgrund der erwähnten VKZS-Empfehlung diese Behandlung nicht vorgenommen (AK-act. 67). Im Einspracheentscheid vom 31. August 2020 betreffend die Rechnung vom 30. Juni 2020 (Implantatversorgung) hielt die Beschwerdegegnerin fest, dass die Versorgung einer Einzelzahnlücke mittels Implantat nur in speziell definierten und begründeten Ausnahmesituationen übernommen werde. So würden die Kosten für ein Implantat beispielsweise übernommen, wenn sich die Einzelzahnlücke mit einem abnehmbaren Zahnersatz funktionell nur unbefriedigend versorgen lasse (vgl. VKZS Empfehlung G: Kronen, Brücken, Implantatprothetik). Vorliegend sei insbesondere das Kriterium der Wirtschaftlichkeit nicht gegeben, nach welcher bei mehreren zur Verfügung stehenden Leistungen die jeweils günstigere zu wählen sei.

5.5 In seiner Beschwerde macht der Beschwerdeführer geltend, dass eine Prothese, wie es vorgeschlagen werde, die Zerstörung von zwei intakten Porzellanzähnen zur Folge gehabt hätte, was ganz klar mit einem einhergehenden Schaden verbunden sei und somit einen Minderwert beinhalte, den sich kein Mensch wünsche. Dies wäre eine unbefriedigende, problembehaftete, befristete und reparaturanfällige Notlösung. Die Variante mit einem Implantat sei die einzige auf den Schaden direkt bezogene, korrekte Lösung und somit auch die einfachste, zweckmässigste und wirksamste. Der Unterhalt einer Prothese sei unbefriedigend und die Nachhaltigkeit in keiner Weise gegeben. Die günstigste Lösung könne nicht die beste sein und sein Zahnarzt habe die bestmögliche Variante gewählt. Der Fall sei akut gewesen und für eine qualitativ schlechtere Variante sei die Zustimmung des Patienten erforderlich. Eine Lösung mit einer Prothese oder Brücke lehne der Beschwerdeführer mit seinen 68 Jahren entschieden ab (act. 1).

5.6 In ihrer Vernehmlassung vom 19. Oktober 2020 verweist die Beschwerdegegnerin erneut auf die VKZS-Empfehlungen und hält fest, dass es nicht Sinn und Zweck der staatlich finanzierten Ergänzungsleistungen sei, luxuriöse, aufwendige und

kostenintensive Zahnbehandlungen zu finanzieren. Der Beschwerdeführer habe sodann selbst eingeräumt, dass der behandelnde Zahnarzt "die bestmögliche Variante" gewählt habe. Der Beschwerdeführer habe nicht davon ausgehen können, dass der Staat über EL und somit Steuergelder die Kosten einer Zahnbehandlung unbesehen übernehme, zumal er gewusst habe, dass es sich bei der Implantatversorgung um die beste Behandlungsalternative handle. Es könne von EL-Bezügern erwartet werden, dass sie sich vor Zahnbehandlungen über die Kostenübernahme erkundigten (act. 3).

5.7 In seiner Replik vom 5. November 2020 äusserte der Beschwerdeführer folgende ergänzende Bemerkungen: Nach Rücksprache mit seinem Zahnarzt wären zwei alternative Behandlungen möglich gewesen. Einerseits der Einsatz einer Brücke, wobei zwei Porzellanzähne zerstört und drei neue Zähne hätten eingesetzt werden müssen. Die Kosten hierfür wären in etwa auf das gleiche hinausgelaufen. Andererseits der Einsatz eines abnehmbaren Zahnersatzes, wobei er hierbei den Rest seines Lebens mit zwei Metallspangen unter dem Gaumen hätte auskommen müssen. Dies sei unzumutbar und die Lebensqualität wäre nicht mehr die gleiche gewesen, da die Metallspangen im Munde erlebbar störend seien, Schmerzen verursachen würden und Entzündungen hervorbringen könnten. Bei beiden Lösungen wäre er gezwungen gewesen, einer Zahnlücke den Vorzug zu geben (act. 5).

6. Die Zulässigkeit der vollumfänglichen Ablehnung einer Rückerstattung für die Rechnungen vom 24. März und 30. Juni 2020 wird entsprechend der Verfahrensvereinigung (act. 2) aufgrund des Vorliegens desselben Sachverhalts und der gleichen Rechtsfragen zusammen geprüft.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in den angefochtenen Einspracheentscheiden vom 17. August und 31. August 2020 auf die Stellungnahmen ihres Vertrauenszahnarztes Dr. C. _____ vom 15. Mai (AK-act. 40) und 21. Juli 2020 (AK-act. 61). Wie vorstehend in Erwägung 4.3 bereits erwähnt, ist es grundsätzlich zulässig, im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich gestützt auf intern eingeholte medizinische Unterlagen zu entscheiden. In solchen Fällen sind jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung in diesem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind. In der Folge gilt es somit zu beurteilen, ob solche Zweifel in Bezug auf die vorgenommene Einschätzung von Dr. C. _____ bestehen.

6.2 Den Stellungnahmen von Dr. C. _____ ist ausschliesslich zu entnehmen, dass die mit den Honorarnoten vom 24. März (Knochenaufbau) und 30. Juni 2020 (Implantatversorgung) in Rechnung gestellte Behandlung nicht den VKZS-Empfehlungen entsprächen. Denn gemäss VKZS-Richtlinien wäre eine Implantation mit Knochenaufbau ohnehin abgelehnt worden, daher werde auch die Rückerstattung des Knochenaufbaus abgelehnt. Bei der Implantatversorgung handle es sich um die Fortsetzung der abgelehnten Behandlung. Die Ablehnung vom 15. Mai 2020 (AK-act. 40) habe sich auf den Knochenaufbau für ein Implantat bezogen, das jetzt offenbar gesetzt worden sei. Die Einsprache müsse sich demnach auf die ganze Implantatbehandlung beziehen.

Der VKZS Empfehlung G: Kronen, Brücken, Implantatprothetik (AK-act. 72) ist zu entnehmen, dass festsitzende prothetische Behandlungsmittel, wie das vorliegend beim Beschwerdeführer eingesetzte Implantat, nur in speziell definierten und begründeten Ausnahmefällen, nur bei sehr guter Mundhygiene und Patientenmitarbeit und nur bei einer Langzeitprognose von normalerweise mehr als 10 Jahren bewilligungsfähig sei. Selbst bei Vorliegen dieser Ausnahmesituation sehen die VKZS-Empfehlungen jedoch eine Planungsvariante mittels einfacher Chirurgie ohne Augmentation, sprich ohne Knochenaufbau, vor.

6.3 Zwar ist dem Vertrauenszahnarzt der Beschwerdegegnerin dahingehend beizupflichten, wenn er festhält, dass die VKZS-Empfehlungen grundsätzlich im EL-Bereich keine Augmentation vorsehen und Implantate nur in Ausnahmefällen. Allerdings ist die Einschätzung des Vertrauenszahnarztes allzu knapp ausgefallen. Es wird nicht auf geklagte Beschwerden des Beschwerdeführers eingegangen, es werden keine medizinischen Zusammenhänge offengelegt und vor allem werden die Schlussfolgerungen nicht begründet. Vor dem Hintergrund der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, nach welcher an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll, reicht ein pauschaler Verweis auf die VKZS-Empfehlungen mit dem einzigen Kommentar, dass die darin enthaltenen Kriterien nicht erfüllt seien, jedenfalls nicht aus.

So legt der Vertrauenszahnarzt betreffend Zweckmässigkeit nicht dar, ob überhaupt Behandlungsbedarf bestand, was der allfällige Behandlungsbedarf des Beschwerdeführers war und wie man diesen, gesetzt den Fall, mit anderen zweckmässigen Behandlungen hätte abdecken können. Um nachvollziehen zu können,

weshalb die Behandlung dem Bedarf des Beschwerdeführers nicht bzw. nicht optimal entsprach, hätte der Vertrauenszahnarzt unter Berücksichtigung der vorgetragenen Beschwerden des Beschwerdeführers und unter Hinweis auf die Richtlinien der VKZS eine konkrete individuelle Behandlungsalternative aufzeigen müssen. Mangels diesbezüglichen Hinweise, kann u.a. nicht festgestellt bzw. nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass keine Behandlungsindikation gemäss VKZS Empfehlung G vorlag bzw. dass überhaupt – bei Bestehen eines Behandlungsbedarfs – eine alternative und gleichsam zweckmässige Behandlung in Betracht kam.

In der Folge kann aus den Stellungnahmen des Vertrauenszahnarztes auch nicht nachvollzogen werden, dass die durchgeführte Behandlung das Kriterium der Einfachheit nicht erfüllt hätte. Zwar ist notorisch, dass Kronen, Brücken und Implantate sehr teuer sind und meist nicht dem Kriterium der Einfachheit entsprechen (VKZS Empfehlung G). Allerdings ist mit dieser allgemeinen Einschätzung nichts über die Einfachheit bzw. dessen Fehlen im vorliegenden Einzelfall gesagt. Dies zumal auch gemäss VKZS Empfehlung G Implantate ausnahmsweise bewilligungsfähig sind und damit zwangsläufig auch das Kriterium der Einfachheit grundsätzlich erfüllen können. Es ist vorliegend somit u.a. nicht feststellbar, ob bzw. überwiegend wahrscheinlich, dass andere Behandlungsalternativen einfacher gewesen wären. Dies schon allein – wie festgestellt – mangels Befassung mit den gesundheitlichen Beschwerden des Beschwerdeführers und mangels Aufzeigens einer alternativen Behandlung durch den Vertrauenszahnarzt.

Mangels Darlegung einer alternativen Behandlungsmethode und mangels Beurteilung der vom Beschwerdeführer behaupteten Beschwerden kann auch nicht die Wirtschaftlichkeit der durchgeführten Behandlung ausgeschlossen werden. Denn es ist dem Gericht vorliegend schlicht nicht möglich zu beurteilen, ob eine alternative Behandlung mit ebenso günstiger Langzeitprognose, tiefen Nachfolgekosten oder guter Ausbaubarkeit sowie geringem Risiko für Komplikationen zu niedrigeren Kosten zur Verfügung gestanden hätte.

Insbesondere erschliesst sich dem Gericht aus den vorhandenen ärztlichen Stellungnahmen nicht, wie die vom Beschwerdeführer behaupteten gesundheitlichen Beschwerden (zugespitzter Knochen, drohende Zurückbildung des Knochens und dadurch entstehenden Schädigung weiterer Zähne [AK-act. 45] und die für eine Prothese [act. 1] bzw. Brücke [act. 5] notwendige Zerstörung zwei intakter Porzellanzähne) im Hinblick auf die Zweckmässigkeit, Einfachheit und Wirtschaftlichkeit zu bewerten sind. Eine schlüssige

Stellungnahme zu diesen Beschwerden ist nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung jedoch zwingend notwendig, um darauf abstellen zu können.

6.4 Zwar gibt der Vertrauenszahnarzt im Zusammenhang mit der Ablehnung des Knochenaufbaus an, Rücksprache mit dem behandelnden Zahnarzt gehabt zu haben (AK-act. 40), allerdings erhellt daraus nicht der Inhalt der Stellungnahme des behandelnden Zahnarztes. Auch ist zwar davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seinen Zahnarzt nicht über den Bezug von EL informierte (AK-act. 40, 61, 66; act. 1); die Behauptungen der Beschwerdegegnerin, wonach der behandelnde Zahnarzt in Kenntnis des EL-Bezugs die Behandlung nicht vorgenommen hätte (AK-act. 67) sowie die sinngemäss gleichgerichtete Aussage, wonach die Implantatversorgung im Vergleich mit einem abnehmbaren Zahnersatz nicht wirtschaftlich sei (AK-act. 70 f.), findet jedoch keine entsprechende Stütze in den Akten und insbes. nicht in den zahnärztlichen Stellungnahmen (AK-act. 40 und 61).

6.5 Schliesslich vermögen auch die grundsätzlich gegen den Rückerstattungsanspruch sprechenden Aussagen des Beschwerdeführers selbst, wonach sein Zahnarzt die "bestmögliche" Variante gewählt habe (act. 1) und er die offenbar bestehende alternative Lösung mittels Prothese ablehne und einer Zahnlücke den Vorzug hätte geben müssen (act. 5), nichts am unzureichenden Beweiswert der vorliegenden zahnärztlichen Stellungnahmen zu ändern. Davon abgesehen erlauben es auch diese – ebenso medizinisch nicht fundierten – Äusserungen der Beschwerdegegnerin nicht, die von Amtes wegen zu überprüfenden Kriterien der Zweckmässigkeit, Einfachheit und Wirtschaftlichkeit betreffend die durchgeführte Behandlung auszuschliessen.

6.6 Zusammengefasst ist demnach festzuhalten, dass aufgrund der fehlenden Nachvollziehbarkeit der Einschätzung des Vertrauenszahnarztes der Beschwerdegegnerin, welcher sich in seinen Stellungnahmen damit begnügt, pauschal auf die Empfehlungen der VKZS zu verweisen mit dem Hinweis, dass deren Kriterien nicht erfüllt seien, nicht genügen, um die vorliegend anwendbaren und strengen Beweisvorschriften des Bundesgerichts zu erfüllen (vgl. E. 4.2 f.). Den Einschätzungen von Dr. C._____ ist demnach der Beweiswert abzusprechen, weshalb zur Beurteilung der vorliegend streitigen Frage nicht darauf abgestellt werden kann.

6.7 Im Übrigen ist auf Folgendes hinzuweisen:

6.7.1 Das Bundesgericht hielt unter der Herrschaft von Art. 8 Abs. 3 der Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (aELKV; SR 831.301.1) fest, dass dem Erfordernis eines genehmigten Kostenvoranschlages die Bedeutung einer Ordnungsvorschrift und nicht eines anspruchsbeschränkenden Tatbestandsmerkmals beizumessen ist. Wird erst nach bereits durchgeführter Zahnbehandlung um Kostenvergütung ersucht, ist von der widerlegbaren Vermutung auszugehen, eine einfache, wirtschaftliche und zweckmässige Massnahme hätte nicht mehr als Fr. 3'000.– gekostet. Dem Bezüger oder der Bezügerin von Ergänzungsleistungen steht der Beweis des Gegenteils offen. Sie können die Vermutung durch den fachärztlichen Nachweis umstossen, dass die fragliche Behandlung tatsächlich einfach, wirtschaftlich und zweckmässig war. Insofern trifft sie auch eine Beweisführungslast. In der Regel wird erforderlich sein, dass die Situation vor dem Eingriff schriftlich (allenfalls mittels Fotos, Röntgenaufnahmen usw.) ausreichend dokumentiert ist, so dass dem EL-Vertrauensarzt eine schlüssige Beurteilung ermöglicht wird (BGE 131 V 263 E. 5.3).

6.7.2 Der Umstand, dass der Beschwerdeführer seinem Zahnarzt nie mitgeteilt hat, dass er EL-Bezüger ist, weshalb letzterer nach dem Privatarif abgerechnet hat, berechtigt nicht zur Ablehnung des Anspruchs auf Erstattung der Zahnarztkosten. Diesfalls hat die Ausgleichskasse bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen den vergütbaren Anteil zu berechnen (Koch, a.a.O., S. 133 f.).

6.7.3 Unter Hinweis auf Erwägung 3.5 ist nochmals deutlich zu machen, dass selbst wenn die vom Beschwerdeführer in Anspruch genommene Behandlung die Voraussetzungen der Einfachheit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit nicht erfüllt, dennoch eine Übernahme der Kosten im Umfang der günstigeren Variante, welche durch die angeschaffte Leistung substituiert wurde, zu prüfen ist (vgl. BGer 9C_36/2010 vom 7. April 2010 E. 5).

7. In der vorliegenden Angelegenheit besteht somit weiterer Abklärungsbedarf. Die Beschwerdegegnerin, an welche die Sache zurückzuweisen ist, wird in einem ersten Schritt die in der vorstehenden Erwägung dargelegten Unklarheiten durch Einholen einer den Anforderungen genügenden Stellungnahme im Sinne der vorstehenden Ausführungen beheben zu lassen haben. Der zur Stellungnahme beauftragte Zahnarzt oder die Zahnärztin wird dabei seine bzw. ihre Schlussfolgerungen explizit unter Bezugnahme auf die Empfehlungen der VKZS zu begründen und allenfalls noch fehlende Informationen

beim behandelnden Zahnarzt Dr. B. _____ einzufordern haben. Hernach hat die Beschwerdegegnerin erneut darüber zu verfügen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe ein Anspruch auf Vergütung der Kosten der Behandlung von Fr. 5'526.95 (vgl. AK-act. 34 und 59) besteht. Sollten die Voraussetzungen von § 10 Abs. 1 ELKV nicht gegeben sein und sollte die begutachtende zahnärztliche Fachperson aber zum Schluss kommen, dass die Behandlung von Dr. B. _____ für den Beschwerdeführer zweckmässig war, so wird die Beschwerdegegnerin zu prüfen haben, ob gestützt auf die Austauschbefugnis (vgl. E. 3.5) Anspruch auf Vergütung derjenigen Kosten besteht, die bei der Wahl einer einfachen und wirtschaftlichen Behandlungsmethode angefallen wären. In diesem Sinne wird die Beschwerde gutgeheissen und die angefochtenen Einspracheentscheide vom 17. August und 31. August 2020 werden aufgehoben.

8. Gemäss Art. 61 lit. a ATSG ist das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenlos und eine Parteientschädigung wird dem ohnehin nicht vertretenen Beschwerdeführer praxismässig nicht ausgerichtet.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtenen Einspracheentscheide vom 17. und 31. August 2020 aufgehoben werden und die Angelegenheit zur erneuten Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an den Beschwerdeführer (mit ausführlicher Rechtsmittelbelehrung), an die Ausgleichskasse des Kantons Zug sowie an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Zug, 31. Januar 2022

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Der Gerichtsschreiber

versandt am