

Ein immer wiederkehrendes Problem aus der Sozialberatung: Zahnersatz, Stand 14.4.24

1. Zahnersatz (§ 55 SGB V)	2
1.1 Voraussetzung für Zahnersatz	2
1.2 Implantate und Reparaturen für Implantate	3
1.3 Härtefälle	4
1.3.1 Gleitende Härtefallregelung bei Einkommensüberschreitung der Härtefallgrenze (§ 55 (3))	5
1.3.2 Härtefallberechnung, wenn nicht alle im Haushalt lebenden Menschen SGB II oder XII oder Bafög beziehen:	6
1.3.3 Kinder, die auf Kosten des SGB VIII (im Heim) untergebracht sind und Pflegekinder	7
1.4 Restkosten	7
1.4.1 Übernahme von Restkosten in Ausnahmefällen durch die KK?	8
1.4.2 Übernahme von Restkosten durch das SGB II, SGB XII oder SGB VIII?	8
1.4.2.1 Situation für Leistungsbeziehende nach dem SGB II (§ 55 (2))	9
1.4.2.2 Situation für Leistungsbeziehende nach dem SGB XII (§ 55 (2))	9
1.4.2.3 Zahnersatz-Restkosten für PKV-Versicherte im Leistungsbezug SGB II oder XII	9
1.4.2.4 Zahnersatzreparaturen	9
1.5 Zahnersatz für Ausländer*innen und Spätaussiedler*innen (§ 27 (2))	10
1.6 Zahnersatz für PKV-Versicherte	10
2. Anhang:	10
BE 16.08.2006 (Leistungsrecht)	10
1. Zahnersatz (§ 55 SGB V)	2
1.1 Voraussetzung für Zahnersatz	2
1.2 Implantate und Reparaturen für Implantate	3
1.3 Härtefälle	4
1.3.1 Gleitende Härtefallregelung bei Einkommensüberschreitung der Härtefallgrenze (§ 55 (3))	5
1.3.2 Härtefallberechnung, wenn nicht alle im Haushalt lebenden Menschen SGB II oder XII oder Bafög beziehen:	6
1.3.3 Kinder, die auf Kosten des SGB VIII (im Heim) untergebracht sind und Pflegekinder	7
1.4 Restkosten	7
1.4.1 Übernahme von Restkosten in Ausnahmefällen durch die KK?	8

1.4.2 Übernahme von Restkosten durch das SGB II, SGB XII oder SGB VIII?	8
1.4.2.1 Situation für Leistungsbeziehende nach dem SGB II (§ 55 (2))	9
1.4.2.2 Situation für Leistungsbeziehende nach dem SGB XII (§ 55 (2)).....	9
1.4.2.3 Zahnersatz-Restkosten für PKV-Versicherte im Leistungsbezug SGB II oder XII.....	9
1.4.2.4 Zahnersatzreparaturen	9
1.5 Zahnersatz für Ausländer*innen und Spätaussiedler*innen (§ 27 (2))	10
1.6 Zahnersatz für PKV-Versicherte	10
2. Anhang:	10
BE 16.08.2006 (Leistungsrecht).....	10

Abkürzungen:

KK = Krankenkasse, SHT = Sozialhilfeträger, GKV = gesetzliche Krankenversicherung, PKV = private Krankenversicherung
 GR = Gemeinsames Rundschreiben; BE = Besprechungsergebnis,

Alle **Paragrafen** finden sich unter www.buzer.de. Dort rechts oben bei Vorschriftensuche im Feld Gesetz das gewünschte Gesetz eingeben (z.B. SGB V).

1. Zahnersatz (§ 55 SGB V)

Grundsätzliche Regelungen finden sich in den Zahnersatz-Richtlinien (RL) des gemeinsamen Bundesausschusses (gBA): https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1174/RL-Zahnersatz_2016-02-18_iK-2016-05-04.pdf

1.1 Voraussetzung für Zahnersatz ...

als Leistung der KK ist ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes. Aufgrund dieses Heil- und Kostenplanes ergibt sich ein befundbezogener Festzuschuss der KK. D.h. der Zahnarzt (ZA) stellt die Diagnose (= Befund) und aufgrund dieses Befundes ermittelt die KK den Festbetrag, von dem sie – je nach Eintragungen im Bonusheft – zwischen 60 und max. 75% erstattet. (seit 1.10.2020, Änderung § 55 im TSVG): 60% werden immer gewährt, 70% dann, wenn das Bonusheft in den letzten 5 Jahren lückenlos ist und 75%, wenn das Bonusheft in den letzten 10 Jahren lückenlos ist. Im Bonusheft werden die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen eingetragen (1x pro Kalenderhalbjahr ist nötig für den erhöhten Zuschuss). Bis zum 30.9.2020 wurden zwischen 50 und max. 65% erstattet.

In welcher Form der Zahnersatz dann erfolgt, ist Entscheidung des/der Patienten/-in (in Absprache mit dem Zahnarzt). Je „luxuriöser“ der Zahnersatz erfolgt, desto mehr muss man zuzahlen. Die Bezuschussung richtet sich demnach nicht mehr nach der individuell durchzuführenden zahnärztlichen Therapie, sondern nach einer für den jeweiligen Zahnbefund vorgesehenen durchschnittlichen Regelversorgung.

Bsp: Ein Zahn links unten fehlt. Befund des ZA ist dann „Fehlender Zahn Nr. xy links unten“. Für diesen Befund ermittelt die KK dann den Festzuschuss. Um die Lücke zu schließen, gibt es mehrere Möglichkeiten: Z.B. einen herausnehmbaren Zahnersatz, eine Brücke, einen Stifzahn, ein Implantat ... Mit dem Festzuschuss ist eine Regelversorgung abgedeckt. Wenn man z.B. einen Stifzahn wünscht, muss man den Differenzbetrag zwischen der

Regelversorgung (diese ist in der Zahnersatz-Richtlinie festgelegt) und den Kosten des Stifzahnnes dazu bezahlen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien die Befunde, für die Festzuschüsse nach § 55 SGB V gewährt werden und ordnet diesen prothetische Regelversorgungen zu (§ 56 SGB V, Festzuschussrichtlinie, auf der Website der KZBV, <http://www.kzbv.de/richtlinien.73.de.html>). D.h. es gibt einen „Katalog“ mit Diagnosen und den dazu gehörigen Regelversorgungen.

Das BSG hat am 7.5.13 unter B 1 KR 5/12 R entschieden, dass auch ein an einem Gendefekt sämtlicher Zähne in Form der Dentinogenesis imperfecta leidendes Kind keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Versorgung mit Zahnersatz über den um 30% erhöhten Festzuschuss hinaus hat. Bei dieser Erkrankung ist die Dentinbildung (innere Zahnhartsubstanz) gestört. Es kommt sehr schnell, besonders an Milchzähnen, zu Abplatzungen des Zahnschmelzes, was zu einer schnellen Zerstörung und Abnutzung der Zähne führt. Die Zähne weisen ebenfalls eine erhöhte Kariesanfälligkeit auf. Das BSG bestätigte, dass es für eine über die in der Festzuschuss RL beschriebene und dementsprechend im genehmigten HKP festgesetzte Regelversorgung hinausgehende gleichartige Versorgung (§ 55 Abs 4 SGB V) auch nicht ansatzweise erkennbar sei, dass sie medizinisch indiziert sei.

Weiterhin entschied das BSG am 2.9.14 unter B 1 KR 12/13 R, dass **der Festzuschuss grundsätzlich rechtmäßig ist, auch bei Menschen mit Behinderungen**. Bei der Versorgung mit Zahnersatz bleibt die Leistung der Kasse auch dann auf einen Zuschuss beschränkt, wenn der Zahnersatz anderen als den zahnmedizinischen Zwecken dient oder integrierender Bestandteil einer anderen Behandlung ist. Auch aus Art. 25 S 3 Buchst. b UN-BRK können keine unmittelbaren Ansprüche abgeleitet werden, weil diese Norm keine Vorgaben enthält, die unmittelbar für Ansprüche GKV-Versicherter auf zahnprothetische Behandlung relevant sind.

1.2 Implantate und Reparaturen für Implantate

Bei Implantaten muss unterschieden werden in die sog. **implantologische Leistung** (d.h. das Einoperieren des Trägers für das Implantat in den Kiefer) und der sog. **Suprakonstruktion** (das ist dann der auf ein Implantat aufgesetzte Zahnersatz (implantatgestützter Zahnersatz). Das kann z.B. eine Krone, eine Totalprothese, aber auch eine Brücke sein.

Die implantologische Leistung gehört gem. § 28 (2) Satz 9 nicht zur zahnärztlichen Behandlung und darf auch nicht bezuschusst werden (außer in seltenen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien gem. § 92 (1) genau festlegt, sog. Ausnahmeindikatoren, BSG vom 13.07.2004, B 1 KR 37/02 R). Danach werden bei bestimmten medizinischen Ausnahme-Indikationen in besonders schweren Fällen (z.B. größere Gesichtsdefekte, die ihre Ursache in Tumoroperationen oder in Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten haben) sowohl die Kosten für die Implantate als auch für den darauf aufbauenden Zahnersatz (Suprakonstruktion) im Wege der Kostenerstattung als Sachleistung übernommen.

Auch für einen contergangeschädigten Menschen, der aufgrund seiner Missbildungen der oberen Extremitäten seit seiner Kindheit seine Zähne verstärkt einsetzen müsse (z.B. um Flaschen zu öffnen) und dessen Zähne daher übermäßig verschlissen waren, billigte das BSG am 4.3.14 unter B 1 KR 6/13 R keine Implantatversorgung als GKV-Leistung zu. Das BSG verwies auf die Contergan-Stiftung und auf Teile der Pflegeversicherung, die das Existenzminimum auch jenseits von SGB II und XII absichern würden.

Die Suprakonstruktion gehört gem. § 55 (1) als Wahlleistung zu den Leistungen der GKV. Für Suprakonstruktionen nach Erstversorgung mit Implantaten besteht Anspruch auf den Festzuschuss zur Versorgung der Befundsituation, die vor dem Setzen der Implantate bestand. Für die Erneuerung und Wiederherstellung (= Reparatur) von Suprakonstruktionen sind die entsprechenden Festzuschüsse nach der Befundklasse 7 der Festzuschuss-Richtlinien (https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3334/FZ-RL_2023-11-27_iK-2024-01-01.pdf) ansetzbar.

Sowohl bei der Erstversorgung als auch bei der Erneuerung oder der Wiederherstellung von Suprakonstruktionen werden für alle Leistungen im Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente, keine Kosten übernommen. Damit können sogar in Härtefällen (s.a. 1.3) keine Kosten von den Kassen für das eigentliche Implantat geltend gemacht werden, sondern nur für die Suprakonstruktion (BSG vom 03.09.2003, B 1 KR 9/02 R).

Am 7.5.13 entscheidet das BSG unter B 1 KR 19/12 R, dass auch ein Versicherter, bei dem genetisch bedingt nur 6 bleibende Zähne im Oberkiefer und 4 bleibende Zähne im Unterkiefer angelegt sind, keinen Anspruch auf implantologische Leistungen hat:

„Wie der Senat bereits zur Kieferatrophie entschieden hat, schließt das Tatbestandsmerkmal der medizinischen Gesamtbehandlung von vornherein Fallgestaltungen aus, in denen das **Ziel der implantologischen Behandlung nicht über die reine Versorgung mit Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit hinausreicht.** § 28 Abs 2 S 9 SGB V begrenzt den Anspruch auf Implantatversorgung auf **seltene Ausnahmeindikationen** für besonders schwere Fälle. Der Anspruch besteht nicht bereits, wenn Implantate zahnmedizinisch geboten sind (vgl zum Ganzen BSGE 88, 166, 169 = SozR 3 2500 § 28 Nr 5 S 28).“

1.3 Härtefälle

... sind ganz eindeutig im Gesetz geregelt und keine Ermessenentscheidung der KK, die man „verhandeln“ muss:

- Geringverdiener*innen (Einkommen unter 40% der Bezugsgröße gem. § 18 SGB IV)
- Empfänger*innen von lfd. Leistungen SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung, SGB II (hierzu auch BE vom 16.8.06), BAföG sowie nach dem BVG
- sowie Versicherte, die auf Kosten des SHT oder der Kriegsopferfürsorge in einem Heim untergebracht sind (eine Heimunterbringung in diesem Sinne liegt nur vor, wenn der Versicherte in dieser Einrichtung regelmäßig übernachtet)

Alle Härtefälle erhalten den doppelten Festzuschuss, sodass damit die Regelversorgung (medizinisch notwendige zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) zuzahlungsfrei abgesichert ist (§ 55 (2) SGB V).

Einkommengrenzen für Geringverdiener*innen:

Für das Jahr 2021 gilt:

- Alleinstehende 1.316,00 €
- mit einem Angehörigen 1.809,50 €
- jeder weitere Angehörige zusätzliche 329,00 €

Für das Jahr 2022 gilt (gleiche Werte wie 2021):

- Alleinstehende 1.316,00 €
- mit einem Angehörigen 1.809,50 €
- jeder weitere Angehörige zusätzliche 329,00 €

Für das Jahr 2023 gilt:

- Alleinstehende 1.358,00 €
- mit einem Angehörigen 1.867,25 €
- jeder weitere Angehörige zusätzliche 339,50 €

Für das Jahr 2024 gilt:

- Alleinstehende 1.414,00 €
- mit einem Angehörigen 1.944,25 €
- jeder weitere Angehörige zusätzliche 353,50 €

Werden diese Beträge überschritten, greift die gleitende Härtefallregelung:

1.3.1 Gleitende Härtefallregelung bei Einkommensüberschreitung der Härtefallgrenze (§ 55 (3))

Auszug aus SV-Haufe:

„Die Krankenkassen zahlen zusätzlich zu den Festzuschüssen einen weiteren einkommensabhängigen Betrag. Versicherte erhalten für die Kostenübernahme der Regelversorgung von der Krankenkasse den Betrag, um den die Festzuschüsse (einfacher Festzuschuss ohne Bonus) das 3-fache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Erbringung von 100 % der Regelversorgungskosten maßgebenden Einnahmegränze übersteigen.

Die Kostenübernahme insgesamt umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der Regelversorgung (100 %), jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Bei der Anwendung der "gleitenden Härtefallregelung" ist es unerheblich, ob die Zahnersatzversorgung als Regelversorgung, als gleichartige oder andersartige Versorgung erfolgt. Grundsätzlich ist die gleitende Härtefallregelung auf jeden Heil- und Kostenplan einzeln anzuwenden. Interimsversorgungen werden jedoch zusammen mit dem bleibenden Zahnersatz bewertet.

Die Feststellung des eventuellen zusätzlichen Zuschusses kann wegen der ggf. notwendigen Begrenzung auf die tatsächlichen Kosten regelmäßig erst nach Vorlage der Rechnung vorgenommen werden. Maßgebend sind die Bruttoeinnahmen in dem Monat vor Eingliederung des Zahnersatzes. Welche Einkünfte als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen sind, ergibt sich aus dem jeweils aktuellen Gemeinsamen Rundschreiben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt.“

Die Prüfung, ob eine unzumutbare Belastung wegen geringer Einnahmen zum Lebensunterhalt vorliegt, ist grundsätzlich für jeden Versicherten getrennt durchzuführen. Für die im Familienverbund zu berücksichtigenden Angehörigen sind allerdings die gesamten Einnahmen zum Lebensunterhalt des Familienverbundes bei Prüfung des Vorliegens einer unzumutbaren Belastung zu berücksichtigen. Das bedeutet, dass nicht für jeden Versicherten einer im gemeinsamen Haushalt lebenden Familie eine separate Prüfung der unzumutbaren Belastung durchgeführt werden muss. Es soll i.d.R. das Einkommen zugrunde gelegt werden, welches in dem Monat erzielt wurde, der dem Monat vorangeht, in dem der Heil- und Kostenplan zur Prüfung bei der Kasse eingereicht wurde. Bei stark schwankendem Einkommen ist ein längerer Zeitraum zugrunde zu legen (z.B. die letzten 3 Monate).

Ausführungen dazu mit Berechnungsbeispielen finden sich im Gemeinsamen Rundschreiben Nr. 04q vom 13.12.04 Nr. 3.3 zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen der Neuregelungen im Zahnersatzbereich ab 1.1.2005 (http://www.pv-quick.de/neu/m_anzeige.php?datei=gr_sonstige/gr_zahnersatz_010505.php). Es kann dann durchaus vorkommen, dass LE für Zahnersatz nicht den doppelten Festzuschuss erhalten, wenn keine lfd. Leistungen nach dem SGB XII gewährt werden, sondern z.B. lediglich ambulante Hilfe zur Pflege. Da die Leistungen im SGB XII auf die Leistungen der GKV beschränkt sind (§ 52 (1) SGB XII), wäre in diesen Fällen ein Darlehen gem. § 37 SGB XII zu prüfen.

Welche Einkünfte als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen sind, ergibt sich aus dem Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013, Fassung vom 18./19.6.2019 (https://www.vdek.com/vertragspartner/leistungen/zuzahlungen/_jcr_content/par/download_1500208867/file.res/Gemeinsames%20Rundschreiben%20vom%2004.12.2013%20in%20der%20Fassung%20vom%2018._19.06.2019%20zu%20Einnahmen%20zum%20Lebensunterhalt.pdf).

1.3.2 Härtefallberechnung, wenn nicht alle im Haushalt lebenden Menschen SGB II oder XII oder Bafög beziehen:

Gem. § 55 (2) S. 3 gelten als Einnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten auch die Einnahmen anderer, **im gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger** und Angehöriger des Lebenspartners.

Die Verfahrensgrundsätze zum § 62

https://www.vdek.com/vertragspartner/leistungen/zuzahlungen/_jcr_content/par/download/file.res/2021_06_17_Verfahrensgrundsaeetze.pdf

führen in der Nr. 4.1 auf, wer alles als „Angehöriger“ zu betrachten ist:

4.1 Zu berücksichtigende Angehörige

(1) Angehörige im Sinne des § 62 SGB V sind der/die im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten lebende/n

- Ehegatte/Lebenspartner,
- sonstigen Angehörigen (nur im Recht der landwirtschaftlichen Krankenversicherung),
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden, generell (unabhängig davon, ob sie familien-, pflicht-, freiwillig oder nicht gesetzlich versichert sind) und
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, sofern sie nach § 10 SGB V/§ 7 Abs. 1 KVLG 1989 familienversichert sind.

...

Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen sowie der Versicherte bilden den Familienverbund im Sinne dieser Verfahrensgrundsätze.

Damit scheint es so, als ob alle im Familienverbund lebenden Angehörigen zusammen betrachtet und „berechnet“ werden müssen. Allerdings zielt der Familienverbund bei Leistungsbezug nach dem SGB II oder XII auf die jeweilige Bedarfsgemeinschaft ab, die die Leistungsbehörde bildet (Verfahrensgrundsätze Nr. 4.1 Absatz 14):

(14) In Fällen des § 62 Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB V ist der Familienverbund nach Absatz (1) grundsätzlich als "Bedarfsgemeinschaft" im Sinne dieser Vorschrift anzusetzen. Sofern durch eine andere Behörde bereits eine "Bedarfsgemeinschaft" festgestellt wurde (insbesondere bei Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII), ist diese als Familienverbund im Sinne der weiteren Erläuterungen zu übernehmen, soweit sie nicht mehr Personen umfasst, als nach Absatz (1) Berücksichtigung finden.“

Damit ergibt sich eine neue Betrachtung, wenn nicht alle Mitglieder des Familienverbundes in der Bedarfsgemeinschaft leben, also nicht alle Mitglieder Leistungen nach dem SGB II, XII, Bafög etc. beziehen:

Beispiel 21: Ein Ehepaar lebt gemeinsam mit dem familienversicherten, behinderten Kind (20 Jahre alt) in einem Haushalt. Das Kind bezieht Hilfe zur Grundsicherung bei Erwerbsminderung nach § 41 Abs. 3 SGB XII. Die Unterhaltsansprüche des Kindes gegenüber den Eltern bleiben laut Bescheid des Sozialamtes unberücksichtigt (§ 43 Abs. 5 SGB XII), sodass das Kind und die Eltern insoweit keine „Bedarfsgemeinschaft“ bilden.

Lösung: Das Kind einerseits und die Eltern andererseits werden unabhängig voneinander mit den jeweiligen Einnahmen und Zuzahlungen des gesamten Kalenderjahres betrachtet, da zwar die Eltern und das Kind einen Familienverbund im Sinne des SGB V bzw. dieser Verfahrensgrundsätze darstellen, jedoch die Eltern nicht von der vom Sozialamt festgestellten Bedarfsgemeinschaft erfasst werden. Zudem könnte eine gemeinsame Betrachtung der Eltern und des Kindes ggf. dazu führen, dass der Anspruch des Kindes auf Grundsicherung infolge einer i.d.R. höheren Belastungsgrenze als nach § 62 Abs. 2 Satz 5 SGB V, geschmälert würde. Dies ist erkennbar nicht Zielsetzung des Gesetzgebers. Für das Kind ist der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Einnahme anzusetzen.

Bei der Berechnung der Belastungsgrenze für die Eltern ist kein Freibetrag für das Kind anzusetzen.

1.3.3 Kinder, die auf Kosten des SGB VIII (im Heim) untergebracht sind und Pflegekinder

Kinder, die auf Kosten des **SGB VIII im Heim** untergebracht sind, sind weder im § 55 noch in den Verfahrensgrundsätzen zu § 62 miteingefasst. Man kann versuchen, bei den Kassen eine analoge Anwendung des § 55 (2) Nr. 3 zu erwirken.

Zahnersatz für Kinder und Jugendliche kommt nicht so häufig vor, gelegentlich aber auch bei **Pflegekindern**. Pflegekinder sind nicht im Heim untergebracht. D.h. es muss bei Pflegekindern auf die Einkommensregelung im § 55 (2) Nr. 1 abgezielt werden: Wenn die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt 40% der monatlichen Bezugsgröße (ab 1.1.24 = 3.535,00 € (weitere Werte s.a. GLP 30.1), davon 40% = 1414,00 € ab 1.1.24) nicht überschreiten, wird ebenfalls der doppelte Festzuschuss gewährt. Nunmehr müssen daher die anzurechnenden Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt festgestellt werden.

Das GR vom 4.12.2013 regelt die Einnahmen zum LU. Aus dem tabellarischen Anhang der Einkommensarten mit Zuordnung „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ ergibt sich, dass Leistungen zum Unterhalt für Jugendliche gem. § 39 SGB VIII Einnahmen zum Lebensunterhalt darstellen. Gem. Nr. 1.2.2 des GR vom 4.12.13 sind einmalige Einnahmen zum Lebensunterhalt dem Kalenderjahr zuzuordnen, in dem sie ausgezahlt werden bzw. zufließen.

In dem gleichen GR vom 4.12.2013 wird unter der Nr. 10 „Pflegegeld für eine Kinderbetreuung aus öffentlichen oder privaten Mitteln“ weiter ausgeführt: „Personen, die ein fremdes Kind versorgen und erziehen, erhalten in bestimmten Fällen wegen der dadurch entstehenden Kosten finanzielle Leistungen aus öffentlichen bzw. privaten Mitteln (Pflegegeld im weiteren Sinne). Obwohl diese Leistungen (z. B. nach § 39 SGB VIII) dem Kind zustehen, dienen sie doch der Stärkung der Unterhaltsfähigkeit der Pflegeeltern in vollem Umfang und sind demnach bei der Beurteilung der Einkommensverhältnisse den Pflegeeltern als Einnahmen zum Lebensunterhalt zuzuordnen.“

Unter Betrachtung der Pflegeeltern plus Pflegekind als Familienverbund wäre es egal, bei wem die Leistungen gem. § 39 SGB VIII zugeordnet werden. Betrachtet man allerdings die Familie nicht als Familienverbund, ergibt sich ein neues Bild, denn dann hätte das Pflegekind keine anzurechnenden Einnahmen. Leider wurde bei den Verfahrensgrundsätzen gem. § 62 SGB V wieder einmal nur auf Bedarfsgemeinschaften mit Leistungsbezug SGB XII oder SGB II abgestellt. Dort gibt es eine klare Regelung: Getrennte Berechnung für alle, die keine Leistungen beziehen und für den/die Leistungsbezieherin SGB XII oder II (s.a. GLP 14.5.1.5.2.2). Genauso ist auch hier analog zu verfahren, da keine Unterhaltspflicht der Pflegeeltern gegenüber dem Pflegekind besteht. Es gibt daher keinen Grund, warum Pflegeeltern mit ihrem Einkommen für den Zahnersatz des Pflegekindes aufkommen sollen.

1.4 Restkosten

Weiterhin müssen **Restkosten bei gleichartiger Versorgung** (Versorgungsform entspricht der Regelversorgung, allerdings kommen weitere Elemente, wie z.B. zusätzliche Keramikverblendungen, hinzu) und **andersartiger Versorgung** (von der Regelversorgung abweichende Versorgungsform, z.B. anstatt einer herausnehmbaren Modellgussprothese eine festsitzende Brückenversorgung) als Zuzahlung vom Versicherten geleistet werden.

§ 55 (4) SGB V ist da eindeutig: „Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 SGB V aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.“
Genauere Regelungen finden sich in den GR vom 21.12.98, 21.12.99 und vom 21.12.04 (alle drei leider nicht im Netz, aufgrund des Informationsfreiheitsgesetzes – IFG – müsste man sie vom GKV-Spitzenverband anfordern: <https://www.gkv-spitzenverband.de/kontakt/kontakt>).

Auch Restkosten für Material (z.B. Edelmetallkosten), müssen vom Patienten selber aufgebracht werden, die Kosten werden auch nicht von Sozialämtern im Rahmen des SGB XII übernommen (Beschluss des LSG Nordrhein-Westfalen vom 22.8.05, L 1 B 6/05 SO). Beim Zahnarzt sollte bei Härtefällen daher gleich erklärt werden, dass keine Eigenleistungen erbracht werden können, die von der KK nicht getragen werden (z.B. Zuzahlungen für den Einsatz von bestimmten Edelmetallen).

Sollte eine Versorgung gewählt werden, die von der KK nicht zu 100% übernommen wird, ist eine Übernahme gem. § 24 (3) Nr. 3 SGB II ebenso ausgeschlossen wie gem. § 73 SGB XII:

1.4.1 Übernahme von Restkosten in Ausnahmefällen durch die KK?

Lt. Auskunft der GKV wird derzeit auf der Bundesebene der Kassen darüber diskutiert, ob Versicherte bei nachgewiesener Allergie gegen Nichtedelmetalle bzw. Nichtedelmetall-Legierungen Anspruch auf eine **eigenanteilsfreie** Regelversorgung mit einem gesundheitlich verträglichen Werkstoff haben. Derzeit werden dazu noch unterschiedliche Rechtsauffassungen vertreten.

Es gibt 2 BSG Urteile dazu: B 1 KR 9/99 R vom 6.10.99: „Ein höherer als der gesetzlich vorgesehene Zuschuss ist auch dann nicht gerechtfertigt, wenn der Zahnersatz deswegen erneuert werden muss, weil der vorangegangene aus unverträglichen Materialien besteht“ und 1 RK 40/93 vom 29.6.94: „Der Versicherte hat bei der Versorgung mit Zahnersatz auch dann nur einen Anspruch auf teilweise Kostenerstattung/Kostenübernahme, wenn die Versorgung mit Zahnersatz zur Beseitigung einer nicht dem zahnmedizinischen Bereich zuzuordnende Erkrankung (hier: Goldallergie) erforderlich ist“.

Vermutlich in 2014 oder 2015 wird das BSG darüber erneut entscheiden (B 1 KR 3/13 R). Die Vorinstanz, das LSG Sachsen, hatte am 24.1.12 entschieden (L 1 KR 87/10): „Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Goldinlays, soweit diese die einzige für sie in Betracht kommende zahnmedizinisch gebotene Versorgung darstellen.“ Die Versicherte hatte Allergien, die eine herkömmliche Zahnersatzversorgung ausschlossen.

1.4.2 Übernahme von Restkosten durch das SGB II, SGB XII oder SGB VIII?

Sollte eine Versorgung gewählt werden, die von der Kasse nicht zu 100% übernommen wird, ist eine Übernahme im SGB II ebenso ausgeschlossen wie im SGB XII:

§ 24 SGB II übernimmt die Anschaffung und Reparaturen von orthopädischen Schuhen, Reparaturen von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen sowie die Miete von therapeutischen Geräten. Zahnersatz fällt da inhaltlich nicht drunter. Auch das Eingliederungsbudget würde nicht greifen.

Im **SGB XII** wäre Zahnersatz inhaltlich in die Krankenhilfe gem. §§ 48 ff einzuordnen. Dort ist der Umfang auf den im SGB V beschränkt. § 73 SGB XII ist eine Kann-Leistung. Insbes.

unter Berücksichtigung der Tatsache, dass bei Wahl der Regelversorgung keine Eigenanteile/Zuzahlungen anfallen, sind Leistungen nicht möglich.

Das LSG Baden-Württemberg hat an 27.05.2014 unter L 2 SO 1625/13 entschieden, dass weder Restkosten für Zahnersatz noch Kosten für eine Implantatversorgung vom SHT übernommen werden, weder gem. § 48 ff. SGB XII noch gem. § 73 SGB XII.

Im **SGB VIII** wäre eine solche Versorgung nicht notwendig i.S.d. § 40 SGB VIII, denn die Regelversorgung deckt den zahnmedizinisch notwendigen Bedarf ab.

1.4.2.1 Situation für Leistungsbeziehende nach dem SGB II (§ 55 (2))

Damit fallen alle Leistungsbeziehenden nach dem SGB II, die in der GKV versichert sind, kraft Gesetz unter die Härtefallregelung. Obwohl die KK aus den Versichertendaten erkennen kann, dass ein Leistungsbezug nach dem SGB II vorliegt, muss zusammen mit dem Heil- und Kostenplan sowie dem Bonusheft der letzte Leistungsbescheid eingereicht und konkret die Gewährung des doppelten Festzuschusses (Härtefall) beantragt werden. Auch wenn die Voraussetzungen für einen Bonus von mehr als 60% nicht erfüllt sind (keine regelmäßigen und im Bonusheft dokumentierten Zahnuntersuchungen), muss der doppelte Festzuschuss von der KK gewährt werden.

Hilfslösungen sind daher entbehrlich, weil eine zuzahlungsfreie Zahnersatzversorgung in Deutschland gewährleistet ist. Auch eine Zahnzusatzversicherung ist nicht nötig, es sei denn, man möchte mit dieser Restkosten für Edelmetalle abdecken. Für Kinder sind Zahnzusatzversicherungen gem. Rz. 11.126 der fachlichen Weisungen der BA zum § 11, 11a und 11b SGB II nicht absetzbar. Zahnzusatzversicherungen werden von div. Unternehmen angeboten, die Leistungen sind unterschiedlich. Vor Abschluss einer solchen Versicherung sollte man einen Versicherungsmakler aufsuchen, der etliche Unternehmen „vertritt“ und von daher ein passgenaues Angebot machen kann. Die Beratungen bei diesen Agenturen sind i.d.R. kostenlos.

1.4.2.2 Situation für Leistungsbeziehende nach dem SGB XII (§ 55 (2))

Hier kann die KK anhand der Mitgliedschaft nicht erkennen, ob ein Leistungsbezug vorliegt (Ausnahme: Auftragsversorgung gem. § 264). Alle Menschen im SGB XII-Bezug fallen kraft Gesetz unter die Härtefallregelung. Auch hier muss in jedem Fall der Heil- und Kostenplan bei der KK eingereicht, ein Härtefallantrag gestellt und ein aktueller Leistungsbescheid eingereicht werden.

1.4.2.3 Zahnersatz-Restkosten für PKV-Versicherte im Leistungsbezug SGB II oder XII

Ein Problem könnte Zahnersatz bei LE werden, die in der PKV versichert sind und dort nicht im Basistarif (BT), sondern in einem Normaltarif. Jeder Normaltarif in den div. PKV-Unternehmen ist hinsichtlich Zahnersatz unterschiedlich, i.d.R. werden aber max. 85% der Kosten übernommen. Oft ist Zahnersatz betraglich pro Jahr begrenzt, häufig liegt der Betrag auch deutlich unter 85% der Kosten. Hier hilft nur ein Wechsel in den BT, der für SGB XII und -II-Empfänger*innen jederzeit möglich ist (§ 193 (5) i.V.m. § 204 (1) VVG). Der BT bietet Leistungen wie in der GKV und damit eine Versorgung ohne Restkosten.

Aufgrund der Wechselmöglichkeit in den BT können auch keine Restkosten aus dem SGB XII übernommen werden (nachrangiger Leistungsträger) und über den § 24 SGB II aus inhaltlichen Gründen nicht.

1.4.2.4 Zahnersatzreparaturen

... fallen genauso unter die Härtefallregelung wie Zahnersatz überhaupt, da nicht zwischen „Zahnersatz“ und „Zahnersatzreparatur“ unterschieden wird. Damit erübrigt sich auch die

Frage, ob Zahnersatz-(reparaturen) über den neuen § 24 Abs. 3 Nr. 3 SGB II oder ganz oder zum Teil über § 73 SGB XII zu übernehmen sind.

1.5 Zahnersatz für Ausländer*innen und Spätaussiedler*innen (§ 27 (2))

§ 27 (2) regelt einen eingeschränkten Leistungsanspruch für bestimmte Personen:

Versicherte, die sich nur vorübergehend im Inland aufhalten, Ausländer, denen eine Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 4 bis 5 des Aufenthaltsgesetzes erteilt wurde, sowie asylsuchende Ausländer, deren Asylverfahren noch nicht unanfechtbar abgeschlossen ist, haben Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz, wenn sie unmittelbar vor Inanspruchnahme mindestens ein Jahr lang Mitglied einer Krankenkasse (§ 4) oder nach § 10 versichert waren oder wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist.

Die gleiche Regelung (1 Jahr versichert oder ausnahmsweise unaufschiebbar) gilt für Vertriebene im Sinne des § 1 Abs. 2 Nr. 2 und 3 des Bundesvertriebenengesetzes sowie Spätaussiedler im Sinne des § 4 des Bundesvertriebenengesetzes, ihre Ehegatten, Lebenspartner und Abkömmlinge im Sinne des § 7 Abs. 2 des Bundesvertriebenengesetzes.

Die Regelung greift sowohl für regulär Versicherte, als auch für Versorgte gem. § 264 und daher auch für UMF/UMA! Für diesen Personenkreis kommen auch keine Leistungen der Krankenhilfe nach dem SGB VIII oder SGB XII infrage, da dort im § 52 SGB XII auf die Vorschriften und den Umfang im SGB V verwiesen wird (gleicher Verweis auch im § 40 SGB VIII). Zahnbehandlungen als solche incl. Austausch/Ersatz neuer Füllungen fallen nicht unter den Ausschluss, sondern nur Zahnersatz (Kronen, Brücken etc.).

Achtung: Die Einschränkung betrifft – neben den Spätaussiedler*innen und den Abkömmlingen – konkret nur die Ausländer*innen mit einer AE gem. § 25 (4) bis (5) AufenthG (und natürlich alle Asylsuchenden). Alle anderen AE's nach AufenthG führen zu einem sofortigen Anspruch auf Zahnersatz.

1.6 Zahnersatz für PKV-Versicherte

Ein Problem könnte Zahnersatz bei SGB II-Empfänger*innen werden, die in der PKV versichert sind und dort nicht im Basistarif (BT), sondern in einem Normaltarif. Jeder Normaltarif in den div. PKV-Unternehmen ist hinsichtlich Zahnersatz unterschiedlich, i.d.R. werden aber max. 85% der Kosten übernommen. Oft ist Zahnersatz betraglich pro Jahr begrenzt, häufig liegt der Betrag auch deutlich unter 85% der Kosten. Hier hilft nur ein Wechsel in den BT, der für SGB II-Empfänger*innen jederzeit möglich ist (§ 193 (5) i.V.m. § 204 (1) VVG). Der BT bietet Leistungen wie in der GKV und damit eine Versorgung ohne Restkosten.

Aufgrund der Wechselmöglichkeit in den BT können auch keine Restkosten aus dem SGB XII übernommen werden (nachrangiger Leistungsträger) und über den § 24 SGB II aus inhaltlichen Gründen nicht.

2. Anhang:

BE 16.08.2006 (Leistungsrecht)

TOP 01

**§ 55 Abs. 2 SGB V - Unzumutbare Belastung Zahnersatz;
(Teil-)Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II**

Sachstand:

Gemäß § 55 Abs. 2 Satz 1 SGB V haben Versicherte bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach § 55 Abs. 4 oder 5 SGB V einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Eine unzumutbare Belastung liegt u.a. vor, wenn der Versicherte Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch (SGB II) erhält (vgl. § 55 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V).

Die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende werden u. a. in Form von Geldleistungen, insbesondere zur Sicherung des Lebensunterhalts der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und der mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen, erbracht (vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 2 SGB II). Bei Personen, die in einer Bedarfsgemeinschaft leben, sind auch das Einkommen und Vermögen des Partners zu berücksichtigen. Ist in einer Bedarfsgemeinschaft nicht der gesamte Bedarf aus eigenen Kräften und Mitteln gedeckt, gilt jede Person der Bedarfsgemeinschaft im Verhältnis des eigenen Bedarfs zum Gesamtbedarf als hilfebedürftig (vgl. § 9 Abs. 2 SGB II). Somit erhalten ausdrücklich auch die mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen Leistungen (vgl. § 7 Abs. 2 Satz 1 SGB II).

Aus der Kassenpraxis wurde über Fallgestaltungen berichtet, wonach erwerbstätige versicherungspflichtige Mitglieder mit ihrem Einkommen zwar dem Grunde nach ihren eigenen Grundsicherungsbedarf, nicht jedoch aufgrund eines im gleichen Haushalt lebenden erwerbslosen Partners den Gesamtbedarf der Bedarfsgemeinschaft decken konnten und somit Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II bestand. Fraglich ist, ob diese erwerbstätigen Mitglieder aufgrund des Bezuges einer (Teil-)Leistung nach dem SGB II bei der Versorgung mit Zahnersatz als unzumutbar belastet i.S.d. § 55 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V gelten oder aber in diesen Fällen auf eine Bewertung nach § 55 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1, Satz 3 und 5 SGB V unter Berücksichtigung der insgesamt vorhandenen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt abzustellen ist.

Darüber hinaus ist ggf. zu klären, welche Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II den Tatbestand einer unzumutbaren Belastung i.S.d. § 55 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V auslösen können. Die Spitzenverbände der Krankenkassen hatten sich bereits im Rahmen der Umsetzung des § 62 SGB V mit der Definition von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II befasst. Konkret ging es dabei um die Frage, welche Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II dazu führen, dass gemäß § 62 Abs. 2 Satz 6 SGB V als Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft die Regelleistung nach § 20 Abs. 2 SGB II maßgeblich ist. Hierzu wurde die Auffassung vertreten, dass es sich um laufende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II handeln müsse (vgl. Verwaltungsvereinbarung zur Vorschrift über die Erstattung bzw. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gem. § 62 Abs. 1, 2 und 3 SGB V vom 1. Juli 2005, Abschnitt 4.2 Abs. 1 und TOP 2 der Niederschrift über die Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht am 14./15. September 2005 in Bergisch Gladbach). Danach fallen neben dem monatlichen Bezug der Regelleistungen nach § 20 Abs. 2 und ggf. 3 SGB II z. B. auch monatlich gewährte Leistungen für Unterkunft und Heizung nach § 22 Abs. 1 SGB II unter diese Definition.

Im Übrigen wurde hierbei von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auch die Auffassung vertreten, dass in Fällen, in denen die Regelleistungen nach § 20 Abs. 2 und ggf. 3 SGB II aufgrund von Einkommensanrechnungen z. B. in voller Höhe ruhen und deshalb allein Leistungen für Unterkunft und Heizung nach § 22 Abs. 1 SGB II bezogen werden, auch

der Bezug dieser laufenden (Teil-)Leistung dazu führt, dass als Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft die Regelleistung nach § 20 Abs. 2 SGB II maßgeblich ist.

Fraglich ist, ob die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Rahmen der Umsetzung des § 62 SGB V vorgenommene Definition von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II auch auf die Bewertung im Rahmen des § 55 Abs. 2 Satz Nr. 2 SGB V übertragen werden kann. Im Sinne einer einheitlichen Vorgehensweise war eine Beratung im Kreise der Spitzenverbände der Krankenkassen angezeigt.

Besprechungsergebnis:

Eine unzumutbare Belastung im Sinne des § 55 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V liegt für die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft auch dann vor, wenn die (teilweise) gewährte Leistung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II nicht die alleinige Einnahmequelle der Bedarfsgemeinschaft darstellt. Dabei muss es sich aber um laufende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II handeln. Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II mit einmaligem Charakter (z. B. Leistungen für mehrtägige Klassenfahrten im Rahmen der schulrechtlichen Bestimmungen) lösen keine unzumutbare Belastung im Rahmen des § 55 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V aus.