

SG_VERSICHERUNGSGERICHT EL 2010/2 vom 19. Oktober 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-10-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_EL_2010_2

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT EL 2010/2 du 19 octobre 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT EL 2010/2 del 19 ottobre 2010

Regeste

Art. 15 lit. a ELG. Die Frist von 15 Monaten zur Geltendmachung von Krankheits- und Behinderungskosten beginnt erst mit der Leistungsabrechnung der Krankenversicherung, die die jeweiligen Rechnungen der Leistungserbringer und den vom Versicherten zu tragenden Anteil ausweist, zu laufen. Der EL-Bezüger weiss erst in diesem Zeitpunkt definitiv, wie hoch die von ihm zu tragenden und mit EL zu deckenden Krankheits- und Behinderungskosten sind (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Oktober 2010, EL 2010/2).

Erwägungen

E. 1

1.1 Gemäss Art. 15 des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30) werden Krankheits- und Behinderungskosten vergütet, wenn die Vergütung innert 15 Monaten nach Rechnungsstellung geltend gemacht wird (lit. a) und die Kosten in einem Zeitabschnitt entstanden sind, während dem die antragstellende Person die allgemeinen Voraussetzungen für den Leistungsbezug (Art. 4 bis 6 ELG) erfüllte (lit. b). 1.2 Die Parteien tragen eine dahingehende Beweislast, dass im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zuungunsten derjenigen Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 121 V 208). Soweit sich die Beweislosigkeit im Leistungsrecht ergibt, wird dies in der Regel dazu führen, dass die leistungsbeanspruchende Partei ihr Begehren nicht durchzusetzen vermag (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. 2009, Rz 39 zu Art. 43; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. 2003, S. 451).

E. 2

2.1 Der Beschwerdeführer machte in der Beschwerde geltend, die Belege über die Krankheits- und Behinderungskosten grundsätzlich immer der AHV-Zweigstelle seiner jeweiligen Wohngemeinde eingereicht zu haben. Nach Lage der Akten wurden die Belege vor dem offenbar im Frühjahr 2008 erfolgten Wohnsitzwechsel des Beschwerdeführers von A.____ nach B.____ von der AHV-Zweigstelle A.____ jeweils am Tag des Eingangs an die EL-Durchführungsstelle der SVA weitergeleitet (EL-act. 27, 25, 22). In der neuen Wohngemeinde B.____ leitete die zuständige AHV-Zweigstelle gemäss den Akten offenbar erstmals am 14. April 2009 Belege über Krankheitskosten an die SVA weiter (EL-act. 20). 2.2 Die der Beschwerdegegnerin offenbar am 22. Juni 2009 zugegangenen Leistungsabrechnungen der Krankenversicherung datieren vom 7. Juni und 1. Juli 2008 sowie vom 11., 15. und 18. April 2009 (EL-act. 15). Die drei im vorliegenden Verfahren relevanten Rechnungen von Zahnarzt und D.____ sind alle mit Betrag auf der

Krankenkassenabrechnung vom 1. Juli 2008 aufgeführt und betreffen Leistungen von Februar und März 2007 und vom 21. Dezember 2007 (EL-act. 15-4 f.). Die Krankenkassenabrechnung vom 1. Juli 2008 selbst trägt keinen Eingangsstempel. Sie wurde jedoch wie die den Eingangsstempel 22. Juni 2009 tragende Krankenkassenabrechnung vom 18. April 2009 in der Nummerierung der EL-Akten unter die Ziff. 15 subsumiert, was darauf schliessen lässt, dass die Abrechnung vom 1. Juli 2008 zusammen mit jener vom 18. April 2009 eingereicht wurde. Aus beweisrechtlicher Sicht wäre allerdings zu wünschen, dass die EL-Durchführungsstelle sämtliche Seiten der ihr zugehenden Aktenbündel mit Eingangsstempeln versieht. 2.3 Nicht aktenkundig ist, wer die der SVA offenbar am 22. Juni 2009 zugegangenen Akten eingereicht hat. Ein Überweisungsblatt der AHV-Zweigstelle fehlt. Die Beschwerdegegnerin hielt am 6. August 2010 fest, die Unterlagen könnten nicht von der AHV-Zweigstelle elektronisch übermittelt worden sein, weil die Akten bei jener Übermittlungsart nicht mit einem Post-Eingangsstempel versehen würden. Daraus schliesst die Beschwerdegegnerin, dass der Beschwerdeführer diese Akten selbst auf dem Postweg eingereicht habe. Der Beschwerdeführer erinnert sich gemäss seinem Schreiben vom 4. September 2010, im Frühsommer 2009 Unterlagen direkt an eine ihm namentlich bekannte Sachbearbeiterin der SVA St. Gallen geschickt zu haben, weil er in seiner neuen Wohngemeinde B.____ noch keinen Ansprechpartner in der AHV-Zweigstelle gehabt habe. Eine Sachbearbeiterin der EL-Durchführungsstelle der SVA war ihm mit Namen bekannt, weil sie mit Schreiben vom 5. Mai 2009 eine Spitex-Rechnung bei ihm einverlangt und er ihr diese am 19. Mai 2009 zugesandt hatte (EL-act. 17-1). Vor diesem Hintergrund ist überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer die unter den Nummern EL-act. 14-1 bis 14-10 sowie 15-1 bis 15-6 am 22. Juni und 6. Juli 2009 erfassten Akten direkt an jene Sachbearbeiterin der SVA St. Gallen gesandt hat. Andere direkte Zusendungen an die SVA sind nicht aktenkundig. Referenzzeitpunkt für die Beurteilung der Einhaltung der 15-Monats-Frist des Art. 15 lit. a ELG ist folglich der 22. Juni 2009.

E. 3

3.1 Zu prüfen bleibt, wann die Frist des Art. 15 lit. a ELG zu laufen begann. Für die Geltendmachung des Vergütungsanspruchs der Krankheits- und Behinderungskosten muss nicht die Rechnung selbst eingereicht werden, da sie nur ein Beweismittel ist, das dazu dient, die Existenz der mit dem Vergütungsgesuch geltend gemachten Kosten zu belegen. Bei der Frist von 15 Monaten handelt es sich nur um eine den Vollzug erleichternde Regelung, folglich um eine Ordnungsfrist (anders offenbar das Eidgenössische Versicherungsgericht in ZAK 1974 S. 54 ff., E. 1), die erstreckt werden kann, wenn besondere Verhältnisse dies erfordern (vgl. Ralph Jöhl, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, in: SBVR XIV, Soziale Sicherheit, 2. Aufl. Basel 2007, S. 1869 Rz. 326). 3.2 Art. 14 Abs. 1 lit. g ELG nennt unter den vergütungsfähigen Krankheits- und Behinderungskosten die Kostenbeteiligung nach Art. 64 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10). Dieser hält in Abs. 2 fest, dass die Kostenbeteiligung der Versicherten aus einem festen Jahresbetrag (Franchise) und 10% der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) besteht. Die von den Versicherten unter den Titeln Franchise und Selbstbehalt zu bezahlenden Kosten lassen sich den jeweiligen Leistungsabrechnungen der Krankenversicherung entnehmen. Unabhängig davon, ob die Krankenversicherung ihre Leistungen im System des tiers garant oder des tiers payant erbringt, steht die Höhe der Leistungspflicht des EL-Bezügers erst mit Erhalt der Krankenversicherungsabrechnungen definitiv fest. Die Frist von 15 Monaten beginnt deswegen erst mit dem Erhalt der

Abrechnung zu laufen. Dasselbe hat analog bei der Rückvergütung von Krankheits- und Behinderungskosten zu gelten, für die allfällige Krankenzusatzversicherungen gestützt auf Art. 14 Abs. 1 lit. a bis f ELG (bzw. die darauf fussende kantonale Ausführungsgesetzgebung) ganz oder teilweise aufkommen. 3.3 Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass für den Beginn des Fristenlaufs die Rechnungsdaten der Leistungserbringer massgebend seien. Die Rechnung der D. ___ für Februar 2007 datiert vom 28. Februar 2007 (EL-act. 11-4), jene für März 2007 vom 31. März 2007 (EL-act. 11-5) und jene von Dr. med. dent. Dr. h.c. E. ___ vom 27. Dezember 2007 (EL-act. 11-3). Bei Rechnungsstellung war dem Beschwerdeführer noch nicht bekannt, ob bzw. in welcher Höhe er letztlich tatsächlich leistungspflichtig wäre. Er reichte die Rechnungen seiner Krankenversicherung zur (anteiligen) Rückvergütung ein. Diese bezahlte aus der Zusatzversicherung F. ___ gemäss dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) an die Rechnung der D. ___ vom 28. Februar 2007 Fr. 60.- (Rechnungstotal Fr. 125.-), an jene vom 31. März 2007 Fr. 224.- (Rechnungstotal Fr. 448.-) und an die Zahnarztrechnung Fr. 100.- (Rechnungstotal Fr. 248.75). Erst mit Erhalt der Leistungsabrechnung der Krankenversicherung vom 1. Juli 2008 hatte der Beschwerdeführer also Kenntnis darüber, in welcher Höhe er für die drei Rechnungen definitiv aufkommen musste bzw. in welcher Höhe er gegenüber der EL-Durchführungsstelle Kostenrückerstattung beantragen konnte. Zwar wäre es ihm möglich gewesen, die drei Rechnungen der EL-Durchführungsstelle bereits unmittelbar nach Bezahlung einzureichen. Da er jedoch verpflichtet ist, vor Einreichung eines Gesuchs um Rückvergütung von Krankheits- und Behinderungskosten andernorts (so auch bei der Krankenzusatzversicherung) bestehende Leistungsansprüche durchzusetzen, hätte die EL-Durchführungsstelle mit den Rechnungen ohnehin noch nichts anfangen können, sondern die Leistungsabrechnung der Krankenversicherung abwarten müssen. Folglich beginnt die Frist gemäss Art. 15 lit. a ELG nicht bereits mit dem Rechnungsdatum des jeweiligen Leistungserbringers zu laufen, sondern erst mit der massgebenden Abrechnung der Kranken(zusatz)versicherung, die die definitive Höhe der verbleibenden Zahlungspflicht des Beschwerdeführers ausweist. Dies ist vorliegend die Abrechnung vom 1. Juli 2008. Die Frist zur Einreichung dieser Abrechnung und der dieser zugrunde liegenden Rechnungen der Leistungserbringer lief folglich nicht vor Ende September 2009 aus. Die Einreichung per 22. Juni 2009 war daher fristwährend.

E. 4

4.1 Gemäss den vorstehenden Erläuterungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids gutzuheissen und die Sache zur Festsetzung der Rückvergütungshöhe an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 4.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). 4.3 Die Kantone verfügen seit 1. Januar 2008 im Bereich der Krankheits- und Behinderungskosten über erweiterte Regelungskompetenzen. Die Krankheits- und Behinderungskosten sind jedoch weiterhin den bundesrechtlichen ordentlichen EL (und nicht den kantonalrechtlichen ausserordentlichen EL) zuzurechnen. Die Frist von 15 Monaten für die Geltendmachung der Krankheits- und Behinderungskosten hat der Bundesgesetzgeber aufgestellt. Der vorliegende Entscheid ist daher auf dem bundesrechtlichen Rechtsweg (Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht) und nicht nach dem kantonalrechtlichen Verwaltungsrechtspflegegesetz (Beschwerde beim kantonalen Verwaltungsgericht) anfechtbar (vgl. auch den Entscheid EL 2008/53 des Einzelrichters des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Februar 2009, E. 4). Demgemäss hat

das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 23. November 2009 gutgeheissen und die Sache im Sinn der Erwägungen zur Festsetzung und Rückvergütung der Krankheits- und Behinderungskosten an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.