

SG_VERSICHERUNGSGERICHT EL 2018/51 vom 22. März 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-03-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_EL_2018_51

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT EL 2018/51 du 22 mars 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT EL 2018/51 del 22 marzo 2019

Regeste

Art. 2 Abs. 2 ELG, Art. 14 Abs. 1 und 2 ELG, Art. 4bis Abs. 3 ELG-SG, Art. 14 Abs. 2 VKB-SG. Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten. In Art. 14 Abs. 1 ELG hat der Bundesgesetzgeber Krankheits- und Behinderungskosten aufgezählt, die die Kantone im Rahmen einer wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungserbringung mindestens vergüten müssen. Gestützt auf Art. 14 Abs. 2 i.V.m. Art. 2 Abs. 2 ELG können die Kantone darüberhinausgehende Kostenübernahmen vorsehen und dabei abgesehen von der Wirtschaftlichkeit und der Zweckmässigkeit weitere Kriterien bestimmen. Transportkosten zum nächstgelegenen Behandlungsort werden unabhängig davon, ob die Behandlungskosten durch die obligatorische oder durch die freiwillige Krankenversicherung übernommen werden, vergütet, sofern sie wirtschaftlich und zweckmässig sind. Rückweisung zur weiteren Sachverhaltsabklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. März 2019, EL 2018/51).

Erwägungen

E. 1

Im Rahmen des angefochtenen Einspracheentscheides vom 11. September 2018 hat die Beschwerdegegnerin Transportkosten, die aufgrund von zwölf im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung übernommenen Behandlungen in B.____ entstanden sind, mit Fr. 84.--/Tag vergütet. Die Übernahme der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten, von Mai 2015 bis Juli 2016 entstandenen Transportkosten in Höhe von insgesamt Fr. 6'150.-- (15 × Fr. 410.-- [Preis für ein Monatsabo]) sowie der Krankheitskosten in Höhe von insgesamt Fr. 7'840.20 (vgl. act. G 3.3/42) hat die Beschwerdegegnerin abgelehnt (act. G 3.3/16). Strittig ist somit im vorliegenden Beschwerdeverfahren, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf die Vergütung von Krankheitskosten in Höhe von Fr. 7'840.20 und einen Anspruch auf die Vergütung der Transportkosten in Höhe von Fr. 6'150.-- für die von Mai 2015 bis Juli 2016 durchgeführten und teilweise durch die Zusatzversicherung übernommenen Behandlungen bei Dr. C.____ in B.____ hat.

E. 2

2.1 Zunächst ist zu prüfen, ob die geltend gemachten Kosten in Höhe von insgesamt Fr. 7'840.20 für die medizinischen Behandlungen von August 2015 bis April 2016 und von März bis Dezember 2017 (vgl. act. G 1) durch die EL übernommen werden müssen. 2.2 Gemäss Art. 14 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG, SR 831.30) vergüten die Kantone den Bezügerinnen und Bezügerern einer jährlichen Ergänzungsleistung ausgewiesene, im

laufenden Jahr entstandene Kosten für die Kostenbeteiligung nach Art. 64 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10). Während der Art. 64 KVG die Modalitäten der Kostenbeteiligung der versicherten Personen regelt, bestimmt der Art. 1 KVG den Geltungsbereich des Gesetzes und somit den Rahmen, in welchem diese auch für die Ergänzungsleistungen relevante Kostenbeteiligung stattfindet. So regelt das KVG die soziale Krankenversicherung, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Taggeldversicherung umfasst. Die gemäss Art. 14 Abs. 1 lit. g ELG vergütungsfähigen Kostenbeteiligungen beziehen sich also auf Leistungen der Krankenkassen, die Gegenstand der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind (vgl. auch RALPH JÖHL, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, in: Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Band XIV Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, Rz 266). Das st. gallische Ergänzungsleistungsgesetz (sGS 351.5; ELG-SG) sieht in seinem Art. 1 Abs. 1 grundsätzlich vor, dass sich der Anspruch auf ordentliche Ergänzungsleistungen nach der Bundesgesetzgebung richtet. Gemäss Art. 4bis Abs. 1 ELG-SG beschränkt sich der Anspruch auf die Vergütung der ausgewiesenen Krankheits- und Behinderungskosten nach Art. 14 Abs. 1 Bst. a bis g des ELG auf die im Rahmen einer wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungserbringung erforderlichen Ausgaben, soweit diese nicht Versicherer oder Dritte decken. Art. 4bis Abs. 2 ELG-SG anerkennt Pflichtleistungen, die von Versicherern der obligatorischen Sozialversicherung angerechnet wurden, als wirtschaftlich und zweckmässig. Kosten, die den Leistungskatalog einer obligatorischen Sozialversicherung übersteigen, werden demnach in der Regel nicht vergütet. Eine Ausnahme von dieser Regelung hat der st. gallische Gesetzgeber in Art. 4bis Abs. 3 ELG-SG vorgesehen, gemäss welchem die Kosten für Leistungen, die ausserhalb des Geltungsbereichs der obligatorischen Sozialversicherungen erbracht wurden, ausnahmsweise vergütet werden, wenn deren medizinische Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit nachgewiesen sind.

E. 2.3

2.3.1 Im Schreiben vom 15. März 2018 hat die Beschwerdeführerin in Bezug auf die Krankheitskosten in Höhe von Fr. 7'840.20 unter dem Titel "Aktuelle Therapie und ärztlicher Kostenanteil zu Lasten von A.____" auf die beiliegenden Krankenkassenabrechnungen verwiesen. Gemäss Art. 15 lit. a ELG muss die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten innert 15 Monaten nach Rechnungsstellung geltend gemacht werden. Diese Frist ist in Bezug auf die am 15. März 2018 erstmalig geltend gemachten, aus den Krankenkassenabrechnungen vom 20. November 2015, 27. Januar 2016, 17. Februar 2016, 30. März 2016 und 25. Mai 2016 hervorgehenden Krankheitskosten bereits abgelaufen gewesen. Ein allfälliger Vergütungsanspruch ist somit verwirkt.

2.3.2 In Bezug auf die von der Beschwerdeführerin am 15. März 2018 geltend gemachten, aus den genannten Krankenkassenabrechnungen hervorgehenden und im Rahmen des Selbstbehalts entstandenen Kosten von Fr. 5'118.85 ist die Beschwerde ebenfalls ohne Weiteres abzuweisen.

2.3.3 In Bezug auf die übrigen Krankenkassenabrechnungen vom 2. Juni 2017, 24. Mai 2017, 2. Oktober 2017, 15. Dezember 2017, 10. Januar 2018 und 7. Februar 2018 ist festzuhalten, dass die Krankenkasse der Beschwerdeführerin die Rechnungen von J.____ (Fr. 446.90), von Dr. med. K.____ (Fr. 163.35 abzüglich nicht versicherter Kosten von Fr. 15.--) und von der Apotheke Dr. L.____ (Fr. 46.10) direkt bezahlt und dabei keinen Selbstbehalt der Beschwerdeführerin berücksichtigt hat. Diese bereits vollumfänglich durch die Krankenkasse übernommenen Kosten in Höhe von insgesamt Fr. 641.35 können nicht

nochmals durch die EL-Durchführungsstelle vergütet werden, da sie das Vermögen der Beschwerdeführerin ja gar nicht belastet haben. Auch in diesem Betrag ist die Beschwerde also abzuweisen.

2.3.4 Zu prüfen bleibt, ob die im Rahmen des von der freiwilligen Krankenversicherung der Beschwerdeführerin vorgesehenen Selbstbehalts durch die Beschwerdeführerin getragenen Krankheitskosten in Höhe von Fr. 2'065.-- sowie die nicht von der Krankenkasse übernommenen Kosten für "SALVIA Wild Tropfen" von Fr. 15.-- durch die EL vergütet werden müssen.

2.4 Gemäss Art. 16 ELG werden die Leistungen nach Art. 14 ELG durch die Kantone finanziert. In Art. 2 Abs. 2 ELG gewährt der Bundesgesetzgeber den Kantonen die Freiheit, über den Rahmen des ELG hinausgehende Leistungen zu bezeichnen und dafür besondere Voraussetzungen festzulegen. Der in Art. 14 Abs. 1 ELG aufgeführte Leistungskatalog kann unter diesen Umständen nicht als abschliessend betrachtet werden, sondern muss vielmehr als eine "Mindestaufzählung" zugunsten der EL-Bezüger interpretiert werden, in deren Umfang die Kantone in jedem Fall Leistungen erbringen müssen. In diesem Zusammenhang wird erkennbar, dass die beiden Sätze in Art. 14 Abs. 2 ELG voneinander getrennt betrachtet werden müssen. Der Art. 14 Abs. 2 Satz 1 ELG gewährt den Kantonen nämlich i.V.m. Art. 2 Abs. 2 ELG die Freiheit, auch ausserhalb der Leistungen, die die Kantone gemäss Art. 14 Abs. 1 ELG auf jeden Fall vergüten müssen, eine Übernahme von Krankheits- und Behinderungskosten vorzusehen. Der Art. 14 Abs. 2 Satz 2 ELG schreibt den Kantonen hingegen sowohl bei der Beschränkung der in Art. 14 Abs. 1 ELG vorgesehenen "Mindestaufzählung", als auch bei der Erweiterung derselben eine Beschränkung der Vergütungspflicht auf jene Kosten vor, die durch eine wirtschaftliche und zweckmässige Behandlung entstanden sind.

2.5 Der st. gallische Gesetzgeber hat also in Art. 4bis Abs. 3 ELG-SG die Möglichkeit der Ausrichtung von ausserhalb der in Art. 14 Abs. 1 ELG aufgezählten, auf jeden Fall durch die Kantone zu übernehmenden Leistungen liegender Krankheits- und Behinderungskosten vorsehen dürfen. Mit anderen Worten hat er die Kostenübernahme nach Art. 14 Abs. 1 lit. g ELG grundsätzlich auf Leistungen ausdehnen dürfen, die nicht zumindest teilweise durch die obligatorische Krankenversicherung gedeckt sind. Diesbezüglich ist der Vollständigkeit halber anzumerken, dass die EL-Durchführungsstelle bei der Bestimmung der im Rahmen des Art. 4bis Abs. 3 ELG-SG anrechenbaren Leistungen nicht durch den in den Art. 3 ff. der Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (sGS 351.53; VKB) vorgesehenen Leistungskatalog beschränkt ist. Auf Bundesebene ist die "Minimalliste" der durch die Kantone zu vergütenden Krankheits- und Behinderungskosten nämlich auf Gesetzesstufe erlassen worden, weshalb eine allfällige Ausdehnung dieser Liste auf kantonaler Ebene ebenfalls auf Gesetzesstufe zu erfolgen hätte. Der st. gallische Gesetzgeber hat auf Gesetzesstufe jedoch weder eine weiterführende Auflistung vorgesehen, noch hat er die entsprechende Kompetenz an den st. gallischen Verordnungsgeber delegiert. Daher muss davon ausgegangen werden, dass der auf der Verordnungsstufe in Art. 3 ff. VKB erlassene Leistungskatalog nicht abschliessend ist, sodass gestützt auf die kantonale Gesetzesnorm Art. 4bis Abs. 3 ELG-SG auch darüber hinausgehende Leistungen übernommen werden können. Nach dem Gesagten könnten die durch die Beschwerdegegnerin geltend gemachten, im Rahmen des Selbstbehalts entstandenen Kosten für nicht durch die obligatorische Krankenversicherung übernommenen Behandlungen also grundsätzlich vergütet werden. Allerdings hat der st. gallische Gesetzgeber in Art. 4bis Abs. 3 ELG-SG die Möglichkeit der Kostenübernahme eingeschränkt und verlangt, dass die Leistungen nicht nur die Kriterien der Wirtschaftlichkeit und der Zweckmässigkeit, sondern zusätzlich auch das Kriterium der

medizinischen Notwendigkeit erfüllen müssen. Die Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, dass das Kriterium der medizinischen Notwendigkeit – unabhängig davon, dass die konkreten Behandlungen es in ihrem Fall erfüllten – bundesrechtswidrig sei, weil die Übernahme von Leistungen gemäss Art 14 Abs. 2 ELG nur im Rahmen einer wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungserbringung beschränkt werden dürfe. Wie bereits erwähnt, hat der Bundesgesetzgeber in Art. 14 Abs. 2 Satz 2 ELG tatsächlich vorgesehen, dass die durch die Kantone gestützt auf Art. 14 Abs. 1 ELG übernommenen Krankheits- und Behinderungskosten (damit sind sowohl die im Bundesgesetz aufgezählten, als auch die durch die Kantone bestimmten, darüber hinausgehenden Krankheits- und Behinderungskosten gemeint) die Voraussetzungen der Wirtschaftlichkeit und der Zweckmässigkeit erfüllen müssen. Weil der st. gallische Gesetzgeber gestützt auf Art. 14 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. Art. 2 Abs. 2 ELG in Art. 4bis Abs. 3 ELG-SG jedoch ausnahmsweise auch eine über die in Art. 14 Abs. 1 ELG aufgezählten Leistungen hinausgehende Kostenübernahme vorsieht, ist es ihm aufgrund der expliziten Ermächtigung in Art. 2 Abs. 2 ELG gestattet gewesen, mit der medizinischen Notwendigkeit ein weiteres Kriterium vorzusehen. Es ist deshalb zu prüfen, ob der durch die Beschwerdeführerin geltend gemacht Selbstbehalt in Höhe von Fr. 2'065.-- sowie die von der Krankenkasse nicht übernommenen Kosten von Fr. 15.-- medizinisch notwendig, wirtschaftlich und zweckmässig gewesen sind.

2.6 In Bezug auf die medizinische Notwendigkeit ist zu berücksichtigen, dass die Krankenversicherungen, unabhängig davon, ob sie obligatorisch, halbprivat oder privat sind, die ihnen zur Verfügung stehenden Gelder nur für vom Versicherungszweck abgedeckte Leistungen und ausserdem ökonomisch sinnvoll nutzen müssen. Deshalb besteht kein Zweifel daran, dass sie ausschliesslich Kosten für Leistungen übernehmen, die medizinisch notwendig sind. Weil es sich bei den im Umfang von Fr. 2'065.-- geltend gemachten Kosten um Selbstbehalte bei grösstenteils durch die freiwillige Krankenversicherung der Beschwerdeführerin übernommenen Behandlungskosten handelt, steht deshalb mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass die betreffenden Leistungen medizinisch notwendig gewesen sind. Auch die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit sind aufgrund der Übernahme der Behandlungskosten durch die freiwillige Krankenversicherung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, weil kein Grund zur Annahme besteht, dass sie sinnlose oder überbeuerte Leistungen übernehmen würde. Der Selbstbehalt der Beschwerdeführerin in Höhe von Fr. 2'065.-- muss somit gestützt auf Art. 4bis Abs. 3 ELG-SG im Rahmen der Krankheits- und Behinderungskosten vergütet werden. In diesem Umfang ist die Beschwerde gutzuheissen.

2.7 Die medizinische Notwendigkeit der Kosten von Fr. 15.-- für die "SALVIA Wild Tropfen" kann hingegen nicht ohne Weiteres bejaht werden. Es handelt sich dabei um Tropfen, die bei Zahnfleischbluten und Mund- und Rachenentzündungen sowie übermässigem Schwitzen und Nervosität Anwendung finden und ohne ärztliche Verordnung in Apotheken und Drogerien erhältlich sind (vgl. <https://compendium.ch/mpro/mnr/3116/html/de#7100>, zuletzt abgerufen am 26. März 2019). Aus der Krankenkassenabrechnung vom 2. Oktober 2017 geht hervor, dass die Kosten für diese Tropfen im Rahmen der Rechnung für die Behandlungsperiode vom 3. bis 4. Juli 2017 von Fr. 163.35 aufgeführt gewesen sind. Von dieser Rechnung sind jedoch nur Fr. 148.35 von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen worden. In Bezug auf die SALVIA Wild Tropfen ist festgehalten worden, dass diese Leistung nicht versichert sei (act. G 3.3/42-14). Weil die Krankenkasse diese Kosten also explizit ausgeschlossen hat, erscheint es als überwiegend wahrscheinlich, dass die medizinische Notwendigkeit weder

aus Sicht der obligatorischen noch aus der Sicht der freiwilligen Krankenversicherung ausgewiesen gewesen ist. Die entsprechenden Fr. 15.-- können somit nicht im Rahmen des Art. 4bis Abs. 3 ELG-SG übernommen werden. Die Beschwerde der Beschwerdeführerin ist diesbezüglich abzuweisen.

E. 3

3.1 Weiter hat die Beschwerdeführerin geltend gemacht, ihr seien die aufgrund der medizinisch notwendigen Behandlungen in B.____ entstandenen Transportkosten in Höhe von insgesamt Fr. 6'150.-- zu vergüten. Weil sie während der 15 Monate, in denen sie bei Dr. C.____ in Behandlung gewesen sei, wöchentlich drei bis fünf Mal nach B.____ habe fahren müssen, habe sie ein "Bahnabonnement mit Halbtax 2. Klasse, E.____ - B.____" für monatlich Fr. 410.-- gekauft (act. G 3.3/42). Konkret handelt es sich um die im Zeitraum von November 2015 bis Juli 2016 entstandenen Transportkosten, weil die von Mai bis Juli 2015 angefallenen Transportkosten (vgl. act. G 3.3/42-1 f.) aufgrund der Verwirkung gemäss Art. 15 ELG von vornherein nicht mehr vergütet werden können und die im August, September und Oktober 2015 entstandenen Kosten bereits in der Vergangenheit vergütet worden sind (vgl. act. G 3.1/7, 56; vgl. auch E.2.3). Die Beschwerde ist deshalb in Bezug auf die geltend gemachten Transportkosten für Mai bis Oktober 2015 abzuweisen.

3.2 Gemäss Art. 14 Abs. 1 lit. e ELG besteht ein Anspruch auf die Übernahme der ausgewiesenen, im laufenden Jahr entstandenen Kosten für Transporte zur nächstgelegenen Behandlungsstelle. In Art. 14 VKB-SG hat der st. gallische Verordnungsgeber nicht nur die Vergütung der durch einen Notfalltransport oder durch eine notwendige Verlegung entstandenen Transportkosten, sondern auch der Kosten für Transporte zum nächstgelegenen medizinischen Behandlungsort vorgesehen. Letztere werden gemäss Art. 14 Abs. 2 VKB-SG im Umfang der den Preisen der öffentlichen Transportmittel der 2. Klasse für Fahrten auf dem direkten Weg entsprechenden Kosten vergütet. Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung zur damals noch ausschliesslich bundesrechtlichen Regelung der Krankheitskostenvergütung durften die Transportkosten nur dann vergütet werden, wenn sie die unvermeidliche Folge einer notwendigerweise auswärts vorzunehmenden Behandlung darstellten, die ihrerseits zu abziehbaren Krankheitskosten geführt hatte (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 15. November 2002, P 32/02, E.5.1). Weil mittlerweile jedoch die Kompetenz zur Bezeichnung der in Art. 14 Abs. 1 ELG aufgezählten Kosten bei den Kantonen liegt, ist diese Praxis nicht mehr massgebend. Im Art. 14 Abs. 1 lit. e ELG und im Art. 1 ELG-SG lassen sich keine Hinweise darauf finden, dass die Übernahme der Transportkosten ausschliesslich auf jene medizinischen Behandlungen beschränkt wäre, die gemäss Art. 14 Abs. 1 ELG abzugsfähig sind. Deshalb besteht kein Grund zur Annahme, dass die Vergütung der Transportkosten nur bei jenen medizinischen Behandlungen möglich sein soll, die durch die obligatorische Krankenversicherung gedeckt sind. Somit sind beispielsweise Transportkosten zu Zahnbehandlungen oder zu ärztlich angeordneten Badekuren zu übernehmen, auch wenn diese Behandlungen nicht unter den Leistungskatalog der obligatorischen Krankenversicherung zu subsumieren sind. Deshalb ist einzig auf die in Art. 14 Abs. 1 lit. e und Abs. 2 ELG sowie in Art. 14 Abs. 2 ELG-SG genannten Kriterien abzustellen. Zunächst ist also zu prüfen, ob die geltend gemachten Transportkosten entstanden sind, weil die Beschwerdeführerin sich zu einer medizinischen Behandlung nach B.____ begeben hat, und ob es sich dabei um den nächstgelegenen Behandlungsort gehandelt hat. Anschliessend sind die Transportkosten auf ihre Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit zu überprüfen.

3.2.1 Die Fahrten nach B.____ zur Therapie bei Dr. C.____ können zweifellos als Fahrten

zu einem medizinischen Behandlungsort qualifiziert werden, denn die Kosten der Behandlungen bei Dr. C.____ sind ja von der Krankenversicherung der Beschwerdeführerin übernommen worden (act. G 3.3/20). Ob diese Kostenübernahmen im Rahmen der obligatorischen oder der freiwilligen Krankenversicherung erfolgt sind, spielt dabei keine Rolle. Krankenversicherungen übernehmen (auch ausserhalb der obligatorischen Versicherungsdeckung) nämlich ausschliesslich die infolge der Durchführung medizinischer Behandlungen entstandenen Kosten (vgl. auch E.2.6). Allerdings steht noch nicht fest, ob Dr. C.____s Praxis in B.____ tatsächlich als nächstgelegener medizinischer Behandlungsort qualifiziert werden kann. Zur Beantwortung dieser Frage hatte das Gericht die Sache in der Vergangenheit an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. In diesem Zusammenhang hatte es der Beschwerdegegnerin aufgetragen abzuklären, welcher individuellen ärztlichen Behandlung die Versicherte aufgrund ihres Gesundheitszustandes bedurfte und ob die individuell auf die Beschwerdeführerin zugeschnittene mögliche Behandlungsmethode tatsächlich wie behauptet nur in B.____ und G.____ angeboten wurde bzw. ob die Versicherte tatsächlich alle für sie in Frage kommenden Behandlungsstellen in der Ostschweiz ausgeschöpft hatte (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts vom 28. September 2017 in Sachen EL 2016/23, E.3.1). Auf eine entsprechende Anfrage der Beschwerdegegnerin beim Regionalen ärztlichen Dienst (RAD) hatte RAD-Arzt Dr. med. H.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, erklärt, dass es grundsätzlich einige Therapeuten in der Schweiz gebe, die ebenfalls die von Dr. C.____ bei der Beschwerdeführerin angewandte Therapieform der autonomen Regulationsdiagnostik nach Dr. med. Klinghardt anböten (vgl. <http://www.verein-neurobiologie.ch/typo3/index.php?id=225>), dass sich jedoch die Frage stelle, ob es sinnvoll sei, der Beschwerdeführerin einen anderen Therapeuten zu verordnen, den sie nicht kenne und zu dem sie neu ein Vertrauensverhältnis aufbauen müsste (act. G 3.3/48). Vorliegend steht nicht zur Debatte, ob es der Beschwerdeführerin zumutbar gewesen wäre, sich auf einen anderen Therapeuten einzulassen, sondern einzig, ob B.____ – aus objektiver Sicht, jedoch unter der Berücksichtigung ihrer subjektiven gesundheitlichen Situation – der nächstgelegene Behandlungsort gewesen ist. Gemäss der von Dr. H.____ angegebenen, offenbar nicht abschliessenden Therapeuten-Liste (Dr. C.____ selbst ist beispielsweise nicht aufgeführt) gibt es einige Therapeuten in den Kantonen Zürich und St. Gallen, die die von Dr. C.____ angewandte Therapieform ebenfalls anbieten. Allerdings handelt es sich bei diesen Therapeuten bis auf eine Ausnahme nicht um Ärzte. Dr. C.____ hatte am 17. März 2016 explizit darauf hingewiesen, dass seine besondere Ausbildung (Facharzt für Innere Medizin FMH, Manuelle Medizin SAMM, TCM Akupunktur ASA, Ernährungslehre, Phytotherapie, Craniosacralmedizin, Homöopathie und autonome Regulationsdiagnostik nach Dr. Klinghardt) bei jeder Sitzung zur Beurteilung und Therapie herangezogen werden müssten (act. G 3.3/105-38). Ausserdem spricht die Tatsache, dass die aufgrund der Behandlung durch Dr. C.____ entstandenen Kosten teilweise durch die obligatorische und teilweise durch die halbprivate bzw. private Krankenversicherung übernommen worden sind, dafür, dass es bei der medizinischen Behandlung eben nicht ausschliesslich auf die Fähigkeit Dr. C.____s auf dem Gebiet der autonomen Regulationsdiagnostik (Kostenübernahme durch "Alternativversicherung"), sondern damit kombiniert auch auf seine schulmedizinischen Kenntnisse (Kostenübernahme durch "Grundversicherung") angekommen ist. Der von Dr. H.____ angegebenen Therapeuten-Liste ist zu entnehmen, dass ein Dr. med. M.____, Praktischer Arzt FMH, aus N.____ ebenfalls die autonome Regulationsdiagnostik anbietet. Dr. M.____s Leistungsangebot deckt sich jedoch nicht vollständig mit demjenigen von Dr.

C.____, der insbesondere auch Facharzt der Inneren Medizin sowie der manuellen Medizin ist. Ausserdem wäre es unverhältnismässig, Transportkosten nach N.____ zu übernehmen und die Vergütung von Transportkosten nach B.____, welches nur 31 km weiter entfernt liegt und für die Beschwerdeführerin je nach Verbindung mit den öffentlichen Verkehrsmitteln sogar schneller zu erreichen ist (E.____ - B.____: 1h 48min, E.____ - N.____: 1h 23min bzw. 1h 54min), zu verweigern. Dass es im näheren Umkreis des Wohnorts der Beschwerdeführerin weitere Fachärzte gibt, die eine ähnliche Kombination an medizinischen Behandlungsmethoden anbieten wie Dr. C.____, ist insbesondere unter der Berücksichtigung dessen, dass auf der von Dr. H.____ angegebenen Liste von 27 der die autonome Regulationsdiagnostik anbietenden Therapeuten lediglich einer auch schulmedizinisch ausgebildet ist, nicht überwiegend wahrscheinlich. Zusammenfassend ist deshalb festzuhalten, dass es sich bei Dr. C.____'s Klinik in B.____ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um den nächstgelegenen Behandlungsort gehandelt hat. 3.2.2 Weiter stellt sich die Frage, ob die geltend gemachten Transportkosten wirtschaftlich und zweckmässig gewesen sind. Gemäss Art. 14 Abs. 2 VKB werden Kosten vergütet, die den Preisen der öffentlichen Transportmittel (2. Klasse) für Fahrten auf dem direkten Wege entsprechen. Den eingereichten Abrechnungen der Transportkosten ist nicht zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin Umwege gemacht hätte und sich diese ebenfalls vergüten lassen wollte. Sie hat lediglich die für die Hin- und Rückfahrt mit Bus und Bahn (jeweils in der zweiten Klasse) entstandenen Kosten von Fr. 84.--/Tag bzw. den Preis der Monats-Generalabonnemente der zweiten Klasse geltend gemacht. Grundsätzlich kann die Wirtschaftlichkeit deshalb bejaht werden. Weil die Kosten ausserdem dazu geführt haben, dass die Beschwerdeführerin zu ihrem nächstgelegenen Behandlungsort gelangt ist, sind sie auch zweckmässig gewesen. 3.3 Nachdem feststeht, dass die durch den Transport zum nächstgelegenen Behandlungsort bei Dr. C.____ in B.____ entstandenen Kosten im Sinne von Art. 4bis Abs. 3 ELG-SG wirtschaftlich und zweckmässig gewesen sind (vgl. E.3.2.2), stellt sich noch die Frage, in welcher Höhe diese Kosten tatsächlich entstanden sind. Insbesondere ist zu klären, ob unter der Berücksichtigung der Häufigkeit der getätigten Fahrten die Übernahme der Kosten eines monatlichen Abonnements gerechtfertigt gewesen ist. Die Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, sie sei in der Zeit von Mai 2015 bis Juli 2016 ca. 104 Mal bei Dr. C.____ gewesen (vgl. act. G 3.3/42). Gemäss den eingereichten Rechnungen von Dr. C.____ ist sie im massgeblichen Zeitraum von November 2015 bis Juli 2016 jedoch nur am 25. November 2015, am 14. und 18. Dezember 2015, am 13. Januar 2016, am 18., 22. und 25. Februar 2016, am 3., 15. und 17. März 2016, am 12. April 2016, am 2. Juni 2016, am 6. Juni 2016 und am 11. und 30. Juli 2016, also 15 Mal in der Praxis in B.____ gewesen. An den übrigen in den Rechnungen aufgeführten 19 Tagen hat Dr. C.____ lediglich Medikamente, z.B. "LACDIGEST Kautabl 100 Stk", "COBANTRIL Susp 500 mg 10 ml", "COBANTRIL Kautabl 250 mg 3 Stk", "SINUPRET FORTE Drag 20 Stk", "FLAMAZINE Creme 50 g", "DER-MED Extra Mild liq pH 5.5 Disp 500ml", "VERMOX Tabl 500 mg 100 Stk" oder "ärztliche Leistungen in Abwesenheit der Patientin" berechnet (vgl. act. G 3.3/20). Grundsätzlich ist nicht davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin an diesen Tagen nach B.____ gefahren ist, nur um bei Dr. C.____ Tabletten oder Cremes abzuholen. Allerdings liegen zusätzlich zu den Rechnungen sogenannte Time-Sheets (act. G 3.3/42-7 ff.) vor, denen an weit mehr als den insgesamt 34 in den Rechnungen aufgeführten Tagen Notizen wie "ta Infusion", "eg Infusion" und "sh Infusion" zu entnehmen sind (act. G 3.3/42-7 ff.). Auf diese Time-Sheets hat die Beschwerdeführerin denn auch ihre Argumentation betreffend die häufigen Besuche bei Dr. C.____ gestützt.

Abgesehen davon liegen die aus den eingereichten Rechnungen hervorgehenden Beträge weit unter den durch die Krankenkasse übernommenen Behandlungskosten (vgl. act. G 1.3.19 ff., act. G 3.3/20). Insgesamt bestehen deshalb Zweifel daran, dass die Beschwerdeführerin im Zeitraum von November 2015 bis August 2016 tatsächlich nur an 15 Tagen bei Dr. C.____ gewesen ist. Vielmehr erscheint es als durchaus möglich, dass sie auch an weiteren Tagen von Dr. C.____ in B.____, beispielsweise zum Zwecke der Durchführung von durch die Krankenkasse übernommenen Infusionen, behandelt worden ist. Diesbezüglich widersprechen die Time-Sheets allerdings teilweise den Rechnungen von Dr. C.____. So ist zwar im Time-Sheet für den 6. Juni 2017 eine Konsultation vermerkt, die auch in der Rechnung verzeichnet wurde, für den 11. Juli 2017 sieht das Time-Sheet jedoch statt der gemäss Rechnung durchgeführten Konsultation einzig eine "ta Infusion" vor. Dass die Beschwerdeführerin wie behauptet 104 Mal bei Dr. C.____ in B.____ gewesen ist, lässt sich also anhand der vorliegenden Akten nicht nachvollziehen. Bei dieser Aktenlage kann nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, wie oft die Beschwerdeführerin tatsächlich zum Zwecke einer durch die Krankenkasse übernommenen ärztlichen Behandlung in B.____ gewesen ist und wie hoch demnach die Vergütung der Transportkosten im massgebenden Zeitraum ausfallen muss. Folglich erweist sich der massgebliche Sachverhalt in Bezug auf die Transportkosten nach B.____ als ungenügend abgeklärt.

E. 4

Infolge der teilweisen Gutheissung der Beschwerde betreffend die Übernahme der Transportkosten hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'680.15 zu bezahlen.

E. 5

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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