

# SO\_GERICHTE VSBES.2017.245 vom 21. August 2017

SO Obergericht, 2017-08-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.245](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.245)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.245 du 21 août 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.245 del 21 agosto 2017

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der 1944 geborene B.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer) meldete sich am 26. März 2014 zum Bezug von Ergänzungsleistungen zur AHV-Altersrente bei der AHV-Zweigstelle [...] an (vgl. Akten der Ausgleichskasse [AK-Nr.] I 1 und I 10).

1.2 Mit Verfügung vom 10. März 2015 (AK-Nr. I 24) verneinte die Ausgleichskasse des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) einen Anspruch auf eine jährliche Ergänzungsleistung. Zur Begründung wurde erklärt, es bestehe ein Einnahmenüberschuss. Dieser belief sich gemäss den beigelegten Berechnungsblättern auf CHF 8'183.00 für das Jahr 2014 (AK-Nr. I 25 f.) und auf CHF 7'559.00 ab 1. Januar 2015 (AK-Nr. I 27).

1.3 Am 8. April 2015 stellte B.\_\_\_\_ den Antrag, es seien ihm im Rahmen der Ergänzungsleistungen Krankheits- und Behinderungskosten für die Jahre 2014 und 2015 zu vergüten (AK-Nr. I 28). In der Folge reichte er entsprechende Belege ein (AK-Nr. I 32, I 35).

1.4 Mit Verfügung vom 17. August 2015 befand die Beschwerdegegnerin neu über den EL-Anspruch des Beschwerdeführers ab 1. März 2014. Ein Anspruch auf eine jährliche Ergänzungsleistung wurde wiederum verneint (AK-Nr. I 39). Der Einnahmenüberschuss wurde neu auf CHF 4'583.00 für das Jahr 2014 (AK-Nr. I 40, I 42) und auf CHF 4'080.00 ab 1. Januar 2015 (AK-Nr. I 41) beziffert.

1.5 Mit Schreiben vom 19. April 2016 (AK-Nr. II 13) machte der Beschwerdeführer geltend, die Krankheits- und Behinderungskosten für das Jahr 2014 hätten sich auf insgesamt CHF 10'708.00 belaufen. Er beantragte sinngemäss, ihm sei die Differenz zum errechneten Einnahmenüberschuss von CHF 4'583.00 zu vergüten. Gleichzeitig reichte er Unterlagen ein, um die Kosten von CHF 10'708.00 zu belegen (AK-Nr. II 15 - 18).

### E. 1.4

hiervor), verrechnet wurden.

Diesem Entscheid liegt die Beurteilung zugrunde, die Franchise von je CHF 300.00 sei sowohl bei B.\_\_\_\_ als auch bei C.\_\_\_\_ schon in der Zeit vom 1. Januar 2014 bis 28. Februar 2014 angefallen, und von den Selbstbehalten von je CHF 700.00 seien CHF 689.25 bei B.\_\_\_\_ und CHF 29.95 bei C.\_\_\_\_ auf diesen Zeitraum entfallen. Dies lässt sich anhand der eingereichten Leistungsabrechnungen verifizieren:

Wie sich der Leistungszusammenstellung für B.\_\_\_\_ (AK-Nr. II 70 S. 11 ff.; AK-Nr. II 119) entnehmen lässt, fiel die Franchise von CHF 300.00 bereits am 8. Januar 2014 an, während sich die Selbstbehalte vom 1. Januar 2014 bis 28. Februar 2014 auf insgesamt CHF 689.25 beliefen (AK-Nr. II 70 S. 15). Die Beschwerdegegnerin hat somit einzig den erst im März 2014 angefallenen Restbetrag des Selbstbehalts in der Höhe von CHF 10.75 (AK-Nr. II 70

S. 14) zu übernehmen. Bei C.\_\_\_\_ lässt sich der Leistungsabrechnung vom 2. Mai 2014 für die Behandlung vom 4. März 2014 bis 20. März 2014 (AK-Nr. II 116 S. 2) entnehmen, dass die Franchise von CHF 300.00 schon zuvor bezahlt worden war, während der bereits bezahlte Selbstbehalt jedenfalls nicht niedriger war als die von der Beschwerdegegnerin berücksichtigten CHF 29.95. Der angefochtene Entscheid ist also bezüglich der Franchisen und Selbstbehalte für das Jahr 2014 korrekt. Dies gilt auch für die Feststellung, dass die Ergänzungsleistungen keine Kosten (mit Ausnahme der Zahnbehandlung) übernehmen, welche nicht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung enthalten sind.

Die Kosten für Brillen sind, wie die Beschwerdegegnerin ebenfalls korrekt festgehalten hat, nicht durch die Ergänzungsleistungen zu übernehmen.

3.2.4 Zusammenfassend lässt es sich nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die unter der Bezeichnung «Krankenkasse [...]» für das Jahr 2014 geltend gemachten Kosten lediglich im Umfang von CHF 680.80 anerkannt und diese Summe mit dem in der Verfügung vom 17. August 2015 ermittelten Einnahmenüberschuss für das Jahr 2014 verrechnet hat.

3.3 Umstritten ist weiter die Höhe der Zahnarztkosten.

3.3.1 Die Beschwerdeführer beziffern die Zahnarztkosten auf CHF 4'189.65. Dieser Betrag setzt sich zusammen aus Zahnarztkosten von CHF 2'666.60 für B.\_\_\_\_ und von CHF 97.35 für C.\_\_\_\_ sowie Kosten für Zahntechnik für C.\_\_\_\_ von CHF 1'425.70. Für die Zusammensetzung der Gesamtbeträge verweisen die Beschwerdeführer in ihrer Eingabe (AK-Nr. I 35 S. 4) auf «beiliegende Jahresabrechnungen des Zahnarztes Dr. med. dent. D.\_\_\_\_, [...]». Die vom 12. Februar 2015 datierte «Abrechnung über zahnärztliche Behandlungen im 2014» betreffend B.\_\_\_\_ (AK-Nr. I 33 S. 4) weist einen Betrag von total CHF 2'666.60 aus.

3.3.2 In ihrer Mitteilung vom 6. Juli 2016 (AK-Nr. II 33) lehnte die Beschwerdegegnerin einen Teilbetrag von CHF 840.10 ab, weil er auf Behandlungen entfalle, die vor dem Beginn des Anspruchs auf Ergänzungsleistungen am 1. März 2014 durchgeführt wurden. Es handelt sich um die ersten 13 in der Abrechnung aufgeführten Leistungen. Der Restbetrag von CHF 1'826.50 wurde als grundsätzlich vergütungsfähig betrachtet und mit dem Einnahmenüberschuss verrechnet (AK-Nr. II 33 S. 2). Ebenfalls berücksichtigt wurde der Betrag für den Zahntechniker von CHF 1'425.70 (AK-Nr. II 33 S. 2). Die Rechnung für C.\_\_\_\_ von CHF 97.35 wurde auf CHF 80.60 gekürzt (26 Taxpunkte zum massgebenden [§ 8 Abs. 2 und 4 RKEL; E. II. 2.4 hiervor] UV/MV/IV-Tarif von CHF 3.10). Berücksichtigt wurde somit ein Totalbetrag für Zahnarztkosten von CHF 3'332.80 anstelle der geltend gemachten Summe von CHF 4'189.65.

3.3.3 Die durch die Beschwerdegegnerin vorgenommene Reduktion des Betrags von CHF 97.35 auf CHF 80.60 wegen des UV/MV/IV-Tarifs ist korrekt. Dasselbe gilt für die Nichtberücksichtigung der vor dem 1. März 2014 angefallenen Behandlungskosten für B.\_\_\_\_ von CHF 840.10. Im Übrigen wurden die eingereichten Rechnungen als vergütungsfähig anerkannt. Der angefochtene Einspracheentscheid lässt sich somit hinsichtlich der Höhe der Zahnarztkosten 2014 nicht beanstanden.

3.4 Die Beschwerdeführer machen zudem krankheitsbedingte Fahrt- und Reisekosten geltend.

3.4.1 Die Fahrt- und Reisekosten zu den Behandlungen im Jahr 2014 beziffern die Beschwerdeführer in ihrer Aufstellung (AK-Nr. I 35 S. 6) auf insgesamt CHF 2'130.00. Der Betrag setzt sich zusammen aus dem Halbtax-Abonnement für B.\_\_\_\_ (CHF 150.00), einem Libero-Senioren-Abo für B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ (je CHF 570.00, total CHF 1'140.00) und den Kosten für insgesamt 108 einzelne Fahrten. In der Einsprache vom 29. August 2016 (AK-Nr. II 61) und den nachgereichten Unterlagen bezifferten die Beschwerdeführer die Fahrt- und Reisekosten im Zeitraum vom 1. März 2014 bis 31. Dezember 2014 auf CHF 996.60 für B.\_\_\_\_ (AK-Nr. II 70 S. 27-36) und auf CHF 208.00 für C.\_\_\_\_ (AK-Nr. II S. 37 - 42).

3.4.2 Die Beschwerdegegnerin akzeptierte in der Mitteilung vom 6. Juli 2016 (AK-Nr. II 33) Transportkosten von insgesamt CHF 258.35 (CHF 61.00 für C.\_\_\_\_, der Restbetrag für B.\_\_\_\_). Es handelt sich um konkret ausgewiesene Kosten für Taxi, Bahn und für Busbillette ausserhalb der Wohnregion (vgl. AK-Nr. I 32 S. 39 ff.). In der Begründung führte sie aus, Kosten für Abonnemente könnten nicht vergütet werden. An diesem Standpunkt hielt die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 23. August 2016 (AK-Nr. II 56) fest. Der Beschwerdeführer verlangte in der Einsprache vom 29. August 2016 (AK-Nr. II 61) und der Ergänzung vom 29. September 2016 (AK-Nr. II 69), ihm seien diejenigen Kosten zu vergüten, welche entstanden wären, wenn er und seine Ehefrau über keine Abonnemente verfügt und jeweils Einzelbillette gelöst hätten. Die Beschwerdegegnerin hielt im Einspracheentscheid vom 21. August 2017 (AK-Nr. II 118) an ihrer Berechnung fest. Sie führte aus, es könnten nur Kosten vergütet werden, die durch effektive Bahnbillette oder Mehrfahrkarten ausgewiesen seien. In der Beschwerdeantwort wird nunmehr ausgeführt, aufgrund neu eingereichter Beweismittel könne die Vergütung um CHF 325.90 für B.\_\_\_\_ erhöht werden (A.S. 9). Die Zusammensetzung dieses Betrags (er basiert auf den eingereichten Mehrfahrkarten) wird in der Aktennotiz vom 20. Oktober 2017 (AK-Nr. II 138) erläutert. Demgegenüber lehnt es die Beschwerdegegnerin weiterhin ab, die Kosten für Halbtax- und andere Abonnemente sowie für nicht konkret belegte Fahrten zu übernehmen oder eine Umrechnung auf Einzelbillette vorzunehmen.

3.4.3 Die Beschwerdeführer bringen vor, gemäss dem Wortlaut von § 18 Abs. 2 RKEL (vgl. E. II. 2.5 hiervor) seien die Kosten zu ersetzen, «die den Preisen der öffentlichen Transportmittel (2. Klasse) für Fahrten auf dem direkten Weg entsprechen». Aus dieser Formulierung werde deutlich, dass nicht nur konkrete, tatsächlich entstandene Transportkosten zu erstatten seien. Vielmehr seien auch Abonnementskosten zu ersetzen, soweit sie die Kosten nicht übersteigen, welche ohne Abonnement für die krankheitsbedingten Fahrten und Transporte angefallen wären.

Dieser Interpretation kann nicht gefolgt werden: Die Übernahme von Transportkosten setzt voraus, dass konkrete Kosten entstehen und nachgewiesen werden, welche sich einer bestimmten Fahrt zuordnen lassen. Die zitierte Formulierung beschränkt die Kostenübernahme bei Versicherten, die eine teurere Transportvariante wählen (indem sie 1. Klasse fahren oder eine längere Anreisestrecke bevorzugen), auf dasjenige Ausmass, das bei einer direkten Fahrt in der 2. Klasse angefallen wäre. Sie bezweckt dagegen keine Ausdehnung der Kostendeckung auf Abonnemente, welche (anders als die durch die Beschwerdegegnerin zu Recht anteilmässig vergüteten Mehrfahrkarten) während eines bestimmten Zeitraums eine generelle Berechtigung zur Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels vermitteln. Diese Regelung rechtfertigt sich dadurch, dass die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten keine selbständige Leistung darstellt, sondern zur

im ELG geregelten jährlichen Ergänzungsleistung hinzutritt (vgl. E. II. 2.1 hiervor). Die Ausgaben, welche für die allgemeine Lebensführung anfallen, fliessen in die Berechnung der jährlichen Ergänzungsleistung ein. Dementsprechend enthält die Berechnung, welcher der Verfügung vom 17. August 2015 (AK-Nr. I 39) und den darin festgelegten Einnahmenüberschüssen von CHF 4'583.00 für das Jahr 2014 und CHF 4'080.00 für das Jahr 2015 zugrunde liegt (vgl. Berechnungsblätter, AK-Nr. I 40-42), die gesetzlich vorgesehene Ausgabenposition «Lebensbedarf» in der Höhe von CHF 28'815.00 für 2014 respektive CHF 28'935.00 für 2015 (Art. 10 Abs. 1 lit. a Ziff. 2 ELG in der im jeweiligen Jahr geltenden Fassung). Aufwendungen für die allgemeine Mobilität, zu welchen auch Abonnementskosten für öffentliche Verkehrsmittel gehören, fallen unter den allgemeinen Lebensbedarf und werden durch diese Ausgabenposition abgedeckt. Daher können sie im Rahmen der Vergütung von Krankheitskosten nicht nochmals berücksichtigt werden. Da für Fahrten, die durch ein Abonnement abgedeckt sind, keine zusätzlichen Kosten anfallen, kann auch keine fiktive Berechnung (mit den Kosten für entsprechende Einzelbillette, vgl. AK-Nr. I 35 S. 6) vorgenommen werden, wie es die Beschwerdeführer verlangen. Die Beschwerde ist in diesem grundsätzlichen Punkt unbegründet.

3.4.4 Vor diesem Hintergrund lassen sich die Kostenzusammenstellungen, welche die Beschwerdegegnerin vorgenommen hat, nicht beanstanden. Mit dem von Anfang an anerkannten Betrag von CHF 258.35 und den zusätzlichen Kosten für Mehrfahrtenkarten von CHF 325.90 belaufen sich die grundsätzlich zu vergütenden Fahrt- und Reisekosten auf CHF 584.25. Dieser Betrag ist den Beschwerdeführern insoweit zu erstatten, als der Einnahmenüberschuss gemäss der Verfügung vom 17. August 2015 überschritten wird.

3.5 Zusammenfassend belaufen sich die im Rahmen der Ergänzungsleistungen zu übernehmenden Krankheits- und Behinderungskosten für den Zeitraum vom 1. März 2014 bis 31. Dezember 2014 auf insgesamt CHF 4'597.85 («Krankenkasse» CHF 680.80, Zahnarztkosten CHF 3'332.80, Transportkosten CHF 584.25). Diese Summe ist den Beschwerdeführern zu erstatten, soweit sie den Einnahmenüberschuss übersteigt. Wie dargelegt, ist es daher im Grundsatz korrekt, dass die Beschwerdegegnerin die vergütungsfähigen Kosten nicht übernommen hat, soweit sie den mit der Verfügung vom 17. August 2015 auf CHF 4'583.00 festgelegten Einnahmenüberschuss nicht überschreiten.

Trotzdem ist die Anspruchsbeurteilung für das Jahr 2014 zu korrigieren: Die Beschwerdegegnerin hat die in der Zeit vom 1. März 2014 (Beginn des EL-Anspruchs) bis 31. Dezember 2014 angefallenen Krankheits- und Behinderungskosten mit dem Einnahmenüberschuss von CHF 4'583.00 verglichen, der für das ganze Kalenderjahr 2014 resultiert. Dem Umstand, dass der EL-Anspruch erst ab 1. März 2014 besteht, ist aber nicht nur bei den zu berücksichtigenden Kosten, sondern auch bei der Festlegung des Einnahmenüberschusses Rechnung zu tragen: Ebenso wie die Vergütung von Kosten, die vor dem 1. März 2014 entstanden sind, abzulehnen ist und nur diejenigen ab diesem Datum anzuerkennen sind, kann auch der Einnahmenüberschuss von CHF 4'583.00, der sich auf ein ganzes Jahr bezieht (vgl. das Berechnungsblatt, AK-Nr. I 40), nur mit dem auf die zehn Monate von März bis Dezember 2014 entfallenden Anteil berücksichtigt werden. Der mit dem Vergütungsanspruch der Beschwerdeführer verrechenbare Einnahmenüberschuss beläuft sich somit nicht auf CHF 4'583.00, sondern auf CHF 3'819.00. Die Beschwerdeführer haben demnach Anspruch auf Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten für das Jahr 2014 in der Höhe von CHF 779.00 (CHF 4'598.00 minus CHF 3'819.00). Die Beschwerde ist in diesem Umfang teilweise gutzuheissen.

## E. 2

2.1 Laut Art. 3 Abs. 1 Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG, SR 831.30) bestehen die Ergänzungsleistungen aus der jährlichen Ergänzungsleistung (lit. a) sowie der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten (lit. b). Gemäss Art. 14 Abs. 1 ELG vergüten die Kantone den Bezügerinnen und Bezügerern einer jährlichen Ergänzungsleistung ausgewiesene, im laufenden Jahr entstandene Kosten für zahnärztliche Behandlung (lit. a), Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen (lit. b), ärztlich angeordnete Bade- und Erholungskuren (lit. c), Diät (lit. d), Transporte zur nächstgelegenen Behandlungsstelle (lit. e), Hilfsmittel (lit. f) und die Kostenbeteiligung nach Artikel 64 KVG (lit. g). Die Kantone bezeichnen die Kosten, die nach Absatz 1 vergütet werden können. Sie können die Vergütung auf im Rahmen einer wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungserbringung erforderliche Ausgaben beschränken (Art. 14 Abs. 2 ELG). Personen, die auf Grund eines Einnahmenüberschusses keinen Anspruch auf eine jährliche Ergänzungsleistung haben, haben Anspruch auf die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten, die den Einnahmenüberschuss übersteigen (Art. 14 Abs. 6 ELG). Krankheits- und Behinderungskosten werden vergütet, wenn die Vergütung innert 15 Monaten nach Rechnungsstellung geltend gemacht wird (Art. 15 lit. a ELG).

2.2 Soweit die Kantone nach ELG dazu ermächtigt sind, bestimmt der Regierungsrat gemäss § 82 Abs. 2 lit. c des kantonalen Sozialgesetzes (SG, BGS 831.1) unter anderem «die Begrenzung der Vergütung von Kosten, die wegen Krankheit oder Behinderung entstehen im Rahmen der wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungserbringung». Laut § 65 Abs. 4 der Sozialverordnung (SV, BGS 831.2) regelt das Departement die Einzelheiten von Krankheits- und Behinderungskosten als Bestandteil der Ergänzungsleistungen in einem separaten Reglement. Gestützt auf diese Ermächtigung hat das Volkswirtschaftsdepartement des Kantons Solothurn das Reglement über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (RKEL, BGS 831.3) erlassen.

2.3 Zur Kostenbeteiligung im Allgemeinen hält § 6 Abs. 1 RKEL fest, vergütet werde die Beteiligung nach Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) an Kosten für Leistungen, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Artikel 24b KVG übernimmt. Das KVG regelt die Kostenbeteiligung allerdings in Art. 64, während Art. 64a die Folgen der Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen regelt und demnach im vorliegenden Zusammenhang keine Rolle spielt. Der Verweis in § 6 Abs. 1 RKEL bezieht sich demnach auf Art. 64 KVG, die Nennung von Art. 64a KVG beruht offensichtlich auf einem Versehen. Nach Art. 64 Abs. 2 KVG besteht die Kostenbeteiligung aus einem festen Jahresbetrag (Franchise) und einem Selbstbehalt von 10 % der die Franchise übersteigenden Kosten. Die Franchise ist (im «normalen» System») auf CHF 300.00 pro Jahr begrenzt, der Selbstbehalt auf CHF 700.00 pro Jahr (Art. 64 Abs. 3 KVG in Verbindung mit Art. 103 Abs. 1 und 2 der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV, SR 832.102]). § 6 RKEL sieht somit die Vergütung von Kosten vor, welche in den Leistungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fallen, wobei diese Vergütung auf Franchise und Selbstbehalt beschränkt ist und somit (im Fall der gesetzlichen Franchise von CHF 300.00) höchstens CHF 1'000.00 pro Jahr und pro Person ausmachen kann. Für den Fall, dass die betroffene Person eine Versicherung mit höherer Franchise (Art. 93 KVV) gewählt hat, beschränkt § 7 RKEL die Kostenbeteiligung

ebenfalls auf höchstens CHF 1'000.00 pro Jahr.

2.4 Nach § 8 Abs. 1 RKEL werden Kosten für einfache, wirtschaftliche und zweckmässige Zahnbehandlungen vergütet. Abs. 2 dieser Bestimmung bezeichnet für die Vergütung den Unfall-, Militär- und Invalidenversicherungs-Tarif (UV/MV/IV-Tarif) über die Honorierung zahnärztlicher Leistungen und den UV/MV/IV-Tarif für zahntechnische Arbeiten als massgebend. Liegen die Kosten einer Zahnbehandlung (inkl. Labor) voraussichtlich höher als CHF 1'000.00, so ist der AKSO (Ausgleichskasse Solothurn) ein Kostenvoranschlag einzureichen. Liegen die Kosten einer Zahnbehandlung bei CHF 3'000.00 oder mehr, so sind der AKSO vor der Behandlung ein Kostenvoranschlag, die Röntgenbilder und die Befundaufnahme einzureichen. Ist eine Behandlung von über CHF 3'000.00 ohne genehmigten Kostenvoranschlag durchgeführt worden, übernimmt die EL maximal CHF 1'000.00 (vgl. § 8 Abs. 3 RKEL). Die Kostenvoranschläge und Rechnungen sind entsprechend den Tarifpositionen nach UV/MV/IV-Tarif einzureichen; sie müssen abschliessend sein (vgl. § 8 Abs. 4 RKEL). Die AKSO kann eine Begutachtung direkt bei einem Vertrauenszahnarzt oder einer Vertrauenszahnärztin vornehmen lassen (§ 8 Abs. 6 RKEL).

2.5 Ausgewiesene Transportkosten werden vergütet, soweit sie in der Schweiz durch einen Notfalltransport oder durch eine medizinisch notwendige Verlegung entstanden sind (§ 18 Abs. 1 RKEL). Vergütet werden auch ausgewiesene Kosten für Transporte zum nächstgelegenen medizinischen Behandlungsort. Vergütet werden die Kosten, die den Preisen der öffentlichen Transportmittel (2. Klasse) für Fahrten auf dem direkten Weg entsprechen. Ist die versicherte Person wegen ihrer Behinderung auf die Benützung eines anderen Transportmittels angewiesen, werden die Kosten vergütet. Für private Personenwagen werden höchstens 65 Rappen je Kilometer erstattet (§ 18 Abs. 2 RKEL). Tagesstrukturen sind den medizinischen Behandlungsorten im Sinn von Absatz 2 dieser Bestimmung gleichgestellt (§ 18 Abs. 3 RKEL). Kosten für Fahrtbegleitungen sowie Wartezeiten werden nicht vergütet (§ 18 Abs. 4 RKEL).

3. Umstritten ist zunächst der Anspruch auf Übernahme von Krankheits- und Behinderungskosten für das Jahr 2014.

3.1 Mit dem Schreiben vom 19. April 2016 (AK-Nr. II 13) machte der Beschwerdeführer geltend, die Krankheits- und Behinderungskosten im Jahr 2014 hätten sich auf CHF 10'708.00 belaufen. Laut der beigelegten Aufstellung (AK-Nr. II 15 S. 7) setzt sich diese Summe zusammen aus CHF 3'928.90 «Krankenkasse [...]», CHF 294.20 «Medikamente», CHF 4'189.65 «Zahnarzt», CHF 165.70 «Hilfsmittel Restanz» und CHF 2'130.00 «Fahrt- und Reisekosten».

Im weiteren Verlauf anerkannten die Beschwerdeführer, dass die Positionen «selbstgekaufte Medikamente» und «Hilfsmittel» nicht vergütet werden können (Schreiben vom 29. September 2016, AK-Nr. II 69). Strittig bleiben damit die Positionen «Krankenkasse», «Zahnarzt» sowie «Fahrt- und Reisekosten».

3.2 Die Position «Krankenkasse [...]» setzt sich gemäss der eingereichten Beilage zur Steuererklärung (AK-Nr. II 15 S. 3) zusammen aus einem Betrag von CHF 1'372.85 für B.\_\_\_\_ (Franchise CHF 300.00, Selbstbehalt [KVG] CHF 702.80, Spitalbeitrag CHF 60.00, nicht versicherte Kosten CHF 245.30, «nicht pflichtig» CHF 5.55) und einem solchen von CHF 2'284.75 für C.\_\_\_\_ (Franchise CHF 300.00, Selbstbehalt [KVG] CHF 597.65, nicht versicherte Kosten CHF 1'317.60, nicht versichert [VVG] Zusatz CHF 69.50) sowie einer

Position «zusätzliche Kosten Spitex» für C.\_\_\_\_ (14. Februar 2014) von CHF 271.30.

3.2.1 Die Beschwerdegegnerin hielt in der Mitteilung vom 6. Juli 2016 (AK-Nr. II 33) fest, zur Prüfung einer Rückerstattung von Franchise und Selbstbehalten für das Jahr 2014 würden die detaillierten Leistungsabrechnungen der Krankenkasse benötigt, da der Anspruch auf Ergänzungsleistungen erst ab März 2014 bestehe. Kosten aus Leistungen der Zusatzversicherung oder solche, die nicht über die Krankenkasse gedeckt seien, könnten nicht über die Ergänzungsleistungen vergütet werden. In der Verfügung vom 23. August 2016 (AK-Nr. II 56) wurden diese Aussagen bestätigt mit der Ergänzung, die detaillierten Krankenkassen-Abrechnungen für 2014 (zur Beurteilung, welche Kosten vor März 2014 angefallen seien) habe die Beschwerdegegnerin bisher nicht erhalten.

3.2.2 In der Einsprache vom 29. August 2016 erklärte der Beschwerdeführer, die von der Beschwerdegegnerin verlangten detaillierten Leistungsabrechnungen der Krankenkasse lägen nun vor (er habe zwei Ordner eingereicht; AK-Nr. II 61 S. 2). Am 9. September 2016 wurden die beiden Ordner dem Beschwerdeführer retourniert mit der Bemerkung, es sei seine Sache ■ und nicht jene der Beschwerdegegnerin ■ die benötigten Unterlagen aussortiert einzureichen (AK-Nr. II 64). Dem Beschwerdeführer wurde Frist gesetzt bis 10. Oktober 2016, um die benötigten Unterlagen herauszusuchen und wieder einzureichen, andernfalls werde aufgrund der Akten entschieden. Mit Schreiben vom 29. September 2016 (AK-Nr. II 69) reichten die Beschwerdeführer Aufstellungen mit den Überschriften «Leistungszusammenstellung Pflege» für das Jahr 2014 für B.\_\_\_\_ (AK-Nr. II 70 S. 11-16) und für C.\_\_\_\_ (AK-Nr. II 70 S. 17 f.; vgl. auch AK-Nr. II 115) ein. Die im Rahmen der Ergänzungsleistung zu vergütenden Kosten für die Krankenkasse bezifferten sie neu auf CHF 2'163.35 (AK-Nr. II 70 S. 19). Dieser Betrag setzt sich zusammen aus CHF 1'248.10 für B.\_\_\_\_ (Franchise CHF 300.00, Selbstbehalt CHF 702.80, nicht versicherte Kosten CHF 245.30) und CHF 915.25 für C.\_\_\_\_ (Franchise CHF 300.00, Selbstbehalt CHF 597.65, nicht versicherte Kosten [ohne Sehhilfen] CHF 17.60; vgl. AK-Nr. II 70 S. 20-22).

3.2.3 Im Einspracheentscheid vom 21. August 2017 (AK-Nr. II 118) hielt die Beschwerdegegnerin dazu fest, die Kostenbeteiligungen für das Jahr 2014 seien anhand der nun vorliegenden detaillierten Leistungsabrechnungen dem berechneten Einnahmenüberschuss angerechnet worden. Der den Einspracheentscheid für das Jahr 2014 umsetzenden Verfügung vom 28. August 2017 (AK-Nr. II 120) lässt sich dazu entnehmen, dass Kostenbeteiligungen in der Höhe von insgesamt CHF 680.80 (CHF 10.75 bei B.\_\_\_\_, diverse Rechnungen von insgesamt CHF 670.05 bei C.\_\_\_\_) anerkannt, aber mit dem Einnahmenüberschuss von CHF 4'583.00, der mit der Verfügung vom 17. August 2015 ermittelt worden war (vgl. E. I).

#### **E. 4**

4.1 Für das Jahr 2015 hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführern gemäss der Mitteilung vom 12. Juli 2016 (AK-Nr. II 34) einen Betrag von CHF 901.15 vergütet. Dies wurde in der Folge mit der Verfügung vom 23. August 2016 (AK-Nr. II 56) bestätigt. Auch im Einspracheentscheid vom 21. August 2017 (AK-Nr. II 118) hielt die Beschwerdegegnerin an dieser Beurteilung fest.

Die Beschwerdeführer machten gemäss Aufstellung vom 22. Juni 2016 (AK-Nr. II 29) Krankheits- und Gesundheitskosten in der Höhe von insgesamt CHF 8'566.45 geltend. Diese Summe setzt sich zusammen aus den Positionen «Krankenkasse [...]» (CHF 2'351.45 für B.\_\_\_\_ und CHF 1'138.50 für C.\_\_\_\_), «selbstgekaufte Medikamente» (CHF 551.50),

«Zahnarzt» (CHF 1'240.00 plus CHF 816.65, total CHF 2'056.65, für B.\_\_\_\_ und CHF 418.95 für C.\_\_\_\_), «Hilfsmittel» (CHF 186.00) sowie «Fahrt- und Reisekosten» (CHF 1'131.50 für B.\_\_\_\_ und CHF 731.90 für C.\_\_\_\_). Inzwischen wurde anerkannt, dass die Positionen «selbstgekaufte Medikamente» und «Hilfsmittel» nicht vergütungsfähig sind. Zu überprüfen sind somit auch insoweit die Kosten für die Krankenkasse, für den Zahnarzt und für Transporte.

4.2 Umstritten sind zunächst die eigentlichen Krankheitskosten bzw. die «Kosten für die Krankenkasse».

4.2.1 Die von den Beschwerdeführern geltend gemachte Position «Krankenkasse [...]» von total CHF 3'489.95 umfasst für B.\_\_\_\_ die Franchise von CHF 300.00, den Selbstbehalt (KVG) von CHF 700.00, den Spitalbeitrag von CHF 795.00, nicht versicherte Kosten von CHF 439.65, «nicht pflichtig» von CHF 13.05 sowie «nicht versichert (VVG) Zusatz» von CHF 103.75, total CHF 2'351.45. Für C.\_\_\_\_ werden die Franchise von CHF 300.00, der Selbstbehalt (KVG) von CHF 780.70, der Spitalbeitrag von CHF 45.00 sowie «nicht versichert (VVG) Zusatz» von CHF 12.80 geltend gemacht.

4.2.2 Die Beschwerdegegnerin hat für das Jahr 2015 bei beiden Beschwerdeführern die Franchise von je CHF 300.00 und den Selbstbehalt von je CHF 700.00 berücksichtigt, total somit einen Betrag von CHF 2'000.00 (vgl. Mitteilung vom 12. Juli 2016, AK-Nr. II 34). Dieses Vorgehen ist korrekt. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht darlegt, können Kosten, welche nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen werden, sowie zusätzliche Prämien oder Beiträge nicht über die Ergänzungsleistungen vergütet werden (vgl. E. II. 2.3 hiervor).

4.3 Die Beschwerdeführer machen weiter geltend, die Zahnarztkosten seien nicht im vollen Umfang berücksichtigt worden.

4.3.1 In der Mitteilung vom 12. Juli 2016 (AK-Nr. II 34) wurden Zahnarztkosten des Jahres 2015 in der Höhe von CHF 1'114.45 anerkannt. Dies entspricht der Rechnung von Dr. med. dent. D.\_\_\_\_ vom 5. März 2016 in der Höhe von CHF 1'240.00 (vgl. AK-Nr. II 30 S. 4). Von diesem Betrag wurde die Position «Wegentschädigung» von CHF 120.90 zu Recht abgezogen, da sie nicht einer zahnärztlichen Leistung entspricht. Eine weitere Kürzung von CHF 4.65 resultierte daraus, dass nach dem massgebenden UV/MV/IV-Tarif (§ 8 Abs. 2 RKEL; vgl. E. II. 2.4 hiervor) für die Befundaufnahme 9.5 und nicht 11 Taxpunkte à CHF 3.10 zu verrechnen sind. Die Beurteilung der Beschwerdegegnerin, die Rechnung von Dr. med. dent. D.\_\_\_\_ in der Höhe von CHF 1'240.00 stelle im Umfang von CHF 1'114.45 vergütungsfähige Krankheitskosten dar, ist korrekt.

Als vergütungsfähige Ausgaben anerkannt wurden in derselben Mitteilung ausserdem Kosten des Dental-Labors E.\_\_\_\_ (Zahntechniker) in der Höhe von insgesamt CHF 816.65 (vgl. AK-Nr. II 30 S. 5-7). Die Kosten betreffen B.\_\_\_\_. Hier wurde der volle in Rechnung gestellte Betrag berücksichtigt. Die Beschwerdeführer erheben dagegen zu Recht keine Einwände.

Bereits mit der Mitteilung vom 1. Juli 2016 (AK-Nr. II 27) hatte die Beschwerdegegnerin Zahnarztkosten für C.\_\_\_\_ für das Jahr 2015 anerkannt. Die eingereichten Rechnungen von Dr. med. dent. D.\_\_\_\_ vom 2. Februar 2015 über CHF 262.35 (AK-Nr. 23 S. 3), vom 9. November 2015 über CHF 154.60 (AK-Nr. 23 S. 4) und vom 15. März 2016 über CHF 418.95 (AK-Nr. 23 S. 2) wurden jeweils auf den massgebenden Suva- bzw.

UV/MV/IV-Tarif (CHF 3.10 pro Taxpunkt) reduziert. Die anerkannten Zahnarztkosten für C.\_\_\_\_ beliefen sich damit auf insgesamt CHF 740.90. Auch dieses Vorgehen lässt sich nicht beanstanden. Zusammen mit den Zahnarztkosten für B.\_\_\_\_ von CHF 1'931.10 ergibt sich demnach unter diesem Titel eine vergütbare Summe von CHF 2'672.00.

4.3.2 In der Einsprache vom 29. August 2016 (AK-Nr. II 61) wurde zu diesem Punkt eine nachvollziehbare Berechnung verlangt. Der in diesem Zusammenhang eingereichten Beilage zur Steuererklärung 2015 ist zu entnehmen, dass Zahnarztkosten von insgesamt CHF 2'475.60 geltend gemacht werden (AK-Nr. II 77 S. 1). Diese Summe setzt sich zusammen aus den erwähnten Beträgen von CHF 1'240.00 (Rechnung Dr. med. dent. D.\_\_\_\_) und CHF 816.65 (Dental-Labor) E.\_\_\_\_ für B.\_\_\_\_ sowie zusätzlichen Kosten von CHF 418.95 für C.\_\_\_\_.

4.3.3 Die Beschwerdegegnerin hat in ihren Mitteilungen vom 1. Juli 2016 (AK-Nr. II 27) und vom 12. Juli 2016 (AK-Nr. II 34) die von den Beschwerdeführern geltend gemachten Zahnarztkosten des Jahres 2015 geprüft. Die eingereichten Rechnungen wurden im Grundsatz anerkannt. Betragsmässig erfolgte eine Anpassung an den Suva-Tarif bzw. den UV/MV-Tarif, der in § 8 Abs. 2 und Abs. 4 RKEL als massgebend bezeichnet wird (vgl. E. II. 2.4 hiervor). Dies lässt sich nicht beanstanden. Es bleibt damit bei den anerkannten vergütbaren Zahnarztkosten für das Jahr 2015 von insgesamt CHF 2'672.00.

#### **E. 4.4**

4.4.1 Die Transportkosten für das Jahr 2015 beziffern die Beschwerdeführer auf CHF 1'250.80. Nach Abzug des bezahlten Betrags von CHF 27.75 verbleibe eine Restforderung von CHF 1'223.05.

Die Beschwerdegegnerin hat in der Mitteilung vom 6. Juli 2016 (AK-Nr. II 33) Transportkosten von CHF 27.25 (CHF 24.75 für B.\_\_\_\_, CHF 2.50 für C.\_\_\_\_) anerkannt und diese mit dem Einnahmenüberschuss von CHF 4'080.00 verrechnet. In der Mitteilung vom 12. Juli 2016 (AK-Nr. II 34) hat sie bei B.\_\_\_\_ zusätzliche, andere Transportkosten von CHF 217.90 (B.\_\_\_\_) und CHF 64.00 (C.\_\_\_\_) anerkannt. Sie lehnt es jedoch ab, weitere Kosten zu übernehmen.

4.4.2 Wie in Bezug auf das Jahr 2014 weist die Beschwerdegegnerin auch im vorliegenden Zusammenhang darauf hin, dass Ausgaben für Abonnemente nicht übernommen werden können, da sie keinen hinreichend engen Bezug zu den konkreten, krankheitsbedingt notwendig gewordenen Fahrten aufweisen. Ebenso wenig ist es möglich, Transportkosten, die nicht konkret belegt sind, zu übernehmen. Die Beschwerdegegnerin hat die Vergütung somit zu Recht auf die ausgewiesenen Kosten beschränkt, welche sich konkreten Fahrten zuordnen lassen. Es gelten dieselben Erwägungen, welche für das Jahr 2014 angestellt wurden (vgl. E. II. 3.4.3 hiervor).

4.5 Zusammenfassend resultieren für das Jahr 2015 die folgenden Krankheits- und Behinderungskosten, die im Rahmen von § 18 RKEL vergütet werden können: Zahnarztkosten gemäss der Mitteilung vom 1. Juli 2016 (AK-Nr. II 27) in der Höhe von CHF 740.90; Transportkosten gemäss der Mitteilung vom 6. Juli 2016 (AK-Nr. II 33) in der Höhe von CHF 27.25; Zahntechniker-Kosten gemäss der Mitteilung vom 12. Juli 2016 (AK-Nr. II 34) in der Höhe von CHF 816.65; Zahnarztkosten gemäss der Mitteilung vom 12. Juli 2016 in der Höhe von CHF 1'114.45; Franchisen/Selbstbehalte gemäss der Mitteilung vom 12. Juli 2016 in der Höhe von CHF 2'000.00; Transportkosten B.\_\_\_\_ gemäss der Mitteilung vom 12. Juli 2016 in der Höhe von CHF 217.90; Transportkosten

C. \_\_\_ gemäss der Mitteilung vom 12. Juli 2016 in der Höhe von CHF 64.00. Gesamthaft belaufen sich die vergütungsfähigen Kosten somit auf CHF 4'981.15. Nach Abzug des Einnahmenüberschusses von CHF 4'080.00 (E. I. 1.4 hiervor) resultiert ein Vergütungsanspruch von CHF 901.15, wie die Beschwerdegegnerin in der Mitteilung vom 12. Juli 2016 (AK-Nr. II 34) zu Recht festgehalten hat. Der angefochtene Einspracheentscheid ist diesbezüglich korrekt. Die Beschwerde ist abzuweisen, soweit sie das Jahr 2015 betrifft.

5. Zusammenfassend ist die Beschwerde in Bezug auf das Jahr 2014 teilweise gutzuheissen, in Bezug auf das Jahr 2015 ist sie abzuweisen und in Bezug auf das Jahr 2016 kann auf sie nicht eingetreten werden.

## **E. 6**

6.1 Die Beschwerdeführer, die in eigener Sache handelten, haben keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

6.2 Das Beschwerdeverfahren in Ergänzungsleistungssachen ist kostenlos (Art. 1 Abs. 1 ELG in Verbindung mit Art. 61 lit. a Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen, soweit sie das Jahr 2014 betrifft. Der Einspracheentscheid vom 21. August 2017 wird in diesem Punkt aufgehoben. Die Beschwerdeführer haben Anspruch auf Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten für das Jahr 2014 in der Höhe von CHF 779.00.

2. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit sie das Jahr 2015 betrifft.

3. Auf die Beschwerde wird nicht eingetreten, soweit sie das Jahr 2016 betrifft.

4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

5. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

6. Die Eingabe des Beschwerdeführers vom 13. April 2018 wird der Beschwerdegegnerin zur Kenntnisnahme zugestellt.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

Auf die gegen den vorliegenden Entscheid erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil 9C\_395/2018 vom 30. Mai 2018 nicht ein.

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