



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**Vom 10. Januar 2020 (730 19 262 / 06)**

---

**Krankenversicherung**

**Kosten für Krankentransporte können als Pflichtleistung übernommen werden, wenn der Transport im konkreten Fall aufgrund spezifischer Anforderungen nötig ist, denen ein anderes öffentliches oder privates Transportmittel nicht gerecht wird.**

\_\_\_\_\_ Besetzung      Präsidentin Doris Vollenweider, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

\_\_\_\_\_ Parteien      A.\_\_\_\_\_, Beschwerdeführer

gegen

**Sanitas**, Rechtsdienst Departement Leistungen, Postfach 2010,  
8021 Zürich, Beschwerdegegnerin

\_\_\_\_\_ Betreff      Leistungen

A.      A.\_\_\_\_ ist bei der Sanitas Grundversicherungen AG (Sanitas) obligatorisch krankenpfle-  
geversichert. Nach einem Hirnschlag leidet er an einem Hemisphärensyndrom links mit deutlicher  
Gehbeeinträchtigung. Er ist deshalb auf regelmässige Therapien angewiesen. Vom 23. Januar  
2017 bis Ende Juli 2017 befand er sich in einer ambulanten Rehabilitation. In diesem Zusammen-  
hang stellte der Versicherte der Sanitas diverse Fahrbelege der Organisation B.\_\_\_\_ zur Rück-  
erstattung zu. Mit Leistungsabrechnung vom 21. Februar 2018 lehnte die Sanitas die Kosten-  
übernahme für sämtliche Transporte in die Rehaklinik Rheinfelden und zurück im Umfang von

Fr. 1'074.40 mit der Begründung ab, dass hierfür keine medizinische Indikation gegeben gewesen sei. Daran hielt sie mit Verfügung vom 12. Februar 2019 fest. Zur Begründung machte sie geltend, dass Behindertentransporte grundsätzlich keine Pflichtleistungen der Grundversicherung darstellen würden. Die entsprechenden Transporte gehörten zum üblichen Mobilitätsverhalten, wie sie auch bei gesunden Menschen anfallen würden. An dieser Verfügung hielt die Sanitas mit Einspracheentscheid vom 20. Juni 2019 fest.

B. Hiergegen erhob der Versicherte am 19. August 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht) und beantragte, die angefochtene Verfügung (recte: der angefochtene Einspracheentscheid) sei aufzuheben, und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Zur Begründung verwies er im Wesentlichen auf die Auskünfte seiner behandelnden Hausärztin. Sein Gesundheitszustand lasse es nicht zu, mit dem eigenen Auto zur Therapie zu fahren. Ausserdem habe die Sanitas eine Kostenübernahme zunächst mit dem unzutreffenden Argument verweigert, dass es sich in seinem Fall um ein chronisches Leiden handle. Nach einer Intervention der Ombudsstelle in krankenversicherungsrechtlichen Angelegenheiten habe sie dieses Argument zwar fallen gelassen, verweigere die Leistungen aber nunmehr mit der Begründung, dass es sich bei den geltend gemachten Spesen um Reise- und nicht um Transportkosten handle.

C. Die Sanitas schloss mit Vernehmlassung vom 30. Oktober 2019 auf Abweisung der Beschwerde. Es sei zwar zutreffend, dass die Chronifizierung eines Leidens keine Voraussetzung für den Anspruch auf Transportkosten bilde. Bei fehlender Transportbedürftigkeit bestehe jedoch kein Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Hintergrund bilde die Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach Taxis oder private Personenwagen als private Verkehrsmittel gelten und eine Kostenübernahme grundsätzlich ausschliessen würden. Eine Deckung komme nur in Frage, wenn die Fahrt in einem öffentlichen oder privaten Verkehrsmittel infolge des spezifischen Gesundheitszustandes unmöglich sei. Vorliegend sei der Versicherte aber in der Lage, ein Auto zu besteigen und zu den Therapien sowie zurück gefahren zu werden. Es lägen deshalb keine Transportkosten im Sinne der massgebenden Bestimmungen, sondern nicht versicherte Reisekosten vor.

Die Präsidentin zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 auf die Krankenversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Krankenversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser im Kanton Basel-Landschaft, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwal-

tungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden aus dem Bereich der Krankenversicherung. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde des Versicherten vom 19. August 2019 ist demnach einzutreten.

1.2 Streitgegenstand bildet die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Transportkosten aus dem Jahr 2017 im Umfang von Fr. 1'074.40. Der Streitwert liegt somit unter Fr. 20'000.—, weshalb gemäss § 55 Abs. 1 VPO die präsidierte Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig ist.

2.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung deckt gemäss Art. 25 Abs. 1 KVG unter anderem die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Der Leistungskatalog umfasst gemäss Art. 25 Abs. 2 lit. g KVG insbesondere auch einen Beitrag an medizinisch notwendige Transportkosten. Der Bundesrat konkretisiert gemäss Art. 33 Abs. 2 KVG die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Art. 25 Abs. 2 KVG. Diese Aufgabe kann er dem Departement oder dem Bundesamt übertragen (Art. 33 Abs. 5 KVG), was er in Art. 33 lit. g der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 bezüglich des in Art. 25 Abs. 2 lit. g KVG vorgesehen Beitrags an die Transport- und Rettungskosten getan hat. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat gestützt auf diese Kompetenzdelegation Art. 26 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995 erlassen. Demnach übernimmt die Versicherung 50 Prozent der Kosten von medizinisch indizierten Krankentransporten zu einem zugelassenen, für die Behandlung geeigneten und im Wahlrecht des Versicherten stehenden Leistungserbringer, wenn der Gesundheitszustand des Patienten oder der Patientin den Transport in einem anderen öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht zulässt. Pro Kalenderjahr wird maximal ein Betrag von Fr. 500.-- übernommen (Art. 26 Abs. 1 KLV). Der Transport hat in einem den medizinischen Anforderungen des Falles entsprechenden Transportmittel zu erfolgen (Art. 26 Abs. 2 KLV). Als Pflichtleistungen gelten somit - unter Vorbehalt entsprechender medizinischer Indikation - nur die in einem speziellen Fahrzeug (Ambulanzfahrzeug) durchgeführten Transporte. Kosten von privaten Taxi- oder Transportfahrten, wie insbesondere auch Behindertentransporte, gehen hingegen nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Diese gelten als nicht versicherte Reisekosten und nicht als Transportkosten im Sinne der dargelegten Bestimmungen.

2.2 In einem letztthin ergangenen Urteil hat das Bundesgericht diese Sichtweise bestätigt. Der Krankentransport kann demnach nur dann als Pflichtleistung übernommen werden, wenn er im konkreten Fall aufgrund spezifischer Anforderungen nötig ist, denen ein anderes öffentliches oder privates Transportmittel nicht gerecht wird (Urteil des Bundesgerichts 9C\_408/2018 vom 10. September 2018). Eine Deckung von Transportkosten durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung kommt also nur in Betracht, wenn die Fahrt in einem öffentlichen oder privaten Verkehrsmittel aufgrund des Gesundheitszustandes der versicherten Person unmöglich ist. Dem

vom Bundesgericht beurteilten Fall lag die Konstellation zu Grunde, dass der Versicherte während der Fahrt offenbar weder auf eine Begleitung oder auf medizinische Apparaturen angewiesen war. Ebenfalls hatte keine Notwendigkeit bestanden, einen spezifischen, persönlichen Rollstuhl zu transportieren, der in einem gewöhnlichen Personenwagen oder Taxi keinen Platz gefunden hätte (a.a.O., E. 4.2).

2.3 Nicht anders verhält es sich im hier vorliegenden Fall. Zwischen den Parteien ist zwar unbestritten, dass der Beschwerdeführer auf regelmässige Therapien angewiesen ist und in diesem Zusammenhang für den Transport die Hilfe Dritter in Anspruch nehmen muss (Ärztliches Zeugnis von Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, vom 30. November 2018). Aufgrund des erlittenen Hemisphärensyndroms links leidet er an einer deutlichen Gehbeeinträchtigung und kann den Weg in die Rehabilitation nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurücklegen. Hintergrund bildet der Umstand, dass er durch seine Behinderung einerseits sehr verlangsamt und gangunsicher ist. Andererseits ist er nicht in der Lage, in der erforderlichen Geschwindigkeit Stufen und Gehstrecken zurückzulegen. Damit ist jedoch nicht ausgewiesen, ob eine medizinische Notwendigkeit im Sinne der zitierten Rechtsprechung besteht, für die Fahrten in die Rehabilitation auf eine Begleitung oder medizinische Einrichtungen angewiesen zu sein, wie sie für Transporte, nicht aber für Reisen im Sinne des KVG gelten. Dem Beschwerdeführer ist zuzustimmen, dass es hierbei keine Rolle spielt, ob die Mobilitätseinschränkungen akut oder dauerhaft ist. Massgebend ist hingegen, dass er in der Lage ist, sich aus eigenen Kräften und ohne spezifische medizinische Hilfe oder Überwachung in die Therapie zu begeben. Es kann in dieser Hinsicht auf die grundsätzlich zutreffenden Ausführungen der Ombudsstelle in krankensicherungsrechtlichen Angelegenheiten vom 25. Oktober 2018 verwiesen werden, wonach die medizinische Notwendigkeit für einen Krankentransport erst dann zu bejahen ist, wenn die versicherte Person während des Transports auf die Begleitung einer helfenden oder überwachenden Drittperson angewiesen ist. Die medizinische Notwendigkeit eines Transports im Sinne von Art. 25 Abs. 2 lit. g KVG ist deshalb nur dann zu bejahen, wenn ihn gesundheitliche Gründe in der Person der betroffenen Patienten notwendig machen. Solche Gründe sind vorliegend aber zu verneinen.

2.4 Aus der Bestätigung der behandelnden Hausärztin vom 2. Mai 2019 ergibt sich, dass der Beschwerdeführer in der Lage ist, in ein privates Verkehrsmittel zu steigen. Dass er während des Transports auf eine allfällige medizinische Überwachung angewiesen wäre, ist weder ausgewiesen noch behauptet. Auch ist der Beschwerdeführer auf keinen persönlichen Rollstuhl angewiesen, der im Passagierraum eines öffentlichen oder privaten Verkehrsmittels keinen Platz finden würde. Den Ausführungen seiner Hausärztin zufolge ist der Beschwerdeführer zwar für die Hin- und Rückfahrt auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen (Ärztliches Zeugnis vom 30. November 2018). Dass er deshalb aber bei den durch das B.\_\_\_\_ durchgeführten Fahrten (vgl. Beilagen 18/1 bis 18/14 zur Vernehmlassung) auf eine spezifische, insbesondere medizinische Betreuung angewiesen gewesen wäre, der ein anderes öffentliches oder privates Transportmittel nicht gerecht werden könnte, geht daraus nicht hervor. Eine medizinische Betreuung, wie sie für die Anerkennung von Transportkosten im Sinne des Gesetzes und der dazu ergangenen Rechtsprechung des Bundesgerichts erforderlich wäre, ist mithin nicht ausgewiesen. Die Voraussetzungen der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin aus der obligatorischen Krankenpflegever-

sicherung sind mangels einer ausgewiesenen medizinischen Notwendigkeit eines Spezialtransports daher nicht erfüllt. Bei diesem Verfahrensausgang erübrigen sich Weiterungen zur Höhe der geltend gemachten Kosten, welche ohnehin nur bis maximal Fr. 500.-- übernommen werden können. Die Beschwerde ist bei diesem Ergebnis abzuweisen.

3. Das Verfahren ist für die Parteien gemäss Art. 61 lit. a ATSG kostenlos, so dass keine Verfahrenskosten zu erheben sind. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.