

SG_VERSICHERUNGSGERICHT EL 2018/3 vom 21. November 2018

Sg Versicherungsgericht, 2018-11-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_EL_2018_3

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT EL 2018/3 du 21 novembre 2018

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT EL 2018/3 del 21 novembre 2018

Regeste

Art. 11 Abs. 1 lit. d und g ELG Unrechtmässige hypothetische Anrechnung einer bereits vor dem EL-Bezug gekündigten Langzeitpflegeversicherung, da bei den Ergänzungsleistungen keine Überlegungen zu langfristigen finanziellen Auswirkungen vorgenommen werden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. November 2018, EL 2018/3).

Erwägungen

E. 1

1.1 In seiner Beschwerde hat der Beschwerdeführer den Einspracheentscheid betreffend die mit der Verfügung vom 4. August 2017 ab dem 1. September 2017 als hypothetische Einnahmen angerechneten, durch die vor der Anmeldung zum EL-Bezug erfolgte Kündigung der CURA Langzeitpflegeversicherung jedoch gar nicht ausbezahlten Beiträge an die Tagestaxe anfechten lassen. Ausserdem hat er geltend machen lassen, die Beschwerdegegnerin habe ihm eine zu niedrige Tagestaxe (Hotellerie) als Ausgabe angerechnet (act. G 1). Diese Ausgabenposition ist durch die Beschwerdegegnerin nach einem zwischenzeitlichen Klinikaufenthalt des Beschwerdeführers mit der Verfügung vom 12. April 2017 angepasst worden (EL-act. 13 ff.). Diese Verfügung ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen, weshalb die darin angepassten Positionen nicht im Rahmen dieses Beschwerdeverfahrens beurteilt werden können. Allerdings ist der Teil der Beschwerde, in welchem der Beschwerdeführer hat geltend machen lassen, dass die Beschwerdegegnerin irrtümlich eine zu niedrige Tagestaxe (Hotellerie) berücksichtigt habe, da das WOBE B.____ die Beschwerdegegnerin fälschlicherweise lediglich über die reinen Pensionskosten von Fr. 86.-- pro Tag und nicht auch über den ebenfalls effektiv zusätzlich in Rechnung gestellten Auswärtigenzuschlag in Höhe von Fr. 10.-- informiert habe, als Wiedererwägungsgesuch zu betrachten. Es liegt im Ermessen der Beschwerdegegnerin, ob sie auf dieses erstinstanzlich eintreten will, zumal auch sie den Fehler des WOBE B.____ nicht bemerkt hat (vgl. Art. 53 Abs. 2 ATSG). Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens ist aufgrund des Gesagten jedenfalls einzig die Frage, ob die Beschwerdegegnerin hypothetische Krankenversicherungsleistungen aus VVG in Höhe von jährlich Fr. 10'636.-- als Einnahmen hat anrechnen dürfen.

1.2 Die jährliche Ergänzungsleistung entspricht dem Betrag, um den die anerkannten Ausgaben die anrechenbaren Einnahmen übersteigen (Art. 9 Abs. 1 des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung [SR 831.30; ELG]). Als anrechenbare Einnahmen sind dabei unter anderem gemäss Art. 11 Abs. 1 lit. d ELG Renten, Pensionen und andere wiederkehrende Leistungen sowie gemäss lit. g Einkünfte und Vermögenswerte, auf die verzichtet worden ist, anzurechnen. Der Verzichtstatbestand dient der Missbrauchsverhinderung, indem er

dazu führt, dass eine Person, die auf Einkünfte oder Vermögen verzichtet, den daraus entstehenden Ausgabenüberschuss nicht mithilfe der Ergänzungsleistungen decken kann. Art. 11 Abs. 1 lit. g ELG greift damit nicht in die persönliche Freiheit bzw. in die Lebensführung einer Person ein. Er hindert niemanden daran, auf Einkünfte oder auf Vermögen zu verzichten, denn dieses Verhalten ist nicht an sich missbräuchlich. Stattdessen soll eine versicherte Person nur daran gehindert werden, mit einem – missbräuchlichen – Leistungsgesuch unter Verweis auf fehlende Einkünfte und Vermögenswerte bzw. auf den darauf resultierenden Ausgabenüberschuss Erfolg zu haben. Ein missbräuchliches Verhalten kann also einzig und allein in der Geltendmachung eines EL-Anspruchs und nicht im Verzicht auf Vermögen und Einkünfte an sich bestehen (RALPH JÖHL, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, in: Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Band XIV Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, Rz 200). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist der Verzichtstatbestand erfüllt, wenn der EL-Bezüger ohne rechtliche Verpflichtung und ohne adäquate Gegenleistung auf Einkünfte oder Vermögen verzichtet hat (vgl. BGE 120 V 187 ff. E 2b). Art. 11 Abs. 1 lit. g ELG soll jedoch wie gesagt lediglich diejenigen versicherten Personen, die sich ihres Vermögens entäussert oder es verschwendet haben oder auf Einnahmen verzichtet haben, daran hindern, den entsprechenden Ausfall an anrechenbaren Einnahmen durch Ergänzungsleistungen zu kompensieren und damit die Verantwortung für die Folgen ihrer Lebensführung auf die Allgemeinheit zu überwälzen (JÖHL, a.a.O., Rz 202 f. mit Hinweisen). Das den subjektiven Teil des Verzichtstatbestandes bildende Willenselement orientiert sich an der EL-spezifischen Eigenverantwortung in Bezug auf die Bestreitung des Existenzbedarfs aus eigener Kraft. Diese Eigenverantwortung zwingt zu einem sorgfältigen Umgang mit dem Vermögen und mit den Einkommensquellen. Die versicherte Person muss also alles unterlassen, was eine Vermögenseinbusse zur Folge haben oder eine bestehende Einkommensquelle drosseln oder zum Versiegen bringen könnte. Sie muss aber auch alles unterlassen, was die Chance eines Vermögenszuflusses oder die Chance der Erschliessung einer neuen bzw. die Erweiterung einer bestehenden Einkommensquelle gefährden könnte. Der subjektive Tatbestand des Verzichts ist somit erfüllt, wenn eine versicherte Person absichtlich auf Vermögen oder Einkommen verzichtet oder wenn sie in Verletzung ihrer Sorgfaltspflicht in Kauf nimmt, Vermögen oder Einkommen einzubüssen (JÖHL, a.a.O., Rz 206).

E. 2

2.1 Der Beschwerdeführer ist seit dem 5. August 2014 verbeiständet (EL-act. 63). Kurz nachdem der Beschwerdeführer am 7. September 2015 vom Wohnheim D. ___ in das WOB B. ___ gewechselt hatte (vgl. EL-act. 61), hat der Beistand des Beschwerdeführers am 25. September 2015 die Zusatzversicherungen nach VVG bei der Helsana per 31. Dezember 2015, darunter auch die CURA Langzeitpflegeversicherung, gekündigt. Im Rahmen der CURA Langzeitpflegeversicherung hätte sich die Helsana nach Ablauf einer 720-tägigen Wartefrist, die zu laufen begonnen hätte, sobald Pflegeleistungen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) von durchschnittlich über 60 Minuten pro Tag notwendig geworden wären, im Umfang von Fr. 30.-- pro Tag an den nicht gedeckten Kosten für Spitex und Pflegeheime beteiligt, wenn dieser Pflegebedarf während sowie nach Ablauf der Wartefrist ohne Unterbruch bestanden hätte (vgl. insbesondere die zusätzlichen Vertragsbedingungen (ZVB) der CURA Langzeitpflegeversicherung 2011 [abrufbar unter: <https://www.helsana.ch/docs/cura-zvb-de.pdf>, zuletzt aufgerufen am 7. November 2018]). Der Beschwerdeführer hat geltend machen lassen, er habe die Zusatzversicherung aus

Kostengründen gekündigt, da er seinen Existenzbedarf mit seinen Einnahmen nicht habe decken können und dafür sein vorhandenes, unter dem EL-rechtlich geltenden Freibetrag liegendes Vermögen habe verzehren müssen. Ausserdem seien in näherer Zukunft aus der CURA Langzeitpflegeversicherung keine Leistungen zu erwarten gewesen. Die Beschwerdegegnerin hat demgegenüber zu bedenken gegeben, dass der Beistand mit der Kündigung der Zusatzversicherung immerhin hätte warten müssen, bis das WOB E B.____ eine BESA-Einstufung vorgenommen hätte. Bereits zum Zeitpunkt der Kündigung sei bekannt gewesen, dass der Beschwerdeführer einer intensiven Betreuung bedürfe.

2.2 Ergänzungsleistungen bezwecken die Deckung der laufenden Bedürfnisse, weshalb bei der Anspruchsberechnung nur tatsächlich vereinnahmte Einkünfte und vorhandene Vermögenswerte berücksichtigt werden dürfen, über die der Leistungsansprecher ungeschmälert verfügen kann (BGE 127 V 248 E 4a S. 249). Vorhandenes Vermögen ist also für den gegenwärtigen Lebensunterhalt einzusetzen, da die versicherte Person in diesem Moment finanzieller Mittel bedarf. Dementsprechend werden bei den Ergänzungsleistungen keine Überlegungen zu langfristigen finanziellen Auswirkungen vorgenommen. Massgebend ist allein der Zeitpunkt, in dem Leistungen beansprucht werden (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgericht vom 27. November 2003, P 33/03, E. 3.2.3). So hat das Bundesgericht bestätigt, dass es nicht mit dem Zweck der Ergänzungsleistungen in Einklang gebracht werden könne, dass vorhandenes Vermögen nicht für den aktuellen Bedarf eines damals 32-jährigen Versicherten eingesetzt werde, sondern ersatzweise Ergänzungsleistungen geltend gemacht würden und das Vermögen dafür verwendet werde, zu Vorsorgezwecken eine Leibrente abzuschliessen, die einen hypothetischen Bedarf in 30 Jahren decken solle (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 12. Mai 2011, 9C_59/2011 und den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. November 2010, EL 2009/37).

2.3 Im eben beschriebenen Bundesgerichtsentscheid aus dem Jahr 2011 hat sich die Handlung, deren Verzichtskarakter strittig gewesen ist, jedoch auf der Einnahmenseite abgespielt, indem verbunden mit einer Vermögensreduktion zu Gunsten der langfristigen Altersvorsorge ein Einkauf in eine Leibrente stattgefunden hatte. Während der damalige Beschwerdeführer also versucht hatte, die Finanzierung der Altersvorsorge auf die EL zu verlagern, hat sich der Beschwerdeführer im konkreten Fall von der Last der Prämienzahlung befreit, indem er eine EL-rechtlich nicht anerkannte Ausgabenposition zulasten der längerfristigen Vorsorge "eingespart" hat. Andernfalls hätte er nämlich zum Ausgleich seiner Zusatzversicherungsprämienzahlungen bei anderen (EL-rechtlich möglicherweise anerkannten) Ausgaben sparen müssen, wobei die praktische Umsetzbarkeit dessen durchaus fraglich gewesen wäre. Im Ergebnis hat der Beschwerdeführer also im konkreten Fall das getan, was im genannten Präzedenzfall aus dem Jahre 2011 (Urteil des Bundesgerichts vom 12. Mai 2011, 9C_59/2011) vom damaligen Beschwerdeführer verlangt worden ist: er hat mit Blick auf seine aktuelle Vermögenssituation gehandelt und seine Ausgaben seinen Einnahmen angepasst. Allerdings ging es im Präzedenzfall aus dem Jahr 2011 um eine Verminderung des Vermögens zugunsten einer Vorsorgeleistung, die erst in etwa 30 Jahren zu erwarten gewesen wäre, während die relevante Versicherungsleistung im vorliegenden Fall theoretisch bereits innerhalb von weniger als zwei Jahren hätte erwartet werden können. Sowohl im vorliegenden Fall als auch in jenem aus dem Jahre 2011 hätten die Beschwerdeführer noch lange von den Leistungen profitieren können. Gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung werden bei den Ergänzungsleistungen allerdings keine Überlegungen zu langfristigen finanziellen

Auswirkungen vorgenommen (s.o.). Deshalb kann es keine Rolle spielen, ob eine langfristige finanzielle Auswirkung innerhalb von zwei oder von dreissig Jahren eintritt, weshalb beide Fälle gleich behandelt werden müssen. Andernfalls müsste gesetzlich ein Zeithorizont festgelegt werden, innerhalb dessen ein (künftiger) EL-Bezüger verpflichtet wäre, finanzielle Vorsorgeüberlegungen zu tätigen. Weil ein solcher Zeithorizont bislang jedoch nicht existiert, muss ein (künftiger) EL-Bezüger selbst dann ausschliesslich mit Blick auf den aktuellen Zeitpunkt sparen, wenn die Belastung durch die Prämienzahlung verglichen mit der später zu erwartenden Versicherungsleistung so gering ist, dass sie dazu in einem Missverhältnis steht und die momentane Entlastung der EL eine viel massgeblichere Entlastung in der Zukunft verhindert. Deshalb ist nicht einzusehen, warum im vorliegenden Fall von einer versicherten Person bzw. von deren Beistand zu einem Zeitpunkt, in dem noch keine Ergänzungsleistungen bezogen werden und auch noch keine Anmeldung eingereicht worden ist, verlangt werden soll, Prämien für eine Zusatzversicherung wie die CURA Langzeitpflegeversicherung zu bezahlen, wenn Leistungen aus dieser Versicherung – wenn überhaupt – erst in einigen Jahren zu erwarten gewesen wären, während ansonsten der Vorsorge dienende Handlungen ganz klar als Verzicht qualifiziert werden, "da sie sich auf einen zukünftigen Zeitpunkt beziehen" (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 20. August 2001, P 48/00, E. 4b). Unabhängig davon, ob der Beschwerdeführer bzw. dessen Beistand zum Zeitpunkt der Kündigung der CURA Langzeitpflegeversicherung gewusst hat oder zumindest hätte wissen müssen, dass der Beschwerdeführer pflegebedürftig war und die Wartefrist der CURA Langzeitpflegeversicherung von 720 Tagen mit den Übertritt ins neue Heim zu laufen beginnen würde, hätte die Zusatzversicherung also nicht nur gekündigt werden dürfen, sondern sogar gekündigt werden müssen. Der Beschwerdeführer hätte nämlich für die zunächst nach wie vor gegenleistungslose Aufrechterhaltung der CURA Langzeitpflegeversicherung über einen Zeitraum von knapp zwei Jahren Vermögen und Einkommen verwenden müssen, das er stattdessen zur Bestreitung seines Existenzbedarfs hätte aufbringen müssen.

E. 3

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- zu bezahlen.

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