

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT ZL.2015.00064**

## **vom 31. Januar 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_ZL.2015.00064](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_ZL.2015.00064)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT ZL.2015.00064 du 31 janvier 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT ZL.2015.00064 del 31 gennaio 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

Der Bund und die Kantone gewähren Personen, welche die gesetzlichen Voraussetzungen nach Art. 4-6 des seit dem 1. Januar 2008 gültigen Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 6. Oktober 2006 (ELG) erfüllen, Zusatzleistungen bestehend aus Ergänzungsleistungen, Beihilfen und Zuschüssen zur Deckung ihres Existenzbedarfs (Art. 2 Abs. 1 ELG; §§ 1, 13, 15 und 20 Abs. 1 des kantonalen Gesetzes über die Zusatzleistungen zur eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, ZLG).

#### **E. 1.2**

Die Ergänzungsleistungen bestehen aus der jährlichen Ergänzungsleistung, welche monatlich ausbezahlt wird (Art. 3 Abs. 1 lit. a ELG), sowie aus der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten (Art. 3 Abs. 1 lit. b ELG). Die jährliche Ergänzungsleistung hat dem Betrag zu entsprechen, um den die anerkannten

Ausgaben

die

anrechenbaren Einnahmen übersteigen (Art. 9 Abs. 1 ELG). Ergänzungsleistungen werden ausgerichtet, um Bezügerinnen und Bezüger von Renten der Alters- und Hinterlassenen- oder der Invalidenversicherung das Existenzminimum zu gewährleisten, ohne dass die Versicherten Sozialhilfe beziehen müssen; mit ihnen soll der Grundbedarf gedeckt werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_787/2011

vom 20. April 2012 E. 4.2). Bei einem (länger- oder andauernden) Heimaufenthalt steht nicht die angemessene Existenzsicherung im Vordergrund, sondern die Finanzierung eines Heimaufenthaltes (Carigiet/Koch, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, 2. Aufl. 2009, S. 187).

#### **E. 1.3.1**

Auf der Ausgabenseite sind bei einem länger- oder andauernden Heimaufenthalt nach Art. 10 Abs. 2 ELG die Heimkosten (lit. a) und ein vom Kanton zu bestimmender Betrag für persönliche Auslagen (lit. b) zu berücksichtigen.

#### **E. 1.3.2**

Die anrechenbaren Einnahmen werden nach Art. 11 ELG ermittelt. Als Einkommen angerechnet werden unter anderem zwei Drittel der Erwerbseinkünfte in Geld oder Naturalien, soweit sie bei alleinstehenden Personen Fr. 1'000.-- (bei Ehepaaren oder Personen mit Kindern, die einen Anspruch auf eine Kin der rente der AHV oder IV

begründen : Fr. 1'500.--) übersteigen (Art. 11 Abs. 1 lit. a ELG).

Ebenfalls als Einkommen angerechnet werden die Renten, Pensionen und andere wiederkehrende Leistungen, einschliesslich der Renten der AHV und der IV (Art. 11 Abs. 1 lit. d ELG), sowie Einkünfte und Vermögenswerte, auf die verzichtet worden ist (Art. 11 Abs. 1 lit. g ELG).

### **E. 1.3.3**

Die von einer Krankenkasse aus einer Langzeitpflegeversicherung periodisch ausgerichteten Beiträge an die Kosten des Aufenthaltes in einem Pflegeheim zählen als "andere wiederkehrende Leistungen" im Sinne von Art. 11 Abs. 1 lit. d ELG zum anrechenbaren Einkommen (vgl. BGE 123 V 184 E. 3 zum bis Ende 2007 gültig gewesenen, gleichlautenden Art.

### **E. 1.4.1**

Gemäss Art. 25 Abs. 1 der Verordnung über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELV) ist die jährliche Ergänzungsleistung unter anderem zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben bei Eintritt einer voraussichtlich längere Zeit dauernden Verminderung oder Erhöhung der vom ELG anerkannten Ausgaben und anrechenbaren Einnahmen sowie des Vermögens (lit. c).

Art. 25 ELV hat die Revision (Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung) der Ergänzungsleistung im Sinne der Anpassung an geänderte tatsächliche Verhältnisse zum Gegenstand, regelt also Veränderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen der Ergänzungsleistungen beziehenden Person während des Leistungsbezuges ( BGE 122 V 21

E. 3b mit Hinweisen ; Urteil des Bundesgerichts P 59/00 vom 2. Mai 2001 E. 2b).

### **E. 1.4.2**

Im Rahmen einer periodischen Überprüfung, welche mindestens alle vier Jahre vorzunehmen ist (Art. 30 ELV), ist die jährliche Ergänzungsleistung zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn eine Änderung der vom ELG anerkannten Ausgaben und anrechenbaren Einnahmen sowie des Vermögens festgestellt wird; macht die Änderung weniger als Fr. 120.-- im Jahr aus, so kann auf eine Anpassung verzichtet werden (Art. 25 Abs. 1 lit. d ELV).

Die jährliche Ergänzungsleistung ist im Fall von Art. 25 Abs. 1 lit. d ELV auf Beginn des Monats, in dem die Änderung gemeldet wurde, neu zu verfügen, frühestens aber auf Beginn des Monats, in dem diese eingetreten ist, und spätestens auf den Beginn des Monats, der auf die neue Verfügung folgt. Vorbehalten bleibt die Rückforderung bei Verletzung der Meldepflicht (Art. 25 Abs. 2 lit. d ELV).

### **E. 1.4.3**

Die Grundlagen zur Berechnung der Ergänzungsleistungen können aufgrund ihrer formell-gesetzlichen Ausgestaltung als einer auf das Kalenderjahr bezogenen Versicherung zudem im Rahmen der jährlichen Überprüfung ohne Bindung an die früher verwendeten Berechnungsfaktoren und unabhängig von der Möglichkeit der während der Bemessungsdauer vorgesehenen Revisionsgründe (Art. 25 ELV) von Jahr zu Jahr neu festgelegt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_94/2007 vom 15. April 2008 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 1.5.1**

Nach

Art. 25 Abs. 1 Satz 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

(ATSG; in Verbindung mit Art. 2 ATSG und Art. 1 Abs. 1 ELG) sind unrechtmässig bezogene Ergänzungsleistungen zurückzuerstatten.

Wer eine Leistung in gutem Glauben empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn eine grosse Härte vorliegt (Art. 25 Abs. 1 Satz 2 ATSG). Die Voraussetzungen des guten Glaubens und des Vorliegens einer grossen Härte (Art. 5 ATSV) müssen kumulativ erfüllt sein.

Über den Umfang der Rückforderung wird eine Verfügung erlassen (Art. 3 Abs. 1 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSV).

Der Versicherer weist in der Rückforderungsverfügung auf die Möglichkeit des Erlasses hin (Abs. 2).

### **E. 1.5.2**

Gemäss Art. 25 Abs. 2 ATSG erlischt der Rückforderungsanspruch mit dem Ablauf eines Jahres, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit dem Ablauf von fünf Jahren nach der Entscheidung über die einzelnen Leistung (Satz 1).

Bei diesen Fristen handelt es sich um Verwirklichungsfristen (BGE 138 V 74 E. 4.1 mit Hinweisen).

### **E. 1.6.1**

Die Rückforderung rechtskräftig verfügter Leistungen durch die Verwaltung ist nur unter den für die Wiedererwägung oder die prozessuale Revision massgebenden Voraussetzungen zulässig (BGE 126 V 23 E.

4b, 42 E.

2b, je mit Hinweisen).

Der Versicherungsträger kann nach Art. 53 Abs. 2 ATSG wiedererwägungsweise auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Zweifellos unrichtig ist eine Verfügung, wenn kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung möglich, also nur dieser einzige Schluss denkbar ist (SVR 2010 IV Nr. 5 S. 10; Urteil des Bundesgerichts vom 19. September 2013 E. 2.3.1 mit Hinweisen).

Mittels prozessualer Revision, welche von der Wiedererwägung unterschieden werden muss, wird

auf rechtskräftige Verfügungen zurückgekommen, wenn diese aufgrund neu entdeckter, seinerzeit ohne Verschulden unbekannter vorbestandener Tatsachen oder Beweismittel unrichtig sind (BGE 127 V 469 E. 2c, 119 V 184 E. 3a, 477 E. 1a, Urteil des Bundesgerichts P 63/02 vom 8. Mai 2003 E. 5, je mit Hinweisen).

### **E. 1.6.2**

Bei der Neuberechnung der Ergänzungsleistungen zur Ermittlung des Rückerstattungs betrages ist nach der Rechtsprechung und Verwaltungspraxis von den Verhältnissen auszugehen, wie sie im Rück erstattungs zeitraum tat sächlich be stan den haben (BGE 126 V 23 E. 4b, 42 E. 2b, 122 V 19 E).

## **E. 2**

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 1. Juli 2015 Beschwerde und beantragte, es seien die Verfügung vom 2. Juni 2015 (Urk. 3/3 = Urk. 7/4), die Verfügungen vom 2. und 3. Juli 2014 be treffend die Rücker stattungs forderung von Fr. 43'400.-- und der Ein sprache entscheid vom 19. Juni 2015 sowie die Kürzung der Zusatz leistungen ab Juli 2015 um Fr. 269.-- (richtig: Fr. 262.--; vgl. Schreiben vom 2. Juni 2015, Urk. 7/4) auf zuheben und es sei festzustellen, dass die Rückerstattungsforderung von Fr. 43'400.-- nicht geschuldet sei. Ausserdem sei der Beschwerde/Einsprache die aufschiebende Wirkung zu erteilen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 13. November 2015 auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei (Urk. 16 S. 2).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Standpunkt, die Beschwerdeführerin beziehe seit ihrem Eintritt in das Alterszentrum Z.\_\_\_\_ am 5. Januar 2011 Taggelder aus der Zusatzver siche rung für Chronisch-Krankenpflege (Pflegeheim-Grundpflege) in der Höhe von Fr. 35.-- pro Tag. In der Zeit von Januar 2011 bis Juli 2014 habe sie daher einen Taggeldbetrag von Fr. 43'400.-- bezogen. Über diese Leistungen habe die Beschwerdeführerin respektive ihr Vertreter im Rahmen der amtlichen Revision trotz Aufforderung zur Einreichung des vollständig ausgefüllten Formulars mit Beilagen, aus welchem die Wichtigkeit eines Beleges zu Tag geldern aus Zusatzversicherungen hervorgegangen sei, weder informiert noch einen Beleg eingereicht. Sie, die Beschwerdegegnerin, sei daher erstmals im Rahmen der periodischen Überprüfung vom 27. November 2013 aufgrund der Krankenversicherungspolice vom September 2011 auf den möglicher weise vorhandenen Anspruch aus Zusatzversicherung aufmerksam geworden. Sie habe daher die Tatsache der zuviel ausgerichteten Zusatzleistungen auf grund der durch sie am 17. April 2014 bei der betreffenden Kranken ver siche rung eingeforderten und am 14. Mai 2014 erhaltenen definitiven Be stä tigung sowie der am 2. Juli 2014 erhaltenen Leistungsabrechnungen selbst entdecken müssen. Die relative einjährige Verjährungsfrist für den Rückfor derungsanspruch habe daher frühestens am 2. Juli 2014 zu laufen begonnen und sei mit der erlassenen Rückforderungsverfügung vom 3. Juli 2014 auf jeden Fall eingehalten. Die Rückforderung sei rechtens und unabhängig davon geschuldet, ob der unrechtmässige Bezug der Leistungen mit Absicht die Beschwerdeführerin erfolgt sei oder nicht. Das Kriterium des guten Glau bens und dasjenige der grossen Härte wären erst bei Prüfung eines all fälligen Erlassgesuches relevant (Urk. 2 S. 2 ff.).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin wendet dagegen ein, die Rückerstattungsverpflich tung beruhe auf schwerwiegenden Verwaltungsfehlern, wofür sie keine Ver ant wortung trage. Eine Rückerstattungspflicht und eine Meldepflichtver let zung würden explizit bestritten. Es

seien alle Ver sicherungsleistungen voll umfänglich seit spätestens dem 20. Juli 2010 bei der Beschwerdegegnerin aktenkundig. Und zwar habe die Durchführungsstelle die Krankenkassen belege und Abrechnungen der CSS am 20. Juli 2010 mit dem Stempel „ZL-Entwertung“ versehen. Die abgestempelten Belege habe die Sachbearbeiterin am 20. Juli 2010 an den Vertreter mit Begleitbrief zurückgesandt. Die Verjährung sei ein Jahr nach Kenntnisnahme eingetreten. Sie und ihr Vertreter hätten keine Meldepflichtverletzung, keine Unrechtmässigkeit und keine Verweigerung der Auskunft begangen. Die Beschwerdegegnerin aber habe die Aktenablage und das Dossier mangelhaft geführt. Es seien alle Belege, so auch jene der Krankenkasse CSS und insbesondere der Gesamtbeleg der CSS Ende Jahr für die Steuererklärung, ordnungsgemäss und vollständig bereits am 5. September 2011 im Rahmen der am 7. August 2011 eröffneten periodischen Überprüfung, eingereicht worden. Wo die eingereichten Unterlagen abgelegt worden seien, sei für Aussenstehende nicht eruierbar. Denn schon damals habe die Beschwerdegegnerin fälschlicherweise behauptet, sie sei bei der Visana versichert. Nur einen Monat später, am 7. September 2011, sei erneut eine periodische Überprüfung verfügt worden. Auf Nachfrage ihres Vertreters hin habe die Beschwerdegegnerin erklärt, dass es sich um eine Verwechslung handle. Für die Führung der Aktenablage und Dossiers bei der Beschwerdegegnerin sowie für die von der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 19. Juni 2015 (Urk. 17/1) schriftlich eingeräumten Missverständnissen wegen internen Umstellungen und neuen Verfahrens abläufen sei sie nicht verantwortlich. Ausserdem wäre es Sache der Beschwerdegegnerin gewesen zu kontrollieren, ob die angeforderten Unterlagen auch tatsächlich eingereicht worden seien. Des Weiteren habe die Beschwerdegegnerin das ZLG, die Weisungen und Informationen betreffend Zusatzleistungen AHV und IV der Sicherheitsdirektion des Kantons Zürich nicht beachtet. Denn es sei kein Prüfungsentscheid und keine Bewilligung für die Rückerstattungsforderung sowie der Kürzung der Zusatzleistungen eingeholt worden. Auch hätten keine persönliche Anhörung, Rückfragen und kein Aktenstudium stattgefunden. Die Beschwerdegegnerin müsse indes die Verhältnisse jedes Falles untersuchen und den Gesuchsteller persönlich anhören. Es sei der Beschwerdegegnerin aus der Krankenkassenpolice CSS und den eingereichten Unterlagen bekannt, dass sie ein Taggeld von Fr. 35.-- für Chronisch-Krankenpflege beziehe. Im Zweifelsfall hätten eine Nachfrage beim Vertreter und das Studium des Dossiers genügt. Für die ordentliche Abklärung und Berechnung der Zusatzleistungen sei die Beschwerdegegnerin verantwortlich (Urk. 1 S. 3 ff.).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht mit Verfügung vom 3. Juli 2014 (Urk. 17/8) von den für den Zeitraum vom Januar 2011 bis Juli 2014 geleisteten Ergänzungsleistungen den Betrag von Fr. 43'400.-- von der Beschwerdeführerin zurückforderte und den laufenden Anspruch auf Zusatzleistungen ab dem 1. Januar 2014 auf Fr. 3'309.-- (Ergänzungsleistung) festsetzte (Verfügung vom 2. Juli 2012, Urk. 17/9/0 S. 1 und S. 10). 3.

### **E. 3**

Abs.

1 lit.

c a ELG ) .

Hierzu gehören auch Krankenkassenleistungen aus Zusatzversicherungen nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Entsprechende nach gewiesene Prämien für Taggelder aus VVG-Ver sicher ungen, die in direktem Zusammenhang mit den erhaltenen Leistungen stehen, sind als Gewinnungs kosten abzuziehen (Wegleitung über die Ergän zungsleistungen zur AHV und IV [ WEL ], gültig ab 1. April 2011, Stand: 1. Januar 2016, Rz 3456.01-02; Carigiet/Koch, a.a.O., S. 194).

### **E. 3.1**

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grund sätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beur teilen, zu denen die zuständige Verwaltungs behörde vorgän gig verbindlich - in Form einer Verfügung beziehungsweise eines Einspracheentscheids - Stellung ge nom men hat. Insoweit bestimmt die Verfügung beziehungsweise der Ein sprache entscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungs gegen stand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung be ziehungs weise kein Einsprache entscheid er gangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a).

### **E. 3.2**

Als massgeblicher Anfechtungsgegenstand in diesem Verfahren gilt der Inhalt des angefochtenen Einspracheentscheids vom 19. Juni 2015 (Urk. 2) respektive der diesem zugrundeliegenden Verfügungen vom 2. und 3. Juli 2014 (Urk. 17/8-9). Nicht Gegenstand dieses Verfahrens bildet dagegen der Inhalt des Schreibens vom 2. Juni 2015, mit welchem die Beschwerdegeg ne rin die Beschwerdeführerin irrtümlicherweise noch vor Eröffnung und damit vor rechtsgültigem Erlass eines Einspracheentscheides in der Sache aufgefordert hatte, den Rückerstattungsbetrag von Fr. 43'400.-- in den nächsten Monaten in vier Raten zu begleichen. Ausserdem hat sie damit die Beschwer deführerin darüber informiert, dass ab dem Juli 2015 vom laufenden Anspruch der Betrag von Fr. 262.-- abgezogen werde (Urk. 17/4).

Die im Schreiben vom 2. Juni 2015 so beschriebenen Abzahlungsmodalitäten bezogen sich auf eine Forderung, über die damals unstrittig noch nicht rechtskräftig entschieden worden war. Dieses Schreiben ist keine Verfügung (Art. 49 ATSG) und es kommt ihm keine Rechtswirkung zu, zumal die Be schwerdegegnerin ihren Irrtum zur Eröffnung des Einspracheentscheides erkannt und mit Schreiben vom 19. Juni 2015 (Urk. 17/1) auch anerkannt hat. Es bildet denn auch nicht Inhalt des angefochtenen Einsprache ent schei des.

In Bezug auf den Antrag der Beschwerdeführerin, es sei die Verfügung vom 2. Juni 2015 (Urk. 3/3 = Urk. 7/4) aufzuheben, ist auf die Beschwerde daher nicht einzutreten.

### **E. 3.3**

Hinsichtlich des Antrages der Beschwerdeführerin, es sei der „Beschwerde/Ein sprache“ aufschiebende Wirkung zu erteilen (Urk. 1 S. 2), ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin weder der Einsprache gegen die Verfügungen vom 2. und 3. Juli 2014 (Urk. 17/8-9) noch der Beschwerde gegen den Ein sprache entscheid vom 19. Juni 2015 (Urk. 2) die aufschiebende Wirkung entzogen hat. Zudem wäre der Entzug des Suspensiveffekts ordent licher Rechtsmittel gegen Verfügungen oder Einspracheentscheide über die Rückerstattung unrechtmässig bezogener Ergänzungsleistun gen unzu lässig. Denn Einsprachen und Beschwerden gegen Verwaltungs akte betreffend die Rückerstattung unrechtmässig bezogener Ergänzungsleistungen kommt von Gesetzes wegen

aufschiebende Wirkung zu ( BGE 130 V 407

E. 3.4 ; Urteil des Bundesgerichts 9C\_835/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4 ).

Der diesbezügliche Antrag der Beschwerdeführerin ist somit gegenstandslos. 4. 4.1

In Bezug auf den mit Verfügung vom 2. Juli 2014 (Urk. 17/9/0) berechneten und mit Verfügung vom 3. Juli 2014 zur Rückerstattung bestimmten (Urk. 17/8) Betrag von Fr. 43'400.-- ist unstrittig ausgewiesen, dass die Beschwerdeführerin in der hier massgeblichen Zeit ab Januar 2011, mithin ab ihrem Eintritt in das Alterszentrum Z.\_\_\_\_ am 5. Januar 2011 (Urk. 17/18/3-5), von ihrer Krankenversicherung CSS aus ihrer Zusatzversicherung für Chronisch-Krankenpflege nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) eine Tagesleistung von Fr. 35.-- bezog (Urk. 17/9/2-6, Urk. 17/24/13), welche die Beschwerdegegnerin in den je-weiligen ZL-Berechnungen und Verfügungen ab Januar 2011 (Urk. 17/11-14, Urk. 17/16-17) nicht berücksichtigt hatte.

Strittig und zunächst zu klären ist, ob die relative einjährige Verjährung nach Art. 25 Abs. 2 erster Halbsatz ATSG eingetreten sei, wonach der Rückforderungsanspruch mit dem Ablauf eines Jahres erlischt, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat. Hierbei gilt recht sprechungsgemäss das Folgende: 4.2 4.2.1

Für den Beginn der relativen einjährigen Verwirkungsfrist massgebend ist nach der Rechtsprechung jener Tag, an dem die Verwaltung bei gebotener und zumutbarer Aufmerksamkeit den Fehler hätte erkennen müssen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_877/2010 vom 28. März 2011 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Dies ist dann der Fall, wenn alle im konkreten Einzelfall erheblichen Umstände zugänglich sind, aus deren Kenntnis sich der Rückforderungsanspruch dem Grundsatz nach und in seinem Ausmass gegenüber einer bestimmten rückerstattungspflichtigen Person ergibt

(BGE 111 V 14 E. 3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_999/2009 vom 7. Juni 2010 E. 3.2.1). Für die Beurteilung des Rückforderungsanspruchs genügt es also nicht, dass dem Amt bloss Umstände bekannt werden, die möglicherweise zu einem solchen Anspruch führen können, oder dass dieser Anspruch bloss dem Grundsatz nach, nicht aber in masslicher Hinsicht feststeht. Vor Erlass der Rückerstattungsverfügung muss die Gesamtsumme der unrechtmässig ausbezahlten Leistungen feststellbar sein (BGE 111 V 81 E. 4a).

Verfügt die Verwaltung über genügende Hinweise auf einen möglichen Rückforderungsanspruch, sind die Unterlagen aber noch unvollständig, hat sie die erforderlichen Abklärungen innert angemessener Zeit vorzunehmen. Bei Säumnis ist der Beginn der Verwirkungsfrist auf den Zeitpunkt festzusetzen, in welchem die Verwaltung mit zumutbarem Einsatz ihre unvollständige Kenntnis so zu ergänzen im Stande gewesen wäre, dass der Rückforderungsanspruch hätte geltend gemacht werden können. Die einjährige Verwirkungsfrist beginnt auf jeden Fall, wenn und sobald sich aus den Akten bereits die Unrechtmässigkeit der Leistungserbringung ergibt, ohne dass Zeit für eine weitere Abklärung zugestanden würde ( BGE 112 V 180 E. 4b, Urteile

des Bundesgerichts 9C\_567/2016 vom 3. Januar 2017 E. 4.2.2 und 9C\_534/2009 vom 4. Februar 2010 E. 3.2.1).

Fristauslösend sind

allerdings nicht das erstmalige unrichtige Handeln des Durchführungsorgans und die daran anknüpfende unrechtmässige Leistungsausrichtung. Vielmehr ist auf jenen Tag

abzustellen, an dem die Verwaltung später - beispielsweise anlässlich einer Rechnungskontrolle oder aufgrund eines zusätzlichen Indizes - bei Beachtung der gebotenen und ihr zumutbaren Aufmerksamkeit sich hinsichtlich ihres Fehlers hätte Rechenschaft geben und erkennen müssen, dass die Voraussetzungen für eine Rückforderung gegeben sind. Wäre die Leistungserbringung massgeblich, hätte die Verwaltung oft keine Möglichkeit mehr, die zu Unrecht erbrachten Leistungen zurückzufordern (Urteil des Bundesgerichts 8C\_695/2013 vom 17. Juni 2014 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 124 V 380 E. 1 ; Urteil des Bundesgerichts 9C\_907/2013, 9C\_37/2014 vom 29. August 2014 E. 4.2 ).

Dieser Rechtsprechung liegt unter anderem die Überlegung zugrunde, dass bei einer Neuberechnung der EL grundsätzlich bloss die dazu Anlass gebenden Änderungen tatsächlicher oder rechtlicher Natur zu beachten und zu berücksichtigen sind. Dagegen ist nicht jedes Mal beziehungsweise lediglich bei entsprechenden Anhaltspunkten zu prüfen, ob die Angaben im Anmeldeformular seinerzeit auch richtig umgesetzt worden waren. Anders verhält es sich bei der periodischen, mindestens alle vier Jahre vorzunehmenden Überprüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse. Spätestens in diesem Zeitpunkt gilt eine allenfalls unrechtmässige Leistungsausrichtung als erkennbar, so dass die relative einjährige Verwirkungsfrist zu laufen beginnt, sobald der Rückforderungsanspruch als solcher und betragsmässig feststeht (Art. 30 ELV; SVR 2011 EL Nr. 7 S. 21, Urteil des Bundesgerichts 9C\_999/2009 vom 7. Juni 2010 E. 3.2.1 mit Hinweis). Darüber hinaus ist jedoch nicht - mit Blick darauf, dass die Ergänzungsleistung in der Regel für die Dauer eines Jahres festgesetzt wird (Art. 9 Abs. 1 ELG; BGE 128 V 39

), somit jährlich neu zu berechnen ist - von einer zumutbaren Kenntnis der EL-Durchführungsstelle von einer allfälligen fehlerhaften erstmaligen Anspruchsberechnung und Leistungsfestsetzung von Gesetzes wegen auszugehen (offengelassen im Urteil des Bundesgerichts 9C\_999/2009 vom 7. Juni 2010 E. 3.2.1). Eine jährliche Verifizierung jeder einzelnen Position in der EL-Berechnung stellte einen im Rahmen der Massenverwaltung kaum zu bewältigenden Aufwand dar, welchem Umstand der Verordnungsgeber mit Art. 30 ELV, wonach die wirtschaftlichen Verhältnisse periodisch, mindestens alle vier Jahre zu überprüfen sind, in gesetzeskonformer Weise Rechnung getragen hat (BGE 139 V 570 E. 3.1 ; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C\_567/2016 vom 3. Januar 2017 E. 4.2 ). 4.2.2

Hier wurde der Beschwerdegegnerin mit der Anmeldung zum Leistungsbezug vom 16. April 2009 (Urk. 17/24/3) die Krankenversicherungspolice der CSS, gültig ab Januar 2009, ausgehändigt. Daraus geht hervor, dass bereits schon damals unter anderem eine Versicherung für Chronisch-Krankenpflege „Grundleistungen und eine zusätzliche Tagesleistung von CHF 35.--“ für die Beschwerdeführerin bestand (Urk. 17/24/13 S. 2).

Die Beschwerde für

führerin hielt sich im April 2009 (gemäss der Notiz auf dem Formular vom 13. Mai 2009; Urk. 17/24/2 S. 4) bis am 4. Mai 2009 zur Übergangspflege im Alterszentrum O. auf. Gemäss der Leistungsübersicht der CSS zum Buchungsdatum vom 14. Juli 2009 vergütete die CSS aus der Zusatzversicherung für Chronisch-Krankenpflege für die Zeit vom 1. bis 30. April 2009 den Betrag von Fr. 1'050.-, mithin Fr. 35.-- pro Tag, an die stationären Pflegekosten (Urk. 3/6 S. 2). Aus der von der Beschwerdegegnerin im Juli 2014 eingeholten Gesamtübersicht der Leistungen der CSS an die Beschwerdeführerin für die Jahre 2006 bis 18. Juni 2014 geht zudem hervor, dass die Tagesleistung von Fr. 35.-- aus

dieser Versicherung auch für die Zeit vom 26. bis 30. März und vom 1. bis 4. Mai 2009 aufgrund der Pflege im Alterszentrum O.\_\_\_\_ erbracht worden war (Urk. 17/9/1 S. 3).

Im Fragebogen für den Antrag auf Zusatzleistungen zur AHV/IV vom 16. April 2009 wurden die Taggeldleistungen der CSS bei den Fragen zu den Entnahmen nicht angegeben (Urk. 17/24/3 S. 2). Allerdings wurden die Leistungen der CSS an die Beschwerdeführerin auch erst einige Zeit nach der Anmeldung und Ausfüllung des Fragebogens am 16. April 2009 (Urk. 17/24/3) erbracht (Urk. 3/6). Insofern wurden von der Beschwerdeführerin somit keine falschen oder unvollständigen Angaben gemacht.

Wegen der nur kurzfristigen stationären Pflege im Frühjahr 2009 wurden die CSS-Tagesleistungen aus der Zusatzversicherung für Chronisch-Krankenpflege an die Pflegekosten von der Beschwerdegegnerin damals nicht als „wiederkehrende Leistungen“ im Sinne von Art. 11 Abs. 1 lit. d ELG, sondern, wie dem Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 20. Juli 2010 (Urk. 17/21/6) zu entnehmen ist, im Rahmen der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten nach Art. 14 ff. ELG berücksichtigt; ob betragsmässig korrekt oder nicht braucht hier nicht geprüft zu werden (vgl. auch die Verfügung vom 19. April 2010 mit den Rechnungen des Alterszentrums O.\_\_\_\_; Urk. 17/26/0-3). Die Leistungsabrechnung der CSS vom 14. Juli 2009 (Urk. 3/6 S. 2 f.) lag der Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang jedenfalls nachweislich seit dem 19. April 2010, möglicherweise bereits früher vor (Urk. 3/6).

Es war somit aktenkundig und der Beschwerdegegnerin seit spätestens April 2010 bekannt, dass die Beschwerdeführerin aus ihrer CSS-Zusatzversicherung im Fall eines stationären Aufenthalts in einer Einrichtung mit Krankenpflege Tagesleistungen von der CSS von Fr. 35.-- pro Tag erhält. 4.2.3

Die ZL- Neuberechnung mit Verfügung vom 25. März 2011 (Urk. 17/18/0) sodann erfolgte aufgrund des Heimeintrittes der Beschwerdeführerin am 5. Januar 2011, welcher der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 21. März 2011 mitgeteilt worden war (Urk. 17/18/5).

Die Beschwerdegegnerin hätte in Bezug auf die für die Zeit ab März 2011 neu berechneten und erbrachten Leistungen daher den bereits bekannten CSS-Zusatzversicherungsanspruch abklären und als Einnahme berücksichtigen müssen, zumal gerade die Heimkosten den Anlass für die ZL-Neuberechnung gegeben hatten und solche periodisch ausgerichteten Beiträge wie die von der CSS an die Kosten des Aufenthaltes in einem Pflegeheim als "andere wiederkehrende Leistungen" im Sinne von Art. 11 Abs. 1 lit. d ELG zum anrechenbaren Einkommen zählen (vgl. E. 1.3.3 hiervor). Diese Unterlassung stellt das erstmalige unrichtige Handeln mit daran anknüpfen der unrechtmässigen Leistungsanrichtung dar. Dieses erstmalige unrichtige Handeln war für die einjährige Verwirkungsfrist (Art. 25 Abs. 1 erster Halbsatz ATSG) nach der hiervor aufgeführten Rechtsprechung (E. 4.2.1) allerdings noch nicht fristauslösend.

Die Verwirkungsfrist wurde in der Folge jedoch spätestens im Rahmen der Anfang August 2011 eröffneten (Urk. 17/16/17) periodischen Überprüfung 2011, welche mit Verfügung vom 8. September 2011 abgeschlossen war (Urk. 17/16/0), ausgelöst. Denn bei der periodischen Überprüfung gilt die unrechtmässige Leistungsanrichtung rechtsprechungs-gemäss spätestens in diesem Zeitpunkt als erkennbar

(BGE 139 V 570 E. 3.1 mit Hinweisen ). Es ist daher davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin insbesondere auch vor dem Hintergrund der hier gegebenen und hiervor darge stellten Aktenlage bei gebotener und zumutbarer Aufmerksamkeit im Verlauf der periodischen Überprüfung 2011 den Fehler hätte erkennen können und müssen, zumal in der Anfang September 2011 neu eingereichte CSS-Versicherungspolice 2011 wiederum die Versicherung für Chronisch-Krankpflege mit Grundleistungen und einer zusätzlichen Tagesleistung von Fr. 35.-- aufgeführt war (Urk. 17/16/17 S. 2). 4.2.4

Der Beginn der relativen einjährigen Verwirkungsfrist ist daher auf den Zeitpunkt festzusetzen, auf welchen die Beschwerdegegnerin

im Rahmen der periodischen Überprüfung 2011 mit zumutbarem Einsatz ihre unvollständige Kenntnis über den genauen Umfang der von der CSS erbrachten Versicherungsleistung ab Januar 2011 hätte ergänzen und

den Rückforderungsanspruch in seinem Ausmass hätte geltend machen können (vgl. Urteile

des Bundesgerichts 9C\_567/2016 vom 3. Januar 2017 E. 4.2.2 und 9C\_534/2009 vom 4. Februar 2010 E. 3.2.1 mit Hinweis).

Angesichts dessen, dass die Beschwerdegegnerin im Rahmen der im Dezember 2013 aufgenommenen Überprüfung 2014 die tatsächlichen Abklärungen zu den Leistungen der CSS jedenfalls bis am 2. Juli 2014 (Urk. 17/9) und damit nach rund sechseinhalb Monaten abgeschlossen hatte, ist davon auszugehen, dass die einjährige Verwirkungsfrist nach Art. 25 Abs. 2 ATSG spätestens sechseinhalb Monate nach Beginn der periodischen Überprüfung 2011 am 9. August 2011 (Urk. 17/16/17), mithin gegen Ende Februar 2012 zu laufen begann. Die einjährige Verwirkungsfrist endete somit gegen Ende Februar 2013. 4.2.5

Der erst mit Verfügung vom 3. Juli 2014 (Urk. 17/8) geltend gemachte Rückforderungsanspruch war folglich zu diesem Zeitpunkt bereits verjährte respektive verwirkt (Art. 25 Abs. 2 erster Halbsatz ATSG). 4.3

Es ist nach dem Gesagten abschliessend festzuhalten, dass der mit Verfügung vom 2. Juli 2014 ermittelte und mit Verfügung vom 3. Juli 2014 erlassene Rückforderungsanspruch von Fr. 43'400.-- (Urk. 17/8-9) verwirkt ist und damit diese Verfügungen rechtswidrig sind.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. Juni 2015 (Urk. 2) ist daher in Gutheissung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist, aufzuheben und es ist festzustellen, dass der verfügte Rückforderungsanspruch über die Ergänzungsleistungen für die Zeit vom 1. Januar 2011 bis 31. Juli 2014 von insgesamt Fr. 43'400.--

verwirkt ist.

Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde, soweit darauf eingetreten wird, wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. Juni 2015 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Rückforderungsanspruch über die Ergänzungsleistungen für die Zeit vom 1. Januar 2011 bis 31. Juli 2014 von insgesamt Fr. 43'400.--

verwirkt ist. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.\_\_\_\_ - Stadt Winterthur - Bundesamt für Sozialversicherungen - Sicherheitsdirektion Kanton Zürich 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigHartmann

## **E. 5**

und E.

5c; Urteil des Bundesgerichts P 63/02 vom 8. Mai 2003 E. 3. 3 ; vgl. auch BGE 138 V 298 E. 5 ).

2.

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