

ZH_VERWALTUNGSGERICHT VB.2012.00273 vom 12. Juli 2012

ZH Verwaltungsgericht, 2012-07-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_verwaltungsgericht__VB.2012.00273

FR: ZH_VERWALTUNGSGERICHT VB.2012.00273 du 12 juillet 2012

IT: ZH_VERWALTUNGSGERICHT VB.2012.00273 del 12 luglio 2012

Regeste

Sozialhilfe | Sozialhilfe: Übernahme ausstehender Krankenkassenprämien Die verspäteten Eingaben des Beschwerdeführers sind nicht zu berücksichtigen, denn es handelt sich nach seinen Angaben um korrigierte und ergänzte Fassungen der Beschwerdeschrift. Diese Ausführungen hätte er bereits im Rahmen der Beschwerdeschrift vorbringen können und müssen, denn eine Replikfrist dient nicht dazu, im Rahmen der Beschwerdeschrift vergessene vergangene Punkte aufzugreifen (E. 1.4). Rechtsgrundlagen des Leistungsaufschubs bei ausstehenden Krankenkassenprämien (E. 2.1), der Prämienverbilligung (E. 2.3) und des Verhältnisses zur Sozialhilfe (E. 2.4). Es ist davon auszugehen, dass beim konkursiten Beschwerdeführer nach wie vor ein Leistungsaufschub besteht (E. 2.2). Rechtsgrundlagen der Schuldübernahme nach Sozialhilferecht (E. 3.1). Die Beschwerdegegnerin könnte Kostengutsprache im Umfang der in Betreuung gesetzten Ausstände gegenüber der Krankenversicherung erteilen, ohne sich der Bevorzugung eines Gläubigers schuldig zu machen (E. 3.4). Indem sich die Beschwerdegegnerin einzig davon leiten liess, keine Schulden des Beschwerdeführers übernehmen zu müssen, beging sie einen Ermessensfehler (E. 4.3). Der Beschwerdeführer muss sich bei der Berechnung des sozialhilferechtlichen Bedarfs sein AHV-Einkommen anrechnen lassen (E. 4.4). Teilweise Gutheissung und Rückweisung

Erwägungen

E. 3

und 7 KVG). Da der Kanton Zürich in der Vorlage zur Revision des Einführungsgesetzes zum KVG darauf verzichtet hat, eine Liste für säumige Prämienzahlende einzuführen (vgl. Medienmitteilung der Gesundheitsdirektion vom 22. Dezember 2011), wäre davon auszugehen, dass der Krankenversicherer des Beschwerdeführers ab 1. Januar 2012 trotz Prämien schulden wieder Zahlungen leisten muss, umso mehr, als die Beschwerdegegnerin seit Juli 2011 dessen Prämien bezahlt. Den Akten ist indessen weder zu entnehmen, dass die Ausstände des Beschwerdeführers bei seiner Krankenversicherung inzwischen gedeckt wären oder diese seit Anfang 2012 ihre Leistungen wieder erbringen würde, noch, dass für die geschuldeten Krankenkassenprämien des Beschwerdeführers Verlustscheine vorliegen. Da einstweilen auch keine Ergänzungsleistungen verfügt wurden, was einen dem Verlustschein gleichwertigen Rechtstitel darstellte (Art. 105i KVV), ist davon auszugehen, dass nach wie vor ein Leistungsaufschub nach den bis Ende 2011 geltenden Bestimmungen besteht. 2.3 Nach Art. 65 Abs. 1 KVG gewähren die Kantone den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen (vgl. Handbuch KV, S. 142). Nach § 18 Abs. 1 des (kantonalen) Einführungsgesetzes zum Krankenversicherungsgesetz vom 13. Juni 1999 (EG KVG) übernimmt die Gemeinde die

durch die Prämienverbilligung nicht gedeckten Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von versicherten Personen mit steuerrechtlichem Aufenthalt oder Wohnsitz und zivilrechtlichem Wohnsitz in der Gemeinde, soweit das nach dem Sozialhilferecht berechnete soziale Existenzminimum nicht gewährleistet ist. Personen, die Ergänzungsleistungen oder Beihilfen zur AHV/IV beziehen, haben dieses Recht nicht (§ 8 der Verordnung EG KVG vom 28. November 2007). Übernimmt die Gemeinde die Prämien gemäss § 18 Abs. 1 EG KVG, gehen die Forderungen des Versicherers für diese Prämien auf sie über (§ 22 Abs. 1 der Verordnung zum EG KVG; dazu auch Abteilung Öffentliche Sozialhilfe des Kantonalen Sozialamts Zürich [Hrsg.], Sozialhilfe-Behördenhandbuch, April 2007, Ziff. 6.4.1.2 S. 2). 2.4 Die medizinische Grundversorgung ist ein Teil des Grundrechts auf Hilfe in Notlagen. Gemeint ist damit der Zugang zu einer grundlegenden medizinischen Versorgung und nicht ein Recht auf Gesundheit. Die medizinische Grundversorgung umfasst demnach grundsätzlich nur Behandlungen, die der Erhaltung des Lebens, der Abwehr ernsthafter Gesundheitsschäden und der Vermeidung unzumutbaren Leidens dienen. Die medizinische Grundversorgung in der Schweiz ist durch die obligatorische Krankenversicherung abgedeckt. Versicherte Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen erhalten von den Kantonen Beiträge zur Deckung ihrer Krankenversicherungsprämien (Prämienverbilligung). Damit gelten die Kosten für die obligatorische Krankenversicherung prinzipiell nicht als Sozialhilfe, sondern stellen ein Leistungsfeld des Sozialversicherungsrechts dar. Jener Teil der Prämien, den bedürftige Personen allenfalls selbst bezahlen müssen, ist aber als Aufwandposition im Unterstützungsbudget zu berücksichtigen, ebenso sind es die Kosten für Selbstbehalte und Franchisen (Claudia Hänzi, Leistungen der Sozialhilfe in den Kantonen, in: Christoph Häfeli et al., Das Schweizerische Sozialhilferecht, Luzern 2008, S. 125 f.; Sozialhilfebehördenhandbuch, Ziff. 6.4.1.2 S. 1). Unrechtmässige Übernahmen von Krankenkassenprämien können dagegen nicht gestützt auf das Sozialhilfegesetz zurückgefordert werden, auch dann nicht, wenn sie zusammen mit (ebenfalls zu Unrecht bezogener) Sozialhilfe ausgerichtet worden sind (Sozialhilfe-Behördenhandbuch, Ziff. 6.4.1.2 S. 2).

E. 3.1

Nach § 22 der Verordnung zum Sozialhilfegesetz vom 21. Oktober 1981 (SHV) übernimmt die Fürsorgebehörde ausnahmsweise Schulden, wenn damit einer bestehenden oder drohenden Notlage zweckmässig begegnet werden kann. Der Grundsatz, keine Schulden zu übernehmen, ist in dieser pauschalen Form nicht zutreffend, im Übrigen aber im Sozialhilfegesetz enthalten und damit nicht willkürlich, wie der Beschwerdeführer meint. Nach Ansicht der Vorinstanz war die Nichtübernahme von Schulden nur darauf hin zu überprüfen, ob die Beschwerdegegnerin ihr Ermessen rechtsverletzend ausgeübt habe (vgl. § 20 Abs. 1 lit. a VRG), was sie in der Folge verneinte. Tatsächlich obliegt es in erster Linie der Beurteilung durch die Sozialbehörde, wie auf eine bestehende oder drohende Notlage angemessen zu reagieren ist (vgl. dazu VGr, 19. Dezember 2007, VB.2007.00477, E. 4.2). Es stellt sich daher vorerst die Frage, ob mit der beantragten Übernahme der ausstehenden Beträge einer bestehenden oder drohenden Notlage "zweckmässig" begegnet werden könnte.

E. 3.2

Es liegt auf der Hand, dass der Beschwerdeführer mit der Nichtbezahlung der Krankenkassenprämien in eine Notlage geraten ist, weil er krank ist und sich seine

Behandlung im Spital jedenfalls bis Ende 2011 auf das Notwendigste beschränken muss, da seine Krankenversicherung zum Leistungsaufschub berechtigt ist (vorn E. 2.1). Die Sozialbehörde B hat per 1. Juli 2011 die laufenden Krankenkassenprämien zur Zahlung übernommen. Ob dies im Rahmen wirtschaftlicher Hilfe, etwa in Form situationsbedingter Leistungen, geschah (vgl. Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe, Richtlinien für die Ausgestaltung und Bemessung der Sozialhilfe, 4. überarbeitete Ausgabe mit den Ergänzungen 12/05+07+08+10, Kap. B.4-2, C.1.1 [SKOS-Richtlinien]), oder in Vorwegnahme von Ergänzungsleistungen (vorn E. 2.3), kann offenbleiben. Jedenfalls wären damit die laufenden Prämien ab Juli 2011 gedeckt. Allerdings müssen die Ausstände "vollständig" bezahlt sein, damit der Leistungsaufschub wieder entfällt (vorn E. 2.2).

E. 3.3

Im Konkursverfahren gab die Krankenversicherung D eine Forderung von insgesamt Fr. 14'174.10 ein. Als Prämien- und Kostenbeteiligungsforderungen der sozialen Krankenversicherung sind diese Forderungen im Umfang von Fr. 13'994.10 in der zweiten Konkursklasse privilegiert worden (Kurt Amonn/Fridolin Walther, Grundriss des Schuldbetreibungs- und Konkursrechts, 8. A., Bern 2008, S. 392; Art. 219 Abs. 4 lit. c des Bundesgesetzes vom 11. April 1889 über Schuldbetreibung und Konkurs [SchKG]). Angesichts der neben pfandgesicherten Forderungen vorhandenen Guthaben, Wertschriften und sonstigen Ansprüche des Beschwerdeführers im Umfang von Fr. 206'276.50 bestehen gute Chancen, dass die ausstehenden privilegierten Beträge der Krankenversicherung im Umfang von Fr. 13'994.10 aus der Konkursmasse bezahlt werden können, ohne dass ein Verlustschein ausgestellt werden muss.

E. 3.4

Die Vorinstanz hat zu Recht darauf hingewiesen, dass entgegen der Meinung der Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer nicht zugemutet werden könne, mit dem Konkursamt eine Lösung zu finden, wie etwa die Herauslösung der geschuldeten Summe aus der Konkursmasse. Einerseits sind verschiedene Forderungen vom Beschwerdeführer noch bestritten, sodass der Kollokationsplan noch nicht erstellt werden konnte. Andererseits würde sich der Beschwerdeführer mit dem "Herauslösen" der im Konkursverfahren stehenden Ausstände gegenüber der Krankenversicherung der Bevorzugung eines Gläubigers nach Art. 167 des Strafgesetzbuchs (StGB) schuldig machen, wie er festhält. Dazu gehört auch die Erfüllung einer fälligen Forderung durch Geldzahlung gegenüber einem Gläubiger, nachdem der Konkurs bereits eröffnet worden ist (Alexander Brunner in: Basler Kommentar zum Strafrecht, 2. A., Basel 2007, Art. 167 N. 19; Art. 204 SchKG). Zudem lassen sich seine in der Konkursmasse befindlichen Liegenschaften entgegen der Vorinstanz nicht zusätzlich mit einer weiteren Grundpfandverschreibung belasten (Art. 204 Abs. 1 SchKG). Hingegen könnte die Beschwerdegegnerin, ohne sich der Bevorzugung eines Gläubigers schuldig zu machen, wenigstens Kostengutsprache im Umfang der in Betreuung gesetzten Ausstände gegenüber der Krankenversicherung erteilen, damit jene bis zum Abschluss des Konkursverfahrens jedenfalls für ihre Forderung sichergestellt wäre. Ein solches Vorgehen drängt sich schon deshalb auf, weil sämtliche Ausstände behoben sein müssen, damit der Leistungsaufschub der Krankenversicherung entfällt (vorn E. 2.1). Dies wäre im Rahmen eines sozialhilferechtlichen Verfahrens möglich, hat doch die wirtschaftliche Hilfe die notwendige ärztliche oder therapeutische Behandlung und die notwendige Pflege in einem Spital, in einem Heim oder zu Hause sicherzustellen (§ 15 Abs. 2 SHG). Zudem kann die Fürsorgebehörde Kostengutsprache erteilen, wenn

Leistungen Dritter sicherzustellen sind (§ 16a Abs. 1 SHG). Mit der Sicherstellung der im Konkursverfahren eingegebenen Forderung der Krankenversicherung würde bewirkt, dass in diesem Umfang keine Ausstände mehr bestünden.

E. 4.1

Die Krankenversicherung hat weitere Ausstände von insgesamt Fr. 17'210.80 noch nicht in Betreuung gesetzt. Diese Forderungen werden im Konkursverfahren nicht berücksichtigt, weshalb sie auch nicht aus der Konkursmasse bezahlt werden können. Die Vorinstanzen trafen diese Unterscheidung nicht. Nachdem der Beschwerdeführer seinen Lebensunterhalt aktuell aus der AHV-Rente von monatlich Fr. 1'443.- bestreitet, ist davon auszugehen, dass er kaum in der Lage ist, diese ausstehenden Beträge aus eigener Kraft zu bezahlen. Ob es sich damit nach Abschluss des Konkursverfahrens anders verhält, ist angesichts des Übergewichts der Forderungen im Konkurs gegenüber den Inventarwerten (vorn I.A) mindestens offen. Der Beschwerdeführer ist damit auf Hilfe Dritter angewiesen. Nach Angaben der Beschwerdegegnerin lässt sich jedoch ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen vor Abschluss des Konkursverfahrens nicht bestimmen. Davon ist einstweilen auszugehen, auch wenn dies nicht ganz einsichtig erscheint, da der Anspruch auf Zusatzleistungen im Wesentlichen davon abhängt, ob die anerkannten Ausgaben die anrechenbaren Einnahmen übersteigen, wobei die anerkannten Ausgaben und Einnahmen normiert sind (vgl. Art. 9 Abs. 1, Art. 10 und 11 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung [ELG]). Es ist somit zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin antragsgemäss zur Übernahme der ausstehenden Beträge von Fr. 17'210.80 verpflichtet werden kann, denn damit wären die Forderungen der Krankenkasse vollständig gedeckt, womit der Leistungsaufschub beseitigt würde (vorn E. 3.4).

E. 4.2

Vorliegend werden die vollen Krankenkassenprämien von der Beschwerdegegnerin ab Juli 2011 für den Beschwerdeführer übernommen. Ob die Beschwerdegegnerin für diesen ein Gesuch um Prämienverbilligung gestellt hat, was ihr erlaubt wäre (§ 12 EG KVG), geht aus den Akten nicht hervor. Daraus kann nach dem Ausgeführten jedoch nicht geschlossen werden, dass die Gemeinde im Rahmen der Sozialhilfe allein zur Übernahme der vollen Krankenkassenprämien und allfälliger Ausstände verpflichtet wäre (§ 18 Abs. 1 EG KVG; § 15 Abs. 1 und 2 SHG; vorn E. 2.3, 2.4). Zudem kann es nicht angehen – wovon der Beschwerdeführer auszugehen scheint –, dass die Beschwerdegegnerin die ausstehenden Beträge gegenüber seiner Krankenkasse ohne Weiteres übernimmt. Im Sozialhilferecht gilt der Grundsatz der Subsidiarität, wonach eine Person erst dann Anspruch auf Nothilfe hat, wenn alle anderen gesetzlichen und vertraglichen Hilfeleistungen ausgeschöpft wurden und sie sich selber nicht aus der Notlage befreien kann (Christoph Rüegg, Das Recht auf Hilfe in Notlagen, in: Das Schweizerische Sozialhilferecht, S. 46 und 52 f.). Im Gegenzug hat sich eine Person, die Sozialhilfe in Anspruch nimmt, den entsprechenden Regeln zu unterwerfen und bei der Prüfung ihrer Verhältnisse mitzuwirken (§ 18 Abs. 1 SHG; § 27 Abs. 1 und 2, § 28 SHV).

E. 4.3

Im Rekursverfahren hatte die Beschwerdegegnerin auf Anfrage der Rekursinstanz ausgeführt, sie wäre nach Klärung der von ihr vorgeschlagenen Möglichkeiten (vorn E. 3.4) bereit, auf einen erneuten Antrag zur Bevorschussung der Leistungen einzutreten, sie werde

aber von sich aus nichts unternehmen. Der Beschwerdeführer müsste schon bereit sein, die AHV abzutreten, bevor die Kommission noch einmal Hand biete, um über eine Bevorschussung zu befinden. Hierzu ist Folgendes festzuhalten: Der Beschwerdeführer stellte am 29. April 2011 einen Antrag auf Ausrichtung wirtschaftlicher Hilfe (vorn E. I.B). Die Beschwerdegegnerin reduzierte sein Gesuch auf die Übernahme der Ausstände bei seiner Krankenversicherung und wies dieses ab mit der Begründung, grundsätzlich würden keine Schulden übernommen (vgl. dazu vorn E. 3.1). Soweit erkennbar, erfolgte keine grundlegende Berechnung seines Bedarfs und seiner Einkommens- und Vermögensverhältnisse. Allerdings hätte es der Beschwerdegegnerin obgelegen, im Rahmen einer sozialhilferechtlichen Gesamtbetrachtung die Verhältnisse des Beschwerdeführers zu klären (§ 27 und 28) und dazu auf den Beschwerdeführer zuzugehen, wobei dieser hätte mitwirken müssen (§ 18 SHG), und danach ihren Entscheid zu fällen (§ 31 SHV). Insofern liegt ein Ermessensfehler vor, indem sich die Beschwerdegegnerin einzig davon leiten liess, keine Schulden des Beschwerdeführers übernehmen zu müssen, was als Rechtsverletzung zu betrachten ist (dazu Kölz/Bosshart/Röhl, § 50 N. 80). Der Beschwerdeführer seinerseits konnte sich nicht darauf beschränken, über die Sozialhilfe nur die Tilgung seiner Ausstände bei der Krankenversicherung zu verlangen, sich im Übrigen aber auf seinen Antrag auf Ergänzungsleistungen zu berufen, um damit allfällige Nachteile aus der sozialhilferechtlichen Unterstützung zu umgehen (z. B. Festlegung von Grundbedarf und Wohnungskosten).

E. 4.4

Der Beschwerdeführer verlangt, dass die Zahlungsrückstände gegenüber seiner Krankenversicherung im Rahmen der Sozialhilfe bezahlt werden. Dabei wird er nicht umhinkommen, von der Sozialbehörde seinen Bedarf (Grundbedarf für den Lebensunterhalt, Wohnkosten, Kosten für die medizinische Grundversorgung) berechnen und sich sein AHV-Einkommen daran anrechnen zu lassen. Die Beschwerdegegnerin hat ihn entsprechend vorzuladen. Sollte die Beschwerdegegnerin die ausstehenden Beträge für die Krankenversicherung, die nicht im Konkursverfahren geltend gemacht wurden, sicherstellen oder bezahlen, wären diese vom Beschwerdeführer – soweit es seine Verhältnisse zulassen – in monatlichen Raten zurückzuzahlen, wie dies die Beschwerdegegnerin vorgesehen hatte. Da aufgrund bestrittener Forderungen im Konkursverfahren nicht ausgeschlossen ist, dass der Beschwerdeführer daraus noch Mittel zurückerhalten oder realisieren könnte, wäre für diesen Fall zusätzlich eine Rückerstattungsvereinbarung im Sinn von § 20 Abs. 1 SHG abzuschliessen, wonach sich der Beschwerdeführer verpflichten würde, die bezahlten Leistungen ganz oder teilweise zurückzuerstatten. Einer solchen Rückerstattung stünde nichts im Wege, da der Beschwerdeführer rechtmässig in den Genuss der Übernahme seiner Schulden bei der Krankenversicherung gelangt wäre, weil seine Bedürftigkeit mindestens einstweilen erstellt ist (vgl. vorn E. 2.4 in fine).

E. 4.5

Der Beschwerdeführer soll sich gemäss der Rekursantwort einem solchen Vorgehen bislang allerdings verschlossen haben und nicht bereit gewesen sein, seine AHV an die Sozialberatung abzutreten, damit ihm diese den Grundbetrag ausbezahle und mit dem verbleibenden Betrag die Ausstände der Krankenkassenprämien beglichen würden. Zu Recht hielt die Vorinstanz dazu fest, die Abtretung des Anspruchs auf AHV sei zwar nicht erlaubt, hingegen handle es sich dabei um eine blosser Inkassovollmacht, welche nach der

Praxis zulässig sei. Dem beabsichtigten Vorgehen der Beschwerdegegnerin steht daher nichts entgegen. Der Beschwerdeführer hat daran mitzuwirken.

E. 4.6

Das vorgezeichnete Vorgehen bewirkt die Bezahlung der Ausstände bei der Krankenversicherung des Beschwerdeführers. Damit kann der Leistungsaufschub des Krankenversicherers beseitigt werden, wodurch der Beschwerdeführer in den Genuss mindestens der Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung gelangt (sofern dies nicht bereits geschehen ist, vorn E. 2.2), was für die Beschwerdegegnerin zweifellos günstiger ist, als für einzelne medizinische Behandlungen einzustehen (§ 21 Abs. 1 SHV). Mit diesem Vorgehen kann der bestehenden Notlage des Beschwerdeführers daher zweckmässig im Sinn von § 22 SHV begegnet werden, was die Übernahme seiner Schulden in der beschriebenen Form rechtfertigt. Angesichts des Umstands, dass über die Verhältnisse des Beschwerdeführers im Detail nur wenig bekannt ist, ist die Sache an die Beschwerdegegnerin direkt zurückzuweisen, damit sie die Verhältnisse des Beschwerdeführers im Rahmen zu gewährender Sozialhilfe prüft, die Ausstände bei der Krankenversicherung beseitigt und die Beteiligung des Beschwerdeführers daran festlegt.

E. 4.7

Demnach ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Aufhebung von Dispositiv-Ziffer I des angefochtenen Beschlusses vom 1. März 2012 und des Beschlusses der Beschwerdegegnerin vom 22. August 2011. Die weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers, insbesondere die nicht oder kaum begründeten Rügen der Verletzung einzelner Grund- und Verfahrensrechte, sind nicht geeignet, zu einem anderen Schluss zu gelangen.

E. 5.1

Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind dessen Kosten den Parteien je zur Hälfte zu auferlegen, hat doch der Beschwerdeführer einzig die Aufhebung des angefochtenen Entscheids verlangt (§ 65a Abs. 2 in Verbindung mit § 13 Abs. 2 VRG). Eine Parteientschädigung steht dem Beschwerdegegner sodann nicht zu (§ 17 Abs. 2 VRG).

E. 5.2

Der Beschwerdeführer stellte das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung. Diese ist Privaten zu gewähren, welchen die nötigen Mittel fehlen und deren Begehren nicht offensichtlich aussichtslos erscheint (§ 16 Abs. 1 VRG). An der Mittellosigkeit des Beschwerdeführers, der aus seiner AHV-Rente lebt, ist einstweilen nicht zu zweifeln. Das Verfahren erweist sich auch nicht als aussichtslos. Entsprechend ist ihm die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Hingegen war er durchaus in der Lage, seinen Standpunkt auch in rechtlicher Hinsicht zu vertreten, weshalb ihm kein unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bewilligen ist (§ 16 Abs. 1 und 2 VRG). Der Beschwerdeführer ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Der Anspruch des Kantons verjährt zehn Jahre nach Abschluss des Verfahrens (§ 16 Abs. 4 VRG).

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