



Fall-Nr.: EL 2004/34
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: EL - Ergänzungsleistungen
Publikationsdatum: 06.04.2005
Entscheiddatum: 06.04.2005

Entscheid Versicherungsgericht, 06.04.2005

Zweigübergreifende Verrechnung der laufenden Ergänzungsleistung mit den Krankenkassenprämien (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. April 2005, EL 2004/34).

Vizepräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug,
Versicherungsrichter Franz Schlauri; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 6. April 2005

In Sachen

S.____,

Beschwerdeführer,

gegen

Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Ergänzungsleistung zur AHV (Verrechnung)

hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:



I.

A.- S.____ bezog seit 2001 eine Ergänzungsleistung zur Altersrente. Die Anspruchsberechnung wies ab 1. Juli 2004 auf der Ausgabenseite u.a. die kantonalen Durchschnittsprämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung für ein Ehepaar (Fr. 5328.-) und für eine erwachsene Person in Ausbildung (Fr. 2028.-) aus. Der monatliche EL-Anspruch betrug Fr. 3597.-. Das Betreibungsamt A.____ teilte der Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen am 23. September 2004 mit, das Ehepaar S.____ bezahle seit geraumer Zeit keine Krankenkassenprämien mehr. Es legte Pfändungsverlustscheine bei, die zeigten, dass die Krankenkassenprämien für das zweite Halbjahr 2002, für das ganze Jahr 2003 und für das erste Halbjahr 2004 nicht bezahlt worden waren. Gemäss einer telephonischen Auskunft der Krankenversicherung X.____ gegenüber der Sozialversicherungsanstalt vom 30. September 2004 bezahlten die Eheleute S.____ keine Krankenkassenprämien, während der Sohn des Ehepaars S.____ regelmässig seine Prämie überwies. Am 30. September 2004 teilte die Sozialversicherungsanstalt der Krankenversicherung X.____ mit, dass sie ihr die Prämienverbilligung für die letzten drei Monate des Jahres 2004 direkt auszahlen werde. In den folgenden Jahren werde die IPV-Jahresvergütung dann jeweils anfangs des Jahres überwiesen werden. Am gleichen Tag verfügte die Sozialversicherungsanstalt gegenüber S.____ die Drittauszahlung des in der monatlichen Ergänzungsleistung enthaltenen Anteils der individuellen Prämienverbilligung von Fr. 444.- monatlich ab 1. Oktober 2004. Einer allfälligen gegen diese Verfügung gerichteten Beschwerde entzog die Sozialversicherungsanstalt die aufschiebende Wirkung. Als Rechtsmittel gab sie aber nicht die Beschwerde, sondern die Einsprache an.

B.- S.____ erhob am 7. Oktober 2004 Einsprache gegen diese Verfügung. Er machte geltend, er bezahle für seine Ehefrau und für sich selbst monatlich Fr. 227.70 für die Spitalversicherung. Die Sozialversicherungsanstalt habe der Krankenversicherung X.____ kein Geld zu überweisen. Die Sozialversicherungsanstalt wies die Einsprache am 4. November 2004 ab. Sie begründete diesen Entscheid damit, dass S.____ für sich und für seine Ehefrau im Jahr 2004 die Krankenkassenprämien nicht bezahlt habe. Deshalb habe sie zu Recht gestützt auf Art. 20 ATSG die Drittauszahlung der individuellen



St.Galler Gerichte

Prämienverbilligung (IPV) im Betrag von Fr. 444.- monatlich an die Krankenversicherung X.____ angeordnet.

C.- S.____ erhob am 9. November 2004 Beschwerde gegen diesen Einspracheentscheid. Er machte geltend, die Beschwerdegegnerin ziehe ihm Fr. 888.- ab, obwohl die Prämie für ihn und für seine Ehefrau zusammen nur Fr. 795.- ausmache. Niemand wolle die Verantwortung für die Differenz von Fr. 93.- übernehmen. Die Sache müsse ordentlich geklärt werden. Er erwarte einen positiven Bericht. Er legte seiner Beschwerde eine Mahnung der Krankenversicherung X.____ betreffend die Prämie für Oktober/November 2004 (Fr. 795.-) bei.

D.- Die Beschwerdegegnerin beantragte am 22. November 2004 die Abweisung der Beschwerde. Sie räumte ein, dass sie Fr. 46.50 monatlich zuviel überwies, verwies aber gleichzeitig darauf, dass die Krankenversicherung X.____ diesen Betrag dem Beschwerdeführer zurückzahlen oder mit den Schulden des Beschwerdeführers verrechnen könne.

E.- Der Beschwerdeführer beharrte am 30. November 2004 darauf, dass ihm Fr. 93.- zuviel abgezogen würden. Die Gelegenheit, seine Replik zu ergänzen, nahm er nicht wahr. Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 28. Januar 2005 auf eine Stellungnahme.

F.- Das Gericht erkundigte sich am 17. Februar 2005 bei der Krankenversicherung X.____, wie die Differenz von Fr. 46.50 monatlich verwendet werde. Die Krankenversicherung X.____ antwortete am 21. Februar 2005, sie habe am 12. Oktober 2004 Fr. 1332.- von der Beschwerdegegnerin erhalten. Diesen Betrag habe sie an die offenen Prämienforderungen des zweiten Halbjahrs 2004 gebucht. Der Beschwerdeführer sei am 10. Januar 2005 schriftlich über diese Vorgehensweise informiert worden. Sie legte einen Kontoauszug bei, der den entsprechenden Buchungsvorgang auswies. Die den Parteien eingeräumte Möglichkeit, zu dieser Auskunft der Krankenversicherung X.____ Stellung zu nehmen, wurde nicht benützt.

II.



1.- Die Beschwerdegegnerin hat gemäss ihren Angaben in der Verfügung vom 30. September 2004 gestützt auf Art. 13 lit. b des st. gallischen ELG i.V.m. Art. 20 ATSG eine Drittauszahlung des für die Bezahlung der Krankenkassenprämien bestimmten Teils der laufenden Ergänzungsleistung des Beschwerdeführers an die Krankenversicherung X.____ angeordnet. Laut Art. 20 Abs. 1 ATSG kann die Ergänzungsleistung ganz oder teilweise einem geeigneten Dritten oder einer Behörde ausbezahlt werden, sofern dieser Dritte oder diese Behörde dem EL-Bezüger gegenüber unterstützungspflichtig ist und der EL-Bezüger die Ergänzungsleistung nicht für seinen Unterhalt oder für den Unterhalt von Personen, für die er zu sorgen hat, verwendet und deshalb auf die Hilfe der Fürsorge angewiesen ist. Die Beschwerdegegnerin ist also davon ausgegangen, dass das Sozialamt der Wohnsitzgemeinde des Beschwerdeführers der Krankenversicherung X.____ die Krankenkassenprämien des Ehepaars S.____ bezahlen müsste, weil der Beschwerdeführer den entsprechenden Teil seines EL-Anspruchs nicht dazu verwendet hat und voraussichtlich auch weiterhin nicht dazu verwenden wird, die eigenen Krankenkassenprämien und diejenigen seiner Ehefrau zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin hat dies als ausreichend betrachtet, um eine Drittauszahlung an die Krankenversicherung X.____ zur Gewährleistung der zweckgemässen Verwendung des "IPV-Anteils" der laufenden Ergänzungsleistung anordnen zu können. Sie hat dabei übersehen, dass Art. 20 Abs. 1 ATSG nur eine Drittauszahlung an eine unterstützungspflichtige Person oder Behörde vorsieht. Die Krankenversicherung X.____ ist gegenüber dem Beschwerdeführer und gegenüber dessen Ehefrau nicht unterstützungspflichtig, d.h. sie ist keine drittauszahlungsberechtigte Behörde im Sinne des Art. 20 Abs. 1 ATSG. Obwohl bei einer weiteren Auszahlung des "IPV-Anteils" der laufenden Ergänzungsleistung eine Unterstützungspflicht der Sozialhilfe entstanden wäre, weil die Sozialhilfe für die Krankenkassenprämien der Eheleute S.____ hätte aufkommen müssen, liegt also kein Anwendungsfall der Drittauszahlung der zweckgemässen Verwendung vor. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 30. September 2004 ist die Auszahlung des "IPV-Anteils" der laufenden Ergänzungsleistung an die Krankenversicherung X.____ also nicht gestützt auf Art. 20 Abs. 1 ATSG verfügt worden.

2.- Die Auszahlung des "IPV-Anteils" der laufenden Ergänzungsleistung an die Krankenversicherung X.____ ist kein Drittauszahlungs-, sondern ein



Verrechnungsproblem. Gemäss Art. 3b Abs. 3 lit. d ELG ist ein jährlicher Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung als Ausgabe zu berücksichtigen. Über die Ausrichtung entscheidet also die Beschwerdegegnerin als EL-Durchführungsstelle. Beim "IPV-Anteil" des Beschwerdeführers handelt es sich deshalb formal um eine Ergänzungsleistung. Dem Wesen nach muss dieser Teil der Ergänzungsleistung aber als individuelle Prämienverbilligung betrachtet werden, denn Art. 65 Abs. 1 KVG definiert den Kreis der Personen, die einen Anspruch auf eine individuelle Prämienverbilligung begründen, so weit, dass auch die EL-Bezüger darunter zu subsumieren sind. Dementsprechend sieht auch das st. gallische Einführungsgesetz zum KVG (EGzKVG, sGS 331.11) in seinen Art. 9 ff. keine Ausnahme von der IPV-Anspruchsberechtigung für EL-Bezüger vor. Die EL-Bezüger erfahren nur in bezug auf die Höhe des "IPV-Anteils" eine besondere Behandlung (Art. 12 Abs. 2 EGzKVG). Auch der Art. 54a Abs. 1 ELV zeigt, dass es sich beim "IPV-Anteil" an einer laufenden Ergänzungsleistung wesensmässig um eine individuelle Prämienverbilligung handelt, denn in den Abrechnungen der Kantone über die Prämienverbilligung erscheinen auch die EL-Bezüger, d.h. die "IPV-Anteile" stammen aus derselben Finanzierungsquelle wie die direkt ausbezahlten individuellen Prämienverbilligungen. Da die Beschwerdegegnerin als EL-Durchführungsstelle über die Ausrichtung einer Ergänzungsleistung und damit automatisch auch über die Ausrichtung eines "IPV-Anteils" entscheidet, ist in bezug auf die Verrechnung mit Prämienforderungen der Krankenkasse der formalen Betrachtungsweise der Vorzug zu geben. Es liegt somit eine zweigübergreifende Verrechnung vor.

3.- Im ATSG findet sich keine Bestimmung, welche die zweigübergreifende Verrechnung regeln würde, obwohl unzweifelhaft ein entsprechender allgemeiner Rechtsgrundsatz besteht (vgl. Franz Schlauri, Die zweigübergreifende Verrechnung und weitere Instrumente der Vollstreckungskoordination des Sozialversicherungsrechts, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2004, S. 142, S. 144 f. und S. 168 ff.). Dieser allgemeiner Rechtsgrundsatz hat weder im ELG noch im KVG eine Konkretisierung erfahren. Die Rechtsprechung hat ihn aber gerade im Verhältnis dieser beiden Sozialversicherungszweige entwickelt (vgl. ZAK 1991 S. 463 f. unter Verweis auf ZAK 1990 S. 399 f.). Es kann deshalb kein Zweifel bestehen, dass er im vorliegenden Fall Anwendung finden muss. Eine zweigübergreifende Verrechnung setzt voraus, dass eine versicherte Person gegenüber dem einen Sozialversicherungsträger



als Schuldner (z.B. einer Rückforderung zu Unrecht ausgerichteter Leistungen) und gegenüber dem andern Sozialversicherungsträger als Gläubiger (z.B. einer Rentennachzahlung) auftritt. Die Besonderheit der zweigübergreifenden Verrechnung besteht darin, dass in dieser Situation die beiden Sozialversicherungsträger als Einheit, als "die Sozialversicherung", zu betrachten sind, womit eine Verrechnungslage besteht (vgl. Franz Schlauri, a.a.O., S. 155 f.). Da die beiden Sozialversicherungsträger aber nicht mit einer gemeinsamen Kasse arbeiten, muss nach erfolgter Verrechnung eine Überweisung des leistenden Sozialversicherungsträgers an den fordernden Sozialversicherungsträger erfolgen. Im Normalfall der zweigübergreifenden Verrechnung liegt eine aktuelle Forderung gegenüber einer versicherten Person vor und dieser aktuellen Forderung steht ein fälliger Leistungsanspruch der versicherten Person gegenüber. Hier ist der Nutzen, den der fordernde Sozialversicherungsträger aus der Verrechnung zieht, offenkundig. Der andere Sozialversicherungsträger ist deshalb ohne weiteres verpflichtet, Verwaltungshilfe (Art. 32 Abs. 2 ATSG) zu leisten, indem er die Verrechnung anordnet und den geschuldeten Betrag anschliessend dem fordernden Sozialversicherungsträger überweist. Der fordernde Sozialversicherungsträger muss also nicht nachweisen, dass er ein in irgendeiner Form qualifiziertes Interesse an einer Verrechnung habe (z.B. dass seine Forderung aufgrund der schlechten finanziellen Lage der versicherten Person uneinbringlich sein könnte), um eine Pflicht des andern Sozialversicherungsträgers zur Leistung von Verwaltungshilfe in der Form einer Verrechnungsanordnung zu begründen. Dies gilt auch dann, wenn die fällige Leistung allein nicht ausreicht, um die Forderung des andern Sozialversicherungsträgers zu decken, so dass die Verrechnungsanordnung auf die in Zukunft fällig werdenden Leistungen ausgedehnt werden muss. Auch hier ist die Berechtigung einer Verrechnungsanordnung durch die Existenz einer gegen die versicherte Person gerichteten, aktuellen Forderung ohne weiteres ausgewiesen. Der die Leistung schuldende Sozialversicherungsträger vermöchte auch in diesem Falle eine Weigerung, Verwaltungshilfe zu leisten und eine Verrechnung anzuordnen, nicht zu rechtfertigen. Eine Verrechnungsanordnung für Leistungen, die erst in Zukunft fällig werden, ist zulässig. Sie entspricht inhaltlich dem Verrechnungsvertrag im Rahmen eines Kontokorrentverhältnisses, "demgemäss alle vom Kontokorrentverhältnis erfassten beidseitigen Forderungen ohne Verrechnungserklärung entweder laufend oder am Ende der Rechnungsperiode automatisch verrechnet werden" (Basler Kommentar zum



Schweizerischen Privatrecht, OR I, Wolfgang Peter, N. 7 zu Art. 124 OR). Soweit die Beschwerdegegnerin also die laufende Verrechnung der Differenz zwischen dem (pauschalierten) "IPV-Anteil" und dem effektiv geschuldeten Prämienbetrag mit den offenen Prämienforderungen für die Zeit vor dem 1. Oktober 2004 angeordnet hat, erweist sich ihr Vorgehen grundsätzlich als korrekt.

4.- Eine Pflicht des leistenden Sozialversicherungsträgers, dem Verrechnungsantrag des andern, fordernden Sozialversicherungsträgers nachzukommen, fehlt dann, wenn - wie im vorliegenden Fall in bezug auf den "IPV-Anteil" im Betrag der periodischen Prämienforderung der Krankenversicherung X.____ seit dem 1. Oktober 2004 - der Verrechnungsantrag nicht auf eine aktuelle Forderung Bezug nimmt, sondern laufend neu entstehende Leistungsansprüche mit laufend neu entstehenden Forderungen verrechnet werden sollen. Die Pflicht des leistenden Sozialversicherungsträgers, verwaltungshilfweise eine laufende Verrechnung anzuordnen, würde überbeansprucht, wenn sich der fordernde Sozialversicherungsträger durch diese Verrechnung "auf Vorrat" nur das - an sich problemlose - Inkasso zusätzlich erleichtern wollte. Daraus folgt, dass die Pflicht des leistenden Sozialversicherungsträgers, verwaltungshilfweise eine Verrechnung laufend neu entstehender Leistungen mit laufend neu entstehenden Forderungen anzuordnen, nur dann besteht, wenn der fordernde Sozialversicherungsträger ein qualifiziertes Interesse an einer Verrechnung geltend machen kann. Das Interesse an einer Verrechnung ist sicher dann als qualifiziert zu betrachten, wenn zu vermuten ist, dass die versicherte Person ihrer Zahlungspflicht dem fordernden Sozialversicherungsträger gegenüber in der Zukunft nicht nachkommen würde, so dass die laufend neu entstehenden Forderungen besonders aufwendige Inkassobemühungen erforderlich machen würden. Dies trifft auf den vorliegenden Fall zu. Das Verhalten des Beschwerdeführers in bezug auf die Bezahlung der Prämienforderungen der Krankenversicherung X.____ lässt vermuten, dass diese Forderungen auch in Zukunft unbezahlt bleiben und dass die Betreibungsverfahren mit einem Pfändungsverlustschein enden würden. Auch in bezug auf die laufende Verrechnung des entsprechenden Teils der laufenden Ergänzungsleistung mit den laufend neu entstehenden Prämienforderungen der Krankenversicherung X.____ erweist sich die angefochtene Verrechnungsanordnung somit als gesetzmässig, zumal das Existenzminimum der Eheleute S.____ offensichtlich gewahrt bleibt.



5.- Die Anordnung einer zweigübergreifenden Verrechnung setzt einen Verrechnungsantrag des fordernden Sozialversicherungsträgers voraus (vgl. Franz Schlauri, a.a.O., S. 165). Die Beschwerdegegnerin hat der Krankenversicherung X.____ am 30. September 2004 mitgeteilt, dass sie dem Gesuch der politischen Gemeinde A.____ um eine Drittauszahlung der Prämienverbilligung entsprochen habe, weshalb sie für 2004 Fr. 1332.- überweisen werde. Dabei hat sich die Beschwerdegegnerin wohl auf das Schreiben des Betreibungsamtes A.____ bezogen, in dem ihr mitgeteilt worden war, dass das Ehepaar S.____ seit geraumer Zeit die Krankenkassenprämien nicht mehr bezahle. Darin kann entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin kein Verrechnungsgesuch der politischen Gemeinde A.____ erblickt werden, denn zum einen handelte es sich nur um eine Auskunft und zum andern kann das Betreibungsamt A.____ offensichtlich kein eigenes Interesse an einer Verrechnung der Ergänzungsleistung des Beschwerdeführers mit gegen den Beschwerdeführer und dessen Ehefrau gerichteten Prämienforderungen der Krankenkasse gehabt haben. Dem Schreiben des Betreibungsamtes vom 23. September 2004 lässt sich auch kein Hinweis darauf entnehmen, dass das Betreibungsamt in Vertretung der Krankenversicherung X.____ der Beschwerdegegnerin einen Verrechnungsantrag gestellt hätte. Gemäss einer auf diesem Schreiben des Betreibungsamtes aufgedruckten Telephonnotiz hat die Krankenversicherung X.____ der Beschwerdegegnerin die Nummer ihres Postcheckkontos und die Policennummer des Beschwerdeführers angegeben. Das kann nur so interpretiert werden, dass die Krankenversicherung X.____ der Beschwerdegegnerin telephonisch einen Verrechnungsantrag gestellt hat, denn sonst hätte sie keine Veranlassung gehabt, der Beschwerdegegnerin diese beiden Nummern anzugeben und die Beschwerdegegnerin hätte keine Veranlassung gehabt, diese Nummern zu notieren. Damit ist dem Antragserfordernis Rechnung getragen. Die Beschwerdegegnerin hat also auch formell korrekt eine Verrechnung des "IPV-Anteils" der laufenden Ergänzungsleistung ab 1. Oktober 2004 mit den offenen und mit den laufend neu entstehenden Prämienforderungen der Krankenversicherung X.____ angeordnet. Die Verfügung vom 30. September 2004 und der angefochtene Einspracheentscheid erweisen sich somit auch in dieser Beziehung korrekt, so dass die Beschwerde abzuweisen ist.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG



entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.