

## L 8 AL 435/04

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Arbeitslosenversicherung  
Abteilung

8  
1. Instanz  
SG Augsburg (FSB)  
Aktenzeichen  
S 7 AL 405/02

Datum  
22.07.2004  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 8 AL 435/04

Datum  
12.01.2007  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 22. Juli 2004 wird zurückgewiesen.  
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.  
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Erstattung von Beiträgen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung streitig.

Der 1947 geborene Kläger beantragte am 19.04.2002 (erneut) die Förderung einer Bildungsmaßnahme für die Zeit vom 22.04. bis 29.11.2002. Mit Bescheid vom 23.05.2002 gewährte die Beklagte dem Kläger Leistungen (Unterhaltsgeld) nach den Richtlinien aus dem Europäischen Sozialfonds (ESF) für die Zeit der Bildungsmaßnahme von insgesamt 4.236,47 EUR. Mit weiterem Bescheid vom 23.05.2002 wurden dem Kläger für den Zeitraum der Bildungsmaßnahme Lehr- und Fahrtkosten von insgesamt 4.253,43 EUR gewährt.

Mit Schreiben vom 28.05.2002 teilte die DAK dem Kläger u.a. mit, der Leistungsbezug aus dem ESF führe nicht zu Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Deshalb sei auch keine Befreiung möglich bzw. auch nicht nötig. Es verbleibe deshalb bei dem bisher bestehenden Versicherungsschutz in der Schweiz (privat krankenversichert). Ein Versicherungsschutz in der DAK sei nicht möglich.

Mit Änderungsbescheid vom 19.06.2002 gewährte die Beklagte dem Kläger zum bereits gewährten ESF-Unterhaltsgeld noch Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung nach § 4 Abs.4 der ESF-Richtlinien vom 22.04. bis 29.11.2002 in Höhe von insgesamt 901,86 EUR.

Mit dem Widerspruch machte der Kläger geltend, dieser richte sich ausschließlich gegen die Entscheidung, ihm nur verminderte Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 124,11 EUR monatlich aus den Mitteln des ESF zu zahlen. Diese Entscheidung sei seiner Meinung nach nicht zutreffend. Nach § 4 Abs.4 der ESF-Richtlinien werde dringend eine private Kranken- und Pflegeversicherung empfohlen, falls keine Versicherungspflicht bestehe. Kosten für eine freiwillige Krankenversicherung würden auf Nachweis erstattet. In begründeten Einzelfällen könnten auch die Kosten für eine private Kranken- und Pflegeversicherung übernommen werden. Seinen Unterlagen sei zu entnehmen, dass die Gesamtprämie für seine private Kranken- und Pflegeversicherung in der Schweiz 414,30 Schweizer Franken (= 276,20 EUR) betrage.

Auf Anfrage der Beklagten bei der AOK K. vom 31.07.2002 teilte diese u.a. mit, dass es für ESF-Unterhaltsgeldbezieher bei freiwilliger Versicherung eine Pauschalregelung gebe. Für die Krankenversicherung müssten monatlich 105,54 EUR und für die Pflegeversicherung monatlich 13,30 EUR aufgewendet werden. Enthalten seien darin sämtliche Leistungen wie im Rahmen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Zusätzliche Leistungen seien freiwillig möglich.

Mit Widerspruchsbescheid vom 31.07.2002 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Mit dem angefochtenen Bescheid habe der Kläger die Übernahme der Monatsprämie für seine bestehende Versicherung nach dem Krankenversicherungsgesetz der Schweiz in Höhe von 183,20 Schweizer Franken, also umgerechnet 124,11 EUR (gültiger Währungsumrechnungskurs nach dem für die Schweiz festgelegten Referenzkurs zum Euro für 2002: 1 EUR = 1,4761 Schweizer Franken) bewilligt bekommen. Sie - die Beklagte - übernehme zwar die vom Kläger an das private Versicherungsunternehmen zu zahlenden Beiträge, höchstens jedoch die Beiträge, die er für eine freiwillige Krankenversicherung sowie für eine Pflegeversicherung bei einem Träger der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung zu tragen hätte. Die AOK habe auf Befragen hin mitgeteilt, dass ESF-Unterhaltsgeld-Empfänger im Falle einer freiwilligen Versicherung einen pauschalen Beitragssatz in Höhe von 105,54 EUR zur Krankenversicherung und 13,30 EUR zur Pflegeversicherung, somit

insgesamt 118,84 EUR monatlich, zu leisten hätten. Mit der Erhebung dieser Beitragssätze wären sämtliche gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungsleistungen abgedeckt. Weil hier nur für eine entsprechende private Kranken- und Pflegeversicherung die Kosten übernommen werden könnten, seien die vom Kläger für die "Grundversorgung" in Höhe von monatlich 124,11 EUR von ihm zu leistenden Prämienbeiträge nach dem für die Schweiz geltenden Krankenversicherungsgesetz bewilligt worden.

Zur Begründung der dagegen zum Sozialgericht Augsburg (SG) erhobenen Klage hat der Kläger im Wesentlichen ausgeführt, da er mit der Grundversorgung/Grundversicherung nur einen minimalen Krankheitsschutz in der Schweiz habe, übernehme diese Versicherung etwaige Kosten für die Arztbehandlung im Ausland auf keinen Fall.

Mit Urteil vom 22.07.2004 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Gewährung von höheren Beiträgen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Es sei nicht zu beanstanden, wenn die Beklagte an das private Versicherungsunternehmen in der Schweiz vom Kläger zu zahlende Beiträge nur in der Höhe, die er für eine freiwillige Krankenversicherung sowie für eine Pflegeversicherung bei einem Träger der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu tragen hätte, übernehme. Die Beklagte habe bei ihrer Entscheidung den Grundsatz der Wirtschaftlich- und Sparsamkeit zu beachten. Sie habe für den Kläger eine entsprechende private Kranken- und Pflegeversicherung für die "Grundversorgung" in Höhe von monatlich 124,11 EUR übernommen. Im Übrigen hat das SG gemäß [§ 136 Abs.3](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe abgesehen.

Ergänzend zu seinem bisherigen Vorbringen führt der Kläger im Berufungsverfahren aus, dass das erkennende Gericht darauf hingewiesen werden müsse, dass er nunmehr mit einer Strafverfolgung in dem Land rechnen müsse, wo die Krankenversicherung ursprünglich bestanden habe. Auf die etwaigen Folgen und Nachteile sei ausdrücklich hinzuweisen. Im Übrigen habe die Beklagte bis heute noch nicht nachvollziehen und beweisen können, dass es in anderen Staaten und Ländern auch andere Sitten und Gebräuche gebe und dieselben nicht immer mit deutschem Recht vereinbar seien.

Der Kläger beantragt sinngemäß, das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 22.07.2004 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 19.06.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.07.2002 zu verurteilen, die Gesamtprämien für die private Kranken- und Pflegeversicherung von monatlich 276,20 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält an ihrer Auffassung fest. Insgesamt sei der Kläger erneut darauf hinzuweisen, dass nach den Richtlinien des ESF für Bezieher des ESF-Unterhaltsgeldes, deren Schutz im Krankheits- und Pflegefall nicht anderweitig sichergestellt sei, Beiträge für eine freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung bei einem Träger der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung übernommen werden könnten. Im Ausnahmefall sei es möglich, die Kosten für eine "entsprechende" private Kranken- und Pflegeversicherung zu übernehmen, wenn durch den Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ein Versicherungsschutz nicht gewährleistet werden könne. Ein Schutz des Klägers sei hier nicht anderweitig sichergestellt, der Kläger habe insbesondere vor der Maßnahme in Deutschland nicht der gesetzlichen Sozialversicherungspflicht unterlegen. Für diesen Fall könne sie freiwillige Beitragsleistungen als Zuschuss zum ESF-Unterhaltsgeld erbringen, jedoch nur in der Höhe, wie sie bei einem Träger der gesetzlichen (natürlich im Inland) Krankenversicherung fällig würden. Eine den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland "entsprechende" Versicherung sei die durch private Zusatzleistungen - insbesondere der gesonderte Unfallschutz oder Krankenhausbehandlung - gekennzeichnete Versicherung des Klägers beim schweizerischen Unternehmen gerade nicht.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird im Übrigen auf den Inhalt der Verwaltungsunterlagen der Beklagten und der Verfahrensakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([§§ 143, 151 SGG](#)); ein Ausschließungsgrund ([§ 144 Abs.1 SGG](#)) liegt nicht vor. Die Berufung ist insbesondere auch fristgerecht eingelegt, weil das angefochtene Urteil des SG Augsburg eine unzutreffende Rechtsmittelbelehrung enthält. Denn das Gericht hat nicht bedacht, dass der Kläger zum Zeitpunkt des Erlasses des Urteils in der Schweiz, im Ausland, wohnhaft war.

In der Sache erweist sich das Rechtsmittel als unbegründet.

Zu Recht hat das SG Augsburg mit Urteil vom 22.07.2004 die Klage abgewiesen, da der Bescheid der Beklagten vom 19.06.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.07.2002 der Sach- und Rechtslage entspricht. Denn der Kläger hat keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Zahlung der Gesamtprämie für die privaten Kranken- und Pflegeversicherung in der Schweiz von monatlich 276,20 EUR.

Der mit der Verpflichtungsklage ([§ 54 SGG](#)) zu verfolgende Anspruch auf sachgemäße Ausübung des Ermessens der Beklagten hat keinen Erfolg.

Nach § 1 der Richtlinien vom 20.01.2000 für aus Mitteln des ESF mitfinanzierte zusätzliche arbeitsmarktpolitische Maßnahmen im Bereich des Bundes in der Fassung der 1. Änderung vom 03.12.2001 (ESF-BA-Programm) kann die BA nach diesen Richtlinien in Verbindung mit den von ihr hierzu erlassenen Durchführungsanweisungen, den §§ 23, 44 BHO, [§§ 47 Abs.2, 50 Abs.2a SGB X](#) und den hierzu ergangenen vorläufigen Verwaltungsvorschriften in den Jahren 2000 bis 2006 aus Mitteln des ESF Leistungen für die Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Qualifizierung und Hilfen bei Beschäftigungsaufnahme erbringen.

Gemäß § 4 Abs.4 der Richtlinien können für Bezieher eines ESF-Unterhaltsgeldes, deren Schutz im Krankheits- oder Pflegefall nicht anderweitig sichergestellt ist, die Beiträge für eine freiwillige Krankenversicherung sowie für eine Pflegeversicherung bei einem Träger der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung übernommen werden. In begründeten Einzelfällen können die Kosten für eine entsprechende private Kranken- und Pflegeversicherung übernommen werden, wenn durch den Träger der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung ein Versicherungsschutz nicht gewährleistet werden kann.

Der Versicherungsschutz des Klägers im Rahmen der Pflichtversicherung bzw. der freiwilligen Versicherung konnte hier nicht durch eine gesetzliche Krankenversicherung gewährleistet werden, da der Kläger vor der Maßnahme in Deutschland nicht der gesetzlichen Sozialversicherungspflicht unterlag. Eine Übernahme privater Beiträge wäre daher grundsätzlich im Rahmen des [§ 207a](#) Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) möglich. Nach § 4 Abs.5 der Richtlinien gelten die Vorschriften des SGB III über das Unterhaltsgeld oder Empfänger dieser Leistungen, mit Ausnahme des [§ 156 SGB III](#), entsprechend, soweit die Besonderheiten gemäß dieser Richtlinien nicht entgegen stehen.

Der Gesetzgeber hat durch [§ 207a SGB III](#), eingefügt mit Wirkung ab 01.04.1998 durch das Erste Gesetz zur Änderung des SGB III und anderer Gesetze (- SGB III-ÄndG - vom 16.12.1997, [BGBl. I S.2970](#)), die Möglichkeit der Übernahme der Beiträge für eine Versicherung gegen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit bei einem privaten Versicherungsunternehmen anstelle der gesetzlichen Pflichtversicherung während des Bezugs von Leistungen wegen Arbeitslosigkeit eröffnet. Beweggrund für die Neuregelung war, dass die Pflichtversicherung zu finanziellen Nachteilen für vor dem Leistungsbezug privat kranken- und pflegeversicherter Arbeitnehmer führen kann, wenn sie für die Zeit der Arbeitslosigkeit ihre private Versicherung mit Rücksicht auf eine spätere Arbeitsaufnahme ruhend stellen und nicht völlig aufgeben wollen (Begründung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung zum 1. SGB III-ÄndG, [BT-Drs. 13/8653](#), S.19; ebenso die Begründung des Gesetzentwurfs der Fraktion der CDU/CSU und der FDP, [BT-Drs. 13/8012](#), S.18). Die Übernahme der Beiträge zu einer privaten Krankenversicherung durch die Bundesagentur für Arbeit ist dementsprechend nach [§ 207a Abs.1 Nr.1 SGB III](#) nur zulässig, wenn der Leistungsbezieher nach [§ 8 Abs.1 Nr.1a SGB V](#) (ebenfalls mit Wirkung ab 01.04.1998 durch das 1. SGB III-ÄndG eingeführt) von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreit ist. Diese Befreiung wiederum ist nach [§ 8 Abs.1 Nr.1a SGB V](#) nur zu gewähren, wenn der durch den Bezug von Leistungen der Bundesagentur für Arbeit versicherungspflichtig gewordene Arbeitslose bereits in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht mehr gesetzlich krankenversichert war. [§ 207a SGB III](#) bedeutet keine Abkehr vom Prinzip der gesetzlichen Pflichtversicherung, sondern erfasst nur denjenigen Teil der Leistungsbezieher, der dadurch gekennzeichnet ist, dass er schon seit längerer Zeit nicht zum Kreis der Pflichtversicherten gehört. Die Vorschrift modifiziert damit die Versicherungspflicht während des Leistungsbezugs.

Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei sind, haben Anspruch auf Übernahme der Beiträge, die für die Dauer des Leistungsbezugs aus der Arbeitslosenversicherung für eine Versicherung gegen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit an ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu zahlen sind ([§ 207a Abs.1 SGB III](#)).

Nach [§ 207a Abs.2 SGB III](#) übernimmt die Bundesagentur für Arbeit die vom Leistungsbezieher an das private Versicherungsunternehmen zu zahlenden Beiträge, höchstens jedoch die Beiträge, die sie ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen hätte.

Durch die in [§ 207a Abs.2 SGB III](#) geregelte Begrenzung der Beitragshöhe sollen eine Begünstigung gegenüber dem in der Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtigen Leistungsbezieher sowie eine übermäßige Belastung der Bundesagentur für Arbeit vermieden werden.

Aufgrund der Auskunft der AOK Bayern steht zur Überzeugung des Senats fest, dass für Bezieher von ESF-Leistungen für die eine freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung möglich ist, ein Pauschalbetrag von 105,54 EUR monatlich zu zahlen ist (105,54 EUR für Kranken- und 13,30 EUR für Pflegeversicherung). Insgesamt hat damit die Beklagte bereits mehr Krankenversicherungs-Beträge gezahlt, als für eine freiwillige Versicherung zu einem deutschen - gesetzlichen - Krankenversicherungsunternehmen (118,84 EUR gegenüber tatsächlich gezahlten 124,11 EUR).

Zudem ist zu beachten, dass es sich bei der privaten Versicherung des Klägers in der Schweiz auch nicht um eine "entsprechende" Versicherung handelte. Eine "entsprechende" Versicherung war die durch die private Zusatzleistungen - insbesondere der gesonderte Unfallschutz oder die Krankenhausbehandlung - gekennzeichnete Versicherung des Klägers bei dem schweizerischen Unternehmen gerade nicht.

Nach den vom Kläger vorgelegten Unterlagen der schweizerischen Versicherung vom 01.05.2002 war der Kläger nämlich dort wie folgt versichert: a) mit einer "obligatorischen" Krankenversicherung mit monatlichen Beiträgen von 183,20 Schweizer Franken und b) mit Zusatzversicherungen in Höhe von 231,10 Schweizer Franken für Krankenpflege, Prävention und Komplementärmedizin, Hospitalversicherungskomfort - private und Unfallversicherung.

Das Vorbringen des Klägers vermag nicht zu überzeugen. Auf die Gründe, warum dieser seinerzeit einen umfangreichen Versicherungsschutz mit Zusatzleistungen eingegangen ist, kommt es nicht an. Es kann nicht zu Lasten der Allgemeinheit gehen, den kostenaufwändigen Versicherungsschutz zu tragen. In diesem Zusammenhang weist das SG zurecht darauf hin, dass die Beklagte bei ihrer Entscheidung unter anderem auch den Grundsatz der Wirtschaftlich- und Sparsamkeit zu beachten hat und insofern zutreffend für den Kläger eine entsprechende Kranken- und Pflegeversicherung für die "Grundversorgung" in Höhe von monatlich 124,11 EUR übernommen hat.

Bei dieser Sachlage ist eine fehlerhafte Ermessensausübung der Beklagten im Rahmen von § 4 Abs.4 ESF-Richtlinien nicht erkennbar.

Somit war die Berufung des Klägers gegen das Urteil des SG Augsburg vom 22.07.2004 zurückzuweisen.

Aufgrund des Unterliegens des Klägers sind ihm keine Kosten zu erstatten ([§ 193 SGG](#)).

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich ([§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2007-04-27