

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
9. Dezember 1997

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 1 RK 23/95

.....,

Kläger und Revisionsbeklagter,

Prozeßbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Barmer Ersatzkasse,
Untere Lichtenplatzer Str. 100-102, 42289 Wuppertal,

Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom
9. Dezember 1997 durch die Richter S t e e g e - Vorsitzender - , Dr. D r e h e r
und Dr. S c h l e g e l sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. B r a n d e n b u r g
und B a u e r

für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-
Westfalen vom 27. Juli 1995 aufgehoben.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 9. September
1994 wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Gründe:

I

Der 1987 geborene Kläger leidet an einer Phenylketonurie, einer angeborenen Störung des Eiweißstoffwechsels, bei der die Aminosäure Phenylalanin vom Körper nicht abgebaut werden kann. Die Krankheit erfordert eine Diät, deren Grundlage phenylalaninfreie Eiweißersatzpräparate bilden. Daneben müssen haushaltsübliche Getreideprodukte wie Mehl, Brot, Backwaren, Teigwaren, Gebäck und Pasteten durch eiweißarme Spezialnahrungsmittel aus dem Reformhaus ersetzt werden.

Die beklagte Ersatzkasse, bei welcher der Kläger über seine Mutter krankenversichert ist, trägt die Kosten für die als Arzneimittel eingestuftten Eiweißersatzpräparate. Die Übernahme der Kosten für die eiweißarmen Nahrungsmittel lehnte sie dagegen mit Bescheid vom 28. März 1989 (Widerspruchsbescheid vom 21. August 1989) ab, weil die Krankenversicherung für die Beschaffung von Lebensmitteln des täglichen Bedarfs auch dann nicht aufzukommen habe, wenn aus Krankheitsgründen eine besondere, kostenaufwendigere Ernährung vonnöten sei.

Während das Sozialgericht (SG) die dagegen gerichtete Klage abgewiesen hat, hat das Landessozialgericht (LSG) die Beklagte verurteilt, dem Kläger die durch die notwendige eiweißarme Ernährung entstandenen Mehrkosten im Verhältnis zu den Kosten der Ernährung eines gesunden gleichaltrigen Versicherten zu erstatten (Urteil vom 27. Juli 1995). Es hat ausgeführt: Lebensmittel seien zwar im Regelfall auch dann keine Arznei- oder Heilmittel, wenn ihnen über den allgemeinen Ernährungszweck hinaus eine spezifische Heilwirkung zukomme, wie dies bei den eiweißarmen Getreideprodukten der Fall sei. Etwas anderes müsse jedoch ausnahmsweise gelten, wenn der Versicherte auf die besondere Ernährung angewiesen und ihm die Beschaffung der teureren Spezialnahrungsmittel unter Abwägung mit den Interessen der Solidargemeinschaft wirtschaftlich nicht zumutbar sei. Letzteres sei hier der Fall gewesen, denn die Mutter des Klägers habe zeitweise von Sozialhilfe gelebt und die zusätzlichen Mittel für die Krankenkost in Höhe von mindestens 100,-- DM pro Monat nicht aufbringen können.

Mit der Revision rügt die Beklagte die Verletzung materiellen Rechts. Der Krankenbehandlungsanspruch umfasse nach § 27 Abs 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, nicht aber die Bereitstellung von Mitteln des allgemeinen Lebensbedarfs. Für Mehraufwendungen, welche durch eine besondere krankheitsbedingte Lebensführung entstünden, habe die Krankenversicherung grundsätzlich keinen Ersatz zu leisten, es sei denn, daß ausdrücklich etwas anderes geregelt sei. Hiervon könne nicht je nach den Umständen des Einzelfalles abgewichen werden. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Versicherten sei schon vom



Ansatz her kein geeigneter Gradmesser für die Leistungsverpflichtung eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 27. Juli 1995 aufzuheben und die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 9. September 1994 zurückzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Die Mehraufwendungen für besondere krankheitsverträgliche Nahrungsmittel seien typische Folgekosten der Krankheit und mithin dem Risikobereich der Krankenversicherung zuzurechnen. Dies rechtfertige es, sie jedenfalls dann der Krankenkasse aufzubürden, wenn der Versicherte mit der Aufbringung der zusätzlichen Mittel wirtschaftlich überfordert sei.

II

Die Revision der Beklagten ist begründet. Sie führt zur Wiederherstellung der klageabweisenden Entscheidung erster Instanz.

Nach dem Tenor des angefochtenen Urteils hat das Berufungsgericht nur über die Erstattung der bei Erlass des Urteils bereits entstandenen Kosten entschieden. Es hat damit das Klagebegehren, das auf Übernahme der durch die eiweißarme Ernährung bedingten Mehraufwendungen ohne zeitliche Begrenzung gerichtet war, nicht ausgeschöpft. Da nur die Beklagte Revision eingelegt hat, ergeben sich daraus jedoch keine prozessualen Folgerungen. In der Sache selbst kann der Auffassung des LSG nicht gefolgt werden. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der durch den Verzehr eiweißarmer Spezialnahrungsmittel entstandenen krankheitsbedingten Mehrkosten.

Als Rechtsgrundlage des vom LSG angenommenen Erstattungsanspruchs kommt nur § 13 Abs 3 (früher Abs 2) SGB V in Betracht. Danach hat die Krankenkasse, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, dem Versicherten die für die Beschaffung der Leistung aufgewendeten Kosten zu erstatten. Da der Kostenerstattungsanspruch an die Stelle eines an sich gegebenen Sachleistungsanspruchs tritt, kann er nur bestehen, soweit die selbstbeschaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehört, welche die gesetzlichen Krankenkassen als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben. Das ist bei den im Streit befindlichen Diätnahrungsmitteln nicht der Fall.



Die von der Krankenkasse zu gewährende Krankenbehandlung umfaßt neben der ärztlichen Behandlung ua nach § 27 Abs 1 Satz 2 Nr 3 SGB V die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Diätnahrungsmittel sind keine Heilmittel iS der genannten Vorschrift, weil sie zum Verzehr und nicht zur äußeren Einwirkung auf den Körper bestimmt sind (*zum Begriff des Heilmittels vgl BSGE 28, 158, 159 f = SozR Nr 30 zu § 182 RVO BI Aa 28; BSGE 46, 179, 182 = SozR 2200 § 182 Nr 32 S 62; BSG SozR 3-2200 § 182 Nr 11 S 47 f*). Als Arzneimittel dürfen sie nach den Arzneimittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (AMRL) von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten nicht verordnet werden (*vgl Nr 17.1 Buchst i AMRL vom 31. August 1993 - BAnz 1993 Nr 246; ebenso früher: Nr 21 Buchst i AMRL vom 19. Juni 1978 - Beilage zum BAnz 1978 Nr 235*). Sie sind damit von der Anwendung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Die auf der Grundlage des § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 6 SGB V erlassenen AMRL regeln als untergesetzliche Rechtsnormen den Umfang und die Modalitäten der Arzneimittelversorgung mit verbindlicher Wirkung sowohl für die Vertragsärzte und die Krankenkassen als auch für die Versicherten (*allgemein zur Rechtsqualität und Tragweite der Richtlinien der Bundesausschüsse der (Zahn)Ärzte und Krankenkassen: Senatsurteil vom 16. September 1997 - 1 RK 32/95, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen*). Das Verordnungsverbot für Diätlebensmittel und Krankenkost hält sich im Rahmen der dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen erteilten Rechtsetzungsermächtigung. Zwar bezieht sich diese Ermächtigung nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) nur auf den Erlaß von Vorschriften zur Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung und gibt dem Bundesausschuß nicht die Befugnis, selbst Inhalt und Grenzen des Arzneimittelbegriffs festzulegen (*BSGE 66, 163, 164 = SozR 3-2200 § 182 Nr 1 S 2; BSGE 67, 36, 38 = SozR 3-2500 § 27 Nr 2 S 4; BSGE 72, 252, 255 = SozR 3-2200 § 182 Nr 17 S 81 f*). Der Regelung in Nr 17.1 Buchst i AMRL liegt indes kein vom Gesetz abweichender Arzneimittelbegriff zugrunde. Sie zieht mit dem Ausschluß von Diätnahrungsmitteln aus der vertragsärztlichen Versorgung lediglich die rechtliche Konsequenz daraus, daß derartige Produkte keine Arzneimittel im krankenversicherungsrechtlichen Sinne sind.

Der Begriff des Arzneimittels wird im SGB V selbst nicht erläutert. Nach der Definition des Arzneimittelgesetzes (AMG), die im wesentlichen mit dem allgemeinen Sprachgebrauch übereinstimmt, sind darunter Substanzen zu verstehen, deren bestimmungsgemäße Wirkung darin liegt, Krankheitszustände zu erkennen, zu heilen, zu bessern, zu lindern oder zu verhüten (*vgl § 2 Abs 1 AMG idF der Bekanntmachung vom 19. Oktober 1994 - BGBl I 3018*). Die in Rede stehenden eiweißarmen Getreideprodukte dienen demgegenüber in erster Linie der Ernährung. Sie treten an die Stelle haushaltsüblicher Back- und Teigwaren, deren Verzehr dem Kläger wegen ihrer krankheitsverschlimmernden Wirkung versagt ist. Ihre durch den vorrangigen Verwendungszweck begründete Eigenschaft als Nah-



rungs- bzw Lebensmittel (vgl § 1 Abs 1 Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz idF der Bekanntmachung vom 9. September 1997 - BGBl I 2390) verlieren sie nicht dadurch, daß sie speziell zu dem Zweck hergestellt werden, eine auf die Krankheit abgestimmte Ernährungsweise zu ermöglichen. Als Lebensmittel sind sie, wie § 2 Abs 3 Nr 1 AMG ausdrücklich klarstellt, keine Arzneimittel. Sie gehören damit auch nicht zur Arzneimittelversorgung als Teil der Krankenbehandlung. Dabei kann offenbleiben, ob der Arzneimittelbegriff des SGB V in jeder Hinsicht mit demjenigen des AMG übereinstimmt (verneinend: BSGE 67, 36, 38 = SozR 3-2500 § 27 Nr 2 S 4; BSG SozR 3-2200 § 182 Nr 11 S 46; bejahend: Schlenker, DOK 1987, 236 ff; ders, SGB 1988, 473 ff). Darauf kommt es nicht an, weil jedenfalls in dem hier interessierenden Punkt der Unterscheidung und Abgrenzung zwischen Arzneimitteln auf der einen und Nahrungsmitteln auf der anderen Seite keine Abweichung besteht.

Eine Ausweitung des Arzneimittelbegriffs durch Einbeziehung von Diät- oder Krankenkost widerspräche der begrenzten Aufgabenstellung der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese verfolgt nicht das Ziel, den Versicherten vor krankheitsbedingten Nachteilen umfassend zu schützen. Bei der Vielzahl von Auswirkungen, die eine Krankheit auf die Lebensführung des Betroffenen haben kann, wäre das Krankenversicherungsrisiko nicht sachgerecht begrenzbare, wenn es sich auf alle durch die Krankheit veranlaßten Aufwendungen erstrecken würde. Die Leistungspflicht der Krankenkassen ist deshalb, soweit das Gesetz nichts anderes vorschreibt, auf Maßnahmen beschränkt, die gezielt der Krankheitsbekämpfung dienen. Mehrkosten und andere Nachteile und Lasten, die der Versicherte im täglichen Leben wegen der Krankheit hat, sind der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen und nicht von der Krankenkasse zu tragen (vgl BSGE 42, 16, 18 f = SozR 2200 § 182 Nr 14 S 30 f; BSGE 42, 229, 231 = SozR 2200 § 182b Nr 2 S 3; BSGE 53, 273, 275 = SozR 2200 § 182 Nr 82 S 161 f). Das gilt grundsätzlich auch für Mehraufwendungen, die durch eine besondere, krankheitsangepaßte Ernährungsweise entstehen (BSG SozR 2200 § 182 Nr 88 S 183; BSGE 63, 99, 100 = SozR 2200 § 182 Nr 109 S 234; vgl zur identischen Risikoabgrenzung im Beihilferecht des öffentlichen Dienstes: OVG Rheinland-Pfalz, Der öffentliche Dienst 1995, 291; VGH Baden-Württemberg, Zeitschrift für Beamtenrecht 1985, 255; im sozialen Entschädigungsrecht: BSGE 64, 1 = SozR 3100 § 11 Nr 17; im Sozialhilferecht: BVerwG Buchholz 427.3 § 276 LAG Nr 15). Dementsprechend hat der 3. Senat des BSG schon zum früheren Recht der Reichsversicherungsordnung (RVO) entschieden, daß Lebensmittel, auch soweit ihnen über ihren generellen Ernährungszweck hinaus eine spezifische krankheitsheilende, krankheitslindernde oder verschlimmerungshemmende Wirkung zukommt, keine Arzneimittel im Sinne des Leistungsrechts der Krankenversicherung sind (Urteil des 3. Senats vom 18. Mai 1978 - BSGE 46, 179, 182 = SozR 2200 § 182 Nr 32 S 82).

Dieser Rechtsstandpunkt ist entgegen der Ansicht des LSG nicht dadurch relativiert worden, daß derselbe Senat in späteren Entscheidungen zu § 182 Abs 1 RVO die Auffassung



vertreten hat, eine Krankenkost könne von der Krankenkasse ausnahmsweise gewährt werden, wenn zu der Heilwirkung der Kost für den einzelnen Versicherten noch besonders gravierende Umstände, insbesondere eine unzumutbar hohe finanzielle Belastung durch die im Vergleich zu üblichen Lebensmitteln teureren Diätpräparate, hinzuträten (*Urteile vom 23. März 1983 - SozR 2200 § 182 Nr 88 S 183 und vom 23. März 1988 - BSGE 63, 99, 100 = SozR 2200 § 182 Nr 109 S 234; ähnlich für andere Gegenstände des allgemeinen Lebensbedarfs: BSGE 65, 154, 157 = SozR 2200 § 368e Nr 13 S 35; BSGE 67, 36, 37 = SozR 3-2500 § 27 Nr 2 S 3*). Damit ist nicht zum Ausdruck gebracht worden, daß beim Vorliegen derartiger Umstände die Krankenkost zum Arzneimittel wird. Die Revision weist mit Recht darauf hin, daß die Arzneimittelleigenschaft einer Substanz durch den Verwendungszweck bestimmt wird und nichts mit der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten zu tun hat. Andernfalls könnte ein und dasselbe Produkt je nach der Situation des Erkrankten einmal Arzneimittel sein und ein anderes Mal nicht. Die angeführten Entscheidungen haben nicht den Arzneimittelbegriff modifiziert, sondern vielmehr das Spektrum der im Gesetz vorgesehenen Leistungen erweitert. Das war nach früherem Recht nicht ausgeschlossen; denn § 182 Abs 1 Nr 1 RVO enthielt, wie das Wort "insbesondere" im Einleitungssatz der Vorschrift verdeutlicht, keine abschließende Aufzählung der als Krankenpflege zu gewährenden Leistungen und ließ damit Raum für eine Ausweitung des Leistungskatalogs. Insofern konnte die Gewährung der Krankenkost in den genannten Ausnahmefällen als eine besondere Leistung der Krankenpflege neben den in § 182 Abs 1 Nr 1 RVO ausdrücklich genannten Leistungsarten angesehen werden. Diese Möglichkeit ist mit dem Inkrafttreten des SGB V am 1. Januar 1989 entfallen. Der jetzige § 27 Abs 1 Satz 2 SGB V regelt den Umfang der Krankenbehandlung bewußt abschließend (*Begründung zum Entwurf des Gesundheitsreformgesetzes, BT-Drucks 11/2237 S 170*). Die Krankenkassen sind damit grundsätzlich auf die in der Vorschrift genannten Leistungen beschränkt; außerhalb etwaiger Modellvorhaben nach § 63 Abs 2 SGB V können neue Leistungsarten nur vom Gesetzgeber eingeführt werden (*Höfler in Kasseler Kommentar, § 27 SGB V RdNr 58; von Maydell in Gemeinschaftskommentar zum SGB V § 27 RdNr 77*). Die bisherige Rechtsprechung, auf die das LSG seine Entscheidung gestützt hat, kann deshalb für das geltende Recht nicht aufrechterhalten werden.

Mit der Aussage, daß Lebensmittel, auch wenn es sich um Diät- oder Krankenkost handelt, keine Leistungen der Krankenversicherung sind, weicht der Senat von der Rechtsauffassung ab, die dem Urteil des für die knappschaftliche Krankenversicherung zuständigen 8. Senats des BSG vom 27. September 1994 - 8 RKn 9/92 (USK 94110) zugrunde liegt. Der 8. Senat hat dort auch für das neue Recht daran festgehalten, daß ein Lebensmittel (im konkreten Fall ein handelsübliches Heilwasser) ausnahmsweise zum Arzneimittel werden könne, wenn zu der Heilwirkung besonders gravierende Umstände, etwa eine unzumutbare finanzielle Belastung des Versicherten, hinzukämen. Einer Anfrage gemäß § 41 Abs 3 SGG wegen der insoweit bestehenden Divergenz bedarf es gleichwohl



nicht, weil vorliegend ein Anspruch des Klägers auch bei Zugrundelegung der Rechtsauffassung des 8. Senats zu verneinen wäre. Der erkennende Senat hat in seinem Urteil vom 10. Mai 1995 (SozR 3-2500 § 33 Nr 15) entschieden, daß krankheitsbedingte Mehrkosten beim Kauf von Gegenständen des allgemeinen Lebensbedarfs nur dann als "besonders gravierender Umstand" gewertet werden können, wenn bei den betreffenden Gütern der Teil der Herstellungskosten überwiegt, der allein auf die therapeutische Wirkung des Mittels zurückzuführen ist. Nur dann trete die Bedeutung als Gebrauchsgegenstand für den Versicherten in den Hintergrund, so daß eine Beteiligung der Krankenkasse an den Aufwendungen zu rechtfertigen sei. Ausgehend hiervon würde eine Leistungspflicht der Beklagten auch auf dem Boden der früheren Rechtsprechung ausscheiden, weil die vom Kläger benötigten Back- und Teigwaren, wie sich aus den von ihm vorgelegten und bei den Akten befindlichen Preislisten ersehen läßt, durchweg weniger als doppelt so teuer sind wie gleichartige haushaltsübliche Produkte.

Nach alledem konnte das angefochtene Urteil keinen Bestand haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)