



Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gewährung von Krankenkostzulagen in der Sozialhilfe¹

3., völlig neu bearbeitete Auflage 2008

Vorwort (von Michael Löher)

- I. Rechtsgrundlage für die Gewährung von Krankenkostzulagen
 - I.1 Neufassung
 - I.2 Rechtsauslegung
 - I.2.1 Tatbestand („bedürfen“)
 - I.2.2 Rechtsfolge („in angemessener Höhe“)

- II. Erarbeitung neuer Empfehlungen
 - II.1 Revision der Empfehlungen von 1997
 - II.2 Empfehlungen 2008 zur Gewährung von Krankenkostzulagen
 - 1. Neue Empfehlungen
 - 2. Ziel der Empfehlungen
 - 3. Geltungsbereich der Empfehlungen
 - 4. Mehrbedarf bei diversen Erkrankungen
 - 4.1 Ernährung bei Erkrankungen, die diätetisch mit einer Vollkost zu behandeln sind
 - 4.2 Mehrbedarf für Ernährung bei verzehrenden Erkrankungen und gestörter Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung
 - 4.3 Mehrbedarf bei Niereninsuffizienz und Zöliakie
 - 5. Empfohlene Höhe der Mehrbedarfszuschläge (Krankenkostzulagen)
 - 6. Verfahren

¹ Verantwortlicher Referent im Deutschen Verein: Reiner Höft-Dzemski. Die Empfehlungen wurden von der Arbeitsgruppe „Krankenkostzulagen“ erarbeitet und nach Beratung im Fachausschuss „Sozialpolitik, soziale Sicherung, Sozialhilfe“ am 1. Oktober 2008 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.

- III. Erläuterungen (von Reiner Höft-Dzemeski)
- III.1 Geänderte diätetische Grundlagen
- III.2 Regelsätze und Mindestaufwand für Vollkost
- III.3 Bemessung der empfohlenen Mehrbedarfzuschläge

Vorwort

Der Ernährungsbedarf wird durch Regelsätze gedeckt (§§ 27 Abs. 1, 28 Abs. 1 SGB XII), soweit im Einzelfall kein krankheitsbedingt erhöhter Bedarf vorliegt: *Für Kranke, Genesende, behinderte Menschen oder von einer Krankheit oder von einer Behinderung bedrohte Menschen, die einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, wird ein Mehrbedarf in angemessener Höhe anerkannt* (§ 30 Abs. 5 SGB XII). Der Aufwand für eine kostenaufwändigere Ernährung hängt vom jeweiligen Krankheitsbild und seiner Ausprägung ab. Folgerichtig hat der Gesetzgeber keine betragsmäßigen Festlegungen zur Höhe des Mehrbedarfszuschlags getroffen, sondern lediglich bestimmt, dass ein „Mehrbedarf in angemessener Höhe anzuerkennen“ ist (zu den Rechtsgrundlagen vgl. unter I).

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. hatte bereits 1974 erstmalig „Empfehlungen für die Gewährung von Krankenkostzulagen in der Sozialhilfe“ herausgegeben. Sie bildeten die Grundlage für eine weitgehende Vereinheitlichung der Sozialhilfepraxis auf diesem Gebiet. Diese ersten Empfehlungen wurden ab 1997 durch völlig neu bearbeitete Empfehlungen ersetzt, die die gewandelten diätetischen und ernährungsmedizinischen Erkenntnisse berücksichtigten.² Die Empfehlungen entsprachen nach Auskunft der beteiligten medizinischen und ernährungswissenschaftlichen Sachverständigen dem seinerzeitigen Stand der Wissenschaft.

Sie wurden später insbesondere von Diabetologen und Ärzten des öffentlichen Gesundheitswesens als teilweise nicht mehr aktuell bezeichnet. Die Kritik konzentrierte sich auf die Empfehlungen zur Gewährung einer Krankenkostzulage bei Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) und bei Erkrankungen, für die ein Mehrbedarfszuschlag zur Finanzierung einer „Vollkost“ oder spezieller Ausformungen der Vollkost (lipidsenkende, purinreduzierte bzw. natriumdefinierte Kost) empfohlen worden war.

Auch in der „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ (Zweites Buch Sozialgesetzbuch – SGB II) besteht eine Regelung zu Krankenkostzulagen: *Erwerbsfähige Hilfebedürftige, die aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, erhalten einen Mehrbedarf in angemessener Höhe* (§ 21 Abs. 5 SGB II). Trotz der vom Wortlaut der sozialhilferechtlichen Regelung deutlich abweichenden Formulierung ist der gleiche

² Empfehlungen für die Gewährung von Krankenkostzulagen in der Sozialhilfe. 2., völlig bearbeitete Auflage 1997 (Kleinere Schriften des Deutschen Vereins 48),.

Regelungsgehalt gemeint. Der Bundesgesetzgeber hat die sozialhilferechtlichen Empfehlungen des Deutschen Vereins von 1997 als eine auch für die Durchführung der entsprechenden Regelung im SGB II geeignete Grundlage angesehen.³ Die Bundesagentur für Arbeit hat die Empfehlungen des Deutschen Vereins zu den Krankenkostzulagen in der Sozialhilfe im Kerngehalt in ihre „fachlichen Hinweise“ zu § 21 Abs. 5 SGB II übernommen.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Beschluss vom 20. Juni 2006 (1 BvR 2673/05) die besondere Bedeutung der Empfehlungen des Deutschen Vereins von 1997 bei der Beurteilung der schwierigen Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Gewährung von Krankenkostzulagen betont. In der Literatur und Rechtsprechung bestehen teilweise unterschiedliche Auffassungen, ob die Empfehlungen des Deutschen Vereins als „antizipiertes Sachverständigengutachten“ aufzufassen sind. Das Bundessozialgericht hat 2008 den Charakter der Empfehlungen als antizipiertes Sachverständigengutachten verneint.⁴

Die neuen Empfehlungen konzentrieren sich in einem Schwerpunkt auf die Prüfung, ob eine sog. „Vollkost“ aus dem Eckregelsatz zu finanzieren ist. Hierzu werden u.a. die Bemessungsgrundlagen aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS 2003) analysiert, die die Datenbasis für die Festsetzung der Regelsätze ab 2007 bilden.⁵ Nicht geprüft wurde, ob die Regelsätze den Bedarf *insgesamt* decken, also z.B. dem Leistungsberechtigten auch eine angemessene gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen.

Das Präsidium des Deutschen Vereins hat die Empfehlungen am 1. Oktober 2008 verabschiedet.

Michael Löher

Vorstand des Deutschen Vereins

³ „Zur Angemessenheit des Mehrbedarfs können die hierzu vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge entwickelten und an typisierbaren Fallgestaltungen ausgerichteten Empfehlungen herangezogen werden.“ (BT-Drucks. 15/1516 S. 57)

⁴ BSG, Urteil vom 27. Februar 2008, B 14/7b AS 64/06 R

⁵ Erste Verordnung zur Änderung der Regelsatzverordnung vom 20. November 2006 (BGBl. I S. 2657).

I. Rechtsgrundlage für die Gewährung von Krankenkostzulagen

I.1 Neufassung

Die Rechtsgrundlage für die Anerkennung eines Mehrbedarfs wegen krankheitsbedingter kostenaufwändigerer Ernährung wurde durch das Gesetz zur Umsetzung des Föderalen Konsolidierungsprogramms – FKPG – vom 23. Juni 1993 (BGBl. I S. 944) neu gefasst. Bis zu dieser Neufassung war nach § 23 Abs. 4 Nr. 2 BSHG a.F. ein Mehrbedarf in angemessener Höhe anzuerkennen „für Kranke, Genesene, Behinderte oder von einer Krankheit oder Behinderung Bedrohte, die einer kostenaufwendigeren Ernährung bedürfen“. Die Neufassung dagegen lautete (§ 23 Abs. 4 BSHG – jetzt: § 30 Abs. 5 SGB XII): „Für Kranke, Genesende, Behinderte oder von einer Krankheit oder Behinderung Bedrohte, die einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, ist ein Mehrbedarf in angemessener Höhe anzuerkennen“ (vgl. BGBl. 1993 I S. 944, Art. 7 Nr. 8 b, S. 951). Die Neufassung wurde aus redaktionellen Gründen erforderlich. Warum der Wortlaut von § 23 Abs. 4 BSHG sachlich verändert wurde („Genesende“ statt bisher „Genesene“; „kostenaufwändiger Ernährung“ statt bisher „kostenaufwändigerer Ernährung“), ist aus den Änderungsbeschlüssen des federführenden 8. Ausschusses (Haushaltsausschuss) nicht ersichtlich (vgl. BT-Drucks. 12/4801, S. 20). Wahrscheinlich wurde nicht erkannt, dass es sich um sachliche Änderungen handeln könnte.

Insgesamt zeigt die Verwendung der Begriffe „von einer Krankheit oder Behinderung Bedrohte“ sowie „Genesende“, dass die Auslegung der Bestimmung, die Anerkennung eines Mehrbedarfs und die Gewährung der Krankenkostzulage „in angemessener Höhe“ auch an der Prävention (Vorsorge) und Prophylaxe (Nachsorge und Vorbeugung, aber auch: Mit-der-Krankheit-oder-Behinderung-leben-können) orientiert sein muss und nicht in enger Weise auf die medizinische Indikation zur Heilung der akuten Krankheit abstellen darf. Da es in dieser Bandbreite naturgemäß Beurteilungs- und Bewertungsdifferenzen in Wissenschaft und Praxis der Medizin geben wird, hat die Begründung im ärztlichen Gutachten eine entscheidende Funktion.

Bei der Einführung des Begriffes der „kostenaufwändigen Ernährung“ (gegenüber dem früheren Wortlaut „kostenaufwändigeren“) handelt es sich um einen redaktionellen Fehler, weil die Bedeutung des Komparativs nach Sinn und Zweck der Norm übersehen wurde. Es genügt nicht, dass die Ernährung lediglich „kostenaufwändig“ ist, denn dies ist jede Ernährung,

die Geld kostet. Vielmehr ist ein doppelter Vergleichsmaßstab erforderlich: Die Ernährung des Kranken oder Behinderten muss tatsächlich „kostenaufwändiger“ als die des Gesunden oder Nichtbehinderten sein. Der Kostenvergleich bezieht sich auf den sozialhilferechtlich anerkannten Regelbedarf an Ernährung. Die Anerkennung eines Mehrbedarfs ist begrifflich immer nur in Bezug auf einen Regelbedarf möglich.

I.2 Rechtsauslegung

Sowohl auf der Tatbestandsseite als auch auf der Rechtsfolgenseite enthält § 30 Abs. 5 SGB XII zentrale unbestimmte Rechtsbegriffe.

I.2.1 Tatbestand („bedürfen“)

Welche Kranken, Genesenden, Behinderten oder von einer Krankheit oder Behinderung Bedrohten einer kostenaufwändigeren Ernährung „bedürfen“, ist die Grundfrage (Oberfrage), die zunächst beantwortet werden muss. Nicht bei jeder Krankheit oder Behinderung besteht – in qualitativer und/oder quantitativer Hinsicht – besonderer Ernährungsbedarf. Bei welchen Krankheiten oder Behinderungen ein besonderer Ernährungsbedarf begründet werden kann, richtet sich nach dem allgemein anerkannten Stand der Ernährungsmedizin, Ernährungslehre und Diätetik. Die Anschauungen darüber, welche Ernährung, welche Diät bei welcher Krankheit oder Behinderung medizinisch sinnvoll und damit geeignet und notwendig ist, haben sich im vergangenen Jahrzehnt teilweise grundlegend gewandelt. Entscheidend für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs des „Bedürfnis“ ist dabei der Stand der (schul-)medizinischen Wissenschaft.

Teilweise wird ein krankheitsbedingt erhöhter Bedarf vorgetragen, weil Aufwendungen für Medikamente oder medizinische Hilfsmittel anfallen, die nicht von der Krankenversicherung übernommen werden. In diesen Fällen liegen die Tatbestandsvoraussetzungen für eine Krankenkostzulage nicht vor: Krankenkostzulagen dienen ausschließlich zur Deckung des krankheitsbedingt erhöhten Ernährungsbedarfs, nicht aber weiterer Aufwendungen.

I.2.2 Rechtsfolge („in angemessener Höhe“)

Wenn die Frage des „Bedürfnis“ besonderer Ernährung (im Sinn von „Ob-überhaupt-geeignet-und-notwendig“) positiv beantwortet ist, stellt sich die weitere Frage nach der „angemessenen Höhe“ des anzuerkennenden Mehrbedarfs. Auch der Begriff der „angemessenen Höhe“ ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, dessen Anwendung uneingeschränkter gerichtlicher Prüfung unterliegt (ein Mehrbedarf „ist“ anzuerkennen). „Angemessen“ im Sinne des § 30 Abs. 5 SGB XII ist ein Betrag, der ausreicht, die – im Regelsatz nicht berücksichtigten und auch nicht berücksichtigungsfähigen – Mehrkosten voll zu decken, die dem Hilfeempfänger durch die von ihm aus gesundheitlichen Gründen einzuhaltende spezielle Ernährung entstehen.

Im Übrigen kommt die Anerkennung eines Mehrbedarfs und entsprechender Mehrkosten nur in Frage, wenn die für die fragliche Krankheit geeignete und notwendige Ernährung mehr kostet, als im maßgebenden Regelsatz für Ernährung berücksichtigt ist. Wie sich der Mehrbedarf zusammensetzt und welche Mehrkosten er verursacht, ist eine Frage, die im Schwerpunkt von der Ernährungswissenschaft unter Zugrundelegung ernährungsmedizinischer Erkenntnisse und weniger von der Medizin zu beantworten ist.

II. Erarbeitung neuer Empfehlung

II.1 Revision der Empfehlungen von 1997

Ob bei einer Erkrankung aus medizinischen Gründen eine bestimmte Kostform einzuhalten ist, ist auf der Grundlage der jeweils aktuellen ernährungsmedizinischen Auffassungen zu entscheiden. Da diese sich im Laufe der Zeit ändern können, sind auch die Empfehlungen zu den Krankenkostzulagen in angemessenen Abständen fachlich zu überprüfen. Für die Empfehlungen von 1997 war das „Rationalisierungsschema 1994“ des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner u.a. eine Grundlage für die Beurteilung der diätetischen Erfordernissen bei einer Reihe von Krankheiten. Die Veröffentlichung des „Rationalisierungsschemas 2004“ gab den Impuls, die Empfehlungen vor dem Hintergrund neuerer diätetischer Erkenntnisse auf ihre Aktualität hin zu überprüfen.

Ein weiterer Anlass war die Auseinandersetzung mit dem „Begutachtungslleitfaden für den Mehrbedarf bei krankheitsbedingter kostenaufwändiger Ernährung (Krankenkostzulagen) gem. § 23 Abs. 4 BSHG“ (Verlag Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2002). Dieser Begutachtungslleitfaden war von einer Arbeitsgruppe gutachterlich tätiger Ärztinnen und Ärzte an der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf erstellt und vom Landschaftsverband Westfalen Lippe veröffentlicht worden. Er hatte seinen Ursprung in der kritischen Auseinandersetzung mit den Empfehlungen des Deutschen Vereins. Im Ergebnis wurde für die Mehrzahl der in den Empfehlungen aufgeführten Erkrankungen ein Mehrbedarf verneint. Die Praxis und Rechtsprechung orientierten sich nachfolgend alternativ an den Empfehlungen des Deutschen Vereins oder an dem Begutachtungslleitfaden mit der Folge, dass Bundesrecht örtlich unterschiedlich umgesetzt wurde. Im Interesse einer zukünftig möglichst einheitlichen Begutachtungs- und Gewährungspraxis haben der Deutsche Verein und die Akademie eine gemeinsame Revision der Empfehlungen des Deutschen Vereins vereinbart. In diesem Rahmen hat die Akademie Ärztinnen und Ärzte aus dem Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens vorgeschlagen, die der Deutsche Verein in die Arbeitsgruppe zur Überprüfung seiner Empfehlungen berufen hat. Sie haben insbesondere als medizinische Sachverständige mitgewirkt.

Die Empfehlungen von 1997 waren für die Aufgabenwahrnehmung in der Sozialhilfe formuliert worden. Sie finden seit 2005 aber auch Anwendung im Rechtskreis des SGB II. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hatte daher gebeten, auch medizinische Sachverständige aus dem Bereich der Agentur für Arbeit einzubeziehen. Die Arbeitsgruppe hat im Juli 2008 den Beratungsergebnissen (s. II.2) einvernehmlich zugestimmt.

Die Überprüfung der Empfehlungen

- hatte auf der Grundlage der aktuellen sozialhilferechtlichen Regelungen zum krankheitsbedingt erhöhten Ernährungsbedarf zu erfolgen,
- hatte die aktuellen, ggf. geänderten medizinischen und diätetischen Erkenntnisse zu beachten (s. III.1) und
- war vor dem Hintergrund des derzeitigen Regelsatzsystems durchzuführen. In diesem Zusammenhang war insbesondere der durch den Regelsatz allgemein gedeckte Ernährungsbedarf von Interesse (s. III.2).

Die Empfehlungen von 1997 berücksichtigten eine Reihe von häufiger auftretenden Erkrankungen, für die nach ärztlicher Expertise zu verallgemeinernde Aussagen zum Ernährungsbedarf getroffen werden konnten. Erkrankungen, die einer stark auf den Einzelfall ausgerichteten Diät bedürfen, wie dies in typischer Weise bei Nahrungsmittelallergien bzw. -unverträglichkeiten der Fall ist, blieben folglich unberücksichtigt.

Die Empfehlungen hatten den Mehrbedarf bei Kostformen zum Gegenstand, die bei bestimmten Erkrankungen aus medizinischen Gründen einzuhalten sind. Aus der Reihe der berücksichtigten Kostformen war in der späteren Fachdiskussion ausschließlich der Mehrbedarf zur Finanzierung der sogenannten „Vollkost“ bzw. spezieller Ausformungen von Vollkost (lipidsenkende, purinreduzierte bzw. natriumdefinierte Kost oder Diabeteskost) strittig. Diese Kostformen hatten noch in der diätetischen Grundlage für die Empfehlungen von 1997, dem Rationalisierungsschema 1994, Erwähnung gefunden. Sie werden jedoch nicht mehr im derzeit neuesten Rationalisierungsschema aus dem Jahr 2004 aufgeführt. Die Überprüfung der Empfehlungen von 1997 wurde daher im Schwerpunkt auf Erkrankungen konzentriert, bei denen eine der genannten Kostformen als erforderlich angesehen wurde.

II.2 Empfehlungen 2008 zur Gewährung von Krankenkostzulagen

1. *Neue Empfehlungen*

(a) Die folgenden Empfehlungen treten an Stelle der Empfehlungen des Deutschen Vereins aus dem Jahr 1997. Sie wurden in einer vorwiegend mit sozialrechtlichen und medizinischen Fachkräften besetzten Arbeitsgruppe erstellt. Wichtige Arbeitsgrundlagen waren das „Rationalisierungsschema 2004“ des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner und anderer Fachverbände⁶ sowie eine wissenschaftliche Ausarbeitung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung zu den Lebensmittelkosten bei einer vollwertigen Ernährung⁷ vom April 2008. Weiterhin wurde die einschlägige Literatur ausgewertet.

(b) Datengrundlage für die Berechnungen zu den „Lebensmittelkosten im Rahmen einer vollwertigen Ernährung“ sowie für die Bemessung der 2008 geltenden Regelsätze ist die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003. Die Empfehlungen zu Vollkost (vgl. 4.1) beruhen auf den originalen Erhebungsergebnissen; zwischenzeitliche Veränderungen der Regelsätze und des Preisniveaus blieben daher unberücksichtigt.

2. *Ziel der Empfehlungen*

Die Empfehlungen sollen zu einer sachgerechten Bemessung der Krankenkostzulagen und zu einer Vereinfachung des Verfahrens beitragen. Sie berücksichtigen Kostformen, die bei häufiger auftretenden Erkrankungen angemessen sind und bei denen eine pauschale Bemessung grundsätzlich möglich ist. Ein event. abweichender Bedarf bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten wurde nicht geprüft. Im Einzelfall hat der zuständige Träger die notwendigen Prüfungen durchzuführen.

Die Gewährung von Zulagen bei hier nicht berücksichtigten Erkrankungen soll durch diese Empfehlungen nicht ausgeschlossen werden.

⁶ <http://www.daem.de/docs/rationalisierungsschema2004.pdf>

⁷ <http://www.dge.de/pdf/ws/Lebensmittelkosten-vollwertige-Ernaehrung.pdf>

3. *Geltungsbereich der Empfehlungen*

Die Empfehlungen gelten ausschließlich für Erwachsene.

Für Minderjährige können keine Empfehlungen ausgesprochen werden, da die Datenlagen unzureichend waren.⁸ Zulagen sind im Einzelfall zu bemessen.

4. *Mehrbedarf bei diversen Erkrankungen*

4.1 Ernährung bei Erkrankungen, die diätetisch mit einer Vollkost zu behandeln sind

Nach dem aktuellen Stand der Ernährungsmedizin ist bei folgenden Erkrankungen, die auch in den Empfehlungen von 1997 aufgeführt waren, regelmäßig eine „Vollkost“ angezeigt:

- a) Hyperlipidämie (Erhöhung der Blutfette)
- b) Hyperurikämie (Erhöhung der Harnsäure im Blut)
- c) Gicht (Erkrankung durch Harnsäureablagerungen)
- d) Hypertonie (Bluthochdruck)
- e) kardinale und renale Ödeme (Gewebswasseransammlungen bei Herz- oder Nierenerkrankungen)
- f) Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit - Typ II und Typ I, konventionell und intensiviert konventionell behandelt)
- g) Ulcus duodeni (Geschwür am Zwölffingerdarm)
- h) Ulcus ventriculi (Magengeschwür)
- i) Neurodermitis (Überempfindlichkeit von Haut und Schleimhäuten auf genetischer Basis)
- j) Leberinsuffizienz.

Bei den unter a) bis j) genannten Erkrankungen ist in der Regel ein krankheitsbedingt erhöhter Ernährungsaufwand zu verneinen. Es ist davon auszugehen, dass der auf der

⁸ Es liegen weder empirisch begründete Aussagen zum erforderlichen Aufwand für eine vollwertige Ernährung in den nach Regelsatzverordnung vorgesehenen Altersstufungen vor, noch sind die „Ansätze für Ernährung in den Regelsätzen für Minderjährige“ bekannt. Die Regelsatzverordnung sieht eine ausgabenorientierte Bemessung ausschließlich für den Eckregelsatz vor. Vgl. auch III.4.

Grundlage der EVS 2003 bemessene Regelsatz den notwendigen Aufwand für eine Vollkost deckt (vgl. auch III.2).

4.2 Mehrbedarf für Ernährung bei verzehrenden Erkrankungen und gestörter Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung

Bei verzehrenden (konsumierenden) Erkrankungen mit erheblichen körperlichen Auswirkungen, wie z.B. fortschreitendem/fortgeschrittenen Krebsleiden, HIV/AIDS, Multipler Sklerose (degenerative Erkrankung des Zentralnervensystems) sowie schweren Verläufen entzündlicher Darmerkrankungen wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa, kann im Einzelfall ein erhöhter Ernährungsbedarf vorliegen.

Gleiches gilt für andere Erkrankungen, die mit einer gestörten Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung – Malabsorption/Maldigestion – einhergehen. Ob und ggf. in welcher Höhe ein Mehrbedarf besteht, ist im Einzelfall auf der Grundlage des Krankheitsverlaufs und des körperlichen Zustands der leistungsberechtigten Person zu beurteilen.

Bei den im vorletzten Absatz beispielhaft genannten Erkrankungen ist Vollkost ebenfalls die allgemein empfohlene Ernährungsform. Ein krankheitsbedingter Mehrbedarf ist in der Regel daher nur bei schweren Verläufen zu bejahen oder wenn besondere Umstände vorliegen, z.B. gestörte Nährstoffaufnahme.

Wenn

(1) der BMI unter 18,5 liegt (und das Untergewicht Folge der Erkrankung ist) und/oder
(2) ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust (über 5 % des Ausgangsgewichts in den vorausgegangenen drei Monaten; nicht bei willkürlicher Abnahme bei Übergewicht) zu verzeichnen ist,
kann regelmäßig von einem erhöhten Ernährungsbedarf ausgegangen werden.

4.3 Mehrbedarf bei Niereninsuffizienz und Zöliakie

Bei Glutenunverträglichkeit und Niereninsuffizienz sind spezielle Kostformen einzuhalten, die einen erhöhten Aufwand für Ernährung bedingen. Insoweit bestehen zu den Ernährungserfordernissen bei

- (k) Niereninsuffizienz im Rahmen einer eiweißdefinierten Kost
- (l) Niereninsuffizienz mit Dialysediät sowie
- (m) Zöliakie bzw. Sprue (Durchfallerkrankung wegen Überempfindlichkeit gegenüber Klebereiweiß Gluten)

keine neuen Erkenntnisse gegenüber den Empfehlungen von 1997.

Ein Mehrbedarf ist zu bejahen.

5. *Empfohlene Höhe der Mehrbedarfszuschläge (Krankenkostzulagen)*

In der Regel sollen Krankenkostzulagen in Höhe der folgenden Regelwerte gewährt werden. Jedoch können Besonderheiten des Einzelfalls ein Abweichen von den Regelwerten erforderlich machen.

Regelwerte für Krankenkostzulagen bei

- | | |
|---|--------------------------|
| (a) konsumierenden Erkrankungen, gestörter Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung | 10 % des Eckregelsatzes |
| (b) Niereninsuffizienz, die mit einer eiweißdefinierten Kost behandelt wird | 10 % des Eckregelsatzes |
| (c) Niereninsuffizienz mit Dialysediät | 20 % des Eckregelsatzes |
| (d) Zöliakie, Sprue | 20 % des Eckregelsatzes. |

Bei Erkrankungen, die nach dem allgemein anerkannten Stand der Humanmedizin keiner spezifischen Diät, sondern einer sog. „Vollkost“ bedürfen, ist ein Mehrbedarf regelmäßig zu verneinen (s. aber 4.2).

Liegen die Voraussetzungen für die Gewährung mehrerer Krankenkostzulagen gleichzeitig vor, ist nach den Besonderheiten des Einzelfalls zu entscheiden.

6. Verfahren

Krankenkostzulagen bedürfen zu ihrer Begründung der Vorlage eines ärztlichen Attestes, in der Regel des behandelnden Arztes, das unter genauer Bezeichnung des Gesundheitsschadens die Notwendigkeit einer Krankenkost darlegen muss.

Bei Erst- und Weiterbewilligung der Krankenkostzulage ist der Hilfeempfänger über den Zweck der Krankenkostzulage zu unterrichten.

III. Erläuterungen

von Reiner Höft-Dzemeski, Deutscher Verein

III.1 Geänderte diätetische Grundlagen

Ein Mehrbedarf ist bei einem erhöhten Aufwand für Kostformen zu gewähren, die aus medizinischen Gründen einzuhalten sind. Zur Abgrenzung verschiedener Kostformen wurde für die Empfehlungen des Deutschen Vereins zu den Krankenkostzulagen 1997 im Wesentlichen auf das „Rationalisierungsschema 1994 der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin“⁹ zurückgegriffen. Es stellte den seinerzeitigen Stand einer wissenschaftlich begründeten Diätetik dar.

Das Rationalisierungsschema 1994 wurde zwischenzeitlich überarbeitet und liegt in seiner aktuellen Fassung als „Rationalisierungsschema 2004“¹⁰ vor. Das neue Rationalisierungsschema bildete eine wichtige Grundlage bei der Überprüfung der Empfehlungen des Deutschen Vereins von 1997 und somit im Ergebnis auch für die Formulierung der neuen Empfehlungen.

Das Rationalisierungsschema 2004 enthält im Vergleich zur Voraufgabe von 1994 einige Änderungen, die die Aktualität der bisherigen Empfehlungen des Deutschen Vereins hinsichtlich ihrer diätetischen Grundlagen teilweise in Frage stellen. Es werden spezielle Kostformen, wie lipidsenkende Kost, purinreduzierte Kost und Diabeteskost, die in die Empfehlungen des Deutschen Vereins von 1997 Eingang gefunden hatten, nicht mehr aufgeführt.

Für die genannten Kostformen hatte die Deutsche Gesellschaft für Ernährung auf Bitte des Deutschen Vereins den notwendigen Aufwand gutachtlich ermittelt.¹¹ Die Auswertung dieser Berechnungen in der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins zeigte, dass der notwendige Aufwand selbst bei sparsamem Einsatz der Mittel deutlich oberhalb des Betrags lag, der bei der Bemessung des seinerzeitigen Regelsatzes für Ernährung vorge-

⁹ Akt. Ernähr.-Med. 19 (1994), S. 227–232. Abgedruckt auch im Veröffentlichungsband des Deutschen Vereins zu den Empfehlungen von 1997, vgl. Fußn. 2.

¹⁰ <http://www.daem.de/docs/rationalisierungsschema2004.pdf>

¹¹ Renate Frenz, Deutsche Gesellschaft für Ernährung: Gutachten zum Kostenaufwand für Langzeitdiäten. Abgedruckt in den Empfehlungen des Deutschen Vereins von 1997, S. 49 f., s. Fußn. 2.

sehen war. Folglich wurde die Anerkennung eines Mehrbedarfs bei diesen Erkrankungen empfohlen, wenn eine entsprechende Kostform ärztlich verordnet wurde.

Mit den Empfehlungen von 1997 wurde erstmalig „Vollkost“ als Bezugspunkt für die sozialhilferechtliche Frage nach einem krankheitsbedingt erhöhten Ernährungsbedarf gewählt. Denn es „entspricht dem aktuellen Stand der Ernährungsmedizin, von differenzierten Diäten abzusehen, wenn die Ernährung mit Vollkost gesichert ist“ (Erläuterungen zu den Empfehlungen, s. Fußn. 2, S. 25). Die Definition der Vollkost wurde zwischenzeitlich durch Hinzufügung eines weiteren Merkmals geändert und lautet nach Rationalisierungsschema 2004 nun wie folgt:

„Eine Vollkost ist eine Kost, die

1. den Bedarf an essenziellen Nährstoffen deckt,
2. in ihrem Energiegehalt den Energiebedarf berücksichtigt,
3. Erkenntnisse der Ernährungsmedizin zur Prävention und (neu!) auch zur Therapie berücksichtigt,
4. in ihrer Zusammensetzung den üblichen Ernährungsgewohnheiten angepasst ist, soweit Punkt 1.–3. nicht tangiert werden.“

Bei Erhöhung der Blutfette, Gicht, Bluthochdruck sowie bei Gewebswasseransammlungen (kardinalen und renalen Ödemen) ist keine spezielle Kostform mehr einzuhalten. Nach dem Rationalisierungsschema 2004 unterscheidet sich bei diesen Erkrankungen die „Basiskost (...) in ihrer Zusammensetzung nicht von der im Rahmen der Primärprävention zur Gesunderhaltung empfohlenen Ernährungsweise, d.h. die Vollkost erfüllt die Bedingungen der Ernährungstherapie“. Auch bei Diabetes mellitus wird kein hiervon abweichender spezieller Ernährungsbedarf mehr gesehen.¹² Folglich entsprechen einige Kostformen in den Empfehlungen des Deutschen Verein von 1997 nicht mehr in vollem Umfang den neueren Erkenntnissen. Relativ viele Menschen leiden an diesen Erkrankungen, bei denen in der Vergangenheit eine lipidsenkende, purinreduzierte, natriumdefinierte Kost oder eine Diabeteskost empfohlen wurde.

¹² So auch: Deutsche Diabetes-Gesellschaft: Evidenzbasierte Ernährungsempfehlungen zur Behandlung und Prävention des Diabetes mellitus. Quelle: http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/redaktion/mitteilungen/leitlinien/EBL_Ernaehrung_2005.pdf

III.2 Regelsätze und Mindestaufwand für Vollkost

Mit dem Mehrbedarf wegen kostenaufwändigerer Ernährung soll hilfeberechtigten Menschen die Chance eröffnet werden, einen erhöhten Aufwand betreiben zu können, der sich aus den Anforderungen an eine Ernährung ergibt, die ihrer Erkrankung angemessen ist. Eine Krankenkostzulage kommt in Betracht, wenn der krankheitsbedingt erhöhte Ernährungsaufwand nicht durch den Regelsatz gedeckt werden kann. Die Regelsätze decken den gesamten Bedarf des notwendigen Lebensunterhalts (mit Ausnahme von Leistungen für die Unterkunft und Heizung und einiger Sonderbedarfe – § 28 Abs. 1 SGB XII). Folglich ist bei der Fragestellung, ob eine bestimmte Diät aus dem Regelsatz zu finanzieren ist, nicht der Regelsatz in seiner gesamten Höhe in die Vergleichsrechnung einzubeziehen, sondern nur bis zu dem Betrag, der bei seiner Bemessung für den Bedarfsbereich Ernährung Eingang gefunden hat. Anderenfalls wäre eine ausreichende Bedarfsdeckung in anderen Bereichen, wie z.B. bei Kleidung und Körperpflege, nicht mehr gewährleistet.

Die Höhe des Ernährungsanteils im Regelsatz kann einer Veröffentlichung mit Berechnungen des für die Regelsatzbemessung zuständigen Bundesministeriums für Arbeit und Soziales entnommen werden.¹³ Sie wurden von der Arbeitsgruppe „Krankenkostzulagen“ im Deutschen Verein ausgewertet. Hingegen standen keine wissenschaftlich abgesicherten Angaben zum notwendigen Aufwand für Vollkost in Deutschland zur Verfügung. Die Arbeitsgruppe hatte daher die Geschäftsstelle gebeten, ein entsprechendes ernährungswissenschaftliches Gutachten in Auftrag zu geben. Verhandlungen mit einer Reihe renommierter Einrichtungen führten erst 2007 zum Erfolg.¹⁴ Eine 2007 von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) bei der Technischen Universität München, Lehrstuhl für Betriebswirtschaft – Marketing und Konsumforschung –, in Auftrag gegebene Studie wurde der Arbeitsgruppe im April 2008 zur Verfügung gestellt: Wissenschaftliche Ausarbeitung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung zum Thema: Lebensmittelkosten für eine vollwertige Ernährung, April 2008¹⁵ (im Folgenden zitiert mit: DGE 2008).

¹³ www.sozialpolitik-aktuell.de/docs/unterrichtung_evs_bmas.pdf

¹⁴ Die Institutionen waren aus sachlichen Gründen nicht in der Lage, relativ kurzfristig ein Gutachten zu erstellen (z.B. wegen mangelnder Aktualität der verfügbaren Datenbanken) oder sie favorisierten methodische Vorgehensweisen, die ihren verfügbaren Ressourcen entsprachen, aber nicht den inhaltlichen Kriterien genügten, die die Geschäftsstelle an eine Gutachtenvergabe formuliert hatte.

¹⁵ <http://www.dge.de/pdf/ws/Lebensmittelkosten-vollwertige-Ernaehrung.pdf>

Die Regelsätze des Jahres 2008 wurden auf der Grundlage von Daten der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 2003 des Statistischen Bundesamts bemessen. Für die Erstellung der ernährungswissenschaftlichen Studie DGE 2008 wurde u.a. auch auf diese Basis zurückgegriffen.

Grundlage für die Bemessung des Regelsatzes ist das statistisch nachgewiesene Verbrauchsverhalten der untersten 20 vom Hundert der nach dem Nettoeinkommen geschichteten allein Lebenden der EVS nach Herausnahme der Empfänger von Leistungen der Sozialhilfe (§ 28 Abs. 3 SGB XII i.V.m. § 2 Abs. 3 Regelsatzverordnung). Aufgrund von Untersuchungen zum Ernährungsverhalten einkommensschwacher Haushalte ist nicht davon auszugehen, dass sich die Personen in den für die Regelsatzbemessung relevanten Haushalten überwiegend in einer Weise ernähren, die den Merkmalen einer Vollkost (s. Definition unter III.1) entspricht. Dieser Sachverhalt ist für den hier diskutierten Zusammenhang jedoch unerheblich. Von Interesse ist ausschließlich, ob mit dem Geldbetrag, der bei der Bemessung des Regelsatzes für Ernährung berücksichtigt wurde, auch eine Vollkost zu finanzieren wäre.

Zur Deckung des Bedarfs an Nahrung, Getränken und Genussmitteln auf der Grundlage von Ergebnissen aus der EVS 2003¹⁶ sind mehrere Beträge in die Bemessung des Eckregelsatzes¹⁷ eingeflossen:

für „Nahrungsmittel, Getränke, Tabakwaren“:	127,31 €
für „Verpflegungsdienstleistungen“:	8,24 €.

Die sozialhilferechtlich anerkannten Ausgaben von allein Lebenden in der untersten Einkommensgruppe (ohne Empfänger von Sozialhilfe) für Nahrung, Getränken und Genussmitteln betragen monatlich somit 135,55 € und tagesdurchschnittlich 4,52 €.

Die Autoren der Studie DGE 2008 greifen ebenfalls auf Daten der EVS 2003 zurück. Damit kann der Frage nachgegangen werden, ob bereits bei der Bemessung des Regelsatzes ein Betrag für Ernährung eingeflossen ist, der den Aufwand für eine Vollkost deckt oder ob die Einhaltung einer vollköstigen Ernährung einen Mehrbedarf hervorruft.

¹⁶ www.sozialpolitik-aktuell.de/docs/unterrichtung_evs_bmas.pdf

¹⁷ Vgl. § 2 der Verordnung zur Durchführung des § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Regelsatzverordnung) vom 3. Juni 2004 (BGBl. I S. 1067).

Der den Bedarf eines Erwachsenen deckende *durchschnittliche* Aufwand für Vollkost beträgt 43,46 € wöchentlich, also 6,21 € täglich (DGE 2008, S. 8, Übersicht 1). Da das fürsorgerechtliche Ziel auf die Sicherung eines soziokulturellen Existenzminimums beschränkt ist und nicht die Gewährleistung eines durchschnittlichen Lebensstandards zum Gegenstand hat, ist ein solcher Mittelwert hier nicht der relevante Bezugspunkt. Bei einer „preisbewussten Einkaufsweise“ ist eine Vollkost mit einem Aufwand von ca. vier Euro täglich zu finanzieren (DGE 2008, S. 7). Eine „vollwertige Ernährung (ist) dann bezahlbar, wenn über alle Lebensmittelgruppen zu einem Preis eingekauft wird, der etwa bei der 25. Perzentile liegt“ (DGE 2008, S. 9). Damit ist gemeint, dass eine gesunde und aus ernährungswissenschaftlicher Sicht auch allen Menschen ohne besondere diätetische Anforderungen empfohlene Ernährung aus dem Regelsatz finanzierbar ist, wenn die Preise der eingekauften Lebensmittel im unteren Viertel der Preisstreuung liegen.¹⁸

Aus dem Vergleich von Ergebnissen aus der EVS 2003, die im Rahmen der Regelsatzbemessung für die Ausgabengruppe Nahrungsmittel, Getränke, Tabakwaren einerseits sowie die Kalkulation des Aufwands für eine vollwertige Ernährung andererseits verwendet wurden, ergibt sich: Mit einem Ansatz von 4,52 € für Nahrungsmittel und Getränke (einschl. Tabakwaren) deckt der Regelsatz für Haushaltsvorstände und allein Lebende den Mindestaufwand für eine Vollkost.

Für jede ernährungswissenschaftlich fundierte Ermittlung eines „Mindestaufwands für eine Vollkost“ sind Entscheidungen zu den relevanten Bezugsgrößen zu treffen, u.a.: Für welchen Energiebedarf sollen die Lebensmittelkosten ermittelt werden? Für die Studie wurde ein „Energiebedarf von 2200 kcal pro Tag zugrunde gelegt“ (DGE 2008, S. 3). Für die Bemessung des Regelsatzes spielt hingegen der Energiebedarf keine unmittelbare Rolle, da ausschließlich auf die tatsächlichen Ausgaben unterster Einkommenschichten zurückgegriffen wird. Auch für den Bedarfsbereich „Ernährung“ ist der Regelsatz als Pauschale zu verstehen, die als solche vom individuellen Energiebedarf in Abhängigkeit von Lebensalter, Geschlecht und Aktivitätsniveau absehen muss.

¹⁸ Der Gesamtaufwand, der bei der Regelsatzbemessung für die „Ausgabengruppe Nahrungsmittel, Getränke, Tabakwaren“ ermittelt wurde, wird in der Studie DGE 2008 ausschließlich dem Bedarfsbereich Ernährung, Getränke zugerechnet.

III.3 Bemessung der empfohlenen Mehrbedarfzuschläge

Für die Bemessung der 1997 empfohlenen Krankenkostzulagen konnte ein Gutachten der DGE zum Mindestaufwand für alle Kostformen zugrunde gelegt werden. Für die neuen Empfehlungen liegt keine vollständig neue Datengrundlage vor. Die wissenschaftliche Ausarbeitung DGE 2008 ist auf den erforderlichen Aufwand für ein Vollkost beschränkt. Trotz intensiver Bemühungen der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins um Gutachten zum Aufwand für Ernährung bei Nierenerkrankungen (mit eiweißdefinierter Kost behandelt bzw. mit Dialysediät) und bei Zöliakie wurde keine Institution identifiziert, die ein ernährungswissenschaftlich fundiertes Gutachten fertigen konnte, das für sozialhilferechtliche Zwecke nutzbar wäre.

Hilfsweise wurde daher auf die 1997 empfohlenen Beträge zurückgegriffen, die mit dem Preisindex für Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke fortgeschrieben wurden.¹⁹ Die Preissteigerung betrug rund 16 %. Die Ergebnisse der Fortschreibung sind wie folgt:

Eiweißdefinierte Kost:	36,- €
Dialysediät	71,- €
Glutenfreie Kost bei Zöliakie:	77,- €.

Insbesondere im Interesse einer möglichst einfachen administrativen Handhabung und Dynamisierung der Krankenkostzulagen wurden diese Aufwandbeträge ins Verhältnis zum Eckregelsatz in der zweiten Jahreshälfte 2008 (in Höhe von 351,- €) gesetzt. Es ergaben sich folgende gerundete Anteilswerte:

Niereninsuffizienz, die mit einer eiweißdefinierten Kost behandelt wird	10 % des Eckregelsatzes
Niereninsuffizienz mit Dialysediät	20 % des Eckregelsatzes
Zöliakie, Sprue	20 % des Eckregelsatzes.

¹⁹ Dem in den Empfehlungen von 1997 unterbreiteten Vorschlag, die Fortschreibung der Mehrbedarfzuschläge an die jährliche Entwicklung der Regelsätze anzubinden, wurde hier nicht gefolgt. Grund war insbesondere die „Systemumstellung“ im Zuge des SGB XII und den Konsequenzen, die der „Einbezug“ von ehemals einmaligen Leistungen auf die Höhe des Regelsatzes hatte.

Bei einer Krankenkostzulage von 10 % (bzw. 20 %) des Eckregelsatzes wird ein krankheitsbedingt erhöhter Ernährungsbedarf von rund ein Viertel (bzw. die Hälfte) des bei der Bemessung des Eckregelsatzes berücksichtigten Aufwands für Ernährung anerkannt.

Für die Bemessung einer Zulage bei „konsumierenden Erkrankungen, gestörter Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung“ lagen keine empirisch begründeten Bezugswerte vor. Nach Auffassung der Arbeitsgruppe im Deutschen Verein können jedoch 10 % des Eckregelsatzes als ein in der Regel angemessener Richtwert angesehen werden.

III.4 Bemessung eines event. Mehrbedarfs bei Erkrankungen, die hier nicht berücksichtigt wurden

Die Empfehlungen gelten ausschließlich für die hier aufgeführten Erkrankungen. Nur für sie wurde geprüft, ob Aussagen zu Regelwerten für einen krankheitsbedingten erhöhten Ernährungsbedarf möglich sind. Folglich wäre es unzulässig, von einem „abgeschlossenen Katalog von Krankheiten“ auszugehen, über den hinaus der Deutsche Verein einen event. erhöhten Ernährungsbedarf aus medizinischen Gründen verneint. Die grundsätzliche Verpflichtung der Verwaltung, den Sachverhalt vom Amt wegen aufzuklären (§ 20 SGB X) besteht in besonderem Maße, wenn ein Mehrbedarf bei einer Erkrankung geltend gemacht wird, die in den Empfehlungen unberücksichtigt bleibt. Eine Ablehnung lediglich mit dem Hinweis, dass „die Erkrankung nicht im Katalog des Deutschen Vereins steht“, wie sie in der Vergangenheit teilweise festzustellen war, ist unzulässig.

Zur Bemessung einer Krankenkostzulage führt das Bundessozialgericht aus: „Maßgeblich ist stets der Betrag, mit dem der medizinisch begründete, tatsächliche Kostenaufwand für eine Ernährung ausgeglichen werden kann, die von der Regelleistung nicht gedeckt ist (...). Er ist im Einzelfall im Wege der Amtsermittlung durch Einholung medizinischer und/oder ernährungswissenschaftlicher Stellungnahmen und Gutachten zu klären.“²⁰

²⁰ BSG, Urteil vom 27. Februar 2008, B 14/7b AS 64/06 R.

Die vorliegenden Empfehlungen gelten weiterhin ausschließlich für Erwachsene. Die Beschränkung auf Erwachsene war unumgänglich, da ein eigenständiges Bemessungsverfahren für die Regelsätze für Minderjährige noch ausstand. Folglich konnten keine Aussagen getroffen werden, in welchem Umfang der Ernährungsbedarf von Kindern und Jugendlichen bei der Regelsatzfestsetzung berücksichtigt wird. Ein solcher Wert ist jedoch als Bezugspunkt für die Ermittlung eines Mehrbedarfs unverzichtbar.