

Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gewährung von Krankenkostzulagen in der Sozialhilfe

4., neu erarbeitete Auflage 2014

Die Empfehlungen (DV 28/14) wurden im Arbeitskreis Grundsicherung und Sozialhilfe und im Fachausschuss Sozialpolitik, soziale Sicherung, Sozialhilfe beraten und am 10. Dezember 2014 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.



Inhalt

| | |
|---|----------|
| Vorbemerkung | 3 |
| I. Rechtsgrundlagen | 3 |
| 1. Tatbestand | 4 |
| 1.1 „Kranke, Genesende, behinderte oder von einer Krankheit oder von einer Behinderung bedrohte Menschen“ | 4 |
| 1.2 „Kostenaufwändige Ernährung“ | 4 |
| 1.3 „Bedürfen“ | 5 |
| 2. Rechtsfolge | 5 |
| 2.1 „In angemessener Höhe“ | 5 |
| 2.2 Rechtsanspruch: „wird anerkannt“ (keine Ermessensentscheidung) | 5 |
| II. Verfahren | 6 |
| III. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gewährung von Krankenkostzulagen | 7 |
| 1. Ziel der Empfehlungen | 7 |
| 2. Geltungsbereich der Empfehlungen | 7 |
| 3. Mehrbedarf bei diversen Erkrankungen | 7 |
| 3.1 Ernährung bei Erkrankungen, die diätetisch einer „Vollkost“ bedürfen | 7 |
| 3.2 Nahrungsmittelintoleranzen | 8 |
| 3.2.1 Laktoseintoleranz | 9 |
| 3.2.2 Fruktosemalabsorption (Transportstörung von Fructose im Dünndarm) | 9 |
| 3.2.3 Histaminunverträglichkeit | 10 |
| 3.3 Ernährung bei verzehrenden Erkrankungen und gestörter Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung | 10 |
| 3.4 Mukoviszidose/zystische Fibrose | 11 |
| 3.5 Niereninsuffizienz, Zöliakie und Glutensensitivität | 11 |
| 4. Empfohlene Höhe der Mehrbedarfszuschläge (Krankenkostzulagen) | 11 |

Vorbemerkung

Die vorliegenden Empfehlungen des Deutschen Vereins zu § 30 Abs. 5 SGB XII ersetzen die Empfehlungen zu den Krankenkostzulagen in der Sozialhilfe aus dem Jahr 2008. Sie sind auch eine geeignete Grundlage für die Umsetzung der Krankenkostzulagen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende (§ 21 Abs. 5 SGB II). Der Anwendungsbereich wurde auf Kinder und Jugendliche erweitert. Ebenfalls neu sind Aussagen zum eventuellen Mehrbedarf bei einigen häufiger auftretenden Nahrungsmittelintoleranzen sowie bei Mukoviszidose.¹

Es wurde die aktuelle Rechtsprechung, insbesondere des Bundessozialgerichts und der Landessozialgerichte, sowie die einschlägige Literatur ausgewertet² (Stand: Oktober 2014) und als Grundlage der Empfehlungen genommen. Sie basieren auf den herrschenden schulmedizinischen Auffassungen.

I. Rechtsgrundlagen

Gemäß § 30 Abs. 5 SGB XII wird für Kranke, Genesende, behinderte Menschen oder von einer Krankheit oder von einer Behinderung bedrohte Menschen, die einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, ein Mehrbedarf in angemessener Höhe anerkannt.

Sowohl auf der Tatbestandsseite als auch auf der Rechtsfolgenseite enthält § 30 Abs. 5 SGB XII zentrale unbestimmte Rechtsbegriffe, deren Auslegung es bedarf. Die Verwendung der Begriffe „von einer Krankheit oder Behinderung bedrohte“ sowie „Genesende“ zeigt, 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.

Die Empfehlungen beziehen sich nach ihrem Wortlaut auf die Gewährung von Krankenkostzulagen in der Sozialhilfe (§ 30 Abs. 5 SGB XII), finden aber auch Anwendung für die Gewährung von Krankenkostzulagen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach § 21 Abs. 5 SGB II. Gemäß § 21 Abs. 5 SGB II wird Leistungsberechtigten, die aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, ein Mehrbedarf in angemessener Höhe anerkannt. Zwar wurde der anspruchsberechtigte Personenkreis in § 30 Abs. 5 SGB XII und § 21 Abs. 5 SGB II unterschiedlich formuliert, jedoch sind inhaltliche Unterschiede vom Gesetzgeber nicht beabsichtigt.³

Ihre Ansprechpartnerin
im Deutschen Verein:
Anika Cieslik.

¹ Die Empfehlungen wurden in einer interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe erstellt, an der insbesondere Sozialrechtler/innen, Ärzte und Verwaltungsfachkräfte mitwirkten. Eine Ökotrophologin hat die Arbeitsgruppe beraten.

² Unter anderem auch: „Rationalisierungsschema 2004“ des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner und anderer Fachverbände: <http://www.dgem.de/leitlinien/rationalisierung04.pdf>.

³ Vgl. Gesetzesmaterialien zum SGB II: BT-Drucks. 15/1616, S. 57.



1. Tatbestand

1.1 „Kranke, Genesende, behinderte oder von einer Krankheit oder von einer Behinderung bedrohte Menschen“

Der Begriff „Krankheit“⁴ wird im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung als regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand definiert, der ärztliche Behandlung erfordert.⁵ Der Begriff „Behinderung“ ist in § 2 Abs. 1 SGB IX gesetzlich definiert. Unter „Genesende“ sind „Personen nach Abschluss einer akuten, behandlungsbedürftigen Krankheit bis zur endgültigen Gesundung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit zu verstehen“⁶.

Die vorliegenden Empfehlungen haben ausschließlich den krankheitsbedingten Mehrbedarf zum Gegenstand. Die auf einige ausgewählte Krankheiten beschränkten Empfehlungen können auch auf den anschließenden Genesungsprozess angewendet werden, soweit hier aus medizinischen Gründen ein erhöhter Ernährungsbedarf erforderlich ist. Dies ist im Einzelfall zu prüfen.

Ein eventuell erhöhter Ernährungsbedarf aufgrund einer Behinderung spielt in der Praxis der Sozialämter von der Zahl her keine bedeutende Rolle; er ist nicht Gegenstand dieser Empfehlungen.

1.2 „Kostenaufwändige Ernährung“

Bei der Einführung des Begriffes der „kostenaufwändigen Ernährung“ (gegenüber dem früheren Wortlaut „kostenaufwändigeren“) handelt es sich um einen redaktionellen Fehler im Gesetzestext, weil die Bedeutung des Komparativs nach Sinn und Zweck der Norm übersehen wurde.⁷ Es genügt nicht, dass die Ernährung lediglich „kostenaufwändig“ ist, denn dies ist jede Ernährung, die Geld kostet. Die Ernährung des Kranken oder Behinderten muss tatsächlich „kostenaufwändiger“ sein als die des Gesunden, für den die allgemeinen Empfehlungen für eine gesunde Ernährung („Vollkost“⁸) gelten, wie sie insbesondere von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung herausgegeben werden.

Ein sozialhilferechtlich zu deckender Mehrbedarf entsteht, wenn aus medizinischen Gründen eine Diät einzuhalten ist, die deutlich von den allgemeinen Ernährungsempfehlungen abweicht und deren Beschaffung zwingend zu vergleichsweise höheren Kosten führt. Ein Mehrbedarf besteht somit in der Regel nicht, wenn die Ernährung des kranken Menschen den allgemeinen Empfehlungen für eine „Vollkost“ entspricht. Das Bundesverfassungsgericht hat die Vereinbarkeit der Regelbedarfe mit der Verfassung festgestellt,⁹ es ist von der Annahme auszugehen, dass diese Leistung den erforderlichen Aufwand für eine ausreichende Ernährung deckt.

Teilweise wird von Leistungsberechtigten ein „krankheitsbedingt erhöhter Bedarf“ vorgetragen, weil Aufwendungen für Medikamente oder medizinische

4 Auch von dem Begriff der „medizinischen Gründe“ i.S.d. § 21 Abs. 5 SGB II sind nur krankheitsbedingte Gründe erfasst (BSG, Urteil vom 10. Mai 2011, B 4 AS 100/10 R).

5 BSG, Urteil vom 16. Mai 1972, 9 RV 556/71.

6 Schellhorn, Kommentar zum SGB XII, 18. Aufl. 2010, § 30 Rdnr. 28.

7 Der Begriff „kostenaufwändige Ernährung“ trat erstmals im Bundessozialhilfegesetz vom 30. Juni 1961 in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. März 1994 (BGBl. I S. 652) auf.

8 Zur Definition des Begriffs „Vollkost“ siehe Punkt 3.1 dieser Empfehlungen.

9 BVerfG, Beschluss vom 23. Juli 2014, 1 BvL 10/12.



Hilfsmittel anfallen, die nicht von der Krankenversicherung übernommen werden. In diesen Fällen liegen die Tatbestandsvoraussetzungen für eine Krankenkostzulage jedoch nicht vor: Krankenkostzulagen dienen ausschließlich zur Deckung des krankheitsbedingt erhöhten Ernährungsbedarfs, nicht aber weiterer Aufwendungen.

1.3 „Bedürfen“

Nicht bei jeder Krankheit besteht ein besonderer Ernährungsbedarf. Bei welchen Krankheiten ein besonderer Ernährungsbedarf begründet werden kann, richtet sich nach dem allgemein anerkannten Stand der Ernährungsmedizin, Ernährungslehre und Diätetik. Entscheidend für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs des „Bedürfnis“ ist dabei der Stand der (schul-)medizinischen Wissenschaft. Anspruchsvoraussetzung ist das Vorliegen eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen einer drohenden oder bestehenden Erkrankung und der Notwendigkeit einer kostenaufwändigeren Ernährung¹⁰.

2. Rechtsfolge

2.1 „In angemessener Höhe“

Sind die Tatbestandsvoraussetzungen gegeben (wenn also die Frage nach dem „Ob“ einer besonderen Ernährung 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 Überprüfung unterliegt. Er räumt den Leistungsträgern keinen Ermessensspielraum ein.¹¹

„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 teurer ist als eine „allgemein empfohlene“ Ernährung („Vollkost“), die durch den Regelbedarf gedeckt 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.

2.2 Rechtsanspruch: „wird anerkannt“ (keine Ermessensentscheidung)

Wenn die Voraussetzungen für einen Mehrbedarf nach § 30 Abs. 5 SGB XII vorliegen, besteht ein Rechtsanspruch auf einen Mehrbedarf aufgrund der kosten-

¹⁰ Münder, in: LPK-SGB II, 5. Aufl. 2013, § 21 Rdnr. 27.

¹¹ Münder, in: LPK-SGB II, 5. Aufl. 2013, § 21 Rdnr. 29.

aufwändigeren Ernährung in angemessener Höhe. Der Rechtsanspruch erstreckt sich hierbei auf die tatsächlich erforderlichen Mehrkosten.

II. Verfahren

Grundsätzlich hat der Leistungsträger bei der Prüfung eines krankheitsbedingten Mehrbedarfs im Rahmen des Amtsermittlungsgrundsatzes (§ 20 SGB X bzw. § 103 SGG) alle für den Einzelfall bedeutsamen Umstände zu berücksichtigen. Die Erkrankung, die Notwendigkeit einer kostenaufwändigeren Ernährung sowie der ursächliche Zusammenhang zwischen Erkrankung und der Notwendigkeit einer kostenaufwändigeren Ernährung sind hierbei festzustellen. Gleichzeitig ist die antragstellende Person zur Mitwirkung verpflichtet (§§ 60 bis 64 SGB I).

Die Notwendigkeit der kostenaufwändigeren Ernährung aus medizinischen Gründen ist durch eine Bescheinigung des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin unter genauer Bezeichnung der Erkrankung nachzuweisen. Die ärztliche Bescheinigung sollte die genaue Bezeichnung der Erkrankung und die sich hieraus ergebende spezifische Ernährungsform enthalten. Die Vorlage des ärztlichen Attestes sowie die Angabe aller für die Leistungsgewährung relevanten Tatsachen obliegt der antragstellenden Person im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht gemäß § 60 Abs. 1 SGB I. Gegebenenfalls (etwa bei unzureichender Aussagekraft des ärztlichen Attestes) ist im Rahmen der Amtsermittlung die Einholung weiterer medizinischer oder ernährungswissenschaftlicher Sachverständigengutachten erforderlich. Die antragstellende Person ist nach § 62 SGB I gehalten, sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen Untersuchungsmaßnahmen zu unterziehen, wenn diese für die Entscheidung über eine Krankenkostzulage erforderlich sind. Die Mitwirkungspflichten finden ihre Grenzen in § 65 SGB I.

Der Mehrbedarf sollte spätestens zwölf Monate nach der Bewilligung durch ein neues ärztliches Attest belegt werden.¹² Sowohl bei der Erst- als auch bei der Weiterbewilligung der Krankenkostzulage ist die leistungsberechtigte Person über den Zweck der Krankenkostzulage zu unterrichten und gegebenenfalls auf Stellen hinzuweisen, die eine diätetische Beratung anbieten.

Liegen die Voraussetzungen für die Gewährung mehrerer Krankenkostzulagen gleichzeitig vor, ist durch ein ärztliches bzw. ernährungswissenschaftliches Gutachten zu klären, welcher ernährungsbedingte Mehrbedarf tatsächlich anfällt. Gegebenenfalls kann es wegen der besonderen Anforderungen an die Ernährung bei mehreren Erkrankungen zu einer Kumulation von Kosten kommen, die einen höheren Bedarf auslösen.¹³ Es ist nach den Besonderheiten des Einzelfalls zu entscheiden.

¹² BSG, Beschluss vom 4. Januar 2009, B 14 AS 166/07 B.

¹³ BSG, Urteile vom 27. Februar 2008, B 14/7b AS 32/06 R und B 14/7b AS 64/06 R.



III. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gewährung von Krankenkostzulagen

1. Ziel der Empfehlungen

Die Empfehlungen sollen zu einer sachgerechten Bemessung der Krankenkostzulagen und zu einer Vereinfachung des Verfahrens beitragen; sie dienen als Orientierungshilfe für die Praxis. Sie berücksichtigen Kostformen, die bei häufiger auftretenden Erkrankungen angemessen sind und bei denen eine pauschale Bemessung grundsätzlich möglich ist.

Die Empfehlungen stellen kein antizipiertes Sachverständigengutachten dar.¹⁴ Folglich dürfen sie nicht normähnlich angewendet oder als allgemeingültige Tatsachen herangezogen werden. Darüber hinaus ersetzen die Empfehlungen nicht eine gegebenenfalls erforderliche Begutachtung im Einzelfall. Die grundsätzliche Verpflichtung der Verwaltung, die Besonderheiten des jeweiligen Sachverhalts von Amts wegen aufzuklären, wird durch die Empfehlungen nicht berührt. Der zuständige Träger hat im Einzelfall die notwendigen Prüfungen durchzuführen.

In den Empfehlungen werden nur Aussagen zum Regelfall bei bestimmten Erkrankungen getroffen. Die Beurteilung (auch einer in den Empfehlungen aufgeführten Erkrankung) im konkreten Einzelfall obliegt dem zuständigen Träger. Die Gewährung von Zulagen bei hier nicht berücksichtigten Erkrankungen soll durch diese Empfehlungen nicht ausgeschlossen werden.

2. Geltungsbereich der Empfehlungen

Die Empfehlungen gelten für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Besonderheiten ergeben sich bei der Beurteilung des Body Mass Index (BMI) als Kriterium für die Gewichtungsbewertung bei Kindern und Jugendlichen. Hier ist insbesondere für die Beurteilung eines erhöhten Ernährungsbedarfs bei den verzehrenden Krankheiten eine besondere medizinische Beurteilung erforderlich.

3. Mehrbedarf bei diversen Erkrankungen

Die Empfehlungen haben den Mehrbedarf bei einer Reihe ausgewählter Erkrankungen zum Gegenstand, die für die Verwaltungspraxis besonders relevant sind. Sie sollen der Praxis die Beurteilung bei pauschalisierbaren Fällen erleichtern. Die Berücksichtigung der Besonderheit von Einzelfällen soll durch die Empfehlungen nicht ausgeschlossen werden. Darüber hinaus ist die Liste der in diesen Empfehlungen aufgeführten Erkrankungen nicht abschließend.

3.1 Ernährung bei Erkrankungen, die diätetisch einer „Vollkost“ bedürfen

Nach der Definition des Rationalisierungsschemas 2004 ist eine „Vollkost“ eine Kost, die „den Bedarf an essenziellen Nährstoffen deckt, in ihrem Energiegehalt

¹⁴ So BSG, Urteil vom 22. November 2011, B 4 AS 138/10 R, zu den früheren Empfehlungen des Deutschen Vereins aus 2008. Siehe auch: Busse, A.: Mehrbedarf bei kostenaufwändiger Ernährung im SGB II – aus juristischer Sicht, MedSach 2009, S 142 ff.

den Energiebedarf berücksichtigt, Erkenntnisse der Ernährungsmedizin zur Prävention und auch zur Therapie berücksichtigt und in ihrer Zusammensetzung den üblichen Ernährungsgewohnheiten angepasst ist“¹⁵. Gleichbedeutend zur „Vollkost“ kann auch der Begriff „gesunde Mischkost“ verwendet werden.

Nach dem aktuellen Stand der Ernährungsmedizin ist, u.a. bei folgenden Erkrankungen, regelmäßig eine „Vollkost“ angezeigt:

- Hyperlipidämie (Erhöhung der Blutfette),
- Hyperurikämie (Erhöhung der Harnsäure im Blut),
- Gicht (Erkrankung durch Harnsäureablagerungen),
- Hypertonie (Bluthochdruck),
- kardiale und renale Ödeme (Gewebswasseransammlungen bei Herz- oder Nierenerkrankungen),
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit – Typ II und Typ I, konventionell und intensiviert konventionell behandelt),
- Ulcus duodeni (Geschwür im Zwölffingerdarm),
- Ulcus ventriculi (Magengeschwür),
- Neurodermitis (Überempfindlichkeit von Haut und Schleimhäuten auf genetischer Basis),
- Leberinsuffizienz.

Für diese Erkrankungen war bereits in den vorhergehenden Empfehlungen des Deutschen Vereins aus dem Jahr 2008 „Vollkost“ als medizinisch angemessene Ernährung erkannt worden, sodass ein krankheitsbedingt erhöhter Ernährungsbedarf regelmäßig auszuschließen war. Eine fachliche Prüfung im Zuge der Erarbeitung dieser neuen Empfehlungen hat diese Auffassung bestätigt.¹⁶

3.2 Nahrungsmittelintoleranzen

Mit Nahrungsmittelintoleranzen werden nicht immunologisch bedingte Nahrungsmittelunverträglichkeiten¹⁷ bezeichnet. Sie werden hier erstmalig in den Empfehlungen des Deutschen Vereins behandelt. Anträge auf Gewährung eines Mehrbedarfs bei Nahrungsmittelintoleranzen haben nach Auskunft der Praxis in den letzten Jahren stark zugenommen. Besonders häufig werden Laktoseintoleranz, Fruktosemalabsorption und Histaminunverträglichkeit genannt. Die Empfehlungen haben lediglich diese Beschwerdebilder zum Gegenstand. Aussagen zu Nahrungsmittelallergien (individuell gegenüber bestimmten Nahrungsmitteln bestehende Unverträglichkeiten, denen eine Immunpathogenese zugrunde liegt¹⁸) können aufgrund der Komplexität der einzelnen Allergien nicht getroffen werden.

Die vorrangige Maßnahme bei Nahrungsmittelintoleranzen besteht im Verzicht auf die Symptome auslösenden Nahrungsmittel. „Da die Mechanismen der

15 Kluthe, R. u.a.: Das Rationalisierungsschema 2004 des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e.V., der Deutschen Adipositas Gesellschaft e.V., der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) e.V., der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V., der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V., des Verbandes der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD) e.V. und des Verbandes der Diplom-Oecotrophologen e.V.; <http://www.dgem.de/leitlinien/rationalisierung04.pdf>.

16 Vgl. flankierenden Beitrag: Hinweise auf ernährungsmedizinische Grundlagen im NDV.

17 Biesalski/Bischoff/Puchstein: „Ernährungsmedizin“, 4. Aufl., S. 760.

18 Biesalski u.a. (Fußn. 17), S. 760.

Nahrungsmittelintoleranzen unbekannt bzw. therapeutischen Interventionen nicht zugänglich sind, steht als Therapiestrategie lediglich die Eliminationsdiät (Vermeidung der die Symptome auslösenden Nahrungsmittel) zur Verfügung. Diese erfordert eine eingehende, individuelle Beratung und Schulung des Patienten. Er muss lernen, seine Ernährung weg von Fertignahrungsmitteln auf Primärnahrungsmittel umzustellen und Etiketten zu lesen.“¹⁹

Die sozialhilferechtlich relevante Frage zum eventuellen Mehrbedarf bei Nahrungsmittelintoleranzen ist folglich, ob das Meiden bestimmter Lebensmittel eine Substitution durch andere Produkte erfordert, die zu einem signifikant erhöhten Aufwand im Vergleich zu einer allgemein empfohlenen Ernährung („Vollkost“) führt. Unzutreffend ist das teilweise bemühte Argument, dass ein Mehrbedarf generell zu verneinen sei, weil die Therapie vorrangig im „Weglassen“ unverträglicher Lebensmittel liege, wodurch kein erhöhter Aufwand entstehe. Die Deckung des Ernährungsbedarfs kann durch Meiden unverträglicher und durch Zufuhr verträglicher Lebensmittel erfolgen. Hierdurch kann grundsätzlich ein krankheitsbedingt erhöhter Ernährungsaufwand entstehen. In diesem Zusammenhang besteht insbesondere beim Zusammenwirken mehrerer Nahrungsmittelunverträglichkeiten ein besonderer Prüfungsbedarf.

3.2.1 Laktoseintoleranz

„Die Laktoseintoleranz wird meist durch eine abnehmende Expression von Laktase im Darm mit zunehmendem Lebensalter verursacht.“²⁰ Die Verträglichkeit von Laktose unterliegt hierbei keinen eindeutigen systematischen Regeln, sondern ist individuell unterschiedlich. In der Regel werden jedoch 12 g bis 15 g, teilweise bis zu 24 g Laktose pro Tag toleriert, sodass eine Substitution mit speziellen Nahrungsmitteln nicht erforderlich ist. Therapeutisch gibt es bei Laktoseintoleranz keine spezielle Diät. Es wird eine Vollkost mit einer auf das Beschwerdebild angepassten Ernährung empfohlen. Die ernährungsmedizinische Behandlung besteht im Meiden von Nahrungsmitteln, die nicht vertragen werden (z.B. Kuhmilch). Die Deckung des Kalziumbedarfs ist insbesondere durch den Verzehr von Milchprodukten möglich, die von Natur aus sehr geringe Mengen an Laktose enthalten (z.B. reifer Käse). Eine kostenaufwändigere Ernährung ist damit in der Regel nicht erforderlich.

Ausnahmen gelten für Besonderheiten im Einzelfall, beispielsweise bei einem angeborenen Laktasemangel, der einer medizinischen Behandlung bedarf.

Für Kinder bis zum 6. Lebensjahr (Regelbedarfsstufe 6) sind die Empfehlungen in diesem Text nicht anwendbar. Wachstumsbedingt kann bei dieser Personengruppe die Substitution von Kuhmilch durch laktosefreie Milch erforderlich sein, wenn der Kalziumbedarf auf andere Weise nicht gedeckt werden kann. Hier besteht im Einzelfall Prüfungsbedarf.

3.2.2 Fruktosemalabsorption (Transportstörung von Fruchtzucker im Dünndarm)

Allgemein hängt die Verträglichkeit fruktosehaltiger Lebensmittel vorrangig von der Zusammensetzung hinsichtlich der Bestandteile Fruktose und Glukose ab.

19 Biesalski u.a. (Fußn. 17), S. 774.

20 Biesalski u.a. (Fußn. 17), S. 770.

Nahrungsmittel, bei denen der Anteil von Fruktose überwiegt, werden weniger gut vertragen. Diätetisch wird eine fruktosearme Vollkost empfohlen. Hierbei ist solches Obst zu meiden, das im Verhältnis mehr Fruktose als Glukose enthält, wie z.B. Apfel, Birne. Darüber hinaus sollten Industrieprodukte und Getränke, denen Fruktose zugesetzt wurde, vermieden werden. Der Vitaminbedarf kann durch den Verzehr fruktosearmer Früchte (z.B. Bananen) und Gemüse gedeckt werden. Eine extrem fruktosearme oder gar fruktosefreie Dauerkost ist nicht erforderlich, da die Malabsorption oft nur vorübergehender Natur ist. In der Regel ist die Ernährung bei Fruktosemalabsorption nicht kostenaufwändiger als eine Ernährung mit einer Vollkost ohne Eliminationsdiät. Ein Mehrbedarf besteht in der Regel nicht.

Von der Malabsorption abzugrenzen ist die hereditäre (angeborene) Fruktoseintoleranz, bei der es sich um eine sehr seltene und schwere Erkrankung handelt. Es fehlen die für den Fruktoseabbau benötigten Enzyme, sodass Fruktose vollständig aus der Ernährung zu eliminieren ist. Die hereditäre Fruktoseintoleranz kann eine kostenaufwändigere Ernährung erfordern. Ein Mehrbedarf hierfür muss im Einzelfall bestimmt werden.

3.2.3 Histaminunverträglichkeit

Ob und gegebenenfalls in welcher Höhe bei Histaminunverträglichkeit ein Mehrbedarf besteht, kann gegenwärtig nicht abschließend beurteilt werden. Hier ist eine Einzelfallprüfung vorzunehmen.

3.3 Ernährung bei verzehrenden Erkrankungen und gestörter Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung

Bei verzehrenden (konsumierenden) Erkrankungen mit erheblichen körperlichen Auswirkungen, wie z.B. fortschreitendem/fortgeschrittenem 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 schwere Erkrankungen, die mit einer gestörten Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung – Malabsorption/Maldigestion – einhergehen. Ob und gegebenenfalls 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 letzten 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.

Von einem erhöhten Ernährungsbedarf kann regelmäßig ausgegangen werden, wenn

- der BMI unter 18,5 liegt (und das Untergewicht Folge der Erkrankung ist) oder
- ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust (über 5 % des Ausgangsgewichts in den vorausgegangenen drei Monaten; nicht bei willkürlicher Abnahme bei Übergewicht) zu verzeichnen ist.

Der krankheitsbedingte Gewichtsverlust bei Kindern und Jugendlichen bedarf einer individuellen Beurteilung. Der BMI von Kindern und Jugendlichen wird entsprechend den physiologischen Änderungen der prozentualen Körperfettmasse deutlich von alters- und geschlechtsspezifischen Besonderheiten beeinflusst, sodass die Berechnung wie im Erwachsenenbereich (mit kg/cm²) als Kriterium bei Kindern und Jugendlichen nicht anwendbar ist. Es ist eine besondere medizinische Beurteilung erforderlich. Ob ein erhöhter Ernährungsbedarf vorliegt, ist insbesondere unter Beachtung des individuellen Entwicklungsstands der minderjährigen Person zu beurteilen.

3.4. Mukoviszidose/zystische Fibrose

Die Ernährung bei Mukoviszidose unterliegt besonderen diätetischen Anforderungen, die einen erhöhten Ernährungsbedarf begründen. Es ist eine energiereiche, ausgewogene und vitaminreiche Diät mit einem Fettanteil von 40 % der zugeführten Energie erforderlich. Ein Mehrbedarf ist wegen des erhöhten Energiebedarfs in Kombination mit dem zusätzlichen Erfordernis der Zufuhr hochwertiger modifizierter Fette gegeben.

3.5 Niereninsuffizienz, Zöliakie und Glutensensitivität

Niereninsuffizienz und Zöliakie (Autoimmunerkrankung aufgrund einer Überempfindlichkeit gegen Klebereiweiß Gluten) erfordern die Einhaltung spezieller Kostformen, die einen erhöhten Aufwand für Ernährung bedingen. Ein Mehrbedarf bei Niereninsuffizienz im Rahmen einer eiweißdefinierten Kost, bei Niereninsuffizienz mit Dialysediät sowie bei Zöliakie²¹ ist weiterhin zu bejahen.²²

Glutensensitivität (Glutenunverträglichkeit, ohne dass zöliakiespezifische Antikörper vorhanden sind) kann einen erhöhten Ernährungsaufwand erfordern. Hier ist eine Einzelfallprüfung erforderlich.

4. Empfohlene Höhe der Mehrbedarfszuschläge (Krankenkostzulagen)

Die Empfehlungen sollen auch zu einer Vereinfachung des Verfahrens beitragen. Es werden pauschale Mehrbedarfszuschläge genannt, die nach sachkundiger Auffassung für den Regelfall ausreichend sind. Auf den Versuch einer möglichst exakten ernährungsphysiologischen Begründung des erhöhten Aufwands wurde bewusst verzichtet. Es besteht kein anerkanntes Verfahren zur Bemessung des Mindestbedarfs von Kranken, das methodisch an das Verfahren zur Bemessung des Regelbedarfs anschlussfähig wäre. Darüber hinaus sind die Regelbedarfsstufen 2 und 3 ohne eigenständige Auswertungen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe festgesetzt worden; eine Gegenüberstellung „Regelbedarf Ernährung“ und „Ernährungsbedarf bei einer bestimmten Erkrankung“ wäre somit auch nicht möglich.

21 Zöliakie bei Erwachsenen ist früher auch als „einheimische Sprue“ bezeichnet worden. Ein Mehrbedarf besteht unabhängig vom Lebensalter.

22 So bereits Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gewährung von Krankenkostzulagen in der Sozialhilfe aus dem Jahr 2008.

Die Höhe der vom Deutschen Verein empfohlenen Mehrbedarfszuschläge hat sich in der Vergangenheit am sog. „Eckregelsatz“ (Regelsatz für Alleinstehende und Haushaltsvorstände) orientiert. Nach dem Wegfall des Konstrukts Haushaltsvorstand 2011 durch das Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz und damit auch eines Eckregelsatzes wird die Regelbedarfsstufe 1 als Bezugspunkt genommen. Die Werte gelten unabhängig vom Lebensalter und der jeweiligen Regelbedarfsstufe in gleicher Weise. Es liegen keine Erkenntnisse vor, die eine Ungleichbehandlung belastbar begründen könnten.

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

| Erkrankung | Empfohlener Mehrbedarf in vom Hundert der Regel- bedarfsstufe 1 |
|---|--|
| konsumierende Erkrankungen, gestörte Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung | 10 |
| Mukoviszidose/zystische Fibrose | 10 |
| Niereninsuffizienz, die mit einer eiweißdefinierten Kost behandelt wird | 10 |
| Niereninsuffizienz mit Dialysediät | 20 |
| Zöliakie/einheimische Sprue (Durchfallerkrankung wegen Überempfindlichkeit gegenüber Klebereiweiß Gluten) | 20 |

Bei Erkrankungen, die nach dem allgemein anerkannten Stand der Humanmedizin keiner spezifischen Diät, sondern einer sog. „Vollkost“ bedürfen, ist ein Mehrbedarf in der Regel zu verneinen (Ausnahmen: siehe 3.3).

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. – seit über 130 Jahren das Forum des Sozialen

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. ist das gemeinsame Forum von Kommunen und Wohlfahrtsorganisationen sowie ihrer Einrichtungen, der Bundesländer und von den Vertretern der Wissenschaft für alle Bereiche der sozialen Arbeit und der Sozialpolitik. Er begleitet und gestaltet durch seine Expertise und Erfahrung die Entwicklungen u.a. der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik, der Sozial- und Altenhilfe, der Grundsicherungssysteme, der Pflege und Rehabilitation.

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Michael Löher, Vorstand

Michaelkirchstr. 17/18

10179 Berlin

www.deutscher-verein.de

E-Mail info@deutscher-verein.de