

Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg von Berlin
Abt. Gesundheit und Soziales
Bezirksstadträtin



Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg, Abt. GesSoz • D 10820 Berlin

Herrn Bezirksverordnetenvorsteher
Rainer Kotecki

über

Herrn Bezirksbürgermeister
Ekkehard Band

Dienstgebäude:
Tempelhofer Damm 165
12099 Berlin

Zimmer 111

Postanschrift:
John-F.-Kennedy-Platz
10820 Berlin

☎ (Durchwahl) 90277 7250

Vermittlung (030) 90277 0

intern (90277) 7250

Telefax (030) 90277 7256

e-mail: sibyll.klotz@ba-ts.berlin.de

(E-Mail-Adresse nicht für Dokumente mit
elektronischer Signatur)

Datum: 29.07.2009

Kleine Anfrage gem. § 11 BezVG lfd. Nr. 362
des Bezirksverordneten Harald Gindra

Wegfall von bisherigen ernährungsbedingten Mehrbedarfen (u.a. bei Hartz-IV-Empfängern)

Sehr geehrter Herr Kotecki,

die o.g. Kleine Anfrage wird wie folgt beantwortet:

Zu 1. bis 4.

Im JobCenter Tempelhof-Schöneberg werden zu den Fragen 1. – 4. keine Statistiken geführt und somit ist eine Beantwortung nicht möglich.

Vor der Veröffentlichung der aktualisierten Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gewährung von Krankenkostzulagen in der Sozialhilfe gab es im Sozialamt Tempelhof-Schöneberg 1.754 Zahlungen wegen eines ernährungsbedingten Mehrbedarfs. 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. Die Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gewährung von Krankenkostzulagen in der Sozialhilfe vom 1. Oktober 2008 berücksichtigen die aktuellen medizinischen und diätetischen Erkenntnisse. Bei der Erstellung wurde geprüft, ob der Eckregelsatz ausreicht, eine sog. Vollkost zu finanzieren. „Nicht geprüft wurde, ob die Regelsätze den Bedarf insgesamt decken,

also z.B. dem Leistungsberechtigten auch eine angemessene gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen".¹

Diese Empfehlungen sind inzwischen durch mehrer Landessozialgerichte bestätigt worden.

Eine Auswertung der Daten im Oktober 2008 aus dem IT-Verfahren PROSOZ/S Win für das gesamte Sozialamt (Grundsicherung, Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe, Hilfe zum Lebensunterhalt usw.) vor dem Beginn der Umstellung ab 1.11.2008 war nur nach den Mehrbedarfsbeträgen möglich:

151 Zahlungen von 31,39 €	wegen Hyperurikämie, Gicht, Leberinsuffizienz Niereninsuffizienz
506 Zahlungen von 26,16 €	wegen HIV/AIDS, Krebs, Multiple Sklerose Collitis ulcerosa, Morbus Crohn, aber auch Hypertonie, kardiale und renale Ödeme, Diabetes Mellitus Typ I (ICT), Ulcus duodeni,
Ulcus	Ulcus ventriculi, Neurodermitis
705 Zahlungen von 36,62 €	wegen Hyperlipidämie
334 Zahlungen von 52,31 €	wegen Diabetes mellitus I und II
48 Zahlungen von 62,78 €	wegen Dialysediät
10 Zahlungen von 68,01 €	wegen Zöliakie.
1754 Zahlungen /64.959,03 €/mtl.	

Nach den neuen Empfehlungen fallen bis Ende 2009 voraussichtlich rd. 1000 Zahlungen wegen Hyperlipidämie und Diabetes mellitus I und II (konventionell behandelt) weg, wenn betroffene Personen keine weiteren Krankheiten haben. Die Umstellung auf die neuen Werte ist noch nicht abgeschlossen, da die neuen Werte erst bei einem Neu- und/oder Weiterbewilligungsantrag berücksichtigt werden.

Eine manuelle Statistik ist nicht geführt worden und aus dem IT-Verfahren OPEN/PROSOZ können wir jetzt die Daten - so wie im Oktober 2008 aus PROSOZ/S Win - nicht auswerten, um zu ermitteln, wie viele Zahlungen von Mehrbedarf zur Zeit erfolgen. Eine manuelle Auswertung aller Akten, um die Zahlen rückwirkend zu ermitteln, ist wegen der derzeitigen Arbeitsbelastung nicht leistbar.

Die Leistungsempfänger/innen haben mit der Bescheiderteilung ein Informationsblatt über die Änderung (vgl. Anlage) bekommen.

Zu 2.

Eine IT-Auswertung nach einzelnen Krankheiten ist nicht möglich, eine manuelle Auswertung ist nicht leistbar (vgl. oben zu 1).

¹ Empfehlungen des Deutschen Vereins zurGewährung von Krankekostzulagen in der Sozialhilfe des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Zu 3. – 4.

Eine entsprechende Statistik liegt nicht vor, eine manuelle Auswertung der Akten ist nicht leistbar (vgl. oben zu 1).

Zu 5.

Es trifft nicht zu, dass „Kranke mit Gewichtszunahme“ grundsätzlich vom Wegfall der Krankenkostzulage betroffen sind, dies ist vom konkreten Krankheitsbild abhängig. Alle Anträge werden von einem Arzt oder Ärztin des Gesundheitsamtes bearbeitet und gemäß den attestierten Erkrankungen bewertet. Selbstverständlich werden dabei auch Größe und Gewicht (BMI) betrachtet und für die Gewährung eines Mehrbedarfs berücksichtigt. Etliche der in der Kleinen Anfrage unter 2. aufgeführte Erkrankungen, wie Diabetes Typ II a, erhöhte Blutfettwerte, Bluthochdruck u.a., gehen in der Regel mit Übergewicht einher oder sind Folge eines zum Teil erheblichen Übergewichtes. Bei diesen Erkrankungen steht natürlich das Gewicht im Zentrum der Beurteilung, das zu reduzieren nicht von der Gewährung einer Krankenkostzulage abhängig ist.

Zu 6.

Im Antrag auf einen Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung wird als Beurteilungskriterium der BMI 18,5 angegeben. Werte unter 18,5 gelten als Untergewicht. Da der BMI von 18,5 (oberste Grenze eines Untergewichts) aus medizinischer Sicht für die Beurteilung von Krankenkostzulage zu niedrig angesetzt ist, wird in T/S ein BMI von 24,5 (oberste Grenze des Normalgewichts) zu Grunde gelegt. Zusätzlich stellt die Gewichtsabnahme bei vielen chronischen Erkrankungen wie Krebs, Multipler Sklerose und anderer neurologischer Erkrankungen auch ein Beurteilungskriterium für den ernährungsbedingten Mehrbedarf dar. Eine willkürliche Abnahme und auch erwünschte und dringend erforderliche Gewichtsabnahme wie z.B. bei Diabetes, Bluthochdruck, erhöhten Fettwerten sind kein Kriterium für die Gewährung von Mehrbedarf.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Sibyll Klotz

I n f o r m a t i o n s b l a t t

Die neuen Empfehlungen zur Krankenkostzulage berücksichtigen die gewandelten, diätetischen und ernährungsmedizinischen Erkenntnisse, die bereits seit vielen Jahren in der fachlichen Einschätzung von Medizinern und Ernährungswissenschaftlern eine große Rolle spielen. Für die meisten Erkrankungen ist eine Vollkost ausreichend, die eher im Weglassen von bestimmten Lebensmitteln (auch Alkohol) besteht, als im Hinzufügen von sogenannten „Diätprodukten“.

Eine Vollkost umfasst eine der Erkrankung angemessene Kalorienzufuhr, ein ausgewogenes Verhältnis von Fetten, Kohlenhydraten, Eiweiß und essentiellen Nährstoffen. Berücksichtigt werden ebenfalls das Alter und die unterschiedlichen körperlichen Betätigungen.

Nach dem Stand der Ernährungswissenschaft ist bei folgenden Erkrankungen in der Regel ein krankheitsbedingter, erhöhter Ernährungsaufwand zu verneinen.

- a) Hyperlipidämie (Erhöhung der Blutfette)
- b) Hyperurikämie (Erhöhung der Harnsäure im Blut)
- c) Gicht (Erkrankung von Harnsäureablagerungen)

- d) Hypertonie (Bluthochdruck)
- e) kardiale u. renale Ödeme (Gewebswasseransammlungen bei Herz- oder Nierenerkrankungen)
- f) Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit –Typ II und Typ I, konventionell oder 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 Erkrankungen, die mit erheblichen körperlichen Auswirkungen, wie z.B. mit einem schnellen krankheitsbedingten Gewichtsverlust, einhergehen (über 5% des Ausgangsgewichtes in den vorausgegangenen 3 Monaten) oder bereits zu einem Untergewicht (BMI unter 18,5) geführt haben, ist ein Mehrbedarf für Ernährung zu bejahen.

Dazu gehören: fortgeschrittenes Krebsleiden, HIV/AIDS, multiple Sklerose, schwere entzündliche Darmerkrankungen wie Colitis ulcerosa, Morbus Crohn und andere Formen die mit einer Nährstoffverwertungsstörung einhergehen (Malabsorption/Maldigestion), Glutenunverträglichkeit wie Zöliakie bzw. Sprue, Niereninsuffizienz (wenn eine eiweißdefinierte Kost erforderlich ist) und Niereninsuffizienz mit Dialysemiät.

Im Einzelfall können auch bei anderen, hier nicht erwähnten Erkrankungen, die zu einem raschen Untergewicht führen, bzw. bereits ein Untergewicht vorliegt, der ärztlichen Begutachtung für eine Krankenkostzulage zugeführt werden.

In jedem Fall ist ein ärztliches Attest notwendig, dass die Kostform explizit beschreibt.

Alle Antragssteller für eine Krankenkostzulage sollten sich von ihrem Hausarzt und/oder ihrer Krankenkasse bezüglich der Zusammensetzung ihrer Nahrung beraten lassen, wenn bei ihnen eine Erkrankung vorliegt, die durch eine Nährstoffauswahl günstig beeinflusst werden kann.

Diese Empfehlungen gelten ausschließlich für Erwachsene.