

Vollwerternährung und Sozialhilfe

W. Becker, M. L. Güse, N. Schmacke
Hauptgesundheitsamt Bremen

Healthy Nutrition and Social Aid Legislation

Additional supplementary benefits for nutrition are provided by social legislation; they are based on recommendations which have to be reconsidered in general as regards contents and quantities. The practice of assessment by Public Health Offices has no standardized regulations. Surveys have indicated that the recommendations are based on low-price calculations. The fundamental basis of supplementary benefits cannot guarantee healthy nutrition and therefore ignores the aim of prevention which had originally been included in social legislation.

Key words

Aid given for financing – Federal German legislation on social aid – Cost of patient diets – Healthy nutrition

Zusammenfassung

Die Gewährung von Krankenkostzulagen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) basiert auf Empfehlungen, die inhaltlich und hinsichtlich der Höhe generell revisionsbedürftig sind. Die sozialmedizinische Begutachtungspraxis der Gesundheitsämter ist bundesweit sehr uneinheitlich. Untersuchungen zeigen, daß die Empfehlungen zudem von niedrigen Eckregelsätzen ausgehen, die eine gesundheitsfördernde vollwertige Ernährungsweise nicht sicherstellen können und somit den auch im BSHG formulierten Ansatz der Prävention außer acht lassen.

Einleitung

Die Gesundheitsämter sind nach dem Bundessozialhilfegesetz aufgefordert, zur Frage von sog. Krankenkostzulagen gutachterlich Stellung zu nehmen. Der Gesetzgeber geht dabei davon aus, daß der Regelsatz der Hilfe zum Lebensunterhalt bei bestimmten Krankheiten nicht ausreicht, die ärztlich für erforderlich gehaltene Ernährung (Diät) zu finanzieren. Für die Gewährung entsprechender Mehrbedarfe wird in allen Kommunen eine Empfehlung des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge zugrunde gelegt, die ihrerseits auf – inzwischen allerdings veralteten – Fachmeinungen aus dem Bereich der ärztlichen Diätetik beruht. Das Bundessozialhilfegesetz verpflichtet die Gesundheitsämter gleichzeitig, die Antragsteller/innen zur Ernährung zu beraten. Aus der Erfahrung des Hauptgesundheitsamtes zu diesem Feld heraus soll im folgenden eine grundlegende Kritik des bisherigen Ansatzes formuliert und erste Vorschläge zur Veränderung vorgestellt werden.

Fehlernährung verursacht immense Kosten

Bereits 1986 hat das Bundesgesundheitsministerium eine Studie über die Kosten ernährungsbedingter Krankheiten veröffentlicht (1). Darin wurden erstmals die direkten und indirekten Kosten von ernährungsabhängigen Krankheiten entsprechend der International Classification of Diseases für das Jahr 1980 konkret beziffert. Die in der Studie erfaßten ernährungsabhängigen Krankheiten verursachten demnach

etwa 42 Mrd. DM direkte und indirekte Folgekosten, das entspricht 27 % aller Krankheitskosten. Dabei wurde in die Untersuchung eine Vielzahl ernährungsabhängiger bzw. ernährungsbedingter Krankheiten, insbesondere aufgrund fehlender Morbiditätsstatistiken nicht einmal einbezogen.

Auf der Basis dieses Datenmaterials ergaben plausible Hochrechnungen für Ende der 80er Jahre Kosten durch ernährungsabhängige Krankheiten von rd. 80 Mrd. DM (2). Nach einer inzwischen in Bonn veröffentlichten Studie des Gesundheitsministeriums wurden durch ernährungsabhängige Krankheiten 1990 direkte und indirekte Folgekosten in Höhe von 113,8 Mrd. DM verursacht (3). Falsche Ernährung verursacht demnach unzweifelhaft einen immensen volkswirtschaftlichen Schaden.

Falsche Ernährung – die meisten Fehler sind bekannt

Alle 4 Jahre veröffentlicht die DGE im Auftrag des Bundesgesundheits- und des Bundesernährungsministeriums den Ernährungsbericht, zuletzt 1992 (4) und liefert dort eine Fülle von wissenschaftlichen Daten, die (u. a.) die Entwicklung der Ernährungssituation in Deutschland sowie toxikologisch und hygienisch-mikrobiologische Aspekte der Ernährung beschreiben.

Regelmäßig werden seit vielen Jahren die gängigsten Ernährungsfehler der Deutschen beklagt und gleichzeitig Empfehlungen für eine gesunde Ernährungsweise gegeben.

Vereinfacht ausgedrückt ist die durchschnittliche Normalkost (konventionelle Ernährung): Zu energiereich (zu viele Kalorien, zu viele tierische Proteine), zu fett (insbesondere zu viel tierische Fette), zu süß, zu hoher Salzgehalt, sie enthält zu viel Alkohol, zu wenig Ballaststoffe und liefert eine zu geringe Jodzufuhr.

Durch die Verzehrsentwicklung der letzten Jahrzehnte haben sich die Ernährungsgewohnheiten in einem Umfang wie nie zuvor geändert: An die Stelle einer voluminösen, kohlenhydratreichen, vorwiegend pflanzlichen und weitgehend unverarbeiteten und daher ballaststoffreichen Nahrung trat eine konzentrierte, protein- und fettreiche, durch einen hohen tierischen Anteil gekennzeichnete und z.T. stark verarbeitete, ballaststoffarme Nahrung. Die Folgen sind eine Vielzahl ernährungsabhängiger Erkrankungen. Es bestehen Schätzungen, wonach jede dritte bis vierte Krankheit in Deutschland durch Fehlernährung hervorgerufen bzw. in ihrem Verlauf negativ beeinflusst wird. Die hier (sowie eine Vielzahl weiterer Veröffentlichungen) und in den großen wissenschaftlichen Vegetarierstudien (5) beschriebenen Fakten belegen eindrucksvoll, daß sich eine gesündere vollwertige Ernährungsweise in vielerlei Hinsicht von der bei uns üblichen durchschnittlichen Mischkost unterscheiden sollte.

Interessant sind in diesem Zusammenhang Daten einer repräsentativen Erhebung für den Ernährungsbericht 1980, die 1990 aktualisiert wurden. Sie machen Aussagen darüber, wie die Verbraucher selbst ihre Möglichkeiten der Orientierung einschätzen. Danach halten 90 % der Bürgerinnen und Bürger die Ernährungsaufklärung für unzureichend, 65 % wünschen sich mehr Ernährungsaufklärung (1980: 40 %), aber 70 % beklagen die Widersprüchlichkeit der Informationen (1980: 63 %) (6).

Vollwerternährung – die Konzeption einer zeitgemäßen gesundheitsfördernden Ernährungsweise

Vollwerternährung (7) ist eine überwiegend lakto-vegetabile Ernährungsweise, die hauptsächlich aus Vollkornprodukten, Gemüse und Obst sowie Milch und Milchzeugnissen besteht. Außer dem individuellen Gesundheitsaspekt werden auch ökologische und soziale Aspekte zur Bewertung der Lebensmittel herangezogen. Beispiele: Produkte aus biologischem Anbau sollten bevorzugt eingekauft werden. Ebenso regionale Erzeugnisse der jeweiligen Jahreszeit. Gemieden werden sollten Produkte, die aufwendig und umweltbelastend bearbeitet (Lebensmittelbestrahlung, Gentechnik, Zusatzstoffe) und verpackt sind. Sozialverträglich meint u.a., daß bei verminderter Fleischverzehr eine artgerechte Tierhaltung anstelle von Massentierhaltung möglich ist, daß nicht weiter wertvolle Futtermittel aus Entwicklungsländern importiert werden oder Regenwälder Weidflächen weichen müssen.

Beurteilung:

„Die Vollwerternährung wurde wegen ihres ganzheitlichen Ansatzes oft genug als eher weltanschaulich oder gar ideologisch orientiert, jedenfalls als naturwissenschaftlich nicht begründbar abgelehnt. Heute wird sie – trotz einiger Kritikpunkte an der schematischen Einteilung der Wertstufen – sowohl von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) als auch anderen ernährungswissenschaftlich und medizinisch

forschenden Institutionen als eine zeitgemäße Kostform anerkannt. Zahlreiche Studien an unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen zeigen auf, daß die von der Vollwerternährung propagierte Kost offensichtlich bestens geeignet ist, den Menschen gesund zu erhalten. Allgemein gültige ernährungsphysiologische Zusammenhänge und derzeit diskutierte Theorien – z.B. über das Säure-Basen-Gleichgewicht im Organismus – werden in der Vollwerternährung ausführlich abgehandelt. Darüber hinaus macht es im Interesse der Gesundheit aller sehr viel Sinn, bei der Beurteilung und Wahl einer Kostform auch ökologische Aspekte zu berücksichtigen, die die Schonung der Umwelt und der Energieressourcen sowie die Welthungerproblematik zum Inhalt haben“ (zitiert nach test 7/93 Ifl, S. 705).

Vollwerternährung ist daher für den Einstieg in eine zeitgemäße, gesunde und abwechslungsreiche Dauerkost sehr empfehlenswert. Darüber hinaus ist Vollwerternährung bei allen Erkrankungen als Kostform geeignet, bei denen spezielle individuelle diättherapeutische Maßnahmen nicht notwendig sind, so insbesondere als ernährungstherapeutisch sinnvolle Kost zur Stärkung der körpereigenen Abwehrkräfte, beispielsweise bei Neurodermitis, bei Vorliegen einer HIV-Infektion oder bei Krebserkrankungen (8); mit geringen Modifizierungen jedoch auch bei Adipositas, Fettstoffwechselstörungen und Altersdiabetes bzw. Diabetes in Verbindung mit Übergewicht.

Vollwerternährung erfordert einen finanziellen Mehraufwand im Vergleich zur konventionellen Kost

Die Kosten einer bedarfsgerechten Ernährung sind nicht ohne weiteres allgemeingültig zu beziffern, allenfalls auf der Grundlage von standardisierten, optimierten Speiseplänen. Die Untersuchung „Kostenvergleich Vollwerternährung“ (9), am Fachbereich Haushaltswissenschaften der Universität Gießen von 1990, lieferte jedoch eine Fülle von Zahlenmaterial, was einen relativen Kostenvergleich, differenziert nach verschiedenen Vollwerternährungstypen im Vergleich zu konventioneller Ernährung, zuläßt. Für diese Studie wurden praxisnah verschiedene Ernährungstypen differenziert, die die Empfehlung der Vollwerternährung unterschiedlich konsequent umsetzen und billigere bzw. teurere Einkaufsquellen bevorzugen. Für diese Studie wurden u.a. folgende Ernährungstypen gebildet, die möglichst realitätsnah, aber dennoch fiktiv waren:

1. der „konsequente Vollwertköstler“
2. der „gemäßigte Vollwertköstler“
3. der „qualitätsbewußte Traditionalist“ (konventionelle Ernährung)
4. der „unbekümmerte Billigesser“ (9)

Es wurden weitere Differenzierungen vorgenommen, die hier unbetrachtet bleiben sollen. Diese Typen verwirklichten in abnehmender Reihenfolge die Aspekte einer Vollwerternährung, wobei die Abgrenzung allerdings nicht streng zu interpretieren ist. Typ 1, der konsequente Vollwertköstler, sollte im Rahmen dieser Untersuchung die Kosten bei annähernd vollständiger Verwirklichung der Prinzipien der Vollwerternährung kennzeichnen, während der gemäßigte Vollwertköstler (Typ 2) auf den Kauf von ökologisch angebautem Obst und Gemüse verzichtet und insgesamt weniger streng mit den Richtlinien der Vollwerternährung umgeht.

Der qualitätsbewußte Traditionalist und der unbekümmerte Billigesser haben traditionell konventionelle Ernährungsmuster, wobei ersterer traditionell hochwertige Produkte kauft, während der unbekümmerte Billigesser eine pragmatische Auswahl ausschließlich nach den Kriterien Preis und Bequemlichkeit trifft.

Auf der Basis der differenzierten Typenbeschreibung wurden dann für alle Typen Wochenspeisepläne entwickelt. Vergleichbar werden diese Speisepläne über ihren ähnlichen Kaloriengehalt und über gängige Verzehrmenen. Es läßt sich erkennen, daß die Relevanz der Kostenfaktoren stark von der Einkaufsquelle und der Qualität der Lebensmittel abhängig ist: Bei Getreide und Getreideerzeugnissen waren nur geringfügige Preisunterschiede zwischen den verschiedenen Mustern zu finden. Die Verwendung von Vollkorngetreide aus anerkannt kontrolliert ökologischem Anbau bringt also ernährungsphysiologische und ökologische Vorteile, ohne allzu große Kostensteigerungen nach sich zu ziehen. Fleisch ist vor allem dann ein wichtiger Kostenfaktor, wenn es sich um hochwertiges Fleisch handelt und/oder wenn es aus dem Fachgeschäft bezogen wird. Jedoch ist auch hier der Aspekt der Tierhaltung und der damit verbundenen Fleischqualität zu berücksichtigen. Die Qualität eines durch artgerechte Tierhaltung und streßfreierte Schlachtung erzeugten Fleisches muß logischerweise gegenüber dem heute verbreiteten, in der Produktion preiswerteren PSE-Fleisch* teuer bezahlt werden. Bei Obst und Gemüse schlägt sich insbesondere der ökologische Anbau in den Kosten nieder. Werden Milch und Milchprodukte im Naturkostladen bzw. im Reformhaus gekauft, steigen die Kosten deutlich.

Sowohl bei Getränken als auch bei Convenience-Produkten** können über die Anzahl der Produkte die Kosten erheblich beeinflußt werden. Zudem ließen sich ernährungsphysiologisch und ökonomisch sinnvolle Einsparungen bei den Warengruppen Fette/Öle und Süßwaren vornehmen, die allerdings keinen großen Anteil an den Gesamtausgaben haben.

Eine einfache und relativ anspruchslose konventionelle Ernährung aus dem Supermarkt (Billigesser) stellt die absolut preiswerteste, aber auch die ernährungsphysiologisch und ökologisch ungünstigste Alternative zur Vollwerternährung dar. Dagegen weist eine konsequent betriebene Vollwerternährung (Einkaufsquelle nahezu ausschließlich Naturkostladen) die höchsten Kosten auf, bietet aber auch in jeder Hinsicht höchste Qualität.

Relativ teuer kann Vollwerternährung ebenso sein, wenn sie mit wenig Wissen und wenig technischen Möglichkeiten eher halbherzig ausgeführt wird, z. B. durch den Ein-

satz teurer Convenience-Produkte. *Ein preisgünstiger Kompromiß im Sinne der Vollwerternährung kann in einer gemäßigten Vollwerternährung mit folgenden Merkmalen gefunden werden:*

- möglichst fleischarm;
- vollwertiges, ökologisch angebautes Getreide und Getreiderzeugnisse;
- Milch und Milchprodukte aus dem Supermarkt;
- Obst und Gemüse aus konventionellem Anbau, z. B. vom Wochenmarkt;
- preiswerte Getränke;
- weitgehender Verzicht auf Süßes und Convenience-Produkte.

Der gemäßigte Vollwertköstler hat gegenüber dem traditionellen Ernährungstyp Mehrkosten von DM 5,91 = 8,4 % pro Woche; gegenüber dem Billigesser Mehrausgaben von DM 17,50 = 29,9 % pro Woche.

Der konsequente Vollwertköstler hat gegenüber dem traditionellen Ernährungstyp Mehrkosten von DM 45,37 = + 64,7 % pro Woche; gegenüber dem Billigesser Mehrausgaben von DM 56,96 = 97,4 % pro Woche.

Die durchschnittlichen wöchentlichen Mehrkosten aller ermittelten Eßtypen in dieser Untersuchung betrugen + 33,1 %.

In diesem Zusammenhang interessant sind die Untersuchungsergebnisse der GfK-Marktforschung (befragt wurden zwischen 1989 und 1993 10 000 Männer und Frauen, die für den täglichen Einkauf zuständig sind):

Danach sind die Pro-Kopf-Ausgaben für Nahrungs- und Genußmittel primär abhängig von der Haushaltsgröße. Single-Haushalte haben mit 415,- DM pro Monat mit Abstand die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben. Zum Vergleich: Vier-Personen-Haushalte geben mit 210,- DM pro Kopf und Monat nur rd. die Hälfte aus. Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben betragen 307,- DM pro Monat (Bremer Nachrichten 15. 5. 1994).

Der Eckregelsatz nach dem BSHG reicht für eine vollwertige Ernährungsweise nicht aus

Vergleicht man die vorgenannten Zahlen mit dem Einkommen eines Sozialhilfeempfängerhaushaltes, so wird man feststellen, daß dieses Einkommen zur Verwirklichung einer gemäßigten Vollwerternährung nicht ausreichen kann. Der Eckregelsatz eines alleinstehenden Sozialhilfeempfängers in Bremen beträgt derzeit DM 521,-. Davon sollen 50 %, also DM 260,50 für Ernährung im Monat zur Verfügung stehen, das entspricht umgerechnet DM 8,40 pro Tag. Zu beachten ist ferner, daß sich die Zahlen der Studie auf die wöchentlichen Lebensmittelposten von 1988 beziehen, hier ist also eine enorme Preissteigerung bei den Kosten für Lebensmittel noch nicht berücksichtigt.

Bei gemäßigten Vollwertköstlern wurden in der Untersuchung DM 10,85 pro Tag benötigt (bei einer Inflationsrate von jährlich durchschnittlich 3 % wären das auf der Basis 1993 DM 12,57). Nach Auskunft des Statistischen Bundesamtes steigerte sich der Preisindex für Nahrungsmittel aller privaten

* PSE-Fleisch: Bezeichnung für eine bei Schlachtschweinen nicht selten in bestimmten Muskeln vorkommende Qualitätsverschlechterung, die durch blasse Farbe (engl.: pale), weiche Konsistenz (engl.: soft) und Wäßrigkeit (engl.: exudative) gekennzeichnet ist und durch eine außerordentliche Beschleunigung der postmortalen Glykolyse (Milchsäurebildung) hervorgerufen wird. Die Ursachen liegen in Anomalien des Herz-Kreislauf-Systems und des oxidativen Stoffwechsels sowie in einer hormonellen Dysregulation begründet.

** Convenience-Food: Aus dem Amerikanischen übernommene Bezeichnung für die breite Palette der industriell vorgefertigten, z. T. vorgegarten Nahrungsmittel, die über den Lebensmittelhandel vertrieben werden, wie Tiefkühlkost, Fertiggerichte, Teilfertiggerichte und Konserven.

Haushalte im Zeitraum 1973 bis 1992 um 63 %; d.h. in einem Zeitraum von 20 Jahren um durchschnittlich ca. 3 % pro Jahr.

Beim gemäßigten Vollwertköstler wurden in der Untersuchung DM 10,85 pro Tag (hochgerechnet auf 1993: DM 12,57 pro Tag) benötigt, ein alleinstehender Sozialhilfeempfänger hätte demnach einen Mehrbedarf von DM 2,62 (1993 hochgerechnet: DM 4,17) – also einen Mehrbedarf von + 31,83 % (hochgerechnet 1993 + 49,64 %). Vergleicht man dies mit dem konsequenten Vollwertköstler, so müßte der durchschnittlich verfügbare Etat eines alleinstehenden Sozialhilfeempfängers für Ernährung um weit über 100 % größer sein.

Rechnet man den Tagesmehrbedarf für eine gemäßigte Vollwertkost auf den Bedarf pro Monat um, so müßten einem alleinstehenden Sozialhilfeempfänger etwa DM 81,- pro Monat (1993 hochgerechnet: DM 129,-) mehr zur Verfügung stehen, um eine derartige gesundheitsfördernde Vollwerternährung durchzuführen.

Wie bereits eingangs erwähnt, sind diese Zahlenangaben nur bedingt brauchbar, da die gemachten Berechnungen wissenschaftlichen Vergleichskriterien auf der Basis von standardisierten, optimierten Speiseplänen nicht voll genügen. Sie belegen jedoch eindeutig eine praxisrelevante Tendenz.

Eine neuere Studie von *Brombacher* 1992 (10) kam zu dem Ergebnis, daß sog. Biohaushalte durchschnittlich etwa 40 % mehr für Lebensmittel ausgaben als solche, die sich konventionell ernährten. Nach *Brombacher* ließen sich diese Mehrausgaben jedoch relativieren, da in Biohaushalten deutlich weniger für Fleisch, Süßigkeiten, alkoholische Getränke und Genußmittel ausgegeben wird. Dies sei aber nur dann der Fall, wenn echte Biohaushalte über ein völlig verändertes Einkaufsverhalten, einen anderen Wissensstand in Ernährungs- und Gesundheitsfragen verfügen, andere küchentechnische Möglichkeiten haben, und ein entsprechender Zeitaufwand zur Nahrungsmittelherstellung berücksichtigt werden muß. Neben einem großen Wissen in Ernährungsfragen ist auch eine langjährige Erfahrung eine wichtige Voraussetzung, die wöchentlichen Lebensmittelausgaben in Biohaushalten zu minimieren.

Mit Sozialhilfe allein kann man sich nicht gesund ernähren

Untersuchungen zeigen, daß die Pro-Kopf-Aufwendungen für Lebensmittel in den meisten Fällen mit zunehmender Personenzahl in einem Haushalt sinken. Ferner läßt sich feststellen, je niedriger das Haushaltseinkommen ist, um so mehr wird prozentual von den Haushalten für Lebensmittel aufgewendet. Den im Vergleich zu Haushalten mit durchschnittlich hohem Einkommen relativ hohen Anteilen für die Aufwendungen für Nahrungs- und Genußmittel stehen folglich absolut niedrigere Aufwendungen der Sozialhilfeempfänger gegenüber.

Die sehr begrenzten finanziellen Mittel der Sozialhilfeempfänger erfordern ein besonderes wirtschaftliches Ausgabeverhalten. Dabei stellt nicht nur das geringe Einkommen ein Problem dar, sondern die zunehmende Verschuldung einkommensschwacher Haushalte wird zu einem immer dringlicheren Problem (11).

Die englische Soziologin *Graham* (12) belegt in ihren Untersuchungen, daß in Haushalten mit geringem Ein-

kommen sehr wohl an qualitativ guter Nahrung gespart wird, und daß dies eindeutig nicht in erster Linie eine Folge fehlenden Ernährungsbewußtseins ist.

Oakley und Rajan (13) haben anhand von Studien zur Ermittlung des ganz konkreten Einkaufs- und Ernährungsverhaltens in Familien mit geringem Einkommen, differenziert nach dem Umfang der Sozialhilfebedürftigkeit, aufgezeigt, daß die Faktoren Geld- und Zeitmangel, ungenügende Küchenausstattung und Probleme der Erreichbarkeit geeigneter Läden für den Einkauf preisgünstiger und qualitativ guter Nahrungsmittel wesentlich dafür verantwortlich sind, daß eine nach den heutigen Vorstellungen gesunde Ernährung dem Problem der sozialen Ungleichheit unterliegt. Dabei stellen sie dies in den Kontext der Wichtigkeit der Ernährung für die Entwicklung von Kindern. Mehrausgaben bei den Bedarfsgruppen „persönlicher und hauswirtschaftlicher Bedarf“ gehen zwangsläufig zu Lasten der größeren Gruppe „Ernährung“.

Je nach Haushaltstyp werden bei niedrigem Einkommen bis zu einem Drittel der an sich für Ernährung vorgesehenen Ausgaben eingespart, um den Mehrbedarf bei anderen Bedarfen zu kompensieren. Von den Sozialhilfeempfängern spart sogar zwei Drittel wegen Geldschwierigkeiten am Essen (14). Wenngleich hierbei auch schichtenabhängiges Verhalten und Wertmaßstäbe eine nicht unbedeutende Rolle spielen, ist doch die Schaffung einer ausreichenden finanziellen Basis die Grundvoraussetzung für eine vollwertige Ernährung.

Die von *Karg et al.* (15) in den 80er Jahren gemachten Berechnungen anhand von standardisierten Speiseplänen ergaben, daß bei zwei Drittel der Sozialhilfehaushalte der Regelsatz nicht ausreichen konnte, um eine bedarfsgerechte Ernährung zu sichern. Die Bedarfsgruppe Ernährung innerhalb des Eckregelsatzes war lange Zeit auf der Grundlage des sog. Warenkorbs bestimmt. Bereits Anfang der 80er Jahre wurde mehrfach nachgewiesen, daß dieser seinen deklarierten Anspruch, eine vollwertige Ernährung zu ermöglichen, keineswegs erfüllte (16, 17).

Die Regelsatzentwicklung geht nicht konform mit dem Wandel der Lebensformen.

Von 1962 bis 1990 wurden die Regelsätze durch das Warenkorbmodell – ein hauptsächlich ernährungsphysiologisch begründetes Existenzminimum – festgelegt; seit 1990 auf der Basis eines Statistikmodells, das sich an den tatsächlichen regelsatzrelevanten Verbrauchsgewohnheiten unterer Einkommensgruppen orientiert.

Stärker noch als bei der Einführung des Warenkorbs wirkte sich das Abstandsgebot zu Haushalten mit Niedriglohn beim Übergang zum Statistikmodell aus.

Der Statistikregelsatz orientiert sich am regelsatzrelevanten Verbrauch unterer Einkommenschichten, deren Einkommen knapp über der Sozialhilfegrenze liegen müssen. Grundannahme dieses Modells ist, „daß die allgemeinen Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland durch den allgemeinen Lebensstandard in der Weise gekennzeichnet sind, daß eine auf tatsächliches, statistisch ermitteltes Ausgabenverhalten begründete Bedarfsstellung zulässig ist. Daraus folgt..., daß die Lebens- und Verbrauchsgewohnheiten von Alleinstehenden und Mehrpersonenhaushalten vergleichbarer unterer

Einkommensgruppen als eine die notwendigen Bedürfnisse deckende Lebensführung angesehen werden kann, die der Würde des Menschen entspricht“ (Klein, 1994) (18).

Bei der Einführung des Warenkorbs wie des Statistikregelsatzes wurde überprüft, ob das Abstandsgebot des BSHG zu Normalfamilien mit Niedriglohn gewahrt wurde. Bei allen bisherigen Fortschreibungen wurde dies bislang stets überprüft. Eine Fortschreibung des Statistikregelsatzes steht noch aus, obwohl sie bereits für 1992 angekündigt war. Soweit der Regelsatz nicht aus neuen Modellen oder ihrer Fortschreibung abgeleitet wurde, war er jährlich an die Preissteigerung anzupassen (§ 22, Abs. 3, Satz 4).

Ob die Regelsätze der Sozialhilfe angemessen erhöht worden sind, wurde bisher hauptsächlich im Vergleich zu Nettolöhnen und Eckrente untersucht. Dabei gelangt man abhängig vom gewählten Indexjahr zu unterschiedlichen Bewertungen. Ein Vergleich von Lohn/Rente mit dem Eckregelsatz kann jedoch nur Aufschluß über die Entwicklung von Haushalten mit einem Einzeleinkommen bei unveränderter Größe und Zusammensetzung geben (Klein, 1994).

Aufgrund der Pluralisierung der Lebensformen in den letzten 30 Jahren ist in der Bundesrepublik Deutschland von einer rasanten Veränderung der sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen auszugehen (z.B. Einpersonenhaushalte 1981: 20,6 %; 1990: 35 %) – die Teilpopulation Normalfamilie mit zwei Kleinkindern und Niedriglohneinkommen kann nicht mehr als Meßlatte für die Regelsatzbildung gültig sein.

Hauser und Semrau (1990) (19) haben mit den Daten der Einkommens- und Verbrauchsstatistik (EVS) des Statistischen Bundesamtes (alle 5 Jahre) Ausmaß und Entwicklung von Einkommensarmut berechnet. Sie weisen u.a. nach, daß sich die Varianz der Haushaltseinkommen und nicht allein deren Höhe verändert hat. Weniger Haushalte verfügen also über ein Einkommen, das nur knapp über der Sozialhilfeschwelle liegt. Bei steigender Zahl von Sozialhilfebeziehern wird sich die Schere zwischen Sozialhilfeeinkommen und Haushaltseinkommen immer weiter öffnen.

„Dieser Prozeß wurde durch den gesellschaftlichen Wandel angetrieben und dürfte die Teilhabeposition aller Sozialhilfebezieher automatisch verschlechtert haben. In der über drei Jahrzehnte dauernden Diskussion um die Regelsätze ist diese Entwicklung nicht einmal wahrgenommen worden (Klein, 1994; S. 93).“

„Der allgemeine Lebensstandard und damit auch das Preisniveau richten sich ja ganz wesentlich an den finanzkräftigeren Bevölkerungsschichten aus, so daß sich Sozialhilfeempfänger real immer weniger leisten können, und von der auseinanderklaffenden Schere in der Entwicklung immer härter getroffen werden (Galperin, 1987) (20).“ Der Sozialwissenschaftler Galperin stellt in seiner Untersuchung für das Bundes-DRK fest, „daß seit 1970 die Sozialhilfebezüge, gemessen an den realen Einkommens- und Rentensteigerungen im Lande, um rd. 16 % gesunken sind“ (ebd.).

Sozialhilfeinitiativen fordern seit Jahren eine deutliche Verbesserung des Warenkorbs und eine Erhöhung der Regelsätze auf DM 822,- (Weser-Kurier 22. 8. 89) bzw. eine Orientierung der Höhe der Sozialhilfe beim Statistikmodell am

Durchschnittseinkommen und nicht an der Einkommenssituation unterer Lohngruppen.

Das System Krankenkostzulage (§ 23, Abs. 4, Satz 2 BSHG) ist generell revisionsbedürftig

Nach § 23 (4) BSHG ist über die Regelsätze hinausgehend ein Mehrbedarf bei kostenaufwendiger Ernährung von Kranken, Genesenden, Behinderten oder auch von Krankheit oder Behinderung bedrohten Personen zu leisten. Im Rahmen der Antragsbearbeitung sind (häufig) die Gesundheitsämter gutachterlich beteiligt. Als Entscheidungsrichtlinie gelten dabei die Empfehlungen des Vereins für öffentliche und private Fürsorge. Diese Empfehlungen basieren inhaltlich jedoch auf ernährungsphysiologischen Grundlagen von 1974. Dieser Zustand hat dazu geführt, daß inzwischen bundesweit eine völlig uneinheitliche sozialmedizinische Begutachtungspraxis Anwendung findet (21). Bei der rasanten Entwicklung der Ernährungswissenschaften erscheint eine kritische wissenschaftliche Revision dieser Empfehlungen dringend geboten. Dabei wird es zur Erweiterung der Entscheidungsrichtlinien auf der einen, aber auch zu Streichungen auf der anderen Seite kommen müssen.

Die Empfehlungen sind aber nicht nur inhaltlich, sondern auch hinsichtlich der Höhe der Krankenkostzulagen äußerst fragwürdig und nicht von Verbrauchserhebungen abgeleitet. Sie gehen zudem von den niedrigen Eckregelsätzen aus, die – wie oben ausgeführt – eine gesundheitsfördernde, vollwertige Ernährung nicht sicherstellen und somit den auch im BSHG § 23 (4) formulierten Ansatz der Prävention außer acht lassen. Bei einer Orientierung darauf, daß Prävention vor Beseitigung oder Kompensation von Krankheit zu gehen hat, könnte das Thema Diätzulagen unter einem gänzlich neuen Blickwinkel diskutiert werden.

Durch die Schaffung finanzieller Mindestvoraussetzungen für eine Vollwerternährung wäre u.E. nicht nur eine prophylaktische Maßnahme zur Begrenzung ernährungsbedingter und ernährungsabhängiger Krankheiten erreicht. Auch eine Vielzahl von bereits manifesten Gesundheitsstörungen (wie Fettstoffwechselstörungen, Übergewicht, Diabetes in Verbindung mit Übergewicht) erscheinen mit einer modifizierten Vollwerternährung sinnvoll therapiert – vor allem aber auch finanziell ausreichend abgesichert.

Anträge auf Krankenkostzulagen, die gerade diese Krankheitsbilder betreffen, kommen unserer Erfahrung nach am häufigsten zur Bearbeitung. Sie könnten bei anderer Bemessung der Lebensmittelkosten im Eckregelsatz weitgehend unberücksichtigt bleiben, insbesondere wenn eine professionelle diätetische Beratung (inkl. Einkaufstips und Zubereitungsanleitung) erfolgte.

So blieben schließlich nur noch wenige Indikationen übrig, die eine individuelle, bedarfsorientierte Krankenkostzulage erforderlich machten.

Schlußbemerkung

Im Gesamtzusammenhang ist kritisch anzumerken, daß die Gesundheitsämter bislang ihrem im BSHG formulierten Auftrag zur Ernährungsberatung (22) sicherlich nicht systematisch nachgekommen sind. Man muß aber wohl

auch davon ausgehen, daß die wesentlich weiterentwickelten Aufklärungs- und Beratungskampagnen der gesetzlichen Krankenkassen überwiegend die Bevölkerungsgruppen erreicht haben, die ohnehin schon ein größeres Problembewußtsein hatten.

Die vorgestellten Überlegungen weisen darauf hin, daß der öffentliche Gesundheitsdienst und die Krankenkassen (23) mehr als bisher über breitenwirksame Konzepte nachdenken müssen. Ein nicht unwichtiger Baustein dürfte die Anpassung der Regelsätze gemäß BSHG an die Erkenntnisse der Ernährungswissenschaften sein.

Literatur

- ¹ Henke, K. D., C. Behrens, L. Arab, G. Schlierf: Die Kosten ernährungsbedingter Krankheiten. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Band 179. Stuttgart 1986
- ² DGE aktuell Nr. 9: 15. 3. 93
- ³ Kohlmeier, L., A. Kroke, J. Pötsch, M. Kohlmeier, K. Martin: Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 27. Baden-Baden 1993
- ⁴ Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): Ernährungsbericht 1976, 1980, 1984, 1988, 1992, Frankfurt/M.
- ⁵ Universität Gießen, Institut für Ernährungswissenschaften (Leitzmann, C.): Die Gießener Vegetarierstudie. Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg: Prospektive epidemiologische Studie bei Vegetariern. Bundesgesundheitsamt Berlin (Rottka, H.): Die Berliner Vegetarierstudie.
- ⁶ Verbraucherausschuß beim Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten: Empfehlung zur Ernährungsberatung in der Bundesrepublik Deutschland, 67. Sitzung, 28. Jan. 1993. BMELF-Information 7, Anlage S (1993)
- ⁷ Koerber, K. v., T. Männle, C. Leitzmann: Vollwert-Ernährung, Konzeption einer zeitgemäßen Ernährungsweise, 7. neubearbeitete/erweiterte Auflage, Heidelberg 1993
- ⁸ Becker, W.: Ernährung – Immunantwort – Infektabwehr. Die Bedeutung gesunder Ernährung für die körpereigenen Abwehrkräfte. Hauptgesundheitsamt Bremen (Hrsg.): 5. überarbeitete Auflage 1993
- ⁹ Meyer, C.: Vollwert-Ernährung – Eine teure Angelegenheit? UGB-Forum 7, 1 (1990) 34ff.
- ¹⁰ Brombacher, J.: Ökonomische Analyse des Einkaufsverhaltens bei einer Ernährung mit Produkten des ökologischen Landbaues. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, Reihe A, Heft 406, Münster 1992
- ¹¹ Seifert, M.: Einkommensschwache Verbraucher als Zielgruppe der Ernährungsberatung – Zusammensetzung und Einkommenslage. In: Schriftenreihe Verbraucherdienst. Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten (AID) Bonn (Hrsg.): Heft 3101, Ernährungsverhalten bei sinkendem Realeinkommen, Teil I, Bonn 1985
- ¹² Graham, H.: Behaving well: Womens Health Behaviour in Context. In: Roberts, H. (ed.): Womens Health Counts. London (1990) 195–219
- ¹³ Oakley, A., L. Rajan: What did your baby eat yesterday? Social factors and infant feeding practices: European Journal of Public Health 3 (1993) 18–27
- ¹⁴ Schumacher, N.: Können Sozialhilfeempfänger gesund leben? Sozialmagazin 2 (1989) 34–39
- ¹⁵ Karg, G.: Ist der Regelsatz noch ausreichend für eine bedarfsgerechte Ernährung? Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten (AID): Heft 3101, Bonn 1985
- ¹⁶ FH Frankfurt (Hrsg.): Projektgruppe – Ein Leben aus dem Warenkorb, Überprüfung der Bedarfsgruppe Ernährung im Sozialhilferegelsatz. Frankfurt a. M. 1982
- ¹⁷ Bucher, M.: Mit dem Regelsatz auskommen, Ergebnisse und Konsequenzen eines Selbstversuches. In: Schriftenreihe Verbraucherdienst, AID Bonn (Hrsg.): Heft 3135, Ernährungsverhalten bei sinkendem Realeinkommen, Teil II, Bonn 1988
- ¹⁸ Klein, P.: Regelsatzentwicklung und Wandel der Lebensformen. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV) 74, 3 (1994) 88–94
- ¹⁹ Hauser, R., P. Semrau: Zur Entwicklung der Einkommensarmut von 1963–1986. Sozialer Fortschritt 39, 2 (1990) 27–36
- ²⁰ Galperin, P.: Leben und leben lassen, Überlegungen zur gebotenen Erhöhung der Regelsätze in der Sozialhilfe. Deutsches Rotes Kreuz (Hrsg.), Bonn 1987
- ²¹ Möller, A.: Diätetik und Sozialhilfe – zur Notwendigkeit einer Vereinheitlichung der Begutachtungspraxis. Öff. Gesundh.-Wes. 47 (1985) 15–16
- ²² VAnW BSHG § 23 Abs. 4 Ziff. 2 Pkt. 1.7
- ²³ § 20 SGB V

W. Becker

Hauptgesundheitsamt Bremen
Horner Str. 60/70
28203 Bremen