



Zusatzblatt zur Beantragung und Feststellung eines Mehrbedarfes für kostenaufwändige Ernährung nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II)

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 – 65 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise finden Sie an unseren Servicestellen und im Internet auf unserer Homepage.	Eingangsstempel des KreisJobCenters
Der Antrag wirkt grundsätzlich zurück auf den ersten Tag des Monats der Antragstellung. Tag der Antragstellung ist der Tag des Einganges bei uns.	
Reicht der Platz im Formular nicht? Dann schreiben Sie es bitte auf ein Extra-Blatt und legen es dazu.	
Bitte beachten Sie auch die Ausfüllhinweise. Sie finden diese auf unserer Homepage oder an unseren Servicestellen.	

1. Persönliche Daten der/des Antragstellers*in	
Anrede	Geburtsdatum
Nachname (Familiename)	Vorname(n)
Straße, Hausnummer	
ggf. wohnhaft bei	
Postleitzahl	Wohnort

2. Grund, warum ein Mehrbedarf beantragt wird	
Ich beantrage die Gewährung eines Mehrbedarfes wegen kostenaufwendiger Ernährung weil (bitte den Grund / die gesundheitliche Einschränkung / die Erkrankung angeben):	
Die verordnete Diät / spezielle Ernährungsform wird von mir eingehalten seit dem:	
Zur näheren Begründung und als Nachweis, verweise ich auf die in der Anlage beigefügte Stellungnahme meines Arztes / meiner Ärztin.	

3. Schweigepflichtsentbindung für die/den ausstellenden Arzt/Ärztin	
Ich entbinde die ausstellende Ärztin / den ausstellenden Arzt (siehe Anlage) von der ärztlichen Schweigepflicht. Diese Erklärung ist freiwillig und bezieht sich nur auf die Angaben/Fragen in diesem Zusatzblatt.	
Außerdem entbinde ich im Rahmen der Prüfung meines Antrages den in der Anlage genannten Arzt / die in der Anlage genannte Ärztin von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem/der amtsärztlichen Gutachter*in des Fachbereiches Gesundheitsamt des Landkreises Marburg-Biedenkopf. Dies beinhaltet sowohl eine telefonische Rücksprache als auch die Anforderung von ärztlichen Unterlagen und Fremdbberichten (z.B. Krankenhausberichten). Diese Erklärung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.	

4. Schweigepflichtsentbindung für den Fachbereich Gesundheitsamt des Landkreises Marburg-Biedenkopf
<p>Ich entbinde den Fachbereich Gesundheitsamt des Landkreises Marburg-Biedenkopf gegenüber dem Fachbereich Integration und Arbeit -KreisJobCenter- von der ärztlichen Schweigepflicht. Diese Erklärung ist freiwillig, bezieht sich nur auf die Angaben in diesem Zusatzblatt und auf das Ergebnis der Prüfung/Begutachtung hinsichtlich der Frage, ob und welcher Mehrbedarf zu berücksichtigen ist und wie lange. Zudem bin ich damit einverstanden, dass der Fachbereich Gesundheitsamt des Landkreises Marburg-Biedenkopf das Ergebnis und die begründenden Daten / Unterlagen an den Fachbereich Integration und Arbeit -KreisJobCenter- sendet und dass der Fachbereich Gesundheitsamt bei Rückfragen des Fachbereiches Integration und Arbeit -KreisJobCenter- Auskunft erteilt.</p>

<p>Ich/wir versichern, dass die Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Künftige Änderungen oder neue Tatsachen werde ich / werden wir unverzüglich mitteilen.</p>	
<p>Ich wir haben folgende Hinweise des KreisJobCenters gelesen und zur Kenntnis genommen: (bitte lesen Sie die beiden Informationen, sie sind sehr wichtig):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ die Ausfüllhinweise zu diese Zusatzblatt (Zusatzblatt_3_Mehrbedarf_kostenaufwaendige_Ernaehrung_SGB_II_Ausfuellhinweise) ➤ das Informationsblatt zu den Mitwirkungspflichten (Info_1_Mitwirkungspflichten) 	
<p>_____ Ort/Datum</p> <p>X _____ Unterschrift Antragsteller / Antragstellerin</p>	<p>_____ Ort/Datum</p> <p>_____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen oder des/der vom Amtsgericht bestellten Betreuers*in</p>

Anlage 1: ärztliche Stellungnahme der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Anlage 2: Informationen



Anlage 1

**Ärztliche Stellungnahme zum Antrag
auf Anerkennung eines Mehrbedarfes wegen kostenaufwändiger Ernährung**

A. Persönliche Daten der/des Patienten*in	
Anrede	Geburtsdatum
Nachname (Familiename)	Vorname(n)
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort

B. Art der gesundheitlichen Einschränkungen / der Erkrankung	
Größe:	Gewicht:
<p>Der / die oben genannte Patient/in <u>bedarf</u> einer mit Mehrkosten verbundenen Krankenkost wegen:</p> <p><input type="checkbox"/> Krankheitsassoziierter Mangelernährung und es sind zusätzlich erfüllt mindestens ein phänotypisches Kriterium:</p> <p><input type="checkbox"/> unbeabsichtigter Gewichtsverlust (> 5 % innerhalb der letzten sechs Monate oder > 10 % über sechs Monate)</p> <p><input type="checkbox"/> niedriger Body-Maß-Index (< 20, wenn < 70 Jahre, oder < 22, wenn > 70 Jahre)</p> <p><input type="checkbox"/> Reduzierte Muskelmasse (gemessen mit validierten Messmethoden zur Bestimmung der Körperzusammensetzung)</p> <p>und mindestens ein ätiologisches Kriterium:</p> <p><input type="checkbox"/> Geringe Nahrungsaufnahme oder Malassimilation (< 50 % des geschätzten Energiebedarfs > 1 Woche oder jede Reduktion für > 2 Wochen oder jede andere chronische gastrointestinale Kondition, welche die Nahrungsassimilation oder Absorption über Wochen beeinträchtigt)</p> <p><input type="checkbox"/> Krankheitsschwere / Inflammation</p> <p><input type="checkbox"/> Mukoviszidose</p> <p><input type="checkbox"/> Terminale Niereninsuffizienz mit Dialysetherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Zöliakie</p> <p><input type="checkbox"/> Schluckstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges (Wegen folgender schwerer Erkrankung mit erheblicher Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes oder unter belastender Therapie):</p>	

C. Diagnose(n)

D. Derzeitige Therapie(n)

E. Krankheitsklassifizierende Angaben (z.B. relevante Laborwerte, Medikamente, Bestrahlungen)

- Krankenhausunterlagen / Behandlungsberichte liegen bereits vor
- Krankenhausunterlagen / Behandlungsberichte sind beigefügt
- Die Patientin / der Patient ist über Art und Zweck der Diät beraten worden, ein Diätplan liegt vor.

Datum, Unterschrift, Arztstempel

Falls erforderlich, weitere Angaben bitte auf der Rückseite oder einem gesonderten Blatt machen.

Bitte Anlage 2 mit den Informationen für Ärztinnen/Ärzte beachten.



Anlage 2

Informationen zur
Anlage zur „Ärztlichen Stellungnahme zum Antrag auf Anerkennung eines
Mehrbedarfes wegen kostenaufwändiger Ernährung

Auszüge aus: Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gewährung des Mehrbedarfs bei kostenaufwändiger Ernährung gemäß § 30 Abs. 5 SGB XII (Stand 16.09.2020 - DV 12/20)

Empfehlungen eines Mehrbedarfes bei bestimmten Erkrankungen:
I. Krankheitsassoziierte Mangelernährung

Die bisher unter dem Begriff „konsumierende Erkrankungen und gestörte Nährstoffaufnahme“ geführten Empfehlungen werden durch die Bezeichnung „krankheitsassoziierte Mangelernährung“ ersetzt und erweitert.

Eine Mangelernährung tritt in Industrieländern überwiegend im Zusammenhang mit einer akuten oder chronischen Erkrankung auf (krankheitsassoziierte Mangelernährung). Folgend werden Krankheitsbilder aufgeführt, mit welchen häufig eine Mangelernährung assoziiert sein kann. Die Aufzählung ist nicht abschließend:

- Tumorerkrankungen
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)
- CED (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa)
- Neurologische Erkrankungen (auch Schluckstörungen)
- terminale und präterminale Niereninsuffizienz, insb. bei Dialyse
- Wundheilungsstörungen
- Lebererkrankungen (z.B. alkoholische Steatohepatitis, Leberzirrhose)

Die aufgezählten Krankheiten führen nicht zwingend in einen Zustand der Mangelernährung. Die Diagnostik einer Mangelernährung erfolgt anhand der sog. GLIM-Kriterien. Demnach muss mindestens jeweils ein Kriterium phänotypischer (d.h. das Erscheinungsbild des Individuums betreffend) und ätiologischer Natur (d.h. die Ursachen für das Entstehen der Mangelernährung betreffend) erfüllt sein.

Phänotypische Kriterien:

- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (> 5 % innerhalb der letzten sechs Monate oder > 10 % über sechs Monate)
- Niedriger Body-Maß-Index (< 20, wenn < 70 Jahre, oder < 22, wenn > 70 Jahre)
- Reduzierte Muskelmasse (gemessen mit validierten Messmethoden zur Bestimmung der Körperzusammensetzung)

Ätiologische Kriterien:

- Geringe Nahrungsaufnahme oder Malassimilation (< 50 % des geschätzten Energiebedarfs > 1 Woche oder jede Reduktion für > 2 Wochen oder jede andere chronische gastrointestinale Kondition, welche die Nahrungsassimilation oder Absorption über Wochen beeinträchtigt)
- Krankheitsschwere/Inflammation

In der Regel ist bei gesicherter Diagnose einer Mangelernährung ein Mehrbedarf zu bejahen. Der Tatbestand kann ausnahmsweise dann nicht erfüllt sein, wenn zwar die phänotypischen und ätiologischen Kriterien erfüllt sind, aber aufgrund der Besonderheiten des Krankheitsbildes tatsächlich nicht von einer kostenaufwändigeren Ernährung auszugehen ist, wie dies bspw. bei Anorexia Nervosa (Magersucht) der Fall sein kann.

Es ergeben sich bei der modifizierten Ernährung bei Mangelernährung im Vergleich zur Vollkosternährung Mehrkosten. Der Deutsche Verein empfiehlt einen Mehrbedarf i.H.v. 10 % der Regelbedarfsstufe 1. Im Falle der Anerkennung eines Mehrbedarfes aufgrund einer krankheitsassoziierten Mangelernährung wird eine turnusmäßige Überprüfung in Abständen von sechs bis maximal zwölf Monaten empfohlen.

II. Mukoviszidose

Mukoviszidose (oder zystische Fibrose) ist eine angeborene, lebensbedrohliche Stoffwechselerkrankung.

Durch die Erkrankung erhöht sich vor allem der Energiebedarf. Zudem wird zur Anreicherung der Mahlzeiten der Einsatz von ONS (Oral Nutritional Supplement) empfohlen. Ein entsprechendes energiereiches Pulver aus Maltodextrin und Fetten (diätetisches Lebensmittel) ist in den zugrundeliegenden Berechnungen ebenso enthalten wie ein geschmacksneutrales Pulver mit löslichen Ballaststoffen. Im Vergleich zur Vollkosternährung ergeben sich bei der Mukoviszidose ernährungsbedingte Mehrkosten. Der Deutsche Verein empfiehlt einen Mehrbedarf i.H.v. 30 % der Regelbedarfsstufe 1. Mukoviszidose ist nicht heilbar. Es besteht daher ein dauerhafter Mehrbedarf. Eine Überprüfung sollte erst nach erfolgreicher Lungentransplantation erfolgen.

III. Terminale Niereninsuffizienz mit Dialysetherapie

Hat die Niereninsuffizienz die Phase der Dialysetherapie erreicht, liegt der Schwerpunkt der Ernährungstherapie in der Vermeidung einer Mangelernährung. Durch die Dialyse ergibt sich außerdem ein erhöhter Proteinbedarf. Es wird zudem eine kalium- und phosphatarme Kost empfohlen. Im Vergleich zur Vollkosternährung ergeben sich bei terminaler Niereninsuffizienz mit Dialyse Mehrkosten für Ernährung. Der Deutsche Verein empfiehlt einen Mehrbedarf i.H.v. 5 % der Regelbedarfsstufe 1. Der Mehrbedarf besteht bis nach erfolgreicher Nierentransplantation dauerhaft. Bei der terminalen Niereninsuffizienz mit Dialysetherapie liegt häufig auch eine krankheitsassoziierte Mangelernährung vor (vgl. IV. 1.). Der Deutsche Verein empfiehlt in diesen Fällen einen kumulierten Mehrbedarf von 15 % der Regelbedarfsstufe 1.

IV. Zöliakie

Zöliakie ist eine genetisch-determinierte autoimmunologisch vermittelte chronisch-entzündliche Darmerkrankung, die durch den Verzehr von Gluten indiziert wird. Die einzige mögliche Therapie ist eine lebenslange streng glutenfreie Ernährung. Die Ernährung setzt sich aus von Natur aus glutenfreien Lebensmitteln sowie industriell hergestellten glutenfreien Ersatzprodukten zusammen, die überwiegend teurer sind als herkömmliche Lebensmittel. Im Vergleich zur Vollkosternährung ergeben sich für die empfohlene Ernährung bei Zöliakie Mehrkosten. Der Deutsche Verein empfiehlt einen Mehrbedarf i.H.v. 20 % der Regelbedarfsstufe 1. Der Mehrbedarf besteht dauerhaft.

V. Schluckstörungen

Schluckstörungen können infolge verschiedener Auslöser z.B. nach Schlaganfällen oder aufgrund neurologischer Erkrankungen, wie bspw. Morbus Parkinson oder Multiple Sklerose, auftreten. Die Therapie besteht vorrangig aus Schlucktraining und entsprechender Anpassung der Ernährung (z.B. Pürieren der Mahlzeiten). In manchen Fällen ist die Andickung der Getränke mit sog. Andickungspulvern notwendig, um eine ausreichende Flüssigkeitsversorgung zu gewährleisten. Diese Andickungspulver gehören zur Gruppe der diätetischen Lebensmittel und sind nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV. Die benötigte Menge dieser Andickungspulver richtet sich nach der individuell benötigten Konsistenzstufe und kann daher nicht pauschal beziffert werden. Der Deutsche Verein empfiehlt, die tatsächlich entstehenden Kosten für Andickungsmittel im Rahmen des Mehrbedarfs zu gewähren, sofern deren Einsatz im Einzelfall ärztlich empfohlen wird.

Kein Mehrbedarf

Nach neueren medizinischen und ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen ist in der Regel ein krankheitsbedingt erhöhter Ernährungsaufwand bei folgenden Erkrankungen zu verneinen, da sie diätetisch mit einer Vollkost zu behandeln sind und davon ausgegangen wird, dass der Regelbedarf den notwendigen Aufwand für eine Vollkost deckt:

- Dyslipoproteinämien sog. Fettstoffwechselstörungen
- Hyperurikämie (Erhöhung der Harnsäure im Blut) und Gicht (Harnsäureablagerungen)
- Hypertonie (Bluthochdruck),
- Kardiale und renale Ödeme (Gewebewasseransammlungen bei Herz- und Nierenerkrankungen)
- Diabetes mellitus Typ I und Typ II (Zuckerkrankheit)
- Ulcus duodeni (Geschwür am Zwölffingerdarm) und Ulcus ventriculi (Magengeschwür)
- Neurodermitis
- Lebererkrankungen
- Endometriose
- Laktoseintoleranz
- Fruktosemalabsorption
- Histaminunverträglichkeit
- Nicht-Zöliakie-Gluten-/Weizen-Sensitivität (NCGS)

Diese Aufstellung entspricht den neueren Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge aus 2020 zur Gewährung von Krankenkostzulagen.

Kinder und Jugendliche

Die ernährungsbedingten Bedarfe von Kindern und Jugendlichen wurden nicht gesondert ermittelt.

Es gibt keine allgemeinen Anhaltspunkte, dass die zusätzlichen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen bei den hier gegenständlichen Erkrankungen Zöliakie, Mukoviszidose und bei terminaler Niereninsuffizienz mit Dialyse über denen von erwachsenen Referenzpersonen liegen könnten, sodass die vorgenannten Empfehlungen grundsätzlich auch zur pauschalen Bemessung bei Kindern und Jugendlichen herangezogen werden können.

Ein weiterer Ermittlungsbedarf ergibt sich insbesondere dann, wenn Anhaltspunkte vorliegen, die einen höheren Mehrbedarf rechtfertigen könnten. Hierzu zählen z.B. (krankheitsassoziierte) Mangelernährungszustände im Kindes- und Jugendalter sowie krankheitsbedingte Ernährungseinschränkungen, bei denen der altersspezifische besondere Ernährungsbedarf von Kindern berücksichtigt werden muss, wie etwa eine Laktoseintoleranz im Säuglings- und Kleinkindalter.
