

# Anlage MEB

## zur Gewährung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändige Ernährung

Diese Anlage ist Bestandteil des Antrags auf Bürgergeld nach dem SGB II. Füllen Sie diese Anlage (ohne die grau unterlegten Felder) in Druckbuchstaben aus. Beachten Sie bitte auch die Ausfüllhinweise.

Landkreis Ostprignitz-Ruppin Jobcenter Ostprignitz-Ruppin	Eingangsstempel
--	-----------------

Aktenzeichen _____
Name, Vorname des Vertreters der Bedarfsgemeinschaft _____

<b>I. Persönliche Daten der Person, auf die sich die Angaben dieser Anlage beziehen</b>	
Familienname/ggf. Geburtsname _____	
Vorname _____	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich

<b>II. Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung</b>	
<input type="checkbox"/>	Die oben genannte Person macht einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige Ernährung nach § 21 Absatz 5 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) geltend.
<input type="checkbox"/>	Die oben genannte Person hat bereits einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige Ernährung nach § 21 Absatz 5 SGB II geltend gemacht.
	Datum der Antragstellung _____

Bitte legen Sie als Nachweis die **beigefügte Bescheinigung** der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes vor. Die Bescheinigung wird zur Berechnung der Leistung verwendet.

Anstelle dieser Bescheinigung können Sie auch ein **ärztliches Attest** vorlegen. Dieses muss die **Erkrankung** sowie die **verordnete Kostform** enthalten. Das Attest ist in einem verschlossenen Umschlag einzureichen. Es wird vom Ärztlichen Dienst des Leistungsträgers ausgewertet.

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten werden auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1c EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) i.V.m. §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und §§ 67 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II verarbeitet. Siehe hierzu das „Informationsblatt Datenschutz“ sowie das „Merkblatt SGB II“.

<b>Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben; Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.</b>			
Ort/Datum _____	Unterschrift Antragstellerin/er _____	Ort/Datum _____	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der Antragstellerin/er _____

<b>Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeitenden des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:</b> _____			
Ort/Datum _____	Unterschrift Antragstellerin/er _____	Ort/Datum _____	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der Antragstellerin/er _____

## Ärztliche Bescheinigung

Für Frau/Herrn \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

} Vor Übergabe an die  
Ärztin/den Arzt von  
der Patientin/dem  
Patienten in  
Druckbuchstaben  
auszufüllen.

### Schweigepflichtentbindung:

Ich entbinde die ausstellende Ärztin/den ausstellenden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht. Diese Erklärung ist freiwillig und bezieht sich ausschließlich auf die Angabe der bescheinigten Erkrankung.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragstellerin/er

Es wird empfohlen, für die Patientendokumentation eine Kopie anzufertigen.

## Hinweis für die Ausstellung der Bescheinigung

Es soll nur eine Krankheit bescheinigt werden, welche eine medizinisch notwendige, kostenaufwändigere Ernährung bedingt. Ist nur eine Ernährungsumstellung erforderlich, die der Patientin/dem Patienten keine Mehrkosten verursacht, ist eine Bescheinigung nicht erforderlich!

- Es besteht eine der unter Buchstabe  a)  b)  c)  d)  e)  f)  g) angegebenen Erkrankungen, welche mit der zugeordneten Krankenkost behandelt werden muss.

Bei einer krankheitsassoziierten Mangelernährung (Buchstabe a oder b):

- BMI ist unter 20 bei unter 70-Jährigen oder unter 22 bei über 70-Jährigen gefallen und/oder ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust von über 5% innerhalb der letzten sechs Monate oder über 10 % in einem Zeitraum über sechs Monate (nicht bei willkürlicher Abnahme bei Übergewicht) und/oder reduzierte Muskelmasse.
- und  geringe Nahrungsaufnahme oder Malassimilation (bspw. < 50 % des geschätzten Energiebedarfs > 1 Woche) und/oder Krankheitsschwere/Inflammation

Bei **sonstiger Erkrankung** (Buchstabe g) bitte Art der Erkrankung und Kostform der aufwändigeren Ernährung hier angeben (diese Angaben werden in der Leistungsakte in einem verschlossenen Umschlag aufbewahrt):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Die Krankenkost ist für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ erforderlich und wird von mir ärztlich verordnet.  
Begründung, wenn die Dauer für länger als 6 Monate angegeben wird:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Eine Nachuntersuchung ist  nicht erforderlich  erforderlich bis zum \_\_\_\_\_  
Begründung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

**Erläuterungsblatt zur ärztlichen Bescheinigung  
(verbleibt bei der/dem ausstellenden Ärztin/Arzt)**

Buchstabe	Art der Erkrankung	Erläuterungen
a)	Tumorerkrankungen (Krebs) Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) CED (Colitis ulcerosa/Morbus Crohn) Neurologische Erkrankungen Wundheilungsstörungen Lebererkrankungen (z.B. alkoholische Steatohepatitis, Leberzirrhose)	Mehrbedarf aufgrund einer krankheitsassoziierten Mangelernährung

Bei den hier genannten krankheitsassoziierten Mangelernährungen kann ein Mehrbedarf vorliegen. Die Diagnostik einer Mangelernährung erfolgt anhand der sog. GLIM-Kriterien. Demnach muss jeweils mindestens ein Kriterium phänotypischer und ätiologischer Natur erfüllt sein. Phänotypische Kriterien: Fällt der BMI unter 20 bei unter 70-Jährigen oder unter 22 bei über 70-Jährigen und/oder ist ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust von über 5% im Vergleich zu den vorausgegangenen sechs Monaten oder über 10 % in einem Zeitraum über sechs Monate zu verzeichnen, kann von einem erhöhten Ernährungsbedarf ausgegangen werden (nicht bei willkürlicher Abnahme bei Übergewicht). Ebenso bei reduzierter Muskelmasse. Ätiologische Kriterien: Bei geringer Nahrungsaufnahme oder Malassimilation (bspw. < 50 % des geschätzten Energiebedarfs > 1 Woche) oder aufgrund der Krankheitsschwere/Inflammation kann von einem erhöhten Ernährungsbedarf ausgegangen werden. Dies muss, ebenso wie das Vorliegen einer solchen Krankheit, durch eine Ärztin/einen Arzt bestätigt werden.

Buchstabe	Art der Erkrankung	Erläuterungen
b)	Terminale Niereninsuffizienz mit Dialysetherapie einhergehend mit einer krankheitsassoziierten Mangelernährung	Mehrbedarf aufgrund einer krankheitsassoziierten Mangelernährung/ Dialysediät

Bei den hier genannten krankheitsassoziierten Mangelernährungen kann ein Mehrbedarf vorliegen. Die Diagnostik einer Mangelernährung erfolgt anhand der sog. GLIM-Kriterien. Demnach muss jeweils mindestens ein Kriterium phänotypischer und ätiologischer Natur erfüllt sein. Phänotypische Kriterien: Fällt der BMI unter 20 bei unter 70-Jährigen oder unter 22 bei über 70-Jährigen und/oder ist ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust von über 5% im Vergleich zu den vorausgegangenen sechs Monaten oder über 10 % in einem Zeitraum über sechs Monate zu verzeichnen, kann von einem erhöhten Ernährungsbedarf ausgegangen werden (nicht bei willkürlicher Abnahme bei Übergewicht). Ebenso bei reduzierter Muskelmasse. Ätiologische Kriterien: Bei geringer Nahrungsaufnahme oder Malassimilation (bspw. < 50 % des geschätzten Energiebedarfs > 1 Woche) oder aufgrund der Krankheitsschwere/Inflammation kann von einem erhöhten Ernährungsbedarf ausgegangen werden. Dies muss, ebenso wie das Vorliegen einer solchen Krankheit, durch eine Ärztin/einen Arzt bestätigt werden.

Buchstabe	Art der Erkrankung	Erläuterungen
c)	Mukoviszidose (oder zystische Fibrose)	Energiereiche, ausgewogene und vitaminreiche Diät, Einsatz von ONS
d)	Zöliakie/Sprue	Glutenfreie Kost
e)	Terminale Niereninsuffizienz mit Dialysetherapie	Mangelernährung vermeiden, erhöhter Proteinbedarf
f)	Schluckstörungen (z.B. nach Schlaganfall oder aufgrund neurologischer Erkrankungen, wie bspw. Morbus Parkinson oder Multiple Sklerose)	Andickungspulver
g)	hereditäre Fruktoseintoleranz	_____ Kostform (bitte eintragen)
	Hyperchylomikronämie	_____ Kostform (bitte eintragen)
	Sonstige Erkrankung* _____ (bitte eintragen)	_____ Kostform (bitte eintragen)

\* Die vorstehende Aufzählung der Krankheiten ist nicht abschließend. Sollte eine weitere Krankheit im Einzelfall einen Mehrbedarf an Ernährung erfordern, tragen Sie bitte Art der Erkrankung und Kostform der aufwändigeren Ernährung hier für Ihre Patientendokumentation und auf der Ärztlichen Bescheinigung ein.