



Richtlinie zur Gewährung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändige Ernährung

in der Grundsicherung für Arbeitsuchende
gemäß § 21 Abs. 5 SGB II
und in der Sozialhilfe
gemäß § 30 Abs. 5 SGB XII

Die Richtlinie tritt mit Wirkung zum 01.01.2021 in Kraft.

Neuruppin, den *30.12.2020*

Ralf Reinhardt
Landrat

I. Allgemeines

Anspruch auf Gewährung des Mehrbedarfs für Krankenkost haben im Sinne des SGB II Hilfebedürftige, die aus medizinischen Gründen einer besonderen kostenaufwändigen Ernährung bedürfen. Weiterhin haben Anspruch auf Gewährung des Mehrbedarfs im Sinne des SGB XII Kranke, Genesende, behinderte Menschen oder von einer Krankheit oder Behinderung bedrohte Menschen, wenn sie als Folge einer gesundheitlichen Beeinträchtigung einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen.

Der Mehrbedarf hat das Ziel, erforderliche Mehrkosten für eine krankheitsspezifische Spezialkost abzudecken. Er kommt demzufolge nur Betracht, wenn die krankheitsspezifische Spezialernährung die Lebenshaltung tatsächlich verteuert. Voraussetzung für die Gewährung ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen einer drohenden oder bestehenden Erkrankung (auch im Sinne von „medizinischen Gründen“) und der Notwendigkeit einer kostenaufwändigen Ernährung.

Die Gewährung von Hilfe für eine kostenaufwändigere Ernährung setzt regelmäßig eine ärztliche Stellungnahme voraus. Sie kann nach der Rechtsprechung des OVG Lüneburg (AZ: 4L 142/90 vom 24.06.1992) nicht nachträglich zugesprochen werden, wenn sich der Hilfeempfänger tatsächlich nicht kostenaufwändiger ernährte.

Die genannten Krankenkostzulagen konkretisieren die „angemessene Höhe“ des Mehrbedarfs für den Regelfall. Auch bei diesem Mehrbedarf gilt, dass er abweichend bemessen werden muss, wenn Besonderheiten des Einzelfalls vorliegen (OVG Lüneburg).

Bei der Erarbeitung dieser Richtlinie fanden die Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Gewährung des Mehrbedarfs bei kostenaufwändiger Ernährung gemäß § 30 Abs. 5 SGB XII vom 16.09.2020 Berücksichtigung.

II. Verfahren

1. Erstbewilligung

Die Gewährung des Mehrbedarfs hängt davon ab, dass aus medizinischen Gründen nachweislich das Erfordernis einer kostenaufwändigen Ernährung besteht, wobei ein ursächlicher Zusammenhang zwischen einer drohenden oder bestehenden Erkrankung und der Notwendigkeit einer kostenaufwändigen Ernährung vorausgesetzt wird. Hierzu ist vom Antragsteller der Antrag auf Gewährung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändige Ernährung auszufüllen. Der Antrag muss die Bezeichnung der Erkrankung und die sich hieraus ergebende Kostform enthalten. Ein entsprechendes Formular stellt der zuständige Leistungsträger zur Verfügung.

Liegen die Voraussetzungen für mehrere Krankenkostformen vor, ist mindestens der höchste der in Betracht kommenden Mehrbedarfe für Krankenkost zu bewilligen bzw. der bei kumulativen Erkrankungen vom Deutschen Verein empfohlene Mehrbedarf.

Eine weitere amtsärztliche Stellungnahme sollte durch den Sachbearbeiter eingeholt werden, wenn

- a) für den Sachbearbeiter nicht eindeutig die Erforderlichkeit erkennbar ist (z.B. aufgrund der im Antrag auf Gewährung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändige Ernährung medizinisch angegebenen Diagnose/Daten),

- b) der Antragsteller einen Mehrbedarf für Ernährung bei krankheitsassoziiierter Mangelernährung geltend macht¹,
- c) der Antragsteller einen Mehrbedarf für Ernährung bei Hyperchylomikronämie, hereditärer Fruktoseintoleranz oder aufgrund von Schluckstörungen geltend macht²,
- d) aufgrund der Besonderheit des Einzelfalles ein Abweichen von den Regelwerten geboten erscheint.

Im Allgemeinen sollen die Bewilligungen auf 12 Monate befristet werden, im Übrigen für die Frist der Bescheiderteilung. Kürzere Bewilligungszeiträume sind, aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung durch Festlegung des Amtsarztes, im Rahmen des Einzelfalles zu gewähren.

Gleiches gilt für die besonderen Ausnahmefälle gemäß Pkt. V dieser Richtlinie im Zusammenhang mit einem amtsärztlichen Gutachten.

2. Weiterbewilligung

Die Weiterbewilligung eines Mehrbedarfs für Krankenkost ist von der Vorlage einer erneuten ärztlichen Stellungnahme abhängig zu machen, die eine genaue gesundheitliche Beeinträchtigung/med. Gründe enthalten und die Erforderlichkeit der Weitergewährung begründen muss. Die weitere Verfahrensweise bestimmt sich analog des Pkt. II.1. Abs. 3 dieser Richtlinie.

Gleiches gilt für die besonderen Ausnahmefälle gemäß Pkt. V dieser Richtlinie im Zusammenhang mit einem amtsärztlichen Gutachten.

III. Beratung

Bei Erst- und Weiterbewilligung des Mehrbedarfs für Krankenkost ist der Hilfebedürftige oder Leistungsberechtigte und/oder dessen Angehörige über den Zweck des Mehrbedarfs der Krankenkost zu unterrichten. Dabei ist gegebenenfalls auch darauf hinzuwirken, dass der Hilfebedürftige oder Leistungsberechtigte und/oder dessen Angehörige sich im Rahmen der Mitwirkungspflichten nach §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) von anderen Stellen, z.B. von den gesetzlichen Krankenkassen und der diätetischen Beratungsstelle des Gesundheitsamtes, zu Fragen der krankheitsbezogenen Ernährung beraten lässt. Über diesen Vorgang ist ein Aktenvermerk zu fertigen.

¹ Diverse akute oder chronische Erkrankungen können zu einer Mangelernährung führen. Die Diagnostik bei einer krankheitsassoziierten 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. In der Regel ist ein Mehrbedarf bei gesicherter Diagnose zu bejahen (Ausnahme bspw. Anorexia nervosa – Magersucht, da aufgrund der Besonderheit des Krankheitsbildes tatsächlich nicht von einem Mehraufwand auszugehen ist). Die Ernährungstherapie orientiert sich an der Vollkost mit Modifikation der Nahrung durch Erhöhung der Kaloriendichte.

² Hyperchylomikronämie und hereditäre Fruktoseintoleranz gehören zu den Erkrankungen und Nahrungsmittelunverträglichkeiten, für die ein Mehrbedarf bestehen kann. Die Überprüfung und Ermittlung der Höhe eines ggf. bestehenden Mehrbedarfs erfolgt durch den Amtsarzt im Einzelfall. Schluckstörungen sind den weiteren Erkrankungen zuzuordnen und können verschiedene Auslöser haben, z.B. Schlaganfall oder auch neurologische Erkrankungen (z.B. Multiple Sklerose oder Morbus Parkinson). Die Überprüfung und Ermittlung der Höhe der tatsächlich entstehenden Kosten für Andickungsmittel erfolgt im Einzelfall. Voraussetzung ist die vorliegende Empfehlung der Ärztin/des Arztes zum Einsatz von Andickungsmitteln.

IV. Berücksichtigte Kostform und Höhe der Krankenkostzulage

Art der Erkrankung	Krankenkost/ Kostform	Krankenkostzulagen
Erkrankungen und Nahrungsmittelunverträglichkeiten, für die eine Vollkosternährung empfohlen wird:		
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit – Typ II und Typ I, konventionell oder intensiviert konventionell behandelt)	Vollkost ³	0 € ----- Da der Regelbedarf grundsätzlich den notwendigen Aufwand für eine Vollkost deckt, ist ein krankheitsbedingt erhöhter Ernährungsaufwand zu verneinen.
Dyslipoproteinämien sog. Fettstoffwechselstörungen*		
Gicht (Erkrankung durch Harnsäureablagerungen)		
Hyperlipidämie (Erhöhung der Blutfettwerte)		
Hypertonie (Bluthochdruck)		
Hyperurikämie (Erhöhung der Harnsäure im Blut)		
kardiale und renale Ödeme (Gewebswasseransammlungen bei Herz- oder Nierenkrankheiten)		
Lebererkrankungen		
Neurodermitis (Überempfindlichkeit von Haut und Schleimhäuten auf genetischer Basis)		
Ulcus duodeni (Geschwür im Zwölffingerdarm)		
Ulcus ventriculi (Magengeschwür)		
Endometriose		
Laktoseintoleranz		
Fruktosemalabsorption**		
Histaminunverträglichkeit		
Nicht-Zöliakie-Gluten-/Weizen-Sensitivität (NCGS)		
*Ausnahme: Hyperchylomikronämie	Einsatz von sog. MCT Fetten	Überprüfung im Einzelfall Festlegung nach amtsärztlicher Begutachtung
** hiervon abzugrenzen: hereditäre Fruktoseintoleranz	Fruktose muss vollständig vermieden werden	Überprüfung im Einzelfall Festlegung nach amtsärztlicher Begutachtung
Krankheitsassoziierte Mangelernährung		
CED - Colitis ulcerosa (mit Geschwürbildungen einhergehende Erkrankung der Dickdarmschleimhaut) - Morbus Crohn (Erkrankung des Magen-Darmtrakts mit Neigung zur Bildung von Fisteln und Verengungen)	Vollkost	Festlegung nach amtsärztlicher Begutachtung (i.d.R. 10 % des Eckregelsatzes)
Tumorerkrankungen (Krebs)	Vollkost	Festlegung nach amtsärztlicher Begutachtung (i.d.R. 10 % des Eckregelsatzes)
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)	Vollkost	Festlegung nach amtsärztlicher Begutachtung (i.d.R. 10 % des Eckregelsatzes)
Neurologische Erkrankungen (auch Schluckstörungen)	Vollkost	Festlegung nach amtsärztlicher Begutachtung (i.d.R. 10 % des Eckregelsatzes)
Wundheilungsstörungen	Vollkost	Festlegung nach amtsärztlicher Begutachtung (i.d.R. 10 % des Eckregelsatzes)

³ Vollkost ist eine Kost, die den Bedarf an essenziellen Nährstoffen deckt, in ihrem Energiegehalt den Energiebedarf berücksichtigt, Erkenntnisse der Ernährungsmedizin zur Prävention und auch zur Therapie berücksichtigt und in ihrer Zusammensetzung den üblichen Ernährungsgewohnheiten angepasst ist.

Lebererkrankungen (z.B. alkoholische Steatohepatitis, Leberzirrhose)	Vollkost	Festlegung nach amtsärztlicher Begutachtung (i.d.R. 10 % des Eckregelsatzes)
Terminale Niereninsuffizienz mit Dialysetherapie einhergehend mit einer krankheitsassoziierten Mangelernährung	Dialysediät/Vollkost	Festlegung nach amtsärztlicher Begutachtung 15 % des Eckregelsatzes (kumulierter Mehrbedarf)
Empfehlung: turnusmäßige Überprüfung in Abständen von 6 bis max. 12 Monaten. ⁴		
Weitere Erkrankungen:		
Mukoviszidose (oder zystische Fibrose)	energiereiche, ausgewogene und vitaminreiche Diät	30 % des Eckregelsatzes
Zöliakie/Sprue (Durchfallerkrankung bedingt durch Überempfindlichkeit gegenüber Klebereiweiß)	Glutenfreie Kost	20 % des Eckregelsatzes
Schluckstörungen (z.B. nach Schlaganfall oder aufgrund neurologischer Erkrankungen, wie bspw. Morbus Parkinson oder Multiple Sklerose)	Andickungspulver	Tatsächlich entstehende Kosten für Andickungsmittel, sofern der Einsatz ärztl. empfohlen ist
Terminale Niereninsuffizienz mit Dialysetherapie*	Dialysediät	Festlegung nach amtsärztlicher Begutachtung 5 % des Eckregelsatzes
* davon abzugrenzen: Chronische Niereninsuffizienz ohne Dialysetherapie	Beschränkung der Eiweiß- und Kochsalzzufuhr	0 €

V. Besondere Ausnahmefälle

In besonderen Ausnahmefällen, wie bspw. Krankheitskonstellationen oder Erkrankungen mit Komplikationen, die langfristig Sonderkost erfordern, sind nach besonderer Begutachtung durch den behandelnden Arzt einer amtsärztlichen Begutachtung zuzuführen. Von dort können sodann Mehrbedarf für Krankenkost befürwortet werden.

⁴ Die Empfehlung der turnusmäßigen Überprüfung durch den Amtsarzt gilt nicht für Mangelernährungszustände, die im Zusammenhang mit einer fortgeschrittenen Leberzirrhose, fortgeschrittener Lungenerkrankung, terminaler Niereninsuffizienz mit Dialyse oder schwerer Herzinsuffizienz mit kardialer Kachexie festgestellt worden sind. In diesen Fällen ist eine Heilung nicht möglich. Eine dauerhafte Besserung des Ernährungszustandes ist im Zusammenhang mit diesen Erkrankungen nicht zu erwarten. Eine Besserung kann bei diesen Erkrankungen frühestens nach erfolgreicher Organtransplantation erreicht werden => Feststellung im Rahmen der amtsärztlichen Begutachtung.