

--

Ort, Datum		
Sachbearbeiter(in)	Zimmer-Nr.	
Telefon	Durchwahl (Nbst.)	Telefax
E-Mail		
Aktenzeichen/Kunden-Nr.		

## Ärztliches Attest

### zur Anerkennung eines ernährungsbedingten Mehrbedarfs

für Leistungen nach SGB XII und dem Asylbewerberleistungsgesetz

☒ Zutreffendes ankreuzen!

#### Angaben zum Patienten/zur Patientin

Familiename	Vorname(n)	Geburtsdatum
Straße	Hausnummer	PLZ
Ort		

#### Angaben zur Behandlung

Der Patient/die Patientin ist wegen (genaue Krankheitsbezeichnung)

seit \_\_\_\_\_ bei mir in Behandlung.

#### Angaben zur Krankheit

Der Patient/die Patientin benötigt aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändige Ernährung wegen folgender Krankheiten

- Krankheitsassoziierte Mangelernährung (s. Hinweise dazu auf der Rückseite unter Ziffer IV.) wie z.B. Tumorerkrankungen, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), DED (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa), neurologische Erkrankungen (auch Schluckstörungen), terminale und präterminale Niereninsuffizienz, insbesondere bei Dialyse, Wundheilungsstörungen, Lebererkrankungen (z.B. alkoholische Steatohepatitis, Leberzirrhose)
- Mukoviszidose
- Terminale Niereninsuffizienz mit Dialysetherapie
- Zöliakie
- Schluckstörungen (wenn der Patient/die Patientin aus medizinischen Gründen Andickungsmittel braucht)
- Sonstige Erkrankung, die unter Darlegung besonderer Befunde eine kostenaufwändige Ernährung unabweisbar erforderlich macht:

Begründung für die Notwendigkeit der Mehrbedarfsanerkennung: (nur erforderlich bei Krankheiten, die in der o.g. Liste der Krankheiten nicht aufgeführt sind).

Erforderlich für \_\_\_\_\_ Monate (Die Bewilligung soll auf 12 Monate befristet werden).

Eine ernährungstherapeutische Beratung ist notwendig.  
 Eine ernährungstherapeutische Beratung  wurde durchgeführt  wurde nicht durchgeführt

Datum	Unterschrift des Arztes	– Stempel –
-------	-------------------------	-------------

#### Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich den Ersteller dieses Attests von seiner ärztlichen Schweigepflicht und bitte ihn, den mit der Bearbeitung dieses Attests betrauten Personen und Institutionen Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in meine Krankenakte zu gewähren.

Datum	Ort	Unterschrift Patient
-------	-----	----------------------

**Bitte wenden!**

# Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gewährung des Mehrbedarfs bei kostenaufwändiger Ernährung gemäß § 30 Abs. 5 SGB XII – Stand 16. September 2020

## I. Abgrenzung

Der Mehrbedarf bezieht sich ausschließlich auf Aufwendungen, die ernährungsbedingt sind. Vom Mehrbedarf bei kostenaufwändiger Ernährung nicht erfasst sind krankheits- oder behinderungsbedingte sonstige Aufwendungen für Medikamente, Heil- und Hilfsmittel oder Hygienebedarf.

## II. Berechtigte

Adressaten des § 30 Abs. 5 SGB XII sind von Krankheit oder Behinderung betroffene oder bedrohte Menschen sowie Genesende. Der Sinn und Zweck dieser Norm besteht also darin, drohende oder bestehende Gesundheitsschäden zu lindern oder abzuwenden.

## III. Kostenaufwändige Ernährung

Unter dem Begriff der Ernährung wird die Versorgung des menschlichen Körpers mit der ausreichenden Menge an Energie, Nährstoffen, Vitaminen und Mineralien verstanden. Eine kostenaufwändige Ernährung i.S.d. § 30 Abs. 5 SGB XII ist jene Ernährung, die im Verhältnis zur empfohlenen Ernährung eines Gesunden ("Vollkosternährung") kostenaufwändiger ist.

## IV. Hinweise zur krankheitsassoziierten Mangelernährung

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

## Empfohlene Höhe der Krankenkostzulagen (Mehrbedarfszuschläge)

### Regelwerte für Krankenkostzulagen bei

#### 1. Krankheitsassoziierte Mangelernährung

Folgende Krankheitsbilder werden häufig mit Mangelernährung in Verbindung gebracht: z.B.:

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

10 % der Regelbedarfsstufe 1

#### 2. Mukoviszidose

30 % der Regelbedarfsstufe 1

#### 3. Terminale Niereninsuffizienz mit Dialysetherapie

5 % der Regelbedarfsstufe 1

#### 4. Zöliakie

20 % der Regelbedarfsstufe 1

#### 5. Schluckstörungen (wenn Andickungsmittel medizinisch erforderlich sind)

Mehrbedarf in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen, max. € 100,00

Nicht jede Erkrankung bedarf einer von der Vollkost abweichenden und ggf. kostenintensiveren Ernährungsform. Nach dem aktuellen Stand der Ernährungsmedizin ist bei folgenden Erkrankungen und Nahrungsmittelunverträglichkeiten diätetisch eine Vollkost bzw. individuell angepasste Vollkost angezeigt, die regelhaft nicht zu einem Mehrbedarf führt:

- 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 Duedeni und Ulcus ventriculi (Geschwür am Zwölffingerdarm bzw. Magen)
- Neurodermitis
- Lebererkrankungen
- Endometriose
- Laktoseintoleranz
- Fruktosemalabsorption
- Histaminunverträglichkeit
- Nicht-Zöliakie-Gluten-/Weizen-Sensitivität (NCGS)

**Mehrbedarf auf Grund der oben genannten Fälle muss ausführlich begründet werden.**