

Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gewährung des Mehrbedarfs bei kostenaufwändiger Ernährung gemäß § 30 Abs. 5 SGB XII

Die Empfehlungen (DV 12/20) wurden am 16. September 2020 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.



Deutscher Verein

für öffentliche und
private Fürsorge e.V.

Inhalt

Einleitung	3
Teil I	3
A. Rechtsgrundlagen	3
I. Voraussetzungen	4
1. Berechtigte	4
2. Kostenaufwändige Ernährung	4
3. Abgrenzung	5
II. Rechtsfolge – Mehrbedarf in angemessener Höhe	7
B. Verfahren	7
I. Amtsermittlungsgrundsatz	7
II. Mitwirkungspflichten	8
III. Ergänzende Hinweise – Ernährungsberatung	8
Teil II	9
I. Empfehlungen zur Höhe des Mehrbedarfs	9
II. Methode	9
III. Erkrankungen und Nahrungsmittelunverträglichkeiten, für die eine Vollkosternährung empfohlen wird	10
IV. Empfehlungen eines Mehrbedarfs bei bestimmten Erkrankungen	11
1. Krankheitsassoziierte Mangelernährung	11
2. Mukoviszidose	13
3. Terminale Niereninsuffizienz mit Dialysetherapie	13
4. Zöliakie	14
5. Schluckstörungen	14
V. Kinder und Jugendliche	15
VI. Tabellarische Übersicht	15

Einleitung

Die Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gewährung eines Mehrbedarfs bei kostenaufwändiger Ernährung sollen der Verwaltungs- und Gerichtspraxis als Orientierungshilfe dienen. Sie beinhalten allgemeine Empfehlungen zur Bemessung des Mehrbedarfs sowie pauschal bezifferte Mehrbedarfe für ausgewählte Erkrankungen. Die Gewährung von Mehrbedarfen bei kostenaufwändiger Ernährung für im Folgenden nicht behandelte Erkrankungen wird dadurch nicht berührt. Die Empfehlungen ersetzen nicht die Ermittlungspflicht des Leistungsträgers und die ggf. notwendige Prüfung und Feststellung des Sachverhaltes im Einzelfall. Insbesondere handelt es sich bei den Empfehlungen nicht um antizipierte Sachverständigengutachten.¹ Folglich dürfen sie nicht normähnlich angewandt oder als allgemeingültige Tatsachen herangezogen werden.

Die Empfehlungen ersetzen jene aus dem Jahr 2014.² Sie beziehen sich namentlich auf den Mehrbedarf bei kostenaufwändiger Ernährung in der Sozialhilfe,³ können aber auch im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) herangezogen werden.

Teil I

A. Rechtsgrundlagen

In der Sozialhilfe wird gemäß § 30 Abs. 5 SGB XII für Kranke, Genesende, behinderte Menschen oder von einer Krankheit oder von einer Behinderung bedrohte Menschen, die einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, ein Mehrbedarf in angemessener Höhe anerkannt.

Die Parallelvorschrift in der Grundsicherung für Arbeitsuchende ist abweichend formuliert. Gemäß § 21 Abs. 5 SGB II wird bei Leistungsberechtigten, die aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, ein Mehrbedarf in angemessener Höhe anerkannt.

Auch wenn der Wortlaut der beiden Vorschriften unterschiedlich ist, ist ein abweichender Regelungsgehalt nicht beabsichtigt.⁴ Aus der Gesetzesbegründung zu § 21 Abs. 5 SGB II lässt sich entnehmen, dass die abweichende Formulierung gewählt wurde, um eine Präzisierung dahingehend vorzunehmen, dass der Mehrbedarf nur bei Nachweis des Bedarfs aus medizinischen Gründen anzuerkennen ist.⁵ Damit wurde die zur Vorbildvorschrift des § 23 Abs. 4 BSHG in Literatur und Rechtsprechung vertretene Auffassung, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen drohender oder bestehender Erkrankung und dem besonderen Ernährungsbedarf bestehen muss, klarstellend aufgegriffen.⁶

Ihre Ansprechpartnerin
im Deutschen Verein:
Laura Hamann.

1 BSG, Urteil vom 22. November 2011, B 4 AS 138/10 R.

2 Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gewährung von Krankenkostzulagen in der Sozialhilfe, 4. Auflage 2014.

3 Die Empfehlungen können damit auch im Falle der sog. Analogieleistungen nach § 2 Abs. 1 AsylbLG herangezogen werden.

4 BSG, Urteil vom 10. Mai 2011, B 4 AS 100/10 R, juris Rdnrn. 19 f.

5 BT-Drucks. 15/1516, S. 57.

6 BSG, Urteil vom 10. Mai 2011, B 4 AS 100/10 R, juris Rdnr. 17, m.w.N.

I. Voraussetzungen

Tatbestandliche Voraussetzung ist demnach ein kausaler Zusammenhang zwischen einer (drohenden) Erkrankung oder Behinderung und der medizinischen Notwendigkeit einer kostenintensiveren Ernährung. Die Formulierung in § 21 Abs. 5 SGB II „aus medizinischen Gründen“ ist damit gleichbedeutend zu verstehen.⁷ Welche Erkrankungen oder Behinderungen einen Mehrbedarf wegen einer kostenaufwändigeren Ernährung auslösen, bestimmt sich nach dem aktuellen Stand der Ernährungsmedizin und Diätetik.

1. Berechtigte

Adressaten des § 30 Abs. 5 SGB XII sind von Krankheit⁸ oder Behinderung⁹ betroffene oder bedrohte Menschen sowie Genesende.¹⁰ Durch die Nennung von „Genesenden“ sowie von „Krankheit und Behinderung bedrohten Menschen“ wird sowohl eine präventive als auch eine nachsorgende Zielsetzung deutlich. Insoweit lässt sich der Sinn und Zweck der Norm darin erfassen, drohende oder bestehende Gesundheitsschäden zu lindern oder abzuwenden.¹¹ Auch hier ist die in § 21 Abs. 5 SGB II gewählte Formulierung „aus medizinischen Gründen“ sinngleich.

Der Vergleich der beiden Parallelvorschriften § 21 Abs. 5 SGB II und § 30 Abs. 5 SGB XII verdeutlicht auch die ansonsten geringe Bedeutung der in § 30 Abs. 5 SGB XII kategorisierten Personengruppen. Definitiv und inhaltlich überschneiden sich die Begriffe. Eine klare Abgrenzung z.B. zwischen „Kranken“ und „Genesenden“ wird oftmals kaum möglich sein. Zudem ist bei chronischen Erkrankungen häufig auch der Tatbestand der Behinderung erfüllt. Der Differenzierung der genannten Personengruppen kommt daher praktisch kaum Bedeutung zu.¹² Da es tatbestandlich auf den kausalen Zusammenhang zwischen einer (drohenden) Erkrankung oder Behinderung und den daraus resultierenden Mehraufwand für Ernährung ankommt, löst auch die bloße Zugehörigkeit zu einer der in § 30 Abs. 5 SGB XII genannten Personengruppen keinen Anspruch auf einen Mehrbedarf aus.

2. Kostenaufwändige Ernährung

Unter dem Begriff der Ernährung wird die Versorgung des menschlichen Körpers mit der ausreichenden Menge an Energie, Nährstoffen, Vitaminen und Mineralien verstanden. Systematisch beziehen sich die Mehrbedarfe des § 30 SGB XII auf Be-

7 Vgl. SG Augsburg, Urteil vom 8. November 2005, S 1 AS 225/05.

8 Der Begriff der Krankheit ist nicht legaldefiniert. Im Bereich des Krankenversicherungsrechts wird Krankheit als regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand, der ärztliche Behandlung erfordert, beschrieben.

9 Der Behinderungsbegriff ist in § 2 Abs. 1 SGB IX gesetzlich definiert. Demnach sind Menschen mit Behinderungen Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine solche Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper- und Geisteszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

10 Unter Genesenden sind Personen nach Abschluss einer akuten, behandlungsbedürftigen Krankheit bis zur endgültigen Wiederherstellung der Gesundheit zu verstehen.

11 V. Boetticher, in: Bieritz-Harder/Conradis/Thie, 11. Aufl. 2018, SGB XII, § 30 Rdnr. 26.

12 Vgl. Simon, in: jurisPK-SGB XII, Rdnr. 111.

darfe, die nicht von den pauschalen Regelbedarfen nach § 27a SGB XII erfasst sind.¹³ Die Regelbedarfe beinhalten den zur Sicherung des Existenzminimums notwendigen Lebensunterhalt, zu dem auch die Kosten der Ernährung gehören (§ 27a Abs. 1 und 2 SGB XII). Eine kostenaufwändige Ernährung i. S. d. § 30 Abs. 5 SGB XII ist jene Ernährung, die im Verhältnis zur empfohlenen Ernährung eines Gesunden („Vollkosternahrung“) kostenaufwändiger ist.

Wenn aus medizinischer und ernährungswissenschaftlicher Sicht bei einer Krankheit oder Behinderung diätisch eine Vollkosternahrung angezeigt ist, handelt es sich nicht um eine kostenaufwändige Ernährung i. S. d. § 30 Abs. 5 SGB XII.

3. Abgrenzung

Dem Wortlaut nach bezieht sich der Mehrbedarf 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 den Hygienebedarf.¹⁴

a) Nahrungsergänzungsmittel und diätetische Lebensmittel

Unklar ist bislang, inwiefern Nahrungsergänzungsmittel und diätetische Produkte beim Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung zu berücksichtigen sind. In der Literatur wird dies teilweise sowohl mit Verweis auf die im Regelsatz enthaltene Pauschale für die Gesundheitspflege als auch auf die vorrangige Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verneint.¹⁵

aa) Leistungen der GKV

Versicherte¹⁶ haben gemäß § 27 SGB V Anspruch auf notwendige Krankenbehandlung. Zur Krankenbehandlung gehört u.a. die Versorgung mit Arzneimitteln. Von der Versorgung nach § 27 SGB V grundsätzlich ausgeschlossen sind Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, sog. Krankenkost und andere diätetische Lebensmittel.¹⁷ Ausnahmen gelten gemäß § 31 Abs. 5 Satz 1 SGB V für bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung, wenn eine solche bilanzierte Diät medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Konkretisiert wird dies durch die §§ 18 ff. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (AM-RL des G-BA). Demnach sind Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten, sog. Trinknahrung und Sondennahrung ausnahmsweise verordnungsfähig. Nicht verordnungsfähig

13 Vgl. hierzu auch § 21 Abs. 1 SGB II.

14 Vgl. BSG, Urteil vom 27. Februar 2008, B 14/7b AS 64/06 R, juris Rdnr. 31; BSG, Urteil vom 26. Mai 2011, B 14 AS 146/10 R, juris Rdnr. 20.

15 Vgl. Krauß, in: Hauck/Noftz, 05/11, § 21 SGB II, Rdnr 59; Düring, in: Gagel SGB II/SGB III, § 21 Rdnr. 29, jeweils mit Verweis auf BSG, Urteil vom 27. Februar 2008, B 14/7b AS 64/06 R, juris Rdnr. 31, allerdings bezieht sich das Urteil nur auf Arzneimittel.

16 Leistungsbeziehende nach dem SGB II sind grundsätzlich in der GKV pflichtversichert (§ 5 Abs. 2a SGB V). Auch Beziehende von Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sind oftmals vorrangig gesetzlich krankenversichert. Für Personen, die nicht gesetzlich krankenversichert werden können, übernimmt die GKV gemäß § 264 Abs. 1 und 2 SGB V i.V.m. § 19 Abs. 5 SGB XII die Krankenbehandlung, wobei der Sozialhilfeträger die entstandenen Kosten erstattet. Der Leistungsumfang entspricht dem Umfang der Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung für Versicherte.

17 Vgl. § 18 Satz 1 AM-RL (G-BA); BT-Drucks. 16/10609, S. 51.

sind bspw. eiweißreduzierte Diätahrung, glutenfreie Spezialmehle, laktosefreie Milchprodukte, phenylalaninfreie Fertigprodukte.¹⁸

Ebenfalls von der Versorgung grundsätzlich ausgeschlossen sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (§ 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Ausnahmen sind wiederum in § 12 der AM-RL (G-BA) sowie deren Anlage I geregelt. Demnach können nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel verordnet werden, wenn die Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Dabei gilt eine Krankheit als schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt. Hierunter fallen unter bestimmten Voraussetzungen auch Vitamin- und Mineralstoffpräparate (Nahrungsergänzungsmittel); sie sind nach den dortigen Bestimmungen bei bestimmten Erkrankungen als Arzneimittel verordnungsfähig.

bb) Regelbedarfe im SGB XII und SGB II

Nahrungsergänzungsmittel und diätetische Lebensmittel gehören rechtlich zu den Lebensmitteln und sind dem Bereich der Ernährung (Abteilung 1) zuzuordnen (vgl. § 5 Abs. 1 RBEG). Der Sache nach können sie damit auch Bestandteil des Mehrbedarfs bei kostenaufwändiger Ernährung sein.

Bei dem ebenfalls in den Regelbedarfen enthaltenen Anteil für die Gesundheitspflege (Abteilung 6) sind zudem pauschale Bedarfe u.a. für pharmazeutische Erzeugnisse abgedeckt.¹⁹ Hierunter fallen neben Medikamenten u. ä. auch hochdosierte apothekenpflichtige Vitamin- und Mineralstoffpräparate, also jene Produkte, die auch therapeutisch eingesetzt werden können und in bestimmten Fällen zulasten der GKV verordnungsfähig sind.

Im Einzelfall kann daher eine im Rahmen einer medizinisch indizierten Ernährungsweise angezeigte Vitamin- oder Mineralstoffsubstitution bereits durch den pauschalen Anteil der Gesundheitspflege abgedeckt sein. Hiervon bleibt jedoch unberührt, dass Nahrungsergänzungsmittel Teil des Ernährungsbedarfs und somit auch bei der Ermittlung des Mehrbedarfs einzubeziehen sind.

b) Fazit und Empfehlung

Nahrungsergänzungsmittel und diätetische Lebensmittel gehören zu den Lebensmitteln und sind dem Bereich der Ernährung zuzuordnen. Sie sind damit grundsätzlich auch bei der Ermittlung des Mehrbedarfs bei kostenaufwändiger Ernährung zu berücksichtigen.

Lebensmittel und insoweit auch Nahrungsergänzungsmittel sind grundsätzlich nicht von den Leistungen der GKV erfasst. Einige wenige Ausnahmen gelten für bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung (§ 31 Abs. 5 Satz 1 SGB V) sowie bestimmte Nahrungsergänzungsmittel, die nach der Anlage I zur AM-RL (G-BA) verordnungsfähig sind.²⁰ Der grundsätzliche Leistungsausschluss von Lebensmitteln

¹⁸ BT-Drucks. 1616/10609, S. 51.

¹⁹ Vgl. EVS 2013, destatis, S. 44: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Einkommen-Einnahmen-Ausgaben/Publikationen/Downloads-Einkommen/evs-aufgabe-methode-durchfuehrung-2152607139004.pdf?__blob=publicationFile.

²⁰ Anlage I zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie, Gesetzliche Verordnungsaußschlüsse in der Arzneimittelversorgung und zugelassene Ausnahmen, Zugelassene Ausnahmen zum gesetzlichen Verordnungsaußschluss nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V (OTC-Übersicht), abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/downloads/83-691-507/AM-RL-I-OTC-2018-11-09.pdf>.

und Nahrungsergänzungsmitteln von der Versorgung durch die GKV bedeutet nicht zwingend, dass bestimmte Kostformen oder Nahrungsergänzungsmittel nicht medizinisch notwendig sein können, sondern ordnet die Kosten für die Ernährung dem Eigenverantwortungsbereich der Versicherten zu. Insofern führt der Verweis auf die Nichtübernahmefähigkeit von Nahrungsergänzungsmitteln oder bilanzierten Diäten durch die GKV nicht dazu, diese bei der Bemessung des Mehrbedarfs bei kostenaufwändiger Ernährung nach § 30 Abs. 5 SGB XII grundsätzlich nicht zu berücksichtigen.

Vielmehr zeichnet sich eine vollwertige bzw. erkrankungsspezifisch bedarfsgerechte Ernährung gerade dadurch aus, den Körper ausreichend mit den essenziellen Nährstoffen zu versorgen. Sie hat zum Ziel, einen behandlungsbedürftigen Not- oder Mangelzustand zu vermeiden. Dieser präventive Aspekt entspricht auch dem Sinn und Zweck der Normen § 30 Abs. 5 SGB XII bzw. § 21 Abs. 5 SGB II, durch den Mehrbedarf drohende oder bestehende Gesundheitsschäden abzuwenden oder zu lindern.²¹

Erfordert daher eine aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung angezeigte Diät den Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln oder diätetischen Lebensmitteln, sind die Aufwendungen hierfür in die Ermittlung des Mehrbedarfs bei kostenaufwändiger Ernährung einzubeziehen. Dies gilt ausnahmsweise nur dann nicht, wenn der entsprechende Bedarf bereits anderweitig, insbesondere durch Leistungen der GKV gedeckt wird.

II. Rechtsfolge – Mehrbedarf in angemessener Höhe

Sind die Tatbestandsvoraussetzungen erfüllt, besteht ein Rechtsanspruch auf den Mehrbedarf in angemessener Höhe. Die Gewährung des Mehrbedarfs bei kostenaufwändiger Ernährung steht damit nicht im Ermessen des Leistungsträgers. Die „angemessene Höhe“ ist ein unbestimmter Rechtsbegriff und unterliegt damit der vollen gerichtlichen Überprüfung. Was im Einzelfall eine angemessene Höhe ist, bestimmt sich nach dem allgemein anerkannten aktuellen Stand der medizinischen und ernährungswissenschaftlichen Erkenntnisse.

B. Verfahren

I. Amtsermittlungsgrundsatz

Der Anspruch auf den Mehrbedarf bei kostenaufwändiger Ernährung besteht bei Vorliegen der Voraussetzungen unabhängig von der Antragstellung. Der entscheidungsrelevante Sachverhalt ist von Amts wegen zu ermitteln (Untersuchungsgrundsatz, § 20 SGB X, § 103 SGG). Es empfiehlt sich daher die regelmäßige Abfrage möglicher Anhaltspunkte bei Erst- und Folgeanträgen.

Frühestmöglicher Zeitpunkt der Gewährung eines Mehrbedarfs ist die individuelle Kenntnis der objektiv notwendigen krankheitsbedingten Ernährungsanforde-

21 Vgl. V. Boetticher, SGB XII; Bieritz-Harder/Conradis/Thie, 11. Aufl. 2018, § 30, Rdnr. 26.

zung.²² Dieser Zeitpunkt dürfte in der Regel mit der erstmaligen ärztlichen Diagnose und entsprechender Ernährungsempfehlung einhergehen. Unter diesen Voraussetzungen ist auch eine rückwirkende Anerkennung des Mehrbedarfs nach Maßgabe der §§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB X und 44 Abs. 4 Satz 1 SGB X i.V.m. § 116a SGB XII bzw. § 40 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB II grundsätzlich möglich. Die Einhaltung einer bestimmten Diät muss nicht nachgewiesen werden.²³

II. Mitwirkungspflichten

Die antragstellende Person ist nach §§ 60 ff. SGB I zur Mitwirkung verpflichtet. Im Rahmen der Mitwirkungspflicht nach § 61 Abs. 1 SGB I kann die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung verlangt werden, aus welcher (1) die Art der Erkrankung sowie (2) die daraus resultierende notwendige Ernährungsform hervorgeht. Die ggf. entstehenden Kosten für diese Bescheinigung können der betreffenden Person im Rahmen von § 65a Abs. 1 Satz 1 SGB I erstattet werden.²⁴ Die Leistungsberechtigten sind im Rahmen ihrer Mitwirkungspflichten auch verpflichtet, sich einer weiteren ärztlichen Untersuchung zu unterziehen, sofern dies für die Ermittlung des Sachverhaltes notwendig ist (§ 62 SGB I).

Ein weiterer Ermittlungsbedarf kann sich insbesondere ergeben, wenn die Aussagekraft der vorgelegten ärztlichen Bescheinigung eingeschränkt ist, es sich um eine in diesen Empfehlungen nicht behandelte Erkrankung handelt oder mehrere möglicherweise anspruchsbegründende Voraussetzungen vorliegen, die ggf. zu einer Kumulation ernährungsbedingter Bedarfe führen können.

Der angemessene Turnus zur Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen richtet sich nach den Umständen der jeweiligen Erkrankung (s. Teil II).

III. Ergänzende Hinweise – Ernährungsberatung

Die Ernährungsberatung ist in vielen Fällen ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Versicherten der GKV kann die Krankenkasse gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V Patientenschulungsmaßnahmen genehmigen. Hierzu zählt auch eine Ernährungsberatung durch qualifizierte Personen. Voraussetzung dieser Leistung ist, dass die Patientenschulung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Hierzu kann die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt formlos eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung ausstellen, die budgetneutral ist. Da die betreffenden Patienten zum Nachweis ihres Mehrbedarfs aufgrund kostenaufwändiger Ernährung gegenüber den Grundsicherungs- und Sozialhilfeträgern ohnehin eine ärztliche Bescheinigung beibringen müssen, empfiehlt der Deutsche Verein bei der Bereitstellung entsprechender Formulare, ein zusätzliches Feld einzufügen, in dem zu-

22 BSG, Urteil vom 20. Februar 2014, B 14 AS 65/12 R, Rdnr. 29.

23 BSG, Urteil vom 20. Februar 2014, B 14 AS 65/12 R, Rdnr. 23 f.

24 Der Aufwendungsersatz nach § 65a Abs. 1 Satz 1 SGB I liegt im Ermessen des zuständigen Leistungsträgers. Im Bereich der Grundsicherung wird bei den Ermessenserwägungen die finanzielle Situation der Leistungsberechtigten zu berücksichtigen sein, was regelmäßig in eine Kostenerstattung münden dürfte. Zur Orientierung bzgl. der Erstattungshöhe empfiehlt sich die Anlehnung an die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

gleich die Notwendigkeit der Ernährungsberatung bescheinigt werden kann.²⁵ Die Bescheinigung kann demnach sowohl gegenüber dem Grundsicherungs- und Sozialhilfeträger als auch gegenüber der Krankenkasse verwendet werden, ohne dass ggf. weitere Gebühren entstehen.

Teil II

I. Empfehlungen zur Höhe des Mehrbedarfs

Grundlage für die Ermittlung der Regelbedarfe sind die in der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) des Statistischen Bundesamtes erhobenen Verbrauchsausgaben von Haushalten unterer Einkommensgruppen. In der Erhebung wird nicht differenziert, um welche Art der Ernährung es sich handelt. Es gibt daher keine an das statistische Modell der EVS unmittelbar anschlussfähige Methode zur Bemessung des Mehrbedarfs bei krankheitsbedingt kostenaufwändigerer Ernährung.

Der Mehrbedarf bei bestimmten Erkrankungen lässt sich aber sachgerecht im Verhältnis zu den tatsächlichen Kosten für eine Vollkosternährung („Normalernährung“) beziffern. Hierzu gab es bislang keine belastbaren Erhebungen. Aus diesem Grund hat der Deutsche Verein die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM) mit der Erstellung eines Gutachtens zur Quantifizierung des Mehrbedarfs bei kostenaufwändigerer Ernährung in der Sozialhilfe beauftragt. Die Ergebnisse dieses Gutachtens bilden die quantitative Grundlage für die in Teil II enthaltenen Empfehlungen des Deutschen Vereins.²⁶

II. Methode

Zur Erhebung des ernährungsspezifischen Mehraufwandes wurde ein exemplarischer Vollkost-Speiseplan als Bezugsgröße verwendet, der sich nach den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) für eine Vollkosternährung²⁷ richtet. Dieser Vollkostplan wurde nach den einschlägigen Leitlinien der jeweiligen Erkrankung entsprechend abgewandelt.²⁸ Alle Speisepläne wurden von Expertinnen des Berufsverbandes der Diätassistenten (VDD) erstellt. Auf Grundlage der modifizierten Wochenspeisepläne wurden Einkaufslisten angefertigt und im Handel der Mittelwert aus dem oberen und unteren Preissegment ermittelt. Der Mehrbedarf ergibt sich schließlich aus der Gegenüberstellung der Kosten eines Vollkost-Speiseplanes mit dem jeweils erkrankungsspezifisch modifizierten Speiseplan.

25 Z.B.: „Eine ernährungstherapeutische Beratung gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V durch einen qualifizierten Ernährungsberater ist notwendig“.

26 Die Empfehlungen wurden in einer Arbeitsgruppe aus Ernährungswissenschaftler/innen, Mediziner/innen und Jurist/innen und Vertreter/innen der Verwaltungspraxis erarbeitet.

27 Zur vollwertigen Ernährung: <https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/>.

28 Den Berechnungen liegt der Bedarf einer durchschnittlichen Referenzperson zugrunde. Referenzperson der DGE (männlich, 25 bis < 50 Jahre alt, normalgewichtig; 70 kg bei 1,79 m Körpergröße). Die Daten sind daher modellhaft, eignen sich aber zur Ermittlung eines durchschnittlichen Bedarfes zum Zwecke pauschaler Empfehlungen.

Die quantitativen Ergebnisse der Vollkostberechnung geben keine Hinweise darauf, dass die in der EVS 2013 erhobenen und vollständig im Regelbedarf berücksichtigten Ausgaben für Nahrungsmittel und Getränke nicht bedarfsdeckend sein könnten.

In die Berechnungen wurden ausschließlich ernährungsbedingte Aufwendungen einbezogen. Soweit der Nährstoffbedarf aus ernährungswissenschaftlicher Sicht nach den Umständen der jeweiligen Erkrankung nicht allein durch Lebensmittel gedeckt werden kann, wurden auch Nahrungsergänzungsmittel und diätetische Lebensmittel berücksichtigt.

III. Erkrankungen und Nahrungsmittelunverträglichkeiten, für die eine Vollkosternährung empfohlen wird

Nicht jede Erkrankung bedarf einer von der Vollkost abweichenden und ggf. kostenintensiveren Ernährungsform. Im Rahmen des Gutachtenauftrags an die DGEM e.V. wurden die bisher in den Empfehlungen des Deutschen Vereins aufgeführten Erkrankungen, bei welchen eine Vollkosternährung empfohlen wurde, überprüft.²⁹ Erstmals in die Überprüfung einbezogen wurde aufgrund gestiegener Rückfragen aus der Praxis Endometriose und Nicht-Zöliakie-Gluten-/Weizen-Sensitivität (NCGS).

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. Fettstoffwechselstörungen³⁰
- 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
- Fruktosemalabsorption³¹

29 DGEM e.V.: Gutachten zur Quantifizierung des Mehrbedarfs bei kostenaufwändiger Ernährung, S. 4 ff.

30 Eine Ausnahme stellt hier eine diagnostizierte Hyperchylomikronämie dar. Bei dieser seltenen Erkrankung kann im Rahmen der Ernährungstherapie der Einsatz von sog. mittelkettigen Triglyceriden (MCT Fetten) notwendig sein. Dieses bedarf eine Überprüfung im Einzelfall.

31 Hiervon abzugrenzen ist die hereditäre Fruktoseintoleranz. Hier muss die Fruktose vollständig vermieden

- Histaminunverträglichkeit
- Nicht-Zöliakie-Gluten-/Weizen-Sensitivität (NCGS)

IV. Empfehlungen eines Mehrbedarfs bei bestimmten Erkrankungen

Die bislang ausgesprochenen Empfehlungen des Deutschen Vereins für ausgewählte Krankheitsbilder wurden im Rahmen der Gutachtenerstellung durch die DGEM e.V. aus ernährungswissenschaftlicher Sicht überprüft. Ein im Vergleich zur Vollkosternahrung krankheitsbedingter Mehrbedarf wurde für Mukoviszidose, Zöliakie, terminale Niereninsuffizienz mit Dialyse sowie bei krankheitsassoziierter Mangelernährung ermittelt. Hier kann im Folgenden eine pauschale Empfehlung ausgesprochen werden. Außerdem wurde ein individuell zu bemessender Bedarf bei Schluckstörungen festgestellt und in die Empfehlungen aufgenommen.

Bei den im Gutachten der DGEM e.V. unter dem Punkt „Bariatric“ behandelten Ernährungsempfehlungen (insbes. Vitamin- und Eiweißsupplementierung) kann aufgrund der fehlenden Gegenüberstellung der Gesamternährungsaufwendungen nach bariatrischen Operationen im Verhältnis zu den Kosten der Vollkosternahrung kein Mehrbedarf festgestellt werden.

Zur Dynamisierung der Mehrbedarfsbeträge werden die Empfehlungen in vom Hundert (%) der Regelbedarfsstufe 1 ausgewiesen. Bei der Umrechnung wurden die Ergebnisse in 5 %-Schritten aufgerundet. Die pauschalen Empfehlungen gelten grundsätzlich unabhängig vom Alter der Betroffenen oder ihrem Status in der Bedarfsgemeinschaft.

1. Krankheitsassozierte Mangelernährung

Die bisher unter dem Begriff „konsumierende Erkrankungen und gestörte Nährstoffaufnahme“ geführten Empfehlungen werden durch die Bezeichnung „krankheitsassozierte Mangelernährung“ ersetzt und erweitert.³²

Mangelernährung ist ein Zustand, der durch ein länger währendes Ungleichgewicht zwischen der Nahrungszufuhr und dem Energiebedarf entsteht. Eine Mangelernährung tritt in Industrieländern überwiegend im Zusammenhang mit einer akuten oder chronischen Erkrankung auf (krankheitsassozierte Mangelernährung).³³ Diverse Erkrankungen können zu einer Mangelernährung führen. 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)

werden, sodass ein Mehrbedarf entstehen kann. Die Ermittlung der Höhe des ggf. bestehenden Mehrbedarfs bei der hereditären Fruktoseintoleranz muss im Einzelfall erfolgen.

32 Vgl. Empfehlungen des Deutschen Vereins aus 2014, S. 10.

33 Norman, K.: Habilitationsschrift Krankheitsassozierte Mangelernährung, Funktionalität und Prognose: die Bedeutung der Bioelektrischen Impedanzanalyse, abrufbar unter: https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/11045/Habilitation_2012_elektronisch.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

- 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.³⁴ 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.

Die Ernährungstherapie bei Mangelernährung orientiert sich an der Vollkost. Sie besteht in der Modifikation der Nahrung durch Erhöhung der Kaloriendichte. 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 Mehrbedarfs aufgrund einer krankheitsassoziierten Mangelernährung wird eine turnusmäßige Überprüfung in Abständen von sechs bis maximal zwölf Monaten empfohlen. Diese Empfehlung gilt nicht für

³⁴ Cederholm, T./Jensen, G.L./Correia, M, Gonzalez, M.C./Fukushima, R./Higashiguchi, T. et al.: GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. Journal of cachexia, sarcopenia and muscle, 2019, Bd. 43, S. 32–40.

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.

2. Mukoviszidose

Mukoviszidose (oder zystische Fibrose) ist eine angeborene, lebensbedrohliche Stoffwechselerkrankung. Aufgrund einer genetischen Störung kommt es zu einem Ungleichgewicht im Salz-Wasser-Haushalt, das die Körperflüssigkeiten (z. B. Speichel, Bronchialschleim) zäher macht. Hierdurch werden verschiedene Organe beeinträchtigt, was u.a. zu Lungenproblemen und Verdauungsstörungen führt. Die Erkrankung ist nicht heilbar.

Die zugrundeliegenden ernährungsmedizinischen Empfehlungen orientieren sich an der europäischen Leitlinie für Mukoviszidosepatienten.³⁵ Durch die Erkrankung erhöht sich vor allem der Energiebedarf. Die ernährungstherapeutische Herausforderung besteht darin, die Patienten ausreichend mit allen Mikronährstoffen, essenziellen Fettsäuren und Proteinen zu versorgen. Dies geschieht durch fettreiche und hochkalorische Kost. 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.

3. Terminale Niereninsuffizienz mit Dialysetherapie

Bei der chronischen Niereninsuffizienz ohne Dialysetherapie wird ernährungswissenschaftlich eine Beschränkung der Eiweiß- und Kochsalzzufuhr empfohlen. Die Mengeneempfehlungen für die Proteinzufuhr entsprechen dem allgemein für Erwachsene empfohlenen Wert der Deutschen Gesellschaft für Ernährung DGE.³⁶ Es besteht daher kein ernährungsbedingter Mehrbedarf.

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. Weiterhin be-

35 ESPEN-ESPGHAN-ECFS guidelines on nutrition care for infants, children and adults with cystic fibrosis, abrufbar unter: https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/2_ESPEN-ESPGHAN-ECFS_guidelines_on_nutrition_care_for_infants_children_and_adults_with_cystic_fibrosis.pdf.

36 Von der DGE empfohlene Proteinzufuhr: <https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/protein/>.

steht die Ernährungstherapie aus einer Begrenzung der Flüssigkeitsaufnahme und der Kochsalzzufuhr. 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.

4. Zöliakie

Zöliakie ist eine genetisch-determinierte autoimmunologisch vermittelte chronisch-entzündliche Darmerkrankung, die durch den Verzehr von Gluten indiziert wird. Gluten kommt in vielen Getreidearten vor wie z.B. in Weizen, Roggen oder Gerste. Zöliakie ist nicht heilbar. Die einzige mögliche Therapie ist eine lebenslange streng glutenfreie Ernährung.³⁷ 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.

5. 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 Andickungspulver³⁸ 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.³⁹

Der Deutsche Verein empfiehlt, die tatsächlich entstehenden Kosten für Andickungsmittel im Rahmen des Mehrbedarfs zu gewähren, sofern deren Einsatz im Einzelfall ärztlich empfohlen wird.

37 S2k-Leitlinie Zöliakie: Ergebnisse einer S2k-Konsensuskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) gemeinsam mit der Deutschen Zöliakie-Gesellschaft (DZG e.V.) zur Zöliakie, Weizenallergie und Weizensensitivität, abrufbar unter:https://www.fg-ced.de/files/neue_pdfs/Leitlinien/Zöliakie,%20Weizenallergie%20und%20Weizensensitivität.pdf.

38 Handelsübliche Andickungsmittel für den Haushaltsgebrauch („Soßenbinder“) sind nicht amylaseresistent und daher nicht für die therapeutische Nutzung bei Schluckstörungen geeignet.

39 Nach Einschätzung der DGEM e.V. sind Aufwendungen bis zu 100,- €/Monat möglich.

V. 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.

VI. Tabellarische Übersicht

Die folgende Tabelle dient lediglich der Übersicht. Die empfohlenen Mehrbedarfe sind niemals isoliert, sondern stets im Zusammenhang mit den vorstehenden Ausführungen zu betrachten.

Erkrankung	Empfohlener Mehrbedarf (in % der Regelbedarfsstufe 1)
Zöliakie	20 %
Mukoviszidose	30 %
Krankheitsassoziierte Mangelernährung (früher: konsumierende Erkrankungen)	10 %
Terminale Niereninsuffizienz mit Dialysetherapie	5 %
„Schluckstörungen“	in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. – seit 140 Jahren das Forum des Sozialen

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. ist das gemeinsame Forum von Kommunen und Wohlfahrtsorganisationen sowie ihrer Einrichtungen, der Bundesländer, der privatgewerblichen Anbieter sozialer Dienste und von den Vertretern der Wissenschaft für alle Bereiche der Sozialen Arbeit, der Sozialpolitik und des Sozialrechts. Er begleitet und gestaltet durch seine Expertise und Erfahrung die Entwicklungen u.a. der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik, der Sozial- und Altenhilfe, der Grundsicherungssysteme, der Pflege und Rehabilitation. Der Deutsche Verein wird gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Michael Löher, Vorstand

Michaelkirchstr. 17/18

10179 Berlin

www.deutscher-verein.de

E-Mail info@deutscher-verein.de