

## Anlage

zur Gewährung eines Mehrbedarfs für kostenaufwendige Ernährung nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) - zu Abschnitt 3 des Hauptantrages -

# MEB

**Aktenzeichen der Bedarfsgemeinschaft:** \_\_\_\_\_

**Name, Vorname und Geburtsdatum** des Hilfebedürftigen, für den der Mehrbedarf begehrt wird:

\_\_\_\_\_

- Ich habe bereits mit Antrag vom \_\_\_\_\_ einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige Ernährung nach § 21 Abs. 5 SGB II geltend gemacht.
- Ich mache einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändigere Ernährung nach § 21 Abs. 5 SGB II geltend.

**Zur Begründung und zum Nachweis** eines Mehrbedarfs für kostenaufwändigere Ernährung nach § 21 Abs. 5 SGB II im Zusammenhang mit laufenden SGB II-Leistungen

mit Wirkung ab \_\_\_\_\_

- wird auf die umseitig nachfolgende ärztliche Stellungnahme der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes verwiesen.**
- wird ein gesondertes ärztliches Attest vorgelegt, aus dem sich Genaueres über**
- **die Erkrankung,**
  - **die erforderliche Kostform, ergibt.**

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c SGB X für die Leistungen nach dem SGB II erhoben. Das Attest ist in einem verschlossenen Umschlag einzureichen.

### **Entbindung von der Schweigepflicht hinsichtlich der in der Anlage MEB bescheinigten Erkrankung**

Ich entbinde die unten genannte ausstellende Ärztin/den unten genannten ausstellenden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Jobcenter des Landratsamtes Meißen. Diese Erklärung bezieht sich ausschließlich auf die Erstellung eines Befundberichtes und der Übermittlung von Kopien aller relevanten medizinischen Unterlagen in Bezug auf die bescheinigte(n) Erkrankung(en) und die medizinisch notwendige Kostform (z.B. Arztbriefe, Krankenhaus-Entlassungsberichte, Reha-Entlassungsberichte, Laborausdrucke, sonstige Befundunterlagen und ähnliches) in Zusammenhang mit den von mir beantragten SGB II-Leistungen.

Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Bei fehlender Mitwirkung können die Sozialleistungen jedoch unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Diese Erklärung gilt für die Dauer von einem Jahr ab dem Datum der Unterzeichnung. Sie gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Name des Arztes/der Ärztin: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/des Patienten

\_\_\_\_\_  
bei Minderjährigen: Unterschrift des gesetzl. Vertreters

**ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME**  
**zum Antrag auf Gewährung eines Mehrbedarfs wegen**  
**kostenaufwändigerer Ernährung infolge einer Erkrankung**

(unter Beachtung der nachfolgenden Hinweise)

Herr/Frau \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

leidet an einer der nachfolgend genannten Krankheiten:

Zöliakie       Mukoviszidose       Terminale Niereninsuffizienz mit Dialysetherapie

Krankheitsassoziierte Mangelernährung

**Erwachsene Patientin/Erwachsener Patient:**

Die Kriterien für die Diagnose einer Mangelernährung sind erfüllt (mindestens jeweils ein Kriterium phenotypischer und ätiologischer Natur, siehe Ausführungen hierzu in den beigefügten Hinweisen).

**Minderjährige Patientin/Minderjähriger Patient:**

Unter Beachtung des individuellen Entwicklungsstandes (z. B. Perzentilenkurven Kromeyer-Hauschild 2001) liegt ein erhöhter Ernährungsbedarf vor.

Schluckstörung, bei welcher aus ärztlicher Sicht der Einsatz sog. Andickungspulver empfohlen wird

Sonstige Erkrankung:    Art der Erkrankung: \_\_\_\_\_  
Erforderliche Kostform: \_\_\_\_\_

Die Krankenkost ist voraussichtlich für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ erforderlich und wird von mir ärztlich verordnet.

Begründung, falls die Dauer für länger als 12 Monate angegeben wird:

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

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

Begründung:

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

## **HINWEISE**

### **für die ausstellende Ärztin/den ausstellenden Arzt**

(Diese Hinweise verbleiben bei der Ärztin/dem Arzt)

#### **Allgemeinen Hinweise:**

Es soll nur die Krankheit bescheinigt werden, welche eine medizinisch notwendige, kosten-  
aufwändige Ernährung bedingt, die wiederum mit Mehrkosten verbunden sein muss. Ist nur eine  
**Ernährungsumstellung** erforderlich, die der Patientin/dem Patienten **keine Mehrkosten**  
verursacht, ist eine **Bescheinigung nicht erforderlich**.

Weitere Informationen zur Gewährung von Krankenkostzulagen im Bereich SGB II können den  
Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. im Internet unter  
[www.deutscher-verein.de](http://www.deutscher-verein.de) entnommen werden.

#### **Hinweise zu krankheitsassoziierten Mangelernährung:**

Krankheitsassoziierte Mangelernährung tritt beispielsweise bei folgenden Krankheiten auf:

- Tumorerkrankungen
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)
- CED (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa)
- Neurologische Erkrankungen (auch Schluckstörungen)
- Terminale und präterminale Niereninsuffizienz, insbesondere unter Dialyse
- Wundheilungsstörung
- Lebererkrankungen (z. B. alkoholische Steatohepatitis, Leberzirrhose)

Die aufgeführten Krankheiten führen nicht zwingend in einen Zustand der Mangelernährung.  
Die Diagnostik einer Mangelernährung erfolgt anhand der GLIM Kriterien. Demnach muss  
mindestens jeweils ein Kriterium phenotypischer (d. h. das Erscheinungsbild des Individuums  
betreffend) und ätiologischer Natur (d. h. die Ursachen für das Entstehen der Mangelernährung  
betreffend) erfüllt sein. Bei minderjährigen Patienten ist der individuelle Entwicklungsstand zu  
berücksichtigen (z. B. Perzentilenkurven Kromeyer-Hauschild 2001).

#### **Phenotypische Kriterien:**

- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (> 5 % innerhalb der letzten 6 Monate oder > 10 %  
über 6 Monate)
- Bei erwachsenen Patienten 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 Energie-  
bedarfes > 1 Woche oder jede Reduktion für > 2 Wochen oder jede andere chronische  
GI 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 phenotypischen und  
ätiologischen Kriterien erfüllt sind, aber aufgrund der Besonderheiten des Krankheitsbildes  
tatsächlich nicht von einer kostenaufwändigen Ernährung auszugehen ist, wie dies bspw. bei  
Anorexia nervosa (Magersucht) der Fall sein kann. Die Ernährungstherapie bei Mangelernährung  
orientiert sich an der Vollkost.

Die Anfertigung einer Kopie der Schweigepflichtentbindungserklärung und der von Ihnen ausgestellten  
Bescheinigung sowie die Aufnahme dieser Unterlagen in die Patientendokumentation wird empfohlen.