

# **Fachanweisung zu § 30 Abs. 5 SGB XII**

**Anerkennung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändige Ernährung (Krankenkostzulage) für Leistungsberechtigte des SGB XII vom 01.09.2015 (Gz. SI 222 / 112.20-2-2-1).**

## **Inhaltsverzeichnis**

- 1. Einleitung und Ziel**
- 2. Vorgaben**
  - 2.1 Leistungsberechtigte**
  - 2.2 Krankheits- bzw. behinderungsbedingter Ernährungsmehrbedarf**
    - 2.2.1 Grundsatz der Prüfung im Einzelfall**
    - 2.2.2 Anerkannte Regelfälle**
    - 2.2.3 Anerkennung von Nahrungsmittelintoleranzen**
    - 2.2.4 Regelmäßig nicht anzuerkennende Fälle**
  - 2.3 Angemessene Höhe des Mehrbedarfs**
    - 2.3.1 Grundsatz der Prüfung im Einzelfall**
    - 2.3.2 Höhe der Krankenkostzulage bei Regelfällen**
  - 2.4 Bewilligungsverfahren**
    - 2.4.1 Ärztliches Attest / Amtsärztliches Gutachten**
    - 2.4.2 Mehrere Mehrbedarfe**
    - 2.4.3 Bewilligungszeitraum**
    - 2.4.4 Nachrangprinzip**
    - 2.4.5 Rechtsanspruch**
- 3. Berichtswesen**
- 4. Gültigkeitsdauer**

## **1. Einleitung und Ziel**

Das Präsidium des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. hat am 10. Dezember 2014 neue Empfehlungen zur Gewährung von Krankenkostzulagen verabschiedet. Sie treten an die Stelle der Empfehlungen aus dem Jahr 2008.

Vor diesem Hintergrund hat die Behörde für Arbeit, Familie, Soziales und Integration (BASFI) die Regelungen für die Anerkennung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändigere Ernährung (Krankenkostzulage) gemäß § 30 Abs. 5 SGB XII überarbeitet. Mit dieser Fachanweisung soll ein einheitliches Vorgehen bei der Umsetzung der Vorgaben des § 30 Abs. 5 SGB XII sichergestellt werden.

## **2. Vorgaben**

### **2.1 Leistungsberechtigte**

Gemäß dem Gesetzeswortlaut in § 30 Abs. 5 SGB XII wird für

1. Kranke,
2. Genesende,
3. behinderte Menschen oder
4. von einer Krankheit oder Behinderung bedrohte Menschen,

die einer „kostenaufwändigen Ernährung“ (siehe Hinweis in Ziffer 2.2!) bedürfen, ein Mehrbedarf in angemessener Höhe anerkannt.

Eine **Krankheit** wird als regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand definiert, der ärztliche Behandlung erfordert. Eine **Behinderung** besteht, wenn die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). **Von einer Behinderung bedroht** ist ein Mensch, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Unter „**Genesende**“ sind Personen nach Abschluss einer akuten, behandlungsbedürftigen Krankheit bis zur endgültigen Gesundung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit zu verstehen.

## 2.2 Krankheits- bzw. behinderungsbedingter Ernährungsmehrbedarf

Die Ernährung des Leistungsberechtigten muss aufgrund seiner Erkrankung bzw. Behinderung tatsächlich **kostenaufwändiger** sein als die eines Gesunden, für den die allgemeinen Empfehlungen für eine gesunde Ernährung („Vollkost“) gelten, wie sie insbesondere von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung herausgegeben werden.

**Hinweis:** Bei der Einführung des Begriffs der „kostenaufwändigen Ernährung“ handelt es sich um einen redaktionellen Fehler im Gesetzestext, weil die Bedeutung des Komparativs nach Sinn und Zweck der Norm übersehen wurde. Es genügt nicht, dass die Ernährung lediglich „kostenaufwändig“ ist, denn dies ist jede Ernährung, die Geld kostet.

Eine 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. Vollkost kann auch als „gesunde Mischkost“ bezeichnet werden.

Ein sozialhilferechtlich zu deckender Mehrbedarf entsteht, wenn aus medizinischen Gründen eine Ernährung einzuhalten ist, die deutlich von diesen allgemeinen Empfehlungen zur Vollkost abweicht und die zwingend mit vergleichsweise höheren Kosten verbunden ist.

Ein sozialhilferechtlich zu deckender Mehrbedarf besteht in der Regel nicht, wenn die einzuhaltende Ernährung den allgemeinen Empfehlungen für eine Vollkost entspricht. Dementsprechend ist ein Mehrbedarf auch bei Erkrankungen bzw. Behinderungen zu verneinen, die keiner spezifischen Ernährung, sondern einer Vollkost bedürfen (siehe Ziffer 2.2.4). Die Aufwendungen für eine Vollkost sind durch den Regelsatz abgedeckt.

Nicht bei jeder Krankheit oder Behinderung besteht also ein besonderer Ernährungsbedarf. Bei welchen Krankheiten oder Behinderungen ein besonderer Ernährungsbedarf begründet werden kann, richtet sich nach dem allgemein anerkannten Stand der Ernährungsmedizin, Ernährungslehre und Diätetik. Anspruchsvoraussetzung ist das Vorliegen eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen einer drohenden oder bestehenden Erkrankung bzw. Behinderung und der Notwendigkeit einer kostenaufwändigeren Ernährung.

Krankenkostzulagen dienen ausschließlich zur Deckung des kostenaufwändigeren Ernährungsbedarfs, nicht aber zur Deckung weiterer krankheits- bzw. behinderungsbedingter Aufwendungen wie etwa Medikamente oder medizinische Hilfsmittel, die nicht von der Krankenversicherung übernommen wurden.

## 2.2.1 Grundsatz der Prüfung im Einzelfall

Der Träger der Sozialhilfe hat bei der Prüfung eines Mehrbedarfes nach § 30 Abs. 5 SGB XII im Rahmen des Amtsermittlungsgrundsatzes alle für den Einzelfall bedeutsamen Umstände zu berücksichtigen (§ 20 SGB X). Die Erkrankung bzw. Behinderung, die Notwendigkeit einer kostenaufwändigeren Ernährung sowie der ursächliche Zusammenhang zwischen Erkrankung bzw. Behinderung und der Notwendigkeit einer kostenaufwändigeren Ernährung sind hierbei im Einzelfall festzustellen. Gleichzeitig ist der Leistungsberechtigte zur Mitwirkung verpflichtet (§§ 60- 65 SGB I).

Die nachfolgende Aufzählung von Erkrankungen, die in der Regel mit einer kostenaufwändigeren Ernährung verbunden sind, ist nicht abschließend. Die Gewährung von Krankenkostzulagen kommt auch bei weiteren Erkrankungen unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalles in Betracht.

**Hinweis: Dass für die jeweilige Erkrankung oder Behinderung ein besonderer Ernährungsbedarf besteht, muss durch ein ärztliches Attest belegt und grundsätzlich amtsärztlich überprüft werden (siehe hierzu Ziffer 2.4.1)!**

## 2.2.2 Anerkannte Regelfälle

Bei folgenden ärztlich attestierten und diagnostisch belegten Erkrankungen ist ein besonderer Ernährungsbedarf anzuerkennen und eine amtsärztliche Überprüfung nur im Rahmen der Erstbeantragung vorzunehmen (siehe Ziffer 2.4.1):

- Niereninsuffizienz mit Dialysediät,
- Zöliakie bzw. einheimische Sprue (Autoimmunerkrankung aufgrund einer Überempfindlichkeit gegen den Klebereiweiß Gluten)

Bei Folgeanträgen kann bei Vorliegen eines entsprechenden ärztlichen Attestes in der Regel die amtsärztliche Überprüfung bei den o.g. beiden Erkrankungen entfallen (siehe Ziffer 2.4.1).

Die Zöliakie ist zu unterscheiden von der Glutensensitivität (Glutenunverträglichkeit, ohne dass zöliakiespezifische Antikörper vorhanden sind). Bei einer Glutensensitivität ist eine Einzelfallprüfung erforderlich, ob ein erhöhter Ernährungsaufwand tatsächlich besteht.

Ein besonderer Ernährungsbedarf ist darüber hinaus anzuerkennen bei

- Niereninsuffizienz mit eiweißdefinierter Kost und
- Mukoviszidose / zystische Fibrose,

wenn diese Erkrankungen ärztlich attestiert sind und der Bedarf für die eiweißdefinierte Kost bzw. der erhöhte Ernährungsbedarf nach amtsärztlicher Begutachtung bestätigt wird (siehe Ziffer 2.4.1).

Ferner wird ein besonderer Ernährungsbedarf bei sog. verzehrenden (konsumierenden) Erkrankungen mit erheblichen körperlichen Auswirkungen sowie anderen schweren Erkrankungen, die mit einer gestörten Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung einhergehen, wie z.B.

- fortschreitendem/fortgeschrittenem Krebsleiden,

- HIV/AIDS,
- Multipler Sklerose (degenerative Erkrankung des Zentralnervensystems),
- Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa (entzündliche Darmerkrankungen) oder
- Malabsorption / Maldigestion

dann anerkannt, wenn eine amtsärztliche Überprüfung schwere Verläufe oder besondere Umstände dieser Erkrankung, z.B. eine gestörte Nährstoffaufnahme, attestiert (siehe Ziffer 2.4.1).

Von einem erhöhten Ernährungsbedarf bei verzehrenden Erkrankungen und gestörter Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung kann regelmäßig ausgegangen werden, wenn

- der BMI (Body-Mass-Index) unter 18,5 liegt und das Untergewicht Folge der Erkrankung ist und/oder
- ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust zu verzeichnen ist (über 5% des Ausgangsgewichtes in den vorangegangenen drei Monaten, sofern keine gewollte Abnahme bei Übergewicht vorliegt).

**Hinweis:** Der krankheitsbedingte Gewichtsverlust bei Kindern und Jugendlichen bedarf einer individuellen Beurteilung. Es kann nicht wie bei Erwachsenen auf den BMI zurückgegriffen werden. Vielmehr ist eine besondere medizinische Beurteilung erforderlich. Das Vorliegen eines erhöhten Ernährungsbedarfes ist insbesondere unter Beachtung des individuellen Entwicklungsstandes der minderjährigen Person ärztlich zu attestieren und amtsärztlich zu überprüfen.

### 2.2.3 Anerkennung von Nahrungsmittelintoleranzen

Bei Nahrungsmittelintoleranzen kommt es für die Anerkennung eines Ernährungsmehrbedarfes maßgeblich darauf an, ob das Meiden bestimmter Lebensmittel eine Substitution durch andere Produkte erfordert, die zu einem signifikant erhöhten Aufwand im Vergleich zu einer allgemein empfohlenen Ernährung (Vollkost) führt. Ist dies nicht der Fall, ist eine Vollkost als ausreichend anzusehen, deren Aufwendungen mit dem Regelsatz abgegolten sind. Ein besonderer Prüfbedarf besteht insbesondere beim Zusammenwirken mehrerer Nahrungsmittelunverträglichkeiten.

Nachfolgend wird die Vorgehensweise bei zwei besonders häufig vorkommenden Nahrungsmittelintoleranzen beispielhaft dargestellt:

- Bei einer **Laktoseintoleranz** wird ab dem 6. Lebensjahr in der Regel eine Vollkost mit einer auf das Beschwerdebild angepassten Ernährung empfohlen. (z.B. Meiden von Kuhmilch, Deckung des Kalziumbedarfs durch Verzehr von Milchprodukten mit sehr geringer Menge an Laktose). Eine kostenaufwändigere Ernährung ist damit in der Regel nicht erforderlich. Ausnahmsweise kann im Einzelfall eine kostenaufwändigere Ernährung zu bejahen sein (beispielsweise bei einem angeborenen Laktasemangel, der einer medizinischen Behandlung bedarf). Ebenso bedarf es für Kinder bis zum 6. Lebensjahr einer Prüfung im Einzelfall.
- Bei einer **Fruktosemalabsorption** wird in der Regel eine Vollkost mit einer auf das Beschwerdebild angepassten Ernährung empfohlen. (z.B. Vermeidung von fruktosereichen Lebensmitteln wie Äpfel oder Birnen, Verzehr fruktosearmer Früchte wie Bananen). Eine kostenaufwändigere Ernährung ist damit in der Regel nicht erforderlich. Von der Malabsorption ist die hereditäre (angeborene) Fruktoseintoleranz abzugrenzen, die eine kostenaufwändigere Ernährung erfordern kann. Hier ist eine Prüfung im Einzelfall erforderlich.

## 2.2.4 Regelmäßig nicht anzuerkennende Fälle

Bei folgenden Erkrankungen sind in der Regel Mehrkosten nicht gegeben, da grundsätzlich Vollkost angezeigt ist und die Aufwendungen für eine Vollkost vom Regelsatz gedeckt sind (siehe Ziffer 2.2):

- Hyperlipidämie (Erhöhung der Blutfette)
- Hyperurikämie (Erhöhung der Harnsäure im Blut)
- Gicht (Erkrankung durch Harnsäureablagerungen)
- Hypertonie (Bluthochdruck)
- Kardinale und renale Ödeme (Gewebswasseransammlungen bei Herz- oder Nierenerkrankungen)
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit – Typ II und Typ I, konventionell und intensiviert konventionell behandelt)
- Ulcus duodeni (Geschwür am Zwölffingerdarm)
- Ulcus ventriculi (Magengeschwür)
- Neurodermitis (Überempfindlichkeit von Haut und Schleimhäuten auf genetischer Basis)
- Leberinsuffizienz

## 2.3 Angemessene Höhe des Mehrbedarfs

Angemessen im Sinne des § 30 Abs. 5 SGB XII ist ein Betrag, der ausreicht, die vom Regelsatz nicht erfassten Mehrkosten für Ernährung voll zu decken, die dem Leistungsberechtigten durch die von ihm aus gesundheitlichen Gründen einzuhaltende spezielle Ernährung entstehen.

**Hinweis:** Die Anerkennung von ernährungsbedingten Mehrkosten und damit die Gewährung eines Mehrbedarfes nach § 30 Abs.5 SGB XII kommt nur in Betracht, wenn die aus medizinischen Gründen einzuhaltende Ernährung mit höheren Kosten verbunden ist als die allgemein empfohlene Ernährung mit Vollkost, deren Kosten durch den Regelsatz gedeckt sind (siehe Ziffer 2.2)!

### 2.3.1 Grundsatz der Prüfung im Einzelfall

Zu bewilligen ist demnach der Betrag, mit dem der medizinisch begründete, tatsächliche Kostenaufwand für eine Ernährung ausgeglichen wird, der von der Regelleistung nicht gedeckt werden kann. **Er ist im Einzelfall durch Einholung medizinischer und/oder ernährungswissenschaftlicher Stellungnahmen und amtsärztlicher Gutachten zu klären (siehe hierzu Ziffer 2.4).**

### 2.3.2 Höhe der Krankenkostzulage bei Regelfällen

In der Regel sollen Krankenkostzulagen in Höhe der folgenden Regelwerte gewährt werden (siehe auch Übersicht in Anlage). Besonderheiten des Einzelfalls können jedoch ein Abweichen von den Regelwerten erforderlich machen (siehe Ziffer 2.3.1).

1. **Krankenkostzulage I** entspricht 20 % der Regelbedarfsstufe I nach § 28 SGB XII (Niereninsuffizienz mit Dialysediät)

2. **Krankenkostzulage II** entspricht 20 % der Regelbedarfsstufe I nach § 28 SGB XII (Zöliakie / einheimische Sprue)
3. **Krankenkostzulage III** entspricht 10 % der Regelbedarfsstufe I nach § 28 SGB XII (Niereninsuffizienz, die mit einer eiweißdefinierten Kost behandelt wird)
4. **Krankenkostzulage IV** entspricht 10 % der Regelbedarfsstufe I nach § 28 SGB XII (konsumierende Erkrankungen, gestörte Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung)
5. **Krankenkostzulage V** entspricht 10 % der Regelbedarfsstufe I nach § 28 SGB XII (Mukosviszidose / zystische Fibrose)

## **2.4 Bewilligungsverfahren**

### **2.4.1 Ärztliches Attest / Amtsärztliches Gutachten**

Die Notwendigkeit kostenaufwändigerer Ernährung aus medizinischen Gründen ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen. Das Attest muss die genaue Bezeichnung der Erkrankung und die sich hieraus ergebende spezifische Ernährungsform enthalten. Bei Zöliakie bzw. einheimischer Sprue hat der Arzt zudem sowohl den serologischen als auch den histologischen Nachweis auf dem Attest zu bescheinigen. Die Vorlage des ärztlichen Attests sowie die Angabe aller für die Leistungsgewährung relevanten Tatsachen obliegt dem Leistungsberechtigten im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht gemäß § 60 SGB I.

Bei der Prüfung der Bewilligung der Krankenkostzulagen I und II ist eine amtsärztliche Begutachtung nur beim Erstantrag notwendig. Bei Folgeanträgen ist erneut ein ärztliches Attest einzureichen, auf ein amtsärztliches Gutachten kann verzichtet werden.

Bei der Prüfung der Bewilligung der Krankenkostzulagen III, IV und V bedarf es sowohl beim Erstantrag als auch beim Folgeantrag der Vorlage eines ärztlichen Attestes durch den Leistungsberechtigten und der Einholung eines amtsärztlichen Gutachtens.

Im Übrigen ist in Zweifelsfällen oder in von den Regelfällen abweichenden Einzelfällen immer ein amtsärztliches Gutachten erforderlich. Dies gilt in den genannten Fällen auch hinsichtlich des Betrages, mit dem der medizinisch begründete tatsächliche Kostenaufwand für eine Ernährung ausgeglichen wird, der vom Regelsatz nicht gedeckt werden kann (siehe Ziffer 2.3).

### **2.4.2 Mehrere Mehrbedarfe**

Liegen die Voraussetzungen für die Gewährung mehrerer Krankenkostzulagen gleichzeitig vor, erfolgt keine pauschale Kumulation der jeweiligen Mehrbedarfe. Vielmehr ist durch ein amtsärztliches Gutachten die Höhe der tatsächlichen ernährungsbedingten Mehrkosten unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls festzustellen.

### **2.4.3 Bewilligungszeitraum**

Die Bewilligung einer Krankenkostzulage ist im Regelfall auf zwölf Monate zu befristen. Anschließend ist die Erforderlichkeit erneut zu überprüfen (siehe Ziffer 2.4.1). Bei Zöliakie bzw. einheimischer Sprue (Krankenkostzulage II) kann ggf. auf eine Befristung verzichtet werden, da eine Genesung nicht zu erwarten ist.

#### **2.4.4 Nachrangprinzip**

Die Gewährung des Mehrbedarfes nach § 30 Abs. 5 SGB XII scheidet aus, wenn der krankheitsbedingte Ernährungsmehrbedarf anderweitig, z.B. durch vorrangig verpflichtete Leistungsträger (z.B. gesetzliche oder private Versicherungen) zu decken ist.

#### **2.4.5 Rechtsanspruch**

Bei Feststellung eines krankheits- oder behinderungsbedingten Ernährungsmehrbedarfes besteht ein Rechtsanspruch auf die Gewährung eines Mehrbedarfes nach § 30 Abs.5 SGB XII in angemessener Höhe (siehe Ziffer 2.3).

### **3. Berichtswesen**

Die für das Controlling durch die BASFI benötigten Daten werden aus dem Datawarehouse entnommen.

### **4. Inkrafttreten**

Diese Fachanweisung tritt am 01.09.2015 in Kraft und am 31.08.2020 außer Kraft.

## Krankenkostzulagenübersicht (Regelwerte)

<u>Krankenkost/Kostform und Art der Erkrankung</u>	<u>Höhe der Krankenkostzulage gemäß der FA zu § 30 Abs. 5 SGB XII (Stand: 01.09.2015)</u>	
	in % Regelbedarfsstufe 1	Höhe der Zulage in EUR
<b>I. Dialysekost</b> ➤ Niereninsuffizienz mit Dialysediät	20	79,80
<b>II. Glutenfreie Kost</b> ➤ Zöliakie ➤ Sprue	20	79,80
<b>III. Eiweißdefinierte Kost</b> ➤ Niereninsuffizienz, die mit eiweißdefinierter Kost behandelt wird	10	39,90
<b>IV. Individuell angepasste Aufbaukost*</b> 1. Konsumierende Erkrankungen: ➤ Fortschreitendes/fortgeschrittenes Krebsleiden, ➤ HIV / Aids, ➤ Multiple Sklerose, ➤ Morbus Crohn, ➤ Colitis ulcerosa 2. Andere Erkrankungen mit einer gestörten Nährstoffaufnahme oder -verwertung (Malabsorption / Maldigestion)	10	39,90
<b>V. Ausgewogene energie- und vitaminreiche Kost</b> ➤ Mukoviszidose / zystische Fibrose	10	39,90

\* die entsprechende Krankenkostzulage ist nur bei schweren Verläufen oder besonderen Umständen anzuerkennen.