

**Empfehlungen des Deutschen Vereins  
für öffentliche und private Fürsorge e.V.  
zur Anerkennung des ernährungsbedingten  
Mehrbedarfs bei Säuglingen, Kindern und  
Jugendlichen gemäß § 30 Abs. 5 SGB XII**

Die Empfehlungen (DV 23/23) wurden am 17. September 2024  
vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.



**Deutscher Verein**

für öffentliche und  
private Fürsorge e.V.

# Inhalt

<b>1. Vorbemerkung</b>	<b>3</b>
<b>2. Rechtsgrundlagen</b>	<b>3</b>
2.1 Tatbestandsvoraussetzungen	4
2.1.1 Anspruchsberechtigte	4
2.1.2 Ernährungsbedingter Mehrbedarf	5
2.1.3 Nahrungsergänzungsmittel und diätetische Lebensmittel	5
2.2 Rechtsfolge – Mehrbedarf wird anerkannt	6
<b>3. Verfahren</b>	<b>7</b>
3.1 Amtsermittlungsgrundsatz	7
3.2 Mitwirkungspflichten	7
3.3 Ergänzende Hinweise – Ernährungsberatung	8
<b>4. Die Bestimmung des Mehrbedarfs – Allgemeine Ausführungen</b>	<b>9</b>
4.1 Ziel der Empfehlungen	9
4.2 Geltungsbereich der Empfehlungen	9
4.3 Methode zur Bestimmung der Höhe des Mehrbedarfs	10
<b>5. Konkrete Empfehlungen zum Mehrbedarf bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen</b>	<b>12</b>
5.1 Erkrankungen, die ernährungstherapeutisch der Optimierten Mischkost bedürfen und in der Regel keine Mehrkosten verursachen	12
5.2 Erkrankungen, die grundsätzlich immer eine Einzelfallüberprüfung erfordern	13
5.3 Erkrankungen, die ernährungstherapeutisch spezielle Kostformen erfordern und einen Mehrbedarf auslösen	13
5.3.1 Zöliakie	13
5.3.2 Mukoviszidose	14
5.3.3 Ketogene Diät	14
5.3.4 Morbus Crohn	15
5.3.5 Phenylketonurie (PKU)	16
5.3.6 Primäre Fettstoffwechselstörungen: Hypercholesterinämie (heterozygote)	16
5.3.7 Laktoseintoleranz (Hypolaktasie)	16
5.3.8 Hereditäre Fruktoseintoleranz	17
5.3.9 Saccharoseintoleranz	17
5.3.10 Galaktosämie	18
5.3.11 Kuhmilchallergie	18
5.3.12 Krankheitsassoziierte Mangelernährung	19
5.4 Erkrankungen, die grundsätzlich mehrbedarfsfähig sind, für die die Höhe des Mehrbedarfs jedoch immer im Einzelfall bestimmt werden muss	20
<b>Impressum</b>	<b>21</b>

## 1. Vorbemerkung

Die vorliegenden Empfehlungen des Deutschen Vereins zu § 30 Abs. 5 SGB XII richten sich speziell an den Ernährungsbedarf von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Sie ersetzen die Empfehlungen zur Gewährung des Mehrbedarfs bei kostenaufwendiger Ernährung in der Sozialhilfe aus dem Jahr 2020<sup>1</sup> für diese Zielgruppe. Die Empfehlungen aus dem Jahr 2020 finden nur noch Anwendung bei Erwachsenen. Die vorliegenden Empfehlungen beziehen sich namentlich auf den ernährungsbedingten Mehrbedarf in der Sozialhilfe, können aber auch im Bereich des Bürgergeldes (§ 21 Abs. 5 SGB II) herangezogen werden.

Die Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Anerkennung des ernährungsbedingten Mehrbedarfs sollen der Verwaltungs- und Gerichtspraxis als Orientierungshilfe dienen. Sie beinhalten allgemeine Empfehlungen zur Bemessung des Mehrbedarfs sowie pauschal bezifferte Mehrbedarfe für ausgewählte Erkrankungen, die für die Verwaltungspraxis besonders relevant sind. Die Anerkennung von ernährungsbedingten Mehrbedarfen 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 Sachverhalts im Einzelfall. Insbesondere handelt es sich bei den Empfehlungen nicht um antizipierte Sachverständigengutachten.<sup>2</sup> Folglich dürfen sie nicht normähnlich angewandt oder als allgemeingültige Tatsachen herangezogen werden. Darüber hinaus ist die Liste der in diesen Empfehlungen aufgeführten Erkrankungen nicht abschließend.

## 2. Rechtsgrundlagen

§ 30 Abs. 5 SGB XII wurde durch das Gesetz zur Ermittlung der Regelbedarfe und zur Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sowie weiterer Gesetze vom 9. Dezember 2020<sup>3</sup> überarbeitet. Nach dem neuen Wortlaut „wird für Leistungsberichtigte ein Mehrbedarf anerkannt, wenn deren Ernährungsbedarf aus medizinischen Gründen von allgemeinen Ernährungsempfehlungen abweicht und die Aufwendungen für die Ernährung deshalb unausweichlich und in mehr als geringem Umfang oberhalb eines durchschnittlichen Bedarfs für Ernährung liegen (ernährungsbedingter Mehrbedarf). Dies gilt entsprechend für aus medizinischen Gründen erforderliche Aufwendungen für Produkte zur erhöhten Versorgung des Stoffwechsels mit bestimmten Nähr- oder Wirkstoffen, soweit hierfür keine vorrangigen Ansprüche bestehen. Die medizinischen Gründe nach den Sätzen 1 und 2 sind auf der Grundlage aktueller medizinischer und ernährungswissenschaftlicher Erkenntnisse zu bestimmen. Dabei sind auch die durchschnittlichen Mehraufwendungen zu ermitteln, die für die Höhe des anzuerkennenden ernährungsbedingten Mehrbedarfs zugrunde zu legen sind, soweit im Einzelfall kein abweichender Bedarf besteht“.

Ihre Ansprechpartnerin  
im Deutschen Verein:  
Anika Cieslik.

1 <https://www.deutscher-verein.de/empfehlungen-stellungnahmen/detail/empfehlungen-des-deutschen-vereins-zur-gewaehrung-des-mehrbedarfs-bei-kostenaufwaendiger-ernaehrung-gemaess-30-abs-5-sgb-xii/> (17. September 2024).

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

3 Gesetz vom 9. Dezember 2020, BGBl. I 2020 Nr. 61 vom 14. Dezember 2020, S. 2855. [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&start=//\\*/%5b@attr\\_id=%27bgbl120s2855.pdf%27%5d](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*/%5b@attr_id=%27bgbl120s2855.pdf%27%5d) (2. April 2024).

Durch die Neufassung von § 30 Abs. 5 SGB XII haben sich keine materiellen Änderungen ergeben; vielmehr erfolgte eine Angleichung an die Systematik und Begrifflichkeit des SGB XII.<sup>4</sup> Der ernährungsbedingte Mehrbedarf wurde mit der Neufassung des § 30 Abs. 5 Satz 1 SGB XII erstmals vom Gesetzgeber legaldefiniert. Zudem erfolgte in Satz 2 eine Klarstellung zur Übernahme von Nahrungsergänzungsmitteln, wenn sie aus medizinischen Gründen erforderlich sind, und ein Hinweis auf die Anforderungen an den Mehrbedarf, der nach den aktuellen medizinischen und ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen zu bestimmen ist. Da es in der Bandbreite der zu überprüfenden Erkrankungen naturgemäß Beurteilungs- und Bewertungsdifferenzen in der Wissenschaft und Praxis der Medizin geben wird, hat die Begründung im ärztlichen Gutachten für die Praxis weiterhin eine entscheidende Funktion.

Die Empfehlungen beziehen sich nach ihrem Wortlaut auf die Anerkennung des ernährungsbedingten Mehrbedarfs in der Sozialhilfe (§ 30 Abs. 5 SGB XII), finden aber auch Anwendung für die Anerkennung eines entsprechenden Mehrbedarfs im Bürgergeld nach § 21 Abs. 5 SGB II. Gemäß § 21 Abs. 5 SGB II wird Leistungsberechtigten, die aus medizinischen Gründen einer kostenaufwendigen Ernährung bedürfen, ein Mehrbedarf in angemessener Höhe anerkannt. § 21 Abs. 5 SGB II ist abweichend von § 30 Abs. 5 SGB XII formuliert. Ein abweichender Regelungsgehalt ist jedoch nicht beabsichtigt, auch wenn der Wortlaut der beiden Vorschriften unterschiedlich ist.<sup>5</sup> Aus der Gesetzesbegründung zu § 21 Abs. 5 SGB II lässt sich entnehmen, dass die abweichende Formulierung (Anm.: zu § 30 Abs. 5 SGB XII a.F.) gewählt wurde, um eine Präzisierung dahingehend vorzunehmen, dass der Mehrbedarf nur bei Nachweis des Bedarfs aus medizinischen Gründen anzuerkennen ist.<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup> Diese bereits im SGB II vorhandene Präzisierung wurde nunmehr auch mit der Neufassung des § 30 Abs. 5 SGB XII n.F. nachvollzogen.

## 2.1 Tatbestandsvoraussetzungen

### 2.1.1 Anspruchsberechtigte

Adressaten des § 30 Abs. 5 SGB XII sind von Krankheit oder Behinderung betroffene oder bedrohte Menschen sowie Genesende. Dies wird durch die Nennung von „Genesenden“ sowie von „Krankheit und Behinderung bedrohten Menschen“ in der alten Fassung des § 30 Abs. 5 SGB XII deutlich.<sup>8</sup> Sowohl der Adressatenkreis als auch die Zielsetzung haben sich durch die Neufassung des § 30 Abs. 5 SGB XII zum 1. Januar 2021 nicht geändert. Die Regelung beinhaltet folglich sowohl eine präventive als auch eine nachsorgende Zielsetzung. Insoweit lässt sich der Sinn und Zweck der Norm darin erfassen, drohende oder bestehende Gesundheitsschäden zu lindern oder abzuwenden. Der ernährungsbedingte Mehrbedarf muss demnach auch an der Prävention (Vorsorge) und Prophylaxe (Nachsorge und Vorbeugung)

4 BT-Drucks. 19/24034, S. 32.

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

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

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

8 § 30 Abs. 5 SGB XII a.F. lautete: „Für Kranke, Genesende, behinderte Menschen oder von einer Krankheit oder von einer Behinderung bedrohte Menschen, die einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, wird ein Mehrbedarf in angemessener Höhe anerkannt.“

orientiert sein und darf nicht in enger Weise auf die medizinische Indikation zur Heilung der akuten Krankheit abstellen. Eine klare Abgrenzung zwischen Kranken und Genesenden wird in der Praxis oftmals kaum möglich sein. Zudem ist bei chronischen Erkrankungen häufig auch der Tatbestand der Behinderung erfüllt. Die vorliegenden Empfehlungen haben ausschließlich den krankheitsbedingten Mehrbedarf zum Gegenstand. Die auf einige ausgewählte Krankheiten beschränkten Empfehlungen können auch auf den anschließenden Genesungsprozess angewendet werden, soweit hier aus medizinischen Gründen ein erhöhter Ernährungsbedarf erforderlich ist. Dies ist im Einzelfall zu prüfen. Ein eventuell erhöhter Ernährungsbedarf aufgrund einer Behinderung, die nicht ihre Ursache in einer chronischen Erkrankung hat, spielt in der Praxis der Sozialämter von der Zahl her keine bedeutende Rolle; er ist nicht Gegenstand dieser Empfehlungen.

### 2.1.2 Ernährungsbedingter Mehrbedarf

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 Bedarfe, die nicht von den pauschalen Regelbedarfen nach § 27a SGB XII erfasst sind.<sup>9</sup> Die Regelbedarfe beinhalten den zur Sicherung des Existenzminimums pauschalierten notwendigen Lebensunterhalt, zu dem auch die pauschalierten Bedarfe für Ernährung gehören (§ 27a Abs. 1 und 2 SGB XII). Grundsätzlich verursacht jede Form der Ernährung Kosten. Ein sozialhilferechtlich zu deckender ernährungsbedingter Mehrbedarf entsteht erst, wenn aus medizinischen Gründen eine besondere Kostform einzuhalten ist, die deutlich von den allgemeinen Ernährungsempfehlungen abweicht und deren Beschaffung zwingend zu vergleichsweise höheren Kosten führt. Diese Mehraufwendungen müssen in mehr als geringem Umfang oberhalb eines durchschnittlichen Bedarfs für Ernährung liegen. Ein Mehrbedarf besteht somit in der Regel nicht, wenn die medizinisch erforderliche Ernährung der kranken Person den allgemeinen Empfehlungen für eine Optimierte Mischkost<sup>10</sup> entspricht.<sup>11</sup> Die Ernährung einer kranken oder behinderten Person muss tatsächlich „kostenaufwendiger“ sein als die einer gesunden Person, für den die allgemeinen Empfehlungen für eine gesunde Ernährung (Optimierte Mischkost) gelten, wie sie insbesondere vom Forschungsdepartment Kinderernährung (FKE) für Kinder und Jugendliche herausgegeben werden. Nicht bei jeder Krankheit besteht ein besonderer Ernährungsbedarf. Bei welchen Krankheiten 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 und der Notwendigkeit einer kostenaufwendigeren Ernährung.

<sup>9</sup> Vgl. hierzu auch § 21 Abs. 1 SGB II.

<sup>10</sup> Die Optimierte Mischkost ist eine Ernährungsform, die für Kinder und Jugendliche ab dem zweiten Lebensjahr empfohlen wird. Für Säuglinge gilt entsprechend der Ernährungsplan für das erste Lebensjahr. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im fortlaufenden Text ausschließlich die Optimierte Mischkost erwähnt. Der Ernährungsplan für das erste Lebensjahr findet für Säuglinge entsprechende Anwendung.

<sup>11</sup> Für Erwachsene gilt die Vollkost als allgemein empfohlene Ernährungsform.

### 2.1.3 Nahrungsergänzungsmittel und diätetische Lebensmittel

Nahrungsergänzungsmittel und diätetische Lebensmittel gehören zu den Lebensmitteln und sind dem Bereich der Ernährung zuzuordnen. Sie sind damit grundsätzlich auch bei der Ermittlung des ernährungsbedingten Mehrbedarfs zu berücksichtigen. Dies wurde in § 30 Abs. 5 Satz 2 SGB XII mittlerweile klargestellt. Danach wird ein Mehrbedarf entsprechend anerkannt „für aus medizinischen Gründen erforderliche Aufwendungen für Produkte zur erhöhten Versorgung des Stoffwechsels mit bestimmten Nähr- oder Wirkstoffen, soweit hierfür keine vorrangigen Ansprüche bestehen“. Konkret ist für die Übernahme von Nahrungsergänzungsmitteln eine ärztliche Verordnung notwendig. Darüber hinaus dürfen keine vorrangigen Ansprüche bestehen. Aufwendungen für Nahrungsergänzungsmittel sind also dann nicht als Mehrbedarf nach § 30 Abs. 5 Satz 2 SGB XII anzuerkennen, wenn der entsprechende Bedarf bereits anderweitig, insbesondere durch Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), gedeckt ist. Vorrangig sind demnach solche Produkte, die verordnungsfähig sind und von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen werden. Lebensmittel und insoweit auch Nahrungsergänzungsmittel sind grundsätzlich nicht von den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung 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 Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses verordnungsfähig sind.<sup>12</sup>

## 2.2 Rechtsfolge – Mehrbedarf wird anerkannt

Wenn die Voraussetzungen für einen Mehrbedarf nach § 30 Abs. 5 SGB XII vorliegen, besteht ein Rechtsanspruch auf Anerkennung des ernährungsbedingten Mehrbedarfs. Der Rechtsanspruch erstreckt sich hierbei auf die tatsächlich erforderlichen Mehraufwendungen. Die Anerkennung des Mehrbedarfs steht damit nicht im Ermessen des Leistungsträgers. Im Übrigen kommt die Anerkennung eines Mehrbedarfs und entsprechender Mehrkosten nur infrage, wenn die für die fragliche Krankheit geeignete und notwendige Ernährung mehr als nur in geringem Umfang teurer ist als eine „allgemein empfohlene“ Ernährung (hier: Optimierte Mischkost bei Kindern und Jugendlichen sowie der Ernährungsplan für das erste Lebensjahr bei Säuglingen), die durch den Regelbedarf gedeckt ist. Wie sich der Mehrbedarf im Einzelnen zusammensetzt und in welcher Höhe dieser zu bestimmen ist, ist eine Frage, die im Schwerpunkt von der Ernährungswissenschaft unter Zugrundelegung ernährungsmedizinischer Erkenntnisse zu beantworten ist. Gemäß § 30 Abs. 5 Satz 4 SGB XII sind die durchschnittlichen Mehraufwendungen zu ermitteln, die für die Höhe des anzuerkennenden ernährungsbedingten Mehrbedarfs zugrunde zu legen sind, soweit im Einzelfall kein abweichender Bedarf besteht.

<sup>12</sup> Anlage I zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie, Gesetzliche Verordnungsausschlüsse in der Arzneimittelversorgung und zugelassene Ausnahmen, Zugelassene Ausnahmen zum gesetzlichen Verordnungsausschluss 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> (17. Mai 2024).

## 3. Verfahren

### 3.1 Amtsermittlungsgrundsatz

Grundsätzlich hat der Leistungsträger bei der Prüfung eines Mehrbedarfs im Rahmen des Amtsermittlungsgrundsatzes (§ 20 SGB X bzw. § 103 SGG) alle für den Einzelfall bedeutsamen Umstände zu berücksichtigen. Der Anspruch auf den ernährungsbedingten Mehrbedarf besteht bei Vorliegen der Voraussetzungen unabhängig von einer gesonderten Antragstellung. Frühestmöglicher Zeitpunkt der Anerkennung eines Mehrbedarfs ist die individuelle Kenntnis der objektiv notwendigen krankheitsbedingten Ernährungsanforderung.<sup>13</sup> 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.

Der Deutsche Verein empfiehlt die regelmäßige Abfrage möglicher Anhaltspunkte bei Erst- und Folgeanträgen. Die Erkrankung, die Notwendigkeit einer kostenaufwendigeren Ernährung sowie der ursächliche Zusammenhang zwischen Erkrankung und der Notwendigkeit einer kostenaufwendigeren Ernährung sind von Amts wegen festzustellen. Die Einhaltung einer bestimmten Diät muss nicht nachgewiesen werden.<sup>14</sup>

### 3.2 Mitwirkungspflichten

Die antragstellende bzw. minderjährige Person ist gleichzeitig nach §§ 60 ff. SGB I zur Mitwirkung verpflichtet. Bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres kann grundsätzlich nur der gesetzliche Vertreter die Sozialleistungen für die minderjährige Person beantragen und in Empfang nehmen. Dieser muss folglich auch die Mitwirkungspflichten für die minderjährige Person erfüllen. Gemäß § 36 Abs. 1 Satz 1 SGB I kann die minderjährige Person ab Vollendung des 15. Lebensjahres selbst Anträge auf Sozialleistungen stellen und verfolgen sowie Sozialleistungen entgegennehmen. Der Leistungsträger soll den gesetzlichen Vertreter jedoch über die Antragstellung und die erbrachten Sozialleistungen unterrichten (§ 36 Abs. 1 Satz 2 SGB I). Im Rahmen der Mitwirkungspflicht nach § 61 Abs. 1 SGB I kann die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung verlangt werden, aus welcher die Art der Erkrankung sowie 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.<sup>15</sup> Der Deutsche Verein empfiehlt, diese Kosten zu übernehmen. Gegebenenfalls müssen im Rahmen der Amtsermittlung weitere medizinische oder ernährungswissenschaftliche Sachverständigengutachten eingeholt werden. Ein solcher weiterer Ermittlungsbedarf kann sich insbesondere dann ergeben, wenn die Aussagekraft der vorgelegten ärztlichen Bescheinigung eingeschränkt ist, es sich um abweichende Krankheitsverläufe der in diesen Empfehlungen behandelten Erkrankungen handelt oder mehrere möglicherweise anspruchsbegründende Voraussetzungen vorliegen, die ggf. zu einer Kumulation ernährungsbedingter Bedarfe führen können.

<sup>13</sup> BSG, Urteil vom 20. Februar 2014, B 14 AS 65/12 R, Rdnr. 29.

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

<sup>15</sup> In Anlehnung an die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Die minderjährige Person ist nach § 62 SGB I gehalten, sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen Untersuchungsmaßnahmen zu unterziehen, wenn diese für die Entscheidung über eine Krankenkostzulage erforderlich sind. Der gesetzliche Vertreter hat bei minderjährigen Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, dafür Sorge zu tragen, dass Termine für entsprechende ärztliche Untersuchungsmaßnahmen wahrgenommen werden. Die Mitwirkungspflichten finden ihre Grenzen in § 65 SGB I.

Der Mehrbedarf sollte spätestens zwölf Monate nach der Bewilligung durch ein neues ärztliches Attest belegt werden. Dies gilt nicht bei unheilbaren Erkrankungen und Ernährungsformen, die ein Leben lang eingehalten werden müssen. Der angemessene Turnus zur Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen richtet sich nach den Umständen der jeweiligen Erkrankung. Sowohl bei der Erst- als auch bei der Weiterbewilligung des ernährungsbedingten Mehrbedarfs ist die leistungsberechtigte Person bzw. deren gesetzlicher Vertreter über den Zweck des Mehrbedarfs zu unterrichten.

Liegen die Voraussetzungen für die Anerkennung mehrerer ernährungsbedingter Mehrbedarfe gleichzeitig vor, ist durch ein ärztliches bzw. ernährungswissenschaftliches Gutachten zu klären, welcher ernährungsbedingte Mehrbedarf insgesamt anfällt. Gegebenenfalls kann es wegen der besonderen Anforderungen an die Ernährung bei mehreren Erkrankungen zu einer Kumulation von Kosten kommen, die einen höheren Bedarf auslösen. Es ist nach den Besonderheiten des Einzelfalls zu entscheiden.

### 3.3 Ergänzende Hinweise – Ernährungsberatung

Die Ernährungsberatung ist in vielen Fällen ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung kann die Krankenkasse gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V Patientenschulungsmaßnahmen genehmigen. Hierzu zählt auch eine qualifizierte Ernährungsberatung. Voraussetzung dieser Leistung ist, dass die Patientenschulung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Hierzu kann die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt eine Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung<sup>16</sup> ausstellen, die budgetneutral ist. Da die betreffenden Patienten zum Nachweis ihres ernährungsbedingten Mehrbedarfs 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 zugleich die Notwendigkeit der Ernährungsberatung bescheinigt werden kann.<sup>17</sup> Die Bescheinigung kann demnach sowohl gegenüber dem Grundsicherungs- und Sozialhilfeträger als auch gegenüber der Krankenkasse verwendet werden, ohne dass ggf. weitere Gebühren entstehen.

16 [https://www.vdd.de/fileadmin/experten/therapie/vdd-website\\_startseite\\_diaetassistenten\\_aerztliche\\_notwendigkeitsbescheinigung\\_f\\_ernaehrungsintervention\\_nach\\_\\_\\_43\\_sgb\\_v\\_final\\_220318.pdf](https://www.vdd.de/fileadmin/experten/therapie/vdd-website_startseite_diaetassistenten_aerztliche_notwendigkeitsbescheinigung_f_ernaehrungsintervention_nach___43_sgb_v_final_220318.pdf) (2. Mai 2024).

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

## 4. Die Bestimmung des Mehrbedarfs – Allgemeine Ausführungen

### 4.1 Ziel der Empfehlungen

Die Empfehlungen sollen zu einer sachgerechten Bemessung des ernährungsbedingten Mehrbedarfs und zu einer Vereinfachung des Verfahrens beitragen; sie dienen als Orientierungshilfe für die Praxis. Sie berücksichtigen Kostformen, die bei häufiger auftretenden Erkrankungen erforderlich sind und bei denen eine pauschale Bemessung grundsätzlich möglich ist.

Die Empfehlungen stellen kein antizipiertes Sachverständigengutachten dar.<sup>18</sup> Folglich dürfen sie nicht normähnlich angewendet oder als allgemeingültige Tatsachen herangezogen werden. Darüber hinaus ersetzen die Empfehlungen nicht eine gegebenenfalls erforderliche Begutachtung im Einzelfall. Die grundsätzliche Verpflichtung der Verwaltung, die Besonderheiten des jeweiligen Sachverhalts von Amts wegen aufzuklären, wird durch die Empfehlungen nicht berührt. Der zuständige Träger hat im Einzelfall die notwendigen Prüfungen durchzuführen.

In den Empfehlungen werden nur Aussagen zum Regelfall bei bestimmten Erkrankungen getroffen. Die Beurteilung (auch einer in den Empfehlungen aufgeführten Erkrankung) im konkreten Einzelfall obliegt dem zuständigen Träger. Die Anerkennung von ernährungsbedingten Mehrbedarfen bei hier nicht berücksichtigten Erkrankungen soll durch diese Empfehlungen nicht ausgeschlossen werden.

### 4.2 Geltungsbereich der Empfehlungen

Die Empfehlungen gelten ausschließlich für Säuglinge, Kinder und Jugendliche in den Altersgruppen null bis unter 18 Jahre, also von der Geburt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.<sup>19</sup>

Für die Bemessung des Mehrbedarfs bei Säuglingen wurde von einem vollgestillten Säugling ausgegangen mit einem Beikoststart im Alter von fünf Monaten. Die Entwicklung im Säuglingsalter verläuft sehr individuell. Verzehren einige Säuglinge im Alter von sechs Monaten bereits drei Breimahlzeiten am Tag, werden andere Säuglinge mit zehn Monaten noch fast ausschließlich gestillt. Daher wurde aus Praktikabilitätsgründen für die Berechnung des Mehrbedarfs bei Säuglingen ein Alter von acht Monaten als Referenz gewählt. Ein Mehrbedarf wegen eines ggf. erhöhten Energiebedarfs bei Früh- oder hypotroph Reifgeborenen ist nicht Gegenstand dieser Empfehlungen. Hier ist eine Entscheidung im Einzelfall erforderlich.

Ernährungsphysiologisch gibt es zwischen Jungen und Mädchen ab einem Alter von 13 Jahren Unterschiede im täglichen Energiebedarf. Der Energiebedarf bei Jungen ist in der Regel höher als bei Mädchen und folglich mit höheren Kosten für Ernährung verbunden. Da bei Leistungen in der Sozialhilfe in der Regel nicht zwischen den Geschlechtern unterschieden wird, erfolgen auch in diesen Empfehlungen keine geschlechtsspezifischen Unterscheidungen im Ernährungsbedarf.

<sup>18</sup> BSG, Urteil vom 22. November 2011, B 4 AS 138/10 R.

<sup>19</sup> Das 18. Lebensjahr endet mit dem 18. Geburtstag. Die Empfehlungen gelten demnach bis zum letzten Tag vor dem 18. Geburtstag.

Aus Aspekten der Gleichheit werden für alle Geschlechter ausschließlich die höher anfallenden Mehrkosten für Ernährung betrachtet und bei der Bemessung des Mehrbedarfs berücksichtigt.

### 4.3 Methode zur Bestimmung der Höhe des Mehrbedarfs

Im Gegensatz zur Ermittlung der Regelbedarfe, bei der die Verbrauchsausgaben von Haushalten unterer Einkommensgruppen zugrunde gelegt werden, gibt es keine an das statistische Modell der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) unmittelbar anschlussfähige Methode zur Bemessung des ernährungsbedingten Mehrbedarfs. Der Mehrbedarf lässt sich bei bestimmten Erkrankungen jedoch sachgerecht im Verhältnis zu den tatsächlich anfallenden Kosten für eine „normale“ gesunde Ernährung (Optimierte Mischkost) beziffern. Daten zu den Kosten für eine Vollkost bei Erwachsenen und den Mehrkosten für spezielle Kostformen wurden erstmals 2019 in einem Gutachten „zur Quantifizierung des Mehrbedarfes bei kostenaufwändigerer Ernährung in der Sozialhilfe“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM e.V.) erhoben.<sup>20</sup> Da diese Daten nicht auf Säuglinge, Kinder und Jugendliche übertragen werden können, hat der Deutsche Verein die DGEM e.V. mit der Erstellung eines Gutachtens zur „Quantifizierung des ernährungsbedingten Mehrbedarfs im SGB II und SGB XII bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen“<sup>21</sup> beauftragt. Das Gutachten diente hierbei sowohl der Bestimmung der Höhe des Mehrbedarfs bei verschiedenen Erkrankungen als auch der Beurteilung, welche Erkrankungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter einen Mehrbedarf auslösen. Die Ergebnisse dieses Gutachtens bilden u.a. die quantitative Grundlage für die in Abschnitt 5. enthaltenen „Konkreten Empfehlungen zum Mehrbedarf bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen des Deutschen Vereins“.

Zur Erhebung des ernährungsspezifischen Mehraufwandes wurden als Basiskost exemplarische 7-Tage-Speisepläne anhand der Ernährungskonzepte „der Ernährungsplan für das erste Lebensjahr“<sup>22</sup> für Säuglinge sowie die „Optimierte Mischkost“<sup>23</sup> für Kinder und Jugendliche verwendet. Als Referenzperson für die Optimierte Mischkost wurde ein Kind in der Altersgruppe vier bis sechs Jahre mit einem Energiebedarf von 1.350 kcal am Tag betrachtet. Als Referenzperson für den Ernährungsplan für das erste Lebensjahr wurde ein Säugling im Alter von acht Monaten ausgewählt. Die Anpassung der Speisepläne und Lebensmittelmengen an den Energiebedarf für die weiteren Altersgruppen der D-A-CH-Referenzwerte<sup>24</sup> erfolgte anhand von Umrechnungsfaktoren.<sup>25</sup> Für die Ermittlung der Mehraufwendungen bei speziellen Kostformen wurden die Speisepläne für die Basiskost nach den einschlägigen Leitlinien der jeweiligen Erkrankung entsprechend modifiziert.

20 DGEM e.V.: Gutachten zur Quantifizierung des Mehrbedarfs bei kostenaufwändiger Ernährung.

21 DGEM e.V. „Gutachten zur Quantifizierung des ernährungsbedingten Mehrbedarfs im SGB II und SGB XII bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen“.

22 Kersting, M./Kalhoff, H./Voss, S./Jansen, K./Lücke, T. (2020): Translation of EU Food Law and Nutrient Reference Values Into Practice: The German Dietary Scheme for the First Year of Life. JPN 71(4), S. 550–556.

23 Kersting, M./Kalhoff, H./Lücke, T. (2017): Von Nährstoffen zu Lebensmitteln und Mahlzeiten: Das Konzept der Optimierte Mischkost für Kinder und Jugendliche in Deutschland. Aktuelle Ernährungsmed. 42, S. 304–315.

24 Die Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr werden von den Gesellschaften für Ernährung in Deutschland (DGE), Österreich (ÖGE) und der Schweiz (SGE) gemeinsam herausgegeben.

25 Die Daten sind modellhaft, eignen sich aber zur Ermittlung eines durchschnittlichen Bedarfes zum Zwecke pauschaler Empfehlungen.

Alle Speisepläne wurden mit praxiserfahrenen Diätassistentinnen abgestimmt, sodass gewährleistet werden kann, dass die Speisepläne alltagstauglich sind. Auf Grundlage der 7-Tage-Speisepläne wurden „Einkaufslisten“ angefertigt und anhand von Preislisten, die von einem Discounter und einem Supermarkt in Bochum zur Verfügung gestellt wurden, die Kosten für die Optimierte Mischkost ermittelt. Der Monat wurde hierbei mit 30 Tagen berechnet. Das gleiche Verfahren wurde für die Ermittlung der Kosten für spezifische Erkrankungen anhand der modifizierten Speisepläne angewendet. Der Mehrbedarf ergibt sich aus der Gegenüberstellung der Kosten des Speiseplanes nach der Optimierte Mischkost mit dem jeweils erkrankungsspezifisch modifizierten Speiseplan. In die Berechnungen wurden vorrangig 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.

Voraussetzung für die Aussprache dieser Empfehlungen durch den Deutschen Verein ist die grundsätzliche Deckung der Kosten für eine gesunde Ernährung durch die Sozialleistungen. Der Regelbedarf im SGB II und SGB XII muss demnach grundsätzlich geeignet sein, eine gesunde Ernährung für Säuglinge, Kinder und Jugendliche zu gewährleisten.

Zur fortlaufenden Dynamisierung der Mehrbedarfsbeträge werden die Empfehlungen in vom Hundert (%) der Regelbedarfsstufe 1 ausgewiesen. Die Anwendung der Regelbedarfsstufe 1 als Bezugsgröße auch für Säuglinge, Kinder und Jugendliche wird aus Gründen einer praktikablen Verwaltungspraxis empfohlen. Bisher erfolgte die Bestimmung des Mehrbedarfs für Säuglinge, Kinder und Jugendliche anhand der Empfehlungen des Deutschen Vereins für Erwachsene, wobei ebenfalls die Regelbedarfsstufe 1 als Bezugsgröße verwendet wurde. Bei der Berechnung des Mehrbedarfs wurden die Ergebnisse in 5 %-Schritten aufgerundet. Die pauschalen Empfehlungen sind nach den Altersgruppen der D-A-CH-Referenzwerte gestaffelt und gelten für die jeweils ausgewiesene Altersgruppe. Sie sind unabhängig von der Zusammensetzung des Haushalts.

Ernährungsbedingte Mehrbedarfe sollen in Höhe der nachfolgenden Regelwerte gewährt werden. Jedoch können Besonderheiten des Einzelfalls ein Abweichen von den Regelwerten erforderlich machen.

## 5. Konkrete Empfehlungen zum Mehrbedarf bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen

### 5.1 Erkrankungen, die ernährungstherapeutisch der Optimierten Mischkost bedürfen und in der Regel keine Mehrkosten verursachen

Nicht jede Erkrankung bedarf einer von der Optimierten Mischkost abweichenden und ggf. kostenintensiveren Ernährungsform. Im Rahmen des Gutachtenauftrages an die DGEM e.V. wurden die bisher in den Empfehlungen des Deutschen Vereins aufgeführten Erkrankungen bei Erwachsenen, auf die Anwendbarkeit von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen überprüft.<sup>26</sup>

Nach dem aktuellen Stand der Ernährungsmedizin ist bei den folgenden Erkrankungen und Nahrungsmittelunverträglichkeiten diätetisch eine Optimierte Mischkost bzw. eine individuell angepasste Optimierte Mischkost angezeigt, die in der Regel nicht zu einem Mehrbedarf führt. In Einzelfällen kann, insbesondere beim Zusammenwirken verschiedener Erkrankungen oder Unverträglichkeiten, dennoch ein Mehrbedarf gegeben sein, wenn die Anforderungen an die Ernährung zu stark von der Optimierten Mischkost abweichen, sodass durch die Anpassung auf teurere Produkte zurückgegriffen werden muss. Eine Überprüfung im Einzelfall ist dann zwingend notwendig. Mehrkosten sind in Höhe der tatsächlich erforderlichen Aufwendungen zu übernehmen. Gegebenenfalls kann sich auch an den Werten in diesen Empfehlungen für bestimmte Grunderkrankungen orientiert werden.

Erkrankung	Abweichungen, für die Mehrkosten entstehen können (im Einzelfall zu überprüfen)
Adipositas/Übergewicht	
Chronisches Darmversagen (Kurzdarmsyndrom)	
Chronische Obstipation	
Colitis ulcerosa	bei chronisch-aktivem Verlauf und/oder bei sich entwickelnder Mangelernährung, ggf. Einsatz von Probiotika und Vitamin D
Diabetes Typ 1 und 2	
Endometriose	
Essstörungen	
Fettstoffwechselstörungen (sekundäre Dyslipoproteinämie)	Primäre Fettstoffwechselstörungen <sup>27</sup> (siehe Kapitel 5.3.6)
Fruktosemalabsorption	
Gastroösophageale Refluxkrankheit	
Histaminunverträglichkeit	
Hypertonie	
Hyperurikämie/Gicht	
Kardiale und renale Ödeme	

26 DGEM e.V.: „Gutachten zur Quantifizierung des ernährungsbedingten Mehrbedarfs im SGB II und SGB XII bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen“, S. 19 ff.

27 Genetisch bedingt.

Erkrankung	Abweichungen, für die Mehrkosten entstehen können (im Einzelfall zu überprüfen)
Krebserkrankungen	bei krankheitsassoziiertes Mangelernährung (siehe Kapitel 5.3.12)
Neurodermitis	im Zusammenhang mit Allergien, wenn die Allergie Ursache der Neurodermitis ist und eine komplexe Auslassdiät erforderlich ist
Reizdarmsyndrom	Probiotika (derzeit: Lactobazillus rhamnosus, wenn ärztlich verordnet)
Ulcus duodeni/Ulcus ventriculi (Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre)	

## 5.2 Erkrankungen, die grundsätzlich immer eine Einzelfallüberprüfung erfordern

Bei den folgenden Erkrankungen können keine pauschalen Empfehlungen zur Anerkennung eines Mehrbedarfs ausgesprochen werden. Wegen der individuellen Ausprägung der Erkrankungen ist immer eine Überprüfung im Einzelfall vorzunehmen. Insbesondere beim Zusammenwirken mehrerer Nahrungsmittelunverträglichkeiten besteht ein besonderer Prüfungsbedarf. Gegebenenfalls entstehende Mehrkosten sind in Höhe der tatsächlich erforderlichen Aufwendungen zu übernehmen.

Erkrankung	Indikatoren für zu erwartende Mehrkosten
Allergien	Komplexe Auslassdiäten und/oder bei Zusammenwirken mehrerer Allergien gegen Lebensmittel
Chronische Nierenerkrankung	Dialyse
Hypertriglyceridämie	
Lebererkrankungen	Chronisches Leberversagen und/oder fortgeschrittenes Stadium der Grunderkrankung
Nahrungsproteinallergien	Kuhmilchallergie (siehe Kapitel 5.3.11), Weizenallergie
NCGS (Nicht-Zöliakie-Gluten/Weizen-Sensitivität)	Differentialdiagnostik erforderlich

## 5.3 Erkrankungen, die ernährungstherapeutisch spezielle Kostformen erfordern und einen Mehrbedarf auslösen

### 5.3.1 Zöliakie

Die 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.<sup>28</sup>

28 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, [https://register.awmf.org/asets/guidelines/021-021l\\_S2k\\_Zoeliakie\\_2022-05.pdf](https://register.awmf.org/asets/guidelines/021-021l_S2k_Zoeliakie_2022-05.pdf) (17. Mai 2024).

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 Optimalen Mischkost ergeben sich für die empfohlene Ernährung bei Zöliakie Mehrkosten. Der Mehrbedarf besteht dauerhaft. Der Deutsche Verein empfiehlt folgenden altersabhängigen Mehrbedarf i.H.v. der Regelbedarfsstufe 1.

Altersgruppe (in Jahren <sup>29</sup> )	Säuglinge	1 bis 3	4 bis 6	7 bis 9	10 bis 12	13 bis 14	15 bis 17
Mehrbedarf	5 %	10 %	10 %	10 %	15 %	15 %	15 %

### 5.3.2 Mukoviszidose

Die 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. Durch die Erkrankung erhöht sich bei Kindern und Jugendlichen vor allem der Energiebedarf. Darüber hinaus besteht ein erhöhter Bedarf an Proteinen und essenziellen Fettsäuren. Die Ernährung muss auch die verminderte Nährstoffverwertung ausgleichen. Dies geschieht neben der erhöhten Kalorienzufuhr durch den Einsatz ernährungsphysiologisch wertvoller Fette, durch die Verwendung von Vollfettprodukten und durch zusätzliche Zwischenmahlzeiten. In den zugrundeliegenden Berechnungen für die Mehraufwendungen ist ebenso der Einsatz von Mineralwasser anstelle von Leitungswasser, zur Vermeidung möglicher bakterieller Verunreinigungen, sowie der ergänzende Einsatz von Maltodextrin enthalten. Im Einzelfall können zusätzliche Supplemente (z.B. Zink, Selen, Taurin) notwendig sein, die nicht von den Krankenkassen übernommen werden. Diese sind bei ärztlicher Verordnung zusätzlich zu berücksichtigen. Mukoviszidose ist nicht heilbar. Der Ernährungsstatus der Patienten hat einen erheblichen Einfluss auf die Lebenserwartung. Es besteht daher ein dauerhafter Mehrbedarf. Eine Überprüfung sollte erst nach erfolgreicher Lungentransplantation erfolgen. Im Vergleich zur Optimalen Mischkost ergeben sich bei der Mukoviszidose ernährungsbedingte Mehrkosten. Der Deutsche Verein empfiehlt folgenden altersabhängigen Mehrbedarf i.H.v. der Regelbedarfsstufe 1.

Altersgruppe (in Jahren)	Säuglinge	1 bis 3	4 bis 6	7 bis 9	10 bis 12	13 bis 14	15 bis 17
Mehrbedarf	20 %	15 %	15 %	20 %	20 %	25 %	30 %

### 5.3.3 Ketogene Diät

Die ketogene Diät im Kindes- und Jugendalter wird hauptsächlich bei medikamentenresistenter Epilepsie und bei Energiestoffwechselstörungen (Mitochondriopathien), wie z.B. beim Pyruvat-Dehydrogenase (PDH)-Mangel und beim GLUT1-Transporter-Defekt, ernährungstherapeutisch eingesetzt. Die ketogene Diät zeichnet sich durch fettreiche und kohlenhydratarme Kost aus. In der Pädiatrie ist auf eine ausreichende Versorgung mit Proteinen zu achten, um das Wachstum zu un-

<sup>29</sup> Die Altersangaben beziehen sich nicht auf die Lebensjahre, sondern auf die Zeitspanne zwischen den Geburtstagen in der jeweiligen Altersgruppe. Die Altersgruppe 1 bis 3 bezeichnet Kinder im Alter ab dem 1. Geburtstag bis zum Tag vor dem 4. Geburtstag.

terstützen. Darüber hinaus wird die Substitution pflanzlicher mehrfach ungesättigter Fettsäuren empfohlen. Bei einer strengen ketogenen Diät müssen Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente substituiert werden. In die Berechnungen für die Mehraufwendungen sind Mikronährstoffsupplemente, diverse Spezialprodukte für ketogene Diät und in geringem Maße MCT-ÖL eingeflossen. Die Kosten für die vollbilanzierte Trinknahrung KetoCal werden von den Krankenkassen übernommen. Im Vergleich zur Optimierten Mischkost ergeben sich bei der ketogenen Diät ernährungsbedingte Mehrkosten. Der Deutsche Verein empfiehlt folgenden altersabhängigen Mehrbedarf i.H.v. der Regelbedarfsstufe 1.

Altersgruppe (in Jahren)	Säuglinge	1 bis 3	4 bis 6	7 bis 9	10 bis 12	13 bis 14	15 bis 17
Mehrbedarf	5 %	10 %	15 %	15 %	15 %	15 %	15 %

#### 5.3.4 Morbus Crohn

Morbus Crohn ist eine chronisch entzündliche Darmerkrankung, die häufig zu einer Malabsorption von Nährstoffen führt und zu Wachstumsstörungen oder Gewichtsverlust führen kann. Die Erkrankung verläuft in akuten Phasen und Remissionsphasen, in denen die Symptomatik abgeschwächt auftritt. In der Remissionsphase orientiert sich die Ernährung stark an der Optimierten Mischkost, weshalb hier keine Mehrkosten entstehen. Gegebenenfalls ist der Einsatz von Probiotika notwendig, welche ab dem 12. Lebensjahr nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden. Hier ist eine Einzelfallprüfung notwendig.

In der akuten Phase gilt bei Kindern und Jugendlichen die exklusiv-enterale Ernährung (EEN) als Standardtherapie. Vollbilanzierte Trinknahrung wird hier von den Krankenkassen übernommen. Im Anschluss an die EEN wird die spezifische Diät CDED (Crohn's Exclusion Diet) zur Wiedereinführung von normalen Lebensmitteln, angewendet. Die Berechnungen für die Mehraufwendungen erfolgten anhand des 2-stufigen Konzepts ModuLife®, bei dem die angepasste Vollwertkost mit partieller enteraler Ernährung (z.B. Modulen®IBD) kombiniert wird. Bei der CDED wird auf Lebensmittel mit einem hohen Fettgehalt, auf Weizen oder auf Eiweißquellen mit einem hohen Tauringehalt verzichtet. Mehrkosten entstehen beispielsweise durch einen hohen Konsum von Hähnchenbrust und durch den Einsatz exotischer Früchte, die besser vertragen werden. Bei häufig auftretenden akuten Phasen oder bei chronisch aktiven Verläufen wird eine anhaltende Supplementierung verschiedener Nährstoffe notwendig. Der Mehrbedarf muss in diesen Fällen grundsätzlich im Einzelfall ermittelt werden.

Im Vergleich zur Optimierten Mischkost ergeben sich bei Morbus Crohn ernährungsbedingte Mehrkosten. Der Deutsche Verein empfiehlt folgenden altersabhängigen Mehrbedarf i.H.v. der Regelbedarfsstufe 1. Da das Manifestationsalter von Morbus Crohn in der Regel nach dem Säuglingsalter liegt, gibt es keine dezidierten Ernährungsempfehlungen für das Säuglingsalter. Der Mehrbedarf bei Säuglingen muss ggf. im Einzelfall bestimmt werden.

Altersgruppe (in Jahren)	Säuglinge	1 bis 3	4 bis 6	7 bis 9	10 bis 12	13 bis 14	15 bis 17
Mehrbedarf	*/*	10 %	10 %	10 %	10 %	15 %	15 %

### 5.3.5 Phenylketonurie (PKU)

Die PKU ist ein autosomal-rezessiv vererbter Defekt und wird durch einen Mangel des Enzyms Phenylalanin-Hydroxylase verursacht. In dieser Folge ist der Phenylalaninmetabolismus gestört, was ohne ernährungstherapeutische Intervention zu neurokognitiven Einschränkungen führt. Ernährungstherapeutisch wird eine strenge proteinmodifizierte/proteinreduzierte Ernährung empfohlen. Der Proteinbedarf wird über spezielle Aminosäuremischungen gesichert, die in der Regel verordnungsfähig sind und von den Krankenkassen übernommen werden. Durch die eingeschränkte Lebensmittelauswahl und den Einsatz von speziellen proteinmodifizierten/reduzierten Produkten ergeben sich bei der Ernährung bei PKU im Vergleich zur Optimierten Mischkost erhebliche Mehrkosten. Die PKU ist nicht heilbar. Die spezielle Ernährungsform ist lebenslang einzuhalten. Der Deutsche Verein empfiehlt folgenden altersabhängigen Mehrbedarf i.H.v. der Regelbedarfsstufe 1.

Altersgruppe (in Jahren)	Säuglinge	1 bis 3	4 bis 6	7 bis 9	10 bis 12	13 bis 14	15 bis 17
Mehrbedarf	20 %	15 %	15 %	15 %	20 %	25 %	25 %

### 5.3.6 Primäre Fettstoffwechselstörungen: Hypercholesterinämie (heterozygote)

Die heterozygote Hypercholesterinämie beruht auf einem partiellen LDL-Rezeptordefekt, der zu erhöhten Gesamt-Cholesterinwerten und erhöhtem LDL-Cholesterin führt. In der Folge sind frühe Gefäßschäden und Arteriosklerose möglich. Ernährungstherapeutisch wird eine cholesterinarme, fettmodifizierte Ernährung mit erhöhter Aufnahme an mono- und polygesättigten Fettsäuren sowie eine erhöhte Ballaststoffzufuhr empfohlen. Von der heterozygoten Hypercholesterinämie ist die sehr seltene homozygote Form abzugrenzen, die grundsätzlich im Einzelfall zu beurteilen ist.

Es ergeben sich aufgrund der modifizierten Ernährung Mehrkosten im Vergleich zur Optimierten Mischkost. Der Deutsche Verein empfiehlt folgenden altersabhängigen Mehrbedarf i.H.v. der Regelbedarfsstufe 1.

Altersgruppe (in Jahren)	Säuglinge	1 bis 3	4 bis 6	7 bis 9	10 bis 12	13 bis 14	15 bis 17
Mehrbedarf	5 %	5 %	5 %	10 %	10 %	10 %	10 %

### 5.3.7 Laktoseintoleranz (Hypolaktasie)

Die Hypolaktasie wird durch einen Mangel des Enzyms Laktase verursacht. Aufgrund des Laktasemangels kann die in Milch und Milchprodukten enthaltene Laktose nicht ausreichend gespalten werden und in dieser Folge kann es zu gastrointestinalen Beschwerden kommen. Abzugrenzen ist die Hypolaktasie von dem angeborenen Laktasemangel, der eine streng laktosefreie Diät erfordert (siehe: Galaktosämie). Die Verträglichkeit von Laktose bei einer Laktoseintoleranz ist individuell unterschiedlich. Es wird auch bei Kindern und Jugendlichen die Optimierte Mischkost mit einer auf das Beschwerdebild angepassten Ernährung empfohlen. Die ernährungsmedizinische Behandlung besteht im Meiden von Nahrungsmitteln, die nicht vertragen werden (z.B. Kuhmilch). Die Deckung des Calciumbedarfs kann überwiegend durch den Verzehr von Milchprodukten, die von Natur aus sehr geringe Men-

gen an Laktose enthalten (z.B. reifer Käse), erfolgen. Zur Sicherung der Calciumzufuhr erfolgt bei einer geringen Laktosetoleranz in der Pädiatrie der Einsatz von laktosefreier Milch und Milchprodukten, wodurch geringe Mehrkosten entstehen. Der Deutsche Verein empfiehlt daher bei einer geringen Laktosetoleranz bzw. einem ausgeprägten Beschwerdebild einen Mehrbedarf in Höhe von 5 % der Regelbedarfsstufe 1 (altersunabhängig).

Altersgruppe (in Jahren)	Säuglinge	1 bis 3	4 bis 6	7 bis 9	10 bis 12	13 bis 14	15 bis 17
Mehrbedarf	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %

### 5.3.8 Hereditäre Fruktoseintoleranz

Bei der hereditären Fruktoseintoleranz ist der Fruktosestoffwechsel wegen einer vererbten Aktivitätsminderung des Enzyms Aldolase B gestört. In dieser Folge kommt es u.a. zu Hypoglykämien und akutem Leberversagen nach einer Nahrungsaufnahme bis hin zu langfristigem Leberumbau. Die Erkrankung wird vorwiegend diätetisch therapiert. Die hereditäre Fruktoseintoleranz ist streng von der Fruktosemalabsorption abzugrenzen, die in der Regel keinen Mehrbedarf bedingt (siehe 5.1). Ernährungstherapeutisch müssen bei der hereditären Fruktoseintoleranz Fruktose, dessen Zuckeralkohole sowie in der Fruktose enthaltende Disaccharide aus der Ernährung ausgeschlossen werden. Konkret müssen Betroffene alle Obstsorten sowie Haushaltszucker und Honig meiden.

Wegen des Verzichts auf Obst müssen Vitamine substituiert werden. In die Berechnungen für den Mehrbedarf sind das fruktosefreie Vitaminpräparat FiliMultin (Frusano) sowie fruktosefreie Spezialprodukte der Firma Frusano eingeflossen. Hierdurch ergeben sich im Vergleich zur Optimierten Mischkost Mehrkosten. Der Deutsche Verein empfiehlt folgenden altersabhängigen Mehrbedarf i.H.v. der Regelbedarfsstufe 1.

Altersgruppe (in Jahren)	Säuglinge	1 bis 3	4 bis 6	7 bis 9	10 bis 12	13 bis 14	15 bis 17
Mehrbedarf	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	10 %	10 %

### 5.3.9 Saccharoseintoleranz

Die Saccharoseintoleranz ist eine Kohlenhydratstoffwechselerkrankung, bei der die Hydrolysierung der Disaccharide und Isomaltase eingeschränkt ist, was folglich zu gastrointestinalen Beschwerden führt. Ernährungstherapeutisch wird empfohlen, Disaccharide aus der Ernährung auszuschließen, wobei Kinder und Jugendliche häufig eine strengere Diät einhalten müssen als Erwachsene, um symptomfrei zu sein.<sup>30</sup> Konkret muss auf viele Obst- und Gemüsesorten, auf Fertigprodukte sowie auf bestimmte Brotsorten verzichtet werden.

30 Fernandez-Banares F (2022): Carbohydrate Maldigestion and Intolerance. *Nutrients* 14(1923), S. 1-15.

Wegen des Verzichts auf Obst müssen Vitamine substituiert werden. In die Berechnungen für den Mehrbedarf sind das fruktosefreie Vitaminpräparat FiliMultin (Frusano) sowie fruktosefreie Spezialprodukte der Firma Frusano eingeflossen. Hierdurch ergeben sich im Vergleich zur Optimierten Mischkost Mehrkosten. Der Deutsche Verein empfiehlt folgenden altersabhängigen Mehrbedarf i.H.v. der Regelbedarfsstufe 1.

Altersgruppe (in Jahren)	Säuglinge	1 bis 3	4 bis 6	7 bis 9	10 bis 12	13 bis 14	15 bis 17
Mehrbedarf	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	10 %	10 %

### 5.3.10 Galaktosämie

Die Galaktosämie ist eine vererbte Kohlenhydratstoffwechselerkrankung, bei der durch eine Aktivitätsminderung verschiedener Enzyme die Galaktose nicht vollständig genutzt werden kann. In dieser Folge kann es zu schweren hepatischen und renal-tubulären Komplikationen sowie neurologischen und neurokognitiven Störungen kommen.

Ernährungstherapeutisch muss Laktose aus der Nahrung ausgeschlossen und Galaktose stark eingeschränkt werden. Insbesondere im Kindesalter ist eine strenge Diät notwendig. Konkret muss vor allem auf Milch und Milchprodukte verzichtet werden. Dies gilt auch für als „laktosefrei“ gekennzeichnete Produkte. Durch den Einsatz von pflanzlichen Milchersatzprodukten, wie beispielsweise Soja, entstehen im Vergleich zur Optimierten Mischkost Mehrkosten. Zur Deckung des Calciumbedarfs ist calciumreiches Mineralwasser in die Berechnungen des Mehrbedarfs eingeflossen. Der Deutsche Verein empfiehlt folgenden altersabhängigen Mehrbedarf i.H.v. der Regelbedarfsstufe 1. Die Empfehlungen zum Mehrbedarf gelten für verschiedene Galaktosämieformen.

Altersgruppe (in Jahren)	Säuglinge	1 bis 3	4 bis 6	7 bis 9	10 bis 12	13 bis 14	15 bis 17
Mehrbedarf	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %	15 %	15 %

### 5.3.11 Kuhmilchallergie

Die Kuhmilchallergie ist eine Nahrungsmittelallergie, bei der Betroffene auf verschiedene Proteine in der Milch reagieren. In den meisten Fällen tritt sie im Kleinkindalter auf. Ernährungstherapeutisch sollten Kuhmilch sowie Produkte auf Kuhmilchbasis gemieden werden. Mehrkosten entstehen durch den Einsatz von pflanzlichen Alternativprodukten sowie durch Einsatz von Mineralwasser mit einem hohem Calciumgehalt. Der Deutsche Verein empfiehlt folgenden altersabhängigen Mehrbedarf i.H.v. der Regelbedarfsstufe 1. Da die Kuhmilchallergie meist nicht dauerhaft besteht, empfiehlt sich eine regelmäßige Überprüfung der Tatbestandsvoraussetzungen ab dem Grundschulalter. Durch den Einsatz von erstattungsfähiger Formulanahrung entsteht im Säuglingsalter kein Mehrbedarf.

Altersgruppe (in Jahren)	Säuglinge	1 bis 3	4 bis 6	7 bis 9	10 bis 12	13 bis 14	15 bis 17
Mehrbedarf	0 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	10 %

### 5.3.12 Krankheitsassoziierte Mangelernährung

Die krankheitsassoziierte Mangelernährung ist ein Zustand, der durch ein länger währendes Ungleichgewicht zwischen der Nahrungszufuhr und dem Energiebedarf entsteht. Eine Mangelernährung wird in der Pädiatrie in der Regel durch eine akute oder chronische Grunderkrankung ausgelöst. Diverse Erkrankungen können zu einer Mangelernährung führen. Folgend werden Krankheitsbilder aufgeführt, mit welchen eine Mangelernährung assoziiert sein kann. Die Aufzählung ist nicht abschließend:

- Tumorerkrankungen
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Colitis Ulcerosa (bei chronisch-aktivem Verlauf)
- Fortgeschrittene Lebererkrankungen
- Fortgeschrittene Nierenerkrankungen (insb. bei Dialyse)
- Genetische Syndrome
- Schwere chronische Herzerkrankungen

In der Pädiatrie führt die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) häufig zu einer Mangelernährung.

Die Diagnostik einer krankheitsassoziierten Mangelernährung ist komplex. Ob ein erhöhter Ernährungsbedarf vorliegt, ist insbesondere unter Beachtung des individuellen Entwicklungsstands der minderjährigen Person zu beurteilen. Zur Beurteilung eines normalen oder abweichenden Körperwachstums werden in der Pädiatrie Perzentilenkurven verwendet, unter Berücksichtigung der Größe und des Gewichts der Eltern. Diese Wachstumskurven berücksichtigen neben Körpergröße und -gewicht auch alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten. Hinweise auf eine Mangelernährung bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen können sich anhand von Körpergewicht, Körpergröße und Kopfumfang in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht zeigen. Primäres Kriterium für die Beurteilung eines Mangelzustands ist hierbei das Körpergewicht. Wenn das Körpergewicht konstant unter der dritten bis fünften Perzentile liegt, eine fortschreitende Gewichtsabnahme unter die dritte bis fünfte Perzentile oder eine Abnahme in zwei wichtigen Wachstumsperzentilen innerhalb eines kurzen Zeitraums erfolgt, kann regelmäßig von einem erhöhten Ernährungsbedarf ausgegangen werden.<sup>31</sup> Für eine bessere Beurteilung, ob eine krankheitsassoziierte Mangelernährung vorliegt, sollten bereits bei der Antragstellung das Gewicht, die Körpergröße und die Perzentilenkurve vorliegen.

Eine (früh-)kindliche Mangelernährung kann zu Entwicklungsverzögerungen oder kognitiven Einschränkungen führen, weshalb die Diät spezifische Mängel ausgleichen und vorbeugen soll. Die Ernährungstherapie bei Mangelernährung orientiert sich an der Optimalen Mischkost. Sie besteht in der Modifikation der Nahrung durch Erhöhung der Kaloriendichte (150 %), dem Einsatz von Produkten zur Energieanreicherung, dem Einsatz von Vollfettprodukten, der Erhöhung der Proteine

31 Christopher P. Raab: Gedeihstörung (GS) bei Kindern, <https://www.msmanuals.com/de-de/profi/p%C3%A4diatrie/verschiedene-st%C3%B6rungen-bei-s%C3%A4uglingen-und-kindern/gedeihst%C3%B6rung-gs> (9. April 2024).

sowie der Substitution von Mikronährstoffen. Es ergeben sich bei der modifizierten Ernährung bei Mangelernährung im Vergleich zur Optimierten Mischkost erhebliche Mehrkosten. Der Deutsche Verein empfiehlt folgenden altersabhängigen Mehrbedarf i.H.v. der Regelbedarfsstufe 1.

Altersgruppe (in Jahren)	Säuglinge	1 bis 3	4 bis 6	7 bis 9	10 bis 12	13 bis 14	15 bis 17
Mehrbedarf	10 %	25 %	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %

#### 5.4 Erkrankungen, die grundsätzlich mehrbedarfsfähig sind, für die die Höhe des Mehrbedarfs jedoch immer im Einzelfall bestimmt werden muss

Folgende Erkrankungen erfordern spezielle Kostformen, die immer mit Mehrkosten – teilweise in erheblicher Höhe – verbunden sind. Da die Ausprägung der Erkrankung jedoch sehr individuell verläuft bzw. der Toleranzbereich für bestimmte Nahrungsmittel oder Nahrungsbestandteile sehr unterschiedlich ausfällt, muss die Höhe des Mehrbedarfs immer im Einzelfall bestimmt werden.<sup>32</sup> Die folgende Auflistung ist nicht abschließend.

Proteinstoffwechselstörungen	Kohlenhydratstoffwechselstörungen und -malabsorptionen	Fettstoffwechselstörungen
Aminosäurestoffwechselstörungen (Ahornsirupkrankheit [MSUD], Tyrosinämie, Glutarazidurie, Homozystinurie)	Glukose-Galaktose-Malabsorption	Beta-Oxidationsstörungen, z.B. VLCAD-Mangel
Organoazidurien, z.B. Isovalerianazidämie	Glykogenspeicherkrankheiten, z.B. Glykogenosen	Hyperchylomikronämie
Harnstoffzyklusdefekte, z.B. OTC-Mangel	Disaccharidasemangel (umfasst den Mangel an Maltase, Isomaltase, Sucrase, Trehalase und Laktase)	Homozygote Hypercholesterinämie

<sup>32</sup> Für bestimmte Toleranzgrenzen liegen dem Deutschen Verein Berechnungen für entstehende Mehrkosten vor.

## **Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. – seit über 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 sowie der Migration und Integration.

### **Impressum**

Herausgeber:

Deutscher Verein für öffentliche und private  
Fürsorge e.V.

Dr. Verena Staats, Vorständin

Michaelkirchstr. 17/18

10179 Berlin

[www.deutscher-verein.de](http://www.deutscher-verein.de)

E-Mail [info@deutscher-verein.de](mailto:info@deutscher-verein.de)

Gefördert vom:



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend