

L 12 SB 1193/23

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Schwerbehindertenrecht
Abteilung
12.
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 3 SB 2968/18
Datum
12.04.2022
2. Instanz
-
Aktenzeichen
L 12 SB 1193/23
Datum
16.08.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 12.04.2022 wird zurückgewiesen.

Die Klage gegen den Bescheid vom 13.03.2023 wird abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Die Klägerin begehrt vom Beklagten die Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB) nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) sowie die Zuerkennung des Merkzeichens H (hilflös).

Die 2009 geborene Klägerin leidet seit ihrer Geburt am adrenogenitalen Syndrom (AGS) mit Salzverlust, einer angeborenen Störung der Hormonbildung der Nebennierenrinde. Im Jahr 2011 erfolgte eine Korrektur-Operation der primären äußeren Geschlechtsorgane, die aus kosmetischer und funktioneller Sicht ein „hervorragendes Ergebnis“ zeigte, die gering hyposade Urethra sei gegenwärtig und mit größter Wahrscheinlichkeit künftig zu vernachlässigen (vgl. Bl. 54 der Verwaltungsakte des Beklagten). Sie besucht die Realschule in W1 im A1.

Mit Bescheid vom 03.12.2009 war der Klägerin vom Beklagten aufgrund des AGS mit Salzverlust ein GdB von 30 seit dem 24.06.2009 zuerkannt worden. Ein gegen diesen Bescheid geführtes Widerspruchsverfahren verlief erfolglos.

Am 06.03.2018 beantragte die Klägerin unter Verweis auf ein Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Niedersachsen-Bremen (vom 03.05.2006, [L 9 SB 45/03](#), juris) die Erhöhung des GdB und die Zuerkennung des Merkzeichens H, es werde auch um Prüfung für vergangene Zeiten gebeten.

Der Beklagte legte die klägerseits vorgelegten und beigezogenen medizinischen Unterlagen dem versorgungsärztlichen Dienst vor, der eine Erhöhung des GdB nicht für angezeigt hielt. Gestützt auf die versorgungsärztliche Stellungnahme lehnte der Beklagte den Antrag auf Höherbewertung mit Bescheid vom 14.08.2018 ab.

Im hiergegen durchgeführten Widerspruchsverfahren wies die Klägerin nochmals darauf hin, dass bei ihr nicht nur ein androgenitales Syndrom, sondern ein AGS mit Salzverlust vorliege. Aufgrund der Ausführungen des bereits zitierten Urteils des LSG Niedersachsen-Bremen werde auch eine Höherbewertung für die Vergangenheit begehrt.

Der erneut befragte versorgungsärztliche Dienst legte dar, dass seit Jahren unveränderte Verhältnisse bestünden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15.11.2018 wurde der Widerspruch zurückgewiesen, da eine Änderung der Verhältnisse nicht eingetreten sei.

Gegen den Widerspruchsbescheid hat die Klägerin am 14.12.2018 Klage zum Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben, mit der sie ihr Anliegen weiterverfolgt hat. Neben dem AGS mit Salzverlust leide sie an einer Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS). Im Schuljahr 2018/2019 habe die Klägerin im 1. Halbjahr bereits 19 Fehltag gehabt.

Das SG hat zunächst Beweis erhoben durch die schriftliche Vernehmung der behandelnden Ärzte der Klägerin als sachverständige Zeugen. Der H1 hat unter dem 16.02.2019 mitgeteilt, die Klägerin 2018 zweimalig untersucht zu haben. Sie leide unter einem AGS mit Salzverlust. Erforderlich sei die regelmäßige Medikamentengabe; bei Infekten sei die selbständige Anpassung der Medikation erforderlich. Der GdB sei von ihm nicht zu bewerten, Hilflosigkeit liege nicht vor. Die K1 hat mit Schreiben vom 15.02.2019 mehrere Verlaufsberichte vorgelegt und mitgeteilt, die Klägerin seit ihrem ersten Lebensjahr in Abständen von 3 bis 4 Monaten zu behandeln, zuletzt am 20.12.2018. Auch sie hat als Diagnose AGS mit Salzverlust angegeben. Die Erkrankung sei nicht heilbar, es müssten über den Tag verteilt 2 verschiedene Medikamente eingenommen werden. Wegen Fehlbildung im Genitalbereich sei 2011 eine Korrektur-OP erfolgt, die erfolgreich verlaufen sei. Die Notwendigkeit einer weiteren OP könne erst mit Erreichen der Pubertät beurteilt werden. Die Klägerin sei in ihrer persönlichen Leistungsfähigkeit uneingeschränkt, es bedürfe jedoch einer regelmäßigen Überwachung und Tabletteneinnahme. Eine Einschätzung zur Höhe des GdB und des Vorliegens von Hilflosigkeit hat sie nicht abgegeben. Unter dem 07.03.2019 hat K1 mitgeteilt, dass bei der Klägerin eine Therapiesteigerung aufgrund eines schweren Infekts nicht nötig gewesen sei. Der S1 hat unter dem 26.02.2019 ebenfalls die Diagnose AGS mit Salzverlust angegeben, die Klägerin betreue er seit ihrer Geburt hausärztlich; es hätten (bis Februar 2019) insgesamt 56 Konsultationen stattgefunden, zuletzt am 14.02.2019 wegen eines Magen-Darm-Infekts. Die Konsultationen hätten sämtlich wegen Infekten und kleineren Verletzungen stattgefunden. Durch die konsequente Therapie verlaufe die Entwicklung der Klägerin zufriedenstellend und innerhalb der Normgrenzen. Die Höhe des GdB und das Vorliegen der Voraussetzungen für die Zuerkennung von Merkzeichen H könne er nicht beurteilen; die Klägerin sei aber täglich auf die Hilfe ihrer Eltern angewiesen, da eine eigenständige Medikation aufgrund des Alters nicht vertretbar sei. S2, Uniklinik A2, hat mit Schreiben vom 21.02.2019 berichtet, die Klägerin vom 07.09.2010 bis zum 22.11.2011 behandelt zu haben (5 Vorstellungen, davon 3 im Rahmen von stationären Aufenthalten). Es sei eine erfolgreiche OP der Genitalien (Klitoris-Reproduktionsplastik) durchgeführt worden. Eine Einschätzung des GdB oder zu dem Vorliegen der Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens H könne er nicht abgeben. S3, am Lehrinstitut für Orthographie und Sprachkompetenz W1, hat mit Schreiben vom 24.07.2019 berichtet, dass die Klägerin die Fördereinrichtung seit dem 01.02.2019 zur Verbesserung ihrer Lese- und Schreibleistungen besuche.

Das SG hat von Amts wegen das kinderendokrinologische Gutachten nach Aktenlage von B1 vom 16.01.2020 eingeholt. Von einer körperlichen Untersuchung sei abgesehen worden, da die vorliegenden Arztberichte und die juristische Korrespondenz keinen Aspekt aufgewiesen hätten, der im Vergleich zu anderen Patientinnen mit AGS mit Salzverlust besonders sei. Die Klägerin leide an AGS mit Salzverlust, einer angeborenen Enzymstörung der Hormondrüse Nebennierenrinde, die für die Produktion der Hormone Cortisol (Stresshormon), Aldosteron (Salzhormon) und Androgene (männliche Sexualhormone) zuständig sei. Die Klägerin trage 2 verschiedene Mutationen, die einen Aktivitätsverlust des Nebennierenrinden-Enzyms 21-Hydroxylase bewirkten. Der Enzymfunktionsausfall bewirke einen schweren Mangel an Cortisol und Aldosteron und einen Exzess an Androgenen, der schon vorgeburtlich das Genitale vermannliche. Die Krankheit sei nicht heilbar und müsse lebenslang mit den Medikamenten Hydrocortison und Fludrocortison behandelt werden. Der Cortisol-Mangel führe dazu, dass die Klägerin in Situationen schweren körperlichen Stresses, d.h. Erbrechen, Durchfall, Fieber, relevanter Körperverletzung und Operation, nicht ausreichend Cortisol zur Bewältigung dieses Stresses aus ihren Nebennierenrinden freisetzen könne, sodass sie in diesen Situationen von der medikamentösen Zuführung entsprechend höherdosierten Hydrocortisons abhängig sei. Erfolge diese zusätzliche Arzneimittelgabe nicht, könne eine sogenannte Nebennierenkrise auftreten, die durch allgemeine körperliche Schwäche, sinkenden Blutdruck, Minderung der Vigilanz bis zur Bewusstlosigkeit und Unterzuckerung gekennzeichnet sei. Dies sei eine lebensgefährliche Notfall-Situation, die neben sofortiger Bereitstellung von Hydrocortison einer kinderärztlichen stationären Behandlung bedürfe. Seelischer Stress, sportlicher Wettkampf und andere alltägliche Belastungen (Klausuren in der Schule) oder leichte Verletzungen wie Aufschürfungen der Haut erforderten keine Höherdosierung des Hydrocortisons. Im Alltag müsse auf eine zeitgenaue Einnahme der Tabletten dreimal am Tag (morgens - mittags - abends) geachtet werden. Nur wenn die Klägerin erkrankte, seien zusätzliche Maßnahmen erforderlich, die bei Kindern ohne Cortisol-Mangel nicht erforderlich seien. Eine adrenale Krise trete nicht ohne klare Vorboten der Infektion wie Erbrechen, Durchfall, körperliche Abgeschlagenheit oder Fieber auf. Es bedürfe also im Vergleich zu anderen Kindern keiner besonderen Beobachtung der Klägerin, um eine derartige Krise zu verhindern. Wenn jedoch die oben genannten Vorboten da seien, müsste von den Eltern oder Betreuern gehandelt werden und entsprechend der Vorgaben des behandelnden Kinderendokrinologen die Höherdosierung des Hydrocortisons ohne relevanten Zeitverzug durchgeführt werden. Neben dem Mangel an Cortisol bestehe bei der Klägerin ein Mangel an Aldosteron, das die Rücknahme von Natrium aus dem Primärurin in den Nieren reguliere und damit maßgeblich den Salzhaushalt. Dieses Hormon bleibe in seiner absoluten Dosis immer gleich und müsse bei Fieber und anderem Stress nicht angepasst werden. Der GdB werde auf 30 geschätzt. Im Vergleich zu einem Kind mit Diabetes, die einen GdB von 50 begründet, liege eine geringere Beeinträchtigung vor.

Auf Antrag und Kostenrisiko der Klägerin hat das Gericht das weitere kinderendokrinologische Gutachten von S4 vom 28.12.2020 eingeholt. Der S4 hat die Klägerin am 22.12.2020 untersucht. Er hat ebenfalls AGS mit Salzverlust diagnostiziert. Die Klägerin habe sich bei der Untersuchung schüchtern aber kooperativ gezeigt. Sie habe einen guten Allgemein- und Ernährungszustand aufgewiesen. Daneben lägen ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) und eine Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS) mit Minderung der Schulleistungen, Enuresis nocturna und kindlicher Unselbständigkeit vor, wobei das ADS noch nicht untersucht worden sei, es bestünden jedoch erhebliche Anhaltspunkte. Das AGS mit Salzverlust könne - wie der Diabetes, eine Unterzuckerung - eine akute potentiell tödliche Komplikation, die Addison-Krise oder eine Elektrolyt imbalance/Salzverlustkrise, hervorrufen. Es müssten unter Aufsicht 3 x am Tag Tabletten gegeben werden, das Kind sei unter ständiger Aufsicht. Wenn das Kind leichtes Fieber habe, müsse die Hydrocortisondosis verdoppelt werden, bei hohem Fieber und Erbrechen müsse je nach Schweregrad der Erkrankung die 3-5-fache Hydrocortisondosis gegeben werden. Bei persistierendem Erbrechen müsse eine Kinderklinik aufgesucht werden, um Hydrocortison intravenös injizieren zu lassen. Diese Umstände bedeuteten gravierende Einschnitte in die Lebensführung und eine Teilhabebeeinträchtigung. Andererseits würden die gravierenden Einschnitte in die Lebensführung und Teilhabebeeinträchtigungen eines Typ 1-Diabetikers unter einer ICT nicht ganz erreicht. Somit sei ein GdB von 30 bis 40 angebracht. Die Enuresis nocturna werde nach Teil B, Nr. 12.2.4 der VG (Harninkontinenz) am ehesten mit einem GdB von 10 klassifiziert. Zudem sei Teil B, Nr. 3.4.2 der VG für die bei der Klägerin vorliegende Lese-Rechtschreib-Schwäche unter Berücksichtigung von Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen zu berücksichtigen. In der Summe sei ein GdB von 40 angemessen, dies auch unter Berücksichtigung, dass eine operative Versenkung der Klitoris erforderlich gewesen sei. Darüber hinaus seien die Voraussetzungen für die Zuerkennung des Merkzeichens H gegeben. Die derzeitige Unzuverlässigkeit des Kindes, seine Medikamente selbständig einzunehmen und im Falle einer Erkrankung zu erhöhen, sei altersbedingt und mit der derzeitigen Schüchternheit und Unsicherheit des Kindes zu erklären. Analog zu Kindern mit Diabetes sei das Merkzeichen H bis zum 14. bis 16. Lebensjahr indiziert. Unstreitig sei, dass das Kind derzeit der Supervision und der Beobachtung seiner Eltern bedürfe und noch nicht die Selbständigkeit aufweise, ihre Medikamente selbständig einzunehmen und ggf. zu erhöhen. Abweichungen von B1 ergäben sich durch die persönliche Untersuchung der Klägerin und die Erfassung der weiteren Gesundheitsstörungen wie der LRS, Aufmerksamkeitsdefizit und konsekutiven Schulproblemen und der Enuresis nocturna.

Mit Urteil vom 12.04.2022 hat das SG die Klage abgewiesen. Beide Gutachter hätten übereinstimmend für das AGS mit Salzverlust einen GdB von 30 berücksichtigt. Weitere GdB-relevante Erkrankungen lägen nicht vor. Eine LRS sei ebenso wenig objektiviert wie das von S4 angedeutete ADS. Die Klägerin sei auch nicht hilflos.

Gegen das am 13.06.2022 zugestellte Urteil wendet sich die Klägerin mit ihrer am 06.07.2022 beim LSG Baden-Württemberg eingelegten Berufung (ursprüngliches Aktenzeichen L 12 SB 1920/22). Eine höhere Bewertung des GdB rechtfertige sich unter anderem dadurch, dass sich die Gefahr von Stoffwechsellentgleisungen im Falle des AGS mit Salzverlust auch bei gut eingestellter Medikation in Abhängigkeit von unvorhersehbaren und unbeeinflussbaren äußeren Faktoren (Infektion, Stress, körperliche Belastung) jederzeit realisieren könne. Es stünden hier nicht für den medizinischen Laien leicht handhabbare diagnostische Hilfsmittel zur Verfügung, wie es beispielsweise im Fall des Diabetes mellitus Typ 1 mit der Bestimmung des Blutzuckers der Fall sei. Hinzukomme, dass Stoffwechsellentgleisungen schließlich erheblich rascher und dramatischer verliefen als bei Kindern mit einem Diabetes mellitus Typ I. Sofern das SG ausführe, dass eine Höherbewertung des GdB von 30 auf 40 durch die stattgehabte Operation im Genitalbereich, anders als von S4 vorgeschlagen, nicht in Betracht käme, da das bloße Erfordernis einer Operation nicht GdB-relevant sei, verkenne das SG bereits die Tragweite einer solchen Operation im Intimbereich, was, wie das LSG Niedersachsen-Bremen ausgeführt habe, gerade in der beginnenden Pubertät regelmäßig zu psychischen Belastungen in Hinblick auf die weibliche Identitätsfindung führen könne.

Die Klägerin hat erneut die Bescheinigung der Fehltag aus der Grundschule im Schuljahr 2018/2019 vorgelegt.

Die Klägerin beantragt (sinngemäß gefasst),

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 12.04.2022 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, bei der Klägerin unter Abänderung des Bescheides vom 03.12.2009 in der Fassung des Bescheides vom Bescheides vom 14.08.2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.11.2018 und des Bescheides vom 13.03.2023 eine Grad der Behinderung von mindestens 40 sowie das Merkzeichen H festzustellen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und die Klage gegen den Bescheid vom 13.03.2023 abzuweisen.

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Insgesamt sei B1 zu folgen, da die Dosisanpassung der Medikation beim Diabetes mellitus täglich erfolgen müsse, beim AGS mit Salzverlust hingegen nur im Rahmen von schwerem körperlichen Stress, ca. alle 3 bis 6 Monate. Ein selbstständiges Monitoring, wie mehrmals tägliches Blutzuckermessen, sei beim AGS mit Salzverlust nicht erforderlich. Die K1 bestätige in ihrer Auskunft, dass die Therapie gewissenhaft durchgeführt werde. Das gute Längenwachstum und die altersgerechte Menarche bestätigten dies.

Im Termin zur Erörterung des Sachverhaltes am 15.09.2022 hat die Berichterstatterin darauf hingewiesen, dass der Antrag auf Überprüfung des Bescheides vom 03.12.2009 noch nicht beschieden sei. Das Verfahren wurde ausgesetzt und der Beklagte hat den Antrag mit Bescheid vom 13.03.2023 abschlägig beschieden. Die Beteiligten waren sich einig, dass dieser Bescheid Gegenstand des Berufungsverfahrens sein soll.

Der Senat hat erneut K1 befragt, die am 09.01.2024 mitgeteilt hat, dass die Therapie sehr gewissenhaft durchgeführt worden sei. Längenwachstum und die altersgerechte Menarche bestätigten dies.

Der Senat hat ein Gutachten von Amts wegen bei K2 vom 25.03.2024 eingeholt. Dieser hat AGS mit Salzverlust vom Typ 21-Hydroxylasemangel diagnostiziert. Die Eltern hätten von wiederholten Krankenhausaufenthalten in M1 bei Stoffwechsellentgleisung bis zum 9. Lebensjahr berichtet. Auslöser seien Magen-Darm-Infekte oder fieberhafte Infekte gewesen. Aktuell erfolge die 3x tägliche Medikamenteneinnahme (Hydrocortison und Fludrocortison) durch die Klägerin unregelmäßig und unzuverlässig und müsse vom Vater überwacht werden. Die Gabe von einer Hydrocortison-Notfallspritze sei bisher nicht nötig gewesen. Die Routinetherapie mit Verabreichung 3x täglich einer oralen Medikation sei als leicht einzustufen. Jedoch bedürften vor allem Kleinkinder mit AGS mit Salzverlust einer dauerhaften Überwachung. Dies sei als sehr schwer zu bezeichnen. In Zusammenschau aller Aspekte ordne er den Schweregrad als mittelschwer ein und bewerte den GdB mit 50. Bei der Klägerin bestehe eine Hilflosigkeit, da bei ihr nach VG, Teil A, Nr. 5 Buchst. a diese Voraussetzungen auch erfüllt seien, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung erforderlich sei. Hilflosigkeit bei der Klägerin sei in Analogie zur Stoffwechselerkrankung der Phenylketonurie (siehe Nr. 5 Buchst. d Doppelbuchst. kk) bis zum 14. Lebensjahr anzunehmen.

Mit Schreiben vom 03.06.2024 hat die Klägerin und mit Schreiben vom 15.07.2024 der Beklagte einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Wegen der weiteren Einzelheiten und des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen und die Verwaltungsakte des Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe

Die Berufung der Klägerin, über welche der Senat aufgrund des Einverständnisses der Beteiligten gemäß § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden konnte, ist gemäß §§ 143, 144 SGG statthaft und auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht (§ 151 Abs. 1 SGG) erhoben. Sie ist aber unbegründet.

Streitgegenständlich sind der Bescheid vom 14.08.2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.11.2018 und der Bescheid vom 13.03.2023. Ob der Bescheid vom 13.03.2023 in entsprechender Anwendung des § 96 Abs. 1 SGG Gegenstand des Verfahrens geworden ist, kann dahingestellt bleiben. Die Nichtanwendbarkeit des § 96 Abs. 1 SGG schließt es nämlich nicht aus, dass ein Folgebescheid im Wege einer (gewillkürten) Klageänderung nach § 99 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 SGG zum Gegenstand des anhängigen Prozesses gemacht wird, wenn die

übrigen Beteiligten – wie hier – nicht widersprochen und sich auf die Klageerweiterung, die auch im Berufungsverfahren noch möglich ist (vgl. Schmidt in Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, SGG, 14. Aufl. 2023, § 99 Rn. 9), eingelassen haben (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 07.02.2012, [B 13 R 85/09 R](#), juris); der Senat entscheidet insoweit auf Klage. Auch im Falle einer zulässigen Klageänderung müssen für die geänderte Klage im Regelfall die Sachurteilsvoraussetzungen in gleicher Weise vorliegen, wie es bei einer sofortigen Klageerhebung in der geänderten Form nötig gewesen wäre. Dazu gehört bei einer Anfechtungs-, Verpflichtungs- oder kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage die Durchführung eines vorherigen Verwaltungsverfahrens mit einem abschließenden Bescheid sowie in der Regel die Durchführung eines Widerspruchsverfahrens. Jedoch ist anerkannt, dass es jedenfalls der Nachholung eines förmlichen Widerspruchsverfahrens dann nicht bedarf, wenn u.a. die prozessführende Behörde mit der Widerspruchsbehörde identisch ist, die Rechtmäßigkeit des angefochtenen Verwaltungsaktes im gerichtlichen Verfahren verteidigt und Fragen des Ermessens oder der Zweckmäßigkeit des Verwaltungshandelns keine Rolle spielen (BSG, Urteil vom 15.08.1996, [9 RVs 10/94](#), juris), so dass das Prozessvorbringen seinem Inhalt nach einer Widerspruchsentscheidung entspricht oder daraus jedenfalls mit Sicherheit zu entnehmen ist, dass auch bei Nachholung des Widerspruchsverfahrens eine gerichtliche Auseinandersetzung nicht zu vermeiden ist (BSG, a.a.O.). In diesen Fällen könnte das Vorverfahren seinen Zweck, die Verwaltung in die Lage zu versetzen, ihr Handeln im Wege der Selbstkontrolle zu überprüfen und die Gerichte vor unnötiger Inanspruchnahme zu schützen, nicht mehr erreichen; seine Durchführung wäre reiner Formalismus. Vor diesem Hintergrund ist der Senat im vorliegenden Fall nicht gehindert, über das Vorliegen der Voraussetzungen seit Geburt der Klägerin zu entscheiden.

Die Ablehnung der Feststellung eines höheren GdB (I.) sowie des Merkzeichens H (II.) ab Geburt der Klägerin waren indes rechtmäßig.

I.

Rechtsgrundlage für die Überprüfung des Bescheides 14.08.2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.11.2018 und vor allem des Bescheides vom 13.03.2023 für die Vergangenheit ist [§ 44 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \(SGB X\)](#), da die Klägerin geltend macht, bereits die ursprüngliche GdB-Feststellung sei fehlerhaft gewesen. Dabei handelt es sich um einen Auffangtatbestand für Fälle, in denen [§ 44 Abs. 1 SGB X](#) nicht anwendbar ist. So verhält es sich hier, da die streitigen Feststellungen nach dem Schwerbehindertenrecht insbesondere keine Sozialleistungen i.S.d. [§ 44 Abs. 1 SGB X](#) sind (BSG, Urteil vom 16.02.2012, [B 9 SB 2/11 R](#), juris, auch zum Folgenden). [§ 44 Abs. 2 Satz 1](#) i.V.m. Abs.1 Satz 1 SGB X setzt voraus, dass sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist.

Rechtsgrundlage für die von der Klägerin begehrte Änderung für die Zukunft ist [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB X](#), danach ist ein Verwaltungsakt mit Wirkung ab Änderung der Verhältnisse anzupassen, wenn eine Änderung zugunsten der Klägerin eingetreten ist. Ob eine Änderung eingetreten ist, ist durch Vergleich der tatsächlichen Verhältnisse zu zwei maßgeblichen Zeitpunkten zu ermitteln. Zunächst ist Vergleichsgrundlage der Zustand, der der letzten verbindlichen Leistungsfeststellung zugrunde lag.

Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch auf Feststellung eines höheren GdB ist [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) in den bis zum 31.12.2017 und ab dem 01.01.2018 geltenden Fassungen in Verbindung mit [§ 69 SGB IX](#) in den bis zum 14.01.2015, 29.12.2016 und 31.12.2017 geltenden Fassungen beziehungsweise in Verbindung mit [§ 152 Abs. 1](#) und 3 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung. Im Hinblick auf die den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum betreffenden unterschiedlichen Gesetzesfassungen sind diese – da Übergangsregelungen fehlen – nach dem Grundsatz anzuwenden, dass die Entstehung und der Fortbestand des sozialrechtlichen Anspruchs auf Leistungen nach dem Recht zu beurteilen ist, welches zur Zeit der anspruchsbegründenden Ereignisse oder Umstände jeweils gegolten hat (BSG, Urteil vom 16.12.2014, [B 9 SB 2/13 R](#), juris; BSG, Urteil vom 04.09.2013, [B 10 EG 6/12 R](#), juris; vergleiche Stölting/Greiser in SGB 2015, 135-143).

Nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung sind Menschen mit Behinderungen Menschen, die körperliche, seelische 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, wobei eine Beeinträchtigung in diesem Sinne vorliegt, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) in den bis zum 14.01.2015 und 29.12.2016 geltenden Fassungen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständigen Behörden auf Antrag eines behinderten Menschen in einem besonderen Verfahren das Vorliegen einer Behinderung und den GdB fest. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise nach [§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung gilt ergänzend, dass der GdB zum Zeitpunkt der Antragstellung festgestellt wird. Mit Außerkrafttreten des BVG zum 31.12.2023 und mit Inkrafttreten des vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB XIV) zum 01.01.2024 stellen gemäß [§ 152 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) in der ab 01.01.2024 geltenden Fassung die für die Durchführung des SGB XIV zuständigen Behörden auf Antrag des behinderten Menschen das Vorliegen einer Behinderung und den GdB zum Zeitpunkt der Antragstellung fest. Als GdB werden dabei nach [§ 69 Abs. 1 Satz 4](#) und 5 SGB IX in den bis zum 14.01.2015 und 29.12.2016 geltenden Fassungen, nach [§ 69 Abs. 1 Satz 5](#) und 6 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise nach [§ 152 Abs. 1 Satz 5](#) und 6 SGB IX in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach Zehnergraden abgestuft festgestellt, wobei eine Feststellung hierbei nur dann zu treffen ist, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt.

Nach [§ 70 Abs. 2 SGB IX](#) in der bis zum 29.12.2016 geltenden Fassung wird das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Grundsätze aufzustellen, die für die medizinische Bewertung des GdB und die medizinischen Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen maßgebend sind, die nach Bundesrecht im Schwerbehindertenausweis einzutragen sind. Nach [§ 70 Abs. 2 SGB IX](#) in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise nach [§ 153 Abs. 2 SGB IX](#) in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung gilt diese Ermächtigung für die allgemeine – also nicht nur für die medizinische – Bewertung des GdB und die Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen sowie auch für die Kriterien für die Bewertung der Hilflosigkeit. Zwar ist von dieser Ermächtigung noch kein Gebrauch gemacht worden. Indes bestimmt [§ 159 Abs. 7 SGB IX](#) in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung beziehungsweise [§ 241 Abs. 5 SGB IX](#) in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung, dass – soweit eine solche Verordnung nicht

erlassen ist - die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der auf Grund des § 30 Abs. 17 BVG in der bis zum 30.06.2011 geltenden Fassung beziehungsweise § 30 Abs. 16 BVG in der ab dem 01.07.2011 geltenden Fassung erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend gelten. Mithin ist für die konkrete Bewertung von Funktionsbeeinträchtigungen die ab dem 01.01.2009 an die Stelle der „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ (AHP) getretene Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ (VG) zu § 2 Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, § 30 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 BVG (VersMedV) vom 10.12.2008 ([BGBl. I S. 2412](#)), die durch die Verordnungen vom 01.03.2010 ([BGBl. I S. 249](#)), 14.07.2010 ([BGBl. I S. 928](#)), 17.12.2010 ([BGBl. I S. 2124](#)), 28.10.2011 ([BGBl. I S. 2153](#)) und 11.10.2012 ([BGBl. I S. 2122](#)) sowie das Gesetz vom 23.12.2016 ([BGBl. I S. 3234](#)) geändert worden ist, heranzuziehen. In den VG sind unter anderem die Grundsätze für die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen (GdS) im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG festgelegt worden. Diese sind nach den VG, Teil A, Nr. 2 auch für die Feststellung des GdB maßgebend. Die VG stellen ihrem Inhalt nach antizipierte Sachverständigengutachten dar. Dabei beruht das für die Auswirkungen von Gesundheitsstörungen auf die Teilhabe an der Gesellschaft relevante Maß nicht allein auf der Anwendung medizinischen Wissens. Vielmehr ist die Bewertung des GdB auch unter Beachtung der rechtlichen Vorgaben sowie unter Heranziehung des Sachverständigenstandes anderer Wissenszweige zu entwickeln (BSG, Urteil vom 17.04.2013, [B 9 SB 3/12 R](#), juris).

Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der GdB nach [§ 69 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) in den bis zum 14.01.2015, 29.12.2016 und 31.12.2017 geltenden Fassungen beziehungsweise nach [§ 152 Abs. 3 Satz 1 SGB IX](#) in der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Zur Feststellung des GdB werden in einem ersten Schritt die einzelnen nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen im Sinne von regelwidrigen (von der Norm abweichenden) Zuständen nach [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) und die sich daraus ableitenden, für eine Teilhabebeeinträchtigung bedeutsamen Umstände festgestellt. In einem zweiten Schritt sind diese dann den in den VG genannten Funktionssystemen zuzuordnen und mit einem Einzel-GdB zu bewerten. In einem dritten Schritt ist dann in einer Gesamtschau unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen der einzelnen Beeinträchtigungen der Gesamt-GdB zu bilden. Dabei können die Auswirkungen der einzelnen Beeinträchtigungen ineinander aufgehen (sich decken), sich überschneiden, sich verstärken oder beziehungslos nebeneinanderstehen (BSG, Urteil vom 17.04.2013, [B 9 SB 3/12 R](#), juris). Nach den VG, Teil A Nr. 3 Buchst. c ist bei der Bildung des Gesamt-GdB in der Regel von der Beeinträchtigung mit dem höchsten Einzel-GdB auszugehen und sodann im Hinblick auf alle weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zu prüfen, ob und inwieweit hierdurch das Ausmaß der Behinderung größer wird, ob der Ausgangswert also wegen der weiteren Funktionsbeeinträchtigungen um 10, 20 oder mehr Punkte zu erhöhen ist, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden. Insoweit führen nach den VG, Teil A Nr. 3 Buchst. d, von Ausnahmefällen abgesehen, zusätzliche leichte Gesundheitsstörungen, die nur einen GdB von 10 bedingen, nicht zu einer Zunahme des Ausmaßes der Gesamtbeeinträchtigung, die bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden könnte, auch dann nicht, wenn mehrere derartige leichte Gesundheitsstörungen nebeneinander bestehen. Auch bei leichten Funktionsbeeinträchtigungen mit einem GdB von 20 ist es danach vielfach nicht gerechtfertigt, auf eine wesentliche Zunahme des Ausmaßes der Behinderung zu schließen. Außerdem sind nach den VG, Teil A Nr. 3 Buchst. b bei der Gesamtwürdigung die Auswirkungen mit denjenigen zu vergleichen, für die in der GdB-Tabelle der VG feste Grade angegeben sind.

Die Bemessung des GdB ist grundsätzlich tatrichterliche Aufgabe. Dabei hat insbesondere die Feststellung der nicht nur vorübergehenden Gesundheitsstörungen unter Heranziehung ärztlichen Fachwissens zu erfolgen (BSG, Urteil vom 17.04.2013, [B 9 SB 3/12 R](#), juris).

Unter Berücksichtigung des Vorstehenden ist der Senat, ebenso wie bereits das SG, überzeugt, dass die bei der Klägerin vorliegenden Behinderungen mit einem Gesamt-GdB von 30 zutreffend bewertet sind.

Im Vordergrund steht bei der Klägerin das AGS mit Salzverlust, das mit einem Einzel-GdB von 30 zutreffend eingestuft ist. Der Senat orientiert sich hierbei, wie von B1 und S4 vorgeschlagen, an den Vorgaben für an Diabetes erkrankte Menschen nach den VG, Teil B, Nr. 15.1 (ebenso LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 03.05.2006, [L 9 SB 45/03](#); LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 09.11.2016, [L 6 SB 94/16](#); beide juris). Nach den VG, Teil B, Nr. 15.1. beträgt der GdB für an Diabetes erkrankte Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann, die mindestens einmal täglich eine dokumentierte Überprüfung des Blutzuckers selbst durchführen müssen und durch weitere Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt sind, 30 bis 40. Eine Heranziehung der Werte für an Diabetes erkrankte Menschen erscheint sachgerecht, da auch diese sich täglich mit der Krankheit beschäftigen müssen (Überprüfung des Blutzuckers bei Diabetes, dreimalige Medikamentengabe bei AGS mit Salzverlust) und bei denen Entgleisungen schwerwiegende Folgen haben (Hypoglykämie bei Diabetes, adrenale Krisen bei AGS mit Salzverlust). Der Senat ordnet dabei die Teilhabebeeinträchtigungen der Klägerin am unteren Rand des vorgegebenen Rahmens ein. Dies erscheint angesichts des Umstandes, dass bei der Klägerin im Normalfall eine gleichbleibende Medikamentengabe 3x täglich von insgesamt 2 Medikamenten erfolgt, als ausreichend. Im Vergleich zu Menschen mit Diabetes, wo die Dosisanpassung der Medikation beim Diabetes mellitus täglich erfolgen muss, muss beim AGS mit Salzverlust nur im Rahmen von schwerem körperlichen Stress eine Dosisanpassung erfolgen. Dabei ist auch berücksichtigt, dass es grundsätzlich bei der Klägerin aufgrund ihrer Erkrankung zu einer Stoffwechsellage kommen kann. B1 hat hierzu ausgeführt, dass der Cortisol-Mangel dazu führt, dass die Klägerin in Situationen schweren körperlichen Stresses, d.h. Erbrechen, Durchfall, Fieber, relevanter Körperverletzung und Operation, nicht ausreichend Cortisol zur Bewältigung dieses Stresses aus ihren Nebennierenrinden freisetzen kann, sodass sie in diesen Situationen von der medikamentösen Zuführung entsprechend höherdosierten Hydrocortisons abhängig ist. Erfolgt diese zusätzliche Arzneimittelgabe nicht, kann, nach den Ausführungen von B1, eine sogenannte Nebennierenkrise auftreten, die durch allgemeine körperliche Schwäche, sinkenden Blutdruck, Minderung der Vigilanz bis zur Bewusstlosigkeit und Unterzuckerung gekennzeichnet ist. Dies ist eine Notfall-Situation, die lebensgefährlich ist und neben sofortiger Bereitstellung von Hydrocortison einer kinderärztlichen stationären Behandlung bedarf. Seelischer Stress, sportlicher Wettkampf und andere alltägliche Belastungen (Klausuren in der Schule) oder leichte Verletzungen wie Aufschürfungen der Haut erfordern keine Höherdosierung des Hydrocortisons, so nachvollziehbar B1. Die häufigsten Anlässe für eine Höherdosierung des Hydrocortisons sind im Kindesalter Infekte. Die Eltern haben hierfür einen Anpassungsplan für die Dosierung des Hydrocortisons für diese Situation vom spezialisierten Kinderendokrinologen. Bei Erbrechen (der Tabletten) kann auf die Gabe von Zäpfchen, die ein dem Hydrocortison verwandtes Medikament (Prednisolon) enthalten, zurückgegriffen werden. Bei Brechdurchfall oder bei einer sich anbahnenden Nebennierenkrise ist eine stationäre Aufnahme zur intravenösen Verabreichung des Hydrocortisons unumgänglich. B1 hat weiter nachvollziehbar dargelegt, dass nur in den genannten Stresssituationen zusätzliche Maßnahmen erforderlich sind, dass jedoch eine solche adrenale Krise nicht ohne klare Vorboten der Infektion wie Erbrechen, Durchfall, körperliche Abgeschlagenheit oder Fieber auftritt. Nur wenn die Klägerin erkrankt oder sich schwerer verletzt, sind zusätzliche Maßnahmen erforderlich, die bei Kindern ohne Cortisol-Mangel nicht erforderlich sind. Nur bei diesen Ereignissen muss die Hydrocortisontherapie entsprechend angepasst und ein Arzt und in seltenen Fällen ein Krankenhaus aufgesucht werden.

Die Einschränkungen der Klägerin im Alltag bestehen darin, dass auf eine zeitgenaue Einnahme der Tabletten dreimal am Tag (morgens - mittags - abends) geachtet werden muss. Daneben hat die Klägerin angegeben, nicht an Wandertagen und teilweise nicht am Schulsport teilnehmen zu können. Auch war sie bis zum 9. Lebensjahr nach den Angaben des Vaters gegenüber K2 wiederholt aufgrund von Infekten im Krankenhaus M1. Andererseits verläuft die körperliche Entwicklung der Klägerin normal, wie K1 ausgeführt hat. Auch die Menarche ist regelgerecht. Darüber hinaus hat die Klägerin angegeben, in der Schule gut mitzukommen, zu reiten und auch eine beste Freundin zu haben, letztlich fühle sie sich sozial gut integriert, wie sie gegenüber K2 bestätigt hat. All dies spricht gegen eine Bewertung der Einschränkungen der gesellschaftlichen Teilhabe am oberen Rahmen der Vorgaben. Die Klägerin hatte letztlich auch nur in einem Schulhalbjahr so deutlich erhöhte Fehlzeiten, dass die Schulleitung einschritt; ansonsten hat die Klägerin die Grundschule erfolgreich beenden können und besucht nun die Realschule. Psychische Probleme, die gar eine entsprechende Behandlung erforderten, hat die Klägerin nicht vorgetragen. Soweit K2 andeutet, dass der Klägerin möglicherweise Spätfolgen drohen, die sich zu diesem Zeitpunkt noch nicht manifestiert haben und lediglich die statistische Wahrscheinlichkeit hierzu erhöht ist, können diese nicht berücksichtigt werden. Insofern hat das BSG (Urteil vom 25.10.2012, [B 9 SB 2/12 R](#), juris) darauf hingewiesen, dass die Beurteilung des GdB im Schwerbehindertenrecht ausschließlich final, also orientiert an dem tatsächlich bestehenden Zustand des behinderten Menschen zu erfolgen habe. Dies bedeutet zum einen, dass es auf die Ursache einer Beeinträchtigung nicht ankommt. Dies bedeutet aber auch zum anderen und gerade im Falle der Klägerin, dass, solange ihre Krankheit noch keine Beeinträchtigungen hervorbringt, da ihre Eltern für eine korrekte Einhaltung der Therapie sorgen und zum Glück noch keine Komplikationen aufgetreten sind, zukünftige Einschränkungen oder Einschränkungen die bei einem Nachlassen der Therapieanstrengungen auftreten könnten, nicht zu berücksichtigen sind.

Ein höherer GdB-Wert ist auch nicht unter dem Aspekt der besonderen Gefährlichkeit der Erkrankung und der damit verbundenen psychischen Belastung gerechtfertigt. Die Klägerin hat selbst im Alter von 12 Jahren, wie K2 ausgeführt hat, noch kein großes Wissen über die Erkrankung. Auch wenn die Klägerin insb. auch im Kleinkindalter auf indirekte Weise die Sorge ihrer Eltern gespürt haben mag, ist dies mit dem GdB von 30 ausreichend berücksichtigt (vgl. LSG Rheinlad-Pfalz, a.a.O.). Eine psychische Belastung der Eltern kann nicht im Rahmen der GdB-Feststellung für das betroffene Kind berücksichtigt werden, sondern allenfalls eine eigene Beeinträchtigung des jeweiligen Elternteils selbst und damit einen eigenen GdB-Wert auslösen. Berücksichtigt werden können hier nur die Beeinträchtigungen der Klägerin selbst. Da die Klägerin eine Regelschule besucht, ist auch unter dem Aspekt einer eventuellen Isolation der Klägerin durch die ständige Beobachtung durch ihre Eltern oder einen anderen Erwachsenen keine Erhöhung des GdB angezeigt (vgl. LSG Rheinlad-Pfalz, a.a.O.).

Vor diesem Hintergrund hält der Senat, gestützt auf die Stellungnahme von B1, einen GdB von mehr als 30 für nicht angemessen. Soweit die Klägerin vorträgt an einer LRS zu leiden, ist diese, ebenso wie das von S4 angedeutete ADS, nicht nachgewiesen, worauf schon das SG zutreffend hingewiesen hat. Auch S4 konnte letztlich einen GdB von 40 nur annehmen, da er bei der Klägerin zusätzlich LRS und ADS berücksichtigt hat. K2 hat in seinem Gutachten keine ausreichend an den in den VG beschriebenen Funktionseinschränkungen orientierte Bewertung abgegeben.

II.

Auch hinsichtlich der Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen des Nachteilsausgleichs H kann die Berufung keinen Erfolg haben. Es ist zunächst darauf hinzuweisen, dass grundsätzlich das Vorliegen der Schwerbehinderteneigenschaft nicht notwendig wäre für eine Anerkennung des Merkzeichens H (vgl. hierzu Sächsisches LSG, Urteil vom 20.09.2010, L 6 SB 20/90; juris).

Gemäß VG, Teil A, Nr. 4 sind diejenigen hilflos, die in Folge von Gesundheitsstörungen nicht nur vorübergehend für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder einer Anleitung zu den genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Damit greifen die VG, soweit die allgemeinen Ausführungen betroffen sind, die Definition der Hilflosigkeit auf in [§ 33b Absatz 6 Satz 3](#) und 4 Einkommensteuergesetz (EStG) in der bis 14.12.2020 geltenden Fassung bzw. [§ 33b Abs. 3 Satz 4 EStG](#) in der ab 15.12.2020 geltenden Fassung.

Häufig und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen zur Sicherung der persönlichen Existenz zum Ablauf eines jeden Tages sind insbesondere An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Verrichten der Notdurft. Daneben sind notwendige körperliche Bewegung, geistige Anregung und Möglichkeiten zur Kommunikation zu berücksichtigen. Eine ständige Bereitschaft ist dabei anzunehmen, wenn Hilfe häufig und plötzlich wegen akuter Lebensgefahr notwendig ist (VG, Teil A, Nr. 4 Buchst. c). Der Umfang der notwendigen Hilfe bei den häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen muss erheblich sein. Dies ist nach den VG der Fall, wenn die Hilfe dauernd für zahlreiche Verrichtungen, die häufig und regelmäßig wiederkehren, benötigt wird. Einzelne Verrichtungen, selbst wenn sie lebensnotwendig sind und im täglichen Lebensablauf wiederholt vorgenommen werden, genügen nicht. Außen vor bleiben Verrichtungen, die mit der Pflege der Person nicht unmittelbar zusammenhängen, wie zum Beispiel die hauswirtschaftliche Versorgung (Teil A, Nr. 4 Buchst. d). Nach der Rechtsprechung des BSG ist insofern regelmäßig erforderlich, dass ein Hilfebedarf bei mindestens 3 Verrichtungen besteht und einen Zeitaufwand von mindestens 2 Stunden erreicht, wenn nicht weitere Umstände der Hilfeleistung (z.B. deren wirtschaftlicher Wert) zum Tragen kommen (vgl. BSG, Urteil vom 24.11.2015, [B 9a SB 1/05 R](#), juris).

Besonderheiten bei der Beurteilung der Hilflosigkeit bei Kindern und Jugendlichen regeln die VG in Teil A, Nr. 5. Hier sind nicht nur die bei der Hilflosigkeit genannten „Verrichtungen“ zu beachten, auch die Anleitung zu diesen „Verrichtungen“, die Förderung der körperlichen und geistigen Entwicklung sowie die notwendige Überwachung gehören zu den Hilfeleistungen, die für die Frage der Hilflosigkeit von Bedeutung sind (Buchst. a). Des Weiteren ist, was auch zwischen den Beteiligten unstrittig ist, nur der Teil der Hilfebedürftigkeit zu berücksichtigen, der wegen der Behinderung den Umfang der Hilfebedürftigkeit eines gesunden gleichaltrigen Kindes überschreitet (Buchst. b Satz 1). Auch bei einem Kind muss der Umfang der wegen der Behinderungen notwendigen zusätzlichen Hilfeleistungen erheblich sein (Buchst. b Satz 2). Ferner bestimmen die VG, Teil A, Nr. 5 Buchst. d Doppelbuchst. jj, dass beim Diabetes mellitus Hilflosigkeit bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres anzunehmen ist. Weitere Voraussetzungen, insbesondere zum Therapieaufwand, werden nicht genannt. Dem gegenüber gehen die Versorgungsmedizinischen Grundsätze zum Beispiel bei Phenylketonurie von Hilflosigkeit in der Regel nur bis zum 14. Lebensjahr aus. Über das 14. Lebensjahr hinaus kommt Hilflosigkeit dann nur noch in Betracht, wenn gleichzeitig eine relevante Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung vorliegt.

Im Ergebnis ist damit nicht hilflos, wer nur in relativ geringem Umfang auf fremde Hilfe angewiesen ist. Dies trifft in jedem Fall auf die Klägerin zu, deren Hilfebedürftigkeit das alterstypische Maß im Rahmen ihrer alltäglichen Lebensführung grundsätzlich nicht überstiegen hat. Auch ein gesundes Baby und Kleinkind bedarf grundsätzlich der ständigen Beaufsichtigung und engmaschigen Kontrolle im Hinblick auf mögliche (Selbst-)Verletzungen und von ihm nicht einzuschätzenden Gefahren. Gerade mit der zunehmenden Mobilität eines Kleinkindes steigt auch die Anforderung an den Betreuungsaufwand durch die Eltern oder Dritte. Soweit im Rahmen dieses normalen Betreuungsaufwandes auch auf Anzeichen für eine mögliche Stresssituation (z.B. das Auftreten von Fieber) geachtet wird, bedeutet dies keinen derart erhöhten Aufwand, dass dies die Zuerkennung des Nachteilsausgleiches H rechtfertigen könnte (LSG Rheinland-Pfalz, a.a.O.). Auch bei einem nicht von AGS mit Salzverlust betroffenen Kind müssen die Eltern oder andere erwachsene Betreuungspersonen jederzeit bereit stehen, um auf ein eventuelles Erbrechen oder auf Durchfall zu reagieren. Ein Kind in diesem Alter wird grundsätzlich nie vollkommen allein oder vollkommen unbeaufsichtigt sein. Anhaltspunkte dafür, dass ein Beobachtungsbedarf bei der Klägerin auch dann bestand oder besteht, wenn ein gesundes Kind sich, zum Beispiel während des Mittagsschlafes oder während des Nachtschlafes, ohne Anwesenheit eines Erwachsenen im gleichen Raum aufhalten kann, bestehen nicht. Dies wäre auch nicht nachvollziehbar. Soweit die Klägerin vorträgt, bei ihr sei eine besonders aufmerksame Kontrolle und Beobachtung erforderlich, ist nicht ersichtlich, inwieweit sich hieraus weitere Hilfeleistungen ergeben können, die bei einem gleichaltrigen gesunden Kind nicht anfallen. Allein der Umstand, dass die Klägerin einen Kindergarten und die Grundschule besucht hat und nun die Realschule besucht, zeigt, dass die „normale“ Beaufsichtigung eines Kindes in den verschiedenen Altersstufen auch im Falle der Klägerin ausreichend ist. Weitere Maßnahmen, z.B. auch der Einsatz eines Integrationshelfers, waren und sind damit offensichtlich nicht erforderlich.

Der Klägerin steht das Merkzeichen H auch nicht unter dem Aspekt der Gleichstellung mit einem Kind, das an Diabetes mellitus erkrankt ist, zu. Diesen Kindern wird – wie bereits oben ausgeführt – dieser Nachteilsausgleich bis zum 16. Lebensjahr unabhängig von dem tatsächlichen individuellen Hilfebedarf zugestanden. Erst ab dem 16. Lebensjahr kommt es auf die Einzelsituation an. VG, Teil A, Nr. 5 Buchst. d Doppelbuchst. jj ist insoweit durch die Zweite Verordnung zur Änderung der VersMedV vom 14.07.2010 (BGBl I S. 928) mit Wirkung zum 22.07.2010 geändert worden, als der bis dahin bestehende Zusatz „bei fortbestehender instabiler Stoffwechsellage bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres“ entfallen ist. Der Gesetzgeber hat für jede der in Teil A Nr. 5 Buchst. d genannten Erkrankungen unterschiedliche Voraussetzungen definiert. So hat er, wie bereits ausgeführt, zum Beispiel bei der Phenylketonurie im Unterschied zum Diabetes mellitus Hilflosigkeit in der Regel nur bis zum 14. Lebensjahr, darüber hinaus nur noch dann angenommen, wenn gleichzeitig eine relevante Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung vorliegt (VG, Teil A, Nr. 5 Buchst. d Doppelbuchst. kk). Bei der Mukoviszidose hat er neben dem Alter die Notwendigkeit umfangreicher Betreuungsmaßnahmen als Voraussetzung für eine Gewährung des Merkzeichens „H“ bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres genannt und dies bei einem GdB von wenigstens 50 immer angenommen (Teil A, Nr. 5 Buchst. d Doppelbuchst. ll). Allein diese unterschiedliche Ausgestaltung zeigt schon, dass ein Rückgriff auf diese Regelung für eine andere, ausdrücklich nicht genannte Erkrankung, wie dies von K2 angenommen wurde, grundsätzlich nicht in Betracht kommt (vgl. LSG Rheinland-Pfalz, a.a.O.). Dies gilt auch dann, wenn diese Erkrankung – wie hier vorliegend bei dem AGS mit Salzverlust – für die Bewertung des GdB mangels Vorgaben in den VG einen Rückgriff auf die Ausführungen zu dieser Erkrankung notwendig macht. Auch wenn möglicherweise eine Vergleichbarkeit bei den Beeinträchtigungen in der Lebensführung aufgrund zweier unterschiedlicher Erkrankungen vorhanden ist, bedeutet dies noch lange nicht, dass auch die notwendige Hilfebedürftigkeit gleich zu beurteilen wäre. So sehen die VG, Teil B, Nr. 1 Buchst. b eine Analogie nur für die GdB-Bewertung vor, nicht aber für die Anerkennung von Merkzeichen. Ein Rückgriff aus Gleichheitsgesichtspunkten auf die Regelung zum Diabetes mellitus kommt daher für die Klägerin nicht in Betracht (LSG Rheinland-Pfalz, a.a.O.). Es ist damit hier allein auf den individuellen tatsächlichen Hilfebedarf der Klägerin abzustellen. Dieser geht jedoch (wie oben dargelegt) nicht weit über das hinaus, was bei einem gleichaltrigen Kind ohnehin zu leisten ist. Es ist insbesondere nicht ersichtlich, inwieweit eine „genauere“ Beobachtung der Klägerin aufgrund ihrer Erkrankung als bei der Beaufsichtigung, welche ohnehin bei einem Kind erforderlich ist, zu leisten wäre. Dies hat auch K2 nicht dargelegt. Soweit sich die Klägerin auf ein Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen beruft (a.a.O.) vermag der Senat der dort vertretenen Rechtsauffassung nicht zu folgen, da das Urteil zum einen zu den damals geltenden Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Stand 2004), die nunmehr durch die Versorgungsmedizinverordnung und die VG abgelöst wurden, erging; zum anderen hat sich das LSG Niedersachsen-Bremen nicht ausreichend mit der Differenzierung nach den einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen und dem sich daraus ergebenden Hilfebedarf auseinandergesetzt und VG, Teil B, Nr. 1 Buchst. b nicht entsprechend gewürdigt.

Nach alledem ist die Berufung zurückzuweisen und die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für zu Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Saved
2025-02-17