
S 5 SB 206/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Lässt sich wegen der ungewöhnlichen Schwere einer geistigen Behinderung, welche als Verarbeitungsstörung unter anderem das "Verstehen-Können" der Seheindrücke betrifft, nicht mehr feststellen, ob daneben auch eine erhebliche Wahrnehmungsstörung besteht, d.h. ob neben der Verarbeitungsstörung auch die Sehkraft, das Gesichtsfeld und/oder die Sehbahn bis hin zur Sehrinde in nennenswertem Umfang beeinträchtigt sind, kann der Nachteilsausgleich "Bl" (Blindheit) nicht zuerkannt werden, weil der behinderte Mensch im Sozialrecht nach Ausschöpfung aller Ermittlungsmöglichkeiten die objektive Beweislast für die anspruchsbegründenden Tatsachen trägt.
Normenkette	§ 69 Abs 4 SGB IX § 3 Abs 1 Nr 3 SchwbAwV § 72 Abs 5 SGB XII § 76 Abs 2a Nr 3a BSHG

1. Instanz

Aktenzeichen	S 5 SB 206/98
Datum	13.02.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 SB 11/04
Datum	21.12.2005

3. Instanz

Datum	-
-------	---

-
- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 13.02.2001 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen "Bl" (Blindheit) ab Antragstellung am 17.04.1996. Der am 11.01.1982 geborene, derzeit 23 Jahre alte Kläger erkrankte im Alter von 3 1/2 Monaten im August 1982 an einer schweren Meningo-Enzephalitis (Hirnhautentzündung mit Entzündung des angrenzenden Hirngewebes). In dessen Folge ist eine schwere hirnorganische Schädigung verblieben, welche sich in einer schweren Wahrnehmungsstörung ohne zeitliche und örtliche Orientierung, einer Unfähigkeit zur sprachlichen Äußerung, einem starken auto-aggressiven, d.h. gegen sich selbst gerichteten aggressiven Verhalten, einer schweren frühkindlichen Epilepsie, einem stark ausgeprägten hyperkinetisch-erethischen Syndrom (krankhaft gesteigerter, übermäßiger ruheloser Bewegungsdrang), schweren gesamtmotorischen Störungen sowie einem schweren geistigen Defektsyndrom äußert. Der Kläger ist deshalb aufgrund des Bescheides des Beklagten vom 11.06.1991 mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 100 und den Merkzeichen "G", "B", "H" und "RF" als schwerbehinderter Mensch anerkannt. Am 17.04.1996 beantragte der Kläger vertreten durch seine Eltern auch die Zuerkennung des Merkzeichens "Bl", weil seine behandelnde Augenärztin praktische Blindheit festgestellt habe. Der Beklagte zog daraufhin u.a. einen Befundbericht der behandelnden Augenärztin Dr. med. R1 vom 15.05.1996 bei, wonach Angaben zum Sehvermögen nicht möglich seien, weil der Kläger Gegenstände nur zeitweise fixiere und eine geistige Verarbeitung nicht möglich sei. Das Sehvermögen liege beiderseits unter 1/50. Die vorderen Abschnitte der Augäpfel seien bei Sichtkontrolle regelrecht. Der Augenhintergrund könne nicht sicher beurteilt werden. Es bestehe beidseits eine Optikusartrophie (Degeneration der Sehnerven-fasern zwischen dem Anfang des Sehnervs am Augenhintergrund und der Sehnervenkreuzung im Zentrum der mittleren Schädeldelgrube). Nach Einholung einer versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 03.07.1996, wonach Blindheit im Sinne des Gesetzes nicht festzustellen sei, weil trotz des mehrfach geschädigten Kindes, bei dem wahrscheinlich auch eine schwere Sehschädigung vorliege, eine exakte Beurteilung aufgrund der Hirnschädigung nach den üblichen Kriterien nicht möglich sei, lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 07.08.1996 die Zuerkennung des Merkzeichens "Bl" ab, weil Blindheit im Sinne des Gesetzes nicht nachgewiesen sei. Auf den Widerspruch des Klägers vom 20.08.1996 hin, mit dem dieser im Wesentlichen geltend machte, dass bei ihm anstelle einer verminderten Sehschärfe eine andere Störung des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliege, welcher einer Sehschärfe von nicht mehr als 1/50 entspreche, wie seine behandelnde Augenärztin bestätigte, zog der Beklagte ein MDK-Pflegegutachten vom 19.01.1995 sowie ein Gutachten von Dr. med. Q1, Chefarzt der Klinik für

Kinder- und Jugendmedizin des V â€¦-Klinikums P â€¦, vom 17.06.1998 mit Untersuchung am 16.06.1998 bei. WÃ¤hrend im MDK-Pflegegutachten hinsichtlich der Sinnesorgane eine schwerste Ein-schrÃ¤nkung bzw. ein vÃ¶lliger Funktionsausfall und der KlÃ¤ger als fast blind sowie fast taub beschrieben wird, gibt Dr. med. Q1 â€¦ an, dass eine regelrechte, auch konsensuelle Licht-reaktion bestehe (reflektorische Verengung der Pupille auf Lichteinfall am belichteten und auch am unbelichteten Auge ausgelÃ¶st durch die Ã¼bergekreuzten Sehnervenfasern der Seh-bahn). Dr. med. Q1 â€¦ fÃ¼hrt weiter aus, dass keine Fixierung und keine Reaktion auf helle Lichtquellen erfolge. Fraglich sei die Angabe der Eltern, dass nur ungezielt nach Gegens-tÃ¤nden gegriffen werde, weil der KlÃ¤ger sehr rasch, aber nicht wiederholbar nach der Un-tersuchungslampe und auch gezielt nach den Untersuchungspapieren gegriffen habe. Die Ableitung visuell-evozierter Potentiale (durch optische Reizung auslÃ¶sbare PotentialÃ¤nderungen am Gehirn, welche in ihrer Summe eine mehrgipflige Kurve ergeben) sei wegen der stÃ¤ndig ausschlagenden KÃ¶rperbewegungen nur beidÃ¤ugig mÃ¶glich gewesen, was le-diglich den Schluss zulasse, dass unter Narkose eine Ableitung von Potentialen mÃ¶glich wÃ¤re, ohne dass klar sei, wie diese Potentiale tatsÃ¤chlich aussehen. Eine Narkose sei aber angesichts des deutlich erhÃ¶hten Narkoserisikos nicht angezeigt. Da jedoch andererseits die Ableitung dieser Potentiale die einzige MÃ¶glichkeit sei, Blindheit im Sinne des Geset-zes nachzuweisen, kÃ¶nne diese derzeit nicht bestÃ¤tigt werden. Nachdem sich der zugezogene Versorgungsarzt dieser EinschÃ¤tzung am 25.06.1998 ange-schlossen hatte wies der Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 07.08.1998 unter Bezugnahme hierauf ab. Der KlÃ¤ger hat am 25.08.1998 Klage erhoben und vorgetragen, dass er wegen einer SchÃ¤digung seiner Sehnerven praktisch blind sei. Der Beklagte hat beantragt, die Klage abzu-weisen und auf die angegriffenen Bescheide Bezug genommen. Das Sozialgericht hat daraufhin Befundberichte der behandelnden Ã„rzte, insbesondere der behandelnden AugenÃ¤rztin Dr. med. R1 â€¦ vom 01.04.1999 beigezogen. Dr. med. R1 â€¦ gab an, dass sie den KlÃ¤ger zuletzt am 28.03.1996 untersucht habe. Angaben zum Sehver-mÃ¶gen seien nicht mÃ¶glich. GegenstÃ¤nde fixiere er nur ganz dicht vor den Augen, sodass ein SehvermÃ¶gen beiderseits von unter 1/50 anzunehmen sei. Die vorderen Augenabschnit-te seien bei Sichtkontrolle regelrecht. Eine Beurteilung des Augenhintergrundes sei wegen heftiger Abwehrbewegung nicht mÃ¶glich. Bei frÃ¼heren Untersuchungen vor 1990 sei eine Sehnervenartrophie, welche eine hochgradige Sehminderung verursache, festgestellt wor-den. Der Beklagte hat hierzu unter Bezugnahme auf eine versorgungsÃ¤rztliche Stellungnahme vom 09.06.1999 ausgefÃ¼hrt, dass damit Blindheit weiter nicht nachgewiesen sei und dies 1998 entsprechend begutachtet worden sei. Eine Optikusatrophie bilde nur einen morpho-logischen Befund, der RÃ¼ckschlÃ¼sse auf das SehvermÃ¶gen allein nicht zulasse. In der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht am 13.02.2001 hat der Beklagte hinsichtlich des bis dahin ebenfalls streitigen Merkzeichens "aG" ein Teilanerkennnis Ã¼ber eine Zuerkennung des Merkzeichens "aG" ab 01.01.1996 abgegeben, welches der KlÃ¤ger angenommen hat. Auf den danach gestellten Klageantrag, den Bescheid des Beklagten vom 07.08.1996 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.08.1998, gefasst im Teilanerkennnis vom 13.02.2001, teilweise aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, die gesundheitlichen Voraussetzungen fÃ¼r das Merkzeichen "BI" festzustellen, hat das Sozialgericht die Klage mit Urteil vom

13.02.2001, dem Prozessbevollmächtigten des Klägers zugestellt am 01.03.2001, abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen "BI". Die rechtliche Grundlage für den geltend gemachten Anspruch finde sich in Â§ 4 Abs. 4 und 5 des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG) in Verbindung mit Â§ 59 Abs. 1 Satz 5 Nr. 1 SchwbG bzw. Â§ 33b Abs. 3 des Einkommenssteuergesetzes (EStG) sowie weiteren Vorschriften. Danach sei das Merkzeichen "BI" als Nachweis für Blindheit festzustellen, da Blindheit Einfluss auf die unentgeltliche Befreiung Schwerbehinderter am öffentlichen Personennahverkehr sowie auf das Einkommenssteuerrecht habe und damit Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen sei. Â§ 59 Abs. 1 Satz 5 Nr. 1 SchwbG verweise zur Definition der Blindheit auf Â§ 76 Abs. 2a Nr. 3a Bundessozialhilfegesetz (BSHG). Danach gelte diejenige Person als blind, deren Sehschärfe auf dem besseren Auge nicht mehr als 1/50 betrage, oder bei denen dem Schweregrad dieser Sehschärfe gleichzuachtende, nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens vorliegen. Für die Beurteilung, ob diese Kriterien erfüllt seien, sei im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung ergänzend auf die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung herausgegebenen "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachter-tätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz" (AHP) von 1996 abzustellen. In Nr. 23 der AHP sei in Übereinstimmung mit Â§ 76 Abs. 2a Nr. 3a BSHG als blind derjenige anzusehen, dessen Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht bei beidseitiger Prüfung mehr als 1/50 betrage, oder wenn andere Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleich zu achten seien. In Nr. 23 Abs. 3 der AHP seien die Gruppen aufgezählt, bei denen nach den Richtlinien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft eine gleichzusetzende Sehbehinderung vorliege. Hierbei handle es sich insbesondere um Personen mit einer besseren Sehschärfe als 1/50, jedoch einem entsprechend eingengten Gesichtsfeld bzw. um Gesichtsfeldausfälle. Nach Nr. 23 Abs. 4 der AHP könne eine visuelle Agnosie nicht mit Blindheit gleichgestellt werden. Unter diesen Voraussetzungen könne das Gericht den Nachweis von Blindheit nicht annehmen. Aufgrund der beim Kläger bestehenden, schweren geistigen Behinderung sei keine Möglichkeit gegeben, die Blindheit mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Dies werde durch die Befundberichte der behandelnden Augenärztin Dr. med. R1 vom 15.05.1996 und 01.04.1999 sowie des Gutachtens von Dr. med. Q1 vom 17.06.1998 bestätigt, deren Inhalt vom Sozialgericht im Einzelnen wiedergegeben wird. Danach könne Blindheit zwar nicht definitiv ausgeschlossen werden, hier sei unter Berücksichtigung aller vorliegenden Befunde und Beurteilungen jedoch auch deren Nachweis nicht erbracht. Insbesondere aus der Mitteilung der behandelnden Augenärztin, dass eine hochgradige Sehminderung bestehe und Gegenstände dicht vor den Augen fixiert werden, sei zu folgern, dass eine vollständige Blindheit nicht vorliege. Inwiefern die Beeinträchtigung der Sehfähigkeit tatsächlich der Blindheit gleichzustellen sei, welchen Umfang die Sehbeeinträchtigung also habe, sei nicht exakt bestimmbar. Die Bewertung der Sehschärfe durch die behandelnde Augenärztin mit 1/50 sei vor diesem Hintergrund nicht geeignet, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit das Vorliegen von Blindheit zu belegen. Auch die Sehnervenatrophie führe nicht

zwangsläufig zur Annahme von Blindheit. Welchen Umfang diese Atrophie habe, sei nicht eindeutig zu beurteilen gewesen. Da jedoch bei Ableitung der visuell-evozierten Potentiale bei beidseitiger Prüfung ein positives Ergebnis durch Dr. med. Q1 erzielt worden sei, könne nicht von einer vollständigen Atrophie ausgegangen werden. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG v. 31.01.1995, Az. [1 RS 1/93](#)) sei bei gleichzeitigem Vorliegen von visueller Agnosie und Optikusatrophie allein maßgeblich, ob das "Erkennen"-Können ausgeschlossen sei. Die Fähigkeit des "Benennens"-Könnens als Ausdruck der visuellen Agnosie sei damit für die Blindheit nicht maßgeblich. Für die Kammer sei nachvollziehbar, dass aufgrund der vielen gesundheitlichen Beeinträchtigungen beim Kläger ein Zustand vorliege, der einer Blindheit ähnlich sei, dass dieser Zustand jedoch auch ohne das Vorliegen der visuellen Agnosie gegeben wäre, könne aus den vorliegenden Befunden nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit abgeleitet werden. Aufgrund der Wertungen der behandelnden Augenärztin und von Dr. med. Q1, dass weitere Untersuchungen der Sehfähigkeit beim Kläger nicht zumutbar seien, da eine Untersuchung ein besonders großes Risiko darstelle und eine Untersuchung ohne Narkose aufgrund der heftigen Abwehrreaktionen des Klägers keine neue Erkenntnisse bringen könne, habe das Gericht auch keine Ansatzpunkte für weitergehende Ermittlungen gesehen. In der mündlichen Verhandlung habe auch der gesetzliche Vertreter des Klägers weitere Untersuchungen nicht für erforderlich gehalten. Unter Zugrundelegung der im Sozialrecht geltenden Beweisregeln im Sinne der objektiven Beweislast, wonach derjenige die Nichterweisbarkeit einer Tatsache zu tragen habe, der daraus ein Recht herleiten wolle, gehe die fehlende Erweisbarkeit der Blindheit zu Lasten des Klägers, da dieser aus der Blindheit die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen "Bl" geltend mache. Mit der am 28.03.2001 eingelegten Berufung macht der Kläger ergänzend zu seinem bisherigen Vorbringen geltend, dass sich das Sozialgericht zu Unrecht auf die Untersuchung durch Dr. med. Q1 stütze, obwohl wegen der heftigen Abwehrreaktionen damals eine korrekte Untersuchung nicht durchgeführt werden könne. Auch ein wiederholtes Greifen nach Gegenständen sei kein Hinweis darauf, dass keine Blindheit vorliege. Diese Reaktionen seien nicht auf das Sehen der Gegenstände zurückzuführen, sondern vielmehr unwillkürlich und nicht zielgerichtet gewesen. Von den im Berufungsverfahren angesprochenen medizinischen Sachverständigen sei die Einschätzung der behandelnden Augenärztin zumindest nicht bestritten worden, auch wenn von diesen Sachverständigen keine weitergehenden Untersuchungen durchgeführt worden seien. Im Übrigen könne auf das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 27.07.2004 (Az. L 5 BL 1/02) verwiesen werden. Danach bestehe Anspruch auf Blindengeld, wenn eine Kombination von Schädigung des Sehorgans mit höher (oberhalb der Sehrinde) angesiedelten, das Gehirn betreffenden Störungen vorliege und der Betroffene infolge des Zusammenwirkens der Störungen praktisch nicht sehen könne. Vom Bayerischen Landessozialgericht werde als Beispiel die Störung des Sehvermögens (etwa durch eine Optikusschädigung) mit visuellen Verarbeitungsstörungen (als Teilursache) genannt, die in einer Weise zusammenwirken, dass die Störung des Sehvermögens insgesamt dem Schweregrad einer Sehminderung von maximal 1/50 auf dem besseren Auge gleichzuachten sei. Zur Prüfung, ob Blindheit bestehe, könne zudem eine

neuroradiologische Abklärung mittels einer Kernspintomographie sowie perimetrischer Diagnostik vorgeschlagen werden. Der Kläger und Berufungskläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 13.02.2001 sowie den Bescheid vom 07.08.1996 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.08.1998 in der Fassung des Teilanerkennnisses vom 13.02.2001 abzuändern und den Beklagten zu verpflichten, bei ihm die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen "Bl" festzustellen. Der Beklagte und Berufungsbeklagte beantragt, die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 13.02.2001 zurückzuweisen. Er nimmt auf die Gründe des angefochtenen Urteils Bezug und trägt ergänzend vor, dass sich aus den im Berufungsverfahren eingeholten Befundberichten der behandelnden Ärzte nichts Neues ergebe. Seitens der gesetzlichen Vertreter des Klägers sei eine Zustimmung zu einer Untersuchung unter Narkose im Berufungsverfahren nicht gegeben worden, so dass es weiterhin bei der vom Sozialgericht getroffenen Beweislastentscheidung bleibe. Im Übrigen sei der Begriff der Blindheit eng mit dem optischen Apparat verbunden. Dies bedeute, dass es auf die messbare Einschränkung der Sehleistung (Sehschärfe und Gesichtsfeld) ankomme, die sich durch den morphologischen Befund des Sehorgans erklären lasse. Entscheidend sei daher allein die Funktion des Sehorgans, nicht hingegen eine visuelle Agnosie oder andere gnostische Störungen, welche keine Störung des Sehapparates darstellen. Die von der Klageseite vorgeschlagene Untersuchung durch Kernspintomographie (MRT) sei nach Einschätzung aller medizinischen Sachverständigen nur unter Narkose durchführbar und daher nicht möglich. Eine perimetrische Untersuchung, wie sie Klageseite weiter vorgeschlage, sei von der Mitarbeit des Probanden abhängig, was beim Kläger ebenfalls nicht in Betracht komme.

Der Senat hat Befundberichte der behandelnden Hausärztin und der behandelnden Augenärztin beigezogen, welche mangels weiterer Untersuchungen keine neuen Befunde mitgeteilt haben.

Sodann hat das Gericht versucht, ein Gutachten bei Dr. med. S1, kommissarischer Chefarzt der Augenklinik des Klinikums C, einzuholen, der am 11.02.2002 mitgeteilt hat, dass eine Begutachtung im Rahmen einer herkömmlichen ambulanten augenärztlichen Untersuchung wegen der fehlenden Mitwirkung des Klägers nicht möglich sei und auch eine Narkoseuntersuchung zu exakten Erhebung des morphologischen Befundes zur fraglichen Optikusatrophie nicht ausreichend sei. Eine objektive Abklärung erscheine nur durch eine elektrophysiologische Untersuchung möglich, welche an seiner Augenklinik nicht durchgeführt werden könne. Der Senat hat daraufhin versucht, ein Gutachten bei Prof. Dr. med. P1, Chefarzt der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums D, einzuholen, der am 18.03.2002 mitgeteilt hat, dass wegen der Erkrankung des Klägers keine Angabe zur Sehschärfe und zum Gesichtsfeld nach DIN-Vorschrift möglich sei. Es bleibe nur die klinische Beurteilung in Kombination mit einer VECP-Untersuchung (Ableitung von Potentialen nach Stimulation mit visuellen Reizen). Ergebe das VECP keinerlei Aktivität, sei daraus ein Rückschluss auf eine Optikusatrophie möglich. Gebe es im VECP nachweisbare Aktivitäten, bleibe die Höhe des Sehvermögens weiterhin spekulativ. Darüber hinaus bleibe ohnehin zweifelhaft,

wie viel vom Seheindruck überhaupt vom Gehirn verarbeitet werde. Nach den CT-Befunden aus 1983 und 1984 gehe eine Defektheilung auch im Bereich des Okzipitallappens links (kleinster Großhirnlappen mit Sehzentrum und den Zentren für das Festhalten von Erinnerungsbildern) hervor, der auch das Sehzentrum mit betreffen könne. Insofern sei auch eine aktuelle Untersuchung des Gehirns (MRT) denkbar, um abzugrenzen, welche zentralen Bereiche tatsächlich geschädigt seien. Schließlich sei es definitiv notwendig, den Kläger für die dafür erforderlichen Untersuchungen zu sedieren, d.h. ihm ein Beruhigungs- bzw. Narkosemittel zu verabreichen. Dafür müsse jedoch vorher geklärt werden, ob damit eine Gefahr für Gesundheit oder Leben beim Kläger bestehe und ob die gesetzlichen Vertreter einer Sedierung zustimmen. Auf Nachfrage des Gerichts erklärten die gesetzlichen Vertreter unter Bezugnahme auf eine Stellungnahme von Dr. med. D1 , Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 06.05.2002, dass sie einer Sedierung nicht zustimmen. Dr. med. D1 hat in seiner Stellungnahme ausgeführt, dass die von Prof. Dr. med. P1 für erforderlich gehaltene deutliche Sedierung im Sinne einer Intubationsnarkose mit einer deutlichen Gefährdung des so schon komplex geschädigten Klägers einhergehe und er dies zum Zwecke der Begutachtung daher nicht unterstützen könne. Prof. Dr. med. P1 teilte dem Senat hierauf am 03.07.2002 mit, dass angesichts der Stellungnahme von Dr. med. D1 in seiner Einrichtung definitiv keine Möglichkeit mehr bestehe, die geforderten Untersuchungen durchzuführen. Er empfehle jedoch sich an Prof. Dr. med. Z1 , Ärztlicher Direktor der Abteilung Neuro-Ophthalmologie der Augenklinik des Universitätsklinikums T , zu wenden, wo unter Umständen eine Untersuchung ohne Sedierung erfolgen könne. Auf Nachfrage teilte Prof. Dr. med. Z1 am 29.09.2002 mit, dass die beim Kläger notwendige Untersuchung der visuell-evozierten Potentiale (VECP) und ein MRT ohne Sedierung bzw. ohne Narkose nicht möglich seien. Nachdem hierauf aufgrund der übereinstimmenden Anträge der Beteiligten vom Gericht mit Beschluss vom 18.03.2003 das Ruhen des Verfahrens angeordnet worden war, damit sich die gesetzlichen Vertreter des Klägers über eine Zustimmung zur Narkose Klarheit verschaffen können, wurde das Verfahren im März 2004 wieder aufgerufen, ohne dass die Zustimmung zur Narkose erteilt wurde, und im Erörterungstermin am 27.04.2005 von den Beteiligten einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird im Folgenden auf die Gerichtsakten beider Instanzen sowie auf die beigezogenen Verwaltungsvorgänge zum Schwerbehindertenrecht, zum Landesblindengeldgesetz und zum Bundesseuchengesetz Bezug genommen, die Gegenstand des Verfahrens waren.

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann gemäß [Â§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten sich hiermit einverstanden erklärt haben. Die gemäß den [Â§Â§ 143, 144 SGG](#) statthafte sowie gemäß [Â§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, aber unbegründet. Das Sozialgericht hat die zulässige kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([Â§ 54 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1](#) und 2 SGG) in der Sache zu Recht abgewiesen, weil der Ablehnungsbescheid vom 07.08.1996 in

Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.08.1998 in der Fassung des Teilerkenntnisses vom 13.02.2001 rechtmäßig ist, soweit mit diesen Bescheiden die Zuerkennung des Merkzeichens "BI" abgelehnt wurde, und den Kläger insofern nicht beschwert ([Â§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)). Der Kläger hat keinen Anspruch gegenüber dem Beklagten auf Erlass eines Bescheides, mit dem bei ihm die gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen "BI" festgestellt werden. Das Sozialgericht hat die Rechtsgrundlagen für eine solche Feststellung zum Zeitpunkt seiner Entscheidung zutreffend benannt. Inzwischen ist jedoch das Neunte Buch des Sozialgesetzbuchs – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – am 01.07.2001 (SGB IX) in Kraft getreten, welches nunmehr Anwendung findet, weil über eine Verpflichtungsklage grundsätzlich anhand der Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung zu entscheiden ist (Meyer-Ladewig, SGG, 8. Aufl. 2005, Â§ 54, Rn. 34, m.w.N.). Danach ist Rechtsgrundlage für die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für das Merkzeichen "BI" durch den Beklagten [Â§ 69 Abs. 4](#) i.V.m. Abs. 1 SGB IX, wonach der Beklagte als die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständige Behörde die erforderlichen Feststellungen zu weiteren gesundheitlichen Merkmalen im Verfahren nach [Â§ 69 Abs. 1 SGB IX](#) zu treffen hat, wenn diese gesundheitlichen Merkmale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen sind. Dies betrifft auch die gesundheitlichen Merkmale des Merkzeichens "BI" (Blindheit), welches Voraussetzung für die Inanspruchnahme der für Blinde vorgesehenen Nachteilsausgleiche ist. Die Voraussetzungen für die Erteilung des Merkzeichens "BI" ergeben sich gemäß [Â§ 3 Abs. 1 Nr. 3](#) der Schwerbehindertenausweisverordnung (SchwbAwV) in der ab 01.01.2005 geltenden Fassung aus [Â§ 72 Abs. 5](#) des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB XII), wonach blinden Menschen Personen gleichstehen, deren beidäugige Gesamtsehstärke nicht mehr als 1/50 beträgt oder bei denen dem Schweregrad dieser Sehstärke gleichzuachtende, nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens vorliegen. Bis zum 31.12.2004 nahm [Â§ 3 Abs. 1 Nr. 3 SchwbAwV](#) noch auf den vom Sozialgericht zitierten [Â§ 76 Abs. 2a Nr. 3a BSHG](#) Bezug, wonach auch diejenigen blind sind, deren Sehstärke auf dem besseren Auge nicht mehr als 1/50 beträgt oder bei denen dem Schweregrad dieser Sehstärke gleichzuachtende, nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens vorliegen. Hiermit im Einklang konkretisieren die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (inzwischen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung – BMGS) herausgegebenen "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz" aus dem Jahr 1996 (im Folgenden: AHP 1996) sowie ab 01.05.2004 die "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)" aus dem Jahre 2004 (im Folgenden: AHP 2004) die Voraussetzungen des Merkzeichens "BI" (vgl. Nr. 23 der AHP in der jeweiligen Fassung). Die AHP sind insoweit für die Verwaltung ebenso wie für die Gerichte ein im Grundsatz verbindlicher Maßstab, weil sie als antizipierte Sachverständigengutachten den aktuellen Wissens- und Erkenntnisstand der herrschenden medizinischen Lehrmeinung wiedergeben und ein abgewogenes und in sich geschlossenes, wie untergesetzliche Rechtsnormen anzuwendendes Beurteilungsgefüge bereitstellen, das eine dem allgemeinen

Gleichheits-satz entsprechende Rechtsanwendung gewährt (ausführlich: BSG v. 18.09.2003, Az: [B 9 SB 3/02 R](#), [SozR 4-3250 Â§ 69 Nr. 2](#); BSG v. 01.09.1999, Az: [B 9 V 25/98 R](#), [SozR 3-3100 Â§ 30 Nr. 22](#); BVerfG v. 06.03.1995, Az: [1 BvR 60/95](#), [SozR 3-3870 Â§ 3 Nr. 6](#)). Danach ist gemäß Nr. 23 Abs. 2 Satz 1 der AHP blind, wer sein Augenlicht vollständig verloren hat. Nach Nr. 23 Abs. 2 Satz 2 der AHP ist im Einklang mit den zitierten gesetzlichen Vorschriften jedoch auch derjenige als blind anzusehen, dessen Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 0,02 (1/50) beträgt oder wenn andere Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleichzuachten sind. Darüber hinaus erlauben die AHP, in welchen Fällen Störungen des Sehvermögens vorliegen, die dem Schweregrad einer Sehschärfe von nur noch 1/50 gleichzuachten sind. Die AHP nennen insoweit bestimmte Formen von erheblichen Gesichtsfeldausfällen (Nr. 23 Abs. 3 der AHP) sowie in Nr. 23 Abs. 4 der AHP den vollständigen Ausfall der Sehrinde (Rindenblindheit). Demgegenüber wird eine der Blindheit gleichzuachtende Sehstörung in Nr. 23 Abs. 4 der AHP ausdrücklich verneint, wenn nur eine visuelle Agnosie oder andere gnostische Störungen vorliegen, d.h. wenn trotz intakter Wahrnehmung die Verarbeitung der Wahrnehmung im Gehirn – das Verstehen des Gesehenen – gestört ist. Das Bundessozialgericht nimmt ausgehend von der gesetzlichen Definition etwa in Â§ 76 Abs. 2a Nr. 3a BSHG und in [Â§ 72 Abs. 5 SGB XII](#) dementsprechend an, dass diese Aufzählung nicht abschließend ist. Insbesondere müssen danach keine dem Sehschärfeverlust ihrer Art nach vergleichbaren Störungen (wie die in Nr. 23 Abs. 3 der AHP aufgezählten Gesichtsfeldeinschränkungen) vorliegen, sondern es genügen Sehstörungen, die nur in ihrem Schweregrad der Sehschärfe-minderung auf 1/50 vergleichbar sind. Ursache der Sehstörungen muss deshalb auch kein Schaden des Sehorgans selbst sein (Auge, Sehbahn). Schäden, die das Gehirn betreffen, kommen ebenso in Betracht (BSG v. 31.01.1995, Az: [1 RS 1/93](#), [SozR 3-5920 Â§ 1 Nr. 1](#)). Bei derartigen Hirnschäden ist mit dem Bundessozialgericht jedoch zu differenzieren, ob tatsächlich das Sehvermögen selbst, d.h. die Fähigkeit zu erkennen bzw. wahrzunehmen, beeinträchtigt ist (dann ist eine Gleichstellung mit der Blindheit möglich) oder ob die Sehstörung ihre Ursache in einer geistig-seelischen Behinderung, d.h. in einer Verarbeitungsstörung hat, bei der trotz vorhandener Sehfunktion das Wahrgenommene nicht verarbeitet und deshalb auch nicht benannt werden kann (z.B. gnostische Störung, visuelle Agnosie). Liegt allein eine Sehstörung im letzteren Sinne vor, kann keine Gleichstellung mit Blinden erfolgen. Diese Differenzierung zwischen dem visuellen "Erkennen-Können" (besser: "Wahrnehmen-Können") und dem geistig-seelischen "Benennen-Können" (besser: "Verstehen-Können") führt hingegen nicht dazu, dass bei einer Kombination von Störungen, welche beide Bereiche betreffen, nur der Teil Berücksichtigung findet, der das visuelle "Verstehen-Können" betrifft. Die Sehstörung ist in diesen Fällen vielmehr insgesamt unter Einbeziehung auch des Teils, der das geistig-seelische "Verstehen-Können" als Teil-Ursache der Sehstörung betrifft, zu bewerten und in ihrem Schweregrad mit der Sehschärfe-minderung auf 1/50 zu vergleichen (BSG v. 31.01.1995, Az: [1 RS 1/93](#), [SozR 3-5920 Â§ 1 Nr. 1](#)). Bei umfangreichen, komplexen Hirnschäden muss sich in diesen Kombinationsfällen allerdings eine spezifische Störung des Sehvermögens feststellen lassen, wozu

gen^{1/4}gt, dass die visuelle Wahrnehmung deutlich stärker betroffen ist, als die Wahrnehmung in anderen Modalitäten des Gehirns (BSG v. 20.07.2005, Az: [B 9a BL 1/05 R](#), zitiert nach JURIS). Dies zugrunde gelegt hat das Sozialgericht nach den gegebenen Umständen im Ergebnis zutreffend eine Beweislastentscheidung getroffen. Denn ^{1/4} wie das Sozialgericht zutreffend ausführt ^{1/4} es müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, d.h. diejenigen Tatsachen, welche im Falle ihres Vorliegens den geltend gemachten Anspruch begründen, im sog. Vollbeweis gesichert sein, d.h. diese Tatsachen müssen zur Überzeugung des Senats mit an Sicherheit grenzender, keine vernünftigen Zweifel mehr offen lassenden Wahrscheinlichkeit vorliegen. Beim Kläger müsste deshalb entweder Blindheit oder eine Sehstärke-minderung auf mindestens 1/50 oder eine Gesichtsfeldeinschränkung im Sinne von Nr. 23 Abs. 3 der AHP oder eine Rindenblindheit gemäß Nr. 23 Abs. 4 der AHP oder eine sonstige Störung des Sehvermögens im Sinne der zitierten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit im Vollbeweis nachgewiesen sein. Dies ist hier nicht der Fall, weil nur die nicht auszuschließende Möglichkeit, aber nicht die an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit besteht, dass Tatsachen vorliegen, welche eine der Blindheit gleichzuachtende Störung des Sehvermögens beim Kläger begründen. Dies reicht nicht aus, weil nach den im Sozialrecht geltenden Grundsätzen der objektiven Beweislast derjenige, der einen Anspruch geltend macht, auch das Risiko trägt, dass sich die anspruchsbegründenden Tatsachen trotz der auch für die Sozialgerichte bestehenden Amtsermittlungspflicht ([§ 103 SGG](#)) nicht nachweisen lassen (vgl. u.a. BSG v. 31.01.1995, Az: [1 RS 1/93](#), [SozR 3-5920 § 1 Nr. 1](#); BSG v. 28.06.1984, Az: [2 RU 54/83](#), zitiert nach JURIS). Zwar lässt sich danach zur Überzeugung des Senats beim Kläger die Kombination einer kognitiven Störung im Sinne eines "Nicht-Verstehen-Könnens" und einer Störung des Sehvermögens selbst im Sinne eines "Nicht-Wahrnehmen-Könnens" feststellen. Jedoch bleibt unklar, ob diese Kombination tatsächlich von ihrem Schweregrad her, soweit sie auf eine spezifische Sehstärke bezogen wird, das Ausmaß einer Sehstärke-minderung auf 1/50 oder weniger erreicht. Dass der Kläger blind im Sinne von Nr. 23 Abs. 2 Satz 1 der AHP ist, d.h. dass er sein Augenlicht vollständig verloren hat, wird von den Beteiligten nicht behauptet und ist bereits deshalb nicht anzunehmen, weil die behandelnde Augenärztin zeitweises Fixieren von Gegenständen zumindest dicht vor den Augen und der Gutachter des Beklagten Dr. med. Q1 ^{1/4} jedenfalls konsensuelle Lichtreaktionen nachweisen konnte. Nicht feststellbar und damit offen ist hingegen, ob die danach zumindest geringfügig erhaltene Sehstärke gemäß Nr. 23 Abs. 2 Satz 2 der AHP nur noch 1/50 oder weniger beträgt sowie ob das Gesichtsfeld Einschränkungen aufweist, wie sie gemäß Nr. 23 Abs. 3 der AHP für Gesichtsfeldausfälle erforderlich sind, die derartigen Sehstärke-minderungen gleichzuachten sind. Denn sowohl die Sehstärkemessung als auch die Gesichtsfeldmessungen (wie von den Eltern des Klägers zuletzt vorgeschlagen mittels perimetrischer Diagnostik) erfordern die Mitarbeit des Klägers, welche angesichts der Schwere seines Leidens ausgeschlossen ist. Bereits hier geht die Nichterweislichkeit der Sehstärke- und Gesichtsfeldeinschränkung daher zu Lasten des Klägers. Gleichfalls nicht nachweisen lässt sich eine Rindenblindheit bzw. der vollständige Ausfall der Sehrinde, d.h. des primären Rindenzentrums der Großhirnrinde als dem Ort, an

dem in der Folge optischer Reize die Farb- und Lichtwahrnehmungen zu bewussten Empfindungen werden (Roche, Lexikon Medizin, 5. Aufl. 2003). Zwar geht der Sachverständige Prof. Dr. med. P1 an nach den CT-Befunden aus 1983 und 1984 von einer Defektheilung auch im Bereich des Okzipitallappens links, d.h. des kleinsten Großhirnlappens mit Sehzentrum und den Zentren für das Festhalten von Erinnerungsbildern (Roche, Lexikon Medizin, 5. Aufl. 2003), aus. Jedoch bleibt nach seiner Meinung unklar, ob das Sehzentrum selbst, d.h. die Sehrinde, und damit die Funktion des "Wahrnehmen-Könnens" betroffen ist. Die danach denkbare Untersuchung des Gehirns mittels eines MRT zur Abklärung, welche zentralen Bereiche tatsächlich geschädigt sind, setzt hingegen nach Meinung aller befassten Sachverständigen eine Narkose voraus, welche angesichts der Erkrankung des Klägers nicht ohne Gefahr für seine Gesundheit möglich ist und deshalb von den Eltern verweigert wurde. Schließlich lässt sich der Umfang einer sonstigen Störung des visuellen "Wahrnehmen-Könnens" in Abgrenzung vom geistig-seelischen "Verstehen-Können" nicht hinreichend sicher nachweisen. Insoweit ist zwar mit der behandelnden Augenärztin unter Berücksichtigung der im Kindesalter beim Kläger erhobenen Befunde eine Schädigung der Sehbahn im Sinne einer Optikusartrophie als solche zur Überzeugung des Senats gegeben. Diese ist durch eine Degeneration der Sehnervenfasern zwischen dem Anfang des Sehnervs am Augenhintergrund (Papille) und der Sehnervenkreuzung im Zentrum der mittleren Schädelgrube (Chiasma, von wo die Sehbahn anschließend nach der Kreuzung weiter zur Sehrinde verläuft) gekennzeichnet (Roche, Lexikon Medizin, 5. Aufl. 2003). Jedoch wäre zum Nachweis des Umfangs einer solchen Optikusartrophie die Ableitung visuell-evozierter Potentiale, d.h. die Ableitung von durch optische Reizung auslösbaren Potentialänderungen am Gehirn, welche in ihrer Summe eine mehrgipflige Kurve ergeben (Roche, Lexikon Medizin, 5. Aufl. 2003), notwendig. Dies erfordert nach Prof. Dr. med. P1 eine sog. VEC-Untersuchung, welche die tiefe Sedierung des Klägers notwendig macht und wie alle Sachverständigen übereinstimmend annehmen wegen des Gesundheitszustandes des Klägers nicht gefahrlos möglich ist und deshalb von den Eltern zu Recht verweigert wurde. Zudem wäre das Ergebnis einer solchen VEC-Untersuchung fraglich, weil nach Prof. Dr. med. P1 ein Rückschluss auf eine Optikusartrophie nur dann möglich wäre, wenn das VEC keinerlei Aktivität ergibt. Falls das VEC hingegen nachweisbare Aktivitäten abbilden würde, bliebe der Umfang des Sehvermögens des Klägers nach Prof. Dr. med. P1 weiterhin spekulativ. Wird in diesem Zusammenhang berücksichtigt, dass der vom Beklagten herangezogene Sachverständige Dr. med. Q1 bei seiner Untersuchung zu-mindest beidseitig visuell-evozierte Potentiale ableiten konnte, so erscheint es eher als unwahrscheinlich, dass ein VEC keinerlei Aktivität ergeben würde. Gegen einen vollständigen Ausfall der Sehbahn infolge der Optikusartrophie spricht zudem, dass der Kläger bei der Untersuchung durch Dr. med. Q1 rasch und zielgerichtet nach Gegenständen greifen konnte. Daher bleibt der Umfang der von der Optikusartrophie ausgehenden Beeinträchtigung des visuellen "Wahrnehmen-Könnens" unklar. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Situation des Klägers dem Senat so dar, dass einerseits angesichts der vorliegenden medizinischen Unterlagen eine erhebliche, nicht nur das Sehzentrum, sondern auch alle anderen Modalitäten des Gehirns betreffende Störung der

Hirntätigkeit vorliegt, welche unter anderem das geistig-seelische "Verstehen-Kännen" der wahrgenommenen Seheindrücke betrifft. Andererseits besteht aber auch eine spezifische Sehstörung in Form einer Optikusarthropie, bei der jedoch nicht feststellbar ist, in welchem Umfang sie das visuelle "Wahrnehmen-Kännen" beeinträchtigt. Darüber hinaus ist auch eine Schädigung der Sehrinde als weitere, das "Wahrnehmen-Kännen" betreffende, spezifische Sehstörung nicht auszuschließen und damit möglich, jedoch nicht nachweisbar. Dies führt schließlich zu dem Ergebnis, dass zwar eine kombinierte Störung des visuellen "Wahrnehmen-Kännens" und des geistig-seelischen "Verstehen-Kännens" nachgewiesen ist, jedoch nicht feststeht, ob der komplexe Hirnschaden des Klägers derart ausgestaltet ist, dass die visuelle Wahrnehmung deutlich stärker betroffen ist, als die Wahrnehmung in anderen Modalitäten des Gehirns. Denn wenn allein der Teil der Sehstörung betrachtet wird, der das geistig-seelischen "Verstehen-Kännen" betrifft, so hebt sich dieser Teil in Ausmaß und Gewicht für den Senat nicht von den Störungen des geistig-seelischen "Verstehen-Kännens" in anderen Modalitäten des Gehirns ab, während das Ausmaß der hinzutretenden Störung des visuellen "Wahrnehmen-Kännens" infolge der Optikusarthropie völlig unklar und damit in seiner von den anderen Modalitäten abgrenzenden Bedeutung nicht bestimmbar ist. Gleiches gilt für die nicht nachgewiesene Schädigung der Sehrinde. Infolge dessen ist auch eine Aussage dahin nicht möglich, ob die kombinierte Störung des visuellen "Wahrnehmen-Kännens" und des geistig-seelischen "Verstehen-Kännens" bezogen allein auf das Sehvermögen des Klägers in ihrer Schwere dem Verlust der Sehschärfe auf 1/50 oder weniger gleichzuachten ist, so dass der Kläger nicht als blind im Sinne des Merkzeichens "BI" angesehen werden kann. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1 Satz 1 SGG](#). Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) sind nicht ersichtlich.

Erstellt am: 11.01.2006

Zuletzt verändert am: 23.12.2024