S 9 SB 491/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Landessozialgericht Sachsen-Anhalt
Sachgebiet	Schwerbehindertenrecht
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	komatöser Zustand hochgradige Sehbehinderung visuelle Agnosie gestörte Verarbeitung visueller Informationen Beweislosigkeit keine Berücksichtigung von gnostischen Störungen Versorgungsmedizinische Grundsätze Blindheit Rindenblindheit Merkzeichen Bl Wachkoma
Leitsätze	1. Der Nachteilsausgleich Blindheit ist beschränkt auf Störungen des Sehapparats und erfasst keine gnostischen – neuropsychologischen – Störungen des visuellen Erkennens (vgl BSG, Urt v 24.10.2019 – B 9 SB 1/18 R – juris). 2. Kann bei dem behinderten Menschen wegen fehlender Reaktion auf visuelle Reize und fehlender Kommunikationsfähigkeit weder eine Sehschärfe noch die Gesichtsfeldfunktion nach Teil A Nr 6 Buchst a und b VMG überprüft werden, geht diese Beweislosigkeit zu seinen Lasten.
Normenkette	VMG Teil A Nr 6 Buchst a SGB IX § 152 Abs 1 VMG Teil A Nr 6 Buchst b VMG Teil A Nr 6 Buchst c SGB IX § 152 Abs 4

1. Instanz

Aktenzeichen	S 9 SB 491/16

Datum	25.11.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 7 SB 7/20
Datum	05.12.2022

3. Instanz

Datum	-

Das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 25. November 2019 wird aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

Tatbestand:

Â

Die Beteiligten streiten Ã¼ber das Vorliegen der gesundheitlichen Voraussetzungen fÃ¼r die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs Blindheit, also die Zuerkennung des Merkzeichens Bl bei dem KlÃ¤ger und Berufungsbeklagten (nachfolgend: KlÃ¤ger).

Â

Der 1955 geborene KlÃ¤ger erlitt 2012 nach einem Leitersturz aus ca. 10 Meter HÃ¶he ein Polytrauma, welches u.a. durch eine Skalpierungsverletzung frontal bis occipital charakterisiert war. Es bestand eine kardiopulmonale Reanimationspflichtigkeit. In der Epikrise der Klinik fÃ¼r AnÃ¤sthesiologie und Operative Intensivmedizin der Uniklinik K. vom 13. August 2012 Ã¼ber die intensivmedizinische Behandlung ab 16. Juli 2012 wurde u.a. ein posthypoxischer Hirnschaden diagnostiziert. Im Verlauf des stationÃ¤ren Aufenthalts sei es zu einem Status epilepticus gekommen. Spontanatmung Ã¼ber eine TrachealkanÃ¼le sei ab 6. August 2012 wieder erreicht worden. Im MRT vom 8. August 2012 hÃ¤tten sich keine Hinweise auf einen diffusen axonalen Schaden, jedoch mehrere hypoxische LÃ¤sionen im Stammganglienbereich und in mehreren Rindenarealen gefunden. Der neurologische Zustand sei als irreversibel zu werten. Nach Abschluss der neurologischen Rehabilitation (27. August 2012 bis 16. November 2012) berichtete die M-Klinik in M. in der Epikrise vom 26. November 2012: Es bestehe eine prompte Lichtreaktion, der Cornealreflex (Lidschlussreflex) sei erhalten. Reaktionen auf Ansprache oder Schmerzreize bestÃ¼nden nicht. Bei dem KlÃ¤ger habe sich noch zum Entlassungszeitpunkt eine massive BewusstseinsbeeintrÃ¤chtigung gezeigt. Aus neuropsychologischer Sicht sei die Diagnose eines komatÃ¶sen Zustands zu stellen. Nach zwischenzeitlicher Unterbringung in einer vollstationÃ¤ren Pflegeeinrichtung ist der KlÃ¤ger seit Februar 2013 in der eigenen HÃ¤uslichkeit mit ambulanter 24-Stunden Intensivpflege untergebracht. Auf Antrag stellte der Beklagte und BerufungsklÃ¤ger (nachfolgend:

Beklagter) einen Grad der Behinderung (GdB) von 100 und die Merkzeichen B, G, aG, H, und RF ab dem 26. November 2012 fest (Bescheid vom 12. Februar 2013).

Â

Im Rahmen eines NachprÃ¼fungsverfahrens, in dessen Ergebnis aus Sicht des Beklagten keine wesentliche Ãnderung eingetreten war, berichtete der den KlÃ¤ger behandelnde Neurologe Dr. M. am 31. Januar 2014: Eine Kommunikation sei weder verbal noch nonverbal mÃ¶glich. Nach dem Bericht des Pflegeteams und der LebensgefÃ¤hrtin des KlÃ¤gers habe er sich seit Entlassung aus der Rehabilitation weiter erholen kÃ¶nnen. Die Kommunikation erfolge durch Handdruck und Fingerbeugung, emotionale Regungen wÃ¼rden sichtbar. Er fixiere die pflegenden bzw. anwesenden Personen und zeige dabei eine Blickfolgebewegung. Zunehmend entstehe der Eindruck, er kÃ¶nne teilweise verstehen und Zustimmung oder Ablehnung signalisieren. Die behandelnde FachÃ¤rztin fÃ¼r Innere Medizin Dipl.-Med. D. gab am 2. Februar 2014 an, dass weder eine verbale noch nonverbale Kommunikation mÃ¶glich, zeitweise eine nonverbale Reaktion in Form des Versuchs der Fixierung mit den Augen zu vermuten sei.

Â

Vom 26. Februar 2014 bis 2. April 2014 befand sich der KlÃ¤ger zu einer stationÃ¤ren neurologischen Rehabilitation in der M.-Klinik fÃ¼r Rehabilitation in O. Diagnostisch wurde hier Folgendes festgestellt: Spastische hochgradige Tetraparese, apallisches Syndrom (â□□Wachkomaâ□□), Locked-in-Syndrome, lokalisationsbezogene fokale symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen AnfÃ¤llen, posthypoxischer Hirnschaden mit kardiopulmonaler Reanimation, Dysphagie (SchluckstÃ¶rung), PEG-Anlage 08/2012, arterielle Hypertonie, insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II.

Â

Am 4. Juli 2016 beantragte die LebensgefÃ¤hrtin des KlÃ¤gers als dessen bestellte Betreuerin fÃ¼r ihn die Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen fÃ¼r das Merkzeichen Bl, worauf der Beklagte erneut Befundberichte einholte. Dipl.-Med. D. berichtete am 8. August 2016: Es liege eine anoxische HirnschÃ¤digung vor. Der KlÃ¤ger befinde sich im Wachkoma. Eine verbale Kommunikation sei nicht mÃ¶glich. Zeitweise sei Blickkontakt mÃ¶glich, die Fixierung auf einen Ansprechpartner gelinge auch zeitweise im Sinne einer nonverbalen Kommunikation. BeigefÃ¼gt waren Befunde der behandelnden FachÃ¤rztin fÃ¼r Neurologie Dr. H1 vom 3. MÃ¤rz 2016 und 19. Juli 2016, wonach ein gelegentliches AugenÃ¶ffnen gegeben, kein sicherer Blickkontakt herstellbar, laut AngehÃ¶rigen aber mÃ¶glich sei. Insgesamt sei er laut Familie und AngehÃ¶rigen jetzt deutlich wacher, die Augen seien jetzt hÃ¤ufiger auf, er verfolge alles. Dipl.-Med. W. (FachÃ¤rztin fÃ¼r Augenheilkunde) gab im Befundschein vom 6. August 2016 an, dass durch sie keine Angaben oder weitere Untersuchungen zum Visus oder zur Gesichtsfeldbestimmung mÃ¶glich seien, da sich der KlÃ¤ger im Wachkoma-Zustand befinde. Diagnostiziert wurde eine Optikusatrophie beidseits (Schwund des Sehnervs).

Â

Der Ã¤rztliche Gutachter des Beklagten Dr. med. B. verwies in seiner Stellungnahme vom 14. September 2016 auf die berichteten Angaben, wonach ein Blickkontakt mÃ¶glich sei und die Fixierung auf einen Ansprechpartner zeitweise im Sinne einer nonverbalen

Kommunikation gelinge. Er schloss eine Blindheit oder hochgradige Sehbehinderung aus.

Â

Mit Bescheid vom 22. September 2016 lehnte der Beklagte die Feststellung der Voraussetzungen fÃ¼r das beantragte Merkzeichen Bl ab. Aufgrund der schweren Hirnleistungsminderung sei eine sichere Einstufung des GdB fÃ¼r eine mÃ¶gliche Sehbehinderung nicht mÃ¶glich, es kÃ¶nne jedoch das Vorliegen einer Blindheit bzw. hochgradigen Sehbehinderung ausgeschlossen werden. Dagegen legte die Betreuerin des KlÃ¤gers fÃ¼r ihn am 28. September 2016 Widerspruch ein und verwies auf ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 11. August 2015 (B 9 BL 1/14 R), wonach betroffene Personen mit dem Krankheitsbild â□□apallisches Syndromâ□□ das jeweilige Landesblindengeld erhalten kÃ¶nnten. Auch cerebrale StÃ¶rungen des SehvermÃ¶gens genÃ¼gten.

Â

Die Ã¤rztliche Gutachterin des Beklagten S1 gab am 8. November 2016 an, dass eine exakte Beurteilung einer eventuellen BeeintrÃ¤chtigung der SehfÃ¤higkeit nicht mÃ¶glich sei. Blindheit sei anhand der vorliegenden Befunde aber auszuschlieÃ□en. Die FÃ¤higkeit, ein GegenÃ¼ber zu fixieren und VorgÃ¤ngen im Raum mit Blicken zu folgen, sei als hinreichender Beleg zumindest fÃ¼r ein RestsehvermÃ¶gen solcher QualitÃ¤t zu werten, dass sich die Zuerkennung des Merkzeichens verbiete. Dem folgend wies der Beklagte den Widerspruch des KlÃ¤gers mit Widerspruchsbescheid vom 21. November 2016 zurÃ¼ck.

Â

Hiergegen hat der KlÃ¤ger am 5. Dezember 2016 Klage vor dem Sozialgericht (SG) M. erhoben und zur BegrÃ¼ndung ausgefÃ¼hrt, die EinschÃ¤tzung des Beklagten stehe nicht in Ã□bereinstimmung mit der Rechtsprechung des BSG. Hiernach setze eine der Blindheit entsprechende gleichschwere StÃ¶rung des SehvermÃ¶gens keine spezifische SehstÃ¶rung voraus. Dementsprechend komme es darauf an, ob es beim KlÃ¤ger an der umfassenden MÃ¶glichkeit zur Sinneswahrnehmung â□□Sehenâ□□ dahingehend mangele, dass eine optische Reizaufnahme und deren weitere notwendige Verarbeitung im Bewusstsein fehle. Es mÃ¼sse vorliegend davon ausgegangen werden, dass angesichts der HirnschÃ¤digung eine FÃ¤higkeit zur Verarbeitung optischer Reize beim KlÃ¤ger fehle. Das Merkzeichen Bl sei wie beantragt festzustellen.

Â

Das SG hat Befundberichte eingeholt. Dipl.-Med. W1 hat am 28. August 2019 nochmals darauf hingewiesen, dass ein Visus nicht erhoben werden kÃ¶nne. Blindheit sei aufgrund der massiven Optikusatrophie wahrscheinlich. Dr. H1 hat im Befundbericht vom 27. August 2019 berichtet: Die SehschÃ¤rfe kÃ¶nne nicht untersucht werden, es liege eher kortikale Blindheit vor (Rindenblindheit). Der KlÃ¤ger befinde sich im Wachkoma, es bestehe allenfalls manchmal der Verdacht auf einen kurzen Blickkontakt mit schwimmenden Bulbi. Es liege kein objektivierbarer Beweis fÃ¼r eine mÃ¶gliche Verarbeitung von Sinneswahrnehmungen vor. Eine sichere verbale oder nonverbale Kommunikation sei nicht mÃ¶glich. Eine optische Reizaufnahme und deren weitere Verarbeitung im Bewusstsein fehle. Dipl.-Med. D. hat am 17. September 2019 angegeben, dass eine Verarbeitung von aufgenommenen Signalen durch den KlÃ¤ger nicht mÃ¶glich sei. In einer beigefÃ¼gten

Epikrise des Klinikums M., Zentrum fÃ¼r Innere Medizin, vom 22. MÃ¤rz 2019 ist angegeben, dass ein Lichtreflex beidseitig vorliege.

Â

Der Beklagte hat vorgetragen, dass die Voraussetzungen von Blindheit bei visueller Agnosie, also dem gestÃ¶rten Verarbeiten visueller Informationen, nicht festzustellen seien. Die Frage zur visuellen Wahrnehmung und der Verarbeitung der aufgenommenen Signale sei schwer zu beantworten, da sich der KlÃ¤ger im Wachkoma befinde. Die in den medizinischen Befunden angegebenen Blickkontakte sprÃ¤chen jedoch gegen eine der Blindheit gleichzusetzende StÃ¶rung. Anzumerken sei zudem, dass das mit dem Merkzeichen Bl angestrebte Landesblindengeld keine Personen erhielten, bei denen die Nutzung der Leistung durch oder fÃ¼r sie zum Ausgleich des durch die Sehbehinderung bedingten Mehraufwands nicht mÃ¶glich sei. Der anspruchsvernichtende Einwand sei eingerÃ¤umt, wenn bestimmte Krankheitsbilder blindheitsbedingte Aufwendungen von vornherein ausschlÃ¶ssen, beispielsweise dauernde Bewusstlosigkeit oder Koma.

Â

Das SG hat mit Urteil vom 25. November 2019 den Bescheid des Beklagten vom 22. September 2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. November 2016 aufgehoben und den Beklagten verurteilt, beim KlÃ¤ger ab Juli 2016 das Vorliegen der gesundheitlichen Voraussetzungen fÃ¼r das Merkzeichen Bl festzustellen. Im Hinblick auf die fehlende MitwirkungsmÃ¶glichkeit des KlÃ¤gers seien Visus oder Einengung des Gesichtsfeldes nicht feststellbar. Dennoch sei die Kammer davon Ã¼berzeugt, dass Blindheit im Sinne von Teil A Nr. 6 der Versorgungsmedizinischen GrundsÃ¤tze (VMG) vorliege. Im augenÃ¤rztlichen Befundbericht aus August 2019 werde eingeschÃ¤tzt, dass Blindheit aufgrund der massiven Optikusatrophie wahrscheinlich sei. Es handele sich nicht um eine gnostische StÃ¶rung.

Â

Gegen das ihm am 30. Dezember 2019 zugestellte Urteil hat der Beklagte am 15. Januar 2020 beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt. Er fÃ¼hrt unter Bezugnahme auf das Urteil des BSG vom 24. Oktober 2019 (B 9 SB 1/18 R) aus, dass die UnfÃ¤higkeit zur Sinneswahrnehmung, die aus einer visuellen Agnosie oder anderen gnostischen StÃ¶rungen resultiere, nicht zur Annahme von Blindheit nach Teil A Nr. 6 VMG ausreiche. Blindheit sei auf die StÃ¶rungen des Sehapparats beschrÃ¤nkt und erfasse keine gnostischen StÃ¶rungen des visuellen Erkennens. In der beigefÃ¼gten Stellungnahme der Ã¤rztlichen Gutachterinnen des Beklagten Dipl.-Med. H2 (FachÃ¤rztin fÃ¼r Augenheilkunde) und Dr. med. S2 vom 11. Dezember 2019 wird angegeben, dass allein die Diagnose einer Optikusatrophie keine RÃ¼ckschlÃ¼sse auf das AusmaÃ einer eventuell resultierenden Sehbehinderung zulasse. Objektive Verfahren zur SehschÃ¤rfenbestimmung erforderten ein MindestmaÃ an Mitarbeit, die der KlÃ¤ger nicht aufzubringen vermÃ¶ge. Die dokumentierten beidseitigen Pupillenreaktionen auf Licht schlÃ¶ssen Schwarzblindheit allein aufgrund der SehnervenschÃ¤digung aus. BezÃ¼glich der Feststellung des AusmaÃes der Sehbehinderung liege objektive Beweislosigkeit vor. Unter BerÃ¼cksichtigung der zahlreichen Dokumente, die eine prompte Lichtreaktion, Fixation und Augenfolgebewegungen beschrieben, sei Schwarzblindheit sicher auszuschlieÃen und Blindheit nicht wahrscheinlich.

Â

Der Beklagte beantragt,

Â Â Â Â Â Â das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 25. November 2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Â

Der KlÃ¤ger beantragt,

Â Â Â Â Â die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Die KlÃ¤gerseite trÃ¤gt vor, dass die FÃ¤higkeit zur bewussten Wahrnehmung von optischen Reizen bei dem KlÃ¤ger nicht mehr vorhanden sei. Es liege eine eindeutige augenÃ¤rztliche Stellungnahme dahingehend vor, dass eine massive Optikusatrophie bestehe. Damit sei aber das Sehorgan selbst betroffen. Es fehle also die FÃ¤higkeit zur optischen Reizaufnahme und -verarbeitung.

Â

Der Senat hat ein neurologisches und neurophysiologisches SachverstÃ¤ndigengutachten durch PD Dr. med. W2 (Direktor der Klinik fÃ¼r Neurologie und FachÃ¼bergreifende FrÃ¼hrehabilitation im BG Klinikum B. H.) erstatten lassen. Dieser hat in dem Gutachten vom 14. Juli 2021 (Untersuchung am 18. Februar 2021) berichtet: In der momentanen Situation erfolge eine Kommunikation Ã¼ber einen Kommunikationstrainer Ã¼ber Augenbewegungen. Es werde zudem berichtet, dass der KlÃ¤ger eine Reaktion auf laute GerÃ¤usche mit Zusammenzucken zeige, wobei jedoch keine gezielte, beabsichtigte oder gerichtete Reaktion zu erkennen sei, selten fÃ¤nden sich Reaktionen auf Ansprache, ca. 1- bis 2-mal pro Tag mit gezielter Reaktion und Augenfolgebewegungen, zudem gebe es Reaktionen auf schmerzhafte Reize mit Zusammenzucken und mimischer AktivitÃ¤t sowie Herzfrequenzanstieg. Bei Kommunikationsversuchen zeigte sich manchmal eine gezielte Reaktion/Antwort mit dem linken Zeigefinger. Bei der Untersuchung sei die Blickmotorik nicht sicher beurteilbar gewesen, gelegentliches Grimassieren und Gesichtsbewegungen seien erkennbar gewesen sowie eine gezielte Reaktion auf Schmerzreize. Auf Ansprechen sei eine Beugung und Streckung des linken Zeigefingers erfolgt. Bei bekannten Personen und einmalig auch beim Gutachter seien gezielte Augenfolgebewegungen aufgetreten. Ein RestsehvermÃ¶gen sei vorhanden. Es liege â□□ in Abgrenzung zum sog. Wachkoma â□□ der Verdacht auf ein Minimally conscious state (minimaler Bewusstseinszustand) vor. Bei einem solchen bestehe ein minimaler, aber definierter Verhaltensbeweis von Selbst- oder Umweltwahrnehmung. Bei der Visuell evozierten Potentiale (VEP) mit Blitzbrille (Ã□berprÃ¼fung der Reizverarbeitung zwischen Auge und Sehrinde) seien bei Reizung Wellen sicher ableitbar gewesen. Es ergÃ¤ben sich Hinweise auf eine demyelinisierende SchÃ¤digung im Bereich der Sehbahnen beidseits. Es handele sich daher um eine inkomplette SchÃ¤digung der Sehbahnen beidseits. Eine komplette LÃ¤sion sei aufgrund der vorhandenen reproduzierbaren blitzlichtevozierten VEP ausgeschlossen. Im Ergebnis wiesen sowohl die ableitbaren blitzevozierten VEP als auch die klinisch-neurologische Untersuchung und die anamnestischen und fremdanamnestischen Angaben mit

erfolgreicher Nutzung eines visuellen Kommunikationstrainers sowie die Aktenlage auf eine positive Reaktion auf visuelle Reize hin. Somit liege Blindheit oder ein vollstÃ¤ndiger Ausfall der Sehrinde (Rindenblindheit) nicht vor. In der ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 29. Dezember 2021 hat der SachverstÃ¤ndige angegeben, dass im Rahmen der Untersuchung eine gezielte Augenfolgebewegung habe beobachtet werden kÃ¶nnen; ein RestsehvermÃ¶gen habe sich gefunden. Mittels einer Blitzbrille habe zumindest eine gewisse strukturelle IntegritÃ¤t der Sehbahnen nachgewiesen werden kÃ¶nnen, ebenfalls hÃ¤tten sich Hinweise auf eine Verarbeitung visueller Reize in hÃ¶heren kognitiven Zentren gefunden. Visuelle Reize wÃ¼rden in der primÃ¤ren Sehrinde verarbeitet, eine doppelseitige ZerstÃ¶rung der gesamten primÃ¤r-visuellen Rinde bedinge eine visuelle Agnosie oder kortikale Blindheit. Sowohl im neurologischen Status als auch in der neurophysiologischen Untersuchung sei eine inkomplette LÃ¤sion des visuellen Systems beidseits zu finden gewesen, d.h. ein nahezu vollstÃ¤ndiger Ausfall der Sehrinde liege nicht vor.

Â

Die Beteiligten haben schriftsÃ¤tzlich ihr EinverstÃ¤ndnis zu einer Entscheidung ohne mÃ¼ndliche Verhandlung durch die Berichterstatterin als Einzelrichterin erklÃ¤rt.

Â

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte des Beklagten ergÃ¤nzend verwiesen. Diese sind Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen.

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Â

Der Senat konnte den Rechtsstreit nach Â§ 155 Abs. 3 und 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) sowie Â§Â§ 124 Abs. 2, 153 Abs. 1 SGG durch die Berichterstatterin als Einzelrichterin durch Urteil ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheiden, weil sich die Beteiligten damit einverstanden erklÃ¤rt haben und keine UmstÃ¤nde vorliegen, die gleichwohl eine Entscheidung durch den gesamten Senat gebieten.

Â

Die Berufung des Beklagten ist nach Â§ 143 SGG statthaft und auch im Ãbrigen zulÃ¤ssig; insbesondere ist sie gemÃ¤Ã Â§ 151 Abs. 1 SGG form- und fristgerecht eingelegt.

Â

Gegenstand der Berufung ist das Urteil des SG vom 25. November 2019 und der Ablehnungsbescheid des Beklagten vom 22. September 2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. November 2016. Der KlÃ¤ger erstrebt mit seiner Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (Â§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG) unter Aufhebung der Ablehnungsentscheidung die Verpflichtung des Beklagten, mit Wirkung ab dem 4. Juli 2016

(Antragstellung) die gesundheitlichen Voraussetzungen fÃ¼r die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs Blindheit festzustellen, was das SG dem Klagebegehren entsprechend ausgesprochen hat. Dagegen wendet sich der Beklagte mit seiner Berufung. MaÃgeblich ist der Sach- und Streitstand im Zeitpunkt der Entscheidung des Senats (vgl. Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Auflage 2020, Â§ 54 Rn. 34).

Â

Die Berufung des Beklagten ist begrÃ¼ndet. Der Ablehnungsbescheid vom 22. September 2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. November 2016 ist rechtmÃ¤Ãig und verletzt den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten (Â§ 54 Abs. 2 SGG). Das SG hat den Bescheid zu Unrecht aufgehoben. Der KlÃ¤ger, bei dem die Schwerbehinderteneigenschaft vorliegt, hat keinen Anspruch auf Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen fÃ¼r die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs Blindheit.

Â

Rechtsgrundlage fÃ¼r die Feststellung der gesundheitlichen Merkmale als Voraussetzung fÃ¼r die Inanspruchnahme eines Nachteilsausgleichs sind Â§ 152 Abs. 1 und 4 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch â Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (SGB IX) in der ab dem 1. Januar 2018 geltenden Fassung (inhaltsgleich dazu Â§ 69 Abs. 1 und 4 SGB IX in der bis zum 31. Dezember 2017 geltenden Fassung) und die hierzu ergangenen versorgungsmedizinischen Vorschriften. Nach Â§ 152 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 4 SGB IX stellen die zustÃ¤ndigen BehÃ¶rden auf Antrag neben einer Behinderung auch weitere gesundheitliche Merkmale fest, die Voraussetzung fÃ¼r die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen fÃ¼r behinderte Menschen sind. Zu diesen Merkmalen gehÃ¶ren diejenigen fÃ¼r den Nachteilsausgleich Blindheit nach Teil A der als Anlage zur Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) erlassenen â Versorgungsmedizinischen GrundsÃ¤tzeâ (VMG) (in der Fassung vom 10. Dezember 2008; zuletzt geÃ¤ndert am 12. Dezember 2019), fÃ¼r die im Schwerbehindertenausweis das Merkzeichen Bl einzutragen ist (Â§ 3 Abs. 1 Nr. 3 Schwerbehindertenausweisverordnung). ErmÃ¤chtigungsgrundlage insbesondere zum Erlass von Vorgaben fÃ¼r die Beurteilung von Nachteilsausgleichen durch Rechtsverordnung ist Â§ 153 Abs. 2 SGB IX (bzw. Â§ 70 Abs. 2 SGB IX aF). Die bereits zuvor auf Grundlage des damaligen Â§ 30 Abs. 17 Bundesversorgungsgesetz erlassene VersMedV bleibt weiterhin anwendbar, vgl. Â§ 241 Abs. 5 SGB IX.

Â

Die GrundsÃ¤tze fÃ¼r die Feststellung der gesundheitlichen Merkmale fÃ¼r die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs der Blindheit werden in Teil A Nr. 6 Buchst. a), b) und c) VMG verbindlich festgelegt. Nach Buchst. a) ist blind ein behinderter Mensch, dem das Augenlicht vollstÃ¤ndig fehlt. Als blind ist auch ein behinderter Mensch anzusehen, dessen SehschÃ¤rfe auf keinem Auge und auch nicht beidÃ¤ugig mehr als 0,02 (1/50) betrÃ¤gt oder wenn andere StÃ¶rungen des SehvermÃ¶gens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie dieser BeeintrÃ¤chtigung der SehschÃ¤rfe gleichzustellen sind. Eine gleichzusetzende Sehbehinderung liegt nach den Richtlinien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) bei bestimmten Einengungen des Gesichtsfeldes, groÃen Skotomen sowie homonymen, bitemporalen und binasalen Hemianopsien vor (siehe Buchst. b). Blind ist nach Buchst. c) schlieÃlich auch ein behinderter Mensch mit einem nachgewiesenen vollstÃ¤ndigen Ausfall der Sehrinde (Rindenblindheit), nicht aber mit einer visuellen Agnosie oder anderen gnostischen StÃ¶rungen.

Â

Blindheit im Sinne von Teil A Nr. 6 Buchst. a) bis c) VMG ist danach beschrÃ¤nkt auf StÃ¶rungen des Sehapparates. Gnostische â neuropsychologische â StÃ¶rungen des visuellen Erkennens fÃ¼hren nicht zur Blindheit. Der Begriff der Blindheit im Schwerbehindertenrecht braucht nicht zwangslÃ¤ufig deckungsgleich zu sein mit dem der Blindheit in anderen Gesetzen, insbesondere in einigen landesrechtlichen Vorschriften zum Blindengeld (zum Ganzen siehe: BSG, Urteil vom 24. Oktober 2019 â B 9 SB 1/18 R â juris Rn. 14 ff.).

Â

Durch ihre wÃ¶rtliche Bezugnahme auf die Richtlinien der DOG beschreiben die VMG Defekte im Funktionssystem des optischen Apparates bzw. in der Verarbeitung optischer Reize in der Sehrinde. Andere cerebrale StÃ¶rungen wie eine âvisuelle Agnosie oder andere gnostische StÃ¶rungenâ genÃ¼gen nicht (so ausdrÃ¼cklich Teil A Nr. 6 Buchst. c VMG), was Folge der durch die VMG vorgenommenen Differenzierung nach einzelnen Funktionssystemen â hier Auge bzw. Gehirn einschlieÃlich Psyche â ist. Als Folge dieser Systematik setzt das Merkzeichen Bl StÃ¶rungen des Sehapparats im organischen Sinn voraus. FÃ¼r gnostische â neuropsychologische â StÃ¶rungen des visuellen Erkennens, die schwerpunktmÃ¤Ãig anderen Funktionsbereichen zuzuordnen sind, stehen im Schwerbehindertenrecht dagegen andere Nachteilsausgleiche passgenau zur VerfÃ¼gung, um die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fÃ¶rdern (BSG, Urteil vom 24. Oktober 2019, a.a.O., juris Rn. 19 f., mit weiteren AusfÃ¼hrungen zur visuellen Agnosie [Seelenblindheit] als neuropsychologische StÃ¶rung). Eine Gleichstellung ophthalmologischer und neurologischer BeeintrÃ¤chtigungen bei den gesundheitlichen Merkmalen fÃ¼r die Inanspruchnahme des Merkzeichens Bl ist weder allgemein unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten noch aus GrÃ¼nden der Einheit der Rechtsordnung geboten (zum Ganzen siehe: BSG, Urteil vom 24. Oktober 2019, a.a.O., juris Rn. 24 ff.).

Â

Die von der KlÃ¤gerseite herangezogene Entscheidung des BSG vom 11. August 2015 (B 9 BL 1/14 R) beschreibt dagegen blindengeldrelevante StÃ¶rungen des SehvermÃ¶gens nach dem â zu einigen anderen Blindengeldgesetzen inhaltsgleichen â Art. 1 des Bayerischen Blindengeldgesetzes; die Differenzierung zwischen âErkennens- und BenennungsstÃ¶rungenâ habe hier keinen normativen Niederschlag gefunden (BSG, Urteil vom 11. August 2015, a.a.O., juris Rn. 19; dem folgend BSG, Urteil vom 14. Juni 2018 â B 9 BL 1/17 R â juris Rn. 13 f.: der medizinische Begriff der Blindheit aus Teil A Nr. 6 VMG sei keine Voraussetzung fÃ¼r die âBlindheitâ im Sinne des Bayerischen Blindengeldgesetzes). Die Bewertung nach den VMG unterscheide sich aber von den landesrechtlichen Vorschriften zum Blindengeld, die keine Bezugnahme auf die ophthalmologischen GrundsÃ¤tze enthalten (so ausdrÃ¼cklich: BSG, Urteil vom 24. Oktober 2019, a.a.O., juris Rn. 15).

Â

Der KlÃ¤ger ist nicht blind nach Teil A Nr. 6 Buchst. a) VMG und gehÃ¶rt auch nicht zum Personenkreis mit einer dieser SehbeeintrÃ¤chtigung gleichzusetzenden SehbeeintrÃ¤chtigung nach Teil A Nr. 6 Buchst. b) VMG. Solche BeeintrÃ¤chtigungen sind nicht bewiesen. Bei fehlender Reaktion auf visuelle Reize und fehlender

KommunikationsfÃ¤higkeit kann bei dem KlÃ¤ger weder eine SehschÃ¤rfe noch die Gesichtsfeldfunktion Ã¼berprÃ¼ft werden, was auch die behandelnde FachÃ¤rztin fÃ¼r Augenheilkunde Dipl.-Med. W1 in den Befundberichten bestÃ¤tigt hatte. Die von ihr diagnostizierte â massiveâ Optikusatrophie beidseitig (Schwund des Sehnervs), welche eine Erblindungsursache darstellen kann, genÃ¼gt nicht zum Nachweis einer SehbeeintrÃ¤chtigung im Sinne von Teil A Nr. 6 Buchst. a) oder b) VMG. Sie selbst hÃ¤lt eine Blindheit lediglich fÃ¼r â wahrscheinlichâ. Die Ã¤rztliche Gutachterin des Beklagten Dipl.-Med. H2, gleichfalls FachÃ¤rztin fÃ¼r Augenheilkunde, hat hierzu nachvollziehbar angegeben, dass allein die Diagnose einer Optikusatrophie keine RÃ¼ckschlÃ¼sse auf das AusmaÃ einer eventuell daraus resultierenden Sehbehinderung zulasse. Jedenfalls wÃ¼rden die mehrfach dokumentierten beidseitigen prompten Pupillenreaktionen auf Licht Schwarzblindheit allein aufgrund einer SehnervenschÃ¤digung ausschlieÃen. Auch der vom Senat beauftragte SachverstÃ¤ndige PD Dr. med. W2 geht in seinem Gutachten vom 14. Juli 2021 davon aus, dass ein RestsehvermÃ¶gen vorhanden ist. Bei der Begutachtung habe er gezielte Augenfolgebewegungen des KlÃ¤gers feststellen kÃ¶nnen, was bereits AngehÃ¶rige und Pflegedienstmitarbeiter mehrfach angegeben hatten. Weder die konkrete SehschÃ¤rfe noch Gesichtsfeldeinengungen bzw. -ausfÃ¤lle (Skotome, Hemianopsien) lassen sich bei dem KlÃ¤ger bestimmen, was die Mediziner durchgehend bestÃ¤tigen. Weitere Ermittlungen dahingehend sind dem Senat demnach nicht mÃ¶glich. Die Beweislosigkeit geht zu Lasten des KlÃ¤gers, da diesem als Anspruchsteller die Darlegungs- und Beweislast obliegt (vgl. BSG, Urteil vom 24. Oktober 2019, a.a.O., juris Rn. 29).

Â

Der KlÃ¤ger ist nicht blind im Sinne von Teil A Nr. 6 Buchst. c) VMG. Danach ist blind auch ein behinderter Mensch mit einem nachgewiesenen vollstÃ¤ndigen Ausfall der Sehrinde (Rindenblindheit), nicht aber mit einer visuellen Agnosie oder anderen gnostischen StÃ¶rungen. Diese spezielle Form der Blindheit infolge beidseitiger ZerstÃ¶rung der Sehzentren in den Hinterhauptlappen des Gehirns liegt bei dem KlÃ¤ger nicht vor. Der Senat stÃ¼tzt sich auch hier auf das Gutachten von PD Dr. med. W2 vom 14. Juli 2021 und die ergÃ¤nzende gutachterliche Stellungnahme vom 29. Dezember 2021. Danach habe mittels einer Blitzbrille zumindest eine gewisse strukturelle IntegritÃ¤t der Sehbahnen nachgewiesen werden kÃ¶nnen, ebenfalls hÃ¤tten sich Hinweise auf eine Verarbeitung visueller Reize in hÃ¶heren kognitiven Zentren ergeben. Ein vollstÃ¤ndiger Ausfall der Sehrinde im Sinne einer Rindenblindheit kÃ¶nne nicht festgestellt werden. Vielmehr handele es sich um eine inkomplette SchÃ¤digung der Sehbahnen beidseits, eine komplette LÃ¤sion erachtet der Gutachter aufgrund der vorhandenen reproduzierbaren blitzlichtevozierten VEP als ausgeschlossen. Nach Ãberzeugung des Senats ist damit ein vollstÃ¤ndiger Ausfall der Sehrinde nicht nachgewiesen.

Â

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

Â

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision (Â§ 160 Abs. 2 SGG) liegen nicht vor.

Erstellt am: 31.01.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024