

L 15 BL 6/07

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

15

1. Instanz

SG Würzburg (FSB)

Aktenzeichen

S 1 BL 2/04

Datum

04.05.2007

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 15 BL 6/07

Datum

31.01.2013

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. In besonderen Ausnahmefällen spezieller Krankheitsbilder ist die Annahme von Blindheit auch außerhalb der normierten Fallgruppen der Versorgungsmedizinischen Grundsätze bzw. der Richtlinien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft nicht von vornherein ausgeschlossen.

2. Bei der Blindheitsbegutachtung können im Rahmen von Plausibilitätskontrollen auch die Ergebnisse von Untersuchungen berücksichtigt werden, die nicht mit dem Goldmann Perimeter (mit der Reizmarke III/4e) oder mit Landoltringen (Fernvisus) entsprechend der Vorgaben der Versorgungsmedizinischen Grundsätze bzw. der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft durchgeführt worden sind. Den zusätzlichen Untersuchungsmethoden und Kontrollen darf jedoch keine Beweiskraft zugemessen werden.

I. Auf die Berufung wird das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom

4. Mai 2007 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten in beiden Rechtszügen sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Klägerin einen Anspruch auf Blindengeld nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz (BayBlindG) hat.

Die 1984 geborene Klägerin erlitt zwischen 1999 und 2003 vier Gehirnblutungen, nämlich im Dezember 1999 links parietal, im Mai 2000 links temporooccipital, im Februar 2003 rechts parietooccipital und im November 2003 rechts frontoparietal. Die Hirnblutungen wurden jeweils operativ versorgt. Nach Angaben der Klägerin bemerkte sie nach dem zweiten Ereignis erstmals Gesichtsfeldeinschränkungen (vorzugsweise nach links). Seit der Operation aufgrund des vierten Ereignisses wird von einer Hemiplegie links ausgegangen. Neben den Hirnblutungen und deren operativen Versorgungen lag zusätzlich eine Hirngefäßanomalie vor.

Die Klägerin stellte am 31.03.2003 beim Beklagten Antrag auf Blindengeld. Der Beklagte wertete vorliegende medizinische Unterlagen aus und beauftragte Prof. Dr. W., Universitätsaugenklinik B-Stadt, mit der Erstellung eines Gutachtens nach persönlicher Untersuchung. In seinem Gutachten vom 05.08.2003 stellte Prof. Dr. W. fest, dass die Klägerin in Begleitung ihres Vaters gekommen sei und sich in abgedunkelten Räumen ohne fremde Hilfe zurecht gefunden habe. Im Anschluss an die bis dato drei Blutungen habe sich eine zunehmende Sehverschlechterung mit Gesichtsfeldausfällen ergeben, anfänglich in Form einer homonymen Hemianopsie bis hin zur Angabe von Gesichtsfeldrestinseln im Juli/ August 2003. Bei beiden Augen und bei beidäugiger Prüfung habe sich sowohl unkorrigiert als auch korrigiert ein Visus von Fingerzählen ergeben. Bei der Gesichtsfeldbestimmung (Goldmann/Twinfield Marke III/4) seien an jedem Auge jeweils diverse Restinseln gesehen worden. Der objektive Befund der Untersuchung entspreche "eher nicht dem subjektiven Eindruck" der Klägerin. Die Ursache einer Sehstörung sei intracerebral zu suchen. Der morphologische Befund erkläre die Angaben zu Sehschärfe und Gesichtsfeld nicht. Bei der Begutachtung sei keine adäquate Mitarbeit gegeben gewesen. Es würden Verwertungsstörungen im Sinne einer cerebralen Blindheit vorliegen.

Daraufhin lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 08.12.2003 den Antrag auf Blindengeld ab. Blindheit sei nicht gegeben, da bei der

Untersuchung in der Universitätsaugenklinik B-Stadt Verwertungsstörungen bei genereller cerebraler Schädigung angenommen worden seien. Diese seien im Rahmen des BayBlindG nicht zu berücksichtigen.

Der am 23.12.2003 hiergegen erhobene Widerspruch der Klägerin wurde damit begründet, dass allein die Werte des Entlassungsberichtes der Neurochirurgischen Klinik der Universität B-Stadt vom 25.02.2003 darauf hindeuten würden, dass die Klägerin "für das Blindengeld nach dem BayBlindG in Frage" komme.

In einem versorgungszärztlichen Gutachten nach Aktenlage der Sozialmedizinerin P. vom 01.03.2004 wurde u.a. darauf hingewiesen, es sei übersehen worden, dass laut der Anamnese im Gutachten von Prof. Dr. W. der Visus im Juli 2003, also ca. fünf Monate nach der Operation, beidseits bereits 0,1 betragen habe. Die Sehschärfe habe sich nach der Operation somit wieder erholt, die Angaben am 05.08.2003 über einen Visus von Fingerzählen beidseits seien daher schon unter diesem Gesichtspunkt nicht glaubwürdig. Sie würden auch nicht mit den völlig unauffälligen morphologischen Befunden an beiden Augen, dem spontanen Verhalten und letztlich auch nicht mit der Gesichtsfelduntersuchung übereinstimmen. Die Klägerin habe völlig atypisch gelegene Gesichtsfeldinseln für beide Prüfmarken angegeben. Daraus sei seitens des Gutachters der begründete Schluss gezogen worden, dass die Klägerin nicht adäquat mitgearbeitet habe. Mit Widerspruchsbescheid vom 18.03.2004 wurde der Widerspruch als unbegründet zurückgewiesen. Die Untersuchung vom 05.08.2003 habe keinen objektiven Nachweis für Blindheit gebracht. Die angeführten Befunde seien unmittelbar postoperativ bzw. ca. fünf Wochen nach der Operation erhoben worden und deshalb gutachterlich nicht verwertbar, da noch kein Dauerzustand vorgelegen habe. Zudem verwies der Beklagte auf die objektive Beweislast.

Hiergegen richtet sich die am 15.04.2004 zum Sozialgericht Würzburg (SG) erhobene Klage. Die Klägerin hat die Klage im Wesentlichen damit begründet, dass der ärztlichen Untersuchung vom 05.08.2003 nicht zu folgen sei, da dort auf eine fehlende bzw. nicht adäquate Mitarbeit der Klägerin abgestellt worden sei. Nach der Gesichtsfeldbestimmung seien lediglich noch kleine Restinseln links und rechts festgestellt worden. Der Sachverhalt sei aufklärungsbedürftig, weshalb die Einholung eines augenärztlichen Gutachtens angeregt werde.

Das SG hat Beweis erhoben durch ein augenfachärztliches Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Z., Universitätsaugenklinik T ... Nach Beauftragung am 25.11.2004 hat der Sachverständige am 16.08.2006 das Gutachten erstellt (persönliche Untersuchung am 09./10.11.2005). Bei Durchführung der Goldmann-Perimetrie (Reizmarke III/4e) hätten sich, so Prof. Dr. Z., folgende Befunde ergeben: Rechtes Auge (RA): Ausfall der linken nasalen Gesichtsfeldhälfte, das erhaltene des Gesichtsfeld reiche nach schläfenwärts bis circa 65° und sei nach oben und unten auf circa 30° Abstand von Zentrum eingeschränkt; der intakte Gesichtsfeldbereich reiche bis auf circa 5° an der vertikalen Mittellinie ins nasale Halbfeld hinein. Linkes Auge (LA): Die relevante Messmarke werde nur im rechten Halbfeld erkannt und zwar bis zu einem Abstand vom Zentrum von circa 50°. Die Ausdehnung des erhaltenen Gesichtsfelds nach oben sei auf circa 20° nach oben und circa 5 bis 15° nach unten eingeschränkt; das erhaltene Gesichtsfeld reiche bis auf 5° an die vertikale Mittellinie heran. Somit bestehe Anhalt für einen homonymen Halbseitenausfall nach links.

Zusammenfassend lasse sich dieser Befund als ein allenfalls fraglicher homonymer Ausfall der linken Gesichtsfeldhälfte einstufen, der allerdings nicht die gutachtensrelevante vertikale Mittellinie erreiche, sondern von dieser nach rechts hin sogar um circa 5° entfernt in die intakte Gesichtsfeldhälfte hinein verschoben erscheine. Es könne nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass bei der dokumentierten, unsicheren Fixation eine überwiegende Verschiebung der Blicklinie/Fixation nach rechts stattgefunden habe. Zudem sei zu berücksichtigen, dass die anlässlich der hiesigen gutachterlichen Untersuchung durchgeführten orientierenden neuropsychologischen Tests einen Hinweis auf einen Hemineglect nach links ergeben hätten. Hierdurch ließe sich gegebenenfalls ebenfalls eine Verschiebung der Orientierung nach rechts im Rahmen der Gesichtsfelduntersuchung erklären.

Im Rahmen der durchgeführten orientierenden neuropsychologischen Untersuchung ist unter anderem festgehalten worden, dass die Schreibfähigkeit der Klägerin erhalten sei, jedoch eine Störung im Sinne einer Überlagerung der Buchstaben bestehe. Die Lesefähigkeit sei gestört, da die Klägerin nach eigenen Angaben nur einzelne Buchstaben erkennen könne. Die eigenanamnestisch geschilderte Prosopagnosie könne nicht bestätigt werden. Auch seien keine Anhaltspunkte für eine visuelle Objektagnosie gefunden worden. Das Erkennen von sechs alltäglichen Objekten gelinge. Bei den sog. Navon-Figuren würden sich Zeichen für eine Simultanagnosie ergeben. Zu den Visusbefunden hat der Gutachter Folgendes ausgeführt:

Die Sehschärfe in der Ferne habe er anhand von Zahlenreihen geprüft. Landoltringe seien überhaupt nicht erkannt worden.

Ergebnis: beidseits deutliche Reduktion der Sehschärfe in der Ferne mit bester Korrektur:

- RA: 0,32 suchend (immer nur einzelne Zahlen erkannt)

- LA: 0,32 suchend

Sehschärfe in der Nähe mit bester Korrektur (Landoltringe):

- RA: 0,02 ratend

- LA: 0,02 nicht erkannt

Hinsichtlich des Gesichtsfelds hat Prof. Dr. Z. einen fraglicher Hinweis auf homonyme nach links gerichtete Gesichtsfelddefekte festgestellt; dieser Befund könne gegebenenfalls durch eine Überlagerung mit der Hemineglect-Symptomatik hervorgerufen worden sein. Hinweise auf einen homonymen Ausfall hätten sich jedenfalls mit anderen Methoden nicht bestätigen lassen. Weiter hat der Gutachter eine beidseits hochgradige Farbsinnstörung, beidseits stark pathologisch reduziertes Dämmerungssehen sowie beidseitig hochgradig gesteigerte Blendungsempfindlichkeit angegeben.

Auffällig sei in der semi-automatisierten kinetischen Perimetrie, dass unbewegte Messmarken nicht erkannt worden seien; es sei davon auszugehen, dass zumindest im (para-) zentralen Gesichtsfeldbereich derartige Gesichtsfelddefekte vorliegen würden, die das Erkennen von Sehzeichen und insbesondere das Lesevermögen massiv beeinträchtigen würden.

Die Beispiele aa) bis ff) von Teil A Nr. 6 b) der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VG), Anlage zu § 2 Versorgungsmedizin-Verordnung, bzw. die Fallgruppen der Richtlinien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) seien für die Situation der Klägerin nicht zutreffend.

Bei der oberflächlichen Betrachtung der Sachlage bestehe bei der Klägerin eine Reduktion der Sehschärfe in der Ferne jeweils von "nur" 0,32; hierbei sei allerdings zu berücksichtigen, dass diese Sehschärfeangaben nur für einzeln stehende Sehzeichen und darüber hinaus ausgesprochen suchend zustande gekommen seien. Es gebe eine vergleichbare Situation bei Patienten mit hochgradig konzentrischer Gesichtsfeldeinschränkung, bei denen das unmittelbare Gesichtsfeldszentrum vergleichsweise gut erhalten sein könne, das Auffinden eines

relevanten Zielobjekts aber aufgrund dieser hochgradig konzentrischen Einschränkung soweit beeinträchtigt sei, dass der Vorgang solange andauere, dass Blindheit im Sinne des Gesetzes vorliege. Angesichts des Verhaltens der Klägerin bei der Sehschärfestimmung und bei der statischen Gesichtsfeldprüfung sei davon auszugehen, dass im Falle der Klägerin Sehstörungen vorliegen würden, die durch ihren siebförmigen (para-)zentralen Charakter zu einer ähnlichen Situation führen würden. Die diesem Gutachten besonders zugrunde gelegten Nahsehschärfewerte würden diese Annahme bestätigen. Die Überprüfung der Nahsehschärfe spiegele somit diese Beeinträchtigung der Klägerin im alltäglichen Leben erheblich besser wider als die Prüfung der Sehschärfe in der Ferne mit einzelnen Sehzeichen. Unter Würdigung des vorgenannten Sachstandes hielten die Untersucher es für gerechtfertigt, die Klägerin als blind einzustufen. Von einem vollständigen Ausfall der Sehrinde sei beidseits nicht auszugehen, hingegen dürfe sowohl von der Sehfunktion her als auch seitens der bildgebenden Befunde von einer ausgedehnten Schädigung beider Sehrinden ausgegangen werden. Im Hinblick auf den möglichen visuellen Hemineglect nach links und die Simultanagnosie zeigten sich bei der Klägerin Hinweise auf agnostische Störungen.

In der daraufhin abgegebenen versorgungsärztlichen Stellungnahme ist das Gutachten von Prof. Dr. Z. als nicht geeignet angesehen worden, Blindheit im Sinne des BayBlindG nachzuweisen. Vielmehr würden die Objektbefunde gegen das Vorliegen von Blindheit sprechen. Die gegenteilige Beurteilung beruhe auf gutachterlich nicht zugelassenen Befunden bzw. Untersuchungsmethoden und sei daher nicht mit den Richtlinien der DOG zu vereinbaren. Ein völliger Verlust der Lesefähigkeit sei nicht belegt. Zudem sei der Verlust der Lesefähigkeit kein Beleg für Blindheit, schon bei einem Visus von unter 0,2 mache das Lesen Schwierigkeiten. Gegen faktische Blindheit würden auch weitere Tests sprechen (Erkennen von zehn berühmten Gesichtern und sechs alltäglichen Objekten). Dies korreliere mit der Verhaltensbeobachtung, wonach die Klägerin spontan und zielsicher die Hand gegeben, Hindernisse vermieden und sicher die Türklinke gefunden habe.

Daraufhin hat Prof. Dr. Z. im Auftrag des SG ergänzend Stellung genommen. Es liege keine gutachterlich verwertbare Aussage zur Fernsehschärfe vor, denn der Landoltring sei das einzig gutachterlich zugelassene Sehzeichen. Darüber hinaus werde im Gutachten ausdrücklich erwähnt, dass die Zahlenoptotypen nur suchend erkannt worden seien. Dies bedeute, dass die Erkennungszeit pro Sehzeichen die Zeit von einer Sekunde überschritten habe. Unter Berücksichtigung der Empfehlungen der DOG scheine es somit völlig schlüssig, den Nahvisus gutachterlich zugrunde zu legen und angesichts fehlender verwertbarer Sehschärfeangaben für die Ferne besonders zu gewichten. Es müsse dem Gutachter unbenommen bleiben, zur Erläuterung von Sehstörungen auch die Ergebnisse für unbewegte Messmarken heranzuziehen, da - u.a. bei Läsionen höherer Sehbahnabschnitte - eine sog. statokinetische Dissoziation auftreten könne. Dies habe zur Folge, dass bewegte Messmarken erkannt werden könnten, unbewegte jedoch nicht. Aus den Daten bezüglich der Sehschärfe müsse geschlossen werden, dass diese jeweils unter 0,1 gelegen habe. Die Aussagen in der versorgungsärztlichen Stellungnahme hinsichtlich der weiteren Tests (Gesichter-/ Objekterkennung) seien zweifelsohne von großer Bedeutung; der Vollständigkeit halber sei aber darauf hingewiesen, dass keines der vorgenannten Sehobjekte als gutachtensrelevant eingestuft werden könne. Er, der Gutachter, lege Wert darauf, dass nach den Kriterien des BayBlindG die Ergebnisse der Verhaltensbeobachtung nicht als gutachtensrelevant aufgeführt würden.

In der daraufhin vorgelegten weiteren versorgungsärztlichen Stellungnahme ist u.a. darauf hingewiesen worden, dass von einem Visus von weniger als 0,1 nicht auf Blindheit geschlossen werden könne. Der mit Zahlen ermittelte Fernvisus von 0,32 sei mit Blindheit nicht zu vereinbaren, und zwar auch dann nicht, wenn das Sehzeichen nur suchend erkannt worden sei. Selbstverständlich sei es dem Gutachter unbenommen, die Gesichtsfeldprüfung auch mit unbewegten Messmarken durchzuführen. Zu beanstanden sei aber, dass Prof. Dr. Z. seine abschließende Beurteilung neben der Sehschärfepfung ausschließlich auf das Ergebnis der statischen Gesichtsfeldprüfung gestützt habe, ohne das Ergebnis der Goldmann-Perimetrie in irgendeiner Weise in die Beurteilung mit einzubeziehen.

Mit Urteil vom 04.05.2007 hat das SG den Beklagten unter Aufhebung des o.g. Bescheids in Gestalt des o.g. Widerspruchsbescheids verurteilt, der Klägerin ab März 2003 Blindengeld zu gewähren. Es sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bewiesen, dass die Voraussetzungen einer faktischen Blindheit bestehen würden. Prof. Dr. Z. besitze eine ausgewiesene Kompetenz auf dem Gebiet der Augenerkrankungen; die Gutachten seien schlüssig und überzeugend. Es sei eine spezifische Störung des Sehvermögens festgestellt und der Nachweis der zur faktischen Blindheit führenden schweren Störungen des Sehvermögens geführt worden. Da keines der in den Richtlinien der DOG beschriebenen Störungsbilder in Frage käme, sei angesichts des Verhaltens der Klägerin bei der Sehschärfestimmung und bei der statischen Gesichtsfeldprüfung, aber auch nach den erhobenen Befunden entscheidend, dass Sehstörungen vorliegen würden, die durch ihren siebförmigen parazentralen Charakter zu einer ähnlichen Situation führen würden. Zudem bestätigten die Nahsehschärfewerte die Annahme, dass diese Werte beidseits auf 1/50 ratend herabgesetzt seien. Mit Prof. Dr. Z. sei das Gericht der Überzeugung, dass die Überprüfung der Nahsehschärfe somit die Sehbeeinträchtigung der Klägerin im alltäglichen Leben erheblich besser widerspiegle als die Prüfung der Sehschärfe in der Ferne mit einzelnen Sehzeichen. Mit dem Gutachter sei das Gericht auch der Auffassung, dass ein Aggravationsverdacht nicht gegeben sei.

Gegen das Urteil hat der Beklagte Berufung zum Bayer. Landessozialgericht (Bayer. LSG) eingelegt. Im Wesentlichen wurde diese damit begründet, dass die Beurteilung der Partialfunktionen Sehschärfe und Gesichtsfeld bei der Klägerin auf Grundlage gutachterlich nicht zugelassener Untersuchungsmethoden (Nahsehschärfe und statische Perimetrie) erfolgt sei. Die teilweise diskrepanten Ergebnisse seien nicht kritisch gutachterlich gewürdigt worden. Das Gericht lasse die Verhaltensbeobachtung außer acht. Der Beklagte hat eine weitere Begutachtung nach [§ 106 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) auf augenfachärztlichem Gebiet beantragt.

Auf Antrag des Beklagten hat das Bayer. LSG mit Beschluss vom 27.07.2007 (Az.: L 15 BL 5/07 ER) die Vollstreckung aus dem Urteil des SG bis zur Erledigung des Rechtsstreits in der Berufungsinstanz gemäß [§ 199 Abs.2 Satz 1 SGG](#) durch einstweilige Anordnung ausgesetzt.

Sodann hat das Gericht Prof. Dr. C., Klinikum der L.-M.-, Augenklinik, mit der Erstellung eines Sachverständigengutachtens beauftragt. Prof. Dr. C. hat die Klägerin am 15.11.2007 untersucht und u.a. folgende Befunde erhoben (Gutachten vom 08.01.2008):

Visus:
in der Ferne mit Korrektur:
- RA: 1/50
- LA: 1/50
- Beidäugig: 1/50 Metervisus

Gesichtsfeld (geprüft mit Projektionshalbkugelperimeter nach Goldmann):

- RA: zentrale Restsehinsel zwischen der Marke 0° und temporal 5°
- LA: zentrale Restsehinsel zwischen der Marke 0° und temporal 5°

Gesichtsfeld (geprüft am Bjerrum-Schirm):

ohne Nachweis einer deutlichen Diskrepanz zwischen dem Abstand 0,5 m und 2 m

OKN-Auslösung mittels Ophthalmoskop nach Kotowsky:

- RA bei 0,1 negativ, LA bei 0,1 auslösbar

Nach den subjektiv angegebenen Untersuchungsbefunden sei die Klägerin nach dem BayBlindG als blind einzustufen. Allerdings lasse sich mit dem Kotowsky-Test am linken Auge eine rotatorische Nystagmusantwort bei der Marke 0,1 nachweisen. Deshalb sei am linken Auge von einer besseren Sehschärfe als der angegebenen 1/50, nämlich von mindestens 0,1 auszugehen. Im durchgeführten Bjerrum-Gesichtsfeld habe sich keine deutliche Diskrepanz zwischen der Gesichtsfeldausdehnung im Abstand von 0,5 m sowie 2 m nachweisen lassen, weshalb von einer reduzierten Mitarbeit ausgegangen werden müsse und die in der Goldmann-Perimetrie nachgewiesenen Gesichtsfelddefekte als fraglich einzustufen seien. Somit sehe er, Prof. Dr. C., keinen Nachweis von Gesichtsfelddefekten, welche die Gleichsetzung der im Kotowsky-Test objektiv nachgewiesenen Sehschärfe von 0,1 am linken Auge auf eine Sehschärfe von 1/50 Metervisus rechtfertigen würden.

Auf Antrag der Klägerin hat der Senat im Folgenden Prof. Dr. D., Universitätsaugenklinik D-Stadt, mit der Erstellung eines Sachverständigengutachtens gemäß [§ 109 SGG](#) beauftragt. Im Gutachten vom 20.12.2008 hat dieser u.a. folgende Befunde erhoben:

Visus:

in der Ferne ohne Korrektur:

- RA: 1/25
- LA: 1/25
- Beidäugig mit Korrektur: 1/25

OKN-Auslösung mittels Ophthalmoskop nach Kotowsky:

RA und LA: Selbst für Reizmuster entsprechend Sehschärfe 0,1 keine Nystagmusauslösung möglich. Bei beidäugiger Untersuchung Nystagmusauslösung mittels Lichttrommeln nur in einem Abstand von unter 30 cm; dies entspreche einer Sehschärfe unter 1/25.

Gesichtsfeld (geprüft mit Projektionshalbkugelperimeter nach Goldmann):

RA: Für die maßgebliche Reizmarke III/4e werde ein kleines Restgesichtsfeld im schläfenwärts oberen Quadranten angegeben, das nach links bis etwa 8° und nach unten bis 10° reiche. Nach rechts sei eine geringere Einengung auf 50° und nach oben bis 40° vorhanden. Der blinde Fleck sei nicht vergrößert.

LA: Für die maßgebliche Reizmarke III/4e werde ein kleines Restgesichtsfeld im nasenwärts oberen Quadranten angegeben, das nach links bis etwa 8° und nach unten bis 5° reiche. Nach rechts sei eine erhebliche Einengung auf 20° bis 30° und nach oben bis 30° vorhanden. Es seien nur sehr schmale, fadenförmige Restinseln bis 30° nachweisbar. Der blinde Fleck sei nicht nachweisbar.

Obwohl der Befund seitens der Augen unauffällig sei, so der Sachverständige, würden die nahezu erloschenen Reizantworten der visuell evozierten Potentiale (VEP) eine schwerwiegende Schädigung der Leitung zur Sehrinde anzeigen.

Der Argumentation von Prof. Dr. Z., dass nur von einer Sehschärfe von 0,02 auszugehen sei, da lediglich diese mit Landoltringen erkannt worden sei, könne nicht gefolgt werden. Zum einen sei die Sehschärfe für die Ferne zugrunde zu legen, zum anderen sei der erhebliche Unterschied zwischen der Sehschärfe bei den verschiedenen Prüfbildern (Landoltringe - Zahlen) überhaupt nicht erklärt. Mithin sei von einer Sehschärfe von mindestens 0,16 oder besser auszugehen. Eine Sehschärfe von 0,02 mit Landoltringen und eine solche von 0,3 mit Zahlen könnten nicht glaubhaft nebeneinander vorliegen. Auch der zusätzliche Hinweis des Gutachters Prof. Dr. Z., dass die Sehschärfeangaben nur sehr zögernd und für einzelne Sehzeichen zutreffend gewesen seien, überzeugten nicht. Hinsichtlich des Gutachtens von Prof. Dr. C. hat Prof. Dr. D. darauf hingewiesen, dass er die Schätzung einer Sehschärfe von mindestens 0,1 für zu hoch gegriffen halte; 0,05 sei sicher eher nachvollziehbar.

Die Begründung von Prof. Dr. Z. für die erheblichen zentralen Ausfälle des Restgesichtsfelds würde nicht überzeugen. In der (automatischen kinetischen) Untersuchung am Octopus-Gerät seien nahezu freie Gesichtsfeldaußengrenzen feststellbar gewesen. Unter Berücksichtigung der Sehschärfe von mehr als 0,1 sei bei einem nicht wesentlich großen zentralen Gesichtsfeldausfall daher zum Zeitpunkt der T.

Untersuchung keine einer Sehschärfereduktion auf 1/50 oder weniger gleich zu achtende Seheinschränkung nachgewiesen. Anlässlich der Begutachtung durch Prof. Dr. C. sei nur noch ein sehr kleines Gesichtsfeld angegeben worden. Im Hinblick auf die Untersuchungen mit dem Bjerrum-Schirm sei dies ein deutlicher Hinweis auf eine Aggravation.

Bei der Klägerin bestehe keine vollständige Blindheit oder eine Sehschärfeherabsetzung auf einen Visus von 1/50 oder weniger. Eine einer solchen Schädigung gleich zu achtende Seheinschränkung entsprechend der sieben exemplarisch wiedergegebenen Beispiele (VG bzw. Richtlinien der DOG) liege bei der Klägerin ebenfalls nicht vor. Bei ihr sei bei einer bestkorrigierten Sehschärfe von 0,04 eine Gesichtsfeldeinengung bis auf maximal 50° vorhanden. Dies sei eindeutig mehr als die 15°, bei denen bei einer Sehschärfe von 0,05 Blindheit vorliege. Ein homonymer halbseitiger Gesichtsfeldausfall mit einer Einengung des Gesichtsfelds auf horizontal weniger als 30°, wo bei einer Sehschärfe von 0,1 oder weniger Blindheit anerkannt werde, liege ebenfalls nicht vor.

Vorliegend sei aber ein Grenzfall gegeben, bei dem allein aufgrund der sozialrechtlich zu berücksichtigenden Untersuchungsverfahren eine gleich zu achtende Seherschädigung diskutiert werden müsse. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der Befunde der funduskontrollierten Perimetrie, die an beiden Augen eine deutliche Verlagerung der Fixation am Augenhintergrund nach unten und damit eine Verschiebung des Restgesichtsfelds nach oben zeigen würden, sei davon auszugehen, dass das tatsächliche Gesichtsfeld in der gesamten unteren Hälfte ausgefallen sei. Es liege ein zentrales Skotom mit einem Ausfall von mehr als 50% der unteren Gesichtshälfte vor. Daher sei die Klägerin als blind im Sinne des BayBlindG anzusehen.

Im Auftrag des Gerichts hat Prof. Dr. D. am 13.08.2009 erneut Stellung genommen. Die Kombination einer Schädigung wie bei der Klägerin sei so selten und auch nur schwierig zu beschreiben, dass diese als spezifische Schädigung in den Empfehlungen der DOG keine Erwähnung finde. Bei der Klägerin sei das horizontale Gesichtsfeld zwar noch bis knapp über 50° erhalten, aber dafür sei die untere - für das tägliche

Leben überaus wichtigere - Gesichtsfeldhälfte zusätzlich nahezu vollständig ausgefallen. Wie dargelegt liege zusätzlich ein Zentralskotom vor, das infolge der Verlagerung des Fixationsorts tatsächlich nahezu die gesamte untere Gesichtsfeldhälfte einnehme. Nach Punkt d) der Empfehlungen der DOG liege bereits bei einer Sehschärfe von 0,1 Blindheit vor. Aus den genannten Gründen liege, selbst wenn ein auf den ersten Blick nicht eindeutiger Fall einer gleich zu achtenden Sehschädigung gegeben sei, in der Zusammenschau der Befunde und Funktionseinschränkungen bei der Klägerin Blindheit vor.

In der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 08.09.2009 ist u.a. darauf hingewiesen worden, dass die Verwendung von Ergebnissen der statischen Perimetrie für positive gutachterliche Bewertungen laut der DOG-Richtlinien ausdrücklich ausgeschlossen sei.

Im Auftrag des Gerichts hat sodann Prof. Dr. C. am 14.12.2009 zu dem Gutachten von Prof. Dr. D. Stellung genommen. Er hat festgestellt, dass Blindheit nach den Richtlinien der DOG (nach Punkt d) nicht vorliege. Die Goldmann-Perimetrie habe bei der Klägerin im Gegenteil eine zentrale Restseihinsel und gerade kein zentrales Skotom nachgewiesen. Die von Prof. Dr. D. angegebene Sehverschlechterung im Verlauf sei nach den gutachterlichen Befunden nicht nachzuvollziehen. Vielmehr würden die von der Klägerin hinsichtlich der Sehschärfe gemachten Angaben von Gutachten zu Gutachten sehr stark schwanken, und zwar über das Maß hinaus, welches als individuelle Leistungsschwankungen betrachtet werden könne. Dasselbe gelte für die Gesichtsfeldbefunde. Die Sehschärfeergebnisse und auch die Gesichtsfeldgrenzen seien nicht reproduzierbar und es finde sich zudem auch kein nachweisbares klinisch-pathologisches Korrelat für derart "schwankende" Ausfälle. Somit sei Blindheit nicht gesichert nachgewiesen.

Das Gericht hat schließlich Dr. E., Augenklinik am Klinikum R., mit der Erstellung eines Gutachtens nach persönlicher Untersuchung beauftragt ([§ 106 SGG](#)). In seinem Gutachten vom 10.11.2010 hat der Facharzt u.a. folgende Befunde erhoben:

Visus:

in der Ferne ohne Korrektur:

- RA: 1/50

- LA: 1/50

- beide A.: 1/20

OKN-Auslösung:

Kotowsky-Test: Es hätten Muster mit einem "Visusäquivalent" von 0,7 am RA und 0,3 am LA musterbewegungssynchrone Augenbewegungen provoziert werden können; zeitweise sei es aber wiederum nicht gelungen, an beiden Augen mit Mustern mit einem Visusäquivalent von 0,1 einen OKN auszulösen.

Gesichtsfeld:

RA: Bei der maßgeblichen Reizmarke III/4e seien die Außengrenzen deutlich konzentrisch und nur auf das rechte Halbfeld eingeschränkt angegeben worden. Sie hätten nasal bis zur Mittellinie (0°), nach oben bis circa 43°, temporal hin bis circa 53° und nach unten bis circa 23° (300°-Meridian) gereicht. In den temporal-zentralen 5° hätten sich keine größeren Skotome perimetrieren lassen. Die Mittelpunkt-Fixation sei gut, die Angaben seien in den Stichprobenwiederholungen relativ gut reproduzierbar.

LA: Bei der maßgeblichen Reizmarke III/4e seien die Außengrenzen deutlich konzentrisch und nur auf das rechte Halbfeld eingeschränkt angegeben worden. Sie hätten nasal bis 40°, nach oben bis circa 21°, temporal hin bis circa zur Mittellinie (1°) und nach unten bis circa 4° gereicht. Im verbliebenen nasalen zentralen (5°) Gesichtsfeld-Viertel hätten sich keine größeren Skotome perimetrieren lassen. Die Mittelpunkt-Fixation sei gut, die Angaben seien in den Stichprobenwiederholungen nur mäßig reproduzierbar.

Bjerrum-Schirm

Die Vervierfachung des Abstandes bei entsprechender Reizmarkenvergrößerung habe nicht zu der zu erwartenden Ausweitung des Gesichtsfelds geführt.

Dr. E. hat die Diagnosen geringe Myopie (nur rechtes Auge), geringe Stabsichtigkeit (Astigmatismus), großer Sehnervenkopf (Megalopapille), Sehbahn- und Sehrindenschädigung mit Halbseitengesichtsfeldausfall nach links, mit konzentrischem Gesichtsfeldausfall und mit Sehschärfeminderung bei Zustand nach rezidivierender Hirnblutung (V.a. kortikale homonyme Hemianopsie nach links, konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung und Sehschärfeminderung) sowie (beidäugig) Außenschielen (alternierende Exotropie) gestellt. Der Augenstrukturbefund sei altersentsprechend und weitgehend unauffällig; nur die Aushöhlung beider Sehnervenköpfe (Papillenexkavation) weiche von der Norm ab. Der Aushöhlung werde wegen der Konfiguration und mangels weiterer Hinweisen kein Krankheitswert zugeordnet.

Als Hauptursache für das deutlich reduzierte Sehvermögen beider Augen müsse die beidseitige Schädigung der Sehbahn bzw. der Sehrinde im Gehirn angesehen werden. Nicht sicher, aber denkbar könne die Betroffenheit der seitlichen Kniehöcker beidseits sein. Die Papillenexkavation sei bei den Vorbegutachtungen in C-Stadt, T. und D-Stadt wie auch heute ausgeprägt, aber weitgehend gleichbleibend gewesen und könne mangels weiterer Hinweise nicht auf einen Grünen Star als typische Ursache zurückgeführt werden. Im Hinblick auf das W. Ergebnis müsse somit eine Progredienz der Exkavation unterstellt werden. Hier gebe es zwei Erklärungsmöglichkeiten, von denen die erste für wahrscheinlicher zu halten sei: Entweder stimme der Begutachtungsbefund der W. Untersuchung nicht oder es sei tatsächlich nach 2003 eine zusätzliche Degeneration beider Sehnerven eingetreten.

Während, so Dr. E. weiter, Sehschärfe- und Gesichtsfeldschwankungen in der Vergangenheit noch mit dem Wiederauftreten und Abklingen der rezidivierenden Hirnblutungen (bis Monate nach der letzten Hirnblutung) leidlich erklärt werden könnten, würden sich heute erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der subjektiven Angaben zur Sehschärfe und zum Gesichtsfeld ergeben.

Bei der Sehschärfeprüfung sei die Antwortzeit der Messung mit Landoltringen erheblich verlängert gewesen. Die statistische Aufarbeitung der erzielten Ergebnisse habe aber auch deutlich gezeigt, dass die Angaben der Klägerin zur Sehschärfe nicht stimmen würden. Eine Sehschärfe von mindestens 0,08 liege nahe, könne jedoch nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Umgekehrt jedoch würden diese Befunde die Grundlage dafür bilden, doch erhebliche Zweifel am Ausmaß der Sehschärfeminderung anzumelden. Auch die objektiven Befunde würden eine deutlich bessere Sehschärfe als 0,05 erwarten lassen (sogar 0,1), diese aber nicht beweisen. Die Sehzeichenschärfe betrage bei der Klägerin alleine nach deren subjektiven Angaben mindestens 0,05 und sei damit höher als 0,02.

Zum Gesichtsfeld der Klägerin hat der Gutachter festgestellt, dass seines Erachtens trotz schwankender Angaben über die Zeit eine inkomplette homonyme Hemianopsie nach links vorliege. Die heutige Prüfung des Gesichtsfelds am Goldmann-Perimeter sei durch eine statische Prüfung in den zentralen 5° ergänzt worden. Dabei hätten keine zentralen Skotome (statisch) im intakten Halbfeld, es habe sehr wohl aber im Gegensatz zu allen anderen Vorbegutachtungen der blinde Fleck am rechten Auge perimetriert werden können; dies könne aber auch dem Vorteil zugeschrieben werden, dass die Klägerin im Gegensatz zu Vorbegutachtungen (z.B. in T.) heute eine gute Mittelpunktfixation gezeigt habe. Im Vergleich zum Durchschnittspatienten habe sich keine auffällige Verzögerung der Reizmarkenquittierung ergeben. Die Außengrenzen und die Ausdehnung des Gesichtsfelds seien mit maximal 55° weiter als 30° im Horizontaldurchmesser entfernt, auch fehle ein Zentralskotom, so dass das Gesichtsfeld bei der Anerkennung von Blindheit unberücksichtigt bleibe. Deshalb spiele auch die konzentrische Einengung keine relevante Rolle.

Im Folgenden hat sich der Sachverständige im Einzelnen mit den Visusbefunden und den Gesichtsfeldbewertungen der verschiedenen Begutachtungen auseinander gesetzt. Dabei hat Dr. E. zusammenfassend festgestellt, dass sich nach intensiver Würdigung aller Befunde herauskristallisiere, dass (schon bei den Gutachten in B-Stadt, in C-Stadt und in T.) von einer höheren Sehschärfe als 0,02 ausgegangen werden müsse. Sie habe subjektiv in D-Stadt bei 0,04 und heute mindestens bei 0,05 (statistisch noch höher) gelegen. In keinem Fall sei bisher wegen der berechtigten, zum Teil erheblichen o.g. Zweifel der Nachweis einer Sehschärfe von 0,02 oder weniger erbracht worden. Das vorliegende kinetische Goldmann-Gesichtsfeld der Untersuchung von T. wie auch das heutige würden Außengrenzen bis maximal 65° und maximal 55° und somit eine so große Ausdehnung ohne Zentralskotom zeigen, dass es selbst bei Annahme einer homonymen Hemianopsie keine Berücksichtigung zur Anerkennung von Blindheit finden könne. Die T. Gutachter würden die Einbeziehung statischer Perimetrieergebnisse mit der Erläuterung von Sehstörungen gerade bei Läsionen höherer Sehbahnabschnitte unter dem Verweis auf die so genannte statokinetische Dissoziation rechtfertigen. Diesem Grundsatz sei grundsätzlich uneingeschränkt beizupflichten. Umso befremdlicher erscheine es dann aber, wenn die Ergebnisse anderer Methoden (z.B. Gitter- und Zahlervisus) bei der Sehschärfeprüfung unter dem Verweis der Unzulässigkeit kategorisch nicht zur Kenntnis genommen würden. Prinzipielle Zweifel an der Aussagekraft der semiautomatisierten kinetischen Perimetrie könnten bezüglich der kinetisch gewonnenen Außengrenzen (III/4) ausgeräumt werden. Umso mehr verwundere bei identischer Reizmarke (III/4) der eklatante Unterschied der Außengrenzen zwischen der semiautomatisierten kinetischen und der manuellen Goldmann-Perimetrie in T. ... Er könne unmöglich auf die standardisierte Reizmarkengeschwindigkeit zurückgeführt werden, sondern müsse Anlass zu Zweifeln an den subjektiven Angaben der Klägerin bzw. an der Korrektheit der Gesichtsfelderhebung geben. Die Diskrepanz zwischen ein- und beidäugiger Messung werde von den T. Gutachtern nicht diskutiert und könne höchstens zum Teil auf die "binokulare Summation" zurückgeführt werden; sie sei durchaus geeignet, ebenfalls die Gültigkeit der subjektiven Angaben der Klägerin zum Gesichtsfeld oder zur Messmethode infrage zu stellen. Heute habe die Klägerin in Ergänzung der kinetischen Perimetrie alle manuell angebotenen statischen Reize (III/4) in den zentralen 5° bis 10° des verbliebenen rechten Feldes zu erkennen angegeben, auch wenn diese nicht mit standardisierter Zeitdauer dargeboten worden seien. Die statokinetische Dissoziation sei somit hier deutlich relativiert bzw. nicht nachgewiesen worden.

Weiter hat Dr. E. zu dem Argument von Prof. Dr. D. hinsichtlich der Verlagerung der Fixation Stellung genommen. Zum einen sei Punkt d) der DOG-Richtlinien vorliegend nicht gegeben. Auch bei (vertikaler) Einschränkung der Außengrenzen bis an die Mitte (Hemianopsie) und zusätzlich minimalsten Gesichtsfelddefekten im verbliebenen Halbfeld unterhalb der Mittellinie (im 50°-Bereich), also z.B. wenn die verbliebene intakte Gesichtsfeldhälfte nicht ganz exakt bis zur vertikalen Mittellinie reiche, greife der Punkt der Richtlinien nicht, weil das durch die Hemianopsie ausgefallene Halbzentrum schlichtweg nicht als großes Zentralskotom definiert werde. Selbst wenn in diesem intakten Halbzentrum einige statische Reizmarken nicht gesehen würden, bestehe kein komplettes Zentralskotom, weil (para)zentrale, wenn auch vielleicht verschobene Netzhautareale intakt seien. Von einem Zentralskotom zu sprechen, wenn die Außengrenzen von außen und unten (konzentrisch) bis nahe an die Mitte heran reichten, sei ebenfalls unkorrekt. Eine horizontale Hemianopsie mit ausgefallenem unterem Halbfeld sei nie neurologisch bedingt und beidseitig sehr selten. Auch hier spreche man nicht von einem (großen) Zentralskotom, nur weil die untere Zentrumschälfte mitbetroffen wäre, so dass auch hier Punkt d) nicht anzuwenden sei. Diese Störung käme, was das untere Gesichtsfeld betreffe, der von Prof. Dr. D. beschriebenen am ehesten gleich. Sogar in der statischen Mikroperimetrie sei bei der Klägerin kein eindeutiges und ausgedehntes Zentralskotom eruiert worden. Bei der binokularen semiautomatisierten Perimetrie (statisch) in T. und bei der heutigen Untersuchung sei die statische Reizmarke III/4 im rechten Halbzentrum gesehen worden. Damit liege seines Erachtens eindeutig nicht einmal ein statisch gemessener zentraler Ausfall im Sinne eines kompletten Zentralskotoms vor.

Zum anderen sei das Ausmaß der Verschiebung des Gesichtsfelds nach oben durch die Fixationsverlagerung minimal. Sie betrage nach den in der Mikroperimetrie erhobenen Befunden maximal 4°. Die unteren Gesichtsfeldgrenzen würden in D-Stadt noch bis maximal 10° an das Zentrum heranreichen. Bei einer Fixationsverlagerung würde dies eine Verschiebung nach oben ergeben, aber noch bis 6° unter die horizontale Mittellinie. Dies sei kein Zentralskotom, sondern weiterhin ein zentrales Restgesichtsfeld, das nach temporal keilförmig sich ausweitend bis über 50° reiche. Bei seiner, Dr. K., Untersuchung hätten die schräg unteren Grenzen sogar bis circa 20° gereicht. Zentral sei im intakten rechten Halbfeld die statische Reizmarke erkannt worden. Somit liege definitionsgemäß nicht einmal ein "statisches" Zentralskotom vor, weil sehr wohl im intakten Gesichtshalbfeld im Zentrum alle angebotenen Reizmarken (III/4) erkannt worden seien. Die Gesichtsfeldeinschränkung reiche also weder bei der Begutachtungsuntersuchung in T. noch in D-Stadt noch heute aus, um eine einer Sehschärfeminderung auf 1/50 oder weniger gleich zu achtende Sehstörung zu begründen.

Zudem hat Dr. E. im Einzelnen zu den verschiedenen Beschreibungen des visuellen Verhaltens der Klägerin Stellung genommen. U.a. hat er hervorgehoben, dass sich bei der heutigen Untersuchung deutliche Diskrepanzen zwischen dem Verhalten und dem relativ ausgedehnten peripheren Gesichtsfeld gefunden hätten, das wiederum besser sei als bei den Vorbegutachtungen in B-Stadt, C-Stadt und in D-Stadt. Es sei nicht nur der Gesichtsfeldverlauf in sich inkonstant, sondern passe auch nicht zum visuellen Verhalten.

Zum Gutachten von Dr. E. hat die Klägerin ausführlich Stellung genommen. Sie hat zunächst die Qualifikation des Sachverständigen und dessen wissenschaftliche Argumentation in Frage gestellt. Weiter hat sie eine Reihe von Kritikpunkten am Gutachten und an einzelnen Feststellungen von Dr. E. vorgetragen.

U.a. hat sie hervorgehoben, dass gerade im Zuge von Hirnblutungen der Gesichtsfeldverlauf inkonstant sein könne und dies mit der letzten Hirnblutung keinesfalls ein Ende finde, sowie, dass sich auch danach in der Folge Veränderungen bzgl. des Gesichtsfelds ergeben könnten. Das Gutachten gehe hier offensichtlich von einer nicht zutreffenden Grundlage aus. Dr. E. versuche, die Verhaltensbeobachtung, insbesondere die Unterstellung einer angeblich besseren Orientierungsfähigkeit, als sie die Klägerin tatsächlich habe, zum Kriterium für sein Gutachten zu machen. Insofern sei dieses in sich widersprüchlich. Das Gutachten von Prof. Dr. Z. hingegen stütze sich klar und deutlich auf die Untersuchungsbefunde. Absolut verfehlt sei es, dass das Gutachten von Dr. E. den Fernvisus mit 0,32 angebe. Die Klägerin habe absolut kein anderes Sehvermögen in der Ferne als in der Nähe. Sie sei im Rahmen der Tests aufgefordert worden zu raten und sie habe geraten. Die Blindheitsfeststellung deshalb auszuschließen, weil die Klägerin beim Raten hinsichtlich eines Teilbereichs einige Glückstreffer gehabt

habe, sei absolut verfehlt. Die Sehfähigkeit sei in den Gutachten von Prof. Dr. D. und Prof. Dr. Z. in enormen Detailprüfungen als "zur Blindheit eingeschränkt" festgestellt worden, dem könne das Gutachten von Dr. E. nichts entgegen setzen außer Vermutungen. Tatsächlich sei auch die Plausibilitätsprüfung von Dr. E. nicht korrekt, weil er von falschen Grundlagen ausgehe. Etwas seltsam im Gutachten von Dr. E. sei, dass es nachträglich die (anderen) Gutachten korrigiere und tatsächlich behaupte, dass zu keinem Begutachtungszeitpunkt nachweisbar Blindheit nach dem Gesetz vorgelegen habe. Die Gutachten würden hier "umgedreht" werden. Weiter hat der Bevollmächtigte auf die Aussage von Prof. Dr. Z. hingewiesen, dass sich Befunde finden würden, die für einen visuellen Hemineglect nach links sprechen würden, sowie auf die Hinweise auf agnostische Störungen. Die vorgenannten Störungen seien von einer Läsion der primären Sehrinde streng zu unterscheiden. Damit dürfte die klägerische Argumentation in diesem Punkt nachhaltigst unterstützt sein. Auf der anderen Seite sei dieser Aspekt im Gutachten von Dr. E., der den rein ophthalmologischen Aspekt im Auge habe, völlig ausgespart. Zudem hat die Klägerin auf den Befund einer arteriovenösen Malformation abgestellt, ein Argument, das Dr. E. ebenfalls nicht berücksichtigt habe. Durch eine derartige Malformation werde die Sehfähigkeit der Klägerin im Hinblick auf die dadurch eingeschränkte Blutversorgung des Gehirns sicherlich beeinträchtigt.

Da das Gutachten insgesamt "in erstaunlicher Weise die üblichen Feststellungskriterien in den Wind schlage" und auch Dinge, die der Klägerin erklärt worden seien, keinen Ausdruck im Gutachten fänden, werde die Ablehnung des Gutachters Dr. E. erklärt. Der Bevollmächtigte der Klägerin hat Bereitschaft signalisiert, den Ablehnungsantrag zurückzunehmen, wenn das Gericht bereit sei, eine weitere Begutachtung nach [§ 109 SGG](#) in die Wege zu leiten.

Im Auftrag des Gerichts hat Dr. E. hierzu und im weiteren Verlauf auch zu den zwei darauf folgenden Erwidern der Klägerin jeweils ausführlich ergänzend Stellung genommen. Im Wesentlichen hat der Sachverständige zunächst festgestellt, dass die Argumentation der Klägerseite, er würde sich über die DOG-Richtlinien hinwegsetzen, inkonsequent sei. Lege sich die Klägerpartei auf die strikte Einhaltung der DOG-Richtlinien fest, sei der Blindheitsnachweis bereits im T. Gutachten allein schon deswegen nicht erbracht, weil dieses den Nachweis von Blindheit wesentlich auf die statische Perimetrie, die nicht den DOG-Richtlinien entspreche, stütze. Auch Prof. Dr. D. verwende die statische Mikroperimetrie und leite daraus den Nachweis der Blindheit ab; er verwerfe sogar damit das Ergebnis der richtlinienkonformen Goldmann-Perimetrie. Von den DOG-Richtlinien müsse sogar abgewichen werden, wenn die darin festgelegten Untersuchungsmethoden nicht zielführend seien oder wenn, wie auch Prof. Dr. Z. und Prof. Dr. D. argumentieren würden, sie einem speziellen Krankheitsbild nicht ausreichend gerecht würden. Sowohl die objektiven Funktionsprüfungen (z.B. Pupillenreaktionen, VEP, OKN) als auch weitere Untersuchungen (z.B. Bjerrum-Schirm, statistische Methoden, andere Sehzeichen, Exploration des visuellen Verhaltens) dienten nicht in erster Linie der Feststellung der Sehschärfe, sondern der Plausibilitätsprüfung, wenn die subjektiven Angaben zur richtlinienkonformen Sehschärfe oder Gesichtsfelderhebung zweifelhaft seien oder schlichtweg damit nicht erhoben werden könnten (z.B. bei einem kleinen Kind). Die Unstimmigkeiten würden sich vorliegend nicht nur aus dem inkonstanten langjährigen Gesichtsfeldverlauf ergeben: Der Klägerseite sei darin beizupflichten, dass auch Jahre nach cerebralen Blutungsereignissen noch Gesichtsfeldveränderungen auftreten könnten, allein schon deshalb, weil zusätzliche Erkrankungen oder klinisch sonst inapparente kleine Blutungsereignisse das Gesichtsfeld verschlechtern könnten. Sollten aber keine Blutungsereignisse oder zusätzliche Erkrankungen mehr eingetreten sein, so sinke die Wahrscheinlichkeit, dass hier noch aufgrund der alten Infarzierungen (Absterben von Gehirnzellen) Verschlechterungen ausgehen würden. Auch könne damit nicht erklärt werden, warum lange danach auch Gesichtsfeldverbesserungen eingetreten seien. Die Unstimmigkeiten würden sich auch auf die Art des Gesichtsfeldausfalls bezüglich des Schädigungsorts und auf die unterschiedlichen Angaben während einer einzigen Begutachtungsuntersuchung beziehen. Mit ihren Ausführungen in der ergänzenden Stellungnahme habe die Klägerseite zu erkennen gegeben, dass sie den Vorgang der Sehschärfeprüfung völlig falsch verstanden habe. Der Klägerin werde nicht "zum Verhängnis", einige Glückstreffer zu viel, sondern im nachfolgenden statistischen Teil der Sehschärfeprüfung zu wenige Glückstreffer gehabt zu haben. Hinsichtlich des visuellen Verhaltens sei "Knackpunkt", dass sich dieses zu den jeweiligen erhobenen Sehfunktionen in beiden Untersuchungen konträr verhalten habe.

Der Argumentation, dass die angeführte arteriovenöse Malformation Ursache für eine Beeinträchtigung der Sehfähigkeit sein könne, könne prinzipiell in vollem Umfang zugestimmt werden. Vor allem sei aber zu berücksichtigen, dass das in den medizinischen Unterlagen erwähnte Präparat aus dem linken Occipitallappen der Klägerin stamme, so dass ein Defekt dort sich im rechtsseitigen Gesichtsfeld auswirke. Die Klägerin habe aber überwiegend eine über die Jahre hinweg (schwer reproduzierbare) Hemianopsie nach links angegeben. Dieser Defekt, der wohl nur einen kleinen Teil des Gesamtdefektes ausmache, sei somit nicht Ursache für die wesentliche Gesichtsfeldeinschränkung und könne (zumindest bis zur operativen Entfernung im Jahr 2000) noch am ehesten als Erklärungsursache für Gesichtsfeldschwankungen, wegen ihrer Lokalisation aber nur auf der rechten Gesichtsfeldhälfte beider Augen, dienen; Schwankungen in der Hemianopsie nach links könne er nicht erklären.

Der visuelle Hemineglect werde im Gutachten keineswegs völlig ausgespart. Ein visueller Hemineglect nach links, weniger eine visuelle Hemiagnosie, könnten vorliegen. Dies würden auch die Streckenleitungstests im T. Gutachten naheliegen. Auch sei es richtig, dass diese allein schon kausal von Läsionen der Sehrinde zu trennen seien. Der visuelle Hemineglect bedinge, dass eine Hälfte quasi unbewusst ignoriert werde, typischerweise bei unversehrter Sensorik, also bei normalem Strukturbefund der Augen und der für das Sehen zuständigen Hirnanteile. Die beschriebenen Hirnschädigungen (Blutungen und Operationen) bei der Klägerin würden eine sehr gute und plausible Erklärung für eine strukturell fassbar homonyme Hemianopsie nach links abgeben. Sich jetzt auf den visuellen Hemineglect zurückzuziehen, erschwere den Nachweis einer Sehstörung, weil diese psychiatrische Diagnose die eindeutige und kausale Zuordenbarkeit zum visuellen System erschwere. Der Klagepartei sei jedoch zuzustimmen, dass Schwankungen im Gesichtsfeld auch auf einen schwankenden Hemineglect zurückgeführt werden könnten, würde er denn vorliegen. Dies beträfe dann aber nur die linke Seite des Gesichtsfelds und nicht die rechte, die jedoch ebenfalls in ihren Außengrenzen erheblich schwanke. Unverständlich bleibe damit auch der Gesichtsfeldbefund am Bjerrum-Schirm. Das im letzten Gutachten angegebene teilerhaltene Halbgesichtsfeld rechts begründe aber ohnehin bei Weitem keine Blindheit. Eine reine visuelle Agnosie liege bei der Klägerin nicht vor. Allein die Gesichtsfeldbefunde würden seines, Dr. K., Erachtens deutlich eine Halbseitensymptomatik (ob durch Hemineglect und/oder Hemianopsie bedingt), aber keine klassische Agnosie zeigen.

Mit Schriftsatz vom 19.12.2011 hat die Klägerin die Gutachterablehnung von Dr. E. zurückgenommen. Am 11.06.2012 hat sie Verzögerungsrüge erhoben.

Der Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 04.05.2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat die Akte des Beklagten und des SG beigezogen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt dieser Akten und der Berufungsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig (Art. 7 Abs. 3 BayBlindG i.V.m. [§§ 143, 151 SGG](#)) und begründet.

Das SG hat zu Unrecht der Klage entsprochen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Blindengeld. Der streitgegenständliche Bescheid des Beklagten vom 08.12.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.03.2004 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Gemäß Art. 1 Abs. 1 BayBlindG in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes zur Änderung des BayBlindG v. 20.07.2011 (GVBl. Nr. 14/2011, S. 311) erhalten blinde Menschen, soweit sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Bayern haben oder soweit die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl L 166 S. 1, ber. ABl L 200 S. 1, 2007 ABl L 204 S. 30) in der jeweils geltenden Fassung dies vorsieht, zum Ausgleich der blindheitsbedingten Mehraufwendungen auf Antrag ein monatliches Blindengeld. Dabei beinhaltet nach der Rechtsprechung des BSG die Formulierung "zum Ausgleich der blindheitsbedingten Mehraufwendungen" keine eigenständige Anspruchsvoraussetzung, sondern umschreibt lediglich die allgemeine Zielsetzung der gesetzlichen Regelung (BSG v. 26.10.2004 - [B 7 SF 2/03 R](#)).

Blind ist, wem das Augenlicht vollständig fehlt (Art. 1 Abs. 2 Satz 1 BayBlindG). Als blind gelten gemäß Art. 1 Abs. 2 Satz 2 BayBlindG auch Personen,

1. deren Sehschärfe auf dem besseren Auge nicht mehr als 1/50 beträgt,
2. bei denen durch Nr. 1 nicht erfasste Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad bestehen, dass sie der Beeinträchtigung der Sehschärfe nach Nr. 1 gleichzuachten sind.

Vorübergehende Sehstörungen sind nicht zu berücksichtigen. Als vorübergehend gilt ein Zeitraum bis zu sechs Monaten.

Eine der Herabsetzung der Sehschärfe auf 1/50 (0,02) oder weniger gleichzusetzende Sehstörung im Sinn des Art. 1 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BayBlindG liegt, den Richtlinien der DOG folgend, bei folgenden Fallgruppen vor (siehe Teil A Nr. 6 VG):

- aa) bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,033 (1/30) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 30° vom Zentrum entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt bleiben,
- bb) bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,05 (1/20) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 15° vom Zentrum entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt bleiben,
- cc) bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,1 (1/10) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 7,5° vom Zentrum entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt bleiben,
- dd) bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, auch bei normaler Sehschärfe, wenn die Grenze der Gesichtsfeldinsel in keiner Richtung mehr als 5° vom Zentrum entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt bleiben,
- ee) bei großen Skotomen im zentralen Gesichtsfeldbereich, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und im 50°-Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians mehr als die Hälfte ausgefallen ist,
- ff) bei homonymen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser besitzt,
- gg) bei bitemporalen oder binasalen Hemianopsien, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und kein Binokularsehen besteht.

1. Lichtlosigkeit/Rindenblindheit

Dass die Klägerin keinen Anspruch auf Blindengeld hat, weil ihr das Augenlicht vollständig fehlen würde (Art. 1 Abs. 2 Satz 1 BayBlindG), ist offensichtlich und bedarf keiner weiteren Darlegungen. Ein vollständiger Ausfall der Sehrinde ist nicht gegeben (Teil A Nr. 6 c VG); es liegen lediglich Schädigungen der Sehrinde bzw. Sehbahn vor (vgl. u. 3.1).

2. Faktische Blindheit durch Beeinträchtigung der Sehschärfe

Auch die Voraussetzung des Art. 1 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 BayBlindG ist nicht erfüllt. Denn es ist nicht zur Gewissheit des Senats dargelegt, dass die Sehschärfe der Klägerin entsprechend der gesetzlichen Vorgabe auf 1/50 (0,02) oder weniger herabgesunken wäre. Dies folgt aus dem Ergebnis der Beweisaufnahme. Maßgeblich ist, ob die Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung (Teil A Nr. 6 a VG; vgl. z.B. die Entscheidung des Senats v. 17.03.2009 - [L 15 BL 3/08](#)) einen besseren Wert erreicht.

2.1 Dass eine Sehschärfe der Klägerin von 1/50 (0,02) oder weniger nicht nachgewiesen ist, ergibt sich bereits ohne Weiteres aus den von den Gutachtern Dr. E. und Prof. Dr. D. erhobenen Visusbefunden. So hat Dr. E. in seinem detaillierten und plausiblen Gutachten einen Fernvisus beidäugig ohne Korrektur von 1/20 (0,05) festgestellt. Auch der gemäß [§ 109 SGG](#) beauftragte Sachverständige hat einen Visus oberhalb der maßgeblichen Grenze, nämlich von 1/25 (0,04) - beidäugig mit Korrektur - erhoben.

Dabei kann offen bleiben, ob entsprechend der Feststellung von Dr. E. im Rahmen der statistisch aufbereiteten Sehschärfekontrolle ohne Korrektur sogar von höheren Werten auszugehen ist (0,063 bzw. 0,08). So hat der Sachverständige aufgezeigt, dass sich bei der beidäugigen Prüfung mit Landoltringen der Visusstufe 0,08 im Hinblick auf die Angaben der Klägerin zum Erkennen der Lücke (an den Ringen) eine Wahrscheinlichkeit von 97,6 % gezeigt habe, mit der davon ausgegangen werden könne, so Dr. E., dass die Sehzeichen der Sehschärfestufe 0,08 erkannt worden seien. Eine Sehschärfe von mindestens 0,08 liegt daher jedenfalls nahe.

Die Sachverständigen haben die - auf den Empfehlungen der DOG basierende - maßgebliche DIN 58220 beachtet (vgl. auch VG Teil B Nr. 4). Insbesondere haben sie die zentrale Vorgabe beachtet, dass nur eine Prüfung mit Landoltringen zulässig ist; auch bei sehr niedrigen Visusstufen ist mit mehreren (d.h. nicht nur mit einem einmaligen, sondern mit mindestens fünf) Landoltringen zu prüfen (vgl. z.B. Wesemann/Schiefer/Bach, Neue DIN-Normen zur Sehschärfebestimmung, in: Der Ophthalmologe, 2010, S. 821 ff).

Zweifel an dem erhobenen Fernvisus von 1/20 bzw. 1/25 ergeben sich aufgrund der überzeugenden Darlegungen der beiden Sachverständigen auch nicht, weil die Sehzeichen, wie von Dr. E. für seine Begutachtung ausdrücklich festgestellt, von der Klägerin jeweils

erst nach mehreren Sekunden erkannt worden sind. Der gemäß § 109 SGG beauftragte Gutachter hat darauf hingewiesen, dass die Vorgabe einer zeitlichen Befristung der Darbietungszeit von Sehzeichen auf eine Sekunde (pro Sehzeichen) für die Fahreignung gezielt für die Untersuchung von Patienten mit Nystagmus eingeführt worden ist. Bei diesen Patienten ist, so Prof. Dr. D., durch eine längere Beobachtungsdauer tatsächlich eine unter Umständen erheblich bessere Sehschärfe erzielbar. Bei einer Untersuchung hinsichtlich von Versorgungsansprüchen etc. ist dagegen die Funktion festzustellen, die gerade noch vorhanden ist. Für den Senat sind (mit Prof. Dr. D. und Dr. E.) mit Blick auf die verbindlichen Vorgaben der DIN 58220, Teil 5 (Allgemeiner Sehtest), keine Gründe ersichtlich, dass ein Sehzeichen nicht auch länger als eine Sekunde präsentiert werden dürfte (vgl. z.B. Lachenmayr, Begutachtung in der Augenheilkunde, 2. Aufl., S. 15). Ein "längeres Herumrätseln" oder Nachfragen der Klägerin - lediglich Solches wäre nicht zulässig (vgl. z.B. Augustin, Augenheilkunde, 2. Aufl., S. 551) - hat vorliegend, wie sich aus den genannten Gutachten ergibt, gerade nicht stattgefunden.

Anders als die Klägerseite meint, stellt die Tatsache, dass die Klägerin bei der Sehschärfeprüfung auch geraten habe, per se kein Kriterium dar, das gegen eine Verwertbarkeit der gegenständlichen Visusbefunde sprechen würde. Denn das Raten der Klägerin hatte gerade nicht zur Folge, dass diese - wie der Bevollmächtigte der Klägerin ausgeführt hat - nur zufällig "ein paar Richtige getroffen" und dass sich hierdurch eine Zahl ergeben hätte, die "nichts mit ihrem Sehvermögen zu tun" hätte, sondern eben einen Glückstreffer darstellen würden. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass die Klägerseite ein Grundprinzip der DIN-gerechten Sehschärfenerhebung nicht kennt; auch der Sachverständige Dr. E. hat hierauf hingewiesen. Eine Visusstufe gilt nach der DIN 58220 nämlich als erkannt, wenn eine gewisse Anzahl von Landoltringen (nicht alle!) korrekt benannt worden ist. "Mit dem Wort benannt bringt die Norm zum Ausdruck, dass raten ausdrücklich erlaubt und sogar erwünscht ist, und richtig raten statistisch berücksichtigt wird" (Wesemann/Schiefer/Bach, a.a.O., S. 822).

Der Nachweis von Blindheit gemäß Art. 1 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 BayBlindG scheitert vorliegend also nicht daran, dass den subjektiven Angaben der Klägerin kein Glaube geschenkt würde. Anders als es die Klägerseite offensichtlich sieht, die diesen Punkt zur zentralen Frage in der rechtlichen Auseinandersetzung und insbesondere der Kritik am Gutachten von Dr. E. gemacht hat, kommt es insoweit auf den Vorwurf falscher Angaben der Klägerin gar nicht an.

2.2 Ein Nachweis ergibt sich auch nicht aus den weiteren, im Verwaltungs- und gerichtlichen Verfahren von Gutachtern erhobenen Befunden. So hat der Sachverständige Dr. E. im Einzelnen nachvollziehbar herausgearbeitet, dass von einer höheren Sehschärfe als 0,02 bereits beim Gutachten in B-Stadt, aber auch bei den Gutachten in C-Stadt und T. ausgegangen werden muss. In keinem Fall hat Dr. E. den Nachweis einer Sehschärfe von 1/50 (0,02) oder weniger als erbracht angesehen.

Vor allem aber sind für den Senat keinerlei Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die weiteren erhobenen Visusbefunde geeignet wären, die Korrektheit oder auch nur die Plausibilität der über der maßgeblichen Sehschärfe-Grenze liegenden Befunde der Gutachten von Dr. E. und Prof. Dr. D. in Frage zu stellen. Dies ergibt sich aus Folgendem:

2.2.1 Die Befunderhebung hinsichtlich der Sehschärfe der Klägerin erfolgte durch Dr. E. und Prof. Dr. D. methodisch einwandfrei; insoweit ist auf obige Darlegungen zu verweisen. Falschangaben o.ä. der Klägerin - die Problematik des Ratens bei den Angaben wurde bereits erörtert - zu ihren Ungunsten (etwa im Sinne einer Art von Dissimulation) stehen naturgemäß insoweit nicht im Raum.

2.2.2 Hingegen begegnen die Ergebnisse der Visuserhebungen anlässlich der Begutachtungen in B-Stadt, T. und C-Stadt (Prof. Dr. C.) aus verschiedensten Gründen gewichtigen Bedenken.

2.2.2.1 Blindheit ergibt sich nicht aus dem Gutachten von Prof. Dr. W. im Verwaltungsverfahren, in dem der Facharzt den Befund nur eines Visus von Fingerzählen erhoben hat. Dabei kommt es nicht darauf an, ob, wie der Beklagte meint, die Angabe eines solchen Visus mit der Gesichtsfelduntersuchung durch Prof. Dr. W. unvereinbar ist. Hiervon geht der Senat aufgrund der plausiblen Darlegungen von Dr. E. jedenfalls nicht ohne Weiteres aus. Maßgeblich sind nach Überzeugung des Senats die starken Zweifel an der Objektivität der Angaben der Klägerin in B-Stadt. So hätte im kurzen Zeitraum zwischen Juli 2003, als - ca. fünf Monate nach der Operation in Folge der dritten Gehirnblutung - der Visus beidseits bereits 0,1 betragen hat (s. Anamnese im Gutachten von Prof. Dr. W.), und 05.08.2003 eine massive Visusminderung stattgefunden. Für eine solche gibt es aber, wie der Sachverständige Dr. E. nachvollziehbar festgestellt hat, keine plausible Erklärung. Es ist nicht erkennbar, weshalb die zuvor eingetretene Erholung des Sehvermögens Anfang August bereits wieder aufgehoben gewesen sein sollte. Dr. E. hat auch zutreffend darauf hingewiesen, dass eine solche massive Minderung des Sehvermögens sofort von der Klägerin bemerkt worden wäre und bei der gegebenen Vorgeschichte zu einer sofortigen Bildgebung in der Befürchtung einer erneuten Einblutung geführt hätte. Medizinische Unterlagen sind insoweit jedoch nicht vorhanden; auch konnte von der Klägerin keine entsprechende Erklärung gegeben werden.

Auf die Frage, ob bei der Begutachtung durch Prof. Dr. W. eine adäquate Mitarbeit der Klägerin gegeben gewesen ist, kommt es hier also nicht an.

2.2.2.2 Vom Nachweis einer Sehschärfe von 1/50 oder weniger aufgrund der Sehschärfeprüfung durch Prof. Dr. Z. kann nicht die Rede sein. Hier liegen keine entsprechend der Vorgaben (DIN 58220) ermittelten Visus-Ergebnisse vor. Selbst wenn man den - im vorliegenden Verfahren beinahe hingebungsvoll geführten - akademischen (medizinischen, aber auch rechtlichen) Streit, ob auch die nicht richtlinienkonform erhobenen Befunde zu berücksichtigen sind, bereits an dieser Stelle und in dem Sinne lösen würde, dass auch diese entscheidend sein können, läge der Nachweis von Blindheit gemäß Art. 1 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 BayBlindG hier in weiter Ferne. Denn der vom SG bestellte Sachverständige hat ja nicht nur (in der Nähe) einen die maßgebliche Grenze erreichenden schlechten Sehschärfewert (rechtes Auge 0,02 ratend), sondern auch deutlich höhere Werte ermittelt (in der Ferne mit Zahlen 0,32 sowie den Interferenzvisus am rechten Auge von 0,63).

Mit den Sachverständigen Dr. E. und Prof. Dr. D. ist davon auszugehen, dass auch hinsichtlich der T. Untersuchung ein Visus besser als 1/50 (0,02) vorgelegen hat. Der Senat macht sich auch insoweit die sachkundigen Feststellungen der Gutachter zu eigen.

2.2.2.3 Schließlich ergibt sich auch aus der Befunderhebung durch Prof. Dr. C. nichts anderes. Zwar hat dieser einen Fernvisus beidäugig von nur 1/50 (0,02) festgestellt. Mit den Sachverständigen Prof. Dr. C., Prof. Dr. D. sowie Dr. E. hat der Senat jedoch erhebliche Zweifel an diesem Ergebnis. Dabei kann offen bleiben, ob die von Prof. Dr. C. vorgenommene Annahme einer Fernsehschärfe von mindestens 0,1, da sich bei seiner Untersuchung mit dem Ophthalmoskop nach Kotowsky (OKN-Auslösung) am linken Auge eine rotatorische Nystagmusantwort bei der Marke 0,1 nachweisen hat lassen, haltbar ist. Denn jedenfalls wegen der erheblichen Diskrepanz zwischen der OKN-Auslösung und der Optotypensehschärfe (Landoltringe) bei Prof. Dr. C. ist, wie der Sachverständige Dr. E. plausibel festgestellt hat, von einer besseren Sehschärfe als 1/50 (0,02) auszugehen. Auch darüber hinaus bestehen an der von Prof. Dr. C. (mit Landoltringen) gemessenen Sehschärfe

erhebliche Zweifel. Diese beruhen vor allem auch auf der von Prof. Dr. C. selbst festgestellten mangelnden Objektivität der klägerischen Angaben im Allgemeinen, nämlich hinsichtlich der fehlenden Diskrepanz der Gesichtsfeldausdehnung in der Bjerrum-Schirm-Untersuchung. Dr. E. hat in seinem Gutachten detailliert und nachvollziehbar dargelegt, dass bzgl. der Angaben der Klägerin bei diesen Untersuchungen (durch Prof. Dr. C. und durch Dr. E.) von deutlichen Objektivitätsdefiziten ausgegangen werden muss; auf die Ursache(n) für Letztere kommt es dabei nicht an.

2.3 Eine rechtlich relevante Sehschärfeminderung ist also durch die Befunde aus B-Stadt, T. und C-Stadt (Prof. Dr. C.) nicht zur Gewissheit des Senats dargelegt. Die Ergebnisse der dortigen Befunderhebungen sind noch weniger geeignet, die besseren Sehschärfeergebnisse der Gutachten von Dr. E. und Prof. Dr. D. zu relativieren und erst recht nicht zu entkräften. Hierfür fehlt jeglicher Ansatzpunkt.

3. Faktische Blindheit im Sinn des Art. 1 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BayBlindG

Auch die Voraussetzungen des Art. 1 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BayBlindG sind nicht erfüllt. Ein Fall der faktischen Blindheit nach der genannten Vorschrift ist nicht zur Gewissheit des Senats gegeben. Die Beweisaufnahme hat bei weitem kein Ergebnis erbracht, das die für einen Anspruch erforderlichen Tatsachen mit Vollbeweis belegen würde; weitere Aufklärungsmöglichkeiten bestehen nicht.

3.1 Der Nachweis einer der Herabsetzung der Sehschärfe auf 1/50 (0,02) oder weniger gleichzusetzenden Sehstörung im Sinn der genannten Vorschrift scheitert bereits an den Feststellungen des Sachverständigen Dr. E. ...

Dieser hat bei der - richtlinienkonform am Goldmann-Perimeter durchgeführten (vgl. VG Teil B Nr. 4) - Gesichtsfeldmessung bei der maßgeblichen Reizmarke III/4e am rechten Auge deutlich konzentrische und nur auf das rechte Halbfeld eingeschränkte Außengrenzen festgestellt, die nasal bis zur Mittellinie (0°), nach oben bis circa 43°, temporal hin bis circa 53° und nach unten bis circa 23° (300°-Meridian) gereicht haben. In den temporal-zentralen 5° haben sich keine größeren Skotome perimetrieren lassen. Am linken Auge (Reizmarke III/4e) hat die Klägerin bei Dr. E. die Außengrenzen (ebenfalls) deutlich konzentrisch und nur auf das rechte Halbfeld eingeschränkt angegeben. Sie haben nasal bis 40°, nach oben bis circa 21°, temporal hin bis circa zur Mittellinie (1°) und nach unten bis circa 4° gereicht. Im verbliebenen nasalen zentralen (5°) Gesichtsfeld-Viertel haben sich keine größeren Skotome perimetrieren lassen. Die Prüfung des Gesichtsfelds am Goldmann-Perimeter hat Dr. E. durch eine statische Prüfung in den zentralen 5° ergänzt. Dabei haben keine zentralen Skotome (statisch) im intakten Halbfeld, jedoch hat - im Gegensatz zu allen anderen Vorbegutachtungen - der blinde Fleck am rechten Auge perimetriert werden können.

Wie der Sachverständige Dr. E. plausibel festgestellt hat, bleibt das Gesichtsfeld bei der Anerkennung von Blindheit unberücksichtigt, eine anspruchsbegründende Einschränkung liegt nicht vor. Der Senat macht sich (auch) diese sachverständige Feststellung des Dr. E. zu eigen. Die Außengrenzen und die Ausdehnung des Gesichtsfelds sind nach den Darlegungen des Gutachters mit maximal 55° (53°) weiter als 30° im Horizontaldurchmesser entfernt; auch fehlt ein Zentralskotom (vgl. VG Teil A Nr. 6 b. ee) und ff). Deshalb spielt entsprechend der Feststellung von Dr. E. auch die konzentrische Einengung des Gesichtsfelds keine relevante Rolle bei der Zuerkennung von Blindheit mehr. Wie der Sachverständige weiter darauf hingewiesen hat, zeigt auch das kinetische Goldmann-Gesichtsfeld der Untersuchung von T. entsprechende Außengrenzen (bis maximal 65°) und somit eine so große Ausdehnung ohne Zentralskotom, dass es selbst bei Annahme einer homonymen Hemianopsie keine Berücksichtigung zur Anerkennung von Blindheit finden kann. Vor diesem Hintergrund kann offen bleiben, welches exakte Maß an Beweiskraft den in T. in der semiautomatisierten Perimetrie erhobenen Befunden zukommt, die "immerhin völlig normale Außengrenzen" (Dr. E.) ergeben haben, jedoch nicht richtlinienkonform erhoben worden sind (vgl. VG Teil B Nr. 4).

Anders als die argumentativen Schwerpunkte der Klägerseite und die darauf folgenden Klärungen durch den Sachverständigen Dr. E. im späteren Verlauf des Rechtsstreits vermuten lassen, kommt es vorliegend auf die Objektivität der klägerischen Angaben bei den Begutachtungen bzgl. des Gesichtsfelds im Ergebnis somit gar nicht an. Insbesondere spielt keine Rolle, ob auf Seiten der Klägerin eine bewusste Aggravation vorliegt; der genannte Sachverständige hat - gewissermaßen zu Gunsten der Klägerin - auch eine Reihe weiterer möglicher Gründe eventueller Falschangaben genannt.

Nicht die Rede kann daher im Übrigen - gerade hinsichtlich des Gesichtsfelds - auch davon sein, dass bei den o.g. von Dr. E. getroffenen Feststellungen "ein anerkannter Weg der Feststellung mit angeblichen Plausibilitätsüberlegungen, die jeder Gutachter anders sieht, völlig aus den Angeln gehoben" worden ist, wie die Klägerin meint. Denn die Erhebung der Gesichtsfeldbefunde durch Dr. E. erfolgte nicht nur auf "klassischem Wege", sondern darüber hinaus auch methodisch einwandfrei (s.o.).

Wegen der von Dr. E. erhobenen Visus- und Gesichtsfeldbefunde spielt für den vorliegenden Rechtsstreit die Frage nach den Ursachen der - zweifellos erheblichen - Sehstörung nur eine nachrangige Rolle. Wenn bereits die erhobenen Befunde die maßgeblichen Werte nicht erreichen, geht auch die in den VG festgelegte Vorgabe, dass der morphologische Befund die Sehstörung erklären müsse, ins Leere (VG Teil B Nr. 4).

Nach dem Gesamtergebnis der Beweisaufnahme, insbesondere der überzeugenden Darstellung des Gutachters Dr. E., geht der Senat davon aus, dass bei der Klägerin eine beidseitige Schädigung der Sehbahn bzw. der Sehrinde vorliegt und dass darüber hinaus auch die seitlichen Kniehöcker beidseits betroffen sein könnten. Entsprechend der Feststellung von Dr. E. erscheint zudem eine zusätzliche retrograde Sehnervendegeneration (mit zunehmend exkavierter Papille) nicht ausgeschlossen.

3.2 Dass dennoch faktische Blindheit im Sinne des Art. 1 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BayBlindG nachgewiesen wäre, ergibt sich auch nicht aus den weiteren Sachverständigengutachten.

3.2.1 Prof. Dr. C. hat zwar Gesichtsfelddefekte in der Goldmann-Perimetrie aufgezeigt, die zur Annahme faktischer Blindheit führen könnten, da er für beide Augen jeweils (nur) eine zentrale Restsehnäse zwischen der Marke 0° und temporal 5° festgestellt hat. Wie der Gutachter allerdings plausibel und in Übereinstimmung mit dem gemäß [§ 109 SGG](#) beauftragten Sachverständigen Prof. Dr. D. und im Ergebnis auch mit Dr. E. dargelegt hat, ist der Nachweis für den Gesichtsfelddefekt nicht erbracht, da auf Grund der fehlenden Gesichtsfeldausdehnung bei größerer Entfernung in der Bjerrum-Schirm-Untersuchung erhebliche Zweifel an der Objektivität des Gesichtsfeldbefundes bestehen. Unabhängig von den Ursachen für die Unstimmigkeiten hinsichtlich der klägerischen Angaben bei Gesichtsfeldmessungen, die, wie der Sachverständige Dr. E. nachvollziehbar dargestellt hat, auf verschiedenen Ebenen bestehen, steht hinsichtlich der Angaben der Klägerin bei

den Bjerrum-Schirm-Untersuchungen (bei Prof. Dr. C. und Dr. E.) aus Sicht des Senats erwiesenermaßen fest, dass diese nicht das objektive Sehvermögen wiedergeben. Denn die Prüfung am Bjerrum-Schirm bedient sich, wie Dr. E. plausibel erläutert hat, des geometrischen Strahlensatzes, wonach eine Abstandserweiterung zwangsläufig zu einer Ausweitung des Gesichtsfelds führen muss. Ist dies nicht der Fall, dann können die Angaben dazu (mathematisch bewiesen) nicht stimmen. Schwankungen bei Gesichtsfeldangaben können, wie Dr. E. ebenfalls ausgeführt hat, auch auf tageszeitabhängige Befindlichkeits-, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen oder zusätzlich eingetretene oder wieder manifest werdende Erkrankungen (z.B. Gefäßmalformationen) zurückgeführt werden. Gerade der Test am Bjerrum-Schirm "ist aber in der Lage, in sehr kurzer Zeit und damit nicht konzentrativ sehr beanspruchend zu differenzieren, ob das Gesichtsfeld in dieser kurzen Zeit konstant angegeben wird. Denn für eine so kurzfristige Gesichtsfeldinkonstanz innerhalb von zwei Minuten können derartige Störungen (Gefäßmalformationen etc.) nicht Ursache sein. Eine frische Blutung ausgerechnet in diesen zwei Minuten ist äußerst unwahrscheinlich."

In diesem Zusammenhang weist der Senat darauf hin, dass er die auf Klägerseite geäußerten Bedenken gegen die im vorliegenden Verfahren von den Gutachtern vorgenommenen Plausibilitätskontrollen nicht nachzuvollziehen vermag. Gerade in komplexen ophthalmologischen Problemlagen sind Plausibilitätskontrollen unabdingbar; dies gilt sowohl hinsichtlich nicht richtlinienkonformer Untersuchungsmethoden - wie hier hinsichtlich des Bjerrum-Schirms - als auch für Verhaltensbeobachtungen. Gerade bei befundlichen Diskrepanzen ist kein Grund ersichtlich, der es verbieten würde, die Plausibilität von subjektiven Angaben zu hinterfragen. Wie der Sachverständige Dr. E. plausibel dargestellt hat, beschränkt sich die Blindenbegutachtung nach den Richtlinien der DOG bzw. den VG nur auf zwei Kriterien, nämlich auf Sehschärfe und Gesichtsfeld, um die visuelle Realität zu erfassen. Dies ist, wie der Gutachter festgestellt hat und wie leicht nachvollziehbar ist, zu wenig. Zudem sind diese wenigen Kriterien nicht einmal objektiv. Es reicht somit nicht, sich nur auf diese Angaben zu verlassen und als Korrektiv auf den morphologischen Befund abzustellen; zur Objektivierung können und müssen auch Zusatzuntersuchungen etc. durchgeführt werden.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang jedoch sicherzustellen, dass diesen zusätzlichen Untersuchungsmethoden und Kontrollen keine (alleinige) Beweiskraft zugemessen wird. Dies widerspricht eindeutig den (auch normativen) Festlegungen der VG.

3.2.2 Der Nachweis faktischer Blindheit ergibt sich auch nicht aus dem Gutachten von Prof. Dr. Z ...

3.2.2.1 Dabei ist die Annahme faktischer Blindheit nicht von vornherein ausgeschlossen, weil, wie der Sachverständige selbst darlegt, keine der Fallgruppen der VG bzw. DOG-Richtlinien für die Klägerin zutreffend ist.

Zwar sind die VG bzw. DOG-Richtlinien grundsätzlich verbindlich; dies schließt es - entgegen der früheren Rechtsprechung des Senats (Urteil vom 19.03.2002 - [L 15 BL 5/00](#)) - jedoch nicht aus, in besonders gelagerten Ausnahmefällen faktische Blindheit auch dann anzunehmen, wenn die jeweiligen Voraussetzungen einer der Fallgruppen der VG bzw. DOG-Richtlinien nicht in vollem Umfang erfüllt sind.

Es ist unstrittig, dass die in den VG übernommenen DOG-Richtlinien nicht exklusiv sämtliche der Blindheit gleichzuachtenden kombinierten Sehstörungen aufführen, dass also die Kriterien gemäß Teil A Ziff. 6 b) VG nur beispielhaft sind (so auch der Senat, a.a.O.; vgl. auch z.B. Lachenmayr, a.a.O., S. 279, sowie im vorliegenden Verfahren der Gutachter Dr. E.).

Der materielle Charakter der (medizinischen) Festlegungen und auch der Wortlaut der VG lassen es zu, zur Annahme faktischer Blindheit in Ausnahmefällen Sehstörungen ausreichen zu lassen, auch wenn die jeweiligen Voraussetzungen einer der VG-Fallgruppen nicht in vollem Umfang erfüllt sind. Denn die DOG-Richtlinien, auf denen die VG beruhen, sind nichts anderes als allgemeine medizinische Erfahrungssätze, die als fraglos gesichert und gänzlich verlässlich aus der Fülle des übrigen medizinischen Erfahrungswissens herausgenommen sind (vgl. hierzu Kater, Das ärztliche Gutachten im sozialgerichtlichen Verfahren, 2. Auflage, S. 36; Keller, in: Mayer-Ladewig/ders./Leitherer, SGG, 10. Auflage, § 128, Rdnr. 11). Zu diesen Erfahrungssätzen gehört jedoch nicht, dass sie Exklusivität beanspruchen. Dies folgt nicht nur aus medizinischer Sicht (vgl. z.B. Lachenmayr, a.a.O.), sondern auch bereits daraus, dass ein solcher Erfahrungssatz eine Tendenz zur Veränderung in sich birgt (vgl. Kater, a.a.O.) und auch insoweit bereits hinsichtlich der Absolutheit ("fraglos gesichert") selbst wieder in Frage zu stellen ist, was auch daraus ersichtlich wird, dass dem Vernehmen nach demnächst eine Änderung der Fallgruppen in den VG vorgenommen werden wird. Vor allem sind aus Sicht des Senats auch keine Gründe und auch keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass es die Richtlinien der DOG bzw. die Festlegungen der VG ausschließen wollten, in besonderen Ausnahmefällen einem speziellen Behinderungsbild ausreichend gerecht zu werden.

Auch die normative Bindungswirkung der VG (vgl. z.B. Francke/Gagel, Der Sachverständigenbeweis im Sozialrecht, 1. Auflage, S. 119, m.w.N. der Rechtsprechung; ferner Bayer, LSG v. 06.11.2012 - [L 15 VS 13/08 ZVW](#)) bzw. die intendierte möglichst gleichmäßige Anwendung der Bewertungsmaßstäbe und somit die Ziele einheitlichen Verwaltungshandelns und der Gleichbehandlung sprechen wegen der Begrenzung (der über den Fallgruppenkatalog hinausgehenden Annahme faktischer Blindheit) auf außergewöhnliche Fallkonstellationen nicht dagegen. Zudem ist zu Recht darauf hingewiesen worden, dass die VG keine allgemeingültige Definition von Blindheit (mehr) geben (vgl. Dau, in: jurisPR-SozR 24/2009, Anm. 4, mit Bezug auf die fehlende Geltung im Einkommens-, Straßenverkehrs- und Schwerbehindertenrecht; ferner LSG Niedersachsen-Bremen v. 20.01.2011 - [L 12 SB 54/09](#)). So fehlt (auch) im BayBlindG eine Bezugnahme auf die einschlägigen Festlegungen der VG, wenngleich Letztere ohne Weiteres als "materielle Quelle" der Vorgaben bzgl. faktischer Blindheit anzuerkennen sind.

Somit ist in besonderen Ausnahmefällen spezieller Krankheitsbilder, die sehr selten sein dürften, die Annahme von Blindheit auch außerhalb der normierten Fallgruppen der VG nicht von vornherein ausgeschlossen.

3.2.2.2 Vorliegend kann offen bleiben, ob überhaupt ein solcher besonderer Ausnahmefall vorliegt.

Denn die von Prof. Dr. Z. dargelegte "Konstruktion" überzeugt den Senat nicht, bei der Klägerin würden Sehstörungen vorliegen, die durch ihren siebförmigen parazentralen Charakter zu einer ähnlichen Situation führen würden wie bei Patienten mit hochgradig konzentrischer Gesichtsfeldeinschränkung, bei denen das Auffinden eines relevanten Zielobjekts (trotz guten Erhalts des unmittelbaren Gesichtsfeldzentrums) auf Grund dieser Einschränkung so weit beeinträchtigt sei, dass der Vorgang so lange andauere, dass Blindheit anzunehmen sei.

Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus den plausiblen Darlegungen von Prof. Dr. D. und Dr. E. ... Der Senat macht sich auch insoweit die sachkundigen Feststellungen der Gutachter zu eigen. So hat Prof. Dr. D. die Begründung für die erheblichen zentralen Ausfälle des Restgesichtsfelds nicht für überzeugend gehalten. Er hat darauf hingewiesen, dass die Untersuchung am Octopus-Gerät in T. (automatisierte kinetische Untersuchung) nahezu freie Gesichtsfeldaußengrenzen gezeigt habe, und dass bei Berücksichtigung einer

Sehschärfe von mehr als 0,1, die wie oben dargelegt aus Sicht des Senats zumindest im Raum steht, bei einem nicht wesentlich großen zentralen Gesichtsfeldausfall keine Blindheit bestehe. Auch Dr. E. hat nachvollziehbar dargestellt, weshalb die Annahme faktischer Blindheit durch Prof. Dr. Z. nicht zur Gewissheit führen kann: So hat er auf das Goldmann-Gesichtsfeld der Untersuchung von T. verwiesen, das eine so große Ausdehnung des Gesichtsfelds ohne Zentralskotom zeige, dass es selbst bei Annahme einer homonymen Hemianopsie keine Berücksichtigung für die Blindheit finde (vgl. o.). Zudem hat er auf die völlig normalen Außengrenzen in der semiautomatisierten T. Perimetrie verwiesen. Ferner sind an dieser Stelle auch die weiteren, von Dr. E. im Einzelnen dargestellten Zweifel an den subjektiven Angaben der Klägerin zum Gesichtsfeld zu berücksichtigen, nämlich namentlich hinsichtlich der Untersuchung in T. (Prof. Dr. Z.) sowie allgemein bei allen Untersuchungen des Gesichtsfelds. Dabei ergeben sich die Unstimmigkeiten nicht nur aus dem inkonstanten langjährigen Gesichtsfeldverlauf, sondern auch im Hinblick auf die Art des Gesichtsfeldausfalls bezüglich des Schädigungsorts und auf die unterschiedlichen Angaben während einer einzigen Begutachtungsuntersuchung.

3.2.3 Auch das Gutachten des gem. [§ 109 SGG](#) beauftragten Sachverständigen Prof. Dr. D. vermag nicht zur Gewissheit des Senats bzgl. faktischer Blindheit führen.

Dabei gilt auch hier, dass nicht von vornherein entgegensteht, dass keine Fallgruppe der VG bzw. DOG-Richtlinien einschlägig ist (s.o.), insoweit kann die Argumentation von Dr. E. nicht überzeugen. Jedoch kann auch hier offen bleiben, ob ein seltener Ausnahmefall im oben genannten Sinn überhaupt vorliegt. Denn auch hier kann die "Konstruktion" des Sachverständigen Prof. Dr. D. nicht überzeugen, bei der Klägerin sei das horizontale Gesichtsfeld zwar noch bis knapp über 50° erhalten, aber dafür sei die untere, für das tägliche Leben wichtigere Gesichtsfeldhälfte zusätzlich nahezu vollständig ausgefallen und es liege weiter ein zentrales Skotom mit einem Ausfall von mehr als 50 % der unteren Gesichtshälfte innerhalb des 50°- Meridians vor, das also infolge der Verlagerung des Fixationsorts tatsächlich nahezu die gesamte untere Gesichtsfeldhälfte einnehme. Der Senat macht sich die sachkundigen Feststellungen der Gutachter Prof. Dr. C. und Dr. E. zu eigen. So hat Ersterer schlüssig darauf hingewiesen, dass die Goldmann-Perimetrie bei der Klägerin gerade kein zentrales Skotom nachgewiesen hat, sondern im Gegenteil eine zentrale Restsehinsel. Zudem hat er deutliche Zweifel an den subjektiven Angaben geäußert. Auch Dr. E. hat in seiner ausführlichen Befassung mit dem Gutachten von Prof. Dr. D. darauf hingewiesen, dass kein Gesichtsfeldausfall im Sinne eines kompletten Zentralskotoms vorliegt. Er hat hervorgehoben, dass nicht einmal ein statisch gemessener zentraler Ausfall gegeben ist. Vor allem hat Dr. E. auch deutlich gemacht, dass das Ausmaß der Verschiebung des Gesichtsfelds nach oben durch die Fixationsverlagerung, auf die Prof. Dr. D. abgestellt hat, nur minimal ist. Im Übrigen ist auch hier auf die allgemeinen Ausführungen zur Nachvollziehbarkeit der subjektiven Angaben der Klägerin durch Dr. E. zu verweisen.

3.2.4 Schließlich kann auch das Gutachten von Prof. Dr. W. trotz der dort erhobenen Gesichtsfeldbefunde nicht zur Annahme faktischer Blindheit führen, auch wenn Dr. E. - wie erwähnt - festgestellt hat, es sei durchaus möglich, dass im Rahmen der letzten drei Hirnblutungsereignisse unmittelbar danach und jeweils über sechs Monate hinweg Blindheit vorgelegen haben könnte. Das Gutachten von Prof. Dr. W. ist ebenfalls (weit) davon entfernt, Gewissheit des Senats begründen zu können. Hier sprechen bereits die von Dr. E. plausibel dargestellten erheblichen Zweifel an den subjektiven Angaben der Klägerin bei der Begutachtung am 05.08.2003 im Hinblick auf die angebliche massive Visusverschlechterung innerhalb sehr kurzer Zeit dagegen (s.o. 2.2.2.1).

3.3 Die Ergebnisse der genannten Gutachten sind also in keiner Weise geeignet, die von Dr. E. erhobenen Gesichtsfeldbefunde zu entkräften oder gar - im Widerspruch zu dessen weiteren Feststellungen - den Nachweis faktischer Blindheit zu erbringen.

4. Aus Sicht des Senats ist es zwar gerade aufgrund der Unwägbarkeiten bei der Beurteilung des Verlaufs der gesundheitlichen Entwicklung der Klägerin, aufgrund der zahlreichen Unsicherheiten und aufgrund der Begrenztheit der objektiv-diagnostischen Möglichkeiten nicht völlig auszuschließen, dass das Sehvermögen der Klägerin - vor allem vorübergehend, aber für einen längeren Zeitraum - unbemerkt doch die maßgebliche Grenze, jenseits derer gem. Art. 1 Abs. 2 BayBlindG Blindheit anzunehmen ist, überschritten hat. So hat dies denn auch der Sachverständige Dr. E. nicht ausgeschlossen.

Dafür fehlt es aber jedenfalls am notwendigen Beweis. Kann das Gericht bestimmte Tatsachen trotz Ausschöpfung aller Ermittlungsmöglichkeiten nicht feststellen (non liquet), so gilt der Grundsatz, dass jeder die Beweislast für die Tatsachen trägt, die den von ihm geltend gemachten Anspruch begründen (vgl. z.B. Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Keller/ders., a.a.O., § 103, Rdnr. 19a, m. Nachw. d. höchstrichterl. Rspr.). Die Klägerin muss daher nach dem Grundsatz der objektiven Beweislast die Folgen tragen, wenn eine Ungewissheit bezüglich der für sie günstigen Tatsachen verblieben ist. Denn für das Vorliegen der Voraussetzungen der Blindheit gemäß Art. 1 Abs. 2 BayBlindG trägt der sehbehinderte Mensch die objektive Beweislast.

Der Senat hat alle Ermittlungsmöglichkeiten ausgeschöpft. Er hat sehr zahlreiche Befundunterlagen und zwei im Verwaltungs- und im erstinstanzlichen Verfahren erstellte Sachverständigengutachten ausgewertet. Vor allem hat er drei weitere Gutachten und fünf (zum Teil sehr ausführliche) gutachterliche Stellungnahmen eingeholt. Weitere Gesichtspunkte, die zur Einholung eines vierten Gutachtens oder einer sechsten Stellungnahme hätten veranlassen müssen, sind nicht im Ansatz erkennbar. So gibt es keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass nach den zahlreichen detaillierten Gutachten neue entscheidende Aspekte hinsichtlich des aktuellen oder gar früher vorhandenen Sehvermögens der Klägerin gewonnen werden könnten. Neue, im Verfahren bisher nicht in den Dienst gestellte Untersuchungsverfahren etc. - anders als etwa mit der funktionellen Magnetresonanztherapie (fMRT) im Bereich der "Blindenbegutachtung" von Patienten im sog. apallischen Syndrom - stehen in keiner Weise zur Verfügung. Anlass für die Erwartung, bei einer erneuten Untersuchung könnten nun Bedenken hinsichtlich der Objektivität der klägerischen Angaben ausgeräumt werden, besteht nicht. Vor allem aber ist auch nicht davon auszugehen, dass durch jüngst eingetretene Veränderungen im Gesundheitszustand der Klägerin, etwa eines fünften Blutungsereignisses, eine neue Sachlage gegeben sein könnte.

Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass auch Anfragen bei den der Klägerin nahestehenden bzw. sie täglich betreuenden Personen nicht veranlasst waren. Davon abgesehen, dass die Klägerseite vehement der Verwertung von Beobachtungen visuellen Verhaltens (sogar) durch Sachverständige widersprochen hat, wurden zum einen in diese Richtung gehende Hinweise durch die Klägerseite bereits ausgewertet, zum anderen wären hier nur subjektive Eindrücke ohne wissenschaftliche Fundierung und ohne die Möglichkeit zur Entkräftung der gutachterlichen Feststellungen zu erhalten gewesen.

Auch zur Einholung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens bestand für den Senat keine Veranlassung und erst recht keine verfahrensrechtliche Pflicht.

Zwar ist nach der Beweisaufnahme letztlich offen geblieben, ob bei der Klägerin eine Hemianopsie oder etwa ein Hemineglect vorliegt, wobei, wie Dr. E. dargelegt hat, Beides in Frage zu stellen ist, da im Rahmen der Untersuchung in T. bei der semiautomatisierten Perimetrie "völlig normale" Außengrenzen erhoben worden sind (s.o.). Da der Nachweis von Blindheit nach den obigen Darlegungen (s.o. 2. und 3.) jedoch ausscheidet, kommt es auf die Frage des Hemineglects nicht an. Offen bleiben kann damit auch, ob es sich im Falle eines Hemineglects ("lediglich") um eine Benennungsstörung handelt, bei der nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil v. 20.07.2005 - [B 9a BL 1/05 R](#)) und des Senats (vgl. Urteil v. 17.07.2012 - [L 15 BL 11/08](#)) die Voraussetzungen faktischer Blindheit nicht erfüllt sind, und ob diese Rechtsprechung unter Beachtung grundlegender biologisch-medizinischer Erkenntnisse überhaupt aufrechtzuerhalten ist.

Auch hinsichtlich der Frage der psychogenen Blindheit besteht kein weiterer Klärungsbedarf. Dr. E. hat lediglich die Möglichkeit für weitere Ermittlungen zur psychogenen Blindheit aufgezeigt, die, wie der Sachverständige dargelegt hat, bei der Klägerin allenfalls zusätzlich bestehen könnte; die Notwendigkeit, insoweit eine Klärung herbeizuführen, hat der Sachverständige nicht gesehen. Er hat vielmehr hervorgehoben, dass psychogene Blindheit regelmäßig keine blindheitsbegründende Erkrankung darstellt. Vor allem aber ergibt sich aufgrund der obigen Darlegungen (s.o. 2. und 3.), dass es auf die Frage der psychogenen Blindheit letztlich nicht ankommt. Selbst wenn im Falle der Klägerin psychogene Blindheit oder eine psychogene Überlagerung unterstellt würde, stehen die - in erster Linie von Dr. E. - erhobenen Visus- und Gesichtsfeldbefunde einem Nachweis von Blindheit entgegen. Auch hinsichtlich der weiteren Aspekte, bei dem eine psychogene Störung bzw. psychogene Überlagerung nach den Feststellungen von Dr. E. im Raum stehen könnte, kommt es im Ergebnis hierauf nicht an. Wie oben deutlich wurde, bleiben erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der subjektiven Angaben der Klägerin zur Sehschärfe und zum Gesichtsfeld auch im Falle des Vorliegens psychogener Blindheit bestehen. Darauf, dass nach der Rechtsprechung (LSG Hamburg vom 01.11.2011 - [L 4 SB 9/10](#)) psychogene Blindheit (lediglich) als eine Störung des Benennens angesehen wird, die nach der o.g. Rechtsprechung des BSG (und des Senats) für die Annahme von faktischer Blindheit nicht ausreicht, kommt es daher nicht an. Somit kann auch hier offen bleiben, ob diese Rechtsprechung überhaupt aufrechtzuerhalten ist.

5. Über den Befangenheitsantrag hinsichtlich des Gutachters Dr. E. war vom Senat nicht mehr zu entscheiden, nachdem die Klägerin den Antrag zurückgenommen hatte. Diese Rücknahme war auch veranlasst, denn ein Ablehnungsgrund stand tatsächlich nicht einmal im Raum. Insbesondere ist kein Grund ersichtlich, der geeignet wäre, Misstrauen gegen die Unparteilichkeit des Sachverständigen zu rechtfertigen. Vielmehr sind eine Reihe von Kritikpunkten der Klägerseite am Gutachten von Dr. E. für den Senat in keiner Weise nachvollziehbar, wie etwa - angesichts der "klassischen" Befunderhebungen durch Dr. E. (vgl. z.B. oben 3.1) - die Behauptung der Klägerseite, dass das Gutachten "in erstaunlicher Weise die üblichen Feststellungskriterien in den Wind schlage", - angesichts der Detailtiefe und der substantiierten Befunddiskussionen im Gutachten - die Wertung, dass Letzterem keine Ernsthaftigkeit zuerkannt werden könne, und - angesichts des klaren gerichtlichen Auftrags - die Ansicht, dass das Gutachten seltsam sei, da es die Vorgutachten "nachträglich korrigiere".

6. Ein weiteres Gutachten gemäß [§ 109 SGG](#), nämlich wie ursprünglich angestrebt von der Ärztin Dr. S.-G., war nicht mehr einzuholen. Der Klägerin, die bereits früher erklärt hatte, es sei für sie wichtig, dass das Verfahren zügig beendet werde, ist zuletzt vor allem auch an einer zeitnahen Entscheidung des Rechtsstreits gelegen gewesen, wie sich nicht nur aus der erhobenen Verzögerungsrüge, sondern auch aus den Äußerungen des Bevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung ergeben hat.

Die Berufung hat somit Erfolg. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die Zahlung von Blindengeld durch den Beklagten.

Das Urteil des SG ist aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid vom 08.12.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.03.2004 abzuweisen.

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

Ein Grund für die Zulassung der Revision liegt nicht vor ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2013-06-06