

L 15 BL 2/04

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

15

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 1 BL 17/01

Datum

12.12.2003

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 15 BL 2/04

Datum

16.01.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 9a BL 2/07 B

Datum

04.06.2007

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Klägerinnen gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 12.12.2003 wird zurückgewiesen.

II. Die Klägerinnen tragen die Kosten des Berufungsverfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung von Blindengeld für den 1912 geborenen und am 30.12.2001 verstorbenen W. B. streitig. Der verstorbene W. B. beantragte am 01.08.2000 die Gewährung von Blindengeld nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz. In dem daraufhin angeforderten Befundbericht hat die Augenärztin Dr.L. mitgeteilt, dass die letzte augenärztliche Untersuchung am 08.06.1999 nur wegen eitriger Konjunktivitis stattgefunden habe, die letzte Visusprüfung datiere vom 18.07.1997, dabei sei auf beiden Augen ein unkorrigierter Wert von 0,03 und ein korrigierter Wert von 0,07 festgestellt worden. Daraufhin hat der Beklagte die Augenärztin Dr.B. mit der augenärztlichen Untersuchung des verstorbenen W. B. im Rahmen eines Hausbesuches beauftragt. In dem Gutachten vom 27.09.2000 hat die Gutachterin Dr.B. mitgeteilt, dass eine Visusprüfung beim Kläger nicht möglich gewesen sei, weil dieser völlig apathisch in einem Liegewagen vorgefunden worden sei, keinerlei Mitarbeit möglich gewesen sei und er nicht die Augen geöffnet habe.

Der Beklagte hat mit Bescheid vom 27.10.2000 den Antrag auf Zahlung von Blindengeld abgelehnt. Die Prüfung habe ergeben, dass bei Herrn W. B. zurzeit eine Blindheit im Sinne des Art.1 Abs.2 BayBlindG nicht vorliege. Nach dem Sehtest vom 18.07.1997 betrage die Sehschärfe (korrigiert) auf dem rechten und auf dem linken Auge 0,07, also jeweils mehr als 1/50. Bei der amtsärztlichen Augenuntersuchung am 27.09.2000 durch Frau Dr.B. hätten auf Grund des Gesundheitszustandes von Herrn W. B. keinerlei Angaben zur Sehschärfenbestimmung gemacht werden können. Im sozialrechtlichen Verfahren gelte der Grundsatz der objektiven Beweislast. Danach trage der Antragsteller die Folgen, wenn nach Ausschöpfung aller Ermittlungsmöglichkeiten eine anspruchsbegründende Tatsache nicht festgestellt werden könne.

Hiergegen richtet sich der Widerspruch vom 25.11.2000. Neuere Befunde der Augenärztin Dr.L. habe die Beklagte sich nicht geben lassen. Es sei zwar eine Amtsärztin mit der Untersuchung beauftragt worden, die am 27.09.2000 jedoch keine Feststellungen getroffen habe. Da die Untersuchung wegen des Gesundheitszustandes des W. B. unterblieben sei, müsse ein weiterer Termin durch den Amtsarzt vorgesehen werden.

Die Medizinaldirektorin Dr.L. hat in der versorgungsärztlichen Stellungnahme vom 30.03.2001 darauf hingewiesen, dass wegen des völligen Fehlens der Mitarbeit von Herrn B. lediglich eine rein morphologische Beurteilung der Augen möglich gewesen sei. Es habe kein Befund festgestellt werden können, der eine einer Blindheit gleichzuachtende Sehstörung belege. Links habe zwar ein deutlicher Katarakt bestanden, rechts sei der Katarakt aber bereits operiert und eine Kunstlinsenimplantation vorgenommen worden. Eine nähere Bestimmung des Sehvermögens sei klinisch nicht möglich gewesen und werde auch in Zukunft nicht möglich sein. Die Mitwirkungsmöglichkeiten von Herrn B. seien offenbar bereits im Juli 1997 sehr eingeschränkt gewesen. Eine Gesichtsfeldbestimmung sei auch damals bereits nicht mehr möglich gewesen. Bei Fehlen jeglicher Mitwirkung könnten lediglich noch apparativ-technische Untersuchungen durchgeführt werden, im Falle von Herrn B. nur noch ein Blitz-VEP und bildgebende Verfahren des ZNS. Der daraufhin eingeschaltete Arzt für Augenheilkunde Dr.B. hat in seinem Befundbericht vom 23.08.2001 mitgeteilt, dass bei Herrn W. B. eine VEP-Untersuchung und eine Feststellung der Refraktion nicht durchführbar gewesen sei.

Der Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 08.10.2001 den Widerspruch zurückgewiesen. Wie bereits im angefochtenen Bescheid dargelegt, sei es anlässlich der versorgungsärztlichen Untersuchung am 27.09.2000 nicht gelungen, das genaue Ausmaß der offensichtlich

vorliegenden Sehstörung festzustellen. Auch die im Widerspruchsverfahren anberaumte Untersuchung durch Dr.B. vom 23.08.2001 habe nicht klären können, ob Blindheit im Sinne des BayBlindG vorliege, da der Visus nicht zu beurteilen gewesen sei und der Versuch, eine VEP-Untersuchung durchzuführen, daran gescheitert sei, dass Herr B. nicht in eine Position habe gebracht werden können, die die Durchführung der VEP-Untersuchung erlaubt hätte. Es lasse sich deshalb nicht der objektive Nachweis erbringen, dass Blindheit im Sinne des BayBlindG vorliege.

Dagegen richtet sich die Klage vom 01.11.2001 durch die bevollmächtigte Tochter von Herrn W. B. , die mit Schreiben vom 16.12.2001 und 18.12.2001 näher begründet wurde. Frau Dr.L. habe auf Grund einer augenärztlichen Untersuchung am 13.12.2001 eine erhebliche Verschlechterung der Sehkraft festgestellt. Es werde beantragt, ein Gutachten bei der Augenärztin Dr.L. anzufordern und zum Gegenstand des Verfahrens zu machen. Seit der von der Versorgungsverwaltung herangezogenen Untersuchung von Frau Dr.L. seien drei Jahre bis zur Antragstellung vergangen. In dieser Zeit habe sich die Sehkraft selbstverständlich nicht gebessert, sondern erheblich verschlechtert. Diese Verschlechterung beruhe nicht zuletzt auf wiederholten Augenentzündungen, die Frau Dr.L. bestätigen könne. Sollte dem Gericht das Gutachten von Frau Dr.L. vom Dezember 2001 nicht genügen, werde beantragt, ein weiteres Gutachten eines Augenarztes einzuholen. Mit Schreiben vom 18.01.2002 wurde mitgeteilt, dass Herr B. am 30.12.2001 verstorben sei und der Rechtsstreit von den Rechtsnachfolgerinnen und Töchtern A. G. und B. B. weitergeführt werde. Zugleich wurde das Gutachten der Augenärztin Dr.L. vom 23.01.2002 übersandt. Anlässlich eines Hausbesuchs am 21.09.2000 im R. Stift habe die Augenärztin Dr.L. folgende Befunde erhoben: Visus rechts: Handbewegungen, Fingerzählen in 50 cm Entfernung, Visus links: Handbewegungen, Fingerzählen in 50 cm Entfernung. Auf Grund der am 21.09.2000 erhobenen Befunde habe bei Herrn W. B. Blindheit im Sinne des Gesetzes (Visus beidseits weniger als 1/50) bestanden. Die Voraussetzungen zur Erteilung von Blindengeld seien hiermit gegeben.

Der Beklagte hat unter Bezugnahme auf die versorgungszärztliche Stellungnahme der Medizinaldirektorin P. vom 18.04.2002 und das Protokoll der 4. Kommissionssitzung zur Beratung schwieriger Begutachtungsfälle nach dem BayBlindG den Antrag, die Klage abzuweisen, aufrechterhalten. Augenärztlicherseits seien die Diagnosen Pseudophakie rechts und Katarakt links bekannt. Zudem liege eine hochgradige zerebrale Leistungsminderung mit völliger Apathie, fehlender Kommunikationsmöglichkeit und Tetraparese vor. In der Kommission habe Einigkeit darüber bestanden, dass der sechs Tage vor der Begutachtung durch die Amtsärztin Dr.B. erhobene Befund "Fingerzählen in 50 cm Entfernung" nicht geeignet sei, Blindheit im Sinne des Gesetzes nachzuweisen.

Hierzu hat sich die Klägerin zu 1) mit Schreiben vom 02.08.2002 geäußert. Sie frage sich, woher die Versorgungsverwaltung die Erkenntnis habe, dass bei ihrem Vater "bekanntermaßen" eine generelle zerebrale Funktionseinschränkung schwersten Grades vorgelegen habe, die eine gutachterlich verwertbare Befunderhebung nicht ermöglicht habe. Wenn ihr Vater auf Grund seines Gesundheitszustandes am 27.09.2000 keine Angaben habe machen können, habe das nicht an zerebralen Einschränkungen, sondern am schlechtesten Pflegezustand gelegen. Es habe immer wieder Tage gegeben, besonders solche, an denen sie nicht im Heim habe sein können, an denen ihr Vater apathisch gewirkt habe. Hätte sich Frau Dr.B. auch nur die geringste Mühe gemacht, wäre die Durchführung der Untersuchung, wenn auch vielleicht erst am nächsten Tag, möglich gewesen. Sie hätte dazu nur Kontakt mit ihr aufnehmen müssen. Bei der Untersuchung durch Frau Dr.L. am 21.09.2000 sei Blindheit ohne jeden Zweifel feststellbar gewesen. Wenn zum Untersuchungsergebnis von Frau Dr.L. für das Gericht noch Zweifel bestehen sollten, beantrage sie, sie zu hören, insbesondere auch dazu, dass sie ihr Ergebnis nicht nur auf "Fingerzählen in 50 cm Entfernung" gestützt habe, wie die Kommission behaupte. Zum weiteren Beweis lege sie das Zeugnis des Hausarztes ihres Vaters, Herrn K. S. , vom 12.06.2002 vor. Sollte dem Gericht dieses Zeugnis nicht ausreichen, beantrage sie, Herrn K. S. direkt anzuhören. Dem Schreiben liegt ein ärztliches Attest des Allgemeinarztes K. S. vom 12.06.2002 bei. Der Behauptung der Kommissionsmitglieder des Versorgungsamtes, W. B. leide an einer generellen zerebralen Funktionseinschränkung schwersten Grades, werde widersprochen. W. B. habe meistens die gestellten Fragen bezüglich seines Gesundheitszustandes wahrheitsgemäß beantwortet. Auch sei er auf Anfrage immer zeitlich und örtlich orientiert gewesen.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 12.12.2003 die Klage abgewiesen. Nach den ärztlichen Befunden und ärztlichen Unterlagen, wie sie im Verwaltungsverfahren vorgelegen hätten, sei Blindheit im Sinne des Gesetzes auszuschließen, da der Beklagte richtigerweise habe davon ausgehen müssen, dass nach dem damals allein vorliegenden augenärztlichen Befund die Sehschärfe auf beiden Augen jeweils mehr als 1/50 betragen habe und eine weitere schwere Sehstörung im Sinne des Art.1 Abs.2 Satz 2 Nr.2 BayBlindG ärztlicherseits nicht feststellbar gewesen sei. Das erst im Klageverfahren vorgelegte Attest von Frau Dr.L. vom 23.01.2002 gebe für den 21.09.2000 nur Befunde an, wonach der Visus beidseits mit "Handbewegungen, Fingerzählen in 50 cm Entfernung" angegeben worden sei. Prinzipiell sei dieser Befund geeignet, Blindheit in besonderen Fällen schwieriger Krankheit oder Pflegesituation anzunehmen. Jedoch stehe diesem ärztlichen Befund das nur sechs Tage später erstellte amtsärztliche Gutachten von Frau Dr.B. gegenüber, wonach diese den Kläger am 27.09.2000 völlig apathisch und in keiner Weise zu einer Mitarbeit in der Lage vorgefunden habe; lediglich rein morphologisch sei ihr eine Beurteilung der Augen möglich gewesen. Der weitere Versuch einer gutachtlichen Bestimmung des Sehvermögens sei am 23.08.2001 gescheitert. Nach Dr.B. sei eine VEP-Untersuchung nicht durchzuführen gewesen, Refraktion und Visus seien nicht beurteilbar gewesen. Bei dieser Sachlage teile das Gericht das Votum der Kommission, dass der nur sechs Tage vor der amtsärztlichen Begutachtung vom 27.09.2000 erhobene Befund von Dr.L. "Finger-Zählen in 50 cm Entfernung" nicht geeignet sei, Blindheit im Sinne des Gesetzes nachzuweisen. Dies gelte nach Überzeugung des Gerichts auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Annahme einer zerebralen Leistungsminderung mit völliger Apathie, fehlender Kommunikationsmöglichkeit und Tetraparese nicht gesichert sei. Die Einlassung der Klägerin zu 1) und das Attest des Allgemeinarztes K. S. vom 12.06.2002 würden die Annahme zulassen, dass der Betroffene über ein differenziertes Reaktionsvermögen - zumindest zeitweise - habe verfügen können. Das mache aber die Notwendigkeit gesicherter objektiver weiterer Befunderhebungen nicht überflüssig.

Hiergegen richtet sich die Berufung des mittlerweile als Prozessbevollmächtigten bestellten Dr.G. vom 13.02.2004, die mit Schriftsatz vom 25.11.2004 näher begründet wurde. Das Sozialgericht sei zwar richtig davon ausgegangen, dass eine zerebrale Leistungsminderung nicht vorgelegen habe. Die Richtigkeit dieser Feststellung ergebe sich auch daraus, dass Frau Dr.L. ihre Untersuchung am 21.09.2000 unter anderem mit Handbewegungen und Fingerzählen durchgeführt habe. Das sei auch aus dem Attest des Hausarztes Dr.S. vom 12.06.2002 zu entnehmen. Sollte das Berufungsgericht anderer Auffassung sein, wäre wohl eine Zeugenaussage von dem Hausarzt Dr.S. notwendig. Das Sozialgericht stütze sein Urteil darauf, dass über die Beurteilung der vom Versorgungsamt beauftragten Frau Dr.B. hinausgehende gesicherte Befunde nicht vorliegen würden. Richtig sei, dass eine Untersuchung durch Dr.B. am 23.08.2001 nicht mehr möglich gewesen sei, weil Herr W. B. am 23.08.2001 schon viel zu schwach gewesen sei, um die relativ anstrengende VEP-Untersuchung über sich ergehen zu lassen. Auch nach Auffassung des Sozialgerichts reiche der von Frau Dr.L. erhobene Befund für die Feststellung der Blindheit im Sinne des

Gesetzes aus. Es habe also zu diesem Zeitpunkt (21.09.2000) und auch schon vorher zum Antragszeitpunkt, weil sich der Zustand entwickelt habe und nicht auf Grund eines plötzlichen Ereignisses eingetreten sei, Blindheit festgestanden. Für den Fall, dass dem Gericht die schriftliche Bestätigung von Frau Dr.L. vom 23.01.2002 nicht genügen sollte, wäre eine entsprechende Zeugenaussage erforderlich.

Der Beklagte hat mit Schriftsatz vom 20.12.2004 auf der Grundlage des versorgungsärztlichen Gutachtens nach Aktenlage der Medizinaldirektorin P. vom 09.12.2004 den Antrag auf Zurückweisung der Berufung aufrechterhalten. Die Behauptung in der Berufungsbegründung, "dass keine Gehirnstörungen vorlägen", erstaune angesichts der Tatsache, dass Herr W. B. an einer Parkinsonerkrankung gelitten und seit 1996 als schwerpflegebedürftig entsprechend der Pflegestufe II anerkannt gewesen sei. Da er zu diesem Zeitpunkt definitiv nicht blind gewesen sei, wie der augenärztliche Befund von Frau Dr.L. vom 18.07.1997 beweise, müsse die Krankheit damals schon fortgeschritten gewesen sein. Dass Herr W. B. bei Frau Dr.L. Handbewegungen und Fingerzählen durchgeführt habe, sage lediglich aus, dass er an diesem Tag in der Lage gewesen sei, auf äußere Reize überhaupt zu reagieren. In welchem Maße er aufnahme- und reaktionsfähig gewesen sei, sei nicht bekannt bzw. könne nicht beurteilt werden. Diese "Visusprüfung" könne daher nur bedingt als Parameter für den Funktionszustand des optischen Systems herangezogen werden und genüge nicht als Nachweis von Blindheit. Auf Anforderung des Senats hat die Augenärztin Dr.L. die Kopien der Patientenakte von Herrn W. B. vom 29.08.2000 bis 13.12.2001 übersandt. Zu dieser Karteikarte hat der Beklagte mit Schriftsatz vom 18.02.2004 auf der Grundlage des versorgungsärztlichen Gutachtens nach Aktenlage der Medizinaldirektorin P. vom 11.02.2005 Stellung genommen. Die erste in der vorgelegten Patientenakte dokumentierte augenärztliche Untersuchung sei die bereits aktenkundliche vom 21.09.2000 gewesen. Es ergäben sich insoweit neue Gesichtspunkte, als in der Karteikarte neben dem Eintrag, dass eine Fingerperimetrie nicht durchführbar gewesen sei, der Klammerzusatz "Kooperation" zu finden sei. Das bedeute, dass Herr W. B. bereits am 21.09.2000 nicht mehr ausreichend kooperieren könne und damit nur noch sehr eingeschränkt arbeiten könne, was in der Berufungsbegründung heftig dementiert worden sei. Die Visusprüfung könne somit nicht bzw. nur bedingt als Parameter für den Funktionszustand des Sinnesorgans "Augen" herangezogen werden. Auf der Karteikarte finde sich ein interessantes Detail, nämlich der Klammerzusatz "kneift extrem!". Zukneifende Augen sei bekanntlich eine Abwehrreaktion zum Beispiel auf starke Blendung. Das bedeute, dass sehr wohl eine Abwehrreaktion auf den Lichteinfall vorhanden gewesen sei, sicherlich verstärkt durch die Bindehautentzündung. Die morphologischen Befunde seien wiederum identisch mit den Vorbefunden vom 21.09.2000 (rechts abgeblasste Sehnervenscheibe und ausgeprägte Strukturauflockerung der Makula, links kein Einblick). Hierzu hat sich wiederum der Klägerbevollmächtigte mit Schriftsatz vom 31.03.2005 geäußert. Der Beklagte versuche in seinen Stellungnahmen offensichtlich, mit immer neuen haltlosen Behauptungen die Beweislast zu verschieben. Es werde wieder versucht, die Blindheit von Herr W. B. auf eine zerebrale Störung zurückzuführen. Dieser Versuch sei untauglich. Wie schon wiederholt ausgeführt, habe eine solche zerebrale Ursache für die Blindheit nicht vorgelegen. Bisher sei immer eine zerebrale Störung in den Raum gestellt worden. Nunmehr werde behauptet, sie käme von einer Parkinsonerkrankung. Dazu wäre interessant zu erfahren, woher der Beklagte die Erkenntnis habe, Herr W. B. habe an dieser Erkrankung gelitten und noch dazu in einem fortgeschrittenen Stadium. Die Pflegestufe II sei jedenfalls kein Indiz hierfür. Eine derartige Diagnose erfordere eine spezielle medizinische klinische Abklärung. Abgesehen davon sei zu fragen, warum der Beklagte eine Blindheit, wenn sie von einer zerebralen Störung verursacht sein sollte, von Leistungen ausschließen wolle. Im BayBlindG sei eine zerebrale Störung jedenfalls nicht als Ausschlussstatbestand genannt. Im "Gutachten" vom 11.02.2005 werde nicht mehr auf die zerebrale Störung abgestellt, sondern es werde versucht, die Patientenakte der Augenärztin Dr.L. zu interpretieren. Allein die Verfasserin der Patientenakte, Frau Dr.L. selbst, könne beurteilen, welche Bedeutung irgendwelche Randbemerkungen oder Klammerzusätze haben sollten. "Kneifen" sei nicht immer eine Abwehrreaktion auf eine starke Blendung, bei Herrn W. B. zum Beispiel eine Abwehrreaktion auf die Annäherung einer unbekannt Person oder es werde von der Bindehautentzündung verursacht, was auch Frau P. einräume. Auf Anforderung des Senats hat die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten mit Schriftsatz vom 24.01.2006 die Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei Herrn W. B. vom 30.08.1999 und 19.10.2001 übersandt. Hierzu hat sich zunächst der Beklagte mit Schriftsatz vom 17.02.2006 auf der Grundlage der versorgungsärztlichen Stellungnahme nach Aktenlage der Medizinaldirektorin P. vom 15.02.2006 dahingehend geäußert, dass die neu vorgelegten Unterlagen den Standpunkt des Beklagten bestätigen würden. Das versorgungsärztliche Gutachten nach Aktenlage enthält zunächst eine chronologische Aufstellung der aussagefähigen Unterlagen. Aus den zitierten Unterlagen sei ersichtlich, dass Herr W. B. schon 1994 unter einer Hirnleistungsschwäche (zerebrale Insuffizienz) gelitten habe, die sich im Verlauf der folgenden Jahre immer weiter verstärkt habe mit erstmals im Pflegegutachten vom 30.08.1999 dokumentierter teilweiser Desorientiertheit. Bereits im November 1999 habe ein zunehmender geistiger Abbau mit Uneinsichtigkeit und Abwehr bestanden, was mit den Eintragungen in der Karteikarte von Frau Dr.L. korreliere. Die Behauptung in der Berufungsbegründung, dass eine zerebrale Leistungsminderung nicht vorgelegen habe, sei durch die Pflegegutachten zweifelsfrei widerlegt und entspreche auch nicht den Eintragungen in den Pflegeakten des R. Stifts. Bezüglich des Sehvermögens würden sich keinerlei Anhaltspunkte für eine Sehbeeinträchtigung vom Ausmaß einer Erblindung ergeben. Neben dem Vermerk "liest nicht mehr" sei durchgehend nur von einer Visusminderung beidseits die Rede, zuletzt von "Altersvisus".

Hierzu hat der Klägerbevollmächtigte mit Schriftsatz vom 27.03.2006 vorgetragen, dass der Beklagte in seiner Stellungnahme vom 15.02.2006 nunmehr behaupte, eine Blindheit habe bei Herr W. B. nicht vorgelegen, während er noch im "Gutachten" vom 01.12.2004 eine "zweifelloso bestehende Möglichkeit der Erblindung" bestätigt habe. Auch aus den Pflegegutachten lasse sich die Ansicht des Beklagten nicht herleiten. Deren Grundlagen seien nämlich ebenfalls keine fachärztlichen Untersuchungen; sie erfolgten vielmehr offensichtlich nur nach dem gegebenen Eindruck, den Herr W. B. auf die Gutachter gemacht habe. Aus der Stellungnahme vom 15.02.2006 werde nicht deutlich, ob sich der Beklagte wieder darauf berufen wolle, die Blindheit beruhe nicht auf mangelnder Sehkraft der Augen, sondern auf einer Hirnleistungsschwäche. Der Eindruck einer zerebralen Insuffizienz sei wohl bei oberflächlichen Beurteilungen wegen der immer wieder bestätigten starken Schwerhörigkeit des Herr W. B. entstanden. Da der Beklagte seine Ansicht mit der im Pflegegutachten erwähnten teilweisen Desorientiertheit untermauern wolle, solle er erklären, wie das anders sein solle, wenn man über Jahre im Wesentlichen nur im Bett liegen müsse. Sollte es auf die Frage der geistigen Verfassung des Herr W. B. ankommen, werde Parteivernehmung der beiden Klägerinnen beantragt. Diese Frage habe aber letztlich ohnehin keine Bedeutung, wie bereits im Schriftsatz vom 31.03.2005 ausgeführt. Auch nach einem Hinweis des Beklagten zum Blindengesetz im Internet seien Sehstörungen, die ihre Ursache nicht im Auge selbst haben, mit einer auf dem Auge selbst beruhenden Blindheit gleichzustellen.

Der Senat hat Befundberichte des behandelnden Allgemeinarztes S. vom 14.08.2006 sowie des Neurologen und Psychiaters Dr.M. vom 18.09.2006 beigezogen.

Der Klägerbevollmächtigte hat mit Schreiben vom 17.10.2006 darauf hingewiesen, dass es auf das Vorliegen eines Morbus Parkinson beim Kläger nicht ankomme, weil unter das Blindengeldgesetz auch Sehstörungen fallen würden, die ihre Ursache nicht im Auge selbst hätten.

Abgesehen davon habe beim Verstorbenen kein Morbus Parkinson vorgelegen. Mit Schreiben vom 07.11.2006 hat der Bevollmächtigte noch einen Artikel aus der Süddeutschen Zeitung vom 03.11.2006 übersandt, der sich mit der Alzheimer-Krankheit befasst.

Der Klägerbevollmächtigte stellt den Antrag, das Urteils des Sozialgerichts München vom 12.12.2003 und den Bescheid des Beklagten vom 27.10.2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.10.2001 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, für Herrn W. B. ab 01.08.2000 bis zu seinem Todeszeitpunkt Blindengeld zu gewähren.

Der Vertreter des Beklagten stellt den Antrag, die Berufung der Klägerinnen zurückzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte des Beklagten, die Akte des Sozialgerichts München mit dem Aktenzeichen [S 1 BL 17/01](#) sowie die Akte des Bayerischen Landessozialgerichts mit dem Aktenakten [L 15 BL 2/04](#) zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren weiteren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig (Art.7 Abs.2 BayBlindG i.V.m. [§§ 143, 151 SGG](#)), aber nicht begründet.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der 1912 geborene und am 30.12.2001 verstorbene W. B. in der Zeit von August 2000 bis Dezember 2001 blind im Sinne des Bayerischen Blindengeldgesetzes war und ihm deshalb in diesem Zeitraum Blindengeld zustand.

Der Senat ist in Übereinstimmung mit der erstinstanzlichen Entscheidung der Auffassung, dass das Vorliegen von Blindheit bei dem verstorbenen W. B. im streitigen Zeitraum nicht ausreichend nachgewiesen ist.

Gemäß Art.1 Abs.1 BayBlindG erhalten Blinde, soweit sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Bayern haben, zum Ausgleich der blindheitsbedingten Mehraufwendungen auf Antrag ein monatliches Blindengeld.

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.

Der verstorbene W. B. wurde in den letzten Jahren vor seinem Tode einige Male augenärztlich untersucht. Am 18.07.1997 hat die Augenärztin Dr.L. einen Visus des rechten Auges unkorrigiert in Höhe von 0,03 und korrigiert in Höhe von 0,07 und am linken Auge unkorrigiert in Höhe von 0,03 festgestellt und als augenärztliche Diagnose eine Aphakie mit Hinterkammerlinse rechts und einen Katarakt links angegeben. Bei einer weiteren Untersuchung am 08.06.1999 fand durch Dr.L. lediglich eine Behandlung wegen einer eitrigen Konjunktivitis statt, dagegen keine Visusprüfung. Bei der nächsten Untersuchung am 21.09.2000 hat die Augenärztin Dr.L. den Visus rechts mit Handbewegungen, Fingerzählen in 50 cm Entfernung und den Visus links mit Handbewegungen, Fingerzählen in 50 cm Entfernung angegeben. Die Untersuchung des vorderen Augenabschnitts ergab rechts eine Aphakie mit Hinterkammerlinse und links eine Cataracta matura. Zum Fundus wurde angegeben: rechts Papille blass, ausgedehnte Makulopathie, links war auf Grund der dichten Katarakt kein Einblick möglich. Die Fingerperimetrie war nicht durchführbar, wobei nach den im Berufungsverfahren diesbezüglich beigezogenen Karteunterlagen als Begründung angegeben war: keine Kooperation. Acht Tage später war die vom Beklagten beauftragte niedergelassene Augenärztin Dr.B. zur Untersuchung von Herrn W. B. im Pflegeheim und konnte dabei keinen Visus erheben, weil dieser zu keinerlei Mitarbeit fähig war. Dr.B. beschreibt Herrn W. B. als völlig apathisch in seinem Liegewagen liegend, zu keinerlei Mitarbeit fähig, er öffnete nicht einmal die Augen. Bei einer Untersuchung durch den Augenarzt Dr.B. am 23.08.2001 waren eine VEP-Untersuchung, eine Refraktion und eine Visusbestimmung nicht durchführbar. Als Diagnosen wurden angegeben: Papillenabblassung, Tetraplegie, Spasmus, rechtes Auge: Hinterkammerlinse, z.N. Neodym-YAG-Laser- Kapsulotomie rechts, linkes Auge: Cataracta provecta. Die letzte augenärztliche Untersuchung vor dem Tod von Herrn W. B. erfolgte wiederum durch die Augenärztin Dr.L. am 13.12.2001, wobei wegen mangelnder Kooperation keine detaillierte Befunderhebung hinsichtlich des Visus mehr möglich war. Es sei rechts keine Pupillenreaktion auf Licht auslösbar gewesen. Auf Handbewegung dicht vor den Augen sei keine Reaktion, auch keine Abwehrreaktion, erfolgt.

Vor dem Hintergrund der genannten augenärztlichen Befunde wäre allein der hier im Wesentlichen streitgegenständliche Befundbericht von Dr.L. über die Untersuchung vom 20.09.2000 grundsätzlich geeignet, einen Nachweis über das Bestehen von Blindheit im Sinne des Bayerischen Blindengeldgesetzes zu erbringen. Der Nachweis der Blindheit erfordert nach dem materiellen Recht des Bayer. Blindengeldgesetzes den vollen Beweis, der nur erbracht ist, wenn das Gericht vom Vorliegen einer Tatsache (hier: Vorliegen von Blindheit) mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit überzeugt ist. Dieser Grad der Überzeugung besteht dann, wenn die für eine Tatsache sprechenden Umstände die dagegen stehenden so stark überwiegen, dass ernste, vernünftige Zweifel ausgeschlossen sind. Der Senat ist in Übereinstimmung mit der erstinstanzlichen Entscheidung und der Kommission zur Beratung schwerer Begutachtungsfälle der Auffassung, dass ein Nachweis im Sinne eines Vollbeweises für das Vorliegen von Blindheit bei Herrn W. B. nicht erbracht ist. Der Gesundheitszustand des Herrn W. B. in den letzten Jahren seines Lebens wirft doch erhebliche Zweifel daran auf, dass der einmalige Befund von Werten, die grundsätzlich eine Blindheit im Sinne des Bayerischen Blindengeldgesetzes begründen könnten (Untersuchung durch Dr.L. am 20.09.2000), das tatsächliche Sehvermögen von Herrn W. B. wiedergibt. Hinsichtlich des Gesundheitszustandes von Herrn W. B. ist darauf hinzuweisen, dass bereits in der ärztlichen Beurteilung des Kreiskrankenhauses S. vom 17.03.1994 anlässlich der Aufnahme ins Pflegeheim als erste Diagnose "Zerebralsklerose" aufgeführt war. In der ärztlichen Bescheinigung vom 02.05.1994 zur Begründung eines Härtefalls für die Erlangung einer Wohnberechtigung im Alten- und Pflegeheim R. Stift sind als Diagnosen unter anderem eine endogene Depression und eine zerebrale Insuffizienz aufgeführt. Nach dem Pflegegutachten der privaten Pflegeversicherung vom 30.08.1999 besteht seit April 1994 vollstationäre Pflege. Als Diagnosen sind genannt eine hochgradige Bewegungseinschränkung mit annähernder Gehunfähigkeit bei Polyarthrose und ein zunehmender geistiger Abbau bei hirnorganischem Psychosyndrom mit Gedächtnisstörungen, Antriebsmangel, zeitweilig ausgeprägtem Starrsinn und intermittierendem depressiven Syndrom. Herr W. B. war bezüglich Zeit und Situation desorientiert. Zum Sehen war eine Visusminderung beidseits vermerkt, wobei Herr W. B. nicht mehr las, was er offensichtlich früher sehr gern tat. Im Heimpflegebericht des R. Stifts vom 26.10.1999 zur Bestimmung der Pflegestufe ist davon die Rede, dass kein eigenständiges Essen und Trinken mehr möglich sei, eine Parkinsonerkrankung bestehe und Herr W. B. sehr schwerhörig sei, er könne

Bewegung und Anleitung nicht umsetzen. Im Pflegegutachten vom 19.11.1999 sind eine zunehmende Bewegungseinschränkung bei Polyarthrose und Parkinson und ein zunehmender geistiger Abbau vermerkt, wobei zunehmende Uneinsichtigkeit und Abwehr den Pflegeaufwand erhöhe. Das Kurzzeitgedächtnis sei eingeschränkt, es würden häufig zusammenhanglos Sätze ohne Bezug zum Gespräch rezipiert, Herr W. B. sei desorientiert zu Zeit und Situation. Zum Sehvermögen war eine Visusminderung beidseits aufgeführt. Als Diagnosen wurden wiederum ein hirnrorganisches Psychosyndrom mit Gedächtnisstörungen, Antriebsmangel usw. aufgeführt. Im Pflegestatus vom 03.04.2001, erhoben von Schwester G. , R. Stift, wird eine starke Sehbeeinträchtigung und Schwerhörigkeit vermerkt, Herr W. B. rede gern über den Tagesablauf mit ständigen Wiederholungen. Dem Pflegegutachten vom 09.10.2001 ist zu entnehmen, dass seit zwei Monaten eine vollständige Bettlägerigkeit bei körperlicher Schwäche bzw. völliger Kraftlosigkeit und ein erheblicher geistiger Abbau bestehe. Unter Sinnesorgane ist vermerkt: "Altersvisus", des Weiteren eine Altersschwerhörigkeit mit dem Vermerk "Kommunikation fast unmöglich". Als pflegebegründende Diagnosen sind ein hirnrorganisches Psychosyndrom mit Gedächtnisstörungen, Antriebsmangel und Starrsinn aufgeführt, des Weiteren Immobilität bei Morbus Parkinson und Polyarthrose, Harn-Stuhl-Inkontinenz und depressive Phase. Dem Attest des behandelnden Allgemeinarztes K. S. vom 14.08.2006 über den Behandlungszeitraum 30.11.2000 bis 30.12.2001 ist unter anderem zu entnehmen, dass Herr W. B. von Beginn an zunehmend verwirrt gewesen sei mit Schreianfällen. An Diagnosen wird unter anderem mitgeteilt ein Morbus Parkinson. Der konsiliarisch mitbehandelnde Neurologe und Psychiater Dr.M. hat den Kläger zweimal, am 18.12.2000 und am 19.02.2001 auf der Pflegestation besucht. Er hat die Diagnose eines hypokinetischen Syndroms sowie eines hirnrorganischen Psychosyndroms gestellt. Das Ausmaß einer demenziellen Verwirrtheit sei sicherlich gegeben gewesen, Herr W. B. sei in allen Bereichen pflegebedürftig gewesen. Wegen der Verwirrheitszustände sei Distraneurin empfohlen worden. Der Verlauf sei im Überblickszeitraum auf niedrigem Niveau fluktuierend gewesen.

Diese im Einzelnen dargestellte gesundheitliche Entwicklung von Herrn W. B. ist - im Gegensatz zu den Darstellungen der Klägerseite - geeignet, schwerwiegende, letztlich nicht ausräumbare Zweifel zu begründen, dass Herr W. B. in den letzten Jahren seines Lebens noch ordnungsgemäß in der Lage war, an einer augenärztlichen Visusbestimmung teilzunehmen.

Dies gilt namentlich für die Untersuchung durch die Augenärztin Dr.L. am 21.09.2000, so dass die dort erhobenen Visuswerte den Senat nicht vom Vorliegen von Blindheit bei Herrn W. B. überzeugen können. Dies gilt umsomehr, als die vom Beklagten mit einer augenärztlichen Untersuchung beauftragte niedergelassene Ärztin Dr.B. Herrn W. B. am 27.09.2000 - sechs Tage nach der Untersuchung durch die Augenärztin Dr.L. - in einem gesundheitlichen Zustand angetroffen hat, der sich zwanglos einfügt in die geschilderte gesundheitliche Entwicklung des Herrn W. B. in den letzten Jahren seines Lebens und der eine ordnungsgemäße Erhebung des Visus unmöglich machte.

Daher war die Berufung der Klägerinnen gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 12.12.2003 zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2007-07-03