

Aus der Augenklinik und Polyklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Direktor: Prof. Dr. Anselm Kampik

Die Validität
augenärztlicher Befundberichte
bei Begutachtungen
nach dem
Bayerischen Blindengeldgesetz

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hildegard Pause, geb. Fischer

aus

Romenthal / Gde. Rieden

2014

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. Michael Ulbig
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. Andreas Scheider
Mitbetreuung durch den promovierten Mitarbeiter:	Dr. Dipl.-Phys. Markus Schaumberger
Dekan:	Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Reiser, FACR, FRCR
Tag der mündlichen Prüfung:	13.02.2014

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung

1. Zielsetzung und Fragestellung	1
2. Historische Entwicklung	
2.1 Entwicklung bis 1945	2
2.2 Entwicklung nach dem 2. Weltkrieg	3
2.3 Entwicklung nach der Wiedervereinigung	6
3. Aktueller Stand	
3.1 Die Ländergesetze im Vergleich	8
3.2 Aktueller Stand in Bayern	12
4. Die Begutachtung	
4.1 Blindheit i. S. des Bayerischen Blindengeldgesetzes	13
4.2. Begutachtungsrichtlinien	16
4.3 Vorgehensweise bei der Antragsbearbeitung	18

II. Patienten und Methode

1. Patienten	20
2. Methode der Untersuchung	
2.1 Erfasste Daten	21
2.2 Auswertung	27

III. Ergebnisse

1. Allgemeine Daten	30
1.1 Alle Antragsteller	30
1.1.1 Alters- und Geschlechtsverteilung	30
1.1.2 Antragsverhalten	30
1.1.3 Pflegestufen	31
1.1.4 Diagnosen	32
1.2 Blinde	
1.2.1 Demographische Daten	34

1.2.2 Diagnosen	36
1.2.3 AMD und Glaukom – Partialfunktionen	38
2. Atteste und Begutachtungen im Vergleich	
2.1 Untersuchungsmethoden	39
2.2 Ergebnisse der Antragstellung	40
2.2.1. Blind nach den Befunden im Attest	41
2.2.2 Nicht blind nach den Befunden im Attest	44
2.2.3 Keine Beurteilung möglich	45
2.3 Visusänderungen im Zeitablauf	
2.3.1 Attest – erste Begutachtung	48
2.3.2 Attest - zweite Begutachtung	52
2.3.3 Erste Begutachtung - zweite Begutachtung	55
2.4 Visusänderungen - Diagnosen	
2.4.1 Alle Diagnosen	
2.4.1.1 Attest – erste Begutachtung	58
2.4.1.2 Attest – zweite Begutachtung	60
2.4.1.3 Erste Begutachtung - zweite Begutachtung	62
2.4.2 Altersassoziierte Makuladegeneration	
2.4.2.1 Attest - erste Begutachtung	63
2.4.2.2 Attest - zweite Begutachtung	65
2.4.2.3 Erste Begutachtung - zweite Begutachtung	67
2.4.3 Glaukom	69
2.4.3.1 Attest – erste Begutachtung	69
2.4.3.2 Attest – zweite Begutachtung	71
2.4.3.3 Erste Begutachtung - zweite Begutachtung	72
2.4.4 Zusammenfassung	73
2.5 Aggravation	75
2.5.1 Atteste	75
2.5.2 Erste Begutachtung	75
2.5.3 Zweite Begutachtung	76
2.6 Herkunft der Atteste	

IV. DISKUSSION	
1. Grundsätzliche Probleme der Begutachtung	82
2. Methodenkritik	83
3. Aggravation	85
4. Vergleich mit anderen Autoren	87
6. „Zuzüge“ aus anderen Bundesländern	89
7. Fiskalische Auswirkungen	91
8. Schlussfolgerungen, Vorschläge für die Zukunft	92
V. Zusammenfassung	94
VI. Anhang	97
VII. LITERATURLISTE	99
DANKSAGUNG	105

Die in dieser Arbeit aus Gründen der Vereinfachung gewählte männliche Form umfasst Männer und Frauen in gleicher Weise.

I. EINLEITUNG

1. Zielsetzung und Fragestellung

Das Bayerische Blindengeldgesetz (BayBlindG) bildet innerhalb des Sozialrechts insofern eine Ausnahme, als es als einziges Gesetz Geldleistungen des Staates für eine definierte Behinderung vorsieht, sofern für diese keine Ansprüche aus Versicherungen oder nach dem sozialen Entschädigungsrecht bestehen, und zwar unabhängig vom Einkommen, das bei der Blindenhilfe (§ 72 SGB XII) angerechnet wird oder von Pflegebedürftigkeit (§§ 36ff und 42 SGB XI). Für andere Behinderungen gibt es in Bayern bis jetzt keine direkten Geldleistungen zum Ausgleich behinderungsbedingter Mehraufwendungen (nach einem Beschluss der Regierungsfractionen im Bayerischen Landtag soll allerdings ab 2013 ein „Taubblindengeld“ in doppelter Höhe des Blindengeldes eingeführt werden [77], das Gesetz soll noch im April 2013 verabschiedet werden).

Als Blindengeld noch nach dem Zivilblindenpflegegeldgesetz, dem Vorläufergesetz des BayBlindG, gezahlt wurde, wurde die Entscheidung in der Regel auf Grundlage augenärztlicher Atteste und Befundberichte getroffen. In vielen Fällen stellte sich später jedoch heraus, dass Blindheit tatsächlich nicht vorliegt bzw. dass es berechtigte Zweifel am Vorliegen von Blindheit gibt, ohne dass eine wesentliche Besserung nachgewiesen werden konnte. Das Blindengeld musste in diesen Fällen aus rechtlichen Gründen weitergezahlt werden. Es wurden daher zunehmend augenärztliche Begutachtungen veranlasst mit dem Ziel, Blindengeld nur noch auf Grundlage einer speziellen unter Begutachtungsgrundsätzen erfolgten augenärztlichen Untersuchung zu bewilligen. Dies verursacht zum Einen höhere Kosten bei der Sachaufklärung, zum anderen eine längere Bearbeitungsdauer und wird zudem von manchen Antragstellern bzw. deren Angehörigen als Belastung empfunden, vor allem, wenn es sich um hochbetagte und multimorbide Patienten handelt.

Zur Rechtfertigung dieser Vorgehensweise gegenüber der politischen Ebene sind belastbare Daten über die Validität augenärztlicher Atteste einerseits und die Kostenersparnis gegenüber Entscheidungen nach Aktenlage andererseits erforderlich. Mit dieser Arbeit soll nun untersucht werden, ob der erhöhte Aufwand bei der Sachaufklärung gerechtfertigt ist und sich die Kosten für Begutachtungen durch die Vermeidung zu Unrecht gezahlter Leistungen amortisieren.

Die Fragestellung dieser Arbeit lautet daher: Sind augenärztliche Befundberichte, die im Rahmen von Anträgen nach dem BayBlindG beigezogen oder erstellt wurden, als Grundlage für eine gutachterliche Beurteilung geeignet bzw. in wie vielen Fällen konnte die vom behandelnden Augenarzt attestierte Blindheit durch die augenärztliche Begutachtung bestätigt werden? Als weitere Aspekte sollen die Häufigkeit einzelner Diagnosen in Bezug auf Alter und Geschlecht der Antragsteller und die Korrelation von Änderungen des Sehvermögens mit der Länge des jeweiligen Zeitabstandes untersucht werden.

Zunächst soll jedoch zum Verständnis der Entwicklung bis zum heutigen Tag die Vorgeschichte dieser Sonderregelung für blinde Menschen dargestellt werden.

2. Historische Entwicklung

2.1. Entwicklung bis 1945

Der Gedanke einer vom Staat geleisteten finanziellen Unterstützung für Blinde führte bereits Mitte des 19. Jahrhunderts zur Forderung nach einer "Blindenrente". Der blinde Pädagoge und Gründer der Blindenschule von Breslau, Johann Knie, wies erstmals 1834 auf die Notwendigkeit einer laufenden Hilfe hin. Der ebenfalls blinde Pädagoge Friedrich Scherer schlug 1880 zur Lösung des Problems die Einführung einer "Allgemeinen Blindenversicherung" vor [22]. Zu dieser Zeit wurden die Blinden im Rahmen der Armenfürsorge der Städte und Gemeinden zusammen mit „hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen und Taubstummen“ durch die Orts- und Landarmenverbände versorgt [23, 24]. In Preußen gründeten kommunale und private Träger der Wohlfahrtspflege 1880 in Berlin den „Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge“, mit dem sie ihre soziale Arbeit koordinierten [27].

Nach dem 1. Weltkrieg erhielten nur die Kriegsblinden im Rahmen der Kriegsoferversorgung Geldentschädigung in Form einer Rente. Grundlage war das Reichsversorgungsgesetz vom 12.05.1920 [28], Vorläufergesetz des heute gültigen Bundesversorgungsgesetzes (BVG). In der Fürsorgepflichtverordnung vom 13.02.1924 (RGBl. I, S. 100) und den Reichsgrundsätzen über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge (RGR) vom 04.12.1924 wurden die allgemeine Armenfürsorge und die unterschiedlich ausgestalteten Gruppenfürsorgen für Kriegsoffer, Erwerbslose etc. zusammenfassend geregelt [22, 26].

1925 wurde von den sächsischen Blindenvereinen auf der 11. Tagung des Verbandes in Dresden eine "staatliche Ausgleichsrente für Blinde" ohne Altersgrenze und unabhängig vom Einkommen gefordert. Dabei nahmen sie Bezug auf das fünf Jahre zuvor in Kraft

getretene "Englische Blindengesetz", das Blinden eine Rente ab dem 51. Lebensjahr zusicherte [18].

1927 veröffentlichte der Jurist und Volkswirt Dr. Dr. Rudolf Kraemer, der kurz nach der Geburt erblindet war, einen Gesamtentwurf der "Blindenrente", der u. a. die Idee einer einkommens- und vermögensunabhängigen öffentlich-rechtlichen Blindenrente für alle, ob Kriegs- oder Zivilblinde, enthielt.

Dieser Gesetzesentwurf konnte von dem hochverschuldeten Deutschen Reich nicht umgesetzt werden. Nur in der Freien Stadt Danzig, seit 1918 ein unabhängiger Stadtstaat, wurde 1931 die "Danziger Blindenrente" als öffentlich-rechtliche Rente eingeführt, allerdings 1937, als Danzig dem Deutschen Reich angegliedert wurde, wieder abgeschafft. Unter der Herrschaft der Nationalsozialisten gab es in Deutschland keine staatliche Blindenrente, im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern wie Schweden, wo 1934 das schwedische Blindenrentengesetz in Kraft trat [18].

2.2. Entwicklung nach dem 2. Weltkrieg

Nach 1945 griffen die Landesblindenorganisationen die Forderung auf Blindengeld als Ausgleichsleistung für blindheitsbedingte Nachteile wieder auf. Da das Deutsche Reich nicht mehr bestand, mussten sich die Forderungen an die Länder richten.

Für die Länder bot sich die Möglichkeit, das Problem durch die Gewährung höherer Fürsorgetarife gemäß der Fürsorgepflichtverordnung vom 13.02.1924 zu lösen, wozu Verwaltungsvorschriften genühten. Von der Möglichkeit, Blindengeld aufgrund eines Landesgesetzes einzuführen, machten zunächst nur Bayern, Hessen und Rheinland-Pfalz Gebrauch.

Den Anfang machte Bayern mit dem „Gesetz über die Gewährung von Blindengeld an Friedensblinde“, das mit Wirkung vom 01.10.1949 in Kraft trat (GVBl. S. 255). Das Blindengeld in Höhe von 75,00 DM erhielten „Friedensblinde“ ab Vollendung des 18. Lebensjahres, soweit sie nicht über wesentliche Einkünfte verfügten. Es entsprach in der Höhe dem Pflegegeld, das Kriegsblinde in Bayern auf Grund des Gesetzes über Leistungen an Körperbeschädigte (KBLG) vom 26.03.1947 (GVBl. S. 107) erhielten.

Am 01.09.1950 folgte Hessen mit dem „Gesetz über die Gewährung von Pflegegeld an Zivilblinde“ (GVBl. S. 149) [30], wonach Blindenpflegegeld nur bei Bedürftigkeit gewährt wurde, am 01.06.1953 Rheinland-Pfalz mit dem Landesgesetz über die Gewährung von Pflegegeld an Zivilblinde vom 12.05.1953. In den übrigen Bundesländern - mit Ausnahme

von Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein - erhielten blinde Fürsorgeempfänger erhöhte Fürsorgeleistungen [18, 29]. Zivilblinde in Niedersachsen erhielten ab 01.01.1953 ein Pflegegeld in Höhe des doppelten Fürsorgerichtsatzes, wobei nicht mehr nur Fürsorgeempfänger berechtigt waren. Nordrhein-Westfalen und Berlin erließen Verwaltungsvorschriften, durch welche der Personenkreis der Berechtigten über die Fürsorgeempfänger hinaus ausgedehnt und ein Blindengeld eingeführt wurde, das dem Blindengeld in Bayern und Hessen entsprach. In Bremen und Hamburg wurden nur Übergangsregelungen bis zum Inkrafttreten einer Bundesregelung geschaffen. Im Saarland, das nach dem Zweiten Weltkrieg als autonomes Gebiet wirtschaftlich Frankreich angeschlossen worden war, wurde 1950 eine Blindheitshilfe für Zivilblinde gesetzlich eingeführt [31], zunächst einkommensabhängig, dann ab 01.02.1952 als erstes Land (wenn auch noch zu Frankreich gehörend) unabhängig von Einkommen und Vermögen [22].

In Bayern wurde das Gesetz über die Gewährung von Blindengeld an Friedensblinde durch das Zivilblindenpflegegeldgesetz (ZiPFIG) vom 19.06.1953 (GVBl. S. 177) ersetzt, das rückwirkend ab 1.4.1953 Blindenpflegegeld nunmehr unabhängig von Einkommen und Vermögen vorsah [22].

Eine bundesgesetzliche Regelung wurde von dem 1949 gegründeten Deutschen Blindenverband (DBV, Nachfolgeorganisation des Reichsdeutschen Blindenverbandes, jetzt Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband - DBSV) angestrebt und ein entsprechender Gesetzesentwurf vorgelegt. Der Bundesgesetzgeber war jedoch nur zu einer Lösung im Rahmen des geltenden Fürsorgerechts bereit, das noch auf den Prinzipien des Armenrechts der Weimarer Republik beruhte. Die Fürsorgepflichtverordnung und die Reichsgrundsätze über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge aus dem Jahr 1924, letztere zuletzt geändert am 26.05.1933 (RGBl. I, S. 316), waren bis zum Inkrafttreten des Bundessozialhilfegesetzes 1962 Rechtsgrundlage des in der Bundesrepublik Deutschland geltenden Fürsorgerechts und bedurften dringend der Weiterentwicklung und Anpassung [22].

Das Fürsorgeänderungsgesetz vom 20.08.1953 (BGBl. I, S. 967), in Kraft getreten am 01.10.1953, brachte dann erstmals eine bundesrechtliche Regelung für die staatliche Unterstützung von Zivilblinden. Nach § 11f RGR wurde für den Mehrbedarf an Pflege ein Pflegegeld in Höhe des doppelten Fürsorgerichtsatzes eingeführt, das allerdings nicht höher sein durfte, als die Pflegezulage eines Kriegsblinden. Bei der Anrechnung des Einkommens blieben neben einem Freibetrag in Höhe des einfachen Fürsorgerichtsatzes 40 % des Arbeitseinkommens, mindestens jedoch 40,00 DM, unberücksichtigt.

Den Blinden wurden auch Personen gleichgestellt, „deren Sehkraft so gering ist, dass sie sich in einer ihnen nicht vertrauten Umgebung ohne fremde Hilfe nicht zurechtfinden können“ [22]. Dies entsprach der Definition der hochgradigen Sehbehinderung bei Begutachtungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht und dem Schwerbehindertengesetz bis zu den „Anhaltspunkten für die gutachterliche Tätigkeit“ (AHP) 1983. Erst mit den AHP 1996 wurde die derzeit gültige Definition – Sehschärfe wenigstens 1/20 bzw. 0,05 - eingeführt [32].

Das aus der Weimarer Republik stammende Fürsorgerecht wurde endgültig durch das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) vom 30.06.1961 (BGBl I S. 815, 1875) abgelöst, das am 01.06.1962 in Kraft trat. In § 67 sah es eine vermögens- und einkommensabhängige Blindenhilfe vor, die sozialhilfeberechtigte Blinde als Ergänzung zum Landesblindengeld beantragen konnten. Der Betrag von 200,00 DM entsprach der Pflegezulage der Kriegsblinden nach § 35 BVG. Leistungen für Sehbehinderte waren im BSHG nicht mehr vorgesehen [29, 47].

Erlasse, die sich auf das Fürsorgeänderungsgesetz vom 20.08.1953 gestützt hatten, verloren mit dem Inkrafttreten des BSHG ihre Gültigkeit und wurden in den folgenden Jahren nach und nach durch Landesblindengeldgesetze ersetzt. Blindengeld, je nach Bundesland auch „Blindenhilfe“, „Landesblindengeld“, „Landesblindenhilfe“ oder „Landespflegegeld“ genannt, konnte nun unabhängig von Einkommen und Vermögen der Berechtigten und damit von den im BSHG geltenden sozialhilfe-rechtlichen Nachrang- und Bedürftigkeitsregeln gewährt werden. Die Leistungen waren sowohl hinsichtlich der Höhe als auch der Voraussetzungen in allen Ländern gleich und entsprachen in der Höhe der Pflegezulage der Kriegsblinden nach § 35 Abs. 1 BVG [22].

So entstand das gegenwärtige Blindengeldsystem, das sich einerseits auf die einkommensunabhängigen Landesblindengeldgesetze und andererseits auf das einkommensabhängige BSHG als bundesrechtliche Lösung stützte [22].

In den 70er Jahren kam es infolge der Ölkrise zu einer Rezession und damit zu einer Wende in der sozialpolitischen Gesetzgebung. Mit dem ersten Haushaltsstrukturgesetz vom 18.12.1975 begann eine lange Reihe von Kürzungsgesetzen im Sozialbereich. Die ersten Einschnitte bei den Landesblindengeldgesetzen erfolgten in Rheinland-Pfalz, wo das Landespflegegeld ab 1.1.1982 sowohl vom BVG als auch vom BSHG abgekoppelt und auf 750,00 DM festgeschrieben wurde bei Halbierung der Leistung für Anspruchsberechtigte unter 18 Jahren. Ähnliche Bestrebungen hatte es 1981 in Westberlin gegeben, ein entsprechender Gesetzentwurf war nach Anhörung der Betroffenenverbände jedoch zurückgezogen worden. Mit der Gesetzesänderung in Rheinland-Pfalz war die

Einheitlichkeit hinsichtlich der Höhe der Blindengeldleistungen in den Landesgesetzen verlorengegangen und wurde nie wieder erreicht [22].

Auch die Blindenhilfe nach § 67 BSHG war von den Kürzungen betroffen. Durch das zweite Haushaltsstrukturgesetz vom 22.12.1981 wurde sie bis zum 01.07.1984 auf 750,00 DM eingefroren und für unter 18-jährige Blinde halbiert. Ab 1984 wurden Erhöhungen an die prozentuale Steigerung der Renten aus der sozialen Rentenversicherung gekoppelt, was bis heute beibehalten wurde. Damit war auch hier die Bindung an die Pflegezulage, die Kriegsblinde nach § 35 BVG erhalten, verloren [22].

Die Änderung von § 67 BSHG hatte erhebliche Auswirkungen auf die Landesblindengeldgesetze. Mit Ausnahme von Berlin und Hessen wurde in den Landesblindengeldgesetzen hinsichtlich der Höhe des Blindengeldes nicht mehr auf § 35 BVG verwiesen, sondern auf § 67 BSHG. In Bayern blieb die Bezugnahme auf das BVG zwar zunächst bestehen, die Höhe des Blindengeldes wurde jedoch vom 01.07.1983 bis zum 01.07.1985 bei 788,00 DM eingefroren. Die Einheitlichkeit mit der Pflegezulage nach § 35 BVG war damit auch in Bayern beendet [22].

Weitere Auswirkungen ergaben sich durch das Gesundheitsreformgesetz vom 20.12.1988 (BGBl. I, S. 2477), mit dem "Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit" in das SGB V aufgenommen wurden (§§ 53-57), und zwar ohne Rücksicht auf die Ursache. Damit erhob sich die Frage, inwieweit das Blindengeld nach einem Landesblindengeldgesetz bzw. die Blindenhilfe nach § 67 BSHG gekürzt werden kann, wenn ein Blinder diese Leistungen der Krankenkasse erhielt. Da sich der Zweck des Blindengeldes und der Zweck der Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit nur teilweise deckten, kam eine anteilige Anrechnung des Pflegegeldes auf das Blindengeld in Frage.

2.3. Entwicklung nach der Wiedervereinigung

Nach der Wiedervereinigung bzw. dem Einigungsvertrag vom 31.08.1990 wurden in den neuen Bundesländern, außer in Berlin, Landesblindengeldgesetze erlassen (in Brandenburg das Gesetz über die Leistung von Pflegegeld an Schwerbehinderte), die jeweils rückwirkend zum 01.01.1992 in Kraft traten.

Bis zum 31.12.1991 galten die gesetzlichen Regelungen der ehemaligen DDR weiter, die für Blinde und hochgradig Sehbehinderte bereits vor Gründung der DDR einkommens- und vermögensunabhängige Ausgleichsleistungen vorgesehen hatten. Nach einer Verordnung über die weitere soziale Sicherung der Blinden und anderer Schwerstbehinderter vom 18.06.1959 (in der Fassung der Rentenverordnung vom 23.11.1974) hatten „Sehschwache“

mit einem Sehvermögen bis zu 1/25 Pflegegeld der Stufe I in Höhe von 30 Mark, „hochgradig Sehschwache“ mit einem Sehvermögen von weniger als 1/50 (Stufe II) 40 Mark und „Blinde“, d. h. Personen mit einem Sehvermögen von 1/200 und weniger (Stufe III), 120 Mark monatlich erhalten [22].

Ab 01.01.1992 erhielten volljährige Blinde in den neuen Bundesländern einheitlich ein Blindengeld von 600,00 DM monatlich, hochgradig Sehbehinderte zusätzlich in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Sachsen-Anhalt Leistungen in Höhe von 5 % (Mecklenburg-Vorpommern) bzw. 25 % (Sachsen) des Blindengeldes.

In Berlin galt das Westberliner Gesetz über Pflegeleistungen (PflegeG) aufgrund des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Berliner Landesrechts vom 28./29.09.1990 (GVBl. S. 2119) nunmehr auch im ehemaligen Ostsektor. Ab 01.01.1991 belief sich das Pflegegeld auf rund 59 % und ab 01.11.1992 auf 80 % des in den Westbezirken gewährten Pflegegeldes. Ab 01.04.1995 erfolgte durch Gesetz vom 22.12.1994 (GVBl. S. 520) die Angleichung des Pflegegeldes für ganz Berlin [22].

Ab 01.01.1995 ersetzte die Soziale Pflegeversicherung (Sozialgesetzbuch Elftes Buch - SGB XI) die Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit (BGBl. I, S. 1014), weshalb in den Landesblindengeldgesetzen und in § 67 BSHG entsprechende Anrechnungsregelungen eingeführt werden mussten. Einige Länder nutzten die Notwendigkeit der Gesetzesänderung zu weiteren Neuregelungen, so auch Bayern mit Erlass des Bayerischen Blindengeldgesetzes (BayBlindG) in 1995. Die Entwicklung der Landesblindengeldgesetze verlief in der Folgezeit in allen Bundesländern uneinheitlich.

Mit dem Bayerischen Blindengeldgesetz, das das Zivilblindenpflegegeldgesetz am 01.04.1995 ersetzte (GVBl S. 150), wurde die Ankoppelung an die Pflegezulage nach § 35 BVG aufgegeben. Die Anspruchsgrundlagen für Kriegsblinde sind Teil des sozialen Entschädigungsrechts und sollten auf diejenigen beschränkt bleiben, die Ansprüche nach diesem Recht haben. Zu diesen gehörten die "Friedensblinden" bzw. Zivilblinden nicht. Mit der Anbindung an das BSHG sollten außerdem die Leistungen an die Leistungshöhe der übrigen Bundesländer angeglichen werden, die diese Regelung ebenfalls in ihren Blindengesetzen hatten. Durch die Verweisung auf § 67 Abs. 2 BSHG wurde in der bis 31.03.04 gültigen Fassung sichergestellt, dass das Blindengeld regelmäßig angepasst wurde und nicht niedriger als die von der Sozialhilfe geleistete Blindenhilfe sein durfte [16].

Das BSHG wurde ab 01.01.05 durch Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II - Grundsicherung für Arbeitsuchende) und Zwölftes Buch (SGB XII - Sozialhilfe) ersetzt. Blindenhilfe wird seither gemäß § 72 SGB XII gewährt, weiterhin abhängig von

Einkommens- und Vermögensgrenzen. Für hochgradig Sehbehinderte gibt es unverändert keine Leistungen nach diesem Gesetz [8].

In vielen Ländern wurden Kürzungen vorgenommen, so auch in Bayern, wo das Blindengeld ab 01.04.2004 auf 85 % der Blindenhilfe herabgesetzt wurde [36]. Die ursprünglich geplante Kürzung auf 70 % scheiterte an den Protesten der Blindenorganisationen.

Andere Länder unternahmen den Versuch, das Blindengeld ganz abzuschaffen. So beispielsweise Bremen, wo in 2001 das Bremische Pflegegeldgesetz, und damit auch die Landesleistung für Blinde, durch Senatsbeschluss vollständig abgeschafft werden sollte, was an den Protestaktionen der Betroffenenverbände scheiterte. So kam es lediglich zu einer Kürzung der Leistungen. Auch ein zweiter Versuch in 2003, das Blindengeld abzuschaffen, ließ sich politisch nicht gegen die Verbände durchsetzen. In Niedersachsen und Thüringen wurde das Landesblindengeld ab Vollendung des 27. Lebensjahres abgeschafft, in Niedersachsen zum 01.01.2005 (Gesetz vom 16.12.2004, GVBl S. 664), in Thüringen zum 01.01.2006 durch Gesetz vom 23.12.2005 (GVBl S. 472). Beide Länder mussten nach großem öffentlichen Druck Blindengeld auch nach dem 27. Lebensjahr wieder einführen, Niedersachsen zum 01.01.2007, Thüringen zum 01.01.2008 [22, 38].

3. Aktueller Stand

3.1. Die Ländergesetze im Vergleich

Außer in Nordrhein-Westfalen liegen die Leistungen nach den Landesblindengeldgesetzen in allen Bundesländern unter dem Satz der Blindenhilfe, die nach § 72 Abs. 2 S. 1 SGB XII 608,96 € monatlich für volljährige, 305 € für minderjährige blinde Menschen beträgt (Stand 01.07.09) [35]. Bindung an die Blindenhilfe besteht nur in Bayern (85 % der Blindenhilfe), Berlin (80 %), Hessen (86 %) und, bis zum 60. Lebensjahr, in Nordrhein-Westfalen (100 %) [2, 7, 30, 39, 43]. In diesen Ländern ist das Blindengeld dynamisiert, da die Blindenhilfe sich jeweils zu dem gleichen Zeitpunkt und in dem gleichen Umfang wie der aktuelle Rentenwert in der gesetzlichen Rentenversicherung verändert [8]. In den übrigen Ländern sind in den Gesetzen konkrete Geldbeträge festgelegt, wobei das Bremische Gesetz über die Gewährung von Pflegegeld an Blinde und Schwerstbehinderte und das Hamburgische Blindengeldgesetz als einzige eine Anpassung an den aktuellen Rentenwert vorsehen [43,49]. Die monatlichen Zahlungen für Volljährige liegen zwischen 453 € in Hamburg und 265 € in Niedersachsen (Stand Dez. 2009), bis zum 30.04.09 stand Mecklenburg-Vorpommern mit 546,10 € noch an der Spitze (430 € ab 01.05.09) [5, 20,49].

Damit besteht in allen Ländern – in Nordrhein-Westfalen ab dem 60. Lebensjahr – für Blinde, die die Einkommens- und Vermögensvoraussetzungen des SGB XII erfüllen, Anspruch auf Blindenhilfe als aufstockende Leistung in Höhe des Differenzbetrags.

Erhebliche Unterschiede bestehen auch in den Anspruchsvoraussetzungen. Blindengeld ohne jegliche Altersbeschränkung gibt es nur in vier Bundesländern, nämlich in Bayern und Berlin, wo die Höhe des Blindengeldes ausdrücklich an die für Erwachsene vorgesehene Blindenhilfe gekoppelt ist, sowie in Hamburg und Thüringen [5, 39, 48,49]. In Hessen und Nordrhein-Westfalen ergibt sich das niedrigere Blindengeld für Minderjährige aus der Bindung an die Blindenhilfe. Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen und Hessen zahlen Blindengeld erst nach Vollendung des ersten Lebensjahres. Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein haben die Leistung für Minderjährige reduziert und zahlen volles Blindengeld erst nach Vollendung des 18. Lebensjahres, wogegen Niedersachsen die Zahlung ab dem 25. Lebensjahr von 320 € auf 265 € absenkt [30, 31, 40, 42, 43, 50, 51, 52,58]. In Nordrhein-Westfalen wird das Blindengeld ab dem 60. Lebensjahr auf einen festen Betrag von derzeit 473 € reduziert [6,7]. In Thüringen gibt es eine Übergangsregelung für blinde Menschen, die das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und vor dem 1. Januar 2008 bereits Blindengeld erhalten oder einen Antrag auf Blindengeld gestellt haben. Sie erhalten 300 € monatlich, wogegen das „normale“ Blindengeld bisher 220 € betrug und ab 01.07.10 auf 270 € angehoben wurde [70].

Allein auf Blinde beschränkt sich die Zahlung in Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Thüringen und Saarland (hier seit 1982) [2, 6, 31, 42, 49, 51, 52,48], in den übrigen Ländern ist der Personenkreis der Leistungsempfänger größer, allerdings mit deutlich geringeren Zahlungen als für Blinde. In Berlin, Brandenburg, Bremen und Rheinland-Pfalz sind die gesetzlichen Leistungen für Blinde daher in „Landespflegegeldgesetzen“ geregelt.

„Wesentlich Sehbehinderte“ bzw. „Sehschwache“ erhalten in Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt ein „Sehbehindertengeld“, das zwischen 11,7 % (Sachsen-Anhalt) und 30 % (Hessen) des vollen Blindengeldes beträgt (nach einer Übergangsregelung gibt es im Saarland Leistungen für „hochgradig Sehschwache“, soweit diese zum Zeitpunkt des Änderungsgesetzes vom 24.03.1982 Anspruch auf Gewährung einer Blindheitshilfe hatten) [3, 5, 7, 30, 31, 39, 40]. Die Definition ist trotz der unterschiedlichen Bezeichnung einheitlich und lautet beispielsweise in § 1 Abs. 3 des Sächsischen Landesblindengeldgesetzes (LBlindG) folgendermaßen [3]:

Hochgradig sehschwach sind Personen,

1. deren Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als ein Zwanzigstel beträgt oder
2. bei denen durch Nummer 1 nicht erfasste, gleichschwere Störungen der Sehfunktion vorliegen. Dies ist dann der Fall, wenn die Einschränkung des Sehvermögens einen Grad der Behinderung von 100 bedingt und Blindheit noch nicht vorliegt.

Dies entspricht der Definition der „hochgradigen Sehbehinderung“ gem. Nr. 24(5) der „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“ (AHP), 2008 bzw. Teil A.6 der „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“, 2009 [33,4].

Gehörlose erhalten in Sachsen ebenfalls Geldleistungen, und zwar mit derzeit 103 € fast doppelt soviel wie hochgradig Sehschwache (52 €) [3]. Gehörlosengeld gibt es außerdem noch in Berlin, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt [39, 40,50]. Noch weiter gefasst ist der Personenkreis schwerstbehinderter Menschen, die Geldleistungen zum Ausgleich von behinderungsbedingten Mehr-aufwendungen erhalten, in Brandenburg (Verlust beider Oberschenkel oder Hände), Bremen (Verlust beider Hände, Oberarme oder von drei Gliedmaßen, Querschnittsgelähmte mit Blasen- und Mastdarmlähmungen, Hirnbeschädigte mit schweren physischen und psychischen Störungen und Gebrauchsbehinderung mehrerer Gliedmaßen) und Sachsen (schwerstbehinderte Kinder) [3,43,50]. In den übrigen Ländern erhalten Behinderte nur indirekte Leistungen in Form von Steuerermäßigungen, Freifahrt im Nahverkehr und anderen Nachteilsausgleichen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).

Allen Landesgesetzen ist gemeinsam, dass jeder Blinde nur Anspruch auf Blindengeld in dem Land hat, in dem er seinen Wohnsitz bzw. seinen "gewöhnlichen Aufenthalt" hat. Gemeinsam sind den Landesgesetzen auch bestimmte Ausschlusskriterien und Kürzungsregelungen. Keinen Anspruch auf Landesblindengeld haben Personen, die Anspruch auf Leistungen wegen Blindheit nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (Bundesversorgungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz etc.), aus der gesetzlichen Unfallversicherung und aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge haben (Art. 3 BayBlindG) bzw. „wenn die Blindheit, hochgradige Sehbehinderung oder Gehörlosigkeit die Folge einer gesundheitlichen Schädigung ist, für welche die Gewährung eines Pflegegeldes oder einer gleichartigen Leistung durch Bundesrecht abschließend geregelt ist“ (§ 3 Landespflegegeldgesetz Berlin) [2,39].

Leistungen bei häuslicher Pflege nach den §§ 36 bis 39 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI), bei teilstationärer Pflege nach § 41 und bei Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI werden auf das Blindengeld (und auf die Leistungen für hochgradig Sehbehinderte, Gehörlose etc.) angerechnet und zwar je nach Pflegestufe in unterschiedlicher Höhe.

Bei Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt, oder einer gleichartigen Einrichtung wird das Blindengeld in allen Ländern gekürzt, in Brandenburg, Berlin und Rheinland-Pfalz sogar völlig gestrichen [39, 50,51]. Niedersachsen und Thüringen zahlen in diesem Fall nur noch 50 €, Mecklenburg-Vorpommern ca. 63 % des Blindengeldes [5, 6,48], in den übrigen Ländern wird die Zahlung auf 50 % reduziert. Außer in Brandenburg, Rheinland-Pfalz und Thüringen ist Voraussetzung für die Kürzung bzw. Streichung, dass die Kosten des Aufenthalts oder der Pflege und Betreuung ganz oder teilweise von einem öffentlich-rechtlichen Kostenträger oder einem Pflegeversicherung betreibenden Versicherungsunternehmen nach den Vorschriften des SGB XI getragen werden.

Einige Ländergesetze sehen auch Sanktionen vor. In Baden-Württemberg hat beispielsweise nach § 1 Abs. 2 des Gesetzes über die Landesblindenhilfe [42]

„Der Blinde ... keinen Anspruch auf Landesblindenhilfe, wenn er

- sich weigert, eine ihm zumutbare Arbeit zu leisten oder sich zu einem angemessenen Beruf oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit ausbilden, fortbilden oder umschulen zu lassen,
- eine Freiheitsstrafe verbüßt,
- sich in Sicherungsverwahrung befindet,
- auf Grund eines strafgerichtlichen Urteils in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt oder auf Grund einer sonstigen richterlichen Entscheidung andernorts untergebracht ist.“

Ähnliche Bestimmungen, teils als Kann-Bestimmung, gelten in Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein.

Ein Verstoß gegen die Mitteilungspflicht wird in Baden-Württemberg, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein durch Versagen der Leistung sanktioniert, auch hier teilweise als Kann-Bestimmung.

In Rheinland-Pfalz und Thüringen ist Blindengeld zu versagen oder zu kürzen, wenn nach anderen Rechtsvorschriften zustehende Leistungen, die dem gleichen Zweck wie das Blindengeld dienen, nicht in Anspruch genommen werden.

Schließlich kann Blindengeld nach den Landesgesetzen von Baden-Württemberg, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein und Thüringen versagt werden, soweit seine bestimmungsmäßige Verwendung durch oder für den Blinden (oder hochgradig Sehbehinderten) nicht möglich ist.

Das Bayerische Blindengeldgesetz (BayBlindG) enthält keinerlei Sanktionen, ebenso nicht die Landesgesetze von Berlin und Sachsen.

3.2. Aktueller Stand in Bayern

Seit 1. April 1995 ist das Bayerische Blindengeldgesetz (BayBlindG) in Kraft, das eine von Einkommen und Vermögen unabhängige staatliche Zuwendung von derzeit 534 €/Monat (Stand 01.07.12) an blinde Menschen, die ihren ständigen Wohnsitz in Bayern haben, vorsieht [69]. In der Regel erhöhen sich die Leistungen in Abhängigkeit zur Blindenhilfe bzw. zur gesetzlichen Rente jährlich; in 2006 und 2010 wurde das Blindengeld nicht erhöht, da der aktuelle Rentenwert zum 01.07.06 bzw. 01.07.10 nicht geändert wurde, sodass in der Folge der Betrag der Blindenhilfe gem. § 72 Abs. 2 SGB XII unverändert blieb [45,46].

Nach Art. 1 Abs. 1 des Bayerischen Blindengeldgesetzes (BayBlindG) [2] wird Blindengeld "zum Ausgleich der blindheitsbedingten Mehraufwendungen" gezahlt. Der Vollzug des BayBlindG liegt beim Zentrum Bayern, Familie und Soziales (ZBFS), einer Behörde, die aus der Kriegsopferversorgung hervorgegangen ist (frühere Bezeichnung Ämter für Versorgung und Familienförderung bzw. Bayerisches Landesamt für Versorgung und Familienförderung).

Anträge auf Blindenhilfe nach § 72 SGB XII werden dagegen von den Sozialhilfeverwaltungen bei den Kommunen (Landratsämter) entschieden, seitens des ZBFS gibt es keine Möglichkeit der Einflussnahme. Sie sind auch nicht Gegenstand dieser Untersuchung.

Pro Jahr werden in Bayern über 4.000 Anträge auf Blindengeld gestellt, wobei auf Oberbayern als dem größten Regierungsbezirk knapp ein Drittel entfällt (1.214 Anträge in 2007, 1.259 in 2008, 1.154 in 2009, 1.352 in 2010) [53, 59, 60, 65, 66].

Zum Stichtag 31.12.10 bezogen 15.341 Leistungsberechtigte in Bayern Blindengeld, knapp 30 % (4.369) davon leben im Bezirk Oberbayern. Vergleicht man die Entwicklung seit 2004,

fällt ein leichter, aber stetiger Rückgang der Leistungsberechtigten auf. Bei 16.755 bayerischen Blindengeldempfängern in 2004 bedeutet das einen Rückgang von 8,4 % innerhalb von 6 Jahren [1,53].

Das in Bayern gezahlte Blindengeld überschritt bis zum Jahr 2003 die Summe von 102 Mio. Euro jährlich. Seit Kürzung der monatlichen Zahlung auf 85 % der Blindenhilfe gem. § 72 Abs. 2 SBG XII ab 01.04.2004 sanken die Ausgaben auf (gerundet) 89.043.000 Euro in 2004 und (gerundet) 81.070.000 Euro in 2007, siehe Tabelle 1 [1, 64, 65, 66, 67, 68]. Ob sich der Anstieg der jährlichen Ausgaben bis Ende 2009 - trotz Abnahme der Leistungsberechtigten - mit der Erhöhung des

	Neuanträge	Blindengeldempfänger	gezahltes Blindengeld (€)
2007	4369	15.979	81,070.000
2008	4422	15.832	81,100.000
2009	4341	15.559	81,470.000
2010	4454	15.341	81,140.000

Tab. I.1: Entwicklung der Anträge und der Leistungen nach dem BayBlindG in den Jahren 2007-2010

Blindengeldes zum 01.07.2009 und der geringeren Anrechnungen beim Bezug von Pflegeleistungen nach den SGB XI erklären lässt, soll hier nicht diskutiert werden.

Die Kürzungen beim Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung nach dem SGB XI, sind je nach Pflegestufe und Art der Unterbringung (häusliche Pflege oder Heimaufenthalt) unterschiedlich hoch. Nach Art. 4 Abs. 1 BayBlindG werden bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe I 60 %, bei Pflegestufe II und III 40 % des Pflegegelds auf das Blindengeld angerechnet. Wenn sich der Blinde in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung befindet und die Kosten des Aufenthalts ganz oder teilweise aus Mitteln öffentlich-rechtlicher Leistungsträger getragen werden oder Mittel einer privaten Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden, wird das Blindengeld nach Art. 2 Abs. 2 BayBlindG auf die Hälfte gekürzt. Dies gilt auch bei einem Krankenhausaufenthalt, dessen Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden [2].

4. Die Begutachtung

4.1 Blindheit i. S. des Bayerischen Blindengeldgesetzes

Nach Art. 1 Abs. 2 BayBlindG [2] ist blind, wem das Augenlicht vollständig fehlt. Als blind gelten auch Personen,

1. deren Sehschärfe auf dem besseren Auge nicht mehr als 1/50 beträgt,
2. bei denen durch Nummer 1 nicht erfasste Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad bestehen, dass sie der Beeinträchtigung der Sehschärfe nach Nummer 1 gleichzuachten sind. Vorübergehende Sehstörungen sind nicht zu berücksichtigen. Als vorübergehend gilt ein Zeitraum bis zu sechs Monaten.

Nach den Erläuterungen zum Bayerischen Blindengeldgesetz - EbayBlindG [36] – sind folgende Sehstörungen einer Herabsetzung der Sehschärfe auf 0,02 (1/50) oder weniger gleichzuachten, wobei die EbayBlindG sich hier auf die Versorgungsmedizinischen Grundsätze Teil A Nr. 6 b) der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) und die Richtlinien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) beziehen [4]:

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.

Mit den genannten Fallkonstellationen ist der Anwendungsbereich des Art. 1 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BayBlindG jedoch nicht ausgeschöpft. Anträge auf Blindengeld für Sehstörungen, die von diesen Fallgruppen nicht erfasst werden, können nicht allein aus diesem Grund abgelehnt werden. Vielmehr ist gerade dann in jedem Einzelfalle eingehend zu prüfen, ob die Sehstörung nach ihrem Schweregrad nicht doch der in Nr. 1 des Art. 1 Abs. 2 BayBlindG genannten Sehbeeinträchtigung gleichzuachten ist. Dieser Blindheitsbegriff, der sich auf einen vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Funktion der Augen sowie auf einen vollständigen Ausfall der Sehrinde („Rindenblindheit“) beidseits bezieht, stimmt mit dem auf Bundesebene geltenden Blindheitsbegriff in anderen sozialen Leistungsgesetzen (z. B. BVG) und im SGB IX überein.

Dennoch geht der Blindheitsbegriff nach dem BayBlindG über denjenigen nach dem SGB IX hinaus. Nach einem Erlass des Bayerischen Sozialministeriums (STMAS) vom 21.12.93 „war der Blindheitsbegriff im Vollzug des Bayerischen Zivilblindenpflegegeldgesetzes und ist derjenige im Vollzug des BayBlindG gegenüber dem auf Bundesebene geltenden Blindheitsbegriff in anderen sozialen Leistungsgesetzen und im SGB IX weitreichender zu interpretieren. Danach können Blinden auch Personen gleichgestellt werden, die bei erhaltener optischer Funktion visuelle Reize nicht oder nur ungenügend verwerten oder verarbeiten können“ [54].

Gleichzuachtende Sehstörungen müssen ihre Ursachen demnach nicht ausnahmslos im Auge selbst haben. Als blind i.S.d. BayBlindG gelten auch Personen, bei denen infolge einer cerebralen Schädigung alleine oder im Zusammenwirken mit Beeinträchtigungen des Sehorgans eine Störung des Sehvermögens vorliegt, die in ihrem Schweregrad einer Beeinträchtigung der Sehschärfe auf 1/50 oder weniger gleichzuachten ist.

Dazu gehören z. B. Fälle, in denen eine Beeinträchtigung der Sehschärfe besteht, die das in Art. 1 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 BayBlindG genannte Ausmaß nicht erreicht oder deren Ausmaß nicht messbar ist und in denen außerdem eine oder mehrere sonstige Störungen des Sehvermögens vorliegen. Es kommt also nicht darauf an, ob die vorliegenden Störungen des Sehvermögens der Art nach der Beeinträchtigung der Sehschärfe auf 1/50 gleichzuachten sind; maßgeblich ist vielmehr, ob sie dem Schweregrad der Sehschärfebeeinträchtigung auf 1/50 entsprechen. Mit diesem Passus nehmen die BayBlindG Bezug auf ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) aus dem Jahr 1995, das sich mit dem Blindheitsbegriff im saarländischen Blindengeldgesetz und gleichzuachtenden Sehstörungen auseinandergesetzt hatte. Weitere BSG-Urteile folgten in den Jahren 2004 und

2005 [56, 57], mit denen der Begriff der faktischen Blindheit weiter präzisiert wurde, insbesondere in Abgrenzung zu seelisch/geistigen Behinderungen und zum apallischen Syndrom. In den EbayBlindG werden unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG folgende Fallkonstellationen genannt, bei denen die Voraussetzungen nach dem BayBlindG zu bejahen sind:

- vollständige visuelle Agnosie infolge einer Schädigung höherer visueller Assoziationszentren
- schweres Balint-Syndrom, d. h. hochgradige bilaterale Einengung des Aufmerksamkeitsfeldes
- faktische Blindheit bei einer Kombination von Beeinträchtigungen des Sehorgans und cerebralen Schäden

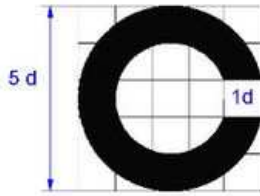
Im Gegensatz dazu liegt Blindheit nach den Vorgaben der Versorgungsmedizinischen Grundsätze bzw. den Richtlinien der DOG bei einer visuellen Agnosie oder anderen gnostischen Störungen nicht vor, was in der Praxis zu der paradoxen Situation führt, dass in diesen Fällen zwar Anspruch auf Blindengeld nach den BayBlindG besteht, das Merkzeichen „Bl“ für „blind“ nach dem SGB IX jedoch nicht vergeben werden kann. Damit verringert sich der steuerliche Freibetrag für die Betroffenen erheblich.

4.2 Begutachtungsrichtlinien

In Art. 1(2) BayBlindG wird die Sehschärfe auf dem besseren Auge als maßgebliches Beurteilungskriterium genannt [2], die EbayBlindG stellen jedoch klar, dass die Sehschärfe grundsätzlich nach DIN 58220 zu prüfen ist und Abweichungen davon nur in Ausnahmefällen zulässig sind (z.B. bei Bettlägerigkeit oder Kleinkindern) [36]. Begutachtungen im Rahmen des BayBlindG sind daher nach den gleichen gutachterlichen Richtlinien durchzuführen, wie Begutachtungen im Rahmen des SGB IX und des sozialen Entschädigungsrechts. Nach Teil B 4.3 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VMG) umfasst die augenärztliche Untersuchung die Prüfung der einäugigen und beidäugigen Sehschärfe. Sind die Ergebnisse beider Prüfungsarten unterschiedlich, so ist bei der Bewertung die beidäugige Sehschärfe als Sehschärfewert des besseren Auges anzusetzen. Die übrigen Partialfunktionen des Sehvermögens sind nur mit Geräten und Methoden zu prüfen, die den Richtlinien der DOG entsprechend eine gutachtenrelevante einwandfreie Beurteilung erlauben [4].

Die DIN 58220 richtet sich nach der internationalen Norm DIN ESO ISO 8596, die den Landolt-Ring als Normsehzeichen und seine Darbietungen definiert. Die Norm beschreibt die logarithmische Einteilung der Visusstufen und den erlaubten Leuchtdichtebereich, die

Anzahl der Ringe, die dargeboten und richtig beantwortet werden muss und definiert, dass der Durchmesser des Landolt-Rings genau 5x so groß sein muss wie die Strichstärke und Lückenbreite (s. Abb.).



Aus: DocCheck® „Flexicon“

Neu seit November 2009 ist, dass andere Sehzeichen, wie Buchstaben, Ziffern, Kindersehzeichen oder die speziell in den USA gebräuchliche ETDRS-Tafel (lichtdurchlässige Tafel mit integrierter Beleuchtung, die speziell für die **Early Treatment Diabetic Retinopathy Study** entwickelt wurde) nun nicht mehr normgerecht und für die gutachterliche Untersuchung nicht mehr erlaubt sind. Nur noch der Landoltring darf die Bezeichnung „Normsehzeichen“ tragen [62]. Er muss in 8 verschiedenen Orientierungen angeboten werden, die Prüferentfernung für die Ferne muss bei Patienten mit hohem Visus mindestens 4 m betragen. Bei Patienten mit einer Sehschärfe unter 0,2 darf die Prüferentfernung verringert werden. Alle Visusstufen zwischen 0,05 und 1,25, die in der DIN EN ISO 8596 festgelegt sind, müssen dargeboten werden können. Zusätzlich zu den von der DIN EN ISO 8596 spezifizierten Sehschärfewerten von 0,05 bis 2,0 müssen für Sehbehinderte auch Landoltringe mit Visuswerten von 0,02 bis 0,05 gezeigt werden können.

Für Gutachten müssen entweder 5, 8 oder 10 Landoltringe pro Visusstufe dargeboten werden. Bei 3 Landoltringen von 5, 4 von 8 bzw. 5 von 10 muss die Lücke horizontal oder vertikal ausgerichtet sein. Auch bei sehr niedrigen Visuswerten zwischen 0,02 und 0,2 müssen mindestens 5 Landoltringe angeboten werden [10]. Die Grenzwerte bei den Visusstufen 0,02 (1/50) und 0,033 (1/30) sind im Bereich niedriger Sehschärfen besonders wichtig. Auch wenn der Unterschied zwischen einer Sehschärfe von 1/50 und 1/35 absolut nicht sehr groß erscheint, ist dieser mit zwei logarithmischen Stufen genau so groß, wie derjenige zwischen 0,6 und 1,0 [63]. Generell gilt das „60 %-Kriterium“. Eine Visusstufe gilt als erkannt, wenn 3 von 5 oder 5 von 8 oder 6 von 10 Landoltringen korrekt benannt wurden. Mit dem Wort „benannt“ bringt die Norm zum Ausdruck, dass „Raten“ ausdrücklich erlaubt und sogar erwünscht ist, und „richtig Raten“ statistisch berücksichtigt wurde [10]. Der Proband ist dabei zu „forced choice“ anzuhalten, d.h. er muss strikt dazu aufgefordert werden, in der getesteten Visusstufe für jedes angebotene Sehzeichen eine Antwort zu geben. Eine Aussage wie „ich kann nichts erkennen“ darf nicht akzeptiert werden. Oft kann

durch konsequente Anwendung dieser Strategie das Ergebnis verbessert werden [34, 63, 71]. Auch die Reihenfolge der Untersuchung ist festgelegt: Man beginnt ohne Korrektur mit dem vermutlich schlechteren Auge, dann das andere Auge, dann beidäugig, danach dieselbe Reihenfolge mit Korrektur (wenn alle diese Werte für das Gutachten erforderlich sind). Bei vermutlich gleicher Sehschärfe rechts und links wird empfohlen, immer zuerst das rechte, dann das linke Auge und anschließend binokular zu untersuchen und die Ergebnisse in derselben Reihenfolge in die Akte bzw. das Gutachten einzutragen [10]. Die Lesezeit wird bei der Sehschärfeprüfung nach Teil 5 der DIN 58220 (Allgemeiner Sehtest) auf max. 10 s pro Lesezeichen begrenzt. Bei allen sonstigen gutachterlichen Visusprüfungen sollte jedoch ein flüssiges Lesen der Landoltringe von ca. einem Zeichen pro Sekunde angestrebt werden, was von der DOG speziell für die Fahreignungsbegutachtung empfohlen wird [63, 72].

Zur Bestimmung des Gesichtsfeldes dürfen nach den Vorgaben der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VMG) nur Ergebnisse der manuell-kinetischen Perimetrie entsprechend der Marke Goldmann III/4 verwertet werden [4]. Von der Rechtskommission der DOG wurden alternativ zum Goldmann-Perimeter das Twinfield (Oculus) und das Octopus 101 (Haag-Streit) mit der Zusatzsoftware zur kinetischen Perimetrie zugelassen, allerdings nur für Untersuchungen mit manuell-kinetischer Perimetrie. Die gutachterliche Beurteilung der Gesichtsfelder erfolgt monokular für das rechte und linke Auge getrennt und anschließend binokular, wenn dies erforderlich ist [63]. Bei Gesichtsfeldeinschränkungen an beiden Augen ist nach den Vorgaben der VMG die allseitige Einengung binokular zu werten, bei unregelmäßigen Gesichtsfeldausfällen und Skotomen im 50°-Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians muss mindestens 1/3 der Fläche binokular ausgefallen sein, um einen GdS/GdB von 20 zu erreichen [4]. Für die Beurteilung in der Blindenbegutachtung ist auf jeden Fall das beidäugige Gesichtsfeld zu berücksichtigen [63].

4.3 Vorgehensweise bei der Antragsbearbeitung

Bevor das Bayerische Blindengeldgesetz 1995 in Kraft trat, wurde über Anträge auf Blindengeld in der Regel auf Grundlage von augenärztlichen Attesten und Befundberichten entschieden. Gutachten wurden nur in Zweifelsfällen oder im Widerspruchsverfahren veranlasst. Dies war politisch gewollt, zum einen im Interesse einer möglichst raschen Bearbeitung der Anträge, zum anderen zur Begrenzung der Sacherhebungskosten. Nachdem jedoch immer häufiger Fälle auftraten bei denen sich nachträglich herausstellte, dass die attestierte Blindheit nicht vorlag, wurde die Anzahl der Begutachtungen erhöht mit dem Ziel, Blindengeld nur noch auf Grundlage einer speziellen augenärztlichen Begutachtung zu zahlen.

Derzeit gilt in Bayern für die Bearbeitung von Anträgen auf Blindengeld folgende Vorgehensweise: Nach Eingang des Antrags wird zunächst mittels Formblatt ein Befundbericht des behandelnden Augenarztes angefordert. Fanden Untersuchungen oder Behandlungen an einer Augenklinik statt, werden auch diese Berichte beigezogen. Wird gleichzeitig Antrag auf Feststellung des Merkzeichens „Bl“ („blind“) nach dem SGB IX gestellt, wird die Entscheidung darüber zurückgestellt und vorrangig über den Blindengeldantrag entschieden. Wurde Blindheit nach dem BayBlindG bejaht, ist wegen des weiter gefassten Blindheitsbegriffs nach dem BayBlindG zu prüfen, ob auch Blindheit i. S. d. SGB IX vorliegt [36].

Ergibt sich aus den Angaben des behandelnden Augenarztes oder den klinischen Befunden Blindheit oder liegen die Werte an der Grenze zur Erblindung, wird in der Regel eine augenärztliche Begutachtung eingeleitet. Kann durch dieses Gutachten der Nachweis von Blindheit i. S. des Gesetzes erbracht werden, wird dem Antrag stattgegeben. Kann trotz der augenärztlichen Untersuchung keine Entscheidung getroffen werden und sind von Zusatzuntersuchungen weitere Erkenntnisse zu erwarten, wird eine zweite Begutachtung in Auftrag gegeben, wegen der erforderlichen weiterführenden Diagnostik in aller Regel an einer Augenklinik. In der Region Oberbayern sind dies die Augenklinik der Ludwig-Maximilians Universität (LMU) München und die Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München.

Das Antragsverfahren ist für die Antragsteller kostenfrei, Gebühren für die Erstellung von Befundberichten etc. werden vollständig vom ZBFS übernommen.

II. PATIENTEN UND METHODE

1. Patienten

Anhand der Vorladungslisten des Außengutachters für augenärztliche Begutachtungen wurden über 1000 Blindengeld-Akten aus dem Regierungsbezirk Oberbayern, d. h. aus dem Zuständigkeitsbereich des ZBFS Regionalstelle Oberbayern, ausgewertet. Davon waren 925 Vorgänge nach dem BayBlindG (Antrag, Widerspruch, Nachprüfung von Amts wegen) von insgesamt 883 Antragstellern für die statistische Erfassung und Auswertung geeignet und sind Grundlage für diese Arbeit.

Ausgeschlossen wurden die Daten von vier aus anderen Bundesländern zugezogenen Antragstellern, da diese Fälle statistisch nicht relevant, hinsichtlich der Vergleichbarkeit schwierig einzuordnen und für die Fragestellung ohne Bedeutung waren. Wegen der besonderen Problematik werden sie in der Diskussion jedoch kurz behandelt.

Ebenfalls ausgeschlossen wurden Fälle, bei denen der angeforderte augenärztliche Befund zum Zeitpunkt der Antragstellung älter als 1 Jahr war oder keine konkreten Visusangaben enthielt, bei denen kein Befundbericht beigezogen werden konnte und bei denen auch die zweite Begutachtung durch den gleichen Außengutachter erfolgte.

Ausgeschlossen wurden des Weiteren Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie Antragsteller mit Sehstörungen infolge schwerer cerebraler Schäden, z. B. nach Schädelhirntraumen oder bei hypoxischer Hirnschädigung nach Herzstillstand. Zum Einen können Kinder in der Regel nicht nach den Begutachtungsrichtlinien der DOG untersucht werden, weshalb es keine Daten zu Sehschärfe und Gesichtsfeld gibt, die im Rahmen dieser Arbeit statistisch ausgewertet werden könnten. Zum Anderen handelt es sich bei dieser Gruppe fast ausschließlich um Sehstörungen im Rahmen schwerer Hirnschädigungen, entweder infolge eines genetischen Defekts oder durch prä-/peripartalen Sauerstoffmangel. Die Beurteilung, ob Blindheit vorliegt, ist in diesen Fällen ausgesprochen schwierig, die Antwort liegt in der Regel außerhalb des augenärztlichen Bereichs. Die gleiche Problematik besteht bei cerebral schwer geschädigten Erwachsenen, auch bei diesem Personenkreis sind die Fähigkeit zur Erfassung der Untersuchungssituation und die erforderliche aktive Mitarbeit in der Regel nicht gegeben. Antragsteller mit Sehstörungen infolge eines Schlaganfalls ohne weitere relevante kognitive Defizite wurden nicht ausgeschlossen. Zwei Fälle dementer Antragsteller wurden wegen der besonderen Konstellation belassen.

Neunzig Prozent der Fälle stammen aus den Jahren 2005-2008, 12 Fälle aus 2004 und zwei Fälle aus 2003. Alle Antragsteller wurden von dem Außengutachter der Regionalstelle im Antrags- oder Widerspruchsverfahren oder im Rahmen einer Nachprüfung von Amts wegen untersucht. In 63 Fällen wurde eine zweite Begutachtung an der Augenklinik des Klinikums der Universität München durchgeführt, teils zur weiteren Abklärung im Antragsverfahren, teils im Widerspruchsverfahren nach Ablehnung des Blindengeldantrags.

Die Autorin ist Amtsangehörige des ZBFS und unterliegt der Schweigepflicht über alle Aktenvorgänge innerhalb der Behörde. Die Einzelfälle wurden verschlüsselt und konnten nur von der Autorin selbst anhand einer ausschließlich handschriftlich geführten Liste zugeordnet werden. Diese Liste wurde nach Abschluss der Dissertation vernichtet. Die Zustimmung der Betroffenen musste daher nicht eingeholt werden.

Grundsätzlich wurde pro Antragsteller ein Antrag ausgewertet, und zwar der zeitlich zuletzt gestellte. War dieser Antrag nicht verwertbar, wurde der vorletzte erfasst. Bei Anträgen desselben Antragstellers in Abständen von wenigen Jahren wurden alle Anträge, die die Kriterien erfüllten, ausgewertet. Damit ergaben sich 42 zusätzliche Fälle (zwei Anträge in 40 Fällen, drei Anträge in einem Fall). Die Datenerfassung endete spätestens mit dem Abschluss des Widerspruchsverfahrens, Befunde und Gutachten in Klageverfahren wurden nicht mehr berücksichtigt.

Im Folgenden werden die augenärztlichen Befundberichte und Atteste unter dem Oberbegriff „Atteste“ zusammengefasst, die augenärztlichen Untersuchungen durch den Außengutachter als erstes Gutachten bzw. erste Begutachtung, die Untersuchungen an der Augenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München als zweites Gutachten bzw. zweite Begutachtung bezeichnet.

2. METHODE DER UNTERSUCHUNG

2.1 Erfasste Daten

Folgende Daten wurden erfasst:

1. Alter zum Zeitpunkt des Antrags; jedoch nicht das individuelle Alter, sondern die Zugehörigkeit zu einer Altersgruppe (18-29 Jahre, 30-39 Jahre, 40-49 Jahre... >90 Jahre).
2. Geschlecht
3. Anzahl aller bisher gestellten Blindengeldanträge einschließlich der ausgewerteten Anträge.

4. Datum des Antragseingangs beim ZBFS (Eingangsstempel der Poststelle auf dem Blindengeldantrag), alternativ Datum des Antrags. Bei Nachprüfungen von Amts wegen wurde das Datum der Mitteilung an den Betreffenden, ersatzweise das der Befundanforderung als Datum des Antragseingangs notiert.
5. Pflegestufe zum Zeitpunkt der Antragstellung bzw. während des BayBlindG-Verfahrens; die Anerkennung einer Pflegestufe nach Erlass des Bescheids wurde nicht berücksichtigt. Erfasst wurden die Pflegestufen 1-3, unter "keine Angabe" wurden auch Fälle subsumiert, bei denen die Frage nach Leistungen aus der Pflegeversicherung wegen Ablehnung des Antrags nicht weiter abgeklärt wurde.
6. Die Herkunft der angeforderten Atteste:
 - 6.1. behandelnder Augenarzt
 - 6.2. Augenklinik des Klinikums der Universität München; hier wurde nicht zwischen Sehbehindertenambulanz und sonstiger ambulanter oder stationärer Behandlung unterschieden
 - 6.3. andere Augenkliniken; dies waren in München die Augenklinik des Klinikums rechts der Isar, die Augenklinik Herzog Carl Theodor, die Belegabteilung für Augenheilkunde des Klinikums Harlaching und die Klinik für Augenheilkunde des Klinikums Schwabing; außerhalb die Universitäts-Augenkliniken Bonn, Tübingen, Jena, Würzburg und Regensburg; die St. Vincentius-Kliniken Karlsruhe, die Marianne-Strauß-Klinik Kempfenhausen und die Neurologische Klinik Bad Aibling (in den drei letztgenannten Kliniken Augenkonsil).
7. Das Datum der Befunderhebung durch den behandelnden Augenarzt bzw. die Augenkliniken, bei der ersten Begutachtung und ggf. der zweiten Begutachtung. Wenn das Datum der Befunderhebung fehlte und im Antrag keine Angaben über die letzte Augenuntersuchung gemacht worden waren, wurde das Ende des angegebenen Behandlungszeitraums, das Datum der Befundanforderung oder - bei unaufgeforderter Übersendung – das Eingangsdatum des Attestes eingetragen. Bei Angabe von Monat/Jahr wurde ein Werktag in der Monatsmitte gewählt. Atteste in Widerspruchsverfahren wurden nicht berücksichtigt.
8. Die jeweils verwendeten Optotypen; differenziert wurde zwischen Zahlentafel, Landolt-Ringen, E-Haken bzw. Snellen und „nicht bekannt“.
9. Die in den Attesten und bei der ersten und zweiten Begutachtung angegebenen Sehschärfenwerte rechts, links und binokular; eingetragen wurden nur Visuswerte, die in der logarithmischen Visus-Umrechnungstabelle nach Bach und Kommerell enthalten sind [34]. Bruchzahlen wurden als Dezimalwert erfasst, bei nicht in der Tabelle vorhandenen Visuswerten wurde der um eine Zeile schlechtere Wert notiert (z. B. 0,7 entspricht 0,63), ebenso bei Visuswerten mit dem Zusatz „p“ oder „pp“. Visuswerte von

0,3 und 0,6 wurden als 0,32 und 0,63 eingetragen. Der Beurteilung zugrunde gelegt wurde der Visus des besseren Auges bzw. - sofern besser - der beidäugige Visus.

10. Der Modus der von allen Untersuchern durchgeführten Gesichtsfeldprüfungen; unterschieden wurden statische Perimetrie, Goldmann-Perimetrie mit der gutachterlich relevanten Prüfmarke III/4, Goldmann-Perimetrie mit Prüfmarken kleiner oder größer als III/4 und „sonstige“. Die letztgenannte Gruppe beinhaltet Amsler-Gitter und Fingerperimetrie.
11. Die Größe der mit der Prüfmarke Goldmann III/4 erhobenen Gesichtsfelder des jeweils besseren Auges; die Unterteilung erfolgte entsprechend der in den DOG-Richtlinien vorgegebenen Gesichtsfeldgrößen, die in Kombination mit definierten Visuswerten Blindheit ergeben: Gesichtsfeldradius $\leq 5^\circ$, $\leq 7,5^\circ$, $\leq 30^\circ$, $> 30^\circ$, Zentralskotom + $> 50\%$ Ausfall unterhalb des horizontalen Meridians, Hemianopsie + GF-Durchmesser $< 30^\circ$; in letzterer Variablen wurden die Fallgruppen 2.ff) und 2.gg) in Teil A.6 der Versorgungsmedizinischen Grundsätze zusammengefasst [4]. Weitere Variable waren Spiralgesichtsfeld, „nicht erhebbar“ (Proband ist nicht in der Lage) und „keine Angaben“ (Proband wäre grundsätzlich zu Angaben in der Lage), wobei sich die Unterscheidung zwischen beiden Möglichkeiten problemlos aus den Gutachten ableiten ließ. Die Größe der mit anderen Methoden geprüften Gesichtsfelder wurde nicht erfasst.
12. Die in den Attesten und bei der ersten und zweiten Begutachtung festgestellten Ursachen der Sehstörung bzw. der Blindheit; bei unterschiedlicher Diagnosestellung wurde die ursächliche Diagnose genommen, soweit bekannt (z. B. AION statt Optikusatrophie), ansonsten die bei der ersten bzw. zweiten Begutachtung gestellte Diagnose gewählt. Es war erforderlich, neben Einzeldiagnosen bestimmte Erkrankungen zu Gruppen zusammen zu fassen und aus den am häufigsten gemeinsam vorkommenden Erkrankungen Kombi-Diagnosen zu bilden, nämlich Makuladegeneration + Glaukom und Makuladegeneration + Medientrübung. Diese beiden Diagnosen wurden nur dann eingetragen, wenn Glaukom und Medientrübung neben der altersassoziierten Makuladegeneration wesentlich für die Sehstörung waren, wie z. B. bei dichtester Katarakt, oder wenn der Anteil an der Sehstörung nicht erkennbar war; sobald die AMD überwog, wurde sie als alleinige Diagnose verschlüsselt. Die Diagnosen Amblyopie, Fehlsichtigkeit und unklare Sehstörung wurden häufig in den Attesten genannt und mussten daher aufgenommen werden. Die Diagnosen wurden getrennt für das rechte und linke Auge eingetragen, sowie als führende Diagnose die des besseren Auges; sofern hier nicht differenziert wurde, wie meist in den Attesten, wurde die angegebene Diagnose für beide Augen eingetragen. Folgende Diagnosen bzw. Diagnosegruppen wurden erfasst:

- 12.1. Altersassoziierte Makuladegeneration (AMD)
- 12.2. Sonstige Makulopathien (myope Makulopathie, hereditäre Makulopathie, Makulanarbe, Makulaforamen, Makuladystrophie o.n.A., zentrale Chorioidatrophie, Makulopathie unklarer Genese)
- 12.3. Glaukom
- 12.4. Sonstige Optikopathien (Drusenpapille, Optikusatrophie bei Multipler Sklerose, erhöhtem Hirndruck, Meningeom, Optikusgliom, Hypophysentumor oder anderen Hirntumoren, Lebersche Optikusatrophie, Optikusatrophie o.n.A.)
- 12.5. Diabetische Retinopathie
- 12.6. Tapetoretinale Degeneration (Retinopathia pigmentosa, Usher-Syndrom, Zapfen-Stäbchen-Dystrophie)
- 12.7. Sonstige Retinopathien (Zapfendystrophie, hereditäre Netzhaut-Dystrophie o.n.A., Netzhaut-Aderhaut-Papillenkolobom)
- 12.8. Ablatio retinae
- 12.9. Hornhautaffektionen (Rosazea- und Herpeskeratitis, Keratokonus, Keratopathia bullosa, Hornhautulzera, Komplikationen nach Hornhauttransplantation, Leukoma corneae, Hornhauttrübung bei Trichiasis, bandförmige Keratopathie, „Map-Dot-Finger-Print“ Dystrophie)
- 12.10. Medientrübung (Katarakt, Steroidkatarakt, Hornhauttrübung o.n.A., Hornhautvaskularisation o.n.A.)
- 12.11. Entzündung, Infektion (Uveitis, „Birdshot“-Chorioretinopathie, Toxoplasmose-Chorioretinitis bei HIV, Endophthalmitis nach Avastininjektion, Herpes zoster, Stevens-Johnson-Syndrom, akute Netzhautnekrose bei Herpesinfektion, retinale Vaskulitis, akute Entzündung unklarer Genese bei neu diagnostiziertem Diabetes mellitus)
- 12.12. Gefäßerkrankungen (Zentralvenenthrombose, Zentralarterienverschluss, AION, PION, Arteriitis temporalis)
- 12.13. Trauma (Contusio bulbi, perforierende Bulbusverletzungen, Bulbusruptur)
- 12.14. Anophthalmus (Komplikationen nach Katarakt- und Netzhaut-OP, Trauma o.n.A., perforierende Verletzung bei Gartenarbeit, Kriegsverletzung)
- 12.15. Z. n. Apoplex (Arteria cerebri posterior Infarkt beidseits)
- 12.16. Phthisis (Hämophthalmus nach Katarakt-OP bei fortgeschrittener diabetischer Retinopathie)
- 12.17. Makuladegeneration + Glaukom
- 12.18. Makuladegeneration + Medientrübung
- 12.19. Amblyopie
- 12.20. Fehlsichtigkeit

12.21. Unklare Sehstörung

12.22. Fehlbildung (Anophthalmus rechts, Mikrophthalmus mit Iris-Aderhaut-Kolobom links)

13. Wertende bzw. gutachterliche Aussagen in den augenärztlichen Attesten; „ja“ wurde notiert, wenn der Antragsteller expressis verbis für blind erklärt wurde, „nein“, wenn das Attest keine wertende Beurteilung enthielt. Folgende beispielhaft zitierte Zusätze wurden als „ja“ im genannten Sinn gewertet: „Dem Blindengeldantrag ist statt zu geben“ // „Pat. ist blind“ // „Zuerkennung von Blindengeld gerechtfertigt“ // „...ist blind i. S. d. G.“ // „Blindengeldantrag empfohlen“ // „...ist praktisch blind“ // „Prozentrang 100% ...sowie den Merkzeichen *G B RF BL*“ (Kursiv: im Original handschriftlicher Eintrag in ein vorgegebenes Formular) // „...somit sind die Voraussetzungen für die Erlangung von Blindengeld gegeben“ // „Wir bitten um Überprüfung des Anspruchs auf Blindengeld“ // „...wurde der Pat. erneut zum Antrag auf Blindengeld geraten“ // „Ich empfehle das Beantragen von Blindengeld“ // „Nach den gültigen Kriterien besteht Amaurose“ // „Blindheit beider Augen...“ // „Sollte nochmals Blindengeld beantragen“ // „Komplett hilflos bei Erblindung“ // „Die Sehbehinderung hat ein Ausmaß erreicht, das der Blindheit im Sinne des Gesetzes gleichkommt.“ // „Ein Antrag auf Blindengeld sollte baldmöglichst gestellt werden.“

14. Fazit, ob aufgrund der Befunderhebung beim Augenarzt und bei der ersten bzw. zweiten Begutachtung Blindheit i. S. des BayBlindG vorliegt; differenziert wurde nach „blind“, „nicht blind“ und „Beurteilung nicht möglich“. Blindheit wurde bejaht, wenn die Kriterien entsprechend der Richtlinien der DOG bzw. des BayBlindG erfüllt waren. Die Kategorie „Beurteilung nicht möglich“ gibt es bei der zweiten Begutachtung nicht und ist in der endgültigen Entscheidung des ZBFS nicht mehr enthalten. Bei der ersten Begutachtung wurde sie vergeben, wenn eine Überprüfung der Beurteilung durch ein weiteres Gutachten ausdrücklich vorgeschlagen wurde und sich aus dem Gutachten keine ausreichenden Anhaltspunkte für Aggravation ergaben. Die Abgrenzung zwischen „nicht blind“ und „Beurteilung nicht möglich“ wurde folgendermaßen festgelegt:

14.1. AMD und sonstige Makulopathien: bis Visus 1/20 bzw. 0,05 nicht blind, ab < 1/20 „Beurteilung nicht möglich“; damit wurde berücksichtigt, dass der mit Landoltringen geprüfte Visus ein bis zwei Zeilen schlechter ausfallen kann als bei der Prüfung mit Zahlen [72]; bis 1/50, d. h. bis zur „gesetzlichen“ Erblindung, ist somit ein ausreichender Sicherheitsabstand von vier Zeilen gegeben.

14.2. Glaukom, sonstige Optikopathien und Gefäßverschluss: ohne Goldmann-Perimetrie mit der Prüfmarke III/4 generell „Beurteilung nicht möglich“; einzige Ausnahme: zwei Fälle mit Visus 1,0 auf dem besseren Auge, die als „nicht blind“ erfasst wurden;

- 14.3. Diabetische Retinopathie: bis Visus 0,1 „nicht blind“; Visus < 0,1 und ohne Goldmann-Gesichtsfeld III/4 „Beurteilung nicht möglich“. Damit wurde der Möglichkeit von Gesichtsfelddefekten infolge diabetischer Optikopathie oder panretinaler Laserkoagulation Rechnung getragen.
15. Partialfunktionen, auf denen das Fazit „blind“ beruht: Visus, Gesichtsfeld oder Visus in Verbindung mit dem Gesichtsfeld.
16. Die Gründe für das Fazit „nicht blind“; hier wurden vier Kategorien gebildet:
- 16.1. DOG-Kriterien nicht erfüllt
- 16.2. Mitarbeit nicht möglich (Demenz)
- 16.3. Aggravation
- Der Verdacht auf Aggravation wurde bei der ersten Begutachtung nur selten geäußert; aus methodischen Gründen wurden diejenigen Fälle unter „Aggravation“ erfasst, bei denen die Blindheitskriterien rein formal erfüllt waren, das angegebene Sehvermögen jedoch nicht mit der Diagnose und/oder den übrigen Befunden korrelierte (morphologischer Befund, objektivierende Zusatzuntersuchungen, Verhaltensbeobachtung) und vom Gutachter daher Blindheit verneint wurde (meist mit der Begründung „Beurteilung nicht möglich“). Folgende Gründe für die Annahme von Aggravation wurden einzeln und als Gruppen mit den häufigsten Kombinationen erfasst:
- 16.3.1.1. Visusprüfung (z. B. Vergleich von Nah- und Fernvisus, Prüfung des optokinetischen Nystagmus)
- 16.3.1.2. Gesichtsfeldprüfung (Bjerrum Schirm, Spiralgesichtsfeld, Konfrontationsgesichtsfeld)
- 16.3.1.3. morphologische Befunde
- 16.3.1.4. elektrophysiologische Untersuchungen (z. B. VECG, ERG),
- 16.3.1.5. Vorbefunde
- 16.3.1.6. Verhaltensbeobachtung.
- 16.4. „Sonstiges“
- Hier wurden Sonderfälle erfasst, wie Ablehnung aus rechtlichen Gründen, Rücknahme des Antrags etc., Erläuterungen im Einzelnen im Kapitel „Ergebnisse“.
17. Die Entscheidungen des ZBFS:
- 17.1. Nach Eingang der Atteste/Befundberichte: Begutachtung oder Ablehnung.
- 17.2. Nach der ersten Begutachtung: Bewilligung von Blindengeld, Ablehnung des Antrags bzw. Zurückweisung des Widerspruchs oder zweite Begutachtung (Augenklinik der LMU).

- 17.3. Nach Abschluss der Sachaufklärung: abschließende Diagnose, blind oder nicht blind, jeweils mit den Gründen (s. Pkt. 15, 16); im Fall einer zweiten Begutachtung (Augenklinik der LMU) wurde deren Ergebnis übernommen, in allen übrigen Fällen entsprach die endgültige Beurteilung dem Ergebnis der ersten Begutachtung.
18. Besonderheiten; hier wurden u. a. spezielle Diagnosen, Gründe für lange Verfahrensdauer, handschriftliche Äußerungen von Antragstellern, Zweifel der Autorin an der getroffenen Entscheidung notiert, und zwar in freier Form (Text-Variable).

Daraus ergaben sich insgesamt 56 Variable als Grundlage für die statistische Auswertung.

2.2 Auswertung

Die Erfassung und Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS („Statistical Package for the Sozial Sciences“) 16.0 für Windows, SPSS Inc. Chicago.

Die Verarbeitung der Sehschärfenwerte erfolgte nach der logarithmischen Tabelle (Tab. II.1), basierend auf Bach und Kommerell [34] (s. Anhang) und einer persönlichen Mitteilung (Journalclub, 21.02.2001, Augenklinik der LMU). Um die in den Attesten angegebenen Visuswerte auswerten zu können, mussten abweichende Angaben auf den nächstschlechteren Wert abgeändert werden. Dies waren die Visuswerte 0,7 und 0,9, die als 0,63 und 0,8 notiert wurden. Die Angaben in den Attesten konnten somit nicht in allen Fällen uneingeschränkt übernommen werden.

Bei der Ermittlung der demographischen Daten, wie Anteil Männer/Frauen, Altersstruktur, und Pflegestufe (Kap. III.1), wurde jeder Antragsteller nur einmal gewertet, bei mehreren Anträgen mit den Daten des jeweils letzten Antrags. Der Auswertung wurden 883 Antragsteller zugrunde gelegt. In gleicher Weise wurden Häufigkeit sowie alters- und geschlechtsbezogene Verteilung der Diagnosen und die Ursachen der Erblindung ermittelt.

Die übrigen Berechnungen wurden auf Grundlage aller 925 verwerteten Anträge bzw. Fälle vorgenommen.

Im Kapitel „Ergebnisse der Antragstellung“ (Kap. III.2.2.), wo es vorwiegend um die Validität der Atteste und Befundberichte geht, wurden für die statistischen Auswertungen zwei Fälle aus dem Datensatz entfernt. In einem Fall (Diagnose Glaukom) war eine Klärung der Befunde nicht möglich, da eine weitere Begutachtung, die wegen Zweifeln an den Angaben zum Sehvermögen angeordnet worden war, von den Angehörigen der über 90-jährigen

Zeilen	Dezimal	log Visus	Metervisus
-2	1,6	0,2	
-1	1,25	0,1	
0	1,0	0,0	
1	0,8	-0,1	
2	0,63	-0,2	
3	0,5	-0,3	
4	0,4	-0,4	
5	0,32	-0,5	
6	0,25	-0,6	
7	0,2	-0,7	
8	0,16	-0,8	
9	0,13	-0,9	
10	0,1	-1,0	10
11	0,08	-1,1	12
12	0,06	-1,2	15
13	0,05	-1,3	20
14	0,04	-1,4	25
15	0,032	-1,5	35
16	0,025	-1,6	40
17	0,02	-1,7	50
20	0,01	-2,0	FZ
30	0,001	-3,0	Hbw
			Lux
			Nulla lux

Tab. II.1

Antragstellerin verhindert wurde (Blindengeld wurde dann aufgrund eines weiteren Attestes vom ZBFS bewilligt). Im zweiten Fall (Diagnose AMD, zusätzlich Katarakt) war ein operativer Eingriff zehn Tage vor der ersten Begutachtung Grund für das gegenüber dem Attest deutlich bessere Sehvermögen.

Im Kapitel „Visusänderungen im Zeitablauf“ wurde nur der letztgenannte Fall (Besserung durch OP) aus dem Datensatz entfernt, somit Auswertung von 924 Fällen.

In den Diagrammen im Kapitel „Visusänderungen im Zeitablauf“ sind nur die in der Dezimalskala vorhandenen Visuswerte dargestellt (2. Spalte von links in der logarithmischen Skala von Bach und Kommerell, s. Tab. II.1), weshalb „lux“ und „nulla lux“ nicht erfasst sind. Die Übersicht über alle Visuswerte erfolgt daher tabellarisch. Ebenfalls

nicht erfasst sind die Fälle mit Visus „ohne Angabe“ (zwei Fälle im Attest, fünf Fälle bei der ersten Begutachtung).

III. ERGEBNISSE

1. Allgemeine Daten

1.1 Alle Antragsteller

1.1.1 Alters- und Geschlechtsverteilung

Bei den 883 Antragstellern handelte es sich um 301 Männer (34,1 %) und 582 Frauen (65,9 %). Die 80- bis 89-Jährigen waren mit 386 Personen (43,7 %) die größte Altersgruppe, hier ist auch der Anteil der Frauen mit 75,4 % am höchsten. Bis zur Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen hält sich die Zahl der Männer und Frauen in etwa die Waage, bei den 60- bis 69-jährigen überwiegen die Männer mit 60,1 % (Abb. III.1).

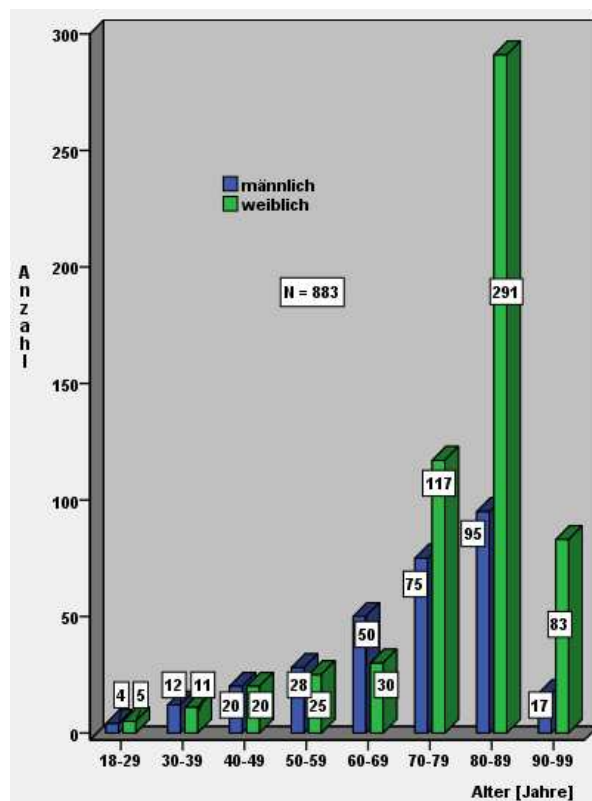


Abb. III.1: Alle Antragsteller nach Alter und Geschlecht

1.1.2 Antragsverhalten

Mit 73 % stellten fast drei Viertel aller Antragsteller bis zum Zeitpunkt der Aktenauswertung nur einen Antrag auf Blindengeld, 27 % stellten Wiederholungsanträge, in einem Fall fünfmal (Abb. III.2).

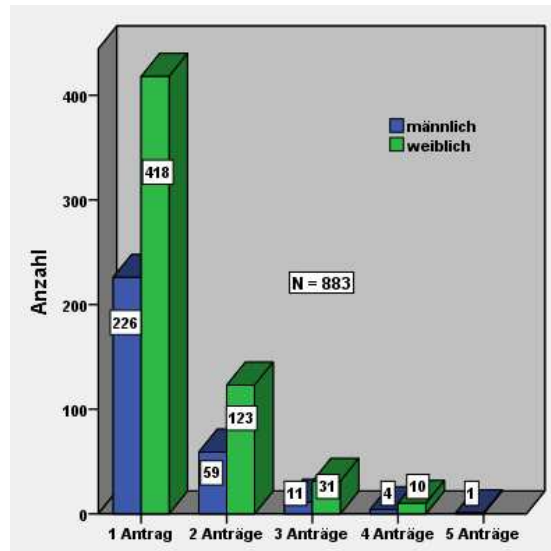


Abb. III.2: Zahl der Wiederholungsanträge pro Antragsteller

1.1.3 Pflegestufen

Von den 883 Antragstellern bezogen 595 (67,4 %) keine Leistungen aus der Pflegeversicherung. Bei den 270 Pflegebedürftigen war Pflegestufe 1 mit 76,7 % am häufigsten vertreten, nur 5 Personen (1,9 %) befanden sich in Pflegestufe 3. In 18 Fällen gab es dazu keine Angaben (Abb. III.3).

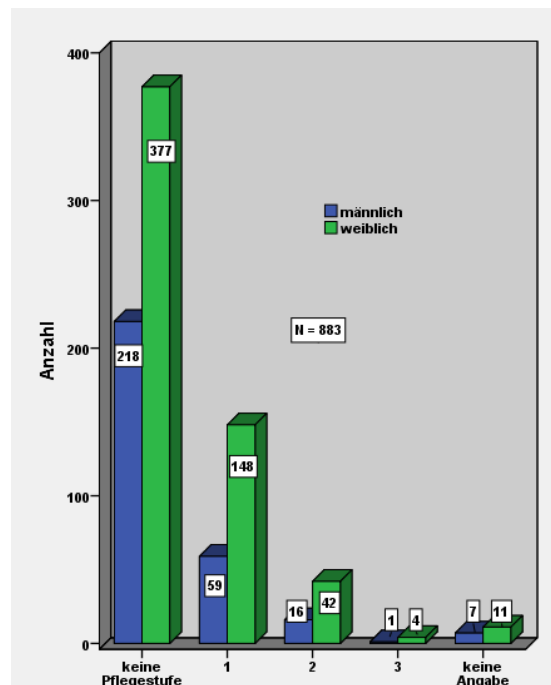


Abb. III.3: Pflegestufe zum Zeitpunkt der Antragstellung

Der höchste Anteil an Pflegebedürftigen fand sich erwartungsgemäß bei den 90-Jährigen (63 %), in der Altersgruppe der 18-29-Jährigen bezog niemand Pflegegeld (Tab. III.2).

Alter [Jahren]	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99
Gesamtzahl	9	23	40	53	80	192	386	100
Pflege-St. 0	9	20	37	45	68	147	234	35
Pflege-St. 1	-	1	2	4	9	34	110	47
Pflege-St. 2	-	2	-	-	3	9	30	14
Pflege-St. 3	-	-	-	-	-	-	3	2
keine Angabe	-	-	1	4	-	2	9	2
insgesamt pflegebedürftig	0 %	13 %	5 %	8 %	15 %	22 %	37 %	63 %

Tab. III.2: Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe und Altersgruppe

1.1.4 Diagnosen

Die altersassoziierte Makuladegeneration (AMD) war bei 428 Antragstellern die führende Diagnose (d. h. die Diagnose des besseren Auges) - und damit die am häufigsten (48,5 %) genannte Augenerkrankung. Glaukom, Glaukom kombiniert

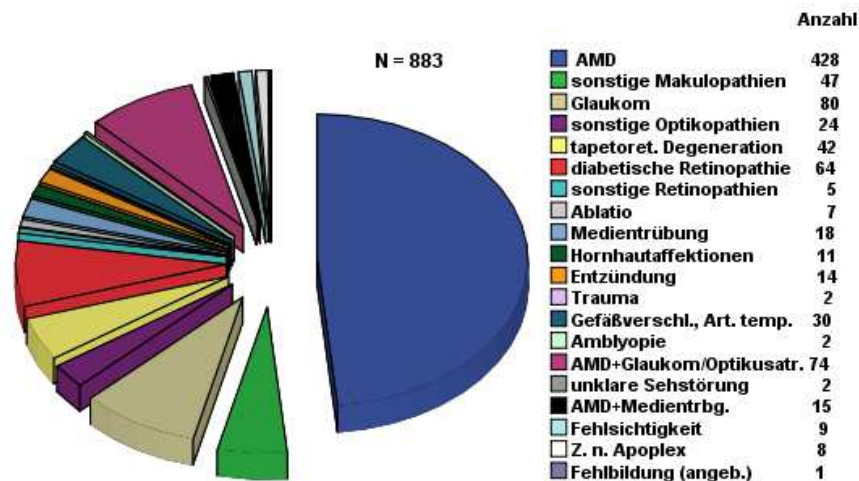


Abb. III.4: Diagnosen bei allen Antragstellern; N = 883

mit AMD und diabetische Retinopathie folgten mit 80 (9,1 %), 74 (8,4 %) und 64 (7,2 %) Fällen (Abb. III.4).

Bei den Frauen war die AMD mit 327 Fällen (56 %) deutlich häufiger als bei den Männern, wo sie mit 101 Fällen nur 33,6 % der führenden Diagnosen ausmachte. Die zweithäufigste der führenden Diagnose bei den Männern war das Glaukom, bei den Frauen Glaukom

kombiniert mit AMD. Zur Häufigkeit der Diagnosen bei den männlichen und den weiblichen Antragstellern s. Abbildung III.5 und III.6.

Bei den Antragstellern im Alter von 18-49 Jahren kam die AMD nicht vor, hier war die tapetoretinale Degeneration mit insgesamt 22 Fällen (30,5 %) die am häufigsten genannte Diagnose, davon in 18 Fällen in Form der Retinopathia pigmentosa, in 4 Fällen als Zapfen-Stäbchen-Dystrophie. Die diabetische Retinopathie war in der Altersgruppe der 50- und 60-Jährigen führend, ab dem 70. Lebensjahr stand die AMD im Vordergrund. „Sonstige Optikopathien“, in der Mehrzahl Optikusatrophien infolge von Hirntumoren, waren bei den 18- bis 29-Jährigen (22,2 %) und den 40- bis 49-Jährigen (17,5 %) die zweithäufigste Diagnose. Bei den 30- bis 39-Jährigen standen Entzündungen und Infekte mit 17,4 % an zweiter Stelle, bei den 50- bis 59- und 60- bis 69-Jährigen „sonstige Makulopathien“ (18,9 %), vorallem

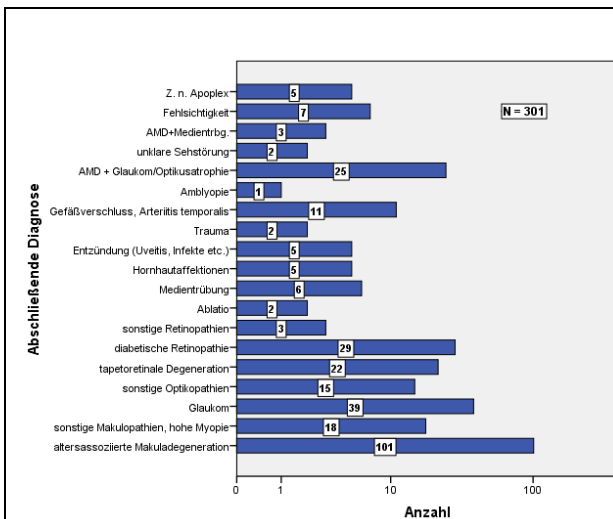


Abb. III.5: Verteilung der Diagnosen bei den Männern

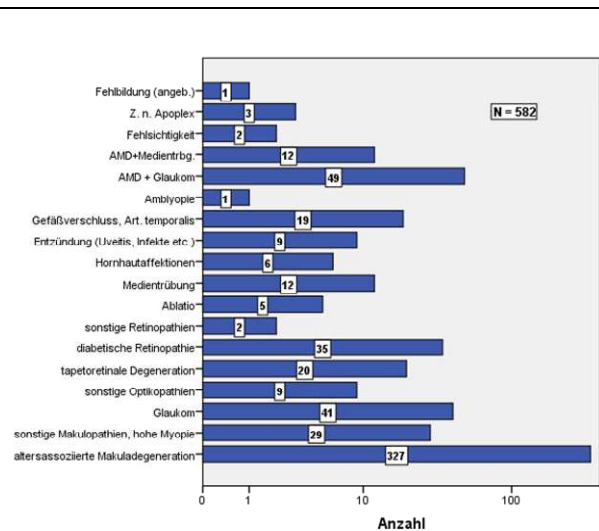


Abb. III.6: Verteilung der Diagnosen bei den Frauen

Makulaforamen und hereditäre Makulopathie. Bei den 70- bis 79-Jährigen war die diabetische Retinopathie die zweithäufigste Diagnose, bei den 80- bis 89-Jährigen Glaukom, bei den über 90-Jährigen AMD kombiniert mit Glaukom. Die seltenste Diagnose mit nur einem Fall war die „congenitale Sehstörung“; hier handelte es sich um eine Antragstellerin aus der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen mit angeborenem Anophthalmus rechts und Mikrophthalmus links mit Iris-Aderhaut-Kolobom, Myopie und Glaukom (Visus 0,1 bei unauffälligem Gesichtsfeld). Eine Übersicht über alle Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht gibt Tabelle III.3.

Alter [Jahren]	18-29		30-39		40-49		50-59		60-69		70-79		80-89		90-99	
m/w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
	4	5	12	11	20	20	28	25	50	30	75	117	95	291	17	83
AMD	-	-	-	-	-	-	2	3	6	6	28	63	55	197	10	58
sonst. Makulop.	-	1	2	1	1	4	7	3	3	6	2	5	3	8	-	1
Glaukom	-	-	1	1	2	1	3	2	5	-	13	4	14	27	1	6
sonst. Optikop.	1	1	1	2	4	3	1	1	2	1	2	1	3	-	1	-
tapetoret. Degen.	2	2	5	3	5	5	2	2	4	5	4	1	-	3	-	-
diabet. Retinop.	-	-	-	-	-	-	4	7	17	4	6	15	2	8	-	1
sonst. Retinop.	1	-	-	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ablatio	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	3	-	1	-	-
Medientrübung	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-	3	4	1	4	-	3
Hornhaut-Affekt.	-	-	-	1	3	1	-	-	1	2	1	1	-	1	-	-
Entzünd./Infekte	-	1	2	2	-	1	1	1	-	-	2	2	-	1	-	1
Trauma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
Gefäßverschl.	-	-	-	-	-	-	1	4	3	4	5	9	2	2	-	-
Amblyopie	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
AMD+Glaukom	-	-	-	-	-	-	2	-	1	1	5	6	12	31	5	11
unklare Sehstrg.	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
Makulop.+ Medientrbg.	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	3	2	7	-	2
Fehlsichtigkeit	-	-	-	-	1	1	2	-	4	-	-	-	-	1	-	-
Z.n. Apoplex	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	3	-	-	1	-	-
cong. Fehlbildg.	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tab. III.3: Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht

1.2 Blinde

1.2.1 Demographische Daten

Von insgesamt 883 Antragstellern wurden nach Abschluss der Antrags- und Widerspruchsverfahren 515 (58,3 %) vom ZBFS als blind anerkannt, in 368 Fällen (41,7 %) erfolgte die Ablehnung.

Von den 515 als blind anerkannten Antragstellern waren 34 % Männer und 66 % Frauen (Abb. III.7), die prozentuale Aufteilung entspricht somit im Wesentlichen der bei allen Antragstellern (s. Kap. III.1.1.1).

Die 80-Jährigen waren mit 251 Personen (48,7 %) auch bei den Blinden die größte Altersgruppe (Abb. III.8) mit dem größten Anteil an Frauen (73 %). Bis zur Altersgruppe der

60-Jährigen überwogen die Männer, außer bei den 40-Jährigen, ab der Altersgruppe der 70-Jährigen waren die Frauen deutlich in der Überzahl (Tab. III.4).

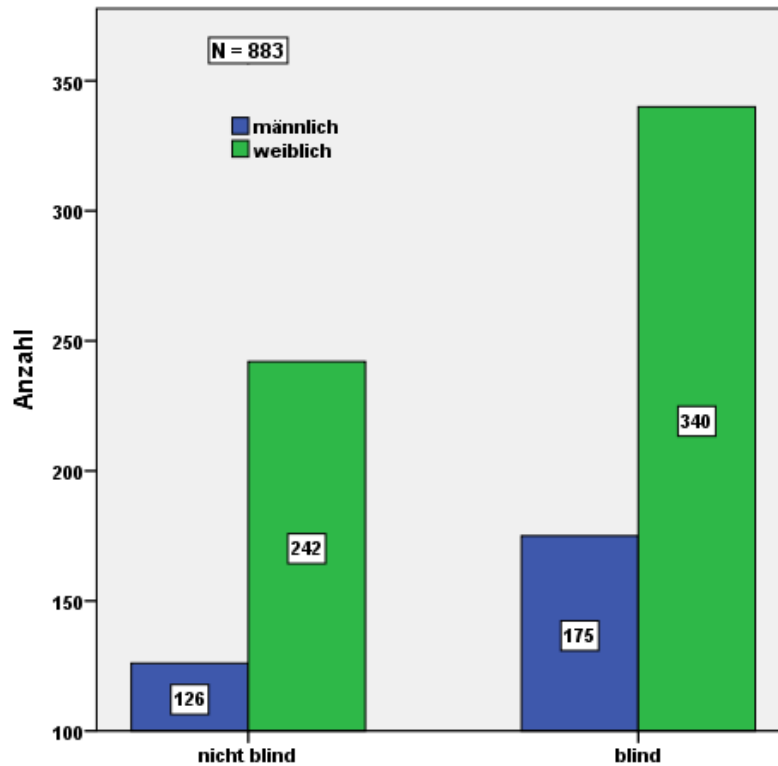


Abb. III.7: Abschließende Entscheidung des ZBFS bei allen Antragstellern

Von den 515 als blind anerkannten Antragstellern bezogen 326 (63,3 %) keine Leistungen aus der Pflegeversicherung, in einem Fall gab es dazu keine Angaben. Pflegestufe 1 war mit 139 Personen (27 %) am häufigsten vertreten, 4 Personen, alle Frauen, befanden sich in Pflegestufe 3. Fast die Hälfte der pflegebedürftigen Blinden (48,7 %) entfiel auf die

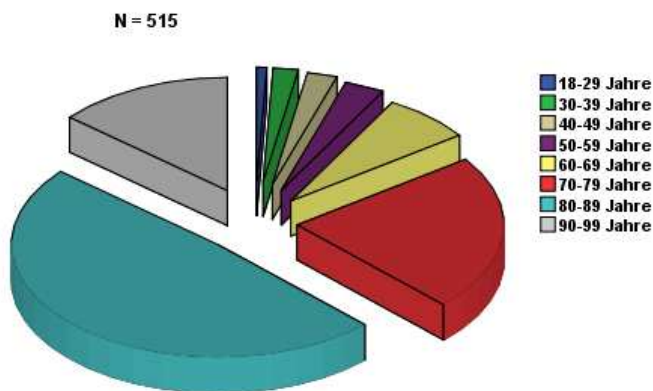


Abb. III.8: Alter zum Zeitpunkt der Antragstellung

Alter	m	w	gesamt
18-29	3	1	4
30-39	8	2	10
40-49	6	6	12
50-59	9	7	16
60-69	24	12	36
70-79	45	70	115
80-89	68	183	251
90-99	12	59	71
gesamt	175	340	515

Tab. III.4: Geschlechtsverteilung nach Altersgruppen

Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen. Die Pflegebedürftigkeit innerhalb der Altersgruppen war – wie bei den Antragstellern insgesamt – bei den 90-jährigen Blinden am höchsten (Tab. III.5).

Alter	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99
Anzahl m/w	3 / 1	8 / 2	6 / 6	9 / 7	24 / 12	45 / 70	68 / 183	12 / 59
Pflege-St. 0	3 / 1	6 / 2	5 / 6	7 / 6	17 / 11	33 / 54	41 / 105	7 / 22
Pflege-St. 1	-	-	1 / -	2 / 1	6 / -	9 / 12	20 / 60	5 / 23
Pflege-St. 2	-	2 / -	-	-	1 / -	3 / 4	7 / 15	- / 12
Pflege-St. 3	-	-	-	-	-	-	- / 2	- / 2
keine Angabe	-	-	-	-	- / 1	-	- / 1	-
pflegebedürftig	0 %	20 %	8,3 %	18,8 %	22,2 %	24,3 %	41,4 %	59,2 %

Tab. III.5: Pflegestufen nach Altersgruppen und Geschlecht bei den als blind anerkannten Personen

1.2.2 Diagnosen

Die altersassoziierte Makuladegeneration (AMD) ist mit 53,8 % die Hauptdiagnose bei den als blind anerkannten Antragstellern, die Diagnosen AMD + Glaukom sowie Optikusatrophie + Glaukom folgen mit 9,7 % bzw. 9,5 % an zweiter und dritter Stelle. An vierter Stelle steht mit 6,4 % die diabetische Retinopathie. Auf diese vier Diagnosen entfallen knapp 79,4 % der Erblindungen (409 Fälle). Weitere 11,5 % gehen zu Lasten der tapetoretinalen Degeneration (4,3 %), sonstiger Makulopathien (3,7 %) und von Gefäßerkrankungen (3,5 %). Die weiteren Fälle (9,1 %) verteilen sich auf 10 andere Diagnosen. Eine Übersicht über die Erblindungsursachen gibt Abbildung III.9.

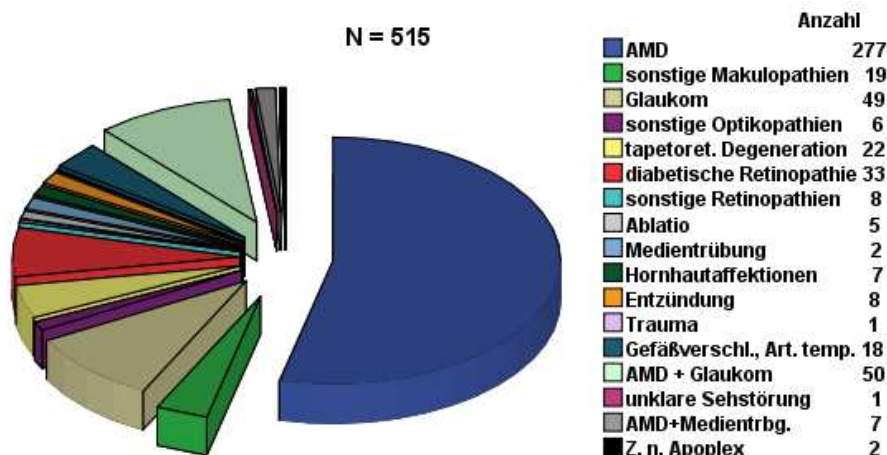


Abb. III.9: Führende Diagnosen bei den als „blind“ beurteilten Antragstellern

Die altersspezifische Verteilung der Diagnosen ist bei den Blinden im Wesentlichen die gleiche, wie bei den Antragstellern insgesamt. Vom 18.-49. Lebensjahr ist die tapetoretinale Degeneration mit insgesamt 11 Fällen die Hauptursache von Blindheit, in der Mehrzahl

Diagnose	Anzahl / %	Anzahl / %	Anzahl / %
	N = 515	m = 175	w = 340
AMD	277 / 53,8 %	69 / 39,4 %	208 / 61,2 %
sonst. Makulopathie	19 / 3,7 %	7 / 4,0 %	12 / 3,5 %
Glaukom	49 / 9,5 %	26 / 14,8 %	23 / 6,8 %
sonst. Optikopathie	6 / 1,2 %	5 / 2,8 %	1 / 0,3 %
tapetoretinale Degen.	22 / 4,3 %	12 / 6,8 %	10 / 2,9 %
diab. Retinop.	33 / 6,4 %	15 / 8,6 %	18 / 5,3 %
sonst. Retinop.	2 / 0,4 %	1 / 0,6 %	1 / 0,3 %
Ablatio	5 / 1,0 %	1 / 0,6 %	4 / 1,2 %
Medientrübung	8 / 1,5 %	1 / 0,6 %	7 / 2,0 %
Hornhaut-Affektion	7 / 1,4 %	4 / 2,3 %	3 / 0,9 %
Entzünd./Infekte	8 / 1,5 %	3 / 1,7 %	5 / 1,5 %
Trauma	1 / 0,2 %	1 / 0,6 %	-
Gefäßverschluss	18 / 3,5 %	9 / 5,1 %	9 / 2,6 %
AMD+Glaukom	50 / 9,7 %	17 / 9,7 %	33 / 9,7 %
unklare Sehstörung	1 / 0,2 %	1 / 0,6 %	-
Makulop.+ Medientr.	7 / 1,4 %	1 / 0,6 %	6 / 1,8 %
Z.n. Apoplex	2 / 0,4 %	2 / 1,1 %	-

Tab. III.5: Geschlechtsspezifische Zuordnung der führenden Diagnosen

Retinopathia pigmentosa. Bei den 18-29-Jährigen sind dies 3 von 4 Fällen, der vierte Fall von Erblindung in dieser Altersgruppe geht zu Lasten einer (nicht näher bekannten) hereditären Makuladystrophie. Erworbene Makulaerkrankungen und Gefäßerkrankungen spielen bis zum 50. Lebensjahr für die Erblindung dagegen keine Rolle. Die diabetische Retinopathie ist mit 31 % bzw. 30 % die häufigste Erblindungsursache in der Altersgruppe der 50- bis 69-Jährigen, ab dem 70. Lebensjahr ist die AMD die führende Diagnose. An zweiter Stelle stehen bei den 30- bis 39-Jährigen „Entzündungen/Infekte“ (2 Fälle von Toxoplasmose-Chorioretinitis bei fortgeschrittener HIV-Infektion), bei den 40- bis 49-Jährigen Hornhautaffektionen (3 Fälle: Z. n. Pilzkeratitis und Z. n. mehrfacher Hornhauttransplantation mit Transplantatversagen), bei den 50- bis 59-Jährigen Glaukom, Gefäßerkrankungen, sowie AMD + Glaukom mit jeweils 2 Fällen. Bei den 60- bis 69-Jährigen ist die tapetoretinale Degeneration mit 7 Fällen (19 %) die zweithäufigste Erblindungsursache, davon 6 Fälle von Retinopathia pigmentosa. Bei den 70- bis 79-Jährigen steht das Glaukom mit 10 % und bei den 80- bis 89- und über 90-Jährigen AMD + Glaukom mit 12 % bzw. 15 % an zweiter Stelle. Die seltenste Erblindungsursache ist „Z. n. Apoplex“ mit 2 Fällen, in beiden Fällen handelt es um einen Z. n. beiderseitigem Infarkt der

Arteria cerebri posterior. Eine Übersicht über alle Erblindungsursachen nach Altersgruppen und Geschlecht geben die Tabellen III.5 und III.6.

Alter [Jahren]	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99
m / w	3/1	8/2	6/6	9/7	24/12	45/70	68/183	12/59
AMD	-	-	-	1/-	1/2	16/39	42/125	9/42
sonst. Makulopathie	-	1/-	-	-/1	1/2	2/3	3/5	-/1
Glaukom	-	1/-	1/-	1/1	4/-	10/2	9/17	-/3
sonst. Optikopathie	-	1/-	1/1	1/-	-	1/-	1/-	-
tapetoret. Degeneration	3	3/1	1/3	-	3/4	3/1	-	-
diab. Retinop.	-	-	-	2/3	9/2	3/6	1/6	-/1
sonst. Retinop.	1	-	-/1	-	-	-	-	-
Ablatio	-	-	-	1/-	-	-/3	-/1	-
Medientrübung	-	-	1/-	-	-	-/1	-/4	-/2
Hornhaut-Affektion	-	-/1	2/1	-	1/1	1/-	-	-
Entzünd./Infekte	-	2/-	-	-/1	-	1/2	-/1	-/1
Trauma	-	-	-	-	-	-	1/-	-
Gefäßverschluss	-	-	-	1/1	3/1	4/7	1/-	-
AMD+Glaukom	-	-	-	2/-	-	3/5	9/20	3/8
unklare Sehstörung	-	-	-	-	1/-	-	-	-
Makulopathie + Medientrübung	-	-	-	-	-	-/1	1/4	-/1
Z.n. Apoplex	-	-	-	-	1/-	1/-	-	-

Tab. III.6: Erblindungsursachen nach Altersgruppen und Geschlecht

1.2.3 AMD und Glaukom – Partialfunktionen

Von den 277 Antragstellern, die aufgrund einer altersassoziierten Makuladegeneration erblindet waren, war in 270 Fällen (97,5 %) Blindheit allein wegen der Visusminderung gegeben. Blindheit wegen Visusminderung in Kombination mit Gesichtsfeldeinengung wurde in sieben Fällen (2,5 %) festgestellt (Abb. III.10), alle gehörten zur Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen, wurden nur einmal begutachtet und hatten auf dem besseren Auge einen Visus von 0,032. In vier Fällen wurde ein auf weniger als 30°, in zwei Fällen ein auf weniger als 15° eingeengtes Gesichtsfeld angegeben. Dafür gab es in keinem Fall ein morphologisches Korrelat oder eine Erklärung seitens der Diagnose oder der Anamnese.

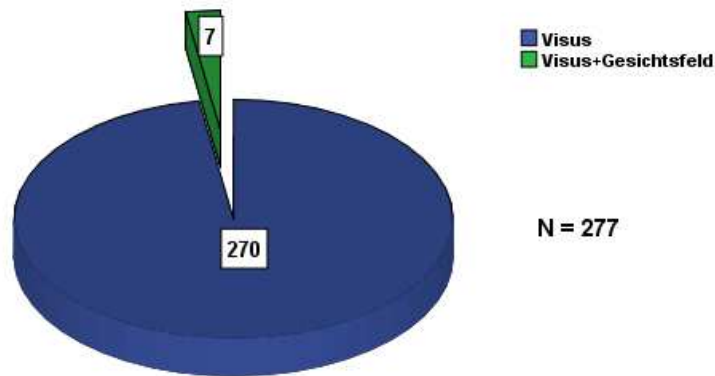


Abb. III.10:Erblindung bei altersassoziierter Makuladegeneration

Von den 49 wegen Glaukom erblindeten Antragstellern waren 34 (69,4 %) bereits aufgrund der Visusminderung blind, 12 (24,5 %) wegen Visusminderung in Kombination mit Gesichtsfeldeinengung und drei (6,1 %) wegen Gesichtsfeldeinengung auf $< 5^\circ$ Abstand vom Zentrum (Abb. III.11). In den letzten drei Fällen war die Sehschärfe des jeweils besseren Auges 0,04, 0,06 und 0,4.

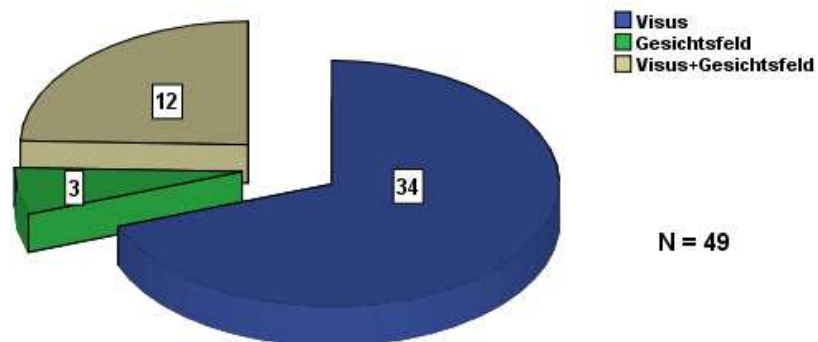


Abb. III.11:Erblindung bei Glaukom

2. Atteste und Begutachtungen im Vergleich

2.1 Untersuchungsmethoden

Von den 925 Attesten enthielten 919 (99,4 %) keine Aussage zum Modus der Sehschärfeprüfung. Jeweils drei Atteste enthielten die Angabe „Zahlentafel“ bzw. „Landolt-Ringe“ (jeweils 0,3 %). 645 Atteste (69,7 %) enthielten keine Angaben zu Gesichtsfeldbefunden, in 280 Attesten (30,3 %) war eine Gesichtsfeldprüfung vermerkt. Von den 280 Gesichtsfeldprüfungen entfielen mit 192 Fällen etwa zwei Drittel auf die statische Perimetrie, 80 Fälle auf die kinetische Perimetrie und acht auf „Sonstige“ (Amsler-Gitter und Fingerperimetrie).

Die kinetische Perimetrie war in 57 Fällen mit der Marke Goldmann III/4, in 23 Fällen mit größeren oder kleineren Marken als III/4 durchgeführt worden.

Bei den Begutachtungen erfolgte die Visusprüfung nur in Ausnahmefällen mit anderen Optotypen (keine Angaben bei Prüfung mit dem Landoltring). Das Gesichtsfeld wurde immer mit der Marke Goldmann III/4 erhoben, mit Ausnahme von drei Fällen von Fingerperimetrie bei der ersten Begutachtung (zweimal bei Untersuchungen per Hausbesuch, einmal wegen mangelnder Fähigkeit zur Mitwirkung bei der Goldmann-Perimetrie). Eine Übersicht über die Untersuchungsmethoden geben die Tabellen III.7 und III.8.

Visusprüfung	Zahlentafel	Landolt	E-Hak./Snellen	nicht bekannt
Atteste	3 (0,3 %)	3 (0,3 %)	---	919 (99,4 %)
1. Begutachtung	15 (1,6 %)	904 (97,7 %)	6 (0,7 %)	---
2. Begutachtung	---	61 (96,8 %)	2 (3,2 %)	---

Tab. III.7: Modus der Visusprüfung

GF-Prüfung	Goldmann III/4	Goldmann \neq III/4	stat. Perimetrie	sonstige	kein GF
Atteste	57 (6,2 %)	23 (2,5 %)	192 (20,6 %)	8 (0,9 %)	645 (69,7 %)
1. Begutachtung	798 (86,3 %)	---	---	3 (0,3 %)	124 (13,4 %)
2. Begutachtung	63 (100 %)	---	---	---	---

Tab. III.8: Modus der Gesichtsfeldprüfung

2.2 Ergebnisse der Antragstellung

Bei 621 (67,1 %) der 925 Atteste konnte aus den Befunden das Fazit „blind“ oder „nicht blind“ gezogen werden. Demnach waren 359 Antragsteller (38,8 %) als blind, 262 als nicht

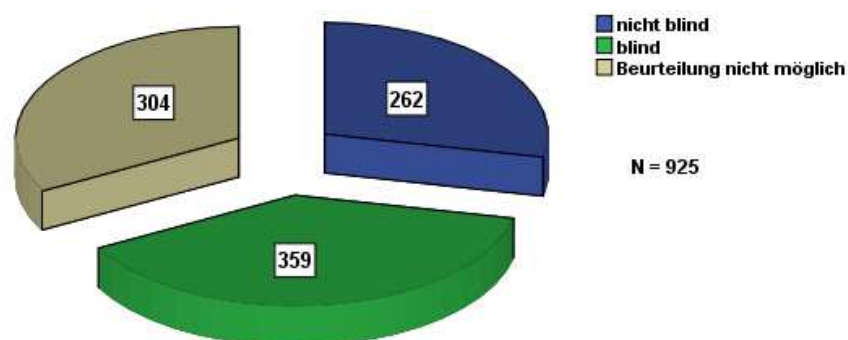


Abb. III.12: Beurteilung nach den Befunden im Attest

blind (28,3 %) zu beurteilen. In 304 Fällen (32,9 %) war eine Beurteilung nicht möglich (Abb. III.12; zu den Kriterien s. Kap. II. 2.1.14).

Von 925 Anträgen wurde in 518 Fällen (56 %) abschließend Blindengeld bewilligt, 407 Anträge (44 %) wurden vom ZBFS abgelehnt (Abb. III.13).

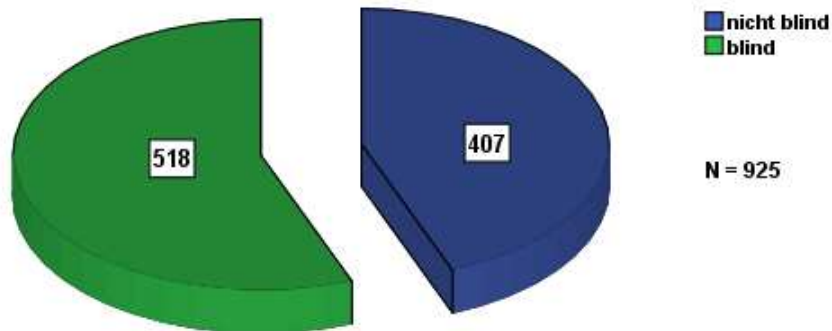


Abb. III.13: Abschließende Entscheidung des ZBFS, alle Anträge

Ohne die beiden Fälle, die für die folgenden statistischen Auswertungen aus dem Datensatz entfernt wurden (s. Kap. II.2.2), konnte aus 619 (67,1 %) der 923 Atteste das Fazit „blind“ oder „nicht blind“ gezogen werden. 357 Antragsteller (39 %) waren als blind, 262 als nicht blind (28 %) zu beurteilen, in 304 Fällen (33 %) war eine Beurteilung nicht möglich (Abb. III.14).

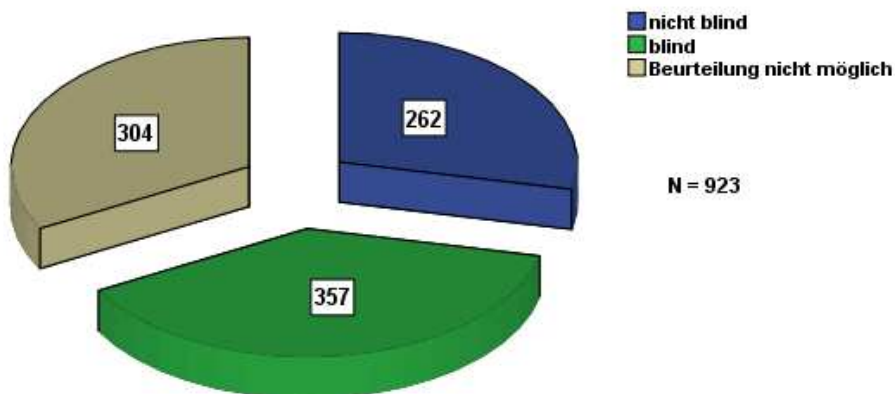
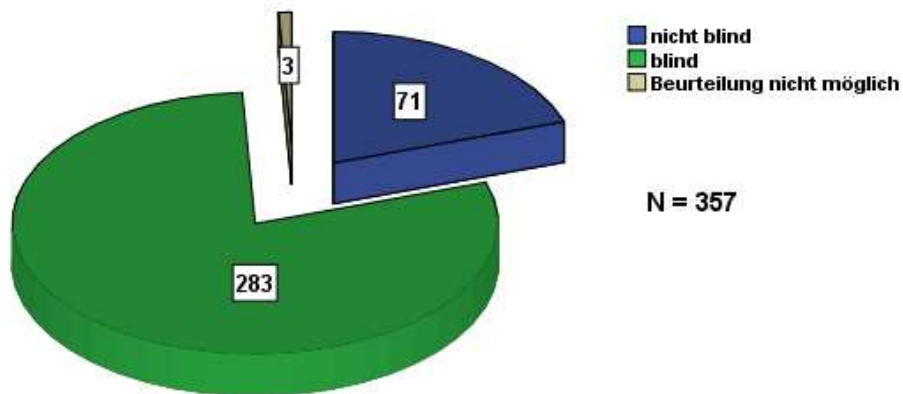


Abb. III.14: Beurteilung nach den Befunden im Attest

2.2.1 Blind nach den Befunden im Attest

Bei den 357 Personen, die nach den Befunden im Attest als blind zu beurteilen waren, wurde bei der ersten Begutachtung in 283 Fällen (79,3 %) Blindheit bestätigt, 71 (20 %)

wurden als nicht blind eingestuft, in 3 Fällen (0,8 %) war eine Beurteilung nicht möglich (Abb. III.15).



Ab. III.15: Ergebnis der ersten Begutachtung bei den Antragstellern, die nach den Befunden im Attest als „blind“ eingestuft wurden

Von den 283 Antragstellern, bei denen Blindheit bestätigt wurde, erhielten 282 einen positiven Bescheid mit der Bewilligung von Blindengeld (in einem Fall nach Absicherung durch eine zweite Begutachtung an der Augenklinik der LMU, Optikusatrophie bei Z. n. Hirntumor ohne weitere neurologische Ausfälle). Ein Antrag wurde abgelehnt, da der Antragsteller aus rechtlichen Gründen keinen Anspruch auf Blindengeld hatte (Ausländer mit Duldung gem. § 60a AufenthG, somit ohne Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Bayern).

Bei den 71 als „nicht blind“ beurteilten Antragstellern waren in 59 Fällen (83,1 %) die Blindheitskriterien nicht erfüllt, in 11 Fällen (15,5 %) entsprachen die Angaben zum Sehvermögen nicht den morphologischen Befunden und/oder der Diagnose (Abb. III.16). Blindheit konnte deshalb nicht bejaht werden, obwohl die Blindheitskriterien rein formal erfüllt waren. Diese Fälle wurden aus methodischen Gründen unter „Aggravation“ erfasst (s. Kap. II.2.1.16). Ein Fall von „Mitarbeit nicht möglich“ (1,4 %) betraf eine demente über 80 Jahre alte Antragstellerin, Diagnose „Glaukom“, Blindheit war jedoch alleine aufgrund der Verhaltensbeobachtung nicht anzunehmen. Eine weitere Begutachtung war in diesem Fall nicht sinnvoll bzw. notwendig.

Vom ZBFS erhielten 61 der als „nicht blind“ beurteilten Antragsteller einen Ablehnungsbescheid (darunter ein Fall mit V. a. Aggravation, bei dem vom Erstgutachter weitere Abklärung empfohlen worden war), bei den übrigen 10 Fällen mit V. a. Aggravation folgte eine zweite Begutachtung an der Augenklinik der LMU. Blindheit konnte in keinem Fall festgestellt werden, vielmehr wurde der V. a. Aggravation bestätigt und im Gutachten

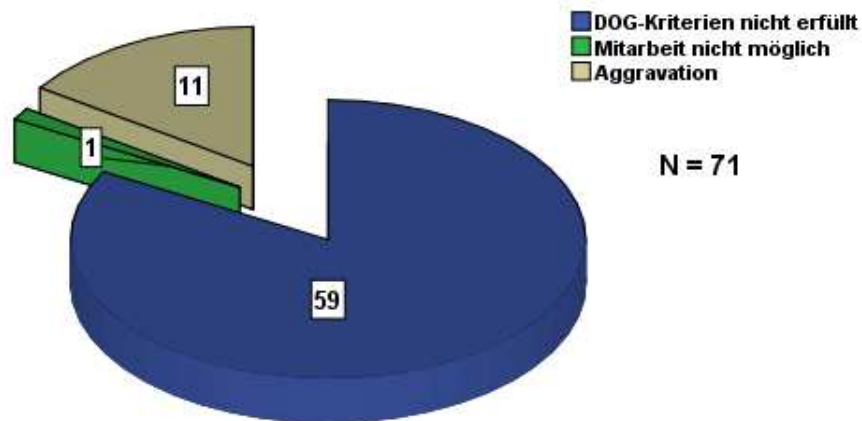


Abb. III.16: Gründe für die Beurteilung „nicht blind“ bei der ersten Begutachtung

auch expressis verbis geäußert. Ein Antragsteller (AMD kombiniert mit Katarakt) gab gegenüber der ersten Begutachtung (Visus „Fingerzählen“) einen besseren Visus an (0,032), weshalb die Ablehnung im Bescheid des ZBFS in diesem Fall nicht mit Aggravation, sondern dem Fehlen der Blindheitskriterien begründet wurde.

Die 3 Antragsteller, bei denen eine Beurteilung nicht möglich war, wurden ebenfalls ein zweites Mal begutachtet. In einem Fall handelte es sich um einen Blindengeldempfänger (Diagnose Glaukom), bei dem nach Denunziation durch Angehörige eine Nachuntersuchung angeordnet worden war. Trotz gewisser Zweifel wurde von der Augenklinik Blindheit bejaht, zumal eine wesentliche Besserung seit der erstmaligen Bewilligung von Blindengeld nicht nachweisbar war. In den beiden anderen Fällen wurde Blindheit verneint, da die Kriterien nicht erfüllt waren.

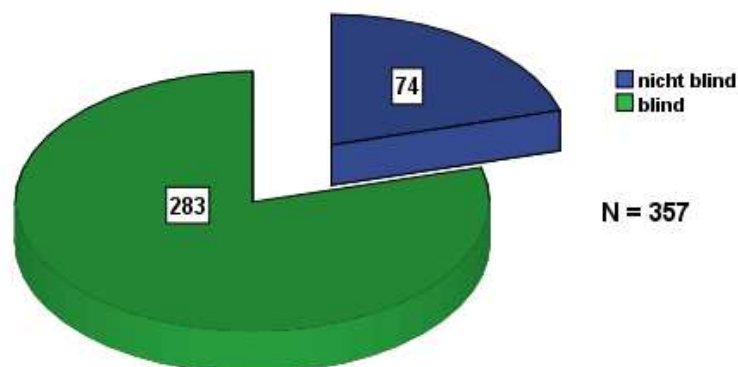


Abb. III.17: Abschließende Entscheidung des ZBFS bei den Antragstellern, die nach den Befunden im Attest als blind eingestuft wurden

Im Endergebnis wurde bei den 357 Antragstellern, die nach den Befunden im Attest als blind zu beurteilen waren, vom ZBFS in 283 Fällen (79,3 %) dem Antrag auf Blindengeld

stattgegeben, in 74 Fällen (20,7 %) ein Ablehnungs- oder Widerspruchsbescheid erteilt (Abb. III.17).

2.2.2 Nicht blind nach den Befunden im Attest

Von den 262 Antragstellern, die nach den Befunden im Attest als „nicht blind“ zu beurteilen waren (Abb. III.12), wurden zehn im Attest expressis verbis als „blind“ bezeichnet. In 15 Fällen erfolgte primär die Ablehnung des Antrags, weshalb eine Begutachtung erst im Rahmen des Widerspruchsverfahrens erfolgte. Bei der ersten Begutachtung wurde die Beurteilung „nicht blind“ in 192 Fällen (73,3 %) bestätigt, in 70 Fällen (26,7 %) wurde dagegen Blindheit festgestellt (Abb. III.18). Bei den 10 Antragstellern, die im Attest als „blind“ bezeichnet worden waren, wurde in 3 Fällen Blindheit bestätigt, die anderen sieben waren auch lt. Gutachten „nicht blind“.

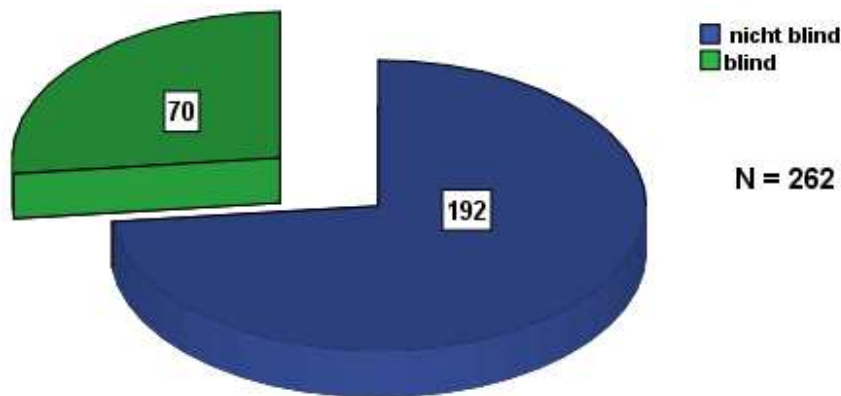


Abb. III.18: Ergebnis der ersten Begutachtung bei den Antragstellern, die nach den Befunden im Attest als „nicht blind“ eingestuft wurden.

Von den 192 als „nicht blind“ Bestätigten waren in 169 Fällen (88 %) die Blindheitskriterien der DOG bzw. des BayBlindG nicht erfüllt. In 23 Fällen (12 %) entsprachen die Angaben zum Sehvermögen nicht den übrigen Befunden (morphologische Befunde, Verhaltens-

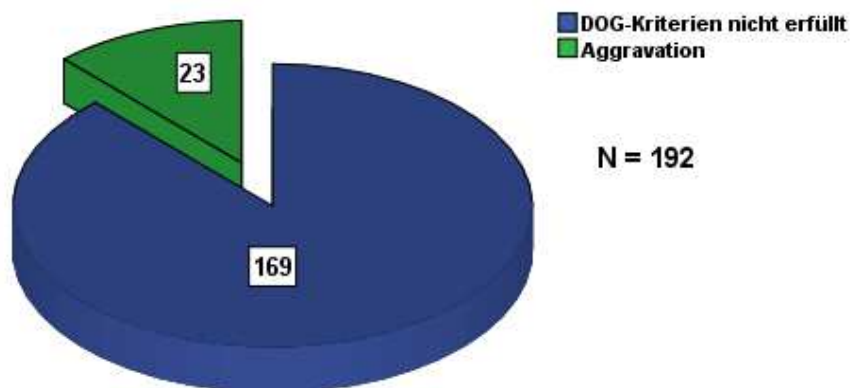


Abb. III.19: Gründe für das Fazit „nicht blind“ bei der ersten Begutachtung

beobachtung) und/oder der Diagnose. Diese Fälle wurden aus methodischen Gründen statistisch unter „Aggravation“ erfasst (Abb. III.19). In 167 Fällen wurde ein Ablehnungsbescheid erteilt, zwei erhielten einen Widerspruchsbescheid, 23 eine Vorladung zur zweiten Begutachtung, darunter in 22 Fällen wegen V. a. Aggravation. Einer der letztgenannten Gruppe zog seinen Antrag daraufhin zurück, weshalb er in der abschließenden Entscheidung des ZBFS als „nicht blind“ geführt wird. Gegen die Ablehnung des Blindengeldantrags wurde in 5 Fällen Widerspruch erhoben, sodass insgesamt 27 Antragsteller aus der als „nicht blind“ beurteilten Untergruppe an der Augenklinik der LMU ein zweites Mal begutachtet wurden. Bei allen wurde das Ergebnis der ersten Begutachtung bestätigt, wobei in 15 Fällen die Blindheitskriterien nicht erfüllt waren und in 12 Fällen der V. a. Aggravation bestand.

Somit wurde vom ZBFS in 70 (26,7 %) der 262 Fälle der Antrag auf Blindengeld bewilligt, in 192 Fällen (73,3 %) durch Ablehnungs- bzw. Widerspruchsbescheid abgelehnt (Abb. III.20).

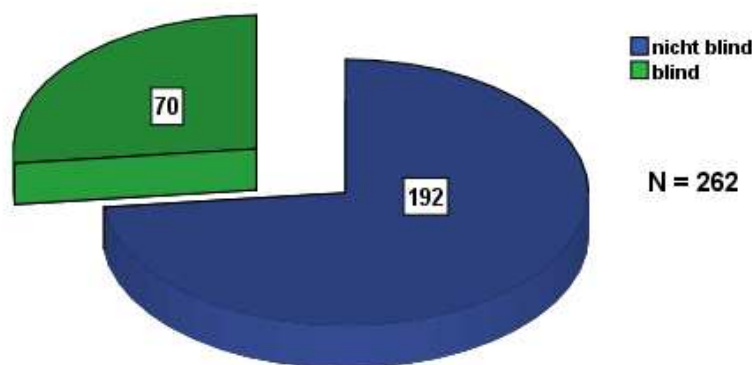


Abb. III.20: Abschließende Beurteilung des ZBFS bei den Antragstellern, die nach den Befunden als „nicht blind“ eingestuft wurden

2.2.3 Keine Beurteilung möglich nach den Befunden im Attest

In 304 Fällen war eine Beurteilung nach den Befunden im Attest nicht möglich (Abb. III.21), darunter 22 Antragsteller, die expressis verbis als „blind“ bezeichnet worden waren. Bei der ersten Begutachtung wurde in 164 Fällen (54 %) Blindheit festgestellt, 139 (45,7 %) wurden als nicht blind eingestuft, in einem Fall (0,3 %) war eine Beurteilung nicht möglich (Abb. 21). Von den 22 im Attest als „blind“ Bezeichneten wurden jeweils elf als „blind“ bzw. „nicht blind“ beurteilt. Von den 164 als „blind“ Beurteilten wurde vom ZBFS in 162 Fällen (98,8 %) Blindengeld bewilligt. Bei einer Antragstellerin aus der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen (Diagnose AMD) wurde vom ZBFS in Hinblick auf die Vorbefunde eine zweite Begutachtung veranlasst, ein Antragsteller aus der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen wurde trotz

Erbblindung aus rechtlichen Gründen abgelehnt (wegen Duldung gem. § 60a AufenthG, kein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt in Bayern),

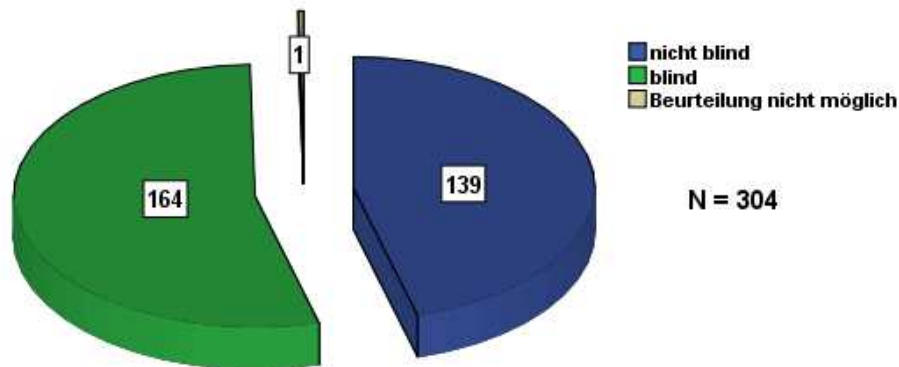


Abb. III.21: Ergebnis der ersten Begutachtung in den Fällen, bei denen nach den Befunden im Attest eine Beurteilung nicht möglich war

Bei den 139 als „nicht blind“ Beurteilten waren in 119 Fällen (85,6 %) die Blindheitskriterien nicht erfüllt. In 18 Fällen (12,9 %) entsprachen die Angaben zum Sehvermögen nicht den Objektivbefunden und/oder der Diagnose (Abb. III.22), diese Fälle wurden aus methodischen Gründen statistisch unter „Aggravation“ erfasst.

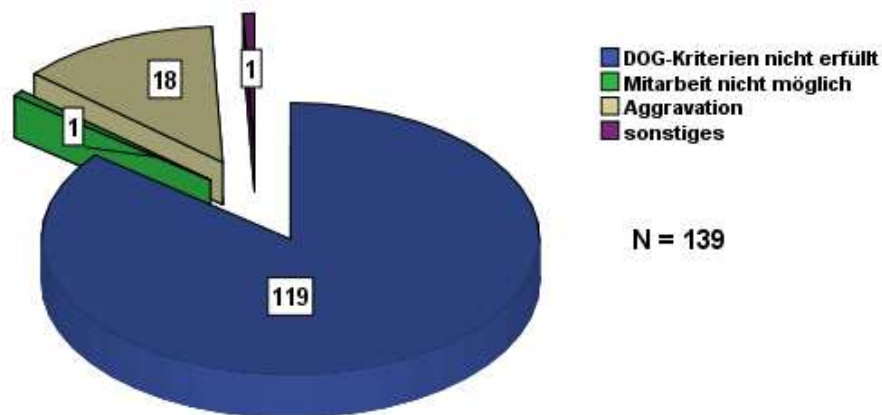


Abb. III.22: Gründe für die Beurteilung „nicht blind“ bei der ersten Begutachtung

In einem Fall war Mitarbeit wegen Demenz nicht möglich, Diagnose „Glaukom“ (Altersgruppe der über 90-Jährigen); hier folgte eine zweite Begutachtung, bei der Blindheit bejaht wurde. In dem Fall „sonstiges“ ging der Gutachter von einem besseren Sehvermögen aus, als angegeben worden war; bei der Untersuchung wurde am funktionell einzigen aphaken Auge keine Kontaktlinse getragen, lt. Attest hatte vier Monate vorher noch ein Visus von 0,1 mit Kontaktlinse vorgelegen, zudem waren die morphologischen Veränderungen nicht sehr ausgeprägt (Diagnose „AMD und Glaukom“, Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen).

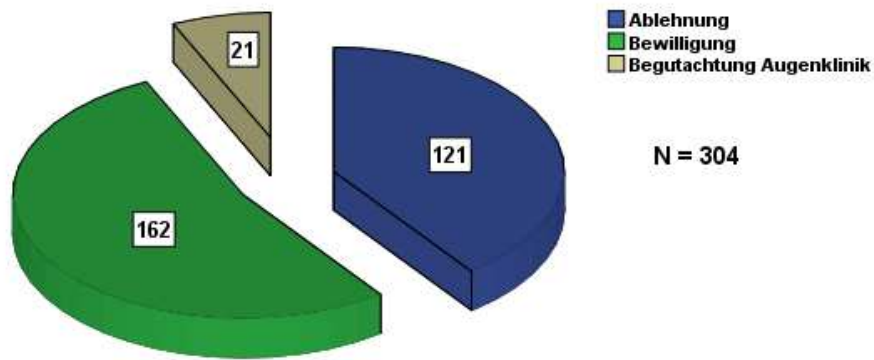


Abb. III.23: Entscheidung des ZBFS nach der ersten Begutachtung

Einschließlich der Ablehnung aus rechtlichen Gründen erhielten 121 der 304 Antragsteller (39,8%) einen Ablehnungsbescheid, gegen den in keinem Fall Widerspruch erhoben wurde, 21 (6,9%) wurden zur weiteren Begutachtung an die Augenklinik verwiesen (Abb. III.23).

Von den 21 an die Augenklinik verwiesenen Antragstellern wurde nur bei der über 90-jährigen dementen Antragstellerin Blindheit bejaht, bei den andern 20 Antragstellern konnte in keinem Fall Blindheit festgestellt werden (Abb. III.24).

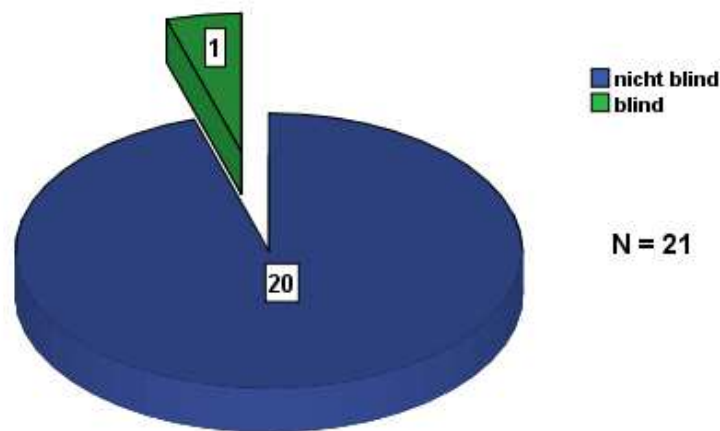


Abb. III.24: Ergebnis der zweiten Begutachtung

Die im Erstgutachten als blind beurteilte Antragstellerin, bei der das ZBFS aufgrund der Vorbefunde Zweifel hatte, gab bei der zweiten Begutachtung ein besseres Sehvermögen an, weshalb die Blindheitskriterien nicht mehr erfüllt waren. Im Gutachten der Augenklinik wurde bei der Beurteilung jedoch die Aggravation in den Vordergrund gestellt. Alle 18 Verdachtsfälle von Aggravation wurden bestätigt, wobei in vier Fällen ebenfalls bessere Visuswerte als bei der ersten Begutachtung angegeben worden waren. Insgesamt wurde in der Untergruppe „keine Beurteilung möglich“ in 164 Fällen (53,9 %) Blindengeld bewilligt, in 140 Fällen (46,1 %) der Antrag abgelehnt (Abb. III.25).

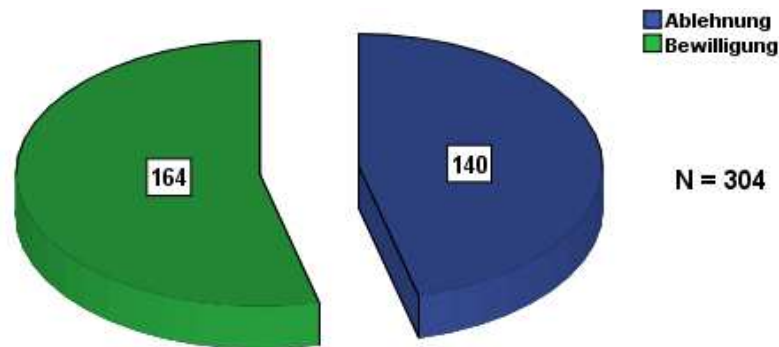


Abb. III.25: Abschließende Entscheidung des ZBFS bei den Antragstellern, bei denen nach den Befunden im Attest keine Beurteilung möglich ist

2.3 Visusänderungen im Zeitablauf

2.3.1 Attest – erste Begutachtung

Der Zeitabstand zwischen der Befunderhebung im Attest und der ersten Begutachtung umfasste 0-569 Tage (ca. 1 Jahr 8 Monate). In einem Fall erfolgten Befunderhebung und Begutachtung am gleichen Tag, in einem weiteren Fall im Abstand von zwei Tagen. Eine Häufung fand sich zwischen drei und fünf Monaten (44,2 % der Atteste). In der Mehrzahl (79,6 %) wurden sechs Monate zwischen beiden Befunderhebungen nicht überschritten (Abb. III.26).

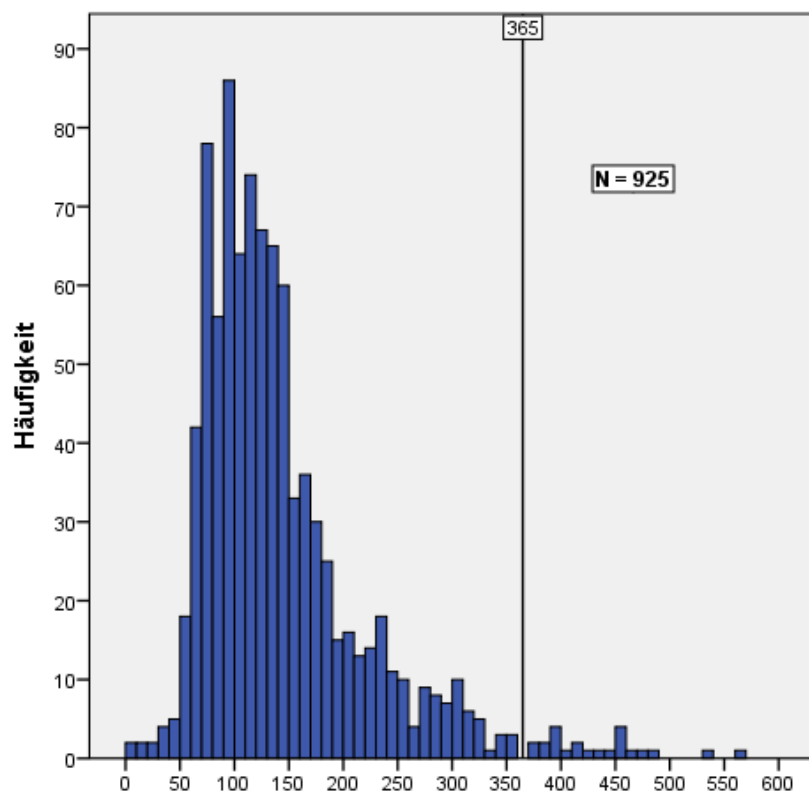


Abb. III.26: Zeitabstand (in Tagen) zwischen Attest und erster Begutachtung

Der Maximalabstand von 569 Tagen hatte mehrere Gründe, so Begutachtung erst im Widerspruch, keine Beantwortung mehrerer an den Antragsteller gerichteter Schreiben und Verschiebung des Untersuchungstermins wegen einer Krankenhausbehandlung. Im zweitlängsten Fall (456 Tage) war der Antrag im Amt verloren gegangen und das Verfahren nach mehr als einem Jahr im Rahmen eines Antrags nach dem SGB IX (Schwerbehindertengesetz) wieder aufgenommen worden. In einem weiteren Fall wurde die lange Bearbeitungsdauer (273 Tage) durch den Wechsel des gesetzlichen Betreuers mit Absage des Untersuchungstermins verursacht.

Im Übrigen entstanden längere Bearbeitungszeiten durch mehrfache Anmahnungen von Befunden (im Abstand von 4 Wochen), erneute Befundanforderungen im Widerspruchsverfahren, Verschiebung des Begutachtungstermins und Schriftwechsel bezüglich organisatorischer Fragen wie Transport zur Begutachtung und Kostenübernahme für Taxi oder Krankenwagen.

Bei der ersten Begutachtung ergaben sich sowohl bei der einäugigen Prüfung als auch binokular in mehr als der Hälfte der Fälle schlechtere Sehschärfenwerte als im Attest, in knapp 30 % blieb die monokulare Sehschärfe unverändert. Die Übersicht über alle verwertbaren Visuswerte (nicht verwertbar: es wurden keine Angaben gemacht) zeigt am rechten wie am linken Auge in etwa die gleiche prozentuale Aufteilung zwischen schlechteren, besseren und identischen Sehschärfewerten. Bei der binokularen Sehschärfe liegt der Anteil besserer Visuswerte bei der ersten Begutachtung dagegen deutlich höher (Tab. III.9).

Alle Diagnosen	alle verwertbaren Fälle		
	V-AA > V-1.GA	V-AA = V-1.GA	V-AA < V-1.GA
rechts (919)	520 (56,6 %)	274 (29,8 %)	125 (13,6 %)
links (918)	510 (55,6 %)	273 (29,7 %)	135 (14,7 %)
binokular (303)	172 (56,8 %)	75 (24,7 %)	56 (18,7 %)
V-AA: Visus im Attest V-1.GA: Visus bei der 1. Begutachtung			

Tab. III.9: Vergleich aller verwertbaren Visuswerte zwischen Attest und erster Begutachtung

Grund für die geringe Fallzahl an binokularen Visuswerten ist, dass er in knapp zwei Dritteln der Atteste und Befundberichte nicht dokumentiert war (600 Fälle) und bei der ersten Begutachtung in zusätzlich 19 Fällen nicht erhoben wurde.

Die Veränderungen der Visuswerte im Zeitablauf sind aus den Abbildungen III.27, III.28 und III.29 ersichtlich. Für das rechte Auge fehlen 170 Fälle (Visus „lux“,

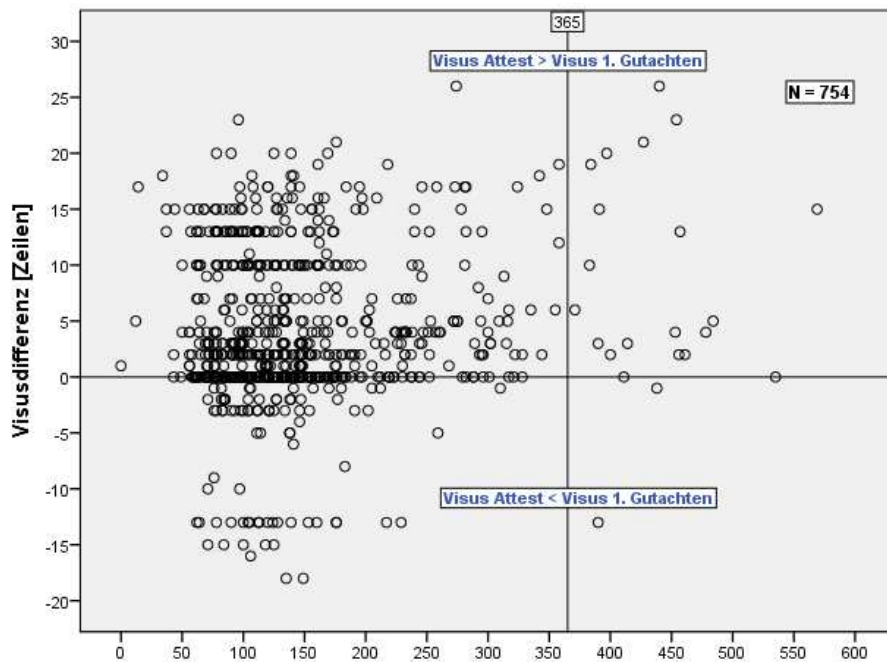


Abb. III.27: Visusdifferenzen rechtes Auge zwischen Attest und erstem Gutachten; Zeitabstand in Tagen

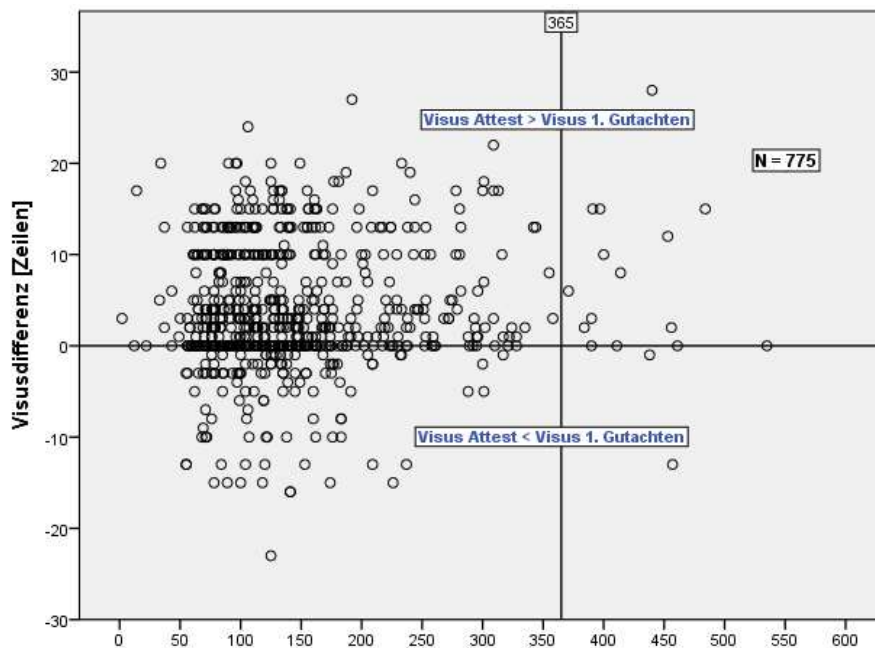


Abb. III.28: Visusdifferenzen linkes Auge zwischen Attest und erstem Gutachten; Zeitabstand in Tagen

„nulla lux“, „keine Angabe“), erfasst sind 82 % der Visusangaben. Die Fälle mit identischer Sehschärfe (insgesamt 274, dargestellt sind 208) häufen sich im Zeitraum von 50-175 Tagen, in dem etwa 75 % der Begutachtungen durchgeführt wurden. Die Menge der

besseren Visuswerte (untere Hälfte des Diagramms) reduziert sich erkennbar nach etwa einem halben Jahr. Vereinzelte Fälle einer

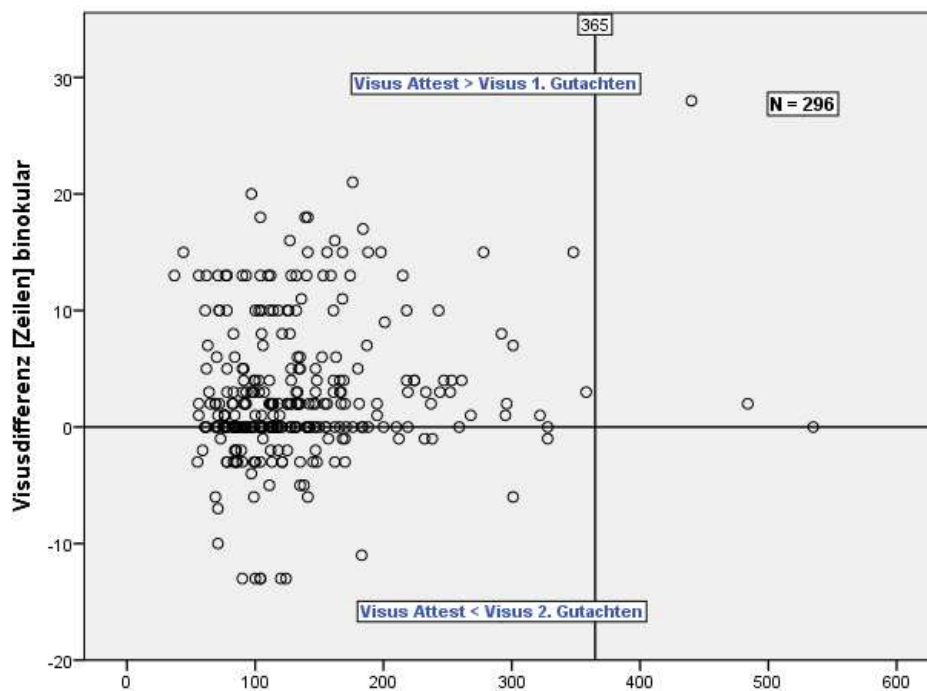


Abb. III.29: Visusdifferenzen binokular zwischen Attest und erstem Gutachten; Zeitabstand in Tagen

gegenüber dem Attest unveränderten bzw. besseren Sehschärfe finden sich monokular noch nach einem Jahr, nicht jedoch binokular. Bei den Visuswerten, die sich verschlechtert haben (obere Hälfte des Diagramms) ist im Zeitraum bis zu einem Jahr (senkrechte Bezugslinie) eine Abhängigkeit zwischen dem Ausmaß der Visusänderung und dem zeitlichen Abstand nicht zu erkennen, nach einem Jahr zeigt sich jedoch eine Zunahme der Visusverschlechterung mit zunehmendem Zeitabstand.

Von Interesse ist die Visusentwicklung bei den Antragstellern, die nach den Befunden im Attest „nicht blind“ waren und bei der ersten Begutachtung als „blind“ beurteilt wurden, wobei zur Veranschaulichung die Darstellung des rechten Auges ausreicht.

Wie Abbildung III.30 zeigt, ist die mit 23 Zeilen stärkste Visusverschlechterung auch mit dem längsten Zeitabstand von 454 Tagen (1 Jahr 3 Monate) verbunden (Altersgruppe 80- bis 89-Jahre, „blind“ wegen dichtester Katarakt ohne Funduseinblick); im Übrigen sind die Visusdifferenzen innerhalb des Zeitraums von 50-300 Tagen, in dem über 90 % der Begutachtungen durchgeführt wurden, im Wesentlichen gleichmäßig verteilt.

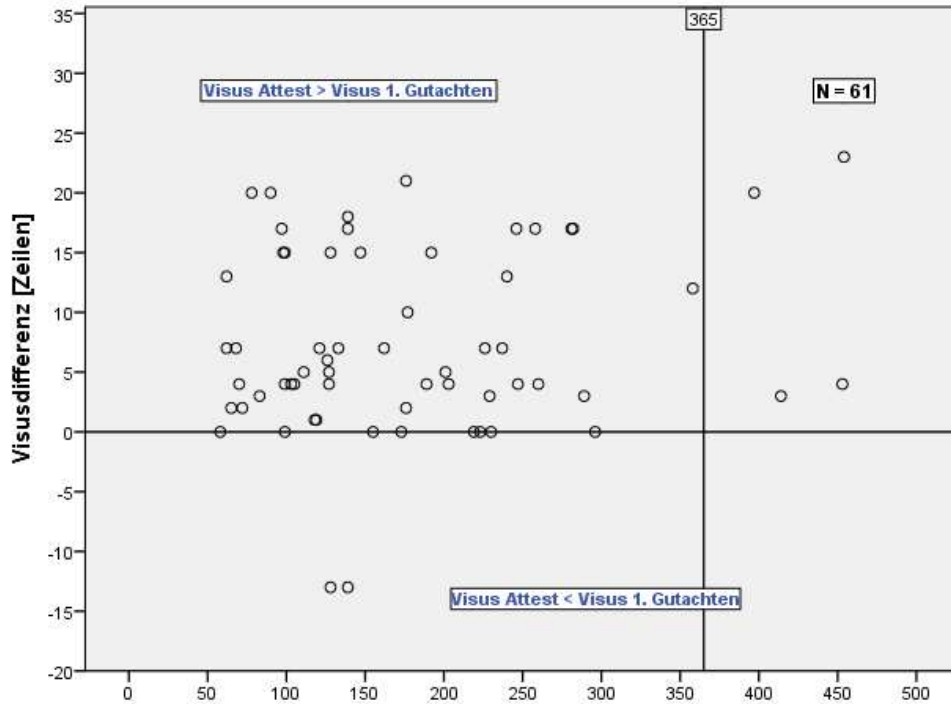


Abb. III.30: Visusdifferenzen rechtes Auge bei den lt. Attest „nicht blinden“ Antragstellern, die bei der ersten Begutachtung als „blind“ beurteilt wurden.

2.3.2 Attest - zweite Begutachtung

Hier ist zu berücksichtigen, dass die Visuswerte über sehr lange Zeitabstände hinweg verglichen wurden. Zwischen der Befunderhebung im Attest und der zweiten Begutachtung lagen 95-587 Tage (ca. 3 Monate bis 1 Jahr 7 Mon.), wobei der zeitliche Abstand nur in acht Fällen mehr als ein Jahr betrug. In mehr als der Hälfte der 63 Begutachtungen lag weniger als ein halbes Jahr zwischen der Befunderhebung beim behandelnden Augenarzt und der Begutachtung an der Augenklinik der LMU (Abb. III.31).

Die Übersicht über alle verwertbaren Visuswerte in Tabelle III.10 zeigt für das rechte Auge einen gegenüber links deutlich höheren Anteil schlechterer Sehschärfenwerte, die Gründe dafür wurden nicht weiter verfolgt. Unverändert blieben die Visuswerte in durchschnittlich 25-30 % der Fälle. Der Anteil besserer Visuswerte liegt etwas höher, als bei der ersten Begutachtung (Tab. III.9), soweit ein Vergleich bei unterschiedlichen Fallzahlen möglich ist.

In den Diagrammen für die Visusdifferenzen fehlen zehn Fälle für das rechte, zwölf Fälle für das linke Auge (Visus „lux“, „nulla lux“, „keine Angabe“). Wie das Diagramm für die Visusdifferenzen des rechten Auges zeigt, gibt es nach einem Jahr keine besseren Sehschärfenwerte im Vergleich zum Attest, die Streubreite der Visusdifferenzen wird mit zunehmendem Zeitabstand geringer (Abb. III.32).

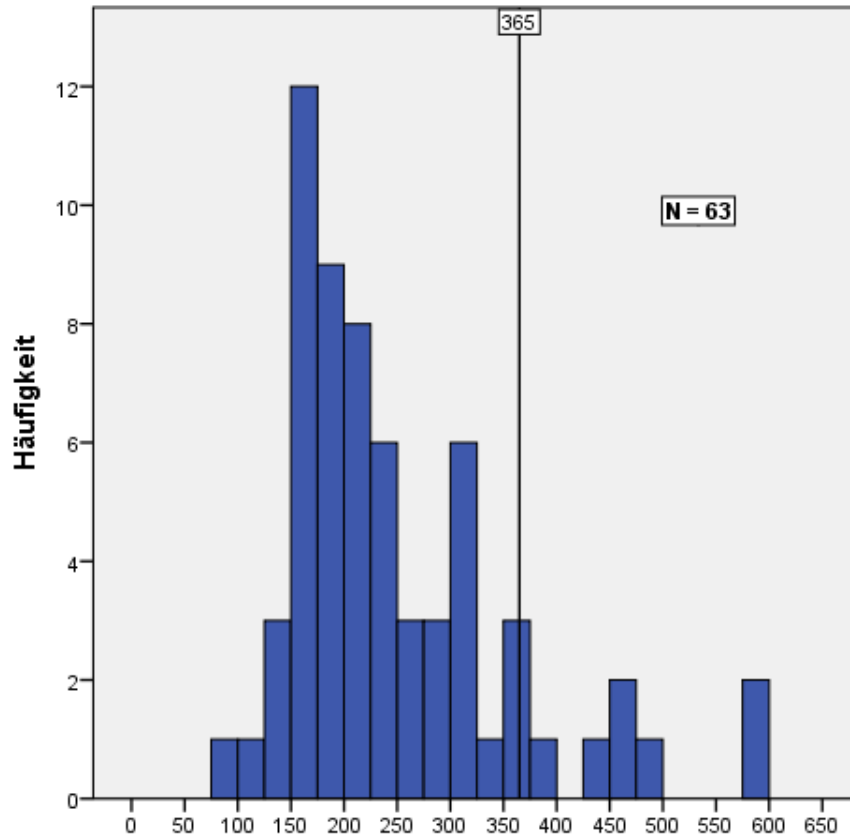


Abb. III.31: Zeitabstand (in Tagen) zwischen Attest und zweiter Begutachtung

Alle Diagnosen	alle verwertbaren Fälle		
	V-AA > V-2.GA	V-AA = V-2.GA	V-AA < V-2.GA
rechts (63)	39 (61,9 %)	15 (23,8%)	9 (14,3 %)
links (63)	30 (47,6 %)	21 (33,3 %)	12 (19,1 %)
binokular (22)	11 (50,0%)	6 (27,3 %)	5 (22,7 %)
V-AA: Visus im Attest V-2.GA: Visus bei der 2. Begutachtung			

Tab. III.10: Vergleich aller verwertbaren Visuswerte zwischen Attest und zweiter Begutachtung

Die beiden größten Visusdifferenzen mit jeweils 23 Zeilen Verschlechterung gegenüber dem Attest wurden nach knapp 5 Monaten erhoben. In einem Fall mit der Diagnose „Glaukom“ (Altersgruppe der 90-Jährigen) hatte die Sehschärfe von 0,2 im Attest auf Handbewegungen abgenommen, und zwar innerhalb eines knappen halben Jahres (164 Tage). Das Gesichtsfeld zeigte lt. Attest bei der statischen Perimetrie eine Ausdehnung zwischen 7,5° und 15° Abstand vom Zentrum, bei der Begutachtung mit der kinetischen Perimetrie dagegen auf über 30° Abstand vom Zentrum trotz einer absoluten glaukomatösen Papillenexkavation (CDR 1,0). Blindheit wurde bejaht. Im anderen Fall, Diagnose „sonstige Makulopathie“ (Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen), hatte sich der

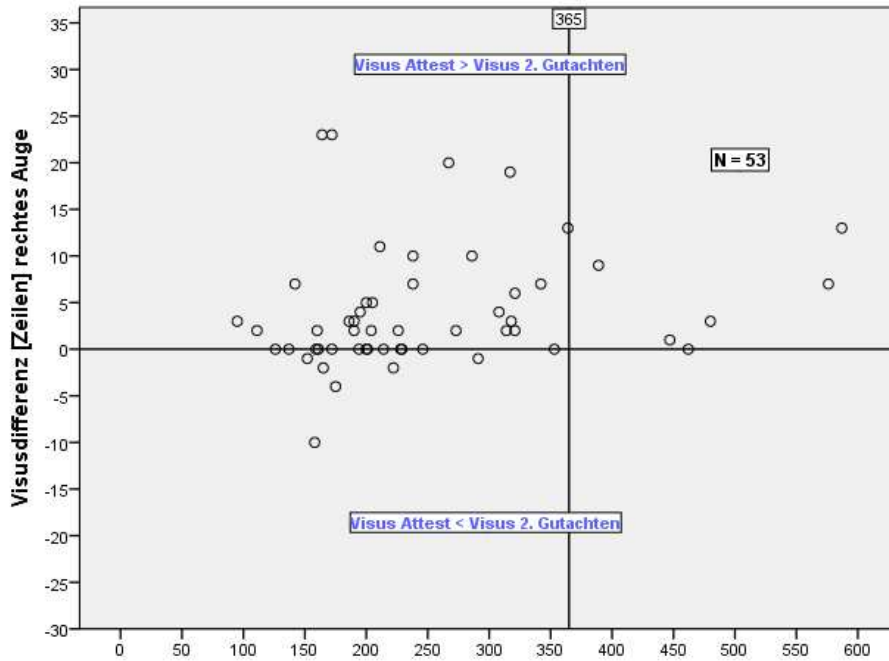


Abb. III.32: Visusdifferenzen zwischen Attest und zweitem Gutachten;
Zeitabstand in Tagen

Visus des besseren Auges ebenfalls von 0,2 im Attest auf Handbewegungen reduziert, aufgrund der Objektivbefunde (OKN auslösbar, Spirale bei der Goldmann-Perimetrie) bestanden jedoch begründete Zweifel an Blindheit und der Antrag wurde wegen Aggravation abgelehnt.

Für das linke Auge ergibt sich ein etwas anderes Bild (Abb. III.33); jedoch nimmt auch hier

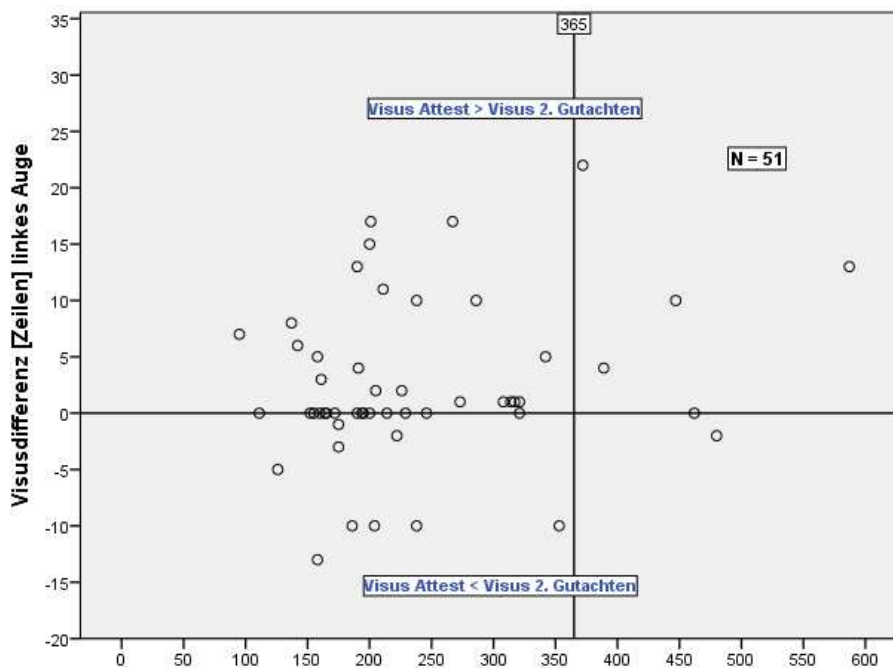


Abb. III.33: Visusdifferenzen zwischen Attest und zweitem Gutachten;
Zeitabstand in Tagen

die Streubreite der Visusdifferenzen mit zunehmendem Zeitabstand ab, wenn der Einzelfall einer Visusverschlechterung nach einem Jahr um 22 Zeilen außer Acht gelassen wird (Diagnose Glaukom; Visusabnahme von 0,16 auf Handbewegungen; OKN auslösbar, Spirale bei der Goldmann-Perimetrie, VECP reproduzierbar, gutes Orientierungsvermögen; Ablehnung des Antrags wegen Aggravation).

Binokular waren nur 22 Fälle vorhanden (Abb. III.34). Auch hier gibt es nach einem Jahr keinen Fall besserer Werte, die Streubreite nimmt mit zunehmendem Zeitabstand ab. Die größte Visusdifferenz nach knapp 5 Monaten mit einer Verschlechterung um 23 Zeilen betrifft den o. g. Fall mit Visusverschlechterung um 22 Zeilen am rechten Auge.

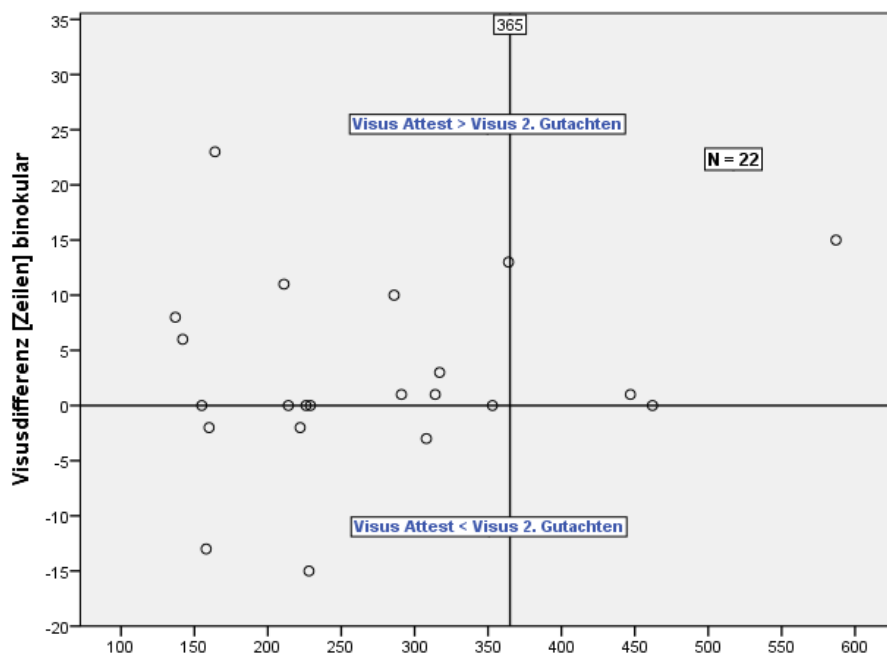


Abb. III.34: Visusdifferenzen zwischen Attest und zweitem Gutachten;
Zeitabstand in Tagen

2.3.3 Erste Begutachtung - zweite Begutachtung

Die 63 Begutachtungen an der Augenklinik der LMU fanden alle innerhalb eines Jahres nach der ersten Begutachtung statt, der Zeitraum zwischen den Befunderhebungen ist mit 43–351 Tagen kürzer, als zwischen Attest und erster bzw. zweiter Begutachtung (Abb. III.35). Der Abstand von fast einem Jahr betraf eine Antragstellerin aus der Altersgruppe der 90-Jährigen mit Pflegestufe 4, bei der Organisation und Terminierung der Untersuchung besonders schwierig und langwierig waren. Drei weitere Fälle (238, 195, 174 Tage) waren Begutachtungen im Widerspruch nach Ablehnung des Antrags aufgrund der ersten Untersuchung.

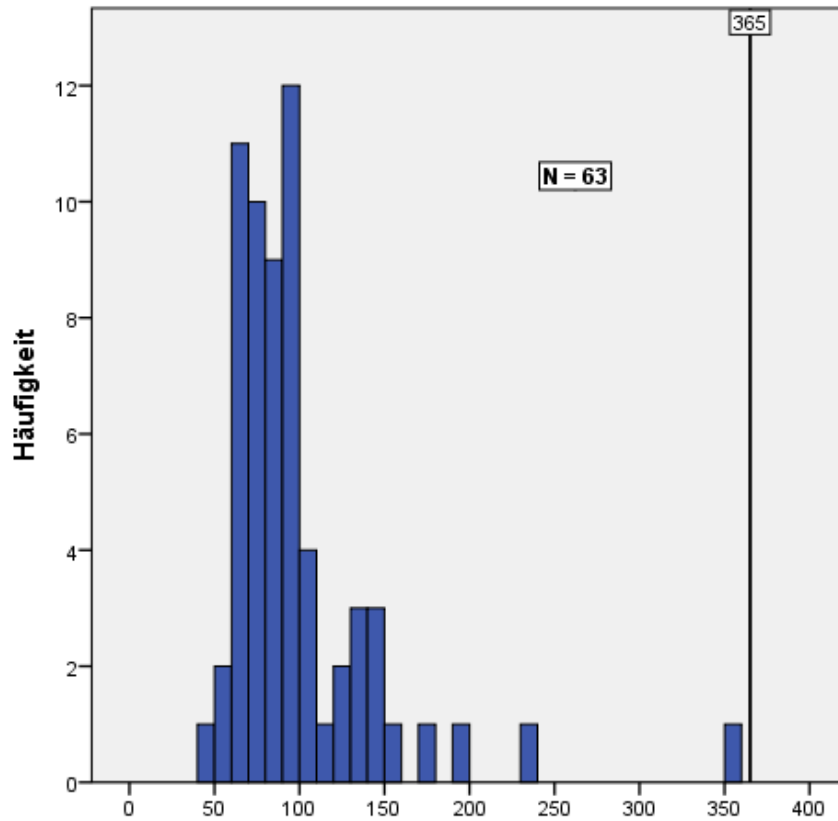


Abb. III.35: Zeitabstand (in Tagen) zwischen Attest und zweiter Begutachtung

Verwertbar waren 62 Fälle, da in einem Fall bei der ersten Begutachtung keine Angaben zum Sehvermögen gemacht worden waren. Die Übersicht über alle Sehschärfenwerte einschließlich „lux“ und „nulla lux“ (Tab. III.11) zeigt rechts, links und binocular in mehr als der Hälfte der Fälle bessere Visuswerte als bei der ersten Begutachtung, erklärbar durch den hohen Anteil an Antragstellern, die wegen des V. a. auf Aggravation zum zweiten Mal begutachtet wurden.

Alle Diagnosen	alle verwertbaren Fälle		
	V-1.GA > V-2.GA	V-1.GA = V-2.GA	V-1.GA < V-2.GA
rechts (62)	9 (14,5 %)	18 (29,0 %)	35 (56,5 %)
links (62)	7 (11,3 %)	22 (35,5 %)	33 (53,2 %)
binokular (49)	8 (16,3 %)	9 (18,4 %)	32 (65,3 %)

V-1.GA: Visus bei der 1. Begutachtung
V-2.GA: Visus bei der 2. Begutachtung

Tab. III.11: Vergleich aller verwertbaren Visuswerte zwischen Attest und zweiter Begutachtung

In den Diagrammen, die die Visusänderungen im Zeitablauf zeigen (Abb. III.36-III.38), fehlen für das rechte Auge elf, für das linke Auge 10 Fälle. Von den 49 bei beiden Begutachtungen

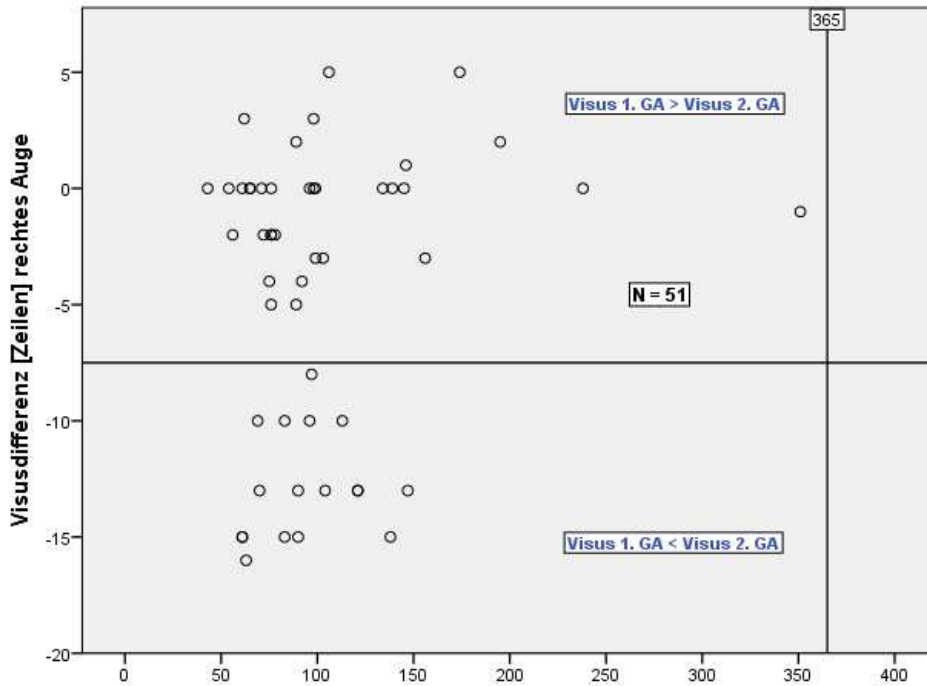


Abb. III.36: Visusdifferenzen zwischen dem ersten und zweiten Gutachten;
Zeitabstand in Tagen

erhobenen binokularen Visuswerten fehlen vier Fälle von „lux“ und „nulla lux“. Die Visusdifferenzen des rechten und linken Auges zeigen auch hier keinen erkennbaren Bezug zum Zeitabstand, auch wenn es nach einem Zeitraum von ca. 150 Tagen (rechtes Auge) bzw. 240 Tagen (linkes Auge) bei der zweiten Begutachtung nur noch schlechtere Visuswerte gibt.

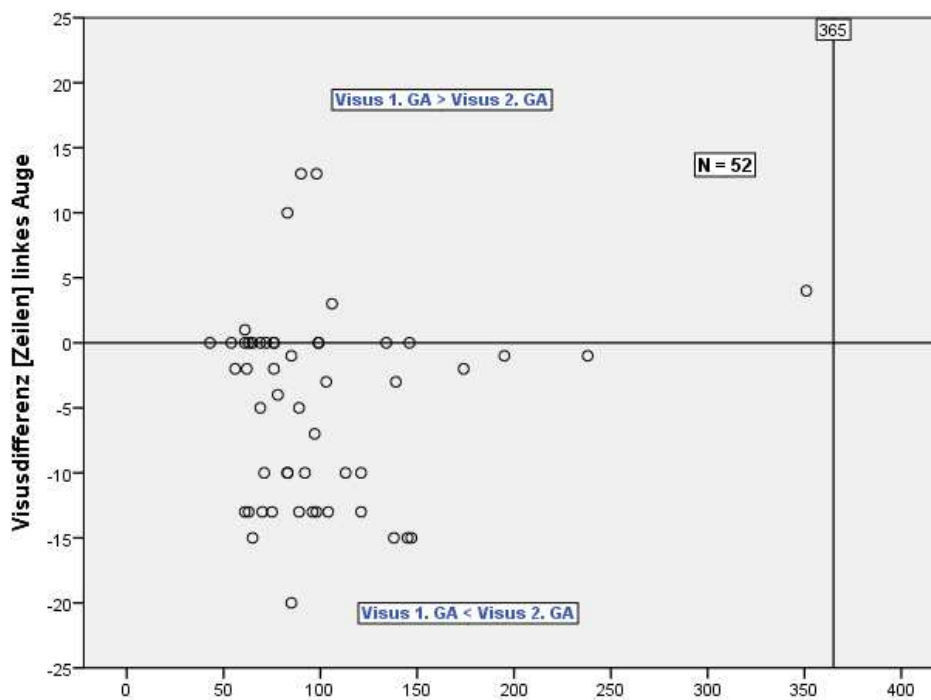


Abb. III.37: Visusdifferenzen zwischen dem ersten und zweiten Gutachten;
Zeitabstand in Tagen

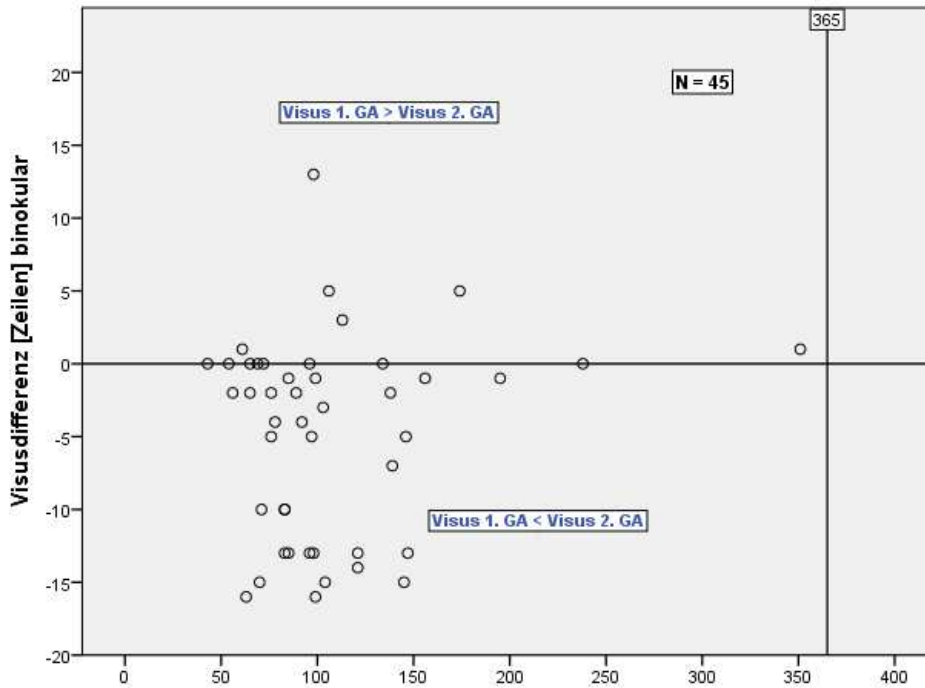


Abb. III.38: Visusdifferenzen zwischen dem ersten und zweiten Gutachten;
Zeitabstand in Tagen

2.4 Visusänderungen - Diagnosen

In den folgenden Abbildungen werden die Visusänderungen bei den einzelnen Diagnosen dargestellt. Beim Vergleich zwischen Attest und zweitem Gutachten bzw. erstem und zweitem Gutachten wird auf die Visusdifferenzen binocular wegen der geringen Fallzahl verzichtet. Da AMD und Glaukom den größten Anteil an den Diagnosen und den Erblindungsursachen haben, sollen diese beiden Diagnosen gesondert dargestellt werden.

2.4.1 Alle Diagnosen

2.4.1.1 Attest – erste Begutachtung

Die blau unterlegten „Boxen“ in der Box-Plot-Darstellung repräsentieren jeweils 50 % der verarbeiteten Werte, sie spiegeln nicht die absoluten Fallzahlen wider. Die sogenannten „Whiskers“ markieren jeweils den größten Wert, der kein Ausreißer oder Extremwert ist. Der Einzelpunkt bei der Diagnose „Trauma“ in Abbildung III.39 gibt einen der beiden Fälle mit dieser Diagnose wieder (zweiter Fall nicht erfasst wg. Visus nulla lux), in Abbildung III.40 sind beide Fälle erfasst. Bei einigen Ausreißern bzw. Extremwerten im rechten Halbfeld der Abbildungen III.39-III.41 handelt es sich um Aggravation; unter anderem bei der größten Visusdifferenz bei der Diagnose AMD, sowie den „Ausreißern“ bei der Diagnose Glaukom, linkes Auge (Abb. III.39) und der Diagnose „sonstige Optikopathien“, rechtes Auge (Abb. III.38). Im Fall der AMD zeigt sich eine Visusverschlechterung rechts um 26 (0,4 auf

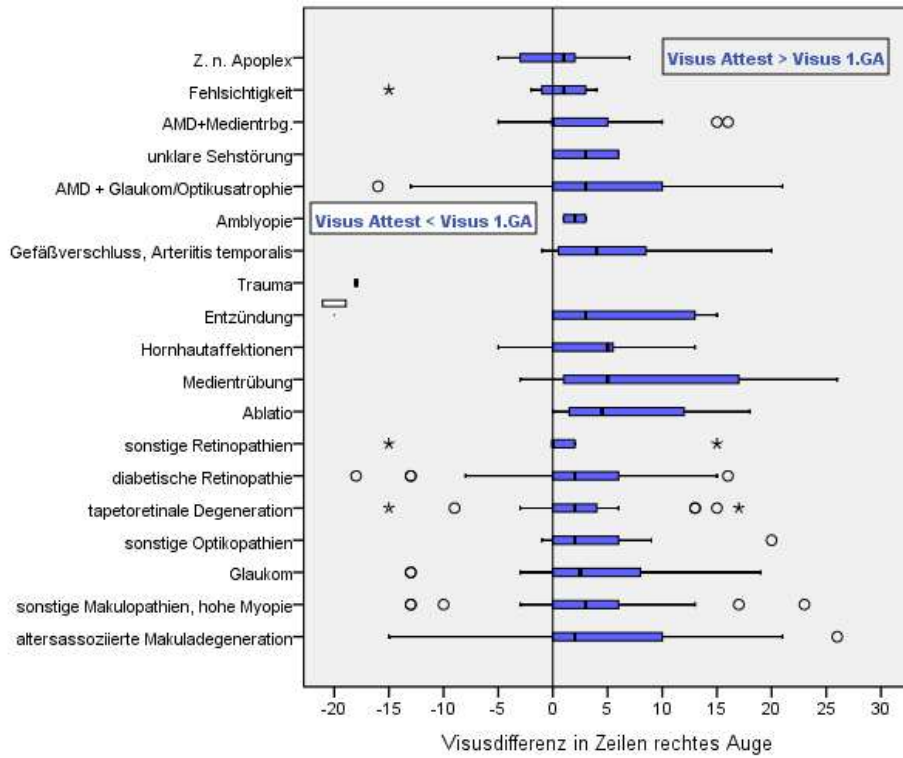


Abb. III.39: Visusänderungen in Bezug auf die Diagnosen; Vergleich zwischen Attest und erster Begutachtung
 ○ Ausreißer, * Extremwert

Hbw), links und binokular um 28 Zeilen (0,63 auf Hbw), beim Glaukom um 24 Zeilen (0,25 auf Hbw) und bei „sonstigen Optikopathien“ um 20 Zeilen (0,1 auf Hbw).

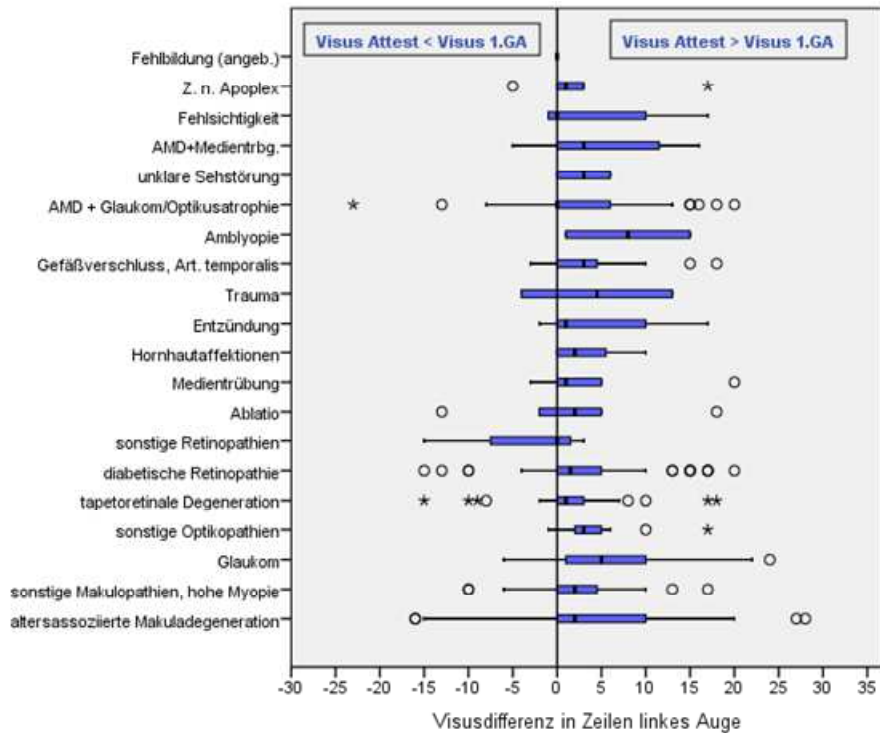


Abb. III.40: Visusänderungen in Bezug auf die Diagnosen; Vergleich zwischen Attest und erster Begutachtung
 ○ Ausreißer, * Extremwert

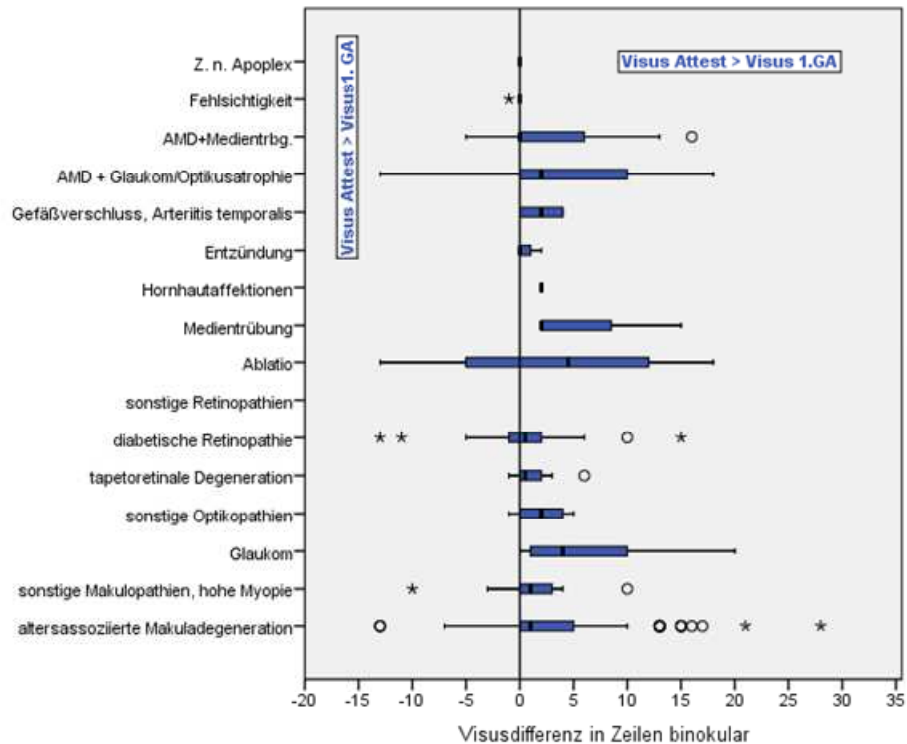


Abb. III.41: Visusänderungen in Bezug auf die Diagnosen; Vergleich zwischen Attest und erster Begutachtung
 o Ausreißer, * Extremwert

2.4.1.2 Attest - zweite Begutachtung

In den Diagrammen mit den Visusdifferenzen des rechten und linken Auges zeigt sich bei der zweiten Begutachtung infolge der langen Zeitabstände zur Befunderhebung im Attest nur in wenigen Fällen ein besserer Visus. Im Diagramm für das rechte Auge (Abb. III.42) ergab sich bei allen als Extremwert oder Ausreißer markierten Visusverschlechterungen der V. a. Aggravation. Der Extremwert bei „sonstige Makulopathien“ Visusverschlechterung um 23 Zeilen, wurde bereits in Kap. 2.3.2 erläutert. Bei dem Extremwert unter der Diagnose „sonstige Optikopathien“ (Visusabfall um 20 Zeilen von 0,05 im Attest auf Handbewegungen), handelte es sich laut Gutachten ebenfalls um Aggravation (Optikusatrophie nach dreimaliger Operation eines Hypophysenadenoms). Am linken Auge zeigt sich dagegen eine größere Anzahl besserer Visuswerte als am rechten Auge (Abb. III.43). Dies betrifft z. B. alle Antragsteller der Diagnosegruppe „AMD + Glaukom/Optikusatrophie“, die ein zweites Mal begutachtet wurden, allerdings ist die Fallzahl mit 3 Fällen gering. Trotz besserer Visuswerte gegenüber dem Attest (für das rechte Auge waren durchgehend schlechtere Werte angegeben worden) wurde in allen 3 Fällen Aggravation festgestellt, und zwar aufgrund objektiverer Zusatzuntersuchungen (VECP, OKN) und der Verhaltensbeobachtung. Die größte Visusdifferenz (22 Zeilen) wurde nach einem Jahr erhoben, Diagnose Glaukom, Ablehnung des Antrags wegen Aggravation. Worauf die Unterschiede zwischen dem rechten und linken Auge beruhen, wurde nicht weiter verfolgt.

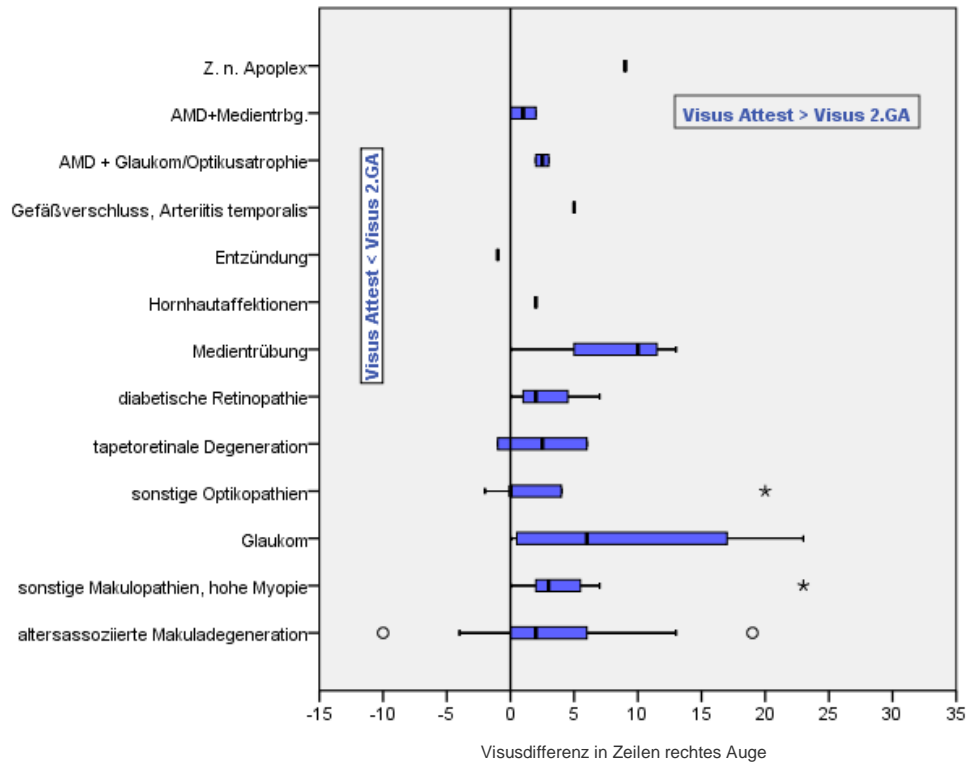


Abb. III.42: Visusänderungen in Bezug auf die Diagnosen; Vergleich zwischen Attest und zweiter Begutachtung

○ Ausreißer, * Extremwert

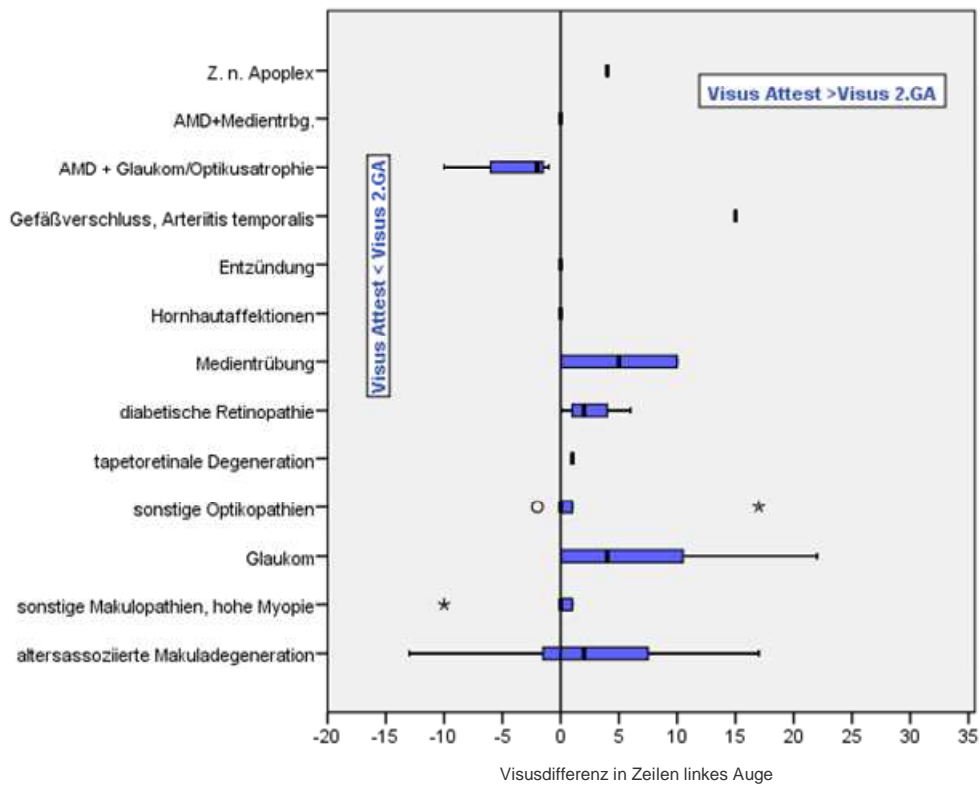


Abb. III.43: Visusänderungen in Bezug auf die Diagnosen; Vergleich zwischen Attest und erster Begutachtung

○ Ausreißer, * Extremwert

2.4.1.3 Erste Begutachtung - zweite Begutachtung

Zu den Visusdifferenzen in Abhängigkeit zu den Diagnosen (Abb. III.44+III.45) ist anzumerken, dass es sich bei den Diagnosen Z. n. Apoplex, Gefäßverschluss, Entzündung

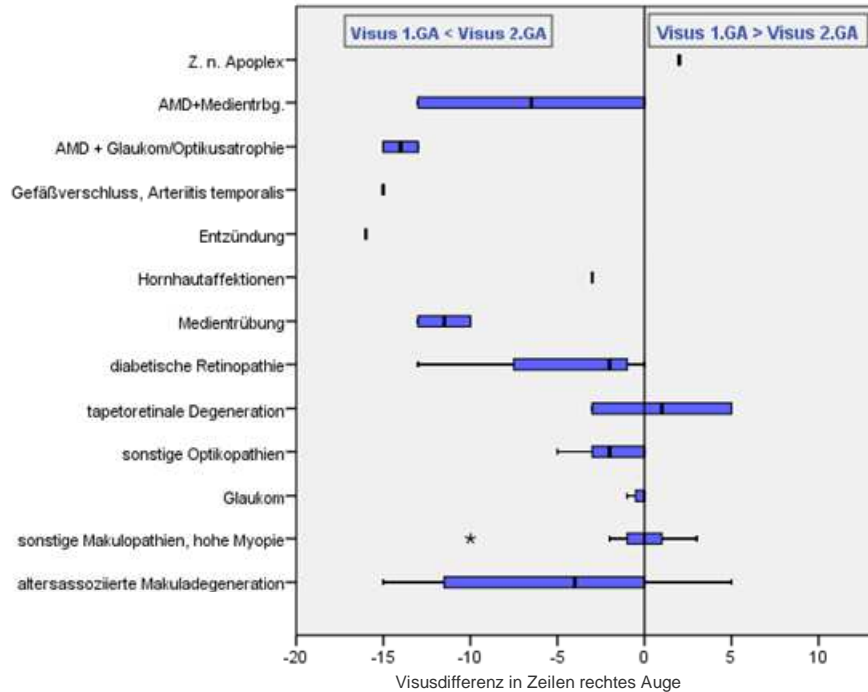


Abb. III.44: Visusänderungen in Bezug auf die Diagnosen; Vergleich zwischen Attest und erster Begutachtung ○ Ausreißer, * Extremwert

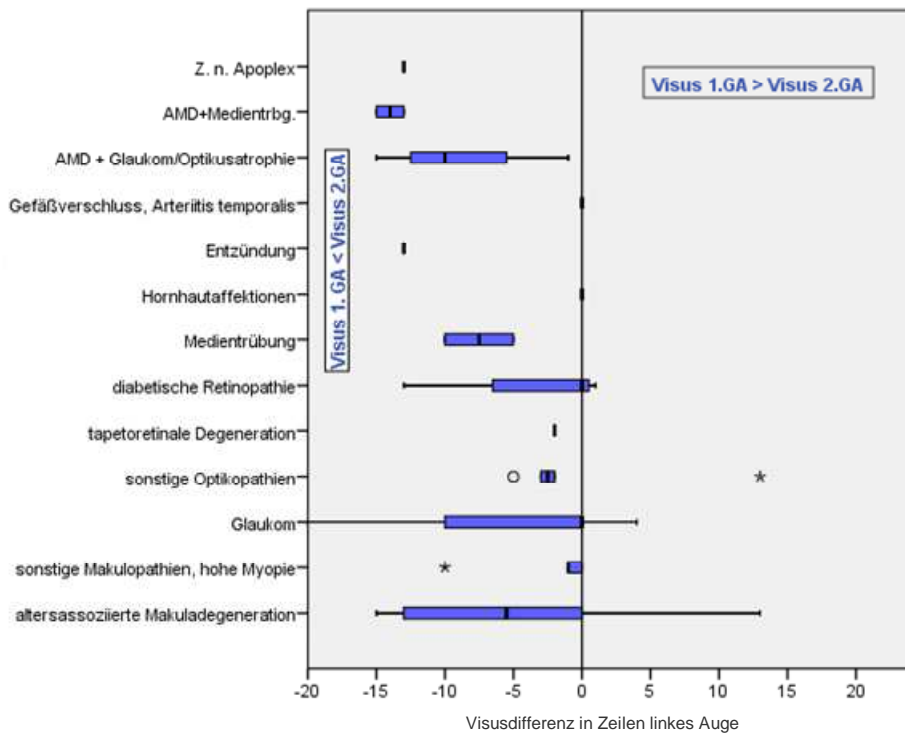


Abb. III.45: Visusänderungen in Bezug auf die Diagnosen; Vergleich zwischen Attest und erster Begutachtung ○ Ausreißer, * Extremwert

und Hornhautaffektion, und am linken Auge bei der Diagnose tapetoretinale Degeneration, um jeweils nur einen Fall gehandelt hat, weshalb hier nur ein Einzelpunkt dargestellt ist. In den Abbildungen III.43 und III.44 kommt noch deutlicher als in Kap. 2.3.3 zum Ausdruck, dass bei der zweiten Begutachtung in mehr als der Hälfte der Fälle ein besserer Visus als bei der ersten Begutachtung angegeben wurde. Bei 49 der 63 an die Augenklinik der LMU überwiesenen Antragsteller (77,8 %) hatte nach der ersten Begutachtung der V. a. Aggravation bestanden, sie konnten dank der erweiterten Untersuchungsmöglichkeiten einer Universitäts-Klinik zur besseren Mitarbeit motiviert werden. Bei 60 der 63 Antragsteller wurde Blindheit verneint (95,2 %); von diesen waren bei 22 Antragstellern die Blindheitskriterien nicht (mehr) gegeben, allerdings fiel in 7 Fällen zusätzlich Aggravation auf, was in den Gutachten auch zum Ausdruck gebracht wurde (Abb. III.46).

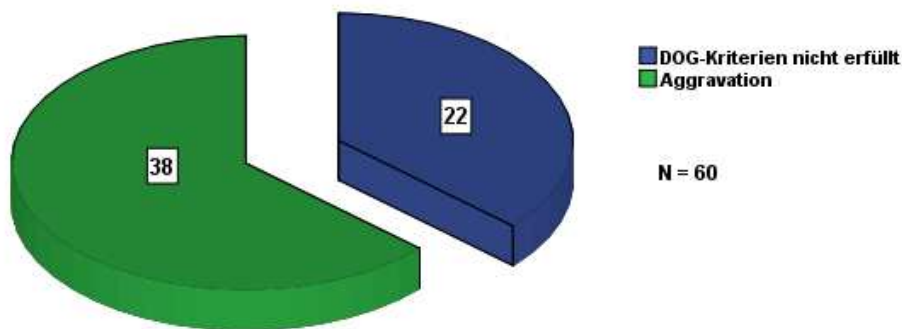


Abb. III.46: Gründe für die Beurteilung „nicht blind“ bei der zweiten Begutachtung

2.4.2 Altersassoziierte Makuladegeneration

2.4.2.1 Attest - erste Begutachtung

Mit 450 Fällen (einschließlich der Doppelfälle) ist die AMD die dominierende Diagnose und Hauptvertreterin der Makulopathien. Ausgewertet wurden 449 Fälle (Ausschluss eines der in Kap. II.2.2 genannten Fälle). Die Übersicht über alle verwertbaren Fälle (Tab. III.12) zeigt ein ähnliches Ergebnis, wie bei „alle Diagnosen“, nur beim binokularen Visus liegt der prozentuale Anteil der schlechteren Werte bei der ersten Begutachtung deutlich niedriger. In den Diagrammen (Abb. III.47-III.48) fehlen 56 Visuswerte rechts, 39 links (Visus „lux“, „nulla lux“, „keine Visusangabe“), es sind somit rechts 87,5 % und links 91,3 % der Visusangaben erfasst. Für den binokularen Visus gab es 166 verwertbare Fälle (284 x kein binokularer Visus im Attest und/oder bei der ersten Begutachtung), im Diagramm fehlt ein Fall (Visus „lux“, Abb. III.49). Der Fall mit der größten Visusverschlechterung von R/L/bin. 26/28/28 Zeilen betrifft eine Antragstellerin aus der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen, deren Antrag nach einem weiteren Gutachten an der Augenklinik wegen Aggravation

abgelehnt wurde. Nach einem Jahr gibt es, von einem Fall abgesehen (linkes Auge, Abb. III.48), keine Visusverbesserung mehr gegenüber dem Attest.

AMD	alle verwertbaren Fälle		
	V-AA > V-1.GA	V-AA = V-1.GA	V-AA < V-1.GA
rechts (449)	244 (54,3 %)	138 (30,7 %)	67 (14,9 %)
links (449)	246 (54,8 %)	132 (29,4 %)	71 (15,8 %)
binokular (166)	89 (53,6 %)	41 (24,7 %)	36 (21,7 %)

V-AA: Visus im Attest
V-1.GA: Visus bei der 1. Begutachtung

Tab. III.12: Vergleich aller verwertbaren Visuswerte zwischen Attest und erster Begutachtung

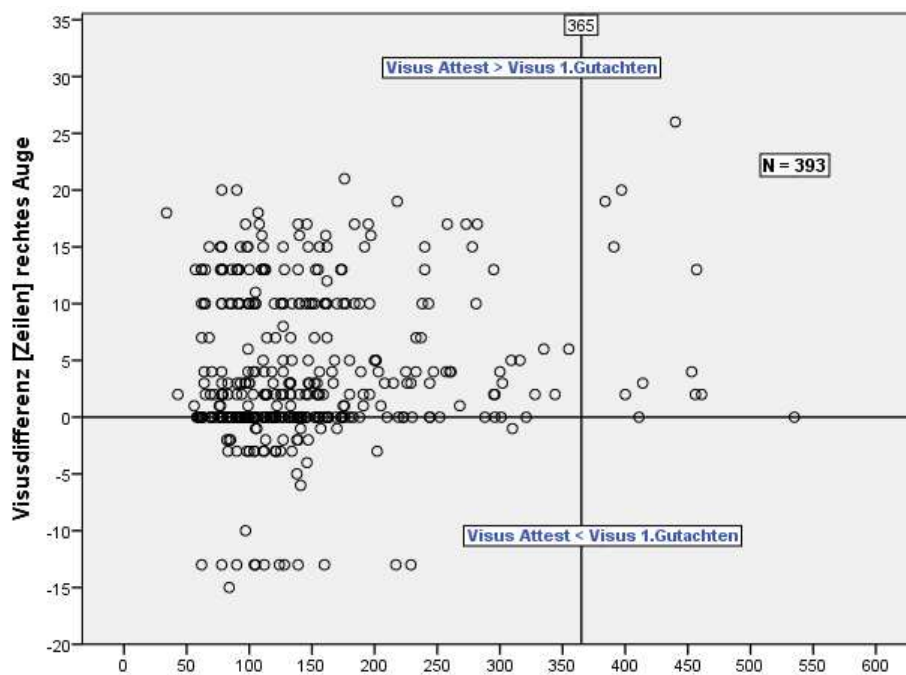


Abb. III.47: Visusdifferenzen rechtes Auge zwischen Attest und erstem Gutachten; Zeitabstand in Tagen

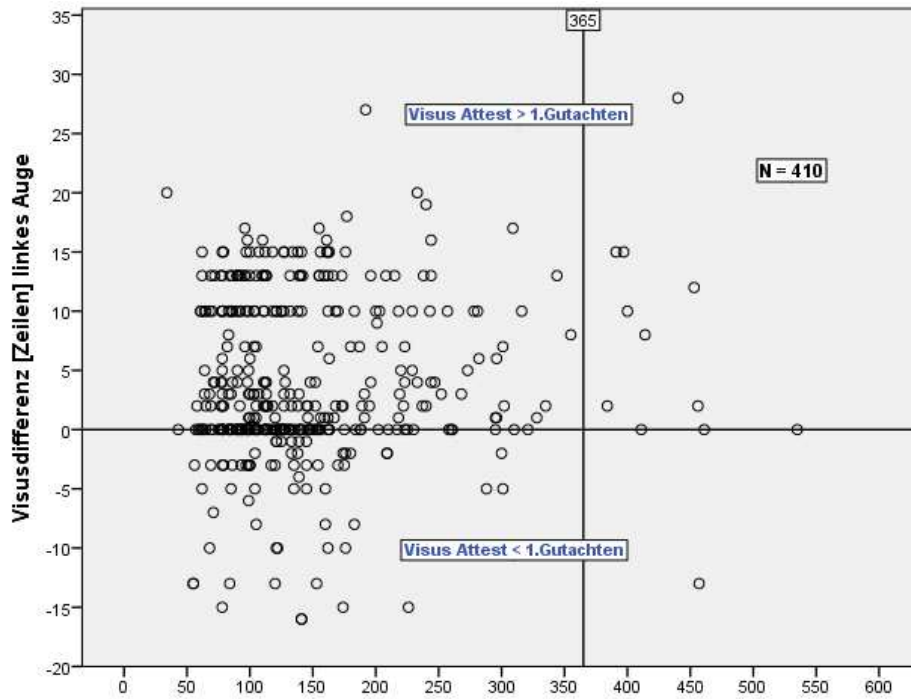


Abb. III.48: Visusdifferenzen linkes Auge zwischen Attest und erstem Gutachten; Zeitabstand in Tagen

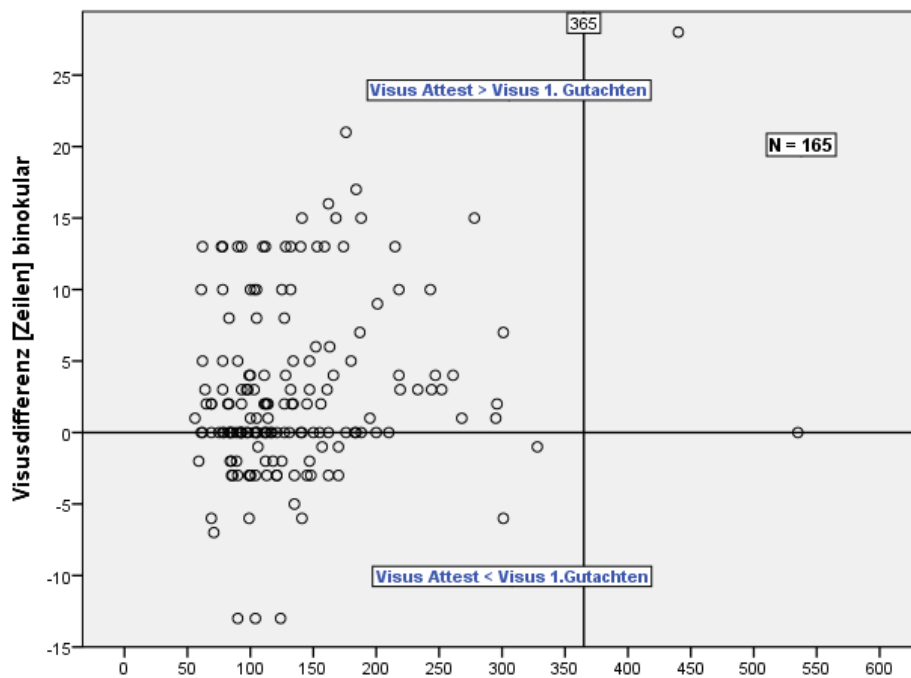


Abb. III.49: Visusdifferenzen binokular zwischen Attest und erstem Gutachten; Zeitabstand in Tagen

2.4.2.2 Attest – zweite Begutachtung

Zur Begutachtung an der Augenklinik der LMU kamen 23 Antragsteller mit der Diagnose AMD, die Untersuchungen erfolgten innerhalb von 95-587 Tagen nach der Befunderhebung im Attest. Bei 22 Antragstellern war bei der ersten Begutachtung „Blindheit“ verneint

worden, davon in 20 Fällen wegen V. a. Aggravation, in einem Fall war eine Beurteilung nicht möglich.

Eine Übersicht über alle verwertbaren Visusangaben gibt Tabelle III.13. Hier fällt auf, dass der Prozentsatz der Visuswerte, die bei der zweiten Begutachtung besser waren als im Attest, am linken Auge mit über 50 % deutlich höher liegt, als am rechten Auge; eine plausible Erklärung gibt es dafür nicht.

AMD	alle verwertbaren Fälle		
	V-AA > V-2.GA	V-AA = V-2.GA	V-AA < V-2.GA
rechts (23)	13 (56,5 %)	6 (26,1 %)	4 (17,4 %)
links (23)	7 (30,4 %)	4 (17,4 %)	12 (52,2 %)
binokular (6)	4 (66,7 %)	1 (16,7 %)	1 (16,7 %)

V-AA: Visus im Attest
V-2.GA: Visus bei der 2. Begutachtung

Tab. III.13: Vergleich aller verwertbaren Visuswerte zwischen Attest und zweiter Begutachtung

In den Diagrammen (Abb. III.50-III.51) fehlen für das rechte Auge drei, für das linke Auge vier Fälle (Visus „lux“, „nulla lux“). Nach einem Jahr konnten keine besseren Visuswerte

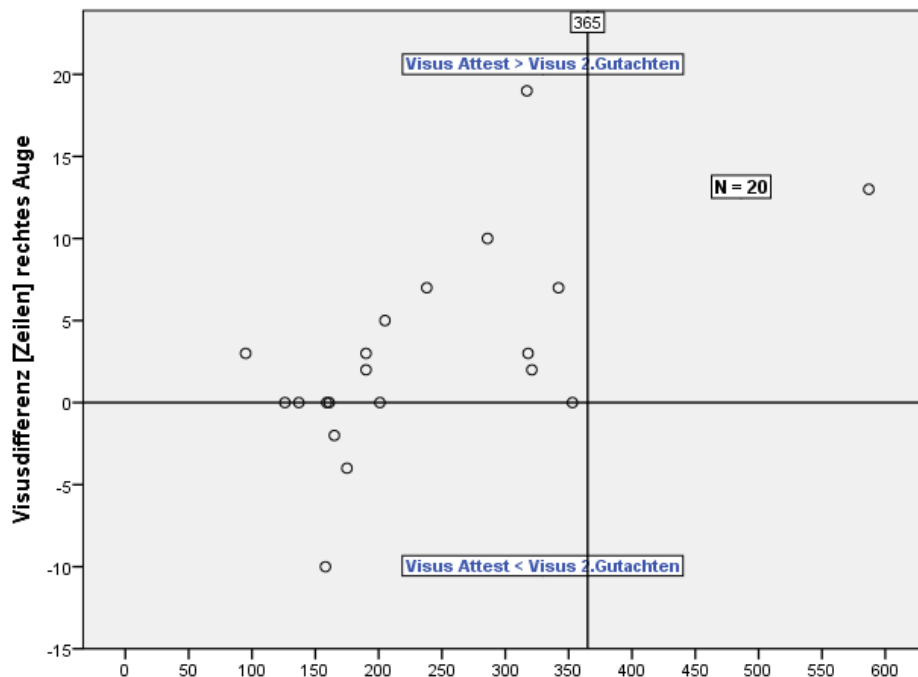


Abb. III.50: Visusdifferenzen rechtes Auge zwischen Attest und zweitem Gutachten; Zeitabstand in Tagen

mehr erhoben werden. Der einzige Fall einer Begutachtung nach mehr einem Jahr (Zeitabstand 587 Tage) betrifft die zweite Begutachtung des in Kap. 2.4.2.1 geschilderten Falls mit der größten Visusverschlechterung; hier hatte sich der Visus von R/L/bin 0,4 / 0,63

/ 0,63 im Attest auf 0,02 / 0,032 / 0,02 bei der zweiten Begutachtung verschlechtert, bei der ersten Begutachtung war R/L/bin nur Fingerzählen angegeben worden. Grund für die Annahme von Aggravation waren die fehlende Korrelation mit dem morphologischen Befund und eine Spirale bei der Goldmann-Perimetrie.

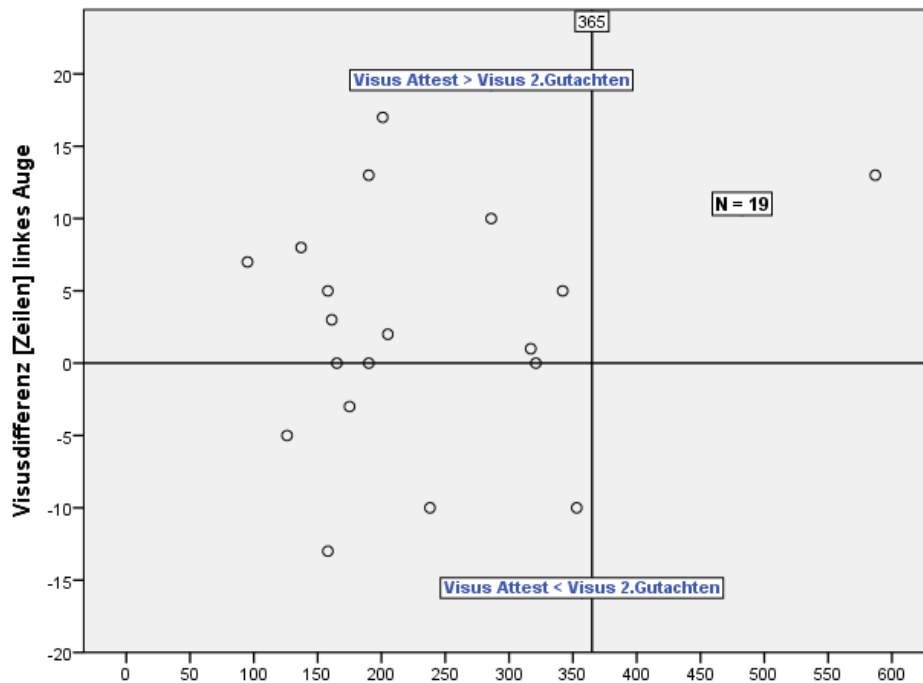


Abb. III.51: Visusdifferenzen linkes Auge zwischen Attest und zweitem Gutachten; Zeitabstand in Tagen

2.4.2.3 Erste Begutachtung - zweite Begutachtung

Bei den 23 an die Augenklinik der LMU verwiesenen Antragstellern mit der Diagnose AMD fand die zweite Begutachtung zwischen 54-147 Tagen nach der ersten statt (Abb. III.52-III.53). In der Tabelle mit der Übersicht über alle Visuswerte (Tab. III.14) zeigt sich dasselbe Phänomen, wie in Kapitel 2.4.1.3 dargestellt wurde, nämlich ein hoher Prozentsatz besserer

AMD	alle verwertbaren Fälle (79)		
	rechts (23)	links (23)	binokular (18)
V-1.GA < V-2.GA	14 (60,9 %)	12 (52,2 %)	14 (77,8 %)
V-1.GA = V-2.GA	6 (26,1 %)	8 (34,8 %)	3 (16,7 %)
V-1.GA > V-2.GA	3 (13,0 %)	3 (13,0 %)	1 (5,5 %)

V-1.GA: Visus bei der 1. Begutachtung
V-2.GA: Visus bei der 2. Begutachtung

Tab. III.14: Vergleich aller verwertbaren Visuswerte zwischen erster und zweiter Begutachtung

Visuswerte bei der zweiten Begutachtung, binocular in mehr als zwei Drittel der Fälle. Als Ursache ist auch hier der hohe Anteil von Fällen mit V. a. Aggravation zu nennen, Einzelheiten siehe Kapitel 2.4.2.2. In den Diagrammen „Visusänderung - Zeitablauf“ fehlen jeweils drei Fälle für das rechte und linke Auge (Visus „lux“, „nulla lux“).

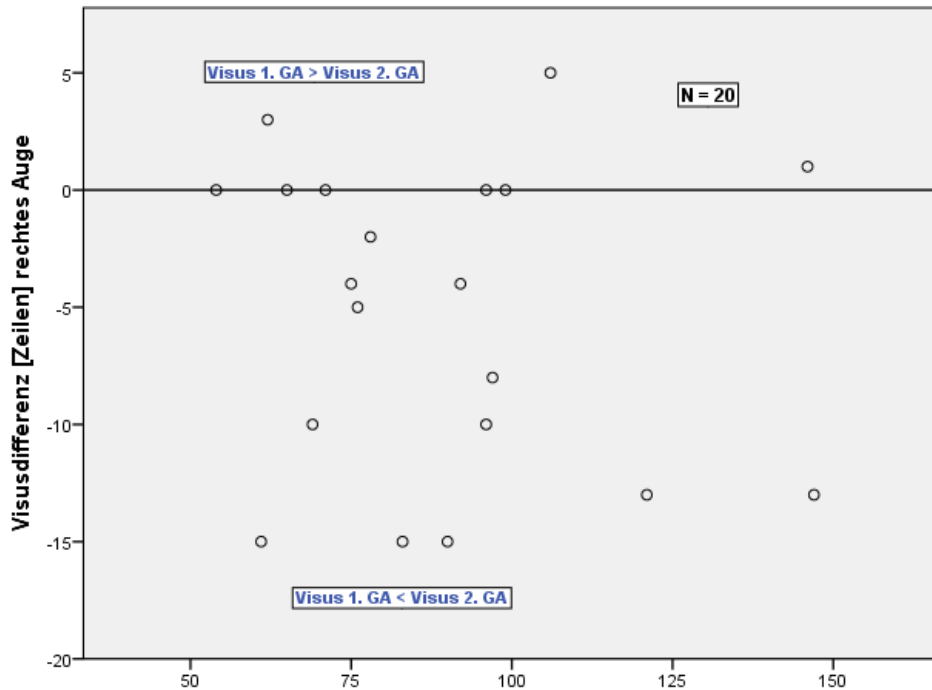


Abb. III.52: Visusdifferenzen rechtes Auge zwischen erstem und zweiten Gutachten; Zeitabstand in Tagen

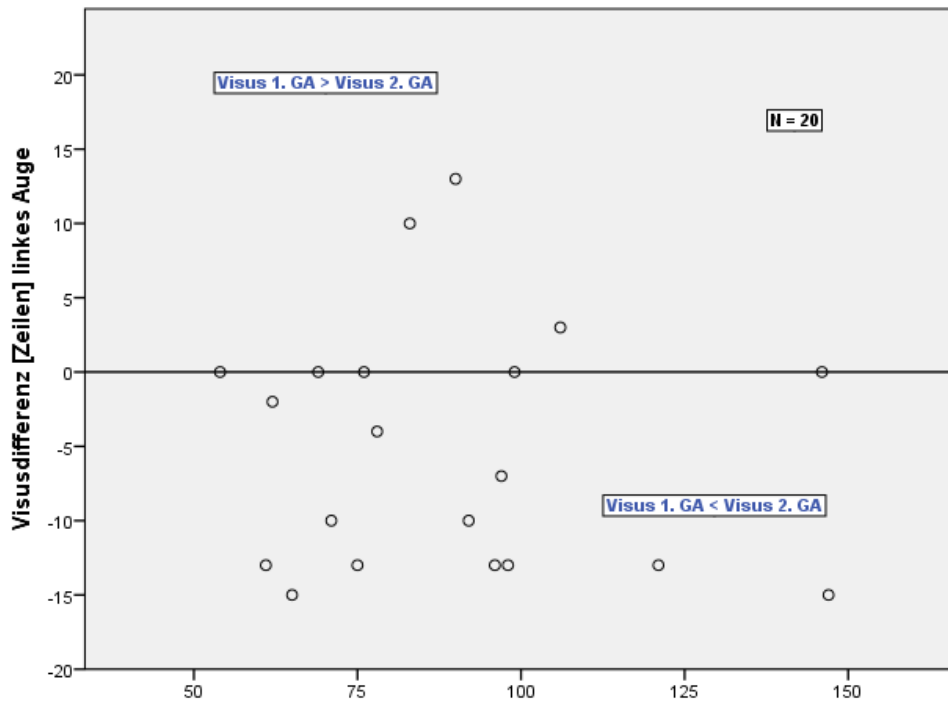


Abb. III.53: Visusdifferenzen linkes Auge zwischen erstem und zweiten Gutachten; Zeitabstand in Tagen

2.4.3 Glaukom

Die Häufigkeit des Glaukoms im untersuchten Patientengut ist mit 81 Fällen (8,8 %) im Vergleich zur AMD zwar gering, diese Erkrankung ist jedoch die zweithäufigste Diagnose bei den 925 ausgewerteten Fälle und Hauptvertreterin der Optikopathien. Die Visusänderungen im Zeitablauf sollen daher auch bei dieser Erkrankung einzeln dargestellt werden. Ausgewertet wurden 80 Fälle (Ausschluss eines der in Kap. II.2.2 genannten Fälle).

2.4.3.1 Attest – erste Begutachtung

Eine Übersicht über alle verwertbaren Fälle gibt Tabelle III.15. Ein Fall konnte nicht ausgewertet werden, da bei der ersten Begutachtung keine Angaben zum Sehvermögen gemacht wurden (Visus lt. Attest R/L/bin 0,2/Hbw/0,2). Auffällig ist der hohe Anteil schlechterer Visuswerte bei der ersten Begutachtung, vorallem binokular; der einzige bessere Wert binokular betrifft eine „Verbesserung“ von Visus „lux“ auf Visus „Hbw“.

Glaukom	alle verwertbaren Fälle (79)		
	V-AA > V-1.GA	V-AA = V-1.GA	V-AA < V-1.GA
rechts (79)	48 (60,8 %)	23 (29,1 %)	8 (10,1 %)
links (79)	52 (65,8 %)	20 (25,3 %)	7 (8,9 %)
binokular (28)	22 (78,6 %)	5 (17,8 %)	1 (3,6 %)
V-AA: Visus im Attest V-1.GA: Visus bei der 1. Begutachtung			

Tab. III.15: Vergleich aller verwertbaren Visuswerte zwischen Attest und erster Begutachtung

In den Diagrammen (Abb. III.54, III.55) fehlen für das rechte Auge 28 Fälle, für das linke Auge 22 Fälle (Visus „lux“, „nulla lux“, „keine Angabe“). Bei der größten Visusdifferenz rechts, einer Verschlechterung um 19 Zeilen innerhalb eines Zeitraums von etwas mehr als fünf Monaten (161 Tage), handelt es sich um eine Abnahme der Sehschärfe von 0,08 im Attest auf Handbewegungen bei der Begutachtung, Blindheit lag jedoch wegen einer deutlich besseren Sehschärfe auf dem Partnerauge nicht vor. Im Diagramm erfassten Visusdifferenzen links fallen vier Fälle mit Visusabnahme um 20 (2x), 22 und 24 Zeilen auf. Hier war bei der Begutachtung ein auf Handbewegungen abgesunkener Visus angegeben worden, Visus im Attest 0,1 (2x), 0,16 und 0,25. Die beiden letztgenannten Fälle wurden wegen Aggravation abgelehnt (nach Bestätigung durch die zweite Begutachtung), von den beiden erstgenannten Fällen wurde einer abgelehnt, da die Blindheitskriterien nicht erfüllt

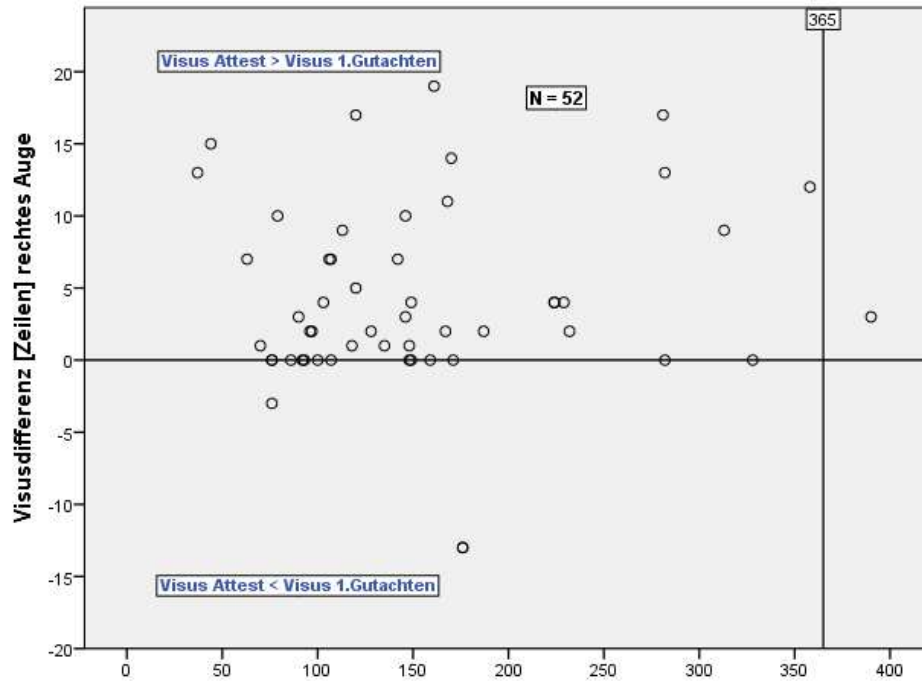


Abb. III.54: Visusdifferenzen rechtes Auge zwischen Attest und erstem Gutachten; Zeitabstand in Tagen

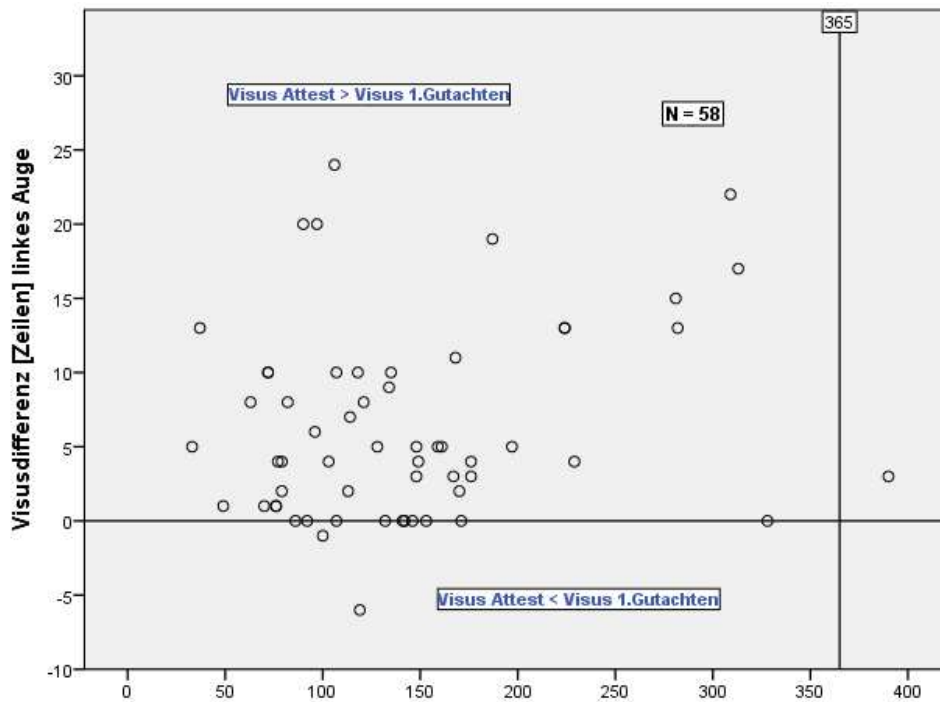


Abb. III.55: Visusdifferenzen linkes Auge zwischen Attest und erstem Gutachten; Zeitabstand in Tagen

waren (Visus R/L/bin 0,1/Hbw/0,1, Gesichtsfeldgrenze mehr als 15° vom Zentrum entfernt), bei dem anderen Blindheit ohne weitere Begutachtung bejaht (Visus R/L/bin nulla lux/Hbw/nulla lux, Gesichtsfeld nicht erhebbar).

2.4.3.2 Attest - zweite Begutachtung

Von den 81 Antragstellern mit Glaukom wurden acht ein zweites Mal begutachtet, eine Übersicht über alle Visusdifferenzen gibt Tabelle III.16. Für das rechte Auge gibt es nur vier,

Glaukom	alle verwertbaren Fälle (8)		
	VAA > V-1.GA	VAA = V-1.GA	VAA < V-1.GA
rechts (8)	5 (62,5 %)	2 (25,0 %)	1 (12,5 %)
links (8)	4 (50,0 %)	3 (37,5 %)	1 (12,5 %)
binokular (5)	3 (60,0 %)	2 (40,0 %)	-

VAA: Visus im Attest
V-2.GA: Visus bei der 2. Begutachtung

Tab. III.16: Vergleich aller verwertbaren Visuswerte zwischen Attest und zweiter Begutachtung

binokular nur fünf verwertbare Visuswerte. Auf ein Diagramm wurde wegen der geringen Fallzahl verzichtet. Für das linke Auge liegen sieben Visuswerte auf der Dezimalskala, hier zeigt das Diagramm ausschließlich unveränderte bzw. schlechtere Werte im Vergleich zum Attest (Abb. III.56). Die Auswertung aller Fälle (Tab. III.16) zeigt in nur einem Fall einen besseren Wert.

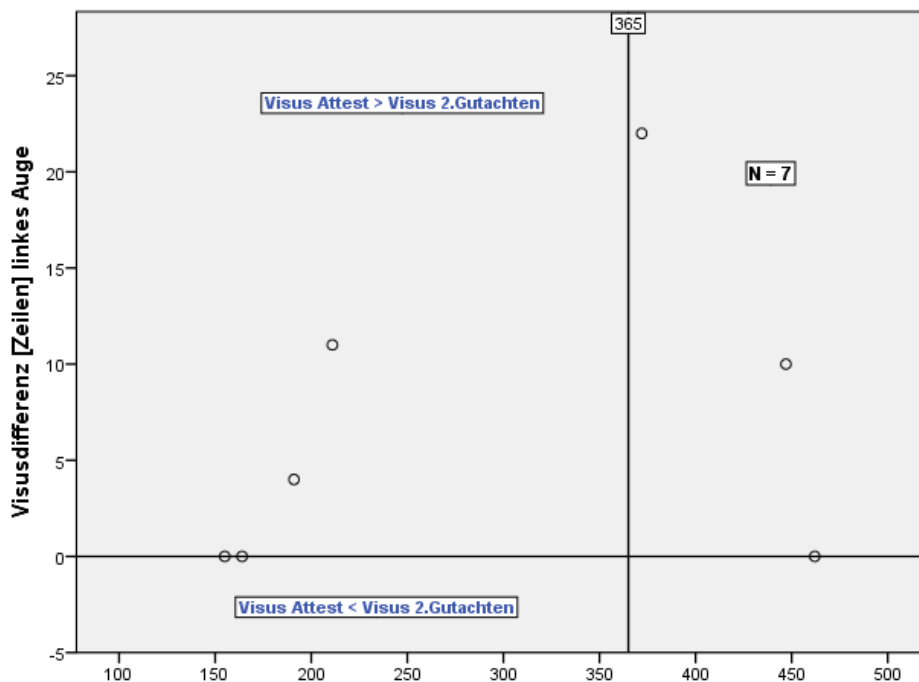


Abb. III.56: Visusdifferenzen linkes Auge zwischen Attest und zweitem Gutachten; Zeitabstand in Tagen

Bei dem Fall mit der größten Visusdifferenz, Visusabnahme um 22 Zeilen innerhalb eines Zeitraums von etwas mehr als einem Jahr (372 Tage), bestand der V. a. Aggravation (Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen, Visusabnahme von 0,16 auf Fingerzählen). Grund für diesen Verdacht waren objektivierende Visusprüfungen, das Ergebnis elektro-physiologischer Untersuchungen und eine Spirale bei der Goldmann-Perimetrie.

Das längste Intervall von 462 Tagen (etwa 1 Jahr und 3 Monate) betrifft den in Kap. III.2.2.1 genannten Antragsteller, dessen Blindengeldberechtigung infolge einer Denunziation überprüft worden war, Sehschärfe lt. Attest und bei beiden Begutachtungen Fingerzählen.

2.4.3.3 Erste Begutachtung - zweite Begutachtung

Verwertbar sind nur sieben Fälle, da bei der ersten Begutachtung in einem Fall keine Angaben zum Sehvermögen gemacht wurden. Eine Übersicht über alle verwertbaren Visusangaben gibt Tabelle III.17. Auch hier gibt es für die Visusdifferenzen rechts und binokular zu wenig Fälle auf der Dezimalskala, sodass nur die Visusdifferenzen für das linke Auge dargestellt werden

Glaukom	alle verwertbaren Fälle		
	V-1.GA > V-2.GA	V-1.GA = V-2.GA	V-1.GA < V-2.GA
rechts (7)	1 (14,3 %)	4 (57,1 %)	2 (28,6 %)
links (7)	2 (28,6 %)	3 (42,8 %)	2 (28,6 %)
binokular (6)	2 (33,3 %)	2 (33,3 %)	2 (33,3 %)
V-1.GA: Visus bei der 1. Begutachtung V-2.GA: Visus bei der 2. Begutachtung			

Tab. III.17: Vergleich aller verwertbaren Visuswerte zwischen erster und zweiter Begutachtung

(Abb. III.57). In fünf von sieben Fällen erfolgte die zweite Begutachtung wegen des V. a. Aggravation. Grund für diese Annahme waren Diskrepanzen zwischen dem angegebenen Sehvermögen und den morphologischen Befunden, den Vorbefunden und der Verhaltensbeobachtung. In einem Fall „besserte“ sich die Sehschärfe von 0,032 bei der ersten Begutachtung auf 0,32 (entspr. 10 Zeilen), Gesichtsfeldgrenze mehr als 7,5° vom Zentrum entfernt, die Ablehnung durch das ZBFS erfolgte wegen nicht erfüllter Blindheitskriterien. In den übrigen Fällen wurde der V. a. Aggravation bestätigt. Bei dem im Diagramm mit -20 Zeilen erfassten Fall „besserte“ sich die Sehschärfe von Fingerzählen bei der ersten Begutachtung auf 0,1 in der zweiten, die Visuswerte waren jedoch weiterhin nicht

plausibel (binokularer Visus 0,02; Visus mit Korrektur schlechter als ohne), zudem ergab sich bei der Goldmann-Perimetrie eine Spirale.

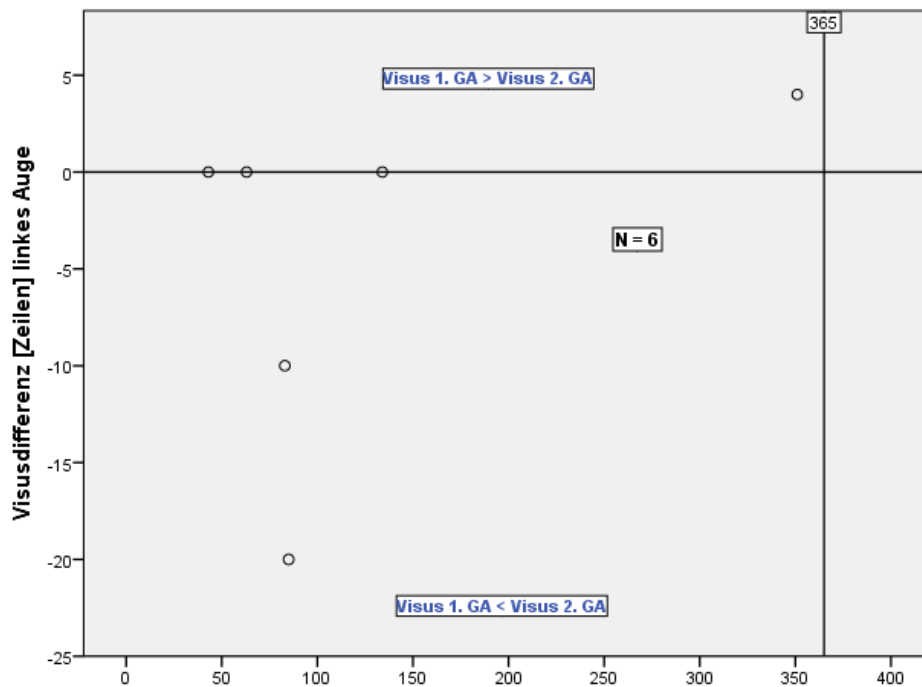


Abb. III.57: Visusdifferenzen linkes Auge zwischen erstem und zweitem Gutachten; Zeitabstand in Tagen

2.4.4 Zusammenfassung

Eine erkennbare Korrelation zwischen Visusdifferenzen und Zeitabstand in dem Sinne, dass Anzahl und Ausmaß der Visusverschlechterungen mit zunehmendem zeitlichem Abstand mehr bzw. größer würden, ist aus den Diagrammen bis zu einem Zeitabstand von etwa einem Jahr nicht zu erkennen, auch nicht bei der altersabhängigen Makuladegeneration oder dem Glaukom, zwei grundsätzlich zur Progression neigenden Augenerkrankungen. Die vergleichende Gegenüberstellung der absoluten Zahlen aller Visuswerte für diese Diagnosen (Summe der Visuswerte rechts, links und binokular, Tab. III.18) zeigt für die AMD bei beiden Begutachtungen einen höheren Anteil an besseren Visuswerten im Vergleich zum Attest bzw. dem Vorgutachten, beim Glaukom dagegen einen deutlich höheren Anteil schlechterer Visuswerte.

Die graphische Darstellung der Visusdifferenzen zwischen Attest und erster Begutachtung bzw. zwischen den Begutachtungen (Abb. III.58, „lux“ und „nulla lux“ sind nicht erfasst) verdeutlicht die unterschiedlichen Ergebnisse. Bei der ersten Begutachtung war der Visus in weit mehr als der Hälfte schlechter als im Attest, wogegen bei der zweiten Begutachtung mehr als die Hälfte der Visuswerte der 63 untersuchten Antragsteller besser war, als bei der

ersten Begutachtung (obere drei „Boxen“). Eine plausible Erklärung dafür findet sich in dem hohen Anteil an Aggravation bei den 63 Antragstellern, die ein zweites Mal begutachtet wurden, in 38 Fällen (60,3 %) wurde „Blindheit“ wegen des Verdachts auf Aggravation verneint.

	alle Diagnosen	AMD	Glaukom
V-AA < V-1.GA	316 (15 %)	174 (16 %)	16 (9 %)
V-AA = V-1.GA	622 (29 %)	311 (29 %)	48 (26 %)
V-AA > V-1.GA	1202 (56 %)	581 (55 %)	122 (65 %)
V-1.GA < V-2.GA	100 (58 %)	40 (62 %)	6 (30 %)
V-1.GA = V-2.GA	49 (28 %)	17 (27 %)	9 (45 %)
V-1.GA > V-2.GA	24 (14 %)	7 (11 %)	5 (25 %)

VAA: Visus im Attest
V-1.GA: Visus bei der 1. Begutachtung
V-2.GA: Visus bei der 2. Begutachtung

Tab. III.18: Vergleich aller verwertbaren Visuswerte mit den Ergebnissen bei AMD und Glaukom

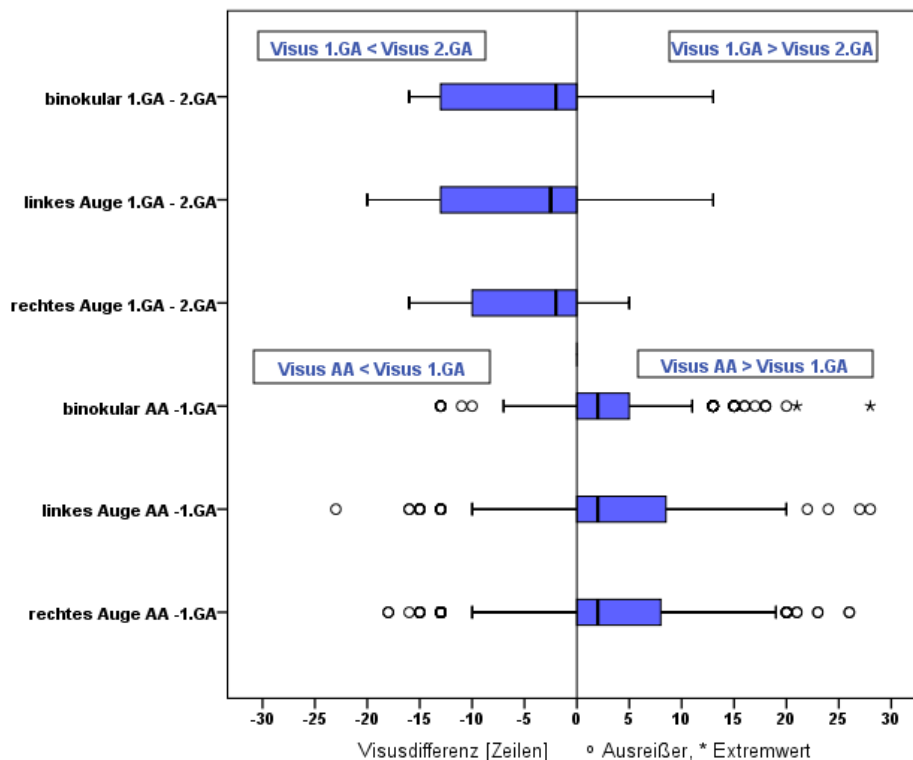


Abb. III.58: Vergleich aller Visusdifferenzen

2.5 Aggravation

Einzelne Fälle von Aggravation wurden bereits in den vorhergehenden Kapiteln besprochen, im Folgenden sollen alle Fälle nach Diagnosen, Altersstruktur und den Gründen, warum Aggravation angenommen wurde, analysiert werden. Die in Kapitel II.2.2 genannten Fälle sind in den folgenden Ergebnissen nicht enthalten, da nicht vom V. a. Aggravation betroffen.

2.5.1 Atteste

Unter den 925 Attesten und Befundberichten gab es einen einzigen Fall, der wohl so auffällig war, dass der behandelnde Augenarzt Aggravation bescheinigte. Es handelte sich um eine Antragstellerin aus der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen, Diagnose lt. Attest „unklare Sehstörung“, lt. erster und zweiter Begutachtung „V. a. tapetoretinale Degeneration“. Die Annahme von Aggravation bei den Begutachtungen beruhte u. a. auf der Angabe einer Spiralforn bei der Gesichtsfeldprüfung und auf der Verhaltensbeobachtung.

2.5.2 Erste Begutachtung

Bei der ersten Begutachtung wurden 402 Antragsteller als „nicht blind“ beurteilt. Davon waren in 52 Fällen (12,9 %) die Blindheitskriterien zwar formal erfüllt, Blindheit wurde wegen des V. a. Aggravation jedoch verneint (Abb. III.59; zum Fall „sonstiges“ s. Kap. III.2.2.3, Abb. III.22).

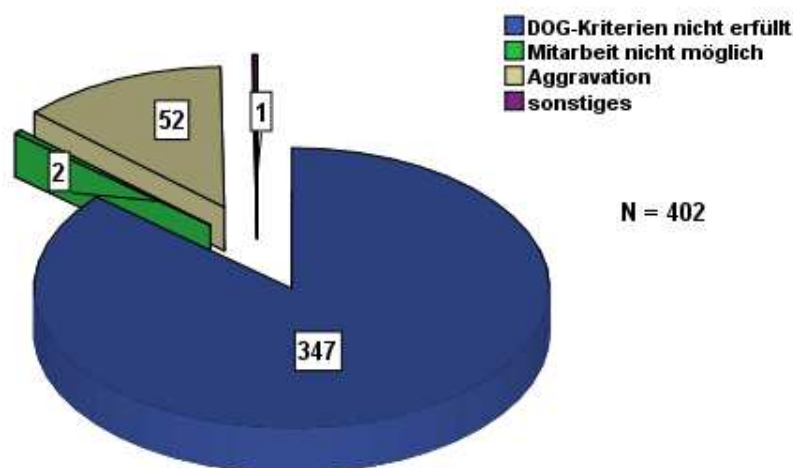


Abb. III.59: Gründe für die Beurteilung „nicht blind“ bei der ersten Begutachtung

Die Gründe für diesen Verdacht sind Abbildung III.60 zu entnehmen, wobei nur die häufigsten Kombinationen erfasst wurden (s. Kap. II. 2.1, Pkt. 16.3). Die Verteilung auf die

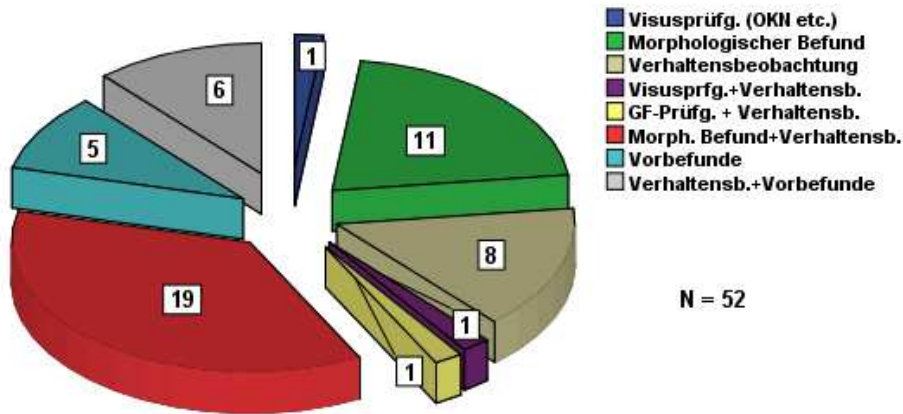


Abb. III.60: Gründe für die Annahme von Aggravation bei der ersten Begutachtung

Altersgruppen zeigt Abbildung III.61. Ein knappes Drittel (30,7 %) der Fälle von Aggravation entfällt dabei auf die Altersgruppen bis 59 Jahre, also deutlich mehr, als deren prozentualer Anteil von 13 % an der Gesamtzahl der Anträge (Abb. III.62).

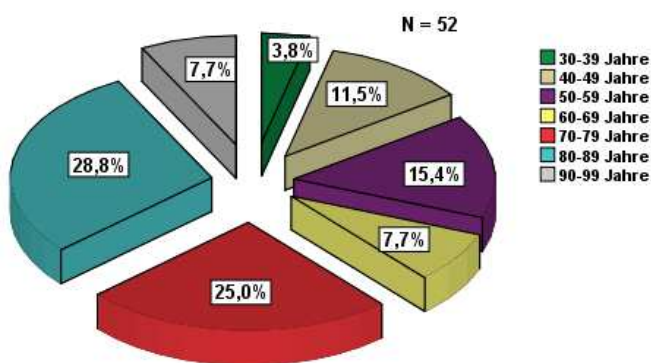


Abb. III.61: Aggravationsfälle bei der ersten Begutachtung; Altersverteilung

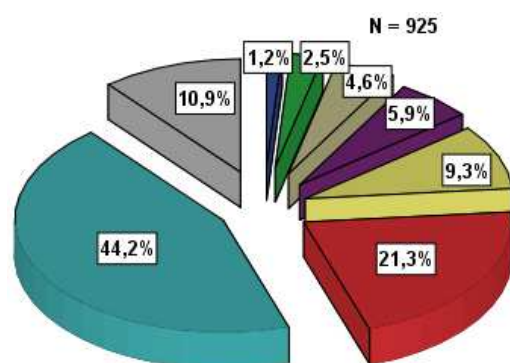


Abb. III.62: Alle Anträge; Altersverteilung

2.5.3 Zweite Begutachtung

Bei der zweiten Begutachtung wurden 60 der 63 Antragsteller (95,2 %) als nicht blind beurteilt. Von den 38 Fällen, bei denen Blindheit wegen V. a. auf Aggravation verneint wurde (Abb. III.46), war in 34 Fällen schon bei der ersten Begutachtung ein Aggravationsverdacht gegeben. Weitere 15 Antragsteller mit V. a. Aggravation bei der ersten Begutachtung gaben nunmehr ein deutlich besseres Sehvermögen an, weshalb die Kriterien für Blindheit nicht erfüllt waren.

Entsprechend der Möglichkeiten einer Universitätsklinik wurden die Angaben zum Sehvermögen vermehrt durch elektrophysiologische Untersuchungen überprüft, in der Regel durch Ableitung visuell evozierter Potentiale, in Einzelfällen auch eines

Elektroretinogramms (in den Diagrammen subsumiert unter „VECP“). Eine Übersicht über die Gründe, warum Aggravation angenommen wurde, gibt Abbildung III.63.

Die Verteilung auf die Altersgruppen zeigt Abbildung III.64, wobei der prozentuale Anteil der Altersgruppen bis 59 Jahre mit 42,2 % noch höher ist, als bei der ersten Begutachtung. Ein Grund dafür sind die o. g. 15 Antragsteller, die bei der zweiten Begutachtung ein deutlich besseres Sehvermögen angegeben hatten, statistisch nicht mehr unter „Aggravation“ als Ablehnungsgrund erfasst wurden und somit die Altersgruppe der über 60-Jährigen nicht mehr „belasteten“. In allen 52 Fällen von

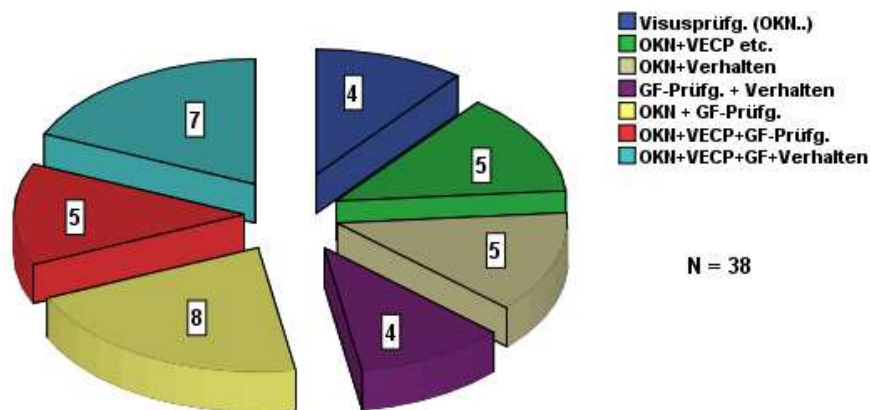


Abb. III.63: Gründe für die Annahme von Aggravation bei der zweiten Begutachtung

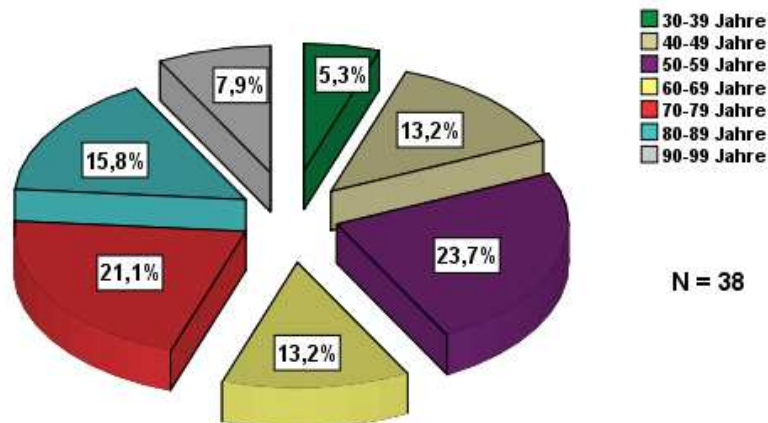


Abb. III.64: Aggravationsfälle bei der zweiten Begutachtung; Altersverteilung

Aggravationsverdacht bei der ersten Begutachtung wurde der Antrag vom ZBFS letztlich abgelehnt.

In Tabelle III.19 sind Art und Häufigkeit der für die Aufdeckung von Aggravation verwendeten Untersuchungsmethoden bei der ersten und zweiten Begutachtung gegenübergestellt.

	1. Begutachtung	2. Begutachtung
Visusprüfung (OKN etc.)	1	4
morphologische Befunde	11	
OKN + visuell evozierte Potentiale (VEP)		5
Verhaltensbeobachtung	8	
OKN + Verhaltensbeobachtung	1	5
Gesichtsfeld-Prüfg. + Verhaltens-beobachtung	1	4
morph. Befunde + Verhaltens-beobachtung	19	
OKN+ Gesichtsfeld-Prüfung		8
OKN + VEP + Gesichtsfeld-Prüfung		5
Vorbefunde	5	
OKN + VEP + Gesichtsfeld-Prüfung + Verhaltensbeobachtung		7
Verhalten + Vorbefunde	6	

Tab. III.19: Untersuchungsergebnisse, auf die sich der V. a. Aggravation begründet

2.6 Herkunft der Atteste

Der größte Teil der 925 Atteste stammte mit 801 (86,6 %) von niedergelassenen Augenärzten. Es folgen mit 76 (8,2 %) die Augenklinik des Klinikums der LMU München und mit 48 (5,2 %) andere Augenklinien. Ohne die in Kap. II.2.2 genannten beiden Fälle stammten 799 von 923 Attesten von niedergelassenen Augenärzten, die übrigen Zahlen ändern sich dadurch nicht (Abb. III.65).

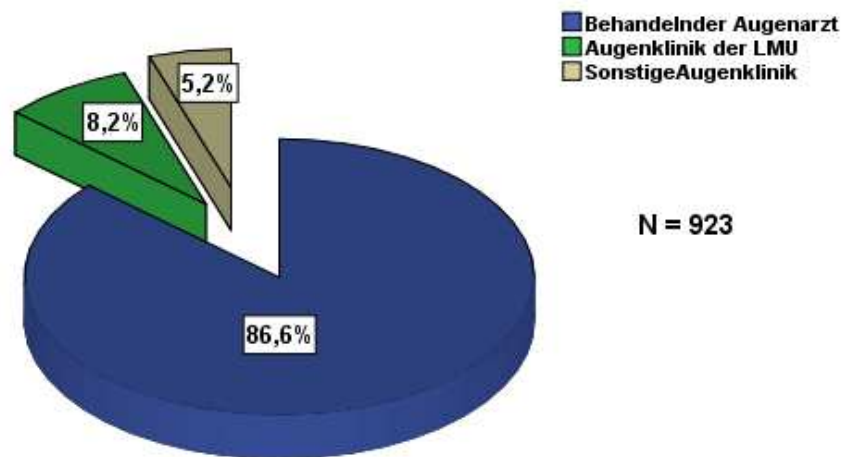


Abb. III.65: Herkunft der Atteste

Das Fazit „blind“ oder „nicht blind“, das bei 619 der 923 Atteste aus den Befunden gezogen werden konnte, wurde in 476 Fällen (76,9 %) durch die erste bzw. zweite Begutachtung bestätigt, in 143 Fällen (23,1 %) ergaben die Begutachtungen das gegenteilige Ergebnis.

Von den 476 bestätigten Attesten stammten 413 (86,8 %) von niedergelassenen Augenärzten, 41 (8,6 %) aus der Augenklinik der LMU und 22 (4,6 %) aus anderen Augenkliniken (Abb. III.66). Von den 144 Attesten, deren Fazit nicht bestätigt werden konnte, stammten 124 (86,7 %) von niedergelassenen Augenärzten, 11 (7,7 %) aus der Augenklinik der LMU und acht (5,6 %) aus anderen Augenkliniken (Abb. III.67). Es zeigt sich somit in beiden Fällen kein relevanter Unterschied gegenüber dem prozentualen Anteil an allen ausgewerteten Attesten (Abb. III.65).

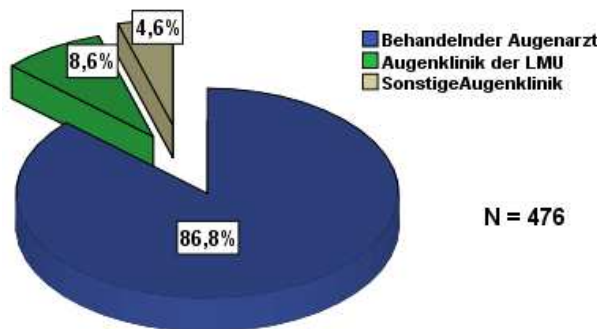


Abb. III.66: Herkunft der Atteste, deren Fazit durch die Begutachtungen bestätigt wurde

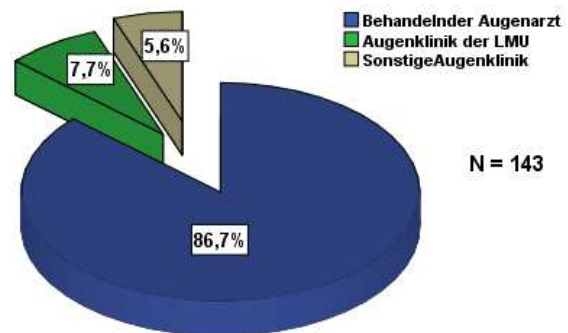


Abb. III.67: Herkunft der Atteste, deren Fazit durch die Begutachtungen nicht bestätigt wurde

Bei den nicht bestätigten Attesten ist allerdings eine Differenzierung erforderlich. Entsprechend der Fragestellung sind insbesondere die Fälle von Interesse, bei denen das Fazit „blind“ im Attest (357 Fälle, Abb. III.14) durch die Begutachtungen widerlegt wurde. Dies war bei 73 (20,4 %) Attesten der Fall, von denen 70 (95,9 %) von niedergelassenen Augenärzten, drei (4,1 %) aus der Augenklinik der LMU stammten. Damit liegt der prozentuale Anteil der Atteste von niedergelassenen Augenärzten in dieser Untergruppe deutlich höher als der prozentuale Anteil an allen 923 Attesten.

Kurz beleuchtet werden soll noch die Untergruppe der 119 Atteste mit der expliziten Aussage „Patient ist blind“. Davon stammten 100 Atteste (84,0 %) von den niedergelassenen Augenärzten, elf (9,2 %) von der Augenklinik der LMU und acht (6,7 %) aus anderen Augenkliniken (Abb. III.69). In 87 Fällen entsprach die Aussage den Befunden, davon stammten 71 Atteste (81,6 %) von niedergelassenen Augenärzten, zehn (11,5 %) von der Augenklinik der LMU und sechs (6,9 %) aus anderen Augenkliniken (Abb. III.70). Aus 32 Attesten ließ sich Blindheit nicht ableiten, wobei die Befunde in 22 Attesten in dem Grenzbereich lagen, der eine definitive Beurteilung nicht zuließ. Von den 10 Attesten, bei denen nach den Befunden Blindheit definitiv nicht vorlag, stammten sieben von niedergelassenen Augenärzten (70 %), eines von der Augenklinik der LMU (10 %) und zwei

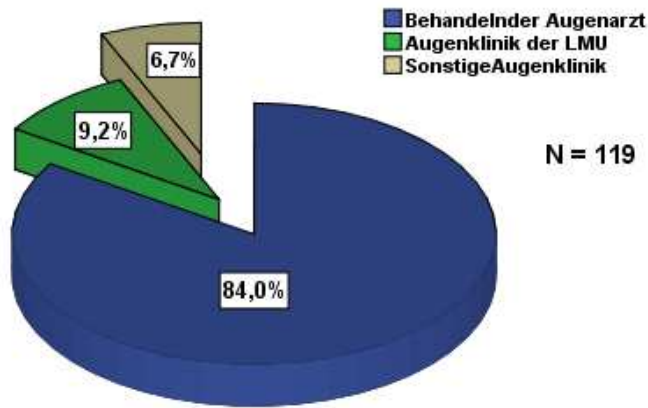
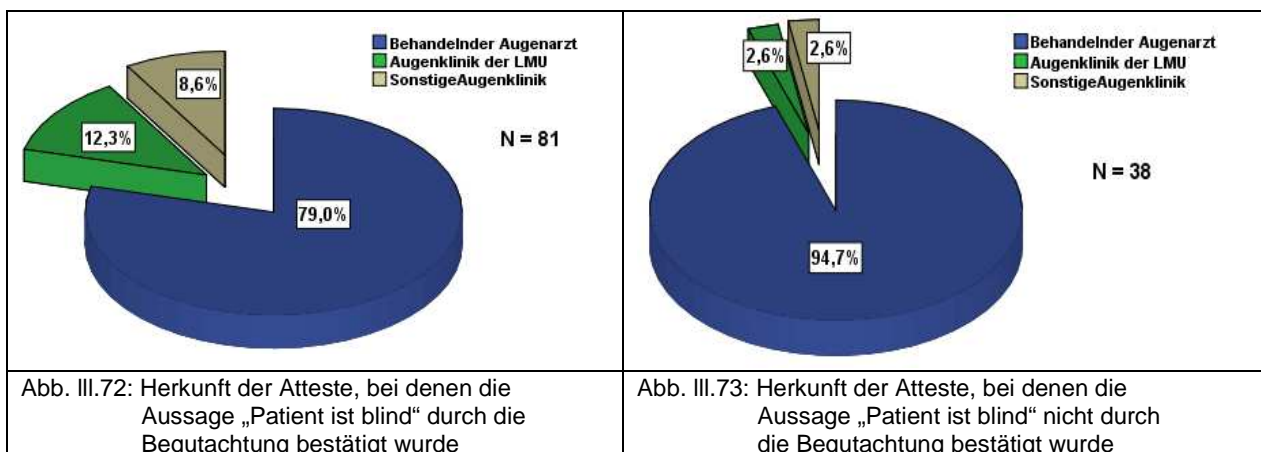
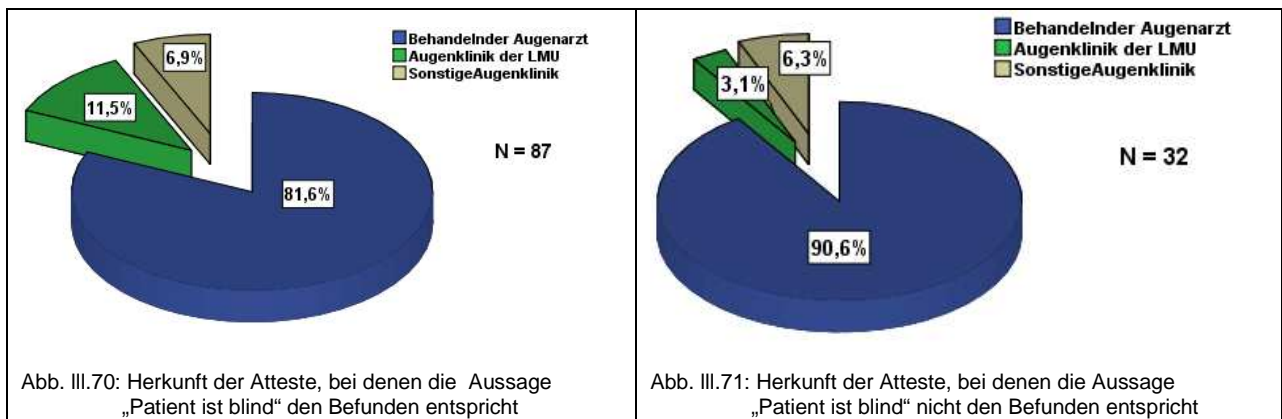


Abb. III.69: Herkunft der Atteste mit der Aussage „Patient ist blind“

von anderen Augenkliniken (20 %). Die 22 Atteste, bei denen eine Beurteilung nicht möglich war, stammten ausnahmslos von niedergelassenen Augenärzten. Fasst man beide Gruppen zusammen, dann stammten 29 der 32 Atteste (90,6 %) von niedergelassenen Augenärzten, eines (3,1 %) aus der Augenklinik der LMU und zwei (6,3 %) aus anderen Augenkliniken (Abb. III.71).



Von den 81 Attesten, deren Aussage durch die Begutachtung bestätigt wurde, stammten 64 (79 %) von niedergelassenen Augenärzten, zehn (12,3 %) aus der Augenklinik der LMU und sieben (8,6 %) aus anderen Augenkliniken (Abb. III.72). Von den 38 Attesten, deren Aussage nicht bestätigt werden konnte, stammten 36 (94,7%) von niedergelassenen Augenärzten und je eines (2,6%) aus der Augenklinik der LMU bzw. anderen Augenkliniken (Abb. III.73).

Diese Differenzierung zeigt, dass der prozentuale Anteil von Attesten, deren Fazit und/oder Aussage „blind“ nicht bestätigt werden konnte, bei den niedergelassenen Augenärzten deutlich über dem Anteil an allen Attesten liegt.

IV. DISKUSSION

1. Grundsätzliche Probleme der Begutachtung

Atteste und Befundberichte sind in der Regel nicht als Entscheidungsgrundlage für die Bewilligung von Blindengeld geeignet. Augenärztliche Untersuchungen in Praxis und Klinik werden unter diagnostischen bzw. therapeutischen Gesichtspunkten durchgeführt, wobei die Visusprüfung in der Regel monokular erfolgt und die Patienten auch nicht zur „forced choice“ angehalten werden. Von den 925 ausgewerteten Attesten enthielten nur 325 (35 %) den binokularen Visus, der häufig über dem Visus des besseren Auges liegt und nach den Richtlinien der DOG maßgeblich für die gutachterliche Beurteilung ist. Des Weiteren werden Sehschärfe und Gesichtsfeld im Praxisalltag mit Zahlentafel und statischer Perimetrie geprüft, d. h. mit zur Begutachtung nicht zugelassenen Untersuchungsmethoden.

Vielen Augenärzten ist diese Problematik bekannt, weshalb die vom ZBFS angeforderten Befundberichte häufig den Hinweis enthielten „...darf nicht für gutachterliche Zwecke verwendet werden“ oder „Befunde wurden nicht nach gutachterlichen Grundsätzen erhoben“. Trotzdem wurden gleichzeitig auch gutachterliche Aussagen getroffen wie: „R/L Erblindung im Sinne des Gesetzes“, obwohl im gleichen Attest vermerkt war: „Der vorliegende Krankenblattauszug ist ein ärztlicher Befundbericht. Er darf nicht für gutachterliche Zwecke verwendet werden!“ Dieses Beispiel zeigt den Interessenkonflikt des behandelnden Arztes zwischen dem Vertrauensverhältnis zu seinem Patienten einerseits und der erforderlichen Neutralität bei der Erstellung von Befundberichten andererseits. Behandelnde Ärzte sollten daher nicht zu gutachterlichen Äußerungen aufgefordert werden, vorallem, wenn Entscheidungen von erheblicher finanzieller Tragweite, wie Blindengeld oder Blindenhilfe, davon abhängig sind.

Ein Sonderfall sind die Atteste und Befundberichte, in denen Blindheit *expressis verbis* bejaht wurde, obwohl die mitgeteilten Befunde nicht die Blindheitskriterien erfüllen. Auch wenn dies in der Praxis keine juristische Konsequenzen nach sich zieht, muss doch in Erinnerung gerufen werden, dass Gefälligkeitsgutachten als Falschaussage in Zeugnissen über den Gesundheitszustand einer Person grundsätzlich einen Straftatbestand gem. § 278 StGB darstellen [63].

Völlige Sicherheit geben jedoch auch Begutachtungen nicht. Zum Einen lassen sich Fehlbeurteilungen auch durch eine DIN-konforme Untersuchung nicht ausschließen, Stichwort „Aggravation“, darin unterscheidet sich die Blindheitsbegutachtung nicht von Begutachtungen auf anderen Rechtsgebieten. Zum Anderen handelt es sich bei den Partialfunktionen „Sehschärfe“ und „Gesichtsfeld“ nicht um objektive Messdaten im

naturwissenschaftlichen Sinn, vielmehr streuen die Sehschärfewerte wie alle psychophysikalischen Messwerte nicht unerheblich [72]. Das Sehvermögen wird zudem von einer Vielzahl außerhalb des augenärztlichen Fachgebietes liegender Faktoren beeinflusst, wie internistischen Begleiterkrankungen (z. B. beim Diabetes kann es je nach Güte der Stoffwechselsituation zu Visusschwankungen kommen), der Tagesform oder dem Anlass der Begutachtung. So wird ein Proband bei der Fahreignungsbegutachtung eher motiviert sein, den bestmöglichen Visus anzugeben, als bei einer Blindenbegutachtung. Nach Lachenmayr [63] ist die Sehschärfe selbst bei bester Kooperation des Probanden und unter optimalen Prüfbedingungen nicht exakt auf eine Stufe reproduzierbar zu bestimmen. Bei drei richtigen Antworten von fünf Landoltringen streut die erreichte Sehschärfe entsprechend einer Gauss-Verteilung um mehr als zwei Stufen nach oben und zwei Stufen nach unten. Auch bei sechs richtigen Antworten von zehn Landoltringen ist die Streuung nicht unerheblich.

Bei der Gesichtsfeldprüfung besteht das Problem, dass auch durch objektivierende Untersuchungen kein „Gesichtsfeld-Äquivalent“ oder „Mindest-Gesichtsfeld“ bestimmt werden kann, wie dies bei der Visusprüfung z. B. durch die Ableitung von Muster- oder Visus-VECP oder die Prüfung des optokinetischen Nystagmus am Visumeter nach Kotowski möglich ist. Auch die Beobachtung der Blickzielbewegungen, die von manchen Gutachtern zur Verifizierung der Angaben eingesetzt wird, kann von gutachtenserfahrenen Probanden durch willentliche Unterdrückung der spontanen Fixationsaufnahme unterlaufen werden. Bei Augenerkrankungen, die vorallem das Gesichtsfeld beeinträchtigen, wie beim Glaukom oder der Retinopathia pigmentosa, sollte sich daher die Gesichtsfeldprüfung, sobald Blindheit zur Diskussion steht, nicht auf die Goldmann-Marke III/4e beschränken, sondern zusätzlich mit je einer größeren und kleineren Marke durchgeführt werden, ggf. mit Überprüfung am Bjerrumschirm oder der Harms-Wand. Bei Zweifeln bzw. fehlendem morphologischem Korrelat sollten des Weiteren elektrophysiologische Untersuchungen angeschlossen werden, z. B. ein ERG. Auch dies ist eine Erkenntnis aus der Vielzahl der ausgewerteten Fälle

2. Methodenkritik

Die Festlegung der Grenzwerte zwischen "nicht blind" und "Beurteilung nicht möglich" erscheint naturgemäß willkürlich, war jedoch aus methodischen Gründen erforderlich. Willkürlich erscheint auch die Annahme von Aggravation in den Fällen, wo sich bei der ersten Begutachtung für die angegebene Sehinderung keine plausible Erklärung fand, zumal bei der ersten Begutachtung in den wenigsten Fällen der V. a. Aggravation schriftlich fixiert worden war. Dies war jedoch ebenfalls aus methodischen Gründen erforderlich, da in

diesen Fällen Blindheit verneint wurde, obwohl die Blindheitskriterien rein formal gegeben waren. Aggravation wurde auch nur bei Personen bejaht, die, soweit zu beurteilen, keine kognitiven Beeinträchtigungen zeigten. Dass dies zutreffend war, zeigte sich bei der zweiten Begutachtung, wo in allen Fällen, die statistisch unter „Aggravation“ erfasst worden waren, Blindheit verneint wurde, entweder wegen Bestätigung des Aggravationsverdachts oder wegen „Besserung“, d. h. eines nunmehr oberhalb der Blindheitskriterien liegenden Sehvermögens.

Die Diagnosestellung war nicht immer eindeutig, die ursächliche Erkrankung oft nicht bekannt und bei der Begutachtung mangels weiterführender Diagnostik auch nicht festzustellen. Viele Augenerkrankungen münden in einen identischen oder ähnlichen Endzustand, der dann als Diagnose genannt wurde, wie Optikusatrophie, Phthisis bulbi, Hornhauttrübung etc. Erschwert wurde in vielen Fällen die Zuordnung zu Erkrankungsgruppen durch eine differierende Befunderhebung, hier zwei Beispiele:

1. Attest: Pigmentdegeneration am gesamten hinteren Pol und Dehnungsveränderungen an der Makula; Diagnosen: AMD und Glaukom. Gutachten: Makula unauffällig, Diagnose Glaukom.
2. Attest: randständige Papillenexcavation; Diagnosen: AMD und Glaukom. Gutachten: Papille bds. nach Form, Farbe und Begrenzung regelrecht; Diagnose AMD.

Es konnte auch nicht zwischen der trockenen und der exsudativen (feuchten) Form der alterabhängigen Makuladegeneration unterschieden werden, da die Zuordnung zu einer der beiden Formen ohne Zusatzuntersuchungen nicht immer möglich ist. Diese Unterscheidung wäre jedoch speziell bei der Frage von Visusänderungen in Abhängigkeit zum Zeitintervall von Interesse gewesen, da es bei der exsudativen Form zu erheblicher Visusverschlechterung innerhalb kurzer Zeit kommen kann, wogegen die trockene AMD nur sehr langsam fortschreitet und über lange Zeiträume stationär bleiben kann. Die methodischen Unschärfen bei der Diagnose betreffen jedoch nur einen Nebenaspekt dieser Arbeit.

Veränderungen der Gesichtsfeldbefunde konnten nicht geprüft werden, da nur ein kleiner Prozentsatz (6 %) der Atteste eine Goldmannperimetrie mit der Prüfmarke III/4 enthielt und in knapp 70 % der Atteste keine Angaben zum Gesichtsfeld vorhanden waren.

Bei der Auswertung der Visusänderungen nach der modifizierten logarithmischen Tabelle von Bach und Kommerell fiel auf, dass „Ausreißer“ und Extremwerte nicht in allen Fällen auch klinisch einer erheblichen Visusdifferenz entsprachen. Zwischen Visus 1,0 und 0,1 liegen ebenso 10 Zeilen Differenz, wie zwischen Fingerzählen (0,01) und Handbewegungen (0,001). Eine Visusverschlechterung von Fingerzählen auf Handbewegungen erscheint in

der Auswertung somit in gleicher Weise wie eine Verschlechterung von 1,0 auf 0,1. Ob dies auch klinisch nachvollziehbar ist, mag dahingestellt bleiben und soll hier nicht diskutiert werden.

Des Weiteren ist fraglich, ob Fingerzählen in allen Fällen einem unter 0,02 liegenden Visus entspricht. Anhand des Auflösungsvermögens kann festgestellt werden, dass weit ausgestreckte Finger in 1 m Abstand durchaus einem Visus von 0,03 entsprechen können [12]. Obwohl seit Jahren bekannt, wurden aus dieser Erkenntnis bisher keine Konsequenzen für die Gutachtenpraxis gezogen.

3. Aggravation

Der Verdacht auf Aggravation ergab sich bis auf den in Kap. III.2.5.1 genannten Fall nur im Rahmen der Begutachtungen. Bei der ersten Begutachtung beruhte dieser Verdacht vor allem auf einer Diskrepanz zwischen dem angegebenen Sehvermögen und den morphologischen Befunden und/oder dem Orientierungsverhalten, das in einem Fall zu demonstrativ war, um glaubhaft zu sein. Vorbefunde und die Prüfung des optokinetischen Nystagmus (OKN) waren nur in Einzelfällen von Bedeutung. Bei der zweiten Begutachtung wurde dies durch objektivierende Zusatzuntersuchungen, wie Gesichtsfeldprüfung am Bjerrum-Schirm und elektrophysiologische Untersuchungen (VECP) ergänzt. Die Gegenüberstellung der Untersuchungsverfahren in Tabelle III.19 (Kap. III.2.5,3) macht deutlich, wie wichtig die klinische Untersuchung ist, vor allem die morphologischen Befunde und die Verhaltensbeobachtung, wenn das diagnostische Instrumentarium einer Universitätsklinik nicht zur Verfügung steht.

Betrachtet man die Antragsteller, die bei der ersten Begutachtung einen besseren Visus angegeben hatten, als im Attest, also auch diejenigen, die nicht weiter geprüft wurden, weil die Blindheitskriterien nicht erfüllt waren, muss auch bei der Attestierung durch den behandelnden Augenarzt in vielen Fällen von Aggravation ausgegangen werden. Bei der ersten Begutachtung hatten 125 Antragsteller am rechten, 135 am linken Auge eine bessere Sehschärfe angegeben, obwohl die Visusprüfung mit Landolt-Ringen häufig eine um 1-2 Zeilen schlechtere Sehschärfe als mit Zahlen ergibt. Selbst wenn eine gewisse Anzahl als Visusschwankung interpretiert werden kann, ist in etwa 10% aller Fälle von Aggravation auszugehen. Eine genauere Analyse war anhand der Unterlagen nicht möglich.

In dieser Auswertung nicht erfasst wurden die Fälle, die aufgrund des angegebenen Sehvermögens „nicht blind“ waren, aber dennoch Hinweise auf Aggravation boten. So war bei sieben der in Kapitel III.2.5.3 erwähnten 15 Antragsteller mit Visusverbesserung bei der zweiten Begutachtung der V. a. Aggravation im Gutachten expressis verbis vermerkt.

Auch bei den Blindheitsfeststellungen gab es Fälle, bei denen Zweifel an den Angaben zum Sehvermögen bestanden. So z. B. ein Antragsteller mit der Diagnose einer trockenen AMD, der bei unveränderten morphologischen Befunden eine Visusverschlechterung von 0,1 auf 0,02, d. h. um sieben Zeilen, innerhalb von vier Monaten angegeben hatte, was nicht ohne Weiteres nachvollziehbar ist. Inwieweit bei den sieben Fällen von AMD, bei denen Blindheit wegen Visusminderung in Kombination mit einer Gesichtsfeldeinengung bejaht worden war (Kap. III.1.2.3), Aggravation eine Rolle gespielt hat, kann nach Aktenlage nicht beurteilt werden. Möglicherweise waren eine verzögerte Reaktion oder Konzentrationsmängel, eventuell auch in Kombination mit Verdeutlichungstendenzen, Ursache der angegebenen Gesichtsfeldeinengungen; schließlich stammten alle Antragsteller aus der Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen. Konzentrische Einengungen auf weniger als 15° bzw. 10° lassen sich allerdings auch damit nicht erklären. Ein weiterer Fall aus der Gruppe der Makulaerkrankungen betrifft einen Antragsteller aus der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen, Diagnose M. Stargardt, der einzige Fall mit fünf Wiederholungsanträgen, der mit dem letzten Antrag schließlich Erfolg hatte. Bei dieser Form der juvenilen Makuladystrophie sinkt die Sehschärfe regelhaft nicht unter 0,1 [75], der sowohl im Attest als auch bei der Begutachtung angegebene Visus von R/L 0,02 lässt daher Zweifel an den Angaben aufkommen. Zweifel bestehen auch in einem Fall von Glaukom, wo eine Gesichtsfeldeinengung auf $< 5^\circ$ Abstand vom Zentrum bei einer Sehschärfe von 0,4 angegeben worden war. Es gab auch mehrfach Fälle, wo von den Antragstellern nachweislich selbst verfasste handgeschriebene Briefe in normaler Schriftgröße, zeilengetreu und gut leserlich aktenkundig waren, und zwar zeitnah zur Begutachtung, bei der sie als blind beurteilt wurden.

Die ausführliche Darstellung soll deutlich machen, dass die Einbeziehung aller Befunde, einschließlich der Verhaltensbeobachtung, der Vorbefunde und der Erkenntnisse aus den Akten, unerlässlich für die gutachterliche Beurteilung ist. An erster Stelle muss die Korrelation zwischen den Angaben zum Sehvermögen und den morphologischen Befunden geprüft werden, entsprechend der Vorgabe der VersMedV [4], wonach bei der Beurteilung von Störungen des Sehvermögens darauf zu achten ist, dass der morphologische Befund die Sehstörungen erklärt. Nach Springer et al. [71] müssen sich die subjektiven Angaben zu den verschiedenen Funktionen widerspruchsfrei sowohl untereinander, als auch mit den objektiven Funktionsbefunden und den morphologischen Merkmalen vereinbaren lassen, nach Lachenmayr [63] muss jede subjektiv angegebene Visusminderung ein objektiv sicht- oder messbares Korrelat haben.

Sind diese Kriterien nicht erfüllt und ergeben sich aus der Plausibilitätsprüfung begründete Zweifel am Vorliegen von Blindheit, darf dem Antrag auf Blindengeld nicht stattgegeben

werden. Ein positiver Nachweis der Diagnosen „funktionelle Sehstörung“, „Aggravation“ oder „Simulation“, der im Praxis- und Klinikalltag unter therapeutischen Gesichtspunkten erforderlich ist [76], ist bei der Blindenbegutachtung entbehrlich. Nach dem Grundsatz der objektiven Beweislast, der im gesamten Sozialrecht gilt, ist der Gutachter (bzw. die Behörde, bei der der Antrag gestellt wurde) nicht verpflichtet, Blindheit auszuschließen. Vielmehr muss derjenige, der die Leistung beantragt, seine Berechtigung positiv nachweisen. Kann auch nach Ausschöpfung aller diagnostischen Maßnahmen keine Aussage getroffen werden, ob Blindheit vorliegt oder nicht, geht dies zu Lasten des Antragstellers. Dies mag in den Fällen ungerecht erscheinen, wo die „Nichterweislichkeit“ (so der juristische Terminus) von Blindheit darauf beruht, dass der Antragsteller aufgrund kognitiver Einschränkungen, z. B. Demenz, keine verwertbaren Angaben machen kann. Der nicht selten angewandte Satz „in dubio pro aegroto“, der dem Strafrecht („in dubio pro reo“) entnommen und abgewandelt wurde, gilt jedoch weder im sozialen Entschädigungsrecht noch im Schwerbehindertenrecht [33] noch in der Blindenbegutachtung. Vielen Gutachten, vor allem in Klageverfahren, ist anzusehen, dass der Grundsatz der objektiven Beweislast nicht bekannt ist und der Gutachter der Auffassung ist, er müsste Blindheit bejahen, wenn er nicht nachweisen kann, dass der Proband nicht blind ist. Vor einem „ich weiß es nicht“ als abschließende Beurteilung schrecken viele Gutachter zurück, auch wenn dies nach Auswertung aller Befunde die zutreffende Aussage wäre.

4. Vergleich mit anderen Autoren

Von Mackensen, Becker und Rohrschneider wurden in Baden 2265 Anträge auf Landesblindenhilfe aus den Jahren 1980-1999 ausgewertet [12]. Vom Landeswohlfahrtsverband wurden 33 % abgelehnt, obwohl in 99 % der Fälle die Anspruchsvoraussetzungen durch den bescheinigenden Augenarzt bejaht worden waren. Von den insgesamt 376 bescheinigenden Augenärzten hatten 18 mindestens 20 fachärztliche Bescheinigungen ausgestellt und dabei zwischen 13 % und 57 % fehlerhafte Beurteilungen abgegeben. Soweit bei strittigen Befunden eine nochmalige Untersuchung erfolgte, zeigten sich insbesondere hinsichtlich der Visusangaben erhebliche Unterschiede zum Befund des Augenarztes. Seither hat sich der Anteil der nicht korrekt beurteilten augenärztlichen Bescheinigungen in Baden-Württemberg nochmals erhöht und liegt nach Aussage der Autoren inzwischen bei über 50 % der dem Landesarzt vorgelegten Fälle.

Die aus Oberbayern ausgewerteten Atteste erwiesen sich dagegen nur in 23 % als nicht zutreffend, was auch daran liegen mag, dass nicht alle Befunde in den Attesten zum Zweck des Blindengeldantrags erhoben, sondern die in der Kartei vorhandenen Befunde übermittelt wurden. Zudem enthielten mehr als 90 % der Atteste und Befundberichte keine

verwertbaren Gesichtsfeldbefunde, wogegen in Baden-Württemberg offenbar immer auch eine Gesichtsfelduntersuchung gefordert wird, was die Vergleichbarkeit zusätzlich einschränkt. Grundsätzlich bestätigen die Ergebnisse aus Baden-Württemberg jedoch die Notwendigkeit einer Begutachtung nach den Richtlinien der DOG in den Fällen, bei denen der behandelnde Augenarzt Blindheit attestiert.

Es soll noch kurz auf die offizielle Statistik des ZBFS eingegangen werden, da sich bez. der Erblindungsursachen deutliche Diskrepanzen ergeben. Zunächst korrelieren die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit den statistischen Erfassungen des ZBFS insoweit, als die Makuladegeneration an erster Stelle der Blindheitsursachen steht, siehe Tabellen IV.1 und IV.2, die den „Infoquellen“ des ZBFS aus den Jahren 2007 und 2008, aus denen knapp 56 % der ausgewerteten Anträge stammten, entnommenen wurden und jeweils dem Stand am 31. Dezember des Jahres entsprechen [59, 60].

	Bayern	Schw.	Ofr.	Ndb.	Obb.	Mfr.	Opf.	Ufr.
Blindheitsursachen (nur Hauptursachen)								
Hornhauttrübung	121	12	15	9	18	21	10	36
Linsentrübung	232	22	31	55	25	24	12	63
Retinopathia diabetika (überwiegend)	508	92	35	50	79	110	51	91
Retinopathia diabetika (mitursächlich)	54	5	5	20	9	4	5	6
Glaukom	685	73	85	72	166	128	60	101
Retinopathia pigmentosa	214	27	32	17	43	45	25	25
Optikusatrophie	823	87	80	125	152	98	125	156
Entzünd. der Augen	39	11	1	1	10	8	3	5
angeborenes Leiden	114	10	7	5	17	29	14	32
Sonstiges	677	58	34	3	386	63	48	85
Makuladegeneration	2.713	525	254	141	664	421	292	416
Hohe Myopie	169	17	16	4	34	40	27	31
Netzhautablösung	136	15	13	10	44	25	8	21
Zentral bed. Erblindung	106	14	3	15	8	34	12	20
Fehlen beider Augen	6	1	0	0	1	3	0	1

Tab. IV.1: Blindheitsursachen in Bayern und seinen Regierungsbezirken, Stichtag 31.12.2007

Die offizielle Statistik unterscheidet bei den Diagnosen jedoch nicht zwischen altersabhängiger Makuladegeneration und anderen Makulopathien, unklar ist auch, ob hereditäre Makuladystrophien als solche oder unter "angeborenes Leiden" berücksichtigt wurden. Optikusatrophie und Glaukom stehen an zweiter und dritter Stelle; hier ist unklar, welche Optikopathie so häufig ist, dass sie bayernweit für mehr Erblindungen verantwortlich sein soll, als das Glaukom, bekanntlich der häufigsten Ursache von Schädigungen des Sehnerven. Hier kann nur vermutet werden, dass viele Fälle von Glaukom unter "Optikusatrophie" verschlüsselt wurden. Welche Diagnosen sich unter "Sonstiges", der vierthäufigsten Ursache von Erblindung, verbergen, ist nicht bekannt. Der Erfassungsbogen für die Verschlüsselung der Diagnosen wird vom jeweiligen Gutachter bzw. dem ärztlichen

Dienst des ZBFS ausgefüllt, also von verschiedenen Autoren, die Eingabe in das Statistikprogramm erfolgt durch Mitarbeiter der EDV. Auch dies kann zu statistischen Unschärfen führen.

	Bayern	Schw.	Ofr.	Ndb.	Obb.	Mfr.	Opf.	Ufr.
Blindheitsursachen (nur Hauptursachen)								
Hornhauttrübung	144	16	24	9	24	22	11	38
Linsentrübung	245	26	39	51	26	24	18	61
Retinopathia diabetika (überwiegend)	545	96	38	61	92	114	48	96
Retinopathia diabetika (mitursächlich)	55	3	6	19	10	5	7	5
Glaukom	786	81	101	73	219	141	64	107
Retinopathia pigmentosa	260	33	38	19	58	52	28	32
Opticusatrophie	920	95	98	134	187	115	125	166
Entzünd. der Augen	42	11	1	1	12	9	4	4
angeborenes Leiden	137	12	11	5	22	32	18	37
Sonstiges	781	72	40	4	450	65	52	98
Makuladegeneration	3.003	571	270	160	771	454	328	449
Hohe Myopie	209	22	22	11	45	39	32	38
Netzhautablösung	151	16	15	7	50	26	11	26
Zentral bed. Erblindung	125	17	5	18	11	42	12	20
Fehlen beider Augen	6	1	0	0	1	3	0	1

Tab. IV.2: Blindheitsursachen in Bayern und seinen Regierungsbezirken, Stichtag 31.12.2008

Im Übrigen ist ein Vergleich der in dieser Arbeit erhobenen Daten mit der Statistik des ZBFS nicht möglich. So wurden nur ausgewählte Anträge über einen bestimmten Zeitraum ausgewertet, wogegen die offiziellen Statistiken sämtliche Fälle erfassen, die zum jeweiligen Stichtag Leistungen nach dem BayBlindG erhalten. Die auffällige Diskrepanz zwischen der Gesamtzahl der Blindengeldempfänger in Bayern, 15.979 in 2007 und 15.832 in 2008 [59, 60], und der Summe der Erblindungsursachen, 6597 in 2007 und 7409 in 2008, wird nach Auskunft der zuständigen Sachbearbeiter des ZBFS durch die Altfälle verursacht, die bereits vor Einführung der EDV-gestützten Ursachenverschlüsselung Blindengeld bezogen und statistisch somit nicht berücksichtigt sind. Auch Fälle, die erst im Widerspruchsverfahren einen positiven Bescheid erhalten, werden bei der Ursachenverschlüsselung nicht erfasst.

6. „Zuzüge“ aus anderen Bundesländern

In den bundesweit verbindlichen „Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“ (AHP), heißt es seit der Ausgabe 1996: „Die Feststellung von Blindheit setzt einen Befund voraus, der aufgrund einer speziellen augenärztlichen Untersuchung unter Begutachtungsgrundsätzen erhoben worden ist“ [32, 33]. In den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VMG), die die AHP abgelöst haben und durch Aufnahme in § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung

(VersMedV) nunmehr auch rechtlich bindend sind, heißt es in den „Anmerkungen zu Teil A 6 – Blindheit und hochgradige Sehbehinderung“, dass die Feststellung von Blindheit eine besondere augenärztliche Begutachtung nach den Richtlinien der DOG durch einen gutachterlich erfahrenen Augenarzt erfordere, auch wegen der Bindungswirkung der Entscheidung; der behandelnde Augenarzt solle zur Vermeidung eines Interessenkonfliktes mit der Erstellung eines solchen Gutachtens nicht beauftragt werden (Beirat vom 07. bis 08. November 2007: "Feststellung von Blindheit") [4].

Dessen ungeachtet erfolgt die Bewilligung von Blindengeld in den meisten Bundesländern auf Grundlage eines augenärztlichen Attestes bzw. eines Formblattes, das vom behandelnden Augenarzt auszufüllen ist. In Hessen z. B. wird eine 4-seitige „augenfachärztliche Bescheinigung“ versandt, in dem für die Untersuchungsergebnisse bei Blindheit und bei „wesentlicher Sehbehinderung“ jeweils eine Seite vorgesehen ist [73]. Bis Mitte 2012 musste nur die einäugige Sehschärfe angegeben werden, der gutachterlich relevante binokulare Visus wird erst seit Juni 2012 abgefragt (Abb. IV.1)

Nach der Befunderhebung folgen Fragen zur gutachterlich Bewertung, der behandelnde Augenarzt muss sich dazu äußern, ob er eine Einstufung als „blind“ bzw. „wesentlich sehbehindert“ empfiehlt und ob das angegebene Sehvermögen dem objektiven Befund entspricht. Die Kosten für die Ausstellung der augenfachärztlichen Bescheinigung muss der Antragsteller selbst tragen, in Bayern sind die von Amts wegen durchgeführten Ermittlungen für den Antragsteller dagegen kostenfrei.

Zentrale Sehschärfe (in Bruch- oder Dezimalzahlen) ohne und mit Korrektur (bitte auch Höhe der Korrektur angeben oder G.b.n.)				
3.	Rechts	ohne _____	mit bestmöglicher Korrektur: _____	Sehvermögen beidäugig _____
	Links	ohne _____	mit bestmöglicher Korrektur: _____	
3.1	<input type="checkbox"/> Sehschärfe beträgt auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 0,02 (1/50)			
3.2	<input type="checkbox"/> Sehschärfe beträgt auf mindestens einem Auge oder beidäugig mehr als 0,02 (1/50), jedoch liegen nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vor, dass sie dieser Beeinträchtigung der Sehschärfe gleichzustellen sind. (bitte 3.2.1 - 3.2.8 prüfen und ggf. ankreuzen).			
.....			

Abb.IV.1: Auszug aus dem in Hessen seit 06/12 für augenfachärztliche Bescheinigungen verwendeten Formblatt

Durch diese Bewilligungspraxis kommt es immer wieder zu Problemen, wenn Personen aus anderen Bundesländern, die im Herkunftsland bereits Blindengeld bezogen haben, nach Bayern umsiedeln und Antrag auf Leistungen nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz stellen. Wegen der Bindungswirkung des Merkzeichens „Bl“ (blind) nach dem SGB IX haben sie auch dann Anspruch auf Blindengeld, wenn Blindheit bei der Begutachtung in Bayern nicht bejaht werden kann. In den durchgesehenen Akten waren es vier Fälle, die zwar statistisch nicht ausgewertet wurden, von denen jedoch zwei an diese Stelle diskutiert werden sollen. In einem Fall handelte es sich um einen Antragsteller aus Sachsen, der dort seit 1983 Blindengeld bezogen hatte. Blindheit konnte aber weder bei der ersten, noch bei der zweiten Begutachtung festgestellt werden, vielmehr bestand der begründete V. a. Aggravation. Der Blindengeldantrag hätte somit abgelehnt werden müssen, was jedoch wegen der Bindungswirkung des 1994 festgestellten Merkzeichens „Bl“ nicht möglich war. Bei dem zweiten Fall handelte es sich um einen aus Baden-Württemberg zugezogenen Antragsteller, dem vom „Landeswohlfahrtsverband Baden“, Karlsruhe, Landesblindenhilfe bewilligt worden war. Grundlage war eine „Augenfachärztliche Bescheinigung zur Erlangung von Blindenhilfe nach § 67 BSHG bzw. nach dem Gesetz über die Landesblindenhilfe“, wo die Sehschärfe (mit „Glas“) auf dem besseren Auge mit 1/50 angegeben wurde. Bei der Begutachtung konnte Blindheit bei einer Sehschärfe von 1/25 auf dem besseren Auge und binokular nicht bejaht werden, es bestand jedoch auch hier eine Bindungswirkung durch das Merkzeichen „Bl“. In beiden Fällen konnte das Blindengeld nur gem. § 48 Abs. 3 SGB X auf dem Stand zum Zeitpunkt der Bescheiderteilung „eingefroren“ werden, was bedeutet, dass die regelmäßigen Erhöhungen, entsprechend der Anpassung an den aktuellen Rentenwert, nicht vorgenommen werden.

7. Fiskalische Auswirkungen

Die Bewilligung von Leistungen ohne gründliche Sachaufklärung mag für den Fiskus vordergründig kostensparend sein, zumal die Antragsteller – zumindest in Hessen - die Kosten für die Bescheinigung selbst tragen müssen. Durch zu Unrecht gezahltes Blindengeld werden die Finanzen der betroffenen Länder letztendlich aber wesentlich höher belastet, als dies durch eine sorgfältige Sachaufklärung in Form einer augenärztlichen Begutachtung der Fall sein könnte. Dies soll eine Kostenberechnung anhand der ausgewerteten Fälle zeigen. Da pro Antragsteller nur einmal Blindengeld bewilligt werden kann, erfolgt diese Berechnung ohne Doppelfälle nach den Befunden des jeweils zeitlich letzten Antrags ohne Berücksichtigung der Ablehnung eines Falles aus rechtlichen Gründen (882 Atteste).

Aus den 882 Attesten konnte in 357 Fällen (39,3 %) das Fazit „blind“ gezogen werden. Von diesen 357 Antragstellern erhielten im Endergebnis 282 (79 %) Blindengeld.

In den Jahren 2005- 2008, aus denen mehr als 90 % der Anträge stammen, betrug das bayerische Blindengeld durchschnittlich 500 € pro Monat (497 € in 2005/6, 500 € in 2007, 505 € in 2008). Wären alle 357 Anträge, bei denen nach den Befunden im Attest Blindheit zu bejahen war, nach Aktenlage bewilligt worden, hätte dies Kosten von etwas mehr 2,1 Millionen € pro Jahr verursacht. Tatsächlich wurde nur in 282 Fällen Blindengeld gezahlt, entsprechend knapp 1,7 Millionen € pro Jahr. Durch die Begutachtungen wurden somit Mehrkosten von jährlich 450.000 € eingespart. Hochgerechnet auf alle Antragsteller einschließlich der in den anderen sechs Regierungsbezirken ist über die Jahre mit Kosteneinsparungen in Höhe mehrstelliger Millionenbeträge zu rechnen.

Dass durch die Begutachtungen auch Antragsteller, bei denen laut Attest Blindheit nicht vorlag, als „blind“ anerkannt werden und die Kostenersparnis dadurch geringer ausfallen könnte, ist insofern kein überzeugendes Gegenargument, als bei Ablehnungen nach Aktenlage in der Regel Widerspruch erhoben wird und dann ohnehin eine Begutachtung durchgeführt werden muss.

8. Schlussfolgerungen, Vorschläge für die Zukunft

Die Auswertung der 925 Blindengeldverfahren hat zur Erkenntnis geführt, dass die Feststellung von Blindheit i. S. d. BayBlindG, d. h. die Zahlung von Blindengeld, nur auf Grundlage einer augenärztlichen Untersuchung unter Beachtung der DIN 58220 bzw. der internationalen Norm DIN ESO ISO 8596 erfolgen sollte. Nur in Ausnahmefällen kann auf eine Begutachtung verzichtet werden, wenn Blindheit bereits anhand der Befunde und des Krankheitsbildes zweifelsfrei festgestellt werden kann, z. B. bei Zerstörung oder Verlust beider Augen.

Um Fehlbeurteilungen auf ein Minimum zu reduzieren, sollten nur die Befunde gutachterlich gewertet werden, die ein morphologisches Korrelat aufweisen und/oder sich anhand der Diagnosen plausibel erklären lassen. Dies gilt insbesondere für die Fälle, wo außer einer Makuladegeneration keine andere Augenerkrankung vorliegt und der morphologische Befund an Papille und peripherer Netzhaut altersentsprechend unauffällig ist. In diesen Fällen kann nur der Visus gewertet werden, evtl. angegebene Gesichtsfeldeinengungen haben in diesen Fällen kein morphologisches Korrelat und keine plausible Erklärung durch die Diagnose, sondern sind auf außerhalb des augenärztlichen Fachgebietes liegende Ursachen zurückzuführen (altersbedingte Verlangsamung der Reaktion, situationsbedingte Gesichtsfeldeinengung, Aggravation etc.). Zudem muss darauf geachtet werden, dass nur

das beidäugige Gesichtsfeld gewertet werden kann, was die Erhebung von binokularen Gesichtsfeldern nicht zwingend erfordert, sondern notfalls auch durch Übereinanderlegen der monokularen Gesichtsfelder erfolgen kann.

In Zweifelsfällen sollte die Begutachtung erweitert werden, z. B. durch Prüfung der Gesichtsfelder mit unterschiedlichen Marken oder elektrophysiologische Zusatzuntersuchungen. Gutachten mit diesen Zusatzuntersuchungen müssen zwar höher vergütet werden, in Hinblick auf die oben dargelegte Kostenersparnis durch Vermeidung unrichtiger Blindheitsfeststellungen sollte dies jedoch kein Hinderungsgrund für eine sorgfältige Sachaufklärung sein. Diese Vorgehensweise ist nicht nur wegen der finanziellen Konsequenzen in gleicher Weise für die Betroffenen wie für den Fiskus von Bedeutung, sondern auch im Interesse einer Gleichbehandlung aller Antragsteller vor dem Gesetz wünschenswert.

V. ZUSAMMENFASSUNG

Die Geschichte staatlicher Zuwendungen für blinde Menschen reicht in Deutschland bis in das 19. Jahrhundert zurück, wobei sich das heutige System eines einkommens-unabhängigen Blindengeldes auf Länderebene und einer einkommens-abhängigen Blindenhilfe auf Bundesebene nach dem 2. Weltkrieg entwickelt hat. Die rechtlichen Voraussetzungen für den Bezug von Blindengeld sind je nach Bundesland unterschiedlich, die medizinische Definition von Blindheit ist jedoch einheitlich entspr. der Richtlinien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft und der Versorgungsmedizinischen Grundsätze. In Bayern wurde der Blindheitsbegriff erweitert, z. B. auf Personen mit einer vollständigen visuellen Agnosie.

In Bayern wird angestrebt, Blindengeld nur noch auf Grundlage einer augenärztlichen Begutachtung nach den Richtlinien der DIN 58220 bzw. ESO ISO 8596 zu zahlen. Durch die vorliegende Arbeit wurde untersucht, ob diese Vorgehensweise zu rechtfertigen ist, vor allem ob die höheren Sacherhebungskosten im Antragsverfahren durch eine Kostenersparnis gegenüber Entscheidungen nach Aktenlage kompensiert werden. An erster Stelle stand daher die Frage, ob augenärztliche Befundberichte als Grundlage für eine gutachterliche Beurteilung geeignet sind bzw. in wie vielen Fällen die vom behandelnden Augenarzt attestierte Blindheit durch die augenärztliche Begutachtung bestätigt werden konnte. Als weitere Aspekte wurden die Häufigkeit einzelner Diagnosen in Bezug auf Alter und Geschlecht der Antragsteller und die Korrelation zwischen den Änderungen des Sehvermögens und der Länge des jeweiligen Zeitabstandes untersucht.

Statistisch ausgewertet wurden 925 Blindengeldanträge aus dem Einzugsgebiet der ZBFS Regionalstelle Oberbayern aus den Jahren 2003 – 2008, die alle von dem gleichen als Außengutachter tätigen niedergelassenen Augenarzt begutachtet wurden. In 63 Fällen erfolgte eine zweite Begutachtung an der Universitäts-Augenklinik der LMU München, entweder zur weiteren Abklärung im Antragsverfahren oder wegen eines Widerspruchs gegen die Ablehnung des Blindengeldantrags. Da auf Oberbayern als dem größten bayerischen Regierungsbezirk knapp ein Drittel der bayerischen Blindengeldanträge entfällt, kann diese Stichprobe als repräsentativ für ganz Bayern gelten.

Im Ergebnis wurde bestätigt, dass Atteste und Befundberichte als Bewilligungsgrundlage für Blindengeld nicht geeignet sind. Von den 357 Antragstellern, die nach den Befunden als blind einzustufen waren, erhielten im Endergebnis 282 (79 %) Blindengeld, in 75 Fällen (21 %) wurde ein Ablehnungs- oder Widerspruchsbescheid erlassen. Des Weiteren bestätigte sich, dass die höheren Kosten der Sachaufklärung, die durch eine oder mehr Begutachtungen verursacht werden, mehr als gerechtfertigt sind. Berechnet nach dem

durchschnittlichen Blindengeld von 500 € pro Monat in den Jahren 2005-2008, aus denen mehr als 90 % der Anträge stammten, ergibt sich eine Summe von 450.000 €, die jährlich durch die Vermeidung von zu Unrecht bewilligten Leistungen eingespart wurden.

Der größte Teil der Atteste, Befundberichte und Klinikberichte stammte mit 87 % von den niedergelassenen Augenärzten, 8 % aus der Universitäts-Augenklinik der LMU München und 5 % aus anderen Augenkliniken. Der in etwa gleiche prozentuale Anteil ergibt sich an den Attesten, die durch die Begutachtungen bestätigt bzw. nicht bestätigt werden konnte.

Differenziert man jedoch die nicht bestätigten Atteste entsprechend der Fragestellung, wie oft das Fazit „blind“ im Attest durch die Begutachtung widerlegt wurde, ergibt sich ein anderes Bild; hier stammten 96 % von den behandelnden Augenärzten und 4 % von der Augenklinik der LMU.

Häufigste Diagnose bei allen Antragstellern war mit 48 % die altersabhängige Makuladegeneration (AMD), sie war für mehr als die Hälfte (54 %) der Erblindungen verantwortlich. AMD in Kombination mit Glaukom und Glaukom waren in knapp 20 % Ursachen der Erblindung, an vierter Stelle stand mit 6 % die diabetische Retinopathie. Etwa 80 % der Erblindungen (409 Fälle) gingen somit zu Lasten dieser vier Augenerkrankungen.

Etwa zwei Drittel (66 %) der Antragsteller waren Frauen, die Frauen stellten auch zwei Drittel (66 %) der als blind anerkannten Antragsteller. Sie dominierten aber erst ab der Altersgruppe der 70-79-Jährigen die Männer zahlenmäßig deutlich.

Die Annahme, dass sich die Verschlechterung der Sehschärfenwerte zwischen zwei Untersuchungen proportional zur Länge der Zeitintervalls verhalten würde, hat sich nur teilweise bestätigt, zudem beruhten einige der ausgeprägten Visusverschlechterungen auf unzutreffenden Angaben.

In vielen Fällen bestand der V. a. Aggravation, er wurde jedoch nur bei den Antragstellern, die rein formal Blindheit angegeben hatten, durch eine zweite Begutachtung abgeklärt. Blindengeld wurde in keinem dieser Fälle bewilligt. Tatsächlich ist jedoch von einem wesentlich höheren Anteil an Aggravation auszugehen, erkennbar an den teils deutlich besseren Visuswerten im Vergleich zum Attest bzw. der Vorbegutachtung auch bei fortschreitenden Augenerkrankungen. Mangels weiterer Abklärung war eine abschließende Beurteilung anhand der Unterlagen nicht möglich. Aggravation oder zumindest Verdeutlichung ist auch in den Fällen mit der alleinigen Diagnose einer altersabhängigen Makuladegeneration anzunehmen, bei denen Blindheit nur in Kombination mit teils ausgeprägten Gesichtsfeldeinengungen bejaht wurde.

Im Endergebnis ist daher zu fordern, dass die Bewilligung von Blindengeld nur auf Grundlage einer augenärztlichen Begutachtung unter Beachtung der Richtlinien erfolgen sollte, lediglich mit Ausnahme eindeutiger Fälle. Damit können nicht nur erhebliche Summen zu Unrecht gezahlter Leistungen vermieden werden, diese Vorgehensweise ist auch im Interesse einer Gleichbehandlung aller Antragsteller vor dem Gesetz wünschenswert.

VI. Anhang

1	2	3	4	5	6	7
Visus [10. Wurzel aus 10- Stufen]	Visus [DIN bzw. EN ISO]	log(Visus)	MAR (Lücke ['] des Landoltrings)	log(MAR)	Snellen, 6 m	MARAN (adjusted meter vision)
0,008		-2,1		2,1		Light perception
0,0100		-2,0	100,0	2,0		Hand movements
0,0125		-1,9	79,4	1,9		Finger counting
0,0158		-1,8	63,1	1,8		
0,0199		-1,7	50,1	1,7		
0,0251		-1,6	39,8	1,6		
0,0316		-1,5	31,6	1,5		
0,0398		-1,4	25,1	1,4		
0,0501	0,05	-1,3	20,0	1,3		
0,0631	0,063	-1,2	15,8	1,2		
0,0794	0,08	-1,1	12,6	1,1		
0,1000	0,1	-1,0	10,0	1,0	6/60	
0,1259	0,125	-0,9	7,9	0,9	6/48	
0,1584	0,16	-0,8	6,3	0,8	6/38	
0,1995	0,2	-0,7	5,0	0,7	6/30	
0,2511	0,25	-0,6	4,0	0,6	6/24	
0,3162	0,32	-0,5	3,2	0,5	6/20	
0,3981	0,4	-0,4	2,5	0,4	6/15	
0,5011	0,5	-0,3	2,0	0,3	6/12	
0,6309	0,63	-0,2	1,6	0,2	6/10	
0,7943	0,8	-0,1	1,3	0,1	6/7,5	
1,0000	1,0	0,0	1,0	0,0	6/6	
1,2589	1,25	0,1	0,79	-0,1	6/4,8	
1,5848	1,6	0,2	0,63	-0,2	6/3,75	
1,9952	2,0	0,3	0,50	-0,3	6/3	
2,5118		0,4	0,40	-0,4		

Sehschärfestufen. Spalte 1: logarithmische Stufen im Abstand des Faktors 10. Wurzel 10=1,259.
 Spalte 2: Aus Spalte 1 durch Rundung entstandene Werte nach EN ISO 8596.
 Spalte 3: Logarithmus der Spalte 1; man sieht die Abstufung in 1/10-log-Einheiten.
 Spalte 4: "Minimum Angle of Resolution" (MAR) in Bogenminuten = Kehrwert der Sehschärfe.
 Spalte 5: Logarithmus der Spalte 4; wie bei log(Visus) erkennt man die 1/10-log-Stufen.
 Spalte 6: Snellen-Buchstaben nach der Zuordnung von Ferris et al. (1982).
 Spalte 7: Zuordnung nach dem MARAN-Protokoll



INFOTHEK AUGENKLINIK

Klinikum Innenstadt, München
Direktor: Univ.-Prof. Dr. A. Kampik

Infothek Augenklunik >> Medizin >> Untersuchungsmethoden >> Visus-Umrechnungstabelle

Visus-Umrechnungstabelle vom Journal-Club am 21. Februar 2001

Artikel zum Thema:

Jack T. Holladay, "Proper Method for Calculating Average Visual Acuity"

Jack T. Holladay, C. Prager, "Mean Visual Acuity"

M Bach, G Kommerell, "Sehschärfebestimmung nach Europäischer Norm:
wissenschaftliche Grundlagen und
Möglichkeiten der automatischen Messung"

Zeilen	Dezimal	LogMar	Metervisus
-2	1,6	-0,2	
-1	1,25	-0,1	
0	1	0	
1	0,8	0,1	
2	0,63	0,2	
3	0,5	0,3	
4	0,4	0,4	
5	0,32	0,5	
6	0,25	0,6	
7	0,2	0,7	
8	0,16	0,8	
9	0,13	0,9	
10	0,1	1	10
11	0,08	1,1	12
12	0,06	1,2	15
13	0,05	1,3	20
14	0,04	1,4	25
15	0,032	1,5	35
16	0,025	1,6	40
17	0,02	1,7	50
20	0,01	2	FZ
30	0,001	3	Hbw
			Lux
			Nulla lux

Infothek Augenklunik >> Medizin >> Untersuchungsmethoden >> Visus-Umrechnungstabelle

VII. LITERATURLISTE

1. Bayerisches Landesamt für Versorgung und Familienförderung (Hrsg.), Statistik zum Bayerischen Blindengeldgesetz (BayBlindG), Bestandsstatistik 2001-2007
2. Bayerisches Blindengeldgesetz (BayBlindG) vom 7. April 1995 in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. April 1995 (GVBl S. 150); gültig ab 01.04.1995, zuletzt geändert durch § 16 Nachtragshaushaltsgesetz 2004 (GVBl S. 92) und Art. 33 des 2. VerwModG vom 26.07.2005 (GVBl S. 298)
3. Sächsisches Gesetz über die Gewährung eines Landesblindengeldes und anderer Nachteilsausgleiche (Landesblindengeldgesetz – LBlindG) vom 14. Dezember 2001, rechtsbereinigt mit Stand vom 30. Juli 2005
4. Versorgungsmedizinische Grundsätze, herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information, Publikation, Redaktion, 53107 Bonn, Stand: Januar 2009
5. Mecklenburg-Vorpommern, Gesetz über die Gewährung von Landesblindengeld (Landesblindengeldgesetz - LBIGG M-V) vom 12. März 2009 (GVOBl. M-V 2009, S. 278) // Gesetz über Landesblindengeld (Landesblindengeldgesetz - LBIGG) In der Fassung der Bekanntmachung vom 28. August 1995 (GVOBl. M-V S. 426), zuletzt geändert 23.5.2006 (GVOBl S. 194)
6. Niedersachsen, Gesetz über das Landesblindengeld für Zivilblinde vom 18.1.1993 (GVBl S.25), geändert am durch Art. 15 Haushaltsbegleitgesetz vom 15.12.2006 (GVBl S. 597), zuletzt geändert durch Gesetz zur Änderung des Gesetzes über das Landesblindengeld für Zivilblinde vom 26. März 2009 (Nds. GVB1. Nr. 7/200U, ausgegeben am 31.03.2009)
7. Nordrhein-Westfalen, Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose (GHBG) vom 17.12.1997 (Gesetz- und Verordnungsblatt NW, S. 436) geändert durch Gesetz vom 5.4.2005 (GVBl. S.332)
8. Sozialgesetzbuch (SGB), Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe - (Art. 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022), zuletzt geändert durch Art. 2 Abs. 3 des Gesetzes vom 3. August 2010 (BGBl. I S. 1112)
9. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 27.02.1992 (Az. 5 C 48.88 in BVerwGE 90, 65 = ZfS 1992, 268)
10. Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft bei sinnesphysiologischen Untersuchungen und Geräten, Version 8.docx, Letzte Aktualisierung 13.03.2013, <http://www.dog.org>
11. Rohrschneider K, Greim S (2004), Erblindungsursachen in Baden von 1980 bis 1999. Klin Monatsbl Augenheilkunde 224: 116-121

12. Mackensen I, Becker S, Rohrschneider K, Fehler und Schwierigkeiten der Beurteilung im Schwerbehinderten- und Blindenrecht. Ophthalmologe 2007-104: 464-473
13. Anger R, Zur Begutachtung der Augen im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz unter Berücksichtigung mehrerer Augenschäden. MED SACH 93 (1997) No 6
14. Urteil des BayLSG vom 22.06.05, Az. L 18 SB 9/04, (LSG Schweinfurt), BSG SozR 3 – 3100 § 38 Nr 2 mwN
15. Rundschreiben des ZBFS Nr. V2-23461f/01/08 vom 07.07.2008
16. Begründung des Gesetzentwurfs zum BayBlindG, veröffentlicht in Landtags-Drs 13/458 vom 16.02.1995 Senats-Drs 15/95
17. Zacharias R, Zacharias S., Aus der Fürsorge in die Selbständigkeit. Die Blindenselbsthilfe in Hamburg im Wandel der Zeit, Verlag: Books on Demand GmbH 2009, Norderstedt; ISBN 978-3-8370-8888-5
18. Schäfer J, Von der Blindenrente zum Blindengeld, Deutscher Verein der Blinden und Sehbehinderten in Studium und Beruf e.V. – DVBS - Vereinszeitschrift Horus, Ausgabe 05/2005
19. Schrenk Ch, Rudolf Kraemer, 1885-1945, Ein Leben für die Blinden, Online-Rezension von Dr. Hans-Eugen Schulze unter www.ma-ha-schulze.de
20. Niedersächsisches Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie, www.soziales.niedersachsen.de
21. Gesetz über die Änderung und Ergänzung fürsorgerechtlicher Bestimmungen vom 20. August 1953, BGBl.I 967 ff.
22. Demmel H, Drerup K, „Blindengeld - Sehbehindertengeld - Leistungen bei Pflegebedürftigkeit“, DBSV „Schriftenreihe zum Blindenrecht“, Heft 06, herausgegeben vom Deutschen Verein der Blinden und Sehbehinderten in Studium und Beruf e.V. (DVBS); www.dbsv.org
23. Frehe H, „Zur historischen Entwicklung der Diskriminierung behinderter Menschen“ in: selbsthilfe 1/93, S. 26 ff
24. Gesetz, betreffend Abänderung der §§ 31, 65 und 68 des Gesetzes zur Ausführung des Bundesgesetzes über den Unterstützungswohnsitz vom 8. März 1871, vom 11. Juli 1891, PrGBl. S. 300
25. Gesetz, betreffend die öffentliche Krüppelfürsorge, vom 6. Mai 1920, PrGBl. 280 ff.
26. Thole, Werner (Hrsg.): „Grundriss soziale Arbeit“, 2. überarbeitete Auflage 2005, Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden

27. „Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.“, www.deutscher-verein.de
28. Krukowska U, „Kriegsversehrte, Allgemeine Lebensbedingungen und medizinische Versorgung nach dem Ende des 2. Weltkriegs in der Britischen Besatzungszone Deutschlands“, Verlag: Books on Demand GmbH, Norderstedt; ISBN 3-8334-4725-7
29. Sozialverband VdK Niedersachsen-Bremen e.V., Nikolausstraße 11, 26135 Oldenburg, www.vdk.de
30. Hessen, Gesetz über das Landesblindengeld für Zivilblinde (Landesblindengeldgesetz - LBliGG) vom 25. Oktober 1977 GVBl. I S. 414) geändert durch Gesetz vom 20.12.2004 (GVBl 488)
31. Saarland, Gesetz Nr. 761 über die Gewährung einer Blindheitshilfe vom 2. Juli 1962 in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Dezember 1995 (Amtsbl. 1996 S. 58), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21.6.2006 (Amtsbl. S. 930).
32. Anhaltspunkte für die gutachterliche Tätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), 53107 Bonn, Nov. 1996
33. Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX), Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), 53107 Bonn, Stand 2008
34. Bach M, Kommerell G, Sehschärfenbestimmung nach Europäischer Norm: wissenschaftliche Grundlagen und Möglichkeiten der automatischen Messung, Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 212: 190-195
35. betanet - Suchmaschine für Krankheit & Soziales, beta Institut gemeinnützige GmbH, Institut für angewandtes Gesundheitsmanagement, Entwicklung und Forschung in der Sozialmedizin www.beta-institut.de
36. Erläuterungen zum Bayerischen Blindengeldgesetz – EbayBlindG, herausgegeben vom Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS), Stand 30.06.09
37. Sozialverband VdK Niedersachsen-Bremen e.V., Nikolausstraße 11, 26135 Oldenburg, www.vdk.de
38. PRO RETINA Deutschland e. V., Selbsthilfevereinigung von Menschen mit Netzhautdegenerationen, Regionalgruppe Thüringen; www.pro-retina.de
39. Berlin, Landespflegegeldgesetz (LPfIGG) vom 17. Dezember 2003, Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin 59. Jahrgang Nr. 47, 31. Dezember 2003

40. Sachsen-Anhalt, Gesetz über das Blinden- und Gehörlosengeld im Land Sachsen-Anhalt vom 19. Juni 1992 zuletzt geändert durch Artikel 8 des Haushaltssanierungsgesetzes 2003 vom 26.02.2003 (GVBl. LSA 1992, S. 565)
41. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg, <http://www.sm.baden-wuerttemberg.de>
42. Gesetz über die Landesblindenhilfe in Baden-Württemberg vom 08.02.1972 (Gesetzblatt von Baden-Württemberg 1972, S. 56), zuletzt geändert durch Gesetz vom 1. Juli 2004 (GBl S. 469)
43. Bremisches Gesetz über die Gewährung von Pflegegeld an Blinde und Schwerstbehinderte (Landespflegegeldgesetz), in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. April 1984 (Brem.GBl. S. 111), zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Dezember 2003 (Brem.GBl. S. 413)
44. Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, www.soziales.niedersachsen.de
45. ZBFS-Rundschreiben vom 12.05.2009, Nr. 78/V/09
46. ZBFS-Rundschreiben vom 19.05.2010, Nr. 103/V
47. Bundessozialhilfegesetz In der Fassung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022)
48. Thüringer Gesetz über das Blindengeld (Thüringer Blindengeldgesetz - ThürBliGG) in der Fassung vom 9. März 2006 (GVBl. S. 66), zuletzt geändert durch Artikel 8 des Thüringer Haushaltsbegleitgesetzes 2008/2009 vom 14.12.2007 (Gesetz- und Verordnungsblatt für den Freistaat Thüringen Nr. 13 vom 28.12.2007).
49. Hamburg, Gesetz über die Gewährung von Blindengeld (Hamburgisches Blindengeldgesetz - HmbBlinGG) vom 19. Februar 1971 (HmbGVBl. 1971, S. 29), geändert durch Gesetz vom 28.12.2004 (HambGVBl. 2004, S. 507), letzte berücksichtigte Änderung: §§ 1, 2 geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 15. Dezember 2009 (HmbGVBl. S. 494, 505)
50. Brandenburg, Gesetz über die Leistung von Pflegegeld an Schwerbehinderte, Blinde und Gehörlose (Landespflegegeldgesetz - LPfGG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 11.10.1995 (GVBl.I/95 S. 259), zuletzt geändert durch Art. 4 des Gesetzes zur Beseitigung des strukturellen Ungleichgewichts im Haushalt (Haushaltsstrukturgesetz 2003 - HStrG 2003) vom 22. April 2003 (GVBl.I/03 S. 119, 120)

51. Rheinland-Pfalz, Landesblindengeldgesetz (LBlindenGG) vom 28. März 1995 (GVBl. S. 55-58), geändert durch Gesetz vom 10.4.2003 (GVBl. 2003, S. 55), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 09.03.2011 (GVBl. S. 74)
52. Schleswig-Holstein, Gesetz über Landesblindengeld i.d.F. der Bekanntmachung vom 12.5.1997 (GVO BI S.313) - Landesblindengeldgesetz (LBiGG), geändert am 15.12.2005 (GVO BI. S. 568)
53. Zentrum Bayern, Familie und Soziales (Hrsg.), ZBFS Infoquellen 4. Quartal 2009
54. ZBFS-Rundschreiben Nr. 1901/II/94 vom 13.01.94
55. BSG-Urteil vom 31.01.1995, Az. 1 RS 1/93
56. BSG-Urteil vom 26.10.2004, Az. B 7 SF 2/03 R
57. BSG-Urteil vom 20.07.2005, Az. B 9a BL 1/05 R
58. Leitfaden zum Gesetz über das Landesblindengeld für Zivilblinde (BlindGeldG) in der Fassung vom 18. Januar 1993 (Nds. GVBl. S. 25), zuletzt geändert durch Gesetz vom 26.03.2009 (Nds. GVBl. S. 115) Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (Hrsg.)
59. Zentrum Bayern, Familie und Soziales (Hrsg.), ZBFS Infoquellen 4. Quartal 2007
60. Zentrum Bayern, Familie und Soziales (Hrsg.), ZBFS Infoquellen 4. Quartal 2008
→ bei Änderung ersetzen
61. Huber C, 1978 Stimulation, spezifische VEP-Untersuchung in der Klinik, Klein, MBl. Augenheilkunde 1978, 172: 496-499
62. Wesemann W, Schiefer U, Bach M, Neue Normen zur Sehschärfestimmung, Ophthalmologe 2010, 107: 821-826
63. Lachenmayr B, Begutachtung in der Augenheilkunde, Springer Verlag 2008
64. Zentrum Bayern, Familie und Soziales (Hrsg.), ZBFS Infoquellen 4. Quartal 2008
65. Zentrum Bayern, Familie und Soziales (Hrsg.), ZBFS Infoquellen 4. Quartal 2009
66. Zentrum Bayern, Familie und Soziales (Hrsg.), ZBFS Infoquellen 4. Quartal 2010
67. Zentrum Bayern, Familie und Soziales (Hrsg.), Tätigkeitsbericht 2007/2008
68. Zentrum Bayern, Familie und Soziales (Hrsg.), Tätigkeitsbericht 2009/2010
69. Zentrum Bayern, Familie und Soziales, Rundschreiben Nr. 132/V/12 vom 08.05.2012
70. Thüringer Gesetz über das Blindengeld (Thüringer Blindengeldgesetz - ThürBliGG -) in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Oktober 2010
71. Springer C, Bühlmann S, Krastel H, Rohrschneider K, Objektivierung der Sehfunktionen bei Begutachtungen, Ophthalmologe 2007, 104: 474-479
72. Empfehlung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) und des Berufsverbandes der Augenärzte (BVA), Anleitung für die augenärztliche Untersuchung und Beurteilung der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen, 4. Auflage 2008

73. Landeswohlfahrtsverband Hessen, <http://www.lwv-hessen.de/>
74. Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes (Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV) vom 10. Dezember 2008; Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil I Nr. 57, 15.12.2008
75. Augustin A; J, Augenheilkunde, 2. Auflage, Springer-Verlag
76. Schiefer U, Wilhelm H, Zrenner E, Burk A, Praktische Neuroophthalmologie, Kaden-Verlag Heidelberg 2004
77. Pressemitteilung der Landtagsfraktion der CSU vom 25.10.2012, www.csu-landtag.de/www/pm/2012112.pdf
78. Leydhecker W, Grehn F, Augenheilkunde, 25. Auflage; Springer-Verlag 1993

Danksagung

Mein Dank geht an . . .

. . . Frau Dr. Margarete Lorenz für die Idee zu dieser Arbeit.

. . . Herrn Prof. Dr. Michael Ulbig für die wissenschaftliche Betreuung und seine Bereitschaft, alle Fragen umfassend und innerhalb kürzester Zeit zu beantworten.

. . . Herrn Dr. Markus Schaumberger, der mich mit viel Geduld mit dem Statistikprogramm vertraut gemacht hat, bei allen Problemen stets ein sachkundiger und kritischer Ratgeber war und nach Durchsicht der gesamten Arbeit wesentliche Verbesserungsvorschläge für Gliederung und Form der endgültigen Fassung gegeben hat.

. . . Herrn Dr. Markus Müller für die Überlassung der Untersuchungslisten und wertvolle Anregungen bei der Diskussion gutachterlicher Problemstellungen.

. . . Frau Irene Wekemann von der Regionalstelle Oberbayern, die zuverlässig und immer freundlich mehr als 1000 Akten aus dem Archiv der Regionalstelle geholt, in Listen erfasst, in Versandkisten verpackt und nach Rücklauf wieder im Archiv eingeordnet hat.