

**Stellungnahme der Rechtskommission
des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands und
der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft**

zur Augenärztliche Beurteilung im Schwerbehindertenrecht und bei Blindheit

Stand Juni 2021

Hintergrund:

Der Augenarzt besitzt aufgrund seiner Weiter- und Fortbildung zumindest Grundkenntnisse, wenn es um Anforderungen aus dem Schwerbehindertenrecht geht. Blindheit und hochgradige Sehbehinderung beschreiben den vollständigen Funktionsverlust bzw. die auf eine Restfunktion herabgesetzte Wahrnehmung von Licht sowie von Form, Größe, Gestalt und Farbe visueller Reize (ICF, GBE Bund [4]). Mit dieser erheblichsten Form der Funktionsstörung des Sehvermögens sind Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe in allen Lebensbereichen verbunden. Nach dem aktuellen Stand der Versorgungsmedizin auch in der Augenheilkunde ist die vergleichbare schlüssig nachvollziehbare Bewertung der verschiedensten Auswirkungen von Gesundheitsstörungen auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ein wesentliches gesamtgesellschaftliches Ziel. Das Teilhabekonzept der Rehabilitation sieht neben rein medizinischen Faktoren deshalb den Einbezug von Kontextfaktoren vor und schafft erst damit ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit. Ab welchem Ausmaß des Funktionsverlustes Blindheit oder hochgradige Sehbehinderung vorliegen, ist über Teilfunktionen des Sehens (Sehschärfe, Gesichtsfeld) staatlich definiert (VersmedV) oder in Landesgesetzen festgelegt. Die medizinischen Ursachen von Blindheit sind vielfältig und häufig okulär, können aber auch nichtokulär zerebral bedingt sein (Auge, Sehbahn, Sehrinde). Aufgabe des Augenarztes ist es daher, zuallererst objektive medizinische Befunde an den Augen als medizinische Befundtatsachen zu erfassen. Nur wenn objektive klinische Befunde als medizinischer Beweis für das Vorliegen von Blindheit geeignet sind, kann der Augenarzt diese gegenüber einem Gutachterauftraggeber (überhaupt) bescheinigen. Außerdem ist es empfehlenswert, gegenüber Patienten und Angehörigen zum Ausdruck zu bringen, dass die ärztliche Bestätigung des Vorliegens von Blindheit nicht per se Leistungen nach dem Sozialrecht begründet. In der Versorgungsmedizin sind gerade bei Mehrfacherkrankungen vorrangig die individuellen (Gesamt-)Auswirkungen von Gesundheitsstörungen auf die Teilhabe zu berücksichtigen. Neben den juristischen Vorgaben zur rechtlichen Definition von Blindheit aus der VersmedV oder den jeweiligen Landesgesetzen ist zu beachten, dass weitere Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Die individuellen Gesundheitsstörungen müssen geeignet sein, blindheitsbedingte Mehraufwendungen zu bedingen (Ausschluss eines Zweckverfehlungseinwandes).

Kernaussagen:

1. Ein einheitlicher, alle Rechtsgebiete umfassender juristischer Begriff der „Blindheit“ existiert nicht.
2. Nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist der im Schwerbehindertenrecht vorgesehene Nachteilsausgleich für Blindheit beschränkt auf Störungen des Sehapparats. Hiervon sind gnostische - neuropsychologische - Störungen des visuellen Erkennens nicht umfasst.
3. Die Grundsätze für die Feststellung der gesundheitlichen Merkmale für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs der Blindheit werden danach in den "Versorgungsmedizinischen Grundsätzen" der AnlVersMedV (Teil A Nr. 6 Buchst a, b und c) verbindlich festgelegt.

4. Der Begriff der Blindheit nach der AnIVersMedV braucht nicht zwangsläufig vollständig deckungsgleich mit dem der Blindheit in anderen Gesetzen zu sein. Insoweit können danach – je nach landesrechtlicher Gesetzgebung – auch gnostische - neuropsychologische - Störungen des visuellen Erkennens den landesrechtlichen Anspruch auf Blindengeld begründen.

Im Zusammenhang mit Anfragen von Patienten, Angehörigen oder der Zusendung von Formularen der Verwaltungsbehörde wird verschiedentlich das Ausstellen eines Attestes durch den Augenarzt zur Bescheinigung von Blindheit gefordert. Die Rechtskommission weist darauf hin, dass jede Bescheinigung durch den Augenarzt (Attest oder diverse Formularvordrucke) neben der Übernahme medizinischer Verantwortung stets auch die juristische Fragestellung beachten muss.

Das Vorliegen einer Funktionseinschränkung oder Blindheit muss durch den morphologischen Befund am Sehorgan oder eine pathologische Funktionsdiagnostik eindeutig erklärt sein. Nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zum Schwerbehindertenrecht (SGB IX) ist der Nachteilsausgleich Blindheit beschränkt auf Störungen des Sehapparats. Gnostische - neuropsychologische - Störungen des visuellen Erkennens sind hiervon nicht erfasst (BSG, Urf. v. 24.10.2019 - B 9 SB 1/18 R). Diese Entscheidung führt zu einer strikten Trennung des Blindheitsbegriffs nach dem Schwerbehindertenrecht einerseits und den Regelungen in den jeweiligen Landesblindengeldgesetzen andererseits. Weil die medizinischen Ursachen von Blindheit, wie z.B. deren Ausmaß und Auswirkungen auf Funktionsbeeinträchtigungen unterschiedlich sind und weil der Blindheitsbegriff nach dem Schwerbehindertenrecht ausschließlich auf eine Störung des Sehapparates beschränkt ist, ist nunmehr nicht mehr automatisch von einer „Bindungswirkung“ im Falle der Zuerkennung des Merkmals BI auf die Gewährung von Landesblindengeld auszugehen. Vielmehr ist nun für jedes Bundesland explizit zu prüfen, inwiefern sich die gesetzlichen Vorgaben unterscheiden und ob, wie z.B. im Freistaat Bayern, auch eine gnostische - neuropsychologische - Störung des visuellen Erkennens die Zuerkennung von Landesblindengeld begründet. Das hat die (Blindengeld-) Behörde im Rahmen ihrer Amtsermittlungspflicht (§ 20 SGB X) festzustellen (näheres hierzu siehe [2]). Nach den versorgungsmedizinischen Grundsätzen [3] und damit innerhalb des Schwerbehindertenrechts muss eine Störung von Auge, Sehbahn oder Sehrinde vorliegen, die Blindheit verursacht. Andere Störungen, wie z.B. zerebrale Störungen, die mit einer entsprechenden Funktionsminderung einher gehen, also vor allem gnostische Störungen, begründen keine Blindheit im Schwerbehindertenrecht. Dennoch kann entsprechend der früheren Urteile des BSG, zuletzt vom 14.06.2018 (B 9 BL 1/17 R), ein Anspruch auf Blindengeld gegeben sein. Allerdings ist gerade nach diesem Urteil zusätzlich zu beachten, dass in einer Vielzahl von Fällen zerebraler Blindheit der Zweckverfehlungseinwand letztlich einen Anspruch auf Blindengeld verhindert, wenn eine sinngemäße Verwendung dieser Zahlung nicht möglich ist. Das weitere Urteil des BSG vom 11.08.2015 (B 9 BL 1/14 R) bezüglich der Beurteilung von Blindheit, sei es in Bezug auf Blindengeld / Blindenhilfe oder des Merkmals BI, bei dementen Antragstellern sowie Menschen im Wachkoma lässt erkennen, wie komplex es ist, den Erkenntnisstand der Medizin mit den verschiedenen gültigen Rechtsnormen auf Bundes- sowie auf Landesebene abzustimmen. Unverändert gilt jedoch dabei der Grundsatz, dass eine Blindheit im Sinne der gesetzlichen Vorgaben mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein muss. Es müssen medizinische Befunde vorliegen, die eine Sehschärfeminderung auf 1/50 oder eine gleich zu achtende Störung des Sehvermögens begründen. Insofern darf der Augenarzt bei fehlender Kommunikationsmöglichkeit und damit auch fehlender

Untersuchbarkeit unter gutachtlichen Bedingungen nicht automatisch von Blindheit ausgehen. Vielmehr ist immer ein die Blindheit erklärender anatomischer Untersuchungsbefund oder ein anderer objektiver Befund als wesentliche Voraussetzung zu fordern [1,2]. Bei einem Wachkoma oder einer Demenz liegt nicht immer zwangsläufig eine Sehstörung vor. Um Missverständnisse sowie Enttäuschungen bei Betroffenen zu vermeiden und um eine sachgerechte Klärung von berechtigten Ansprüchen von Beginn an zu unterstützen, sollten Funktionseinschränkung oder Blindheit immer nur anhand einer gutachtlich korrekten Untersuchung vor allem von Sehschärfe und falls notwendig Gesichtsfeld erfolgen. Außerdem ist im Schwerbehindertenrecht zu berücksichtigen, dass eine Gesundheitsstörung regelhaft im Vergleich zum altersentsprechenden Normalbefund zu beurteilen ist. Dies ist von besonderer Wichtigkeit im Säuglings- und Kindesalter. Hier ist in Abhängigkeit von der Prüfmethode der Sehfunktion eben nicht von der (normalen) Sehschärfe erwachsener Personen z.B. 1,0 gemäß „MdE-Tabelle der DOG“ auszugehen, da bspw. ein 3jähriges Kind im Mittel eine Sehschärfe von 0,5 erreicht (Haase 2003). Dies ist bei der Einschätzung des GdS/GdB zu berücksichtigen, oder man weist den Gutachtauftraggeber im Einzelfall schriftlich hierauf hin, damit die Verwaltungsbehörde zu einer adäquaten GdB-Festsetzung gelangen kann.

Beispiel 1

Die 67jährige Antragstellerin hat vor 4 Jahren bei Kammerflimmern einen hypoxischen Hirnschaden erlitten. Es sind keine Reaktionen auf visuelle Reize zu beobachten. Allerdings gibt sie an, Farben und Licht zu erkennen. Der morphologische Befund beider Augen ist unauffällig. Die direkte und indirekte Lichtreaktion der Pupille ist seitengleich auslösbar. In der MRT finden sich keine Hinweise auf krankhafte Veränderungen speziell auch der Sehrinde. Bei Darbietung von Optotypen erfolgt keine adäquate Antwort. Insgesamt ist kein morphologisches Substrat für eine Erblindung vorhanden. Angesichts der normalen Pupillenreaktion ist auch von einer erhaltenen Afferenz auszugehen. Objektive Hinweise für eine zerebrale Schädigung bestehen nicht. Damit ist der erforderliche Nachweis einer Blindheit nicht ausreichend erbracht. Es müssen vielmehr Störungsformen der Agnosie ausgeschlossen werden, die gemäß den versorgungsmedizinischen Grundsätzen eine Teilhabebeeinträchtigung infolge kognitiver Leistungsstörungen bedingt. Es lassen sich dann weder Blindheit noch ein dahingehender Anspruch auf die Gewährung von Blindengeld durch den Augenarzt begründen. Aus diesem Grund soll der Augenarzt keine Blindheit attestieren, sondern auf die nicht gutachtlichen Untersuchungsbedingungen und die vorhandenen Zweifel am Vorliegen einer Blindheit nach den einschlägigen gesetzlichen Vorgaben verweisen.

Beispiel 2

Der 40jährige Antragsteller liegt nach einem Frontalzusammenstoß mit einem Auto als Fahrradfahrer im Wachkoma. Er hat bei dem Unfall eine komplexe Mittelgesichtsfraktur erlitten, mit Hirnödemen und mehreren intrazerebralen Abszessen. Es ist keinerlei Pupillenreaktion auslösbar, die Bildgebung kann eine Schädigung der Sehbahn oder der Sehrinde nicht objektivieren. Selbst auf Schmerzreize sind keine Reaktionen vorhanden. Angesichts der schwerwiegenden Hirnschädigung und der fehlenden Pupillenreaktion ist trotz des Zustandes im Wachkoma von einer Erblindung auszugehen, die durch die nachgewiesenen morphologischen Veränderungen und fehlenden (d.h. ausgelöschten) Potentiale im durchgeführten VEP ausreichend erklärt ist. Daher ist hier trotz fehlender Möglichkeit einer adäquaten Kommunikation oder einer augenärztlich-gutachterlichen Untersuchung Blindheit mit ausreichender an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit

anzunehmen. Die Attestierung bzw. Bescheinigung von Blindheit im Formularvordruck erfolgt durch den Augenarzt.

Literatur:

1. Haase W. Amblyopien. Teil I: Diagnose. Ophthalmologe 100: 69-87 (2003)
2. Rohrschneider K.: Der Augenarzt und der Nachweis gesetzlicher Blindheit. Augenarzt (2017) 51: 33-36 3. Rohrschneider K., Braun Ch.: Blindheit nach dem Schwerbehindertenrecht und den Landesblindengeldgesetzen. Augenarzt (2021) 55: 33-37 und 55: 97-101
3. Versorgungsmedizin-Verordnung:
<https://www.gesetzeiminternet.de/bundesrecht/versmedv/gesamt.pdf>
4. WHO: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF. 2005, ISBN 3-87360-046-3

Rechtsprechung: 1. BSG, Urt. v. 11.08.2015 - B 9 BL 1/14 R Fundstelle: BSGE 119, 224 = SozR 4-5921 Art. 1 Nr. 3 2. BSG, Urt. v. 14.06.2018 - B 9 BL 1/17 R Fundstelle: BSGE 126, 63 = SozR 4-5921 Art. 1 Nr. 4 3. BSG, Urt. v. 24.10.2019 - B 9 SB 1/18 R Fundstelle: BSGE 129, 211 = SozR 4-3250 § 152 Nr. 2 4. BayLSG, Urt. v. 11.2.2020 - L 15 BL 9/14

Redaktionskomitee

Professor Dr. Frank Tost, Greifswald, Sprecher
Prof. Dr. Klaus Rohrschneider, Heidelberg, Sprecher
Prof. Dr. Marcus Knorr, Krefeld
Prof. Dr. Günther Schneider, Grünhainichen
Dr. Gernot Freißler, Bamberg
Prof. Dr. Michael Schittkowski, Göttingen
Dr. Klaus-Dieter Schnarr, Vilshofen

Angaben zu den Interessenkonflikten folgen noch.