



# Begutachtung im Schwerbehindertenrecht und sozialen Entschädigungsrecht

# 12

Klaus Rohrschneider

## Inhaltsverzeichnis

12.1	Versorgungsmedizinverordnung – versorgungsmedizinische Grundsätze. . . . .	371
12.2	Schwerbehindertenrecht. . . . .	372
12.3	Soziales Entschädigungsrecht . . . . .	383
12.4	Fehlerquellen der Beurteilung . . . . .	389
12.5	Änderungsverordnung (bisher nicht verabschiedet) . . . . .	394
	Literatur . . . . .	395

Die versorgungsärztliche Begutachtung lässt sich in Gutachten nach dem Schwerbehindertenrecht und dem sozialen Entschädigungsrecht unterteilen. Die zeitliche Veränderung spiegelt die Entwicklung von einer Fürsorgepflicht des Staates v. a. für die Kriegspfer der beiden Weltkriege hin zu der im aktuellen Schwerbehindertenrecht dokumentierten Intention wider, Menschen mit Behinderungen die volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Dementsprechend wurde mit Einführung des Bundesversorgungsgesetzes 1950 aus der humanitären Verpflichtung des Staates gegenüber den Kriegspfern zunächst das soziale Entschädigungsrecht geboren. Inzwischen wird eine Reihe verschiedener Gesetze hierunter zusammengefasst, die Personen zu gesetzlichen Ansprüchen gegenüber dem Staat verhelfen sollen, die ungewollt Opfer erbringen mussten. Hier seien exemplarisch das Opferentschädigungsgesetz oder das Infektionsschutzgesetz genannt. Der betroffene Personenkreis hat sich dennoch stetig

---

K. Rohrschneider (✉)  
Ophthalmologische Rehabilitation und seltene Augenerkrankungen Univ.-Augenklinik  
Heidelberg, Heidelberg, Deutschland  
E-Mail: [klaus.rohrschnaider@med.uni-heidelberg.de](mailto:klaus.rohrschnaider@med.uni-heidelberg.de)

© Der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2025

369

B. Lachenmayr (Hrsg.), *Begutachtung in der Augenheilkunde*,  
[https://doi.org/10.1007/978-3-662-69737-5\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-662-69737-5_12)

vermindert. Demgegenüber steht die Anerkennung einer Behinderung ganz allgemein, d. h. unabhängig von der Ursache der Behinderung, die mit Einführung des Schwerbehindertengesetzes im Jahre 1974 erreicht wurde. Inzwischen sind 9,3 % der Deutschen als schwerbehindert anerkannt (statistisches Bundesamt Stand 31.12.2023). Folgerichtig wird auch der Augenarzt nicht selten mit entsprechenden Beurteilungen konfrontiert sein und sollte daher die zugrunde liegenden Fragen der Begutachtung kennen. Zum speziellen Aspekt der Blindheitsbegutachtung siehe Kap. 13.

In der Praxis des Versorgungswesens waren bis zum 31.12.2008 die „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“ (AHP), zuletzt aktualisiert zum 01.01.2008, als rechtsverbindliche Leitlinie vorgegeben (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, BMAS 2008). Allerdings hatte die Rechtsprechung wiederholt gerügt, dass die AHP nicht demokratisch legitimiert wären. Seit dem 01.01.2009 sind diese durch die Versorgungsmedizinverordnung (VersMedV) abgelöst worden und damit rechtsverbindlich. Im Zuge dieser Änderung sind zahlreiche Passagen der Anhaltspunkte entfallen, die aus rechtlichen Gründen in einer Verordnung nicht enthalten sein dürfen (VersMedV, BMAS 2020).

Daneben wurde von verschiedenen Seiten, u. a. der Bezirksregierung Münster, klar gestellt, dass nach dem allgemeinen Grundsatz des offenkundigen Erfahrungswissens keine Bedenken bestehen, wenn für nicht in der VersMedV geregelte „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ die AHP weiterhin zu Hilfe genommen werden. Diese sind im Internet weiterhin verfügbar und für augenärztliche Belange auch in älteren Auflagen ab 1996 benutzbar.

Obwohl der Sachverständige grundsätzlich frei und keinen Weisungen unterworfen ist, muss er Abweichungen von der herrschenden medizinischen Lehrmeinung begründen. Da dies natürlich für die gutachterliche Einschätzung genauso zutrifft, stellen Abweichungen von den in der VersMedV vorgegebenen Empfehlungen die große Ausnahme dar. Einer Höherbewertung von Funktionsstörungen allein „aufgrund freier Einschätzung nach heutiger wissenschaftlicher Erkenntnis“, wie von Burggraf vorgeschlagen, fehlt die Grundlage. Einem Großteil der Augenärzte sind die AHP (oder die versorgungsmedizinischen Grundsätze) nur unzureichend bekannt, obwohl diese in ihrer täglichen Praxis regelmäßig Befundberichte für die Versorgungsämter erstellen müssen (Nieder 2006).

- Die korrekte Einstufung der vorliegenden Behinderung durch die Ärzte der Versorgungsämter hängt dabei ganz wesentlich von der Qualität und dem Inhalt solcher Berichte ab, im Zweifel kann man seinem Patienten durch Unkenntnis schaden oder unangemessene Hoffnungen wecken.

Aber auch die Einschätzung der durch die Versorgungsämter erfolgten Einstufung ist nur durch entsprechende Sachkenntnis möglich.

Im Folgenden werden daher zunächst die für eine korrekte Bewertung der vorliegenden Gesundheitseinschränkungen wesentlichen Grundlagen von Schwerbehindertenrecht und

sozialem Entschädigungsrecht dargestellt. Dabei wird neben den Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) IX Teil 2 teilweise auch auf Vorschriften und Bestimmungen des Bundes Bezug genommen, die Nachteilsausgleiche für Behinderte vorsehen. Landesrechtliche Vorschriften sowie sonstige Nachteilsausgleiche betreffende Bestimmungen und Regelungen würden den Rahmen dieses Kapitels sprengen. Anschließend wird auf spezielle Aspekte der Beurteilung und Untersuchung sowie wesentliche Fehlerquellen eingegangen.

---

## 12.1 Versorgungsmedizinverordnung – versorgungsmedizinische Grundsätze

Die Bewertung der Gesundheitsstörungen erfolgt seit 01.01.2009 für das gesamte Versorgungsrecht anhand der versorgungsmedizinischen Grundsätze der Versorgungsmedizinverordnung (VersMedV, BMAS 2020). Damit ist der frühere Zustand, in dem die AHP lediglich eine „rechtsnormähnliche Qualität“ besaßen und „weiter wie eine untergesetzliche Norm und als antizipiertes Sachverständigengutachten“ galten, nunmehr endgültig Vergangenheit. Durch das Bundesversorgungsgesetz-Änderungsgesetz war bereits zum 01.01.2008 die verfassungskonforme Ermächtigungsgrundlage für die Herausgabe der Anhaltspunkte geschaffen worden (sog. Verrechtlichung). In der VersMedV enthaltene Hinweise zu Untersuchungsmethoden und -bedingungen und die Bewertung der erhobenen Befunde sind damit uneingeschränkt zu beachten. Zum jetzigen Zeitpunkt ist mit der Veränderung von AHP zu VersMedV auf augenärztlichem Gebiet nur eine geringe Überarbeitung erfolgt, der vom BMAS eingesetzte Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin ist hier jedoch tätig. Dies zeigt sich bereits daran, dass inzwischen 5 Änderungsverordnungen zur VersMedV erlassen wurden. Im Zuge der Entwicklung des SGB IX wird hier besonders die Frage der Teilhabebeeinträchtigung berücksichtigt. Für die Augenheilkunde enthält lediglich die 3. Änderungsverordnung vom 17.12.2010 wesentliche Änderungen; so hat die Prüfung der Sehschärfe grundsätzlich nach DIN 58220 zu erfolgen und eine beidseitige Pseudophakie führt nur noch bis zu einem GdB von 70 zu einer Erhöhung des sich aus der Sehschärfe ergebenden GdB (Grad der Behinderung).

Gerade für die augenärztliche Beurteilung mit ihrer eng an der quantitativ recht exakt definierten Sehschärfe sowie evtl. vorliegenden Gesichtsfeldausfällen orientierten Grundlage für die Beurteilung der vorliegenden Gesundheitsstörungen dürften sich Abweichungen von den Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft entnommenen Einstufungen für den GdB bzw. die MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) daher wohl kaum ergeben. Mit der Einführung der VersMedV wird generell von einem Grad der Schädigungsfolgen (GdS) gesprochen, der vom Zahlenwert her identisch mit dem GdB sowie der MdE im sozialen Entschädigungsrecht ist.

Schädigungen der Augen sind in Kapitel B 4 der VersMedV aufgeführt; für den im Schwerbehindertenwesen gutachterlich Tätigen sollte der Inhalt unbedingt bekannt sein. Auf einige wesentliche Aspekte wird in Abschn. 12.2.2 genauer hingewiesen.

Bereits seit über 10 Jahren gibt es einen Entwurf zur 6. Änderungsverordnung der VersMedV, in dem das gesamte Kapitel B 4 vollkommen überarbeitet wurde und eine teilhabeorientierte Bewertung des GdB erfolgt. Unverändert ist eine Verabschiedung dieser wichtigen Überarbeitung leider nicht in Sicht.

## 12.2 Schwerbehindertenrecht

Die Feststellung einer Behinderung, exakter: die Auswirkungen einer Gesundheitsstörung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, setzt nach § 69 Abs. 1 SGB IX zunächst den entsprechenden Antrag des behinderten Menschen voraus, der bei den je nach Landesrecht zuständigen Ämtern zu stellen ist.

Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. ... Das Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung ist entsprechend anzuwenden, soweit nicht das Zehnte Buch Anwendung findet. ... Eine Feststellung ist nur zu treffen, wenn ein Grad der Behinderung von wenigstens 20 vorliegt. ... (SGB IX § 152 Abs. 1)

Feststellungen nach Absatz 1 sind nicht zu treffen, wenn eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer auf ihr beruhenden Erwerbsminderung schon in einem Rentenbescheid, einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung oder einer vorläufigen Bescheinigung der für diese Entscheidungen zuständigen Dienststellen getroffen worden ist, es sei denn, dass der behinderte Mensch ein Interesse an anderweitiger Feststellung nach Absatz 1 glaubhaft macht. Eine Feststellung nach Satz 1 gilt zugleich als Feststellung des Grades der Behinderung (SGB IX § 152 Abs. 2).

Das Interesse an einer anderweitigen Feststellung ist insbesondere von Bedeutung, wenn nach anderen Rechtsvorschriften und den dort geltenden Beurteilungsmaßstäben (z. B. gesetzliche Unfallversicherung, SGB VII) eine MdE-Feststellung getroffen wurde, die nicht mit den versorgungsmedizinischen Grundsätzen in Einklang steht. Dies betrifft v. a. auch eine Abstufung in Fünferschritten, wie in der gesetzlichen Unfallversicherung üblich. Auch sind u. U. zusätzliche, von einem Unfall unabhängige Gesundheitsstörungen vorhanden, die anderweitig nicht berücksichtigt wurden.

In § 2 Abs. 1 SGB IX wird die Behinderung definiert sowie die dadurch hervorgerufenen Auswirkungen festgestellt:

► **Behinderung** „Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.“

Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden als Grad der Behinderung (GdB) nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Eine Feststellung ist nur zu treffen, wenn ein GdB von wenigstens 20 vorliegt.

Eine Neufeststellung des GdB ist nur insoweit zulässig, als sich die Verhältnisse nach der letzten Feststellung wesentlich geändert haben. Eine wesentliche Änderung im Ausmaß der Schädigungsfolgen oder der Behinderung liegt nur vor, wenn der veränderte Gesundheitszustand mehr als 6 Monate angehalten hat oder voraussichtlich anhalten wird und die Änderung des GdB-/MdE-Grades wenigstens 10 Prozentpunkte beträgt.

### 12.2.1 Amtsermittlungsgrundsatz

Das Versorgungsamt hat den vorliegenden Sachverhalt von Amts wegen aufzuklären (Amtsermittlungsgrundsatz). Hierzu bedient es sich aller Hilfsmittel, die nach pflichtgemäßem Ermessen erforderlich sind (§ 21 SGB X). So können Unterlagen behandelnder Ärzte oder Kliniken sowie anderer Leistungsträger angefordert werden oder eine Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen kann durchgeführt werden. Schließlich ist auch eine Untersuchung des Antragstellers denkbar; v. a. aus Kostengründen stellt diese aber eine seltene Ausnahme dar.

- ▶ Die von einzelnen Versorgungsämtern eingeführte Praxis, den Antragsteller aufzufordern, selbst entsprechende Dokumente zur Begründung seiner Gesundheitsstörung beizubringen, ist rechtlich nicht begründet. Eine entsprechende Leistungspflicht des Antragstellers kann ihm auch nicht auferlegt werden.

Daher dürfte nach Erlass des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 19.09.2005 auch nicht der Anschein einer entsprechenden Verpflichtung erweckt werden. Im Zuge des Amtsermittlungsgrundsatzes, der den Versorgungsämtern die Sachaufklärung auferlegt, ist der Arzt gemäß § 21 Abs. 3 SGB X auf entsprechende Anfrage verpflichtet, gutachterlich Stellung zu nehmen. Eine solche Stellungnahme wird nach Anlage 2 Nr. 200 zu § 10 Abs. 1 JVEG (Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz) für einen Befundbericht mit 25,00 € vergütet (inklusive Schreibgebühr, zuzüglich Portokosten). Zusätzliche Kopien ärztlicher Unterlagen werden gemäß JVEG mit 50 Cent je Seite für die ersten 50 Seiten und 15 Cent für jede weitere Seite vergütet. Für den Antragsteller ergibt sich grundsätzlich eine Mitwirkungspflicht aus § 60–62 SGB I unter Einschränkung durch § 65 SGB I. Nach Eingang sämtlicher Befunde, sofern die Akte entscheidungsreif erscheint, erfolgt eine Vorlage derselben beim versorgungsärztlichen Dienst, der aufgrund der vorliegenden Gesundheitsstörungen den GdB einschätzt und der Verwaltung vorschlägt.

#### Mitwirkungspflicht des Antragstellers

Grundsätzlich hat im Sozialrecht der Antragsteller eine Mitwirkungspflicht (§ 60 ff. SGB I). Derjenige, der eine Sozialleistung beantragt, hat

alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen, ...

ebenso Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen. (§ 60 SGB I).

Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt, seinen Mitwirkungspflichten ... nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlung die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. (§ 66 SGB I).

Allerdings ist der Antragsteller unbedingt auf einen solchen drohenden Leistungsentzug hinzuweisen; dies betrifft jedoch grundsätzlich nicht den Gutachter. Eine subjektive Angabe einer Funktionsminderung ohne einen diese Einschränkung erklärenden Befund genügt als Nachweis generell nicht. Mit dem aktuellen Urteil des BSG vom 27.10.2022 (Az.: B 9 SB 4/21) wurde hierzu eindeutig klargestellt, dass eine Sehstörung ohne ausreichende organische Erklärung im Funktionssystem „Sehorgan“ keine Berücksichtigung finden kann.

### 12.2.2 GdB/MdE

Der Grad der Behinderung (ohne %!) wurde 1986 zur Klassifikation der Gesundheitsstörung nach dem Schwerbehindertengesetz eingeführt, um die globale Einschränkung, die unabhängig vom Erwerbsleben auch außerhalb der beruflichen Tätigkeit besteht, von der MdE abzugrenzen, und später auch in das SGB IX übernommen. Dabei werden MdE des BVG (Bundesversorgungsgesetz) und GdB nach dem SGB IX nach gleichen Grundsätzen bemessen (in den aktuellen versorgungsmedizinischen Grundsätzen ist durchgängig nur der zahlenmäßig identische GdS angegeben, im Rahmen der 6. Änderungsverordnung sollte dies wieder geändert werden). Diese Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass der GdS (früher und in der gesetzlichen Unfallversicherung MdE) kausal (nur auf Schädigungsfolgen) und der GdB final (auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache) bezogen ist. Beide Begriffe haben die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben zum Inhalt. GdS und GdB sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens.

Eine seit Langem bestehende Problematik ergibt sich aus der ursprünglich für die Beurteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung entnommenen MdE-Tabelle der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG), die auch in den aktuellen versorgungsmedizinischen Grundsätzen unverändert übernommen wurde (Tab. 12.1). Diese Tabelle enthält aufgrund des Grenzfalles einer Einstufung der MdE für eine einseitige Erblindung

**Tab. 12.1** MdE-Tabelle der DOG zur Ermittlung von MdE bzw. GdB aus der beidäugigen Sehschärfe sowie derjenigen des schlechteren Auges. Gleichzeitig sind die Grenzen für die Zuerkennung der Vergünstigungsmerkmale RF, B, G, H und BI im Schwerbehindertenrecht angeben, sofern diese ausschließlich aufgrund einer Sehschädigung zustehen. Eine Sehbehinderung gemäß § 53 SGB XII besteht ab einem GdB von 30 aufgrund der Grenze einer Sehschärfe von 0,3

	0	0,02	0,05	0,08	0,1	0,16	0,2	0,25	0,32	0,4	0,5	0,63	0,8	1,0		
	0	100	100	100	90	90	80	70	60	50	50	40	40	30	25	0
BI	0,02	100	100	100	90	90	80	70	60	50	50	40	30	30	25	0,02
H	0,05	100	100	100	90	80	70	60	50	50	40	35	30	30	25	0,05
	0,08	90	90	90	80	70	60	60	50	40	35	30	30	25	20	0,08
	0,1	90	90	80	70	70	60	50	50	40	30	30	25	20	20	0,1
	0,16	80	80	70	60	60	60	50	40	40	30	25	20	20	15	0,16
G und B	0,2	70	70	60	60	50	50	50	40	30	25	20	20	15	10	0,2
RF	0,25	60	60	50	50	50	40	40	30	25	20	15	10	10	0,25	
	0,32	50	50	50	40	40	40	30	30	30	20	15	10	10	0,32	
	0,4	50	50	40	35	30	30	25	25	20	20	10	10	10	5	0,4
	0,5	40	40	35	30	30	25	20	20	15	10	10	10	5	5	0,5
	0,63	40	30	30	30	25	20	20	15	10	10	10	5	0	0,63	
Sehbehindert	0,8	30	30	30	25	20	20	15	10	10	10	5	5	0	0,8	
	1,0	25	25	25	20	20	15	10	10	10	5	5	0	0	1,0	
	0	0,02	0,05	0,08	0,1	0,16	0,2	0,25	0,32	0,4	0,5	0,63	0,8	1,0		

B Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson (► S. 266), BI Blindheit, DOG Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft, G Freifahrt im öffentlichen Personennahverkehr (► S. 266), GdB Grad der Behinderung, MdE Minderung der Erwerbsfähigkeit, RF Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht (► S. 266)

nach der gesetzlichen Unfallversicherung mit 25 % auch zahlreiche Fünferschritte. Da der GdB nur in Zehnergraden unterteilt wird, sind die in der GdB-/MdE-Tabelle für die Einstufung anhand der Sehschärfe enthaltenen Fünfergrade entsprechend anzupassen. Hierbei gilt, dass in den Fällen, in denen die Einschränkung auch nur ein wenig günstiger ist als dort vorgegeben, der Zehnergrad unter dem Fünfergrad anzunehmen ist; wird die Funktionsstörung genau erreicht oder ist sie sogar etwas stärker ausgeprägt, ist die nächsthöhere Zehnerstufe anzunehmen. Hierbei ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass einzelne Visusstufen der DIN EN ISO 8596 in der Tabelle nicht enthalten sind. Für diese Visusstufen gilt, dass gemäß DIN 58220 bei Nichterreichen ders nächsthöheren Visus von der geringeren Sehschärfe auszugehen ist. Auch wenn argumentiert wird, dass eine Funktionsminderung nachgewiesen sein muss, so sind die Vorgaben einer gutachtlich korrekten Sehschärfepfung mit dem Abbruchkriterium zu berücksichtigen. Damit ist ein Visus von 0,12, also weniger als 0,16 genauso wie 0,1 zu bewerten und führt beidseits zu einem GdB von 70. Grundsätzlich trifft dies auch für einen Visus von 0,03 oder 0,06 zum hierbei ist allerdings in den versorgungsmedizinischen Grundsätzen expressis verbis eine Grenze von 0,02 für die Blindheit und von 0,05 für eine hochgradige Sehbehinderung vorgegeben, so dass diese Vorgabe zu berücksichtigen ist.

- Da der GdB in Abstufung von Zehnergraden anzugeben ist, ist für die in der MdE-Tabelle der DOG in Fünferschritten angegebenen Einstufungen in den meisten Fällen die nächsthöhere Zehnerstufe zu wählen. Lediglich wenn die Einschränkung geringer als in der Tabelle ist, wird die niedrigere Stufe gewählt.

Da GdB und GdS eine nicht nur vorübergehende Gesundheitsstörung voraussetzen, muss eine solche über einen Zeitraum von wenigstens 6 Monaten bestehen. Bei Schwankungen im Gesundheitszustand bei längerem Leidensverlauf ist ein Durchschnittswert anzunehmen und nicht ein Zustand mit einer erheblichen Verschlechterung, der nur eine gewisse Dauer anhält. Die Anerkennung von verminderter Erwerbsfähigkeit durch einen Rentenversicherungsträger oder die Feststellung einer Dienstunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit erlauben keine Rückschlüsse auf den GdS-/GdB-Grad, wie umgekehrt aus dem GdS-/GdB-Grad nicht auf die genannten Leistungsvoraussetzungen anderer Rechtsgebiete geschlossen werden kann.

Bei der Einstufung des GdB anhand der Sehschärfe ist ein Zustand nach beidseitiger Operation einer Katarakt mit einem um 10 höheren GdB zu beurteilen, sofern der sich aus der Sehschärfe für beide Augen ergebende GdB nicht mehr als 60 beträgt (Dritte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizinverordnung 17.12.2010). Damit liegt bei einer Sehschärfe von 0,5 bei beidäugiger Prüfung sowie am schlechteren Auge und beidseitiger Pseudophakie ein GdB von 20 vor. Für eine einseitige Pseudophakie (oder mit Kontaktlinse versorgte Aphakie) gibt es die in Tab. 12.2 angegebene Einstufung.

Hierbei wird natürlich eine normale Sehschärfe des anderen (phaken) Auges vorausgesetzt. Ansonsten ist der aus der MdE-Tabelle entnommene Wert ggf. um 5 Prozentpunkte zu erhöhen. Dies ist von der Einzelfallkonstellation abhängig.

Neben einer Minderung der Sehschärfe führt auch ein ausgeprägter Gesichtsfeldausfall zu einer Sehbehinderung. So resultiert aus einer beidseitigen Einengung des Gesichtsfeldes auf 50° ein GdB von 10. Dabei wird als Radius des Gesichtsfeldes die durchschnittliche Ausdehnung angenommen, die aus der Ausdehnung in verschiedenen Richtungen gemittelt wird (Abschn. 12.4). Bei einer konzentrischen Gesichtsfeldeinengung an beiden Augen auf 30° resultiert ein GdB von 30, gleichzeitig ist dies die Grenze, bei der eine berufliche Aufsichtspflicht noch möglich ist (z. B. als Erzieher). Da die untere Gesichtsfeldhälfte für die Mobilität, aber auch zum Lesen deutlich wichtiger ist als die obere, wird bei unregelmäßigen Schädigungen der Anteil im unteren Gesichtsfeld stärker berücksichtigt; ein beidseitiger Ausfall beider unterer Gesichtsfeldhälften ergibt einen GdB von 60 (Aulhorn und Lüddecke 1977). Ansonsten wird das Ausmaß der Schädigung als Fläche berücksichtigt. Ist mindestens 1/3 der Fläche an beiden Augen ausgefallen, wird der GdB mit 20, bei mehr als 2/3 mit 50 veranschlagt.

Wie sich bei der Einschätzung des GdB grundsätzlich verschiedene Gesundheitsstörungen nicht mit dem jeweiligen GdB linear addieren, so werden auch verschiedene

**Tab. 12.2** Einstufung des GdB bei einseitiger Pseudophakie

Sehschärfe	GdB
0,4 und mehr	10
0,1 bis <0,4	20
<0,1	30

*GdB* Grad der Behinderung

Schädigungen der Sehfunktion nicht addiert. Hierzu wird in Teil A der versorgungsmedizinischen Grundsätze klargestellt, dass bei Vorliegen mehrerer Funktionsbeeinträchtigungen zwar die Einzel-GdS anzugeben sind, die einzelnen Werte dürfen jedoch nicht addiert werden. Auch andere Rechenmethoden sind für die Bildung eines Gesamt-GdS ungeeignet. Korrekterweise handelt es sich hier aber um Störungen innerhalb eines Funktionsbereiches, sodass dies anders zu bewerten ist.

Für die Beurteilung des Gesamt-GdS bei paarigen Organen wie den Augen heißt es in Teil A3 der versorgungsmedizinischen Grundsätze (VersMedV, BMAS 2020):

bb) Eine Funktionsbeeinträchtigung kann sich auf eine andere besonders nachteilig auswirken. Dies ist vor allem der Fall, wenn Funktionsbeeinträchtigungen an paarigen Gliedmaßen oder Organen – also z. B. an beiden Armen oder beiden Beinen oder beiden Nieren oder beiden Augen – vorliegen

- Die Rechtsprechung im Sozialwesen sowie einschlägige Empfehlungen schlagen eine vollständige Berücksichtigung der schwerwiegendsten Schädigung sowie ein Hinzufügen der nächstschwerwiegendsten Schädigung mit etwa der Hälfte des GdB vor. Grundsätzlich ist eine rechnerische Ermittlung des GdB nicht statthaft. In den versorgungsmedizinischen Grundsätzen wird klargestellt, dass in der Regel von der Beeinträchtigung auszugehen ist, die den höchsten Einzel-GdB bedingt, um dann zu prüfen, ob und wie stark das Ausmaß der Behinderung durch die weiteren Beeinträchtigungen vergrößert wird.

In den meisten Fällen wird sich dies auf die **Sehschärfe** und das **Gesichtsfeld** beschränken. Gerade, weil Sehschärfe und Gesichtsfeld sich gegenseitig beeinflussen, ist bei gleichzeitiger Einschränkung eine eher höhere Einstufung angezeigt (Rohrschneider 2023). Außer einer dauerhaften Doppelbildwahrnehmung, die wesentliche Teile des Gebrauchsblickfeldes betrifft, fallen alle weiteren Funktionseinschränkungen, die maximal mit einem GdB von 10 zu berücksichtigen sind, nicht mehr ins Gewicht. Vorschläge wie die, zunächst anhand einer Grafik einen seitengetrenten GdB aus Sehschärfe und Gesichtsfeldeinengung zu ermitteln und dann aus der Schädigung beider Augen den Gesamt-GdB, sind nicht zulässig und führen besonders bei sehr seitendifferenten Schädigungen mit Visusminderung eines Auges kombiniert mit Gesichtsfeldausfall des anderen zu fälschlich erheblich zu hohen Bewertungen. Gerade hier wird deutlich, dass bei der Beurteilung immer auch das **beidäugige Sehvermögen** zu berücksichtigen ist, das letztendlich über das Ausmaß eines Funktionsverlustes entscheidet. Dies wird auch deutlich an der falschen Vorstellung eines GdB aufgrund einer funktionellen Einäugigkeit bei fehlendem Binokularsehen. Bei einer Sehschärfe von 0,4 und 1,0 mit einem reduzierten Binokularsehen wird der GdB entsprechend den versorgungsmedizinischen Grundsätzen mit 10 eingestuft, ein GdB von 20 oder gar 30 wäre hier unverhältnismäßig, da bei Amblyopie das Gesichtsfeld erhalten ist.

### **Erwerbsminderung/Erwerbsunfähigkeit**

Besonders bezüglich der Begriffe der „Erwerbsunfähigkeit“ und der „Erwerbsminderung“ mit unterschiedlichem Inhalt in mehreren Gesetzen können Interpretationsschwierigkeiten auftreten. Für den Gutachter sind v. a. die Definitionen im sozialen Entschädigungsrecht einerseits und in der gesetzlichen Rentenversicherung andererseits von Bedeutung. Dabei gilt:

(3) Die Erwerbsminderung (teilweise oder voll) in der gesetzlichen Rentenversicherung ist demgegenüber vom GdB/MdE-Grad unabhängig. Hier ist der Begriff der Erwerbsminderung allein auf die Einschränkung der Möglichkeit, eine Erwerbstätigkeit in bestimmtem zeitlichen Umfang auszuüben, bezogen: Die Voraussetzungen für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente sind in § 43 SGB VI geregelt (Kap. 20, AHP, BMAS 2008).

- ▶ Die Erwerbsminderung (teilweise oder voll) in der gesetzlichen Rentenversicherung ist vom GdB-/MdE-Grad unabhängig. Hier ist der Begriff der Erwerbsminderung allein auf die Einschränkung der Möglichkeit, eine Erwerbstätigkeit in bestimmtem zeitlichem Umfang auszuüben, bezogen.

### **12.2.3 Schwerbehinderung**

Der Begriff Schwerbehinderung wird im SGB IX, Teil 1 (Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen) geregelt:

Menschen sind im Sinne des Teils 3 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 156 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben. (SGB IX §2 Abs. 2)

Die Zahlen des Statistischen Bundesamtes geben für den 31.12.2023 einen Anteil von 9,3 % Schwerbehinderten an der Gesamtbevölkerung an, der jedoch mit dem Alter deutlich ansteigt. So beträgt der Anteil in der Altersgruppe der über 65-jährigen Deutschen 24,5 %.

Daneben gilt gemäß SGB IX § 2 Abs. 3:

Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen Menschen mit Behinderungen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Abs. 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 156 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).

Diese **Gleichstellung** erfolgt durch die Agentur für Arbeit und setzt einen entsprechenden Bescheid des Versorgungsamtes voraus. Dadurch wird z. B. eine notwendige sehbehindertenspezifische Arbeitsplatzausstattung zulasten des Integrationsamtes (früher: Hauptfürsorgestelle) ermöglicht.

Da es für Jugendliche und junge Erwachsene besonders wichtig, aber auch schwierig ist, einen Ausbildungsplatz zu finden, sind behinderte Jugendliche und junge Erwachsene

während der Zeit der Berufsausbildung schwerbehinderten Menschen automatisch gleichgestellt (SGB IX § 151). Diese Regelung gilt unabhängig von einer Feststellung durch das Versorgungsamt, d. h. sie gilt auch, wenn das Versorgungsamt keinen GdB oder nur einen GdB von 20 festgestellt hat.

### 12.2.3.1 Sehbehinderung

Obwohl das Behindertenrecht bereits ab einem GdB von 20 eine Einstufung als behindert vorsieht, ist die isolierte Sehbehinderung hier nicht explizit definiert. In der Eingliederungshilfeverordnung (nach § 60 in der bis 2019 gültigen Fassung des SGB XII) ist jedoch festgelegt, welcher Personenkreis Anspruch auf entsprechende Hilfeleistung als „körperlich wesentlich Behinderter“ hat und damit im Sinne des damaligen § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII wesentlich in seiner Teilhabefähigkeit eingeschränkt ist.

► **Körperlich wesentlich behinderte Menschen** Zum Kreis der körperlich wesentlich behinderten Menschen zählen Blinde oder solche Sehbehinderte,

„... bei denen mit Gläserkorrektur ohne besondere optische Hilfsmittel

- a) auf dem besseren Auge oder beidäugig im Nahbereich bei einem Abstand von mindestens 30 cm oder im Fernbereich eine Sehschärfe von nicht mehr als 0,3 besteht oder
- b) durch Buchstabe a nicht erfasste Störungen der Sehfunktion von entsprechendem Schweregrad vorliegen.“

(§ 1 Abs. 4 Eingliederungshilfeverordnung).

Aus dieser Definition ist in der Vergangenheit etwas unexakt die Bezeichnung einer wesentlichen Sehbehinderung entstanden, die daher für diesen Personenkreis besser nicht verwendet werden sollte – daneben wurde diese Bezeichnung früher im hessischen Landesblindengeldgesetz für den Personenkreis der hochgradig Sehbehinderten verwendet (Rohrschneider und Blankenagel 1998; Kaden 1981). Gemäß GdB-/MdE-Tabelle (Tab. 12.1) entspricht die Grenze der Sehbehinderung mit einer Sehschärfe von 0,3 einem GdB von 30. Folgerichtig werden alle Personen, die eine Seheinschränkung mit einem GdB von mindestens 30 haben, als sehbehindert im Sinne des Gesetzes eingestuft. Da hierbei, d. h. unterhalb einer Sehschärfe von 0,4, normalerweise auch ein Lesen von Zeitungsdruck ohne besondere (vergrößernde) Sehhilfen nicht mehr möglich ist, ist dieser Grenzwert auch in der augenärztlichen Praxis nachvollziehbar. Bei einem Grad der Behinderung von 30 wird außerdem eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit vorausgesetzt. Dies hat steuerliche Auswirkungen (AHP Nr. 27, 28, BMAS 2008).

Die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Zahlen zur Anzahl behinderter und schwerbehinderter Personen enthalten auch Angaben über die als blind oder sehbehindert eingestuften Menschen. Hierbei wird ebenfalls der Grenzwert eines GdB von 30 zugrunde gelegt, sodass am 31.12.2023 in Deutschland 265.260 Menschen als sehbehindert oder hochgradig sehbehindert anerkannt waren. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass

sich für einen nicht unwesentlichen Anteil der älteren Sehbehinderten ohne weitere Behinderungen aus einer Anerkennung selbst als Schwerbehinderte keine wesentlichen Vorteile ergeben und damit eine hohe Dunkelziffer besteht. Auch wird in dieser Statistik lediglich die schwerste Einzelbehinderung erfasst. Aufgrund epidemiologischer Daten für Europa ist von einer Anzahl von 0,5–1,5 Mio. Sehbehinderten nach deutschem Recht auszugehen.

Zukünftig ist eine Korrektur der aktuell gültigen MdE-Tabelle der DOG notwendig, da die dort immer noch enthaltene Abstufung in Fünferschritten nicht mehr rechtskonform ist. Eine solche Tabelle ist im Entwurf der 6. Änderungsverordnung zur Versorgungsmedizinverordnung enthalten.

Auch sind bereits aufgrund der Verabschiedung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes die **Hilfsmittelrichtlinien** zur Verordnung von Sehhilfen zum 06.01.2005 derart geändert worden, dass Erwachsene nur noch dann Anspruch auf eine Sehhilfe haben, wenn sie aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen (oder eine Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien besteht).

- ▶ Für Erwachsene besteht gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse ein Anspruch auf eine Sehhilfe, wenn die korrigierte Sehschärfe auf jedem Auge maximal 0,32 beträgt oder eine Gesichtsfeldeinengung auf  $\leq 10^\circ$  besteht.

Ein Patient mit einer Sehschärfe von 0,4 und 0,1 oder einer beidseitigen Gesichtsfeldeinengung auf  $\leq 30^\circ$ , der gemäß Eingliederungshilfverordnung eindeutig als sehbehindert einzustufen ist und Anspruch auf Eingliederungshilfe hat, gehört damit nicht mehr zum Personenkreis, der bei den gesetzlichen Krankenkassen anspruchsberechtigt auf die Verordnung einer Sehhilfe ist. Bezüglich des Gesichtsfeldes ist in diesem Zusammenhang allerdings – anders als bei gutachterlichen Beurteilungen – auch eine statische Perimetrie zulässig, sodass eine entsprechende Schädigung eher erreicht wird.

### 12.2.3.2 Vergünstigungsmerkmale (Merkzeichen)

Einen ganz wesentlichen Aspekt bezüglich des vom Patienten oder Antragsteller angestrebten GdB stellen die möglichen Vergünstigungsmerkmale oder Merkzeichen dar, die bei einem gewissen GdB ohne weitere Prüfung zuerkannt werden. Dies setzt allerdings einen **entsprechenden Antrag** voraus. So steht bei einem GdB von 60 aufgrund einer Sehbehinderung das Merkzeichen RF, ab GdB 70 zusätzlich die Merkzeichen G und B und bei einem GdB von 100 das Merkzeichen H ohne weitere Prüfung zu.

#### Merkzeichen RF

**Bedeutung** Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht, Ermäßigung der Telefongebühren bei einigen Telekommunikationsunternehmen.

**Anspruch** Bei Vorliegen eines GdB von mindestens 60 aufgrund einer Sehbehinderung liegen die Voraussetzungen immer vor (AHP Nr. 27, Abs. 5, BMAS 2008).

### **Merkzeichen G**

**Bedeutung** Freifahrt im öffentlichen Personennahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke oder Kraftfahrzeugsteuerermäßigung aufgrund einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr.

**Anspruch** Störungen der Orientierungsfähigkeit, die zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit führen, sind bei allen Sehbehinderungen mit einem GdB von wenigstens 70 und bei Sehbehinderungen, die einen GdB von 50 oder 60 bedingen, nur in Kombination mit erheblichen Störungen der Ausgleichsfunktion (z. B. hochgradige Schwerhörigkeit beiderseits, geistige Behinderung) anzunehmen (VersMedV Kapitel D 1, Abs. f, BMAS 2020).

Hilflose und Gehörlose haben unabhängig davon stets einen Anspruch auf unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr (VersMedV Kapitel D 1, Abs. a, BMAS 2020).

**Zusätzliche Vergünstigungen** Ansatz der tatsächlichen Kosten oder 0,30 €/km für Fahrten zur Arbeitsstätte mit dem Kfz als Werbungskosten, Abzugsbetrag für Privatfahrten bei GdB 70:  $3000 \text{ km} \times 0,30 \text{ €} = 900,00 \text{ €}$ , Mehrbedarfserhöhung bei der Sozialhilfe von 17 %, bei Alter ab 65 oder voller Erwerbsminderung; Preisnachlass beim Neuwagenkauf bei vielen Händlern.

### **Merkzeichen B**

**Bedeutung** Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson, daher unentgeltliche Beförderung der Begleitperson oder eines Hundes im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen.

**Anspruch** Die Berechtigung für eine ständige Begleitung ist anzunehmen bei Blinden und Sehbehinderten mit Anspruch auf Merkzeichen G, dementsprechend ab einem GdB infolge einer Sehbehinderung von 70 (VersMedV Kapitel D 2, Abs. c, BMAS 2020).

### **Merkzeichen H**

**Bedeutung** Hilflosigkeit, Voraussetzung für die Gewährung einer Pflegezulage im sozialen Entschädigungsrecht (Abschn. 12.3).

**Anspruch** Die Voraussetzungen für das Vorliegen von Hilflosigkeit liegen stets vor bei Blindheit und hochgradiger Sehbehinderung, d. h. bei einem GdB von 100 aufgrund einer Sehbehinderung (VersMedV Kapitel A 4, Abs. e, BMAS 2015).

Wie bei Blindheit und hochgradiger Sehbehinderung ist bei Kindern auch bei Einschränkungen des Sehvermögens, die für sich allein einen GdB/MdE-Grad von wenigstens 80 bedingen, – und bei diesen Behinderten dann bis zur Beendigung der speziellen Schulausbildung für Sehbehinderte – Hilflosigkeit anzunehmen. (VersMedV, BMAS 2020).

**Zusätzliche Vergünstigungen** Freifahrt im öffentlichen Personennahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke, Kraftfahrzeugsteuerbefreiung, Pauschbetrag wegen außergewöhnlicher Belastung: 7.400,00 €, Befreiung von der Hundesteuer, häusliche Pflegehilfe usw., Übernahme der Kosten von Fahrten zur ambulanten Behandlung in besonderen Fällen durch die gesetzliche Krankenversicherung, Befreiung von Fahrverboten in Verkehrsverbotszonen.

Daneben erfüllt der hochgradig Sehbehinderte, d. h. derjenige mit einem GdB von 100 aufgrund der Sehbehinderung, außerdem grundsätzlich die Voraussetzungen für die Gewährung einer Pflegezulage nach Stufe I nach dem BVG (sofern die Sehbehinderung Schädigungsfolge ist).

## **Merkmale BI**

**Bedeutung** Blindheit.

**Anspruch** Blindheit liegt vor bei völligem Verlust des Sehvermögens, daneben ist auch derjenige als blind anzusehen, dessen Sehschärfe auf keinem Auge auch nicht bei beid-  
äugiger Prüfung mehr als 0,02 (1/50) beträgt oder bei dem eine gleichzuachtende Seh-  
einschränkung vorliegt (Genauerer siehe Kap. 13).

**Zusätzliche Vergünstigungen** Freifahrt im öffentlichen Personennahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke, Kraftfahrzeugsteuerbefreiung, Pauschbetrag wegen außergewöhnlicher Belastung: 7.400,00 €, Parkerleichterungen, Parkplatzreservierung, in vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer, Befreiung von der Umsatzsteuer unter bestimmten Voraussetzungen, portofreie Beförderung von Blindensendungen, Übernahme der Kosten von Fahrten zur ambulanten Behandlung in besonderen Fällen durch die gesetzliche Krankenversicherung, Gewährung von Blindengeld oder Gewährung von Pflegezulage der Stufe III für Versorgungsberechtigte nach dem BVG, unentgeltliche Beförderung der Begleitperson im internationalen Eisenbahnverkehr, Anspruch auf Zugänglichkeit von Dokumenten in Verwaltungs- und Gerichtsverfahren in Blindenschrift bzw. barrierefrei u. Ä., Befreiung von Fahrverboten in Verkehrsverbotszonen.

### **12.2.3.3 Schwerwiegend chronisch krank**

Mit der Änderung der Zuzahlungsgrenzen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wurde festgelegt, dass ein chronisch kranker Mensch maximal 1 % seines Bruttoeinkommens für Zuzahlungen leisten muss. Der gemeinsame Bundesausschuss hat festgelegt, dass Menschen, die sich nachweislich wegen einer Krankheit in ärztlicher Dauerbehandlung befinden und bei denen ein GdB von 60 oder eine MdE von

60 % nach den Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG oder des § 56 Abs. 2 SGB VII festgestellt wurde, als chronisch Kranke gelten. Daneben sind auch Personen, bei denen ein Pflegegrad 3 oder höher vorliegt oder bei denen eine kontinuierliche medizinische Versorgung notwendig ist, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität droht, als solche einzustufen. Damit kommt der Grenze des GdB von 60 ein deutlich erhöhter Stellenwert zu. Augenärztliche Erkrankungen, die allein aufgrund einer drohenden Verschlimmerung oder dauerhaften Beeinträchtigung der Lebensqualität eine solche Anerkennung als chronisch Kranker bewirken, sind bisher nicht festgelegt worden.

---

### 12.3 Soziales Entschädigungsrecht

Im sozialen Entschädigungsrecht erfolgt die Beurteilung der Gesundheitsstörung nach denselben Vorgaben wie im Schwerbehindertenrecht. Allerdings ist hier die Frage des Kausalzusammenhangs zu einem verursachenden Ereignis genauso zu stellen wie z. B. in der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Beurteilung setzt eine Kenntnis des versorgungsärztlichen Ursachenbegriffs voraus, um die von einer rein medizinisch ursächlichen Beziehung abweichenden Folgerungen korrekt zu formulieren und eine unrichtige Auslegung zu verhindern. Hierzu stellen die Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit klar:

Ursache im Sinne der Versorgungsgesetze ist die Bedingung im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt hat. Haben mehrere Umstände zu einem Erfolg beigetragen, sind sie versorgungsrechtlich nur dann nebeneinander stehende Mitursachen (und wie Ursachen zu werten), wenn sie in ihrer Bedeutung und Tragweite für den Eintritt des Erfolges annähernd gleichwertig sind. Kommt einem der Umstände gegenüber dem anderen eine überragende Bedeutung zu, ist dieser Umstand allein Ursache im Sinne des Versorgungsrechts.

Die Ursache braucht nicht zeitlich eng begrenzt zu sein. Es können auch dauernde oder wiederkehrende kleinere äußere Einwirkungen in ihrer Gesamtheit eine Gesundheitsstörung verursachen.

Gelegenheits-, Ursachen', letzter Anstoß, Anlass sind begrifflich keine wesentlichen Bedingungen. Eine ‚Gelegenheitsursache‘ kann nur dann angenommen werden, wenn der Gesundheitsschaden mit Wahrscheinlichkeit auch ohne das angeschuldigte Ereignis durch ein alltäglich vorkommendes Ereignis zu annähernd derselben Zeit und in annähernd gleichem Ausmaß eingetreten wäre. So wird bei konstitutionsbedingten Leiden oft ein unwesentlicher äußerer Anlass vom Antragsteller als Ursache verantwortlich gemacht, z. B. Heben von leichten Gegenständen für das Auftreten von Hernien. In solchen Fällen hat die äußere Einwirkung bei der Entstehung der Krankheit nicht wesentlich mitgeholfen, sondern sie hat nur innerhalb einer bereits bestehenden Störung einem besonders charakteristischen Krankheitssymptom zum Durchbruch verholfen. Das Wort ‚Auslösung‘ ist bei der Erörterung zu vermeiden, der Begriff ist zu unbestimmt. Bei der Beurteilung ist klarzustellen, welcher der zur Diskussion stehenden ätiologischen Faktoren die wesentliche Bedingung für den Eintritt des Erfolges und damit Ursache im versorgungsrechtlichen Sinne ist. (AHP Nr. 36, Abs. 2, BMAS 2008)

- ▶ Bezüglich der für einen Kausalzusammenhang zwischen auslösendem Ereignis und eingetretener Schädigung notwendigen Wahrscheinlichkeit reicht im sozialen Entschädigungsrecht die einfache Wahrscheinlichkeit aus, d. h. sofern mehr für als gegen einen solchen Zusammenhang spricht, ist eine Schädigungsfolge anzunehmen und die haftungsausfüllende Kausalität erfüllt.

Ein ursächlicher Zusammenhang kann nur gegeben sein, wenn auch ein mittel- oder unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang besteht, umgekehrt sagt ein zeitlicher Zusammenhang nichts über die Kausalität aus, der ursächliche muss also zusätzlich kausal bedingt sein. So beschreibt Gramberg-Danielsen als Beispiel einen Soldaten, der über Hornhautschmerzen klagt und bei dem sich eine Erosio corneae findet (Gramberg-Danielsen 2010). Ein Fremdkörpereinflug ist nicht belegt, nach 3 Tagen wird ein Herpes diagnostiziert. Der Gutachter schreibt: „Da der zeitliche Zusammenhang bewiesen ist, ist der ursächliche evident.“ Dies ist natürlich Unsinn.

Darüber hinaus gibt es im sozialen Entschädigungsrecht bei Besserung des Gesundheitszustandes bezüglich der Rücknahme von Verwaltungsentscheidungen einen Anspruch auf Fortbestehen der MdE und der Schwerbeschädigtenzulage für Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, wenn diese in den letzten 10 Jahren seit Feststellung unverändert geblieben sind (§ 62 Abs. 3 BVG).

Für verschiedene das augenärztliche Fachgebiet betreffende Krankheitsbilder wurden in den Anhaltspunkten zudem weiterführende Hinweise gegeben, die in der Versorgungsmedizinverordnung entfallen sind. Diese sollen daher im Folgenden komplett wiedergegeben werden (Nr. 75–83; BMAS 2008):

### **75 Lid- und Bindehauterkrankungen**

1. Äußere Einwirkungen (Strahlen, Traumen, Staub, Chemikalien u. a.) können Erkrankungen der Bindehaut und der Lider hervorrufen; sie klingen zumeist nach Fortfall der Einwirkung ab, es sei denn, dass ein Dauerreiz (z. B. durch Fehlstellungen der Lider oder der Wimpern) zurückbleibt
2. Bei chronischen Entzündungen der Lider oder der Bindehaut sind häufig konstitutionelle Faktoren von entscheidender Bedeutung; nur gelegentlich haben äußere Einwirkungen (z. B. Strahlen, bestimmte Chemikalien) eine ursächliche Bedeutung

### **76 Hornhauterkrankungen**

1. Hornhautnarben werden in der Hauptsache nach ihrem Einfluss auf die Sehschärfe beurteilt, wobei auch sonstige Störungen (z. B. Blendung) zu berücksichtigen sind
2. Herpetische Hornhautentzündungen setzen eine Infektion voraus; eine Verletzung der Hornhaut (häufig nur Mikroläsion) und auch eine erhebliche allgemeine Resistenzminderung können an der Entstehung wesentlich mitwirken. Ein ursächlicher Zusammenhang mit einer Schädigung ist nur bei einer engen zeitlichen Verbindung wahrscheinlich

### **77 Grüner Star (Glaukom)**

1. Der einfache grüne Star (Glaucoma chronicum simplex) ist ein sich im allgemeinen allmählich ohne äußere Einflüsse auf dem Boden fehlerhafter Anlagen und Funktionen entwickelndes Leiden. Er ist keine Folge einer Schädigung
2. Beim kongestiven Glaukom können schwere körperliche oder seelische Belastungen wesentliche Bedingungen für das Auftreten eines akuten Anfalls (Glaucoma acutum) sein
3. Der sekundäre grüne Star entwickelt sich als Folge von Verletzungen oder Entzündungen des Auges. Die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs richtet sich nach dem Grundleiden

### **78 Amblyopie**

Die Amblyopie entsteht auf der Basis von (meist angeborenen) Brechungsfehlern oder von Störungen des Augenmuskelgleichgewichts; sie ist grundsätzlich keine Schädigungsfolge, es sei denn, die Störungen des Augenmuskelgleichgewichts oder die Brechungsfehler seien im Kleinkindesalter schädigungsbedingt entstanden

### **79 Brechungsfehler der Augen**

Die Brechkraft eines Auges hängt ab von der Achsenlänge des Auges, dem Abstand der brechenden Flächen untereinander und deren Brechungsindizes. Refraktionsfehler (Übersichtigkeit, Kurzsichtigkeit, Astigmatismus) sind in der Regel keine Schädigungsfolgen. Ausnahmsweise können Änderungen der Brechungsverhältnisse als Schädigungsfolge vorkommen bei Narbenastigmatismus, traumatischer Linsenverlagerung sowie Linsen-trübungen oder Linsenlosigkeit (nach Operation) infolge Gewalteinwirkung, Strahleneinwirkung oder Erkrankung

### **80 Traumatische Schäden der Netz- und Gefäßhaut**

1. Als traumatische Schäden der Netz- und Gefäßhaut kommen Folgen von Netzhautablösungen, Netzhautzerreißen, Gefäßhautrissen, Blutungen in Netz- und Gefäßhaut sowie in den Glaskörper, ferner sehr selten auch Gefäßschäden durch Embolie oder Thrombose in Betracht
2. Der ursächliche Zusammenhang einer Netzhautablösung mit einem Trauma ist wahrscheinlich, wenn Zeichen einer direkten Gewalteinwirkung (z. B. Sphinkterrisse, Iridodialyse, Subluxatio lentis oder Blutungen in oder vor der Netzhaut bzw. Glaskörperblutungen) festgestellt werden. Auch nach vielen Jahren kann sich die Netzhaut noch ablösen. Ein indirektes Trauma kommt als wesentliche Bedingung einer Netzhautablösung nur in Ausnahmefällen in Betracht, wie etwa bei einer engen zeitlichen Verbindung der Netzhautablösung mit einem schweren Schädeltrauma

### **81 Erkrankungen der Netz- und Gefäßhaut**

1. Die Entzündung der Gefäßhaut (Iritis, Iridozyklitis, Chorioiditis, Chorioretinitis) stellt meist eine entzündlich-allergische Reaktion dar. Sie kann Schädigungsfolge

sein, wenn ein primärer Herd nachgewiesen werden kann, der als Schädigungsfolge anzusehen ist, oder wenn in enger zeitlicher Verbindung mit dem Auftreten der Entzündung dienstliche Belastungen vorgelegen haben, die zu einer erheblichen allgemeinen Resistenzminderung führen konnten. Treten Rückfälle der Gefäßhautentzündung auf, muss die Zusammenhangsfrage erneut geprüft werden, da die Erkrankung durch neue Einflüsse bedingt sein kann

2. Bei der Periphlebitis retinae kommt eine Kannversorgung in Betracht
3. Erkrankungen der Netzhaut sind häufig Teilerscheinung einer Allgemeinerkrankung (z. B. Bluthochdruck, Arteriosklerose, Diabetes mellitus, Nierenleiden usw.). Die Beurteilung richtet sich nach dem Grundleiden
4. Die Pigmententartung der Netzhaut (Formenkreis der tapetoretinalen Degeneration) entwickelt sich auf genetischer Grundlage und verschlechtert sich laufend. Sie ist gelegentlich mit Innenohrschwerhörigkeit oder zerebrospinalen Störungen verbunden. Sie kommt als Schädigungsfolge nicht in Betracht. Die durch Infektionskrankheiten oder Vergiftungen erworbene Pigmententartung ist sehr selten. Zur Differenzialdiagnose sind elektrophysiologische Untersuchungen notwendig

### **82 Sehnervenerkrankungen**

1. Sehnervenerkrankungen können traumatischer, toxischer (auch durch bestimmte Medikamente), entzündlicher oder degenerativer Art sein
2. Die Sehnervenentzündungen (meist retrobulbär) können Begleiterscheinungen von anderen entzündlichen Erkrankungen im Körper oder Symptome einer Systemerkrankung des Zentralnervensystems sein; sie wurden auch bei der alimentären Dys-trophie beobachtet. Die Beurteilung richtet sich nach dem Grundleiden
3. Die primär degenerativen Sehnervenerkrankungen sind nicht Schädigungsfolge

### **83 Störungen des Licht- und Farbensinns**

Die Störungen des Lichtsinns (Nachtblindheit u. a.) und des Farbensinns sind im allgemeinen keine Schädigungsfolge. Erworbene Störungen können nach Traumen oder Erkrankungen und ihren Folgen vorkommen. Die Beurteilung richtet sich nach dem Grundleiden (BMAS 2008).

Für die auch heute immer wieder kontrovers diskutierte Frage eines Zusammenhanges zwischen einem (in)direkten Trauma des Auges und einer Netzhautschädigung, insbesondere einer Netzhautablösung, wird in der herrschenden Lehrmeinung deutlich gemacht, dass ein indirektes Trauma typischerweise nicht zu einer entsprechenden Schädigung führt (Nr. 80 AHP). Zuletzt 2012 hat Gramberg-Danielsen dies kurz und umfassend zusammengefasst (Gramberg-Danielsen 2012).

### 12.3.1 Vorschaden, Nachschaden, Folgeschaden

► **Vorschaden** „Ein Vorschaden ist eine schädigungsunabhängige Gesundheitsstörung, die bei Eintritt der Schädigung bereits nachweisbar bestanden hat.“ (VersMedV Kapitel C 12, Abs. a, BMAS 2015).

Bei der Bemessung der schädigungsbedingten MdE wird beim Vorliegen eines Vorschadens vergleichbar der gesetzlichen Unfallversicherung verfahren:

- Wenn Vorschaden und Schädigungsfolge verschiedene Körperteile betreffen und sich nicht beeinflussen, bleibt der Vorschaden ohne Bedeutung.
  - Wenn die Schädigung ein vorgeschädigtes Organ oder Körperteil betrifft, muss die schädigungsbedingte MdE niedriger sein als die MdE, die sich als Gesamtschaden ergibt. Eine rechnerische Ermittlung der resultierenden MdE als Differenz aus Gesamt-MdE und vorbestehender MdE ist nicht zulässig. Es kommt darauf an, zu welchem **zusätzlichen Verlust** die Schädigung geführt hat.
  - Der komplizierteste Fall betrifft die Schädigung verschiedener Organe oder Gliedmaßen und paarige Organe wie die Augen. Hierbei ist die schädigungsbedingte MdE u. U. höher zu bewerten, als es bei isolierter Betrachtung der Schädigungsfolge der Fall wäre. So ist für den Sonderfall einer vorbestehenden Erblindung eines Auges mit nachfolgender schwerwiegender Schädigung des anderen Auges einleuchtend, dass hierbei eine deutlich höhere MdE resultieren muss als die maximalen 30 % bei einseitiger Erblindung.
- Bei paarigen Organen wie den Augen kann ein Vorschaden, d. h. eine vor dem schädigenden Ereignis bestehende Gesundheitsschädigung, zu einer höheren Bewertung der Schädigungsfolge führen. Dies ist v. a. der Fall, wenn das funktionell einzige Auge geschädigt wird.

Ein **Nachschaden** beschreibt eine Gesundheitsstörung, die zeitlich nach der Schädigung und ohne einen ursächlichen Zusammenhang zu dieser eingetreten ist. Ein solcher Nachschaden kann bei der Feststellung der MdE nach § 30 Abs. 11 BVG nicht berücksichtigt werden, auch dann nicht, wenn die Gesundheitsstörung zusammen mit den anzuerkennenden Schädigungsfolgen zu besonderen Auswirkungen führt, bei denen sich aus diesen eine erhebliche Bedeutung ergibt. Auch hier sei das Beispiel der Schädigung eines Auges mit nachfolgender unabhängig eingetretener Funktionsstörung des anderen Auges genannt (heterolateraler Vorschaden), die in diesem Falle keine Berücksichtigung findet. Allerdings findet ein solcher Nachschaden Berücksichtigung bei der Einstufung des GdB im Schwerbehindertenwesen.

Ein **Folgeschaden** ist demgegenüber lediglich dann anzunehmen, wenn nach einer Schädigung eine weitere Gesundheitsstörung eintritt, bei der – v. a. nach ihrer Art – wahrscheinlich ist, dass die Schädigung oder deren Folgen bei der Entstehung dieser Gesundheitsstörung wesentlich mitgewirkt haben. Hiervon abzugrenzen ist eine Verschlimmerung, von der nur bezogen auf den zum Schädigungszeitpunkt vorhandenen Zustand gesprochen werden kann. Die Rechtsprechung im sozialen Entschädigungsrecht sagt hierzu:

Mit dem Ende des schädigenden Vorgangs ist zugleich die versorgungsrechtlich beachtliche Ursachenkette abgeschlossen. (Gramberg-Danielsen 2010)

Eine Veränderung des allein geschädigten Auges nach einer Prellungsverletzung infolge zunehmender glaukomatöser Schädigung wäre danach wohl nicht als Folgeschaden einzustufen, wogegen die Entstehung eines traumatisch bedingten Glaukoms oder einer Amotio nach traumatischem Linsenverlust einen Folgeschaden darstellt. Tritt eine solche Veränderung erst nach Jahren ein, spricht man auch von einem Spätschaden.

- ▶ Ein Folgeschaden ist eine ursächlich durch die anerkannte Schädigung später zusätzlich eintretende Gesundheitsstörung. Diese wird im sozialen Entschädigungsrecht im Gegensatz zu einer Verschlimmerung mit dem vollen GdS berücksichtigt.

### 12.3.2 Kannversorgung

Im Versorgungswesen ist nach 1 Abs. 3 Satz 2 BVG abweichend von den rechtlichen Beweisforderungen als Besonderheit eine Kannversorgung möglich. Diese Erleichterung für den Antragsteller dient der Verhinderung von Härten, sofern aus Gründen einer medizinisch-wissenschaftlichen Ungewissheit keine einwandfreie Entscheidung möglich ist. Dabei gilt, dass über Ätiologie und Pathogenese des Leidens keine genügend gesicherten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse vorliegen dürfen, um eine Wahrscheinlichkeit einer Anerkennung als Schädigungsfolge zu erreichen. Dann kann – mit Zustimmung des Bundesministers – diese Gesundheitsstörung als Schädigungsfolge anerkannt werden, sofern zusätzlich der zeitliche Zusammenhang gewahrt ist.

Eine von der medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung abweichende persönliche Ansicht einer sachverständigen Person erfüllt nicht den Tatbestand einer Ungewissheit in der medizinischen Wissenschaft. (VersMedV Kapitel C 4 aa, BMAS 2020)

Auch Ungewissheiten im Sachverhalt, wie über den Zeitpunkt des Leidensbeginns, rechtfertigen die Anwendung der Kannversorgung nicht.

## 12.4 Fehlerquellen der Beurteilung

Während in der versorgungsärztlichen Begutachtung allgemein häufig beklagt wird, dass vonseiten der behandelnden Ärzte eine erhebliche Unkenntnis der rechtlichen Voraussetzungen oder der für eine korrekte Beurteilung notwendigen Angaben besteht, sodass nicht Beschwerdeschilderungen und Diagnosen, sondern die Mitteilung funktioneller Einschränkungen von wesentlicher Bedeutung für die Einstufung einer Gesundheitseinschränkung ist, nimmt die Augenheilkunde wie so oft eine Sonderstellung ein (Losch 2006). Hier ist es grundsätzlich üblich, quantitativ verwertbare Funktionsmessungen durchzuführen, v. a. die Sehschärfe wird regelmäßig ermittelt. Allerdings unterscheidet sich die Sehschärfeprüfung in der klinischen Praxis deutlich von derjenigen bei einer gutachterlichen Untersuchung.

Für die gutachterliche Untersuchung der Sehschärfe gilt generell, dass nach den Empfehlungen der DOG mit Landolt-Ringen nach den in DIN 58220 vorgegebenen Abbruchkriterien geprüft werden muss (Abschn. 2.1). Bezüglich der Sehschärfeprüfung selbst ist zu beachten, dass eine Visusstufe als erkannt gilt, sofern die Hälfte der dargestellten Sehzeichen erkannt wird. Zusammen mit einer Ratewahrscheinlichkeit von 12,5 % bei 8 verschiedenen Antwortmöglichkeiten sind daher 6 von 10 oder 3 von 5 Ringen bezüglich der Lage der Öffnung korrekt zu benennen. Auch wenn in der aktuellen Fassung der DIN 58220 eine „Forced-choice-Testung“ nicht mehr gefordert wird, ist nur damit das Abbruchkriterium sinnvoll zu begründen. Daher sollte darauf geachtet werden, dass für alle dargebotenen Sehzeichen eine Antwort abgegeben wird und die Antwort nicht verweigert werden darf. Allein durch diese Untersuchungsstrategie kann die Sehschärfe oft um 1–2 Zeilen ansteigen. Allerdings müssen nach DIN 58220 selbst für eine Sehschärfe von 0,02 mindestens 5 verschiedene Darbietungen erfolgen (Wesemann et al. 2010). Daneben wird die Sehschärfe dann auch niemals mit Ergänzungen wie „p“, „pp“ oder „teilweise“ bezeichnet, die gerade für den begutachtenden Kollegen im Versorgungsamt als Nichtaugenarzt unverständlich sind (Rohrschneider et al. 2007; Rohrschneider 2012).

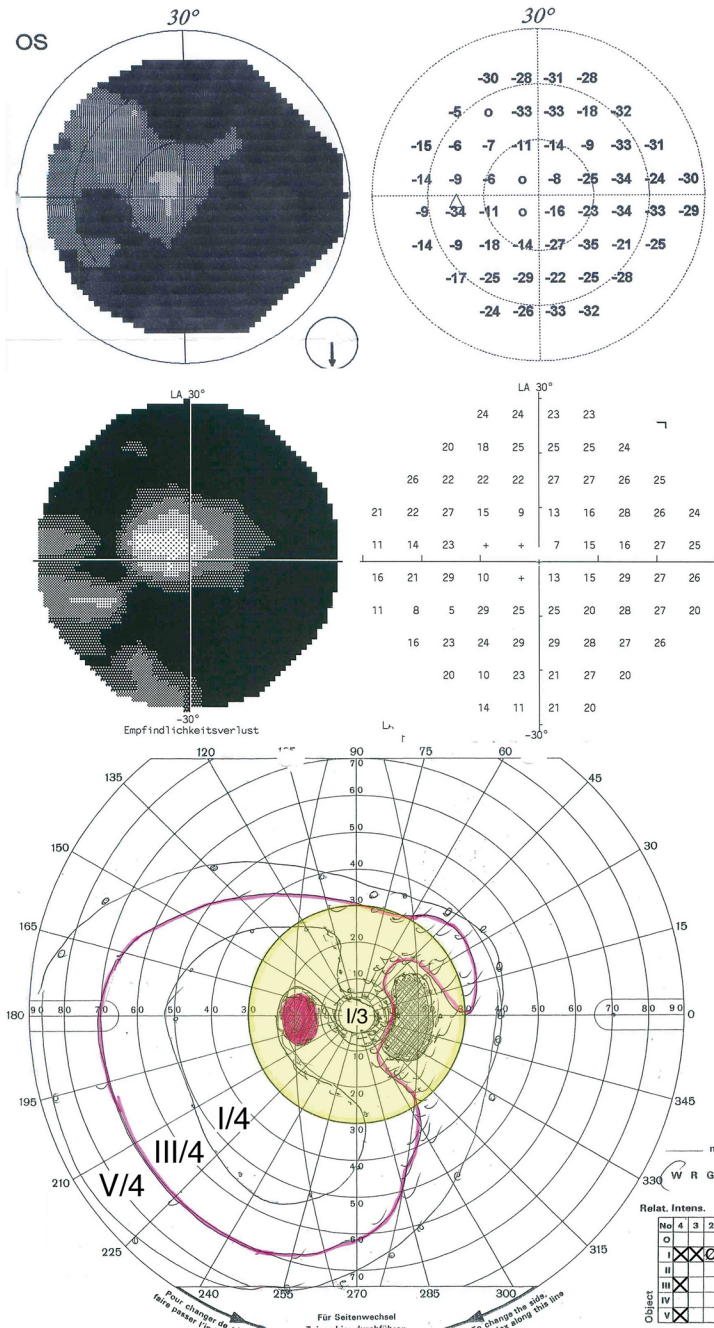
Die Prüfung an der Schwelle der maximalen Sehschärfe ist für den Untersuchten unangenehm, weil die Landolt-Ringe in diesem Bereich so klein angeboten werden, dass oft das Gefühl besteht, nur zu raten. Nicht allgemein bekannt ist auch, dass z. B. beim Eignungstest der Fahrerlaubnis das Erkennen von Sehzeichen in 1 s nicht nur bei Vorliegen eines Nystagmus angeraten ist. Dies führt zu einer realitätsnahen Bewertung der Sehschärfe. Entsprechend den Empfehlungen der DOG kann ansonsten bei einem allgemeinen Sehtest nach DIN 58220 Teil 5 jedes Sehzeichen bis zu 10 s dargeboten werden, was bei Nystagmus zu einer relativ zu guten Sehschärfe führt. Hinweise auf korrekte oder gar inkorrekte Angaben sind hierbei genauso zu unterlassen wie eine Wiederholung bei falschen Antworten, die zu einem Visusanstieg führen würde. Nur wenn eine Visusstufe erreicht wird, ist die Prüfung der nächsthöheren Stufe erlaubt (Rohrschneider et al. 2007; Rohrschneider 2012).

- ▶ Eine gutachterliche Prüfung der Sehschärfe ist nach DIN 58220 mit Landolt-Ringen in mindestens 4 m Entfernung entsprechend der „Forced-choice-Testung“ durchzuführen. Anderenfalls sollte dies unbedingt mit angegeben werden, z. B. unter dem Hinweis: „gutachterlich nicht verwertbare Untersuchung“.

Für die versorgungsärztliche Beurteilung von oft ebenso großer Wichtigkeit sind auch Gesichtsfeldeinschränkungen. In vielen augenärztlichen Praxen existieren die nach den Vorgaben der DOG in den Anhaltspunkten vorgeschriebenen Goldmann-Perimeter oder vergleichbare Geräte nicht mehr und eine manuell-kinetische Perimetrie ist eine in der Praxis kaum noch durchgeführte Untersuchung. Daher ist nicht davon auszugehen, dass primär eine solche Untersuchung überhaupt erfolgt ist. Dennoch ist die gutachtliche Gesichtsfeldprüfung nicht nur im Versorgungsrecht grundsätzlich mit einer der Goldmann-Perimetrie entsprechenden manuell-kinetischen Methode mit einer Reizmarke entsprechend III/4e durchzuführen. Statische Untersuchungsverfahren sind im Versorgungsrecht auch ausnahmsweise nicht erlaubt; allgemein dürfen aus pathologischen Befunden einer statischen Perimetrie grundsätzlich keine Vergünstigungen resultieren. Die durch die Rechtskommission und die Kommission für die Qualitätssicherung sinnesphysiologischer Untersuchungsverfahren und Geräte der DOG alternativ zum klassischen Goldmann-Perimeter zugelassenen Geräte sind das Twinfield (Oculus) und das Octopus 101 oder 900 (Haag-Streit) sowie inzwischen auch das PTS 2000 (Optopol Technology) und das MonCvOne (Metrovision) mit der Zusatzsoftware zur kinetischen Perimetrie (DOG 2022). Andere computergestützte Perimeter, die besondere Programme für kinetische Perimetrie oder Blindheitsbegutachtung enthalten, wie z. B. der Humphrey Field Analyzer (HFA, Zeiss), dürfen grundsätzlich nicht eingesetzt bzw. zur Beurteilung herangezogen werden (VersMedV Kapitel B 4, BMAS 2020).

Da viele Kollegen, besonders die nichtaugenärztlichen Kollegen in den Versorgungsämtern, dies oft nicht wissen, wird immer wieder unter Hinweis auf erhebliche Gesichtsfeldausfälle in der statischen Perimetrie ein fälschlich zu hoher GdB beantragt oder auch gewährt (Mackensen et al. 2007). Abb. 12.1 zeigt 2 an demselben Tag erhobene Befunde des linken Auges einer Glaukompatientin. Man erkennt, dass die beiden unterschiedlichen statischen Befunde, die zusätzlich nur den Bereich der zentralen 30° umfassen, eine erheblich schwerwiegendere Schädigung zeigen als die gutachterlich einzig relevante Goldmann-Perimetrie. Hier ist innerhalb von 30° (gelb unterlegt) nur ein kleines Areal ausgefallen, nach links ist das Gesichtsfeld völlig frei bis 70° erhalten, bei isolierter Schädigung dieses Auges und voller Sehschärfe liegt ein GdB von unter 10 vor.

Der Augenarzt sollte deshalb ausschließlich aus Befunden einer statischen Perimetrie grundsätzlich keine Behinderungen etc. begründen. Dies ist natürlich besonders bei der Frage der Blindheit wichtig, bei der Gesichtsfeldausfälle ohne manuell-kinetische Perimetrie nicht korrekt beurteilt werden können und dürfen (VersMedV, BMAS 2015; Kap. 13). Im Gegensatz besonders zu Eignungsbegutachtungen ist nur der Befund für eine Prüfgröße entsprechend Goldmann III/4e, d. h. einem Prüfreiz von 26 Winkelminuten (') Durchmesser und einer Leuchtdichte von 318 cd/m<sup>2</sup>, zu bewerten. Auch die



**Abb. 12.1** Vergleich verschiedener am selben Tag durchgeführter Gesichtsfelder einer 45-jährigen Patientin mit fortgeschrittener glaukomatöser Schädigung des linken Auges. Die beiden oberen Reihen zeigen Befunde einer statischen Computerperimetrie, oben mit dem Humphrey Field Analyzer II, in der Mitte mit dem Octopus 101. Untersucht wurde lediglich der Bereich der zentralen 30°. Unten das dazu gehörende Goldmann-Gesichtsfeld, in dem der entsprechende zentrale Bereich gelb unterlegt ist. Man erkennt für die identische Reizmarke (III/4, rot) ein nach links außen bis 70° reichendes Gesichtsfeld. (Aus Mackensen et al. 2007)

von manchen Augenärzten verwendeten geringfügig abweichenden Prüfmarken (z. B. IV/3 oder V/2) erlauben grundsätzlich keine gutachterliche Bewertung (Rohrschneider et al. 2007).

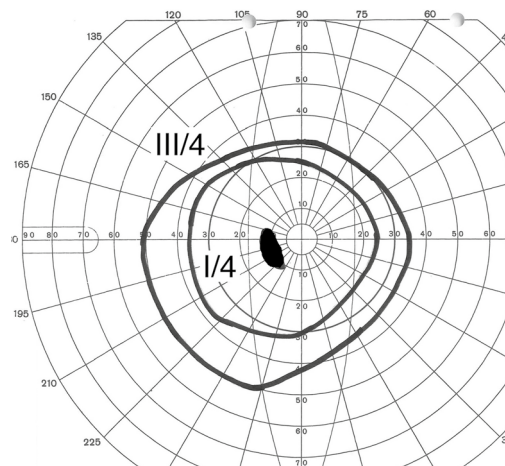
- ▶ Bei Befundanforderungen durch das Versorgungsamt sollte z. B. unter dem Hinweis „gutachterlich nicht verwertbare Untersuchung“ hingewiesen werden, wenn keine zulässige Perimetrie vorliegt, sondern lediglich ein Ergebnis einer statischen rechnergestützten Untersuchung.

Die Beurteilung eines Gesichtsfeldausfalls erfordert eine Quantifizierung des noch vorhandenen **Gesichtsfeldrestes**. Im Gegensatz zur Blindheitsbegutachtung wird das noch vorhandene Gesichtsfeld bezüglich seiner Ausdehnung hierbei nicht anhand der maximalen Ausdehnung, sondern der **mittleren Ausdehnung** beurteilt. Abb. 12.2 stellt exemplarisch ein nach rechts deutlich stärker eingeschränktes Gesichtsfeld dar, das nach links noch bis 50° reicht, während nach rechts oben nur bis 30° eine Reizwahrnehmung erfolgt. Hier würde man entsprechend der Urteile der Sozialgerichtsbarkeit die Einschränkung mit 40° angeben.

Darüber hinaus gilt wie bei der Sehschärfe auch für die Bewertung von Gesichtsfeldausfällen, dass das beidäugig vorhandene Gesichtsfeld wesentlich ist. Dies ist vor allem dann wesentlich, wenn ein Auge funktionell stark geschädigt ist. Nach den Vorgaben der Bewertung von Sehschärfe und Gesichtsfeld wird u. U. die Schädigung des einen Auges überproportional stark bewertet, wenn neben einer deutlichen Sehschärfeminderung auch ein Gesichtsfeldausfall besteht.

Schwierigkeiten kann es auch bezüglich der **Kausalzusammenhänge** bei Schädigungen geben. Die im sozialen Entschädigungsrecht zu berücksichtigende Kausalkette setzt von gutachterlicher Seite für die Anerkennung einer Schädigung eine einfache

**Abb. 12.2** Goldmann-Perimetrie eines linken Auges mit konzentrischer Einengung, die für Reizmarke III/4 links bis 50° und rechts oben bis 30° reicht. Für den GdB ist die mittlere Einengung zu bestimmen, die bei 40° liegt, dagegen wäre in der Blindheitsbegutachtung die geringste Einengung (maximale Ausdehnung), also 50° zu berücksichtigen



Wahrscheinlichkeit voraus, dass der Schädigungsmechanismus die entstandene Schädigung verursacht hat. Wie in der Unfallversicherung ist insgesamt jedoch zwischen haftungsbegründender und haftungsausfüllender Kausalität zu unterscheiden. Die haftungsbegründende Kausalität beschreibt den Zusammenhang zwischen Unfall und Schädigung – dazu gehört auch die Frage, ob überhaupt ein Unfall stattgefunden hat. So kommt es immer wieder vor, dass gutachterlich zu klären ist, ob das Heben einer schweren Last eine Amotio ausgelöst hat. Eine solche Tätigkeit stellt jedoch kein „plötzliches außergewöhnliches Ereignis“ dar und mithin keinen Unfall und kommt somit als haftungsbegründendes Ereignis überhaupt nicht infrage.

So fehlt beim Auftreten einer Netzhautablösung während des Grundwehrdienstes an sich das anzuerkennende auslösende Ereignis; Gelegenheitsursachen sind generell keine Ursache im Sinne des BVG. Der Nachweis der haftungsbegründenden Kausalität muss darüber hinaus bewiesen, d. h. mehr als „wahrscheinlich“ sein. Eine Aussage, der Unfall habe sich wahrscheinlich so zugetragen, erfüllt somit nicht die notwendige Bestimmtheit. Die **haftungsausfüllende Kausalität** beschreibt den Zusammenhang zwischen der Schädigung und der eingetretenen Gesundheitsstörung – hier reicht im Sozialrecht grundsätzlich die einfache Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges aus.

- ▶ Der ärztliche Gutachter ist grundsätzlich nur in Bezug auf die haftungsausfüllende Kausalität gefragt; die Frage, ob überhaupt ein Unfall vorgelegen hat, ist im sozialen Entschädigungsrecht wie in der Unfallversicherung von Verwaltung oder Versicherungen zu prüfen.

Ein ganz anderes Problem ergibt sich aus der Beurteilung der Gesundheitsstörungen durch den behandelnden Arzt. Hier sehen sich manche Kollegen als allgemeiner Interessenvertreter ihrer Patienten in einer Art „Helferrolle“ und machen sich u. U. sogar zum Anwalt ihrer Patienten, um mit ihnen gemeinsam Ansprüche durchzusetzen. Dies führt natürlich zu einer eingeschränkten Objektivität bei Befundmitteilungen, die Angaben der Patienten werden hinsichtlich der gutachterlichen Bewertung nicht ausreichend kritisch hinterfragt. Damit werden auch seitens des Patienten als Antragsteller unrealistische Hoffnungen hinsichtlich der Höhe des Grades der Behinderung geweckt. Schließlich kann dies in Gefälligkeitsattesten gipfeln, wie einer Bescheinigung zur Erlangung von Blindengeld, ohne dass der notwendige Anspruch wirklich besteht (Kap. 9).

Hierzu sei angemerkt, dass Falschaussagen in Zeugnissen über den Gesundheitszustand einer Person grundsätzlich strafbar sind (§ 278 StGB). Daher sollte lieber darauf verzichtet werden, den behandelnden Arzt zum Gutachter seiner eigenen Patienten zu bestellen. Die v. a. aus Kostengründen allein aus Krankenunterlagen resultierende Begutachtung nach Aktenlage stellt im Schwerbehindertenbereich zwar den Normalfall dar, ist jedoch besonders bei Entscheidungen, die mit Folgekosten verbunden sind, wie speziell der Blindheitsbegutachtung, sehr kritisch zu hinterfragen.

## 12.5 Änderungsverordnung (bisher nicht verabschiedet)

Auch wenn nicht absehbar ist, ob die 6. Änderungsverordnung zur Versorgungsmedizinverordnung irgendwann, wie seit Jahren geplant, in Kraft tritt, so ist zu erwarten, dass mit dieser vollständigen Überarbeitung des Kapitels Sehorgan im Sinne einer nunmehr teilhabeorientierten Bewertung nach ICF (Kap. 4, Teil B) doch weitreichende Änderungen zu berücksichtigen sind.

Daher wird der Titel des Kapitels geändert in *Sehfunktionen und verwandte Funktionen*. Hervorstechende Änderung ist die nunmehr lediglich in 10er-Schritten aufgebaute Tabelle der GdB-Werte für die Sehschärfe. Die bisherige MdE-Tabelle ging von mehreren Eckpunkten aus, darunter einer MdE von 25 v. H. für eine einseitige Erblindung. Dies führte regelhaft zu einem GdB von 30. Hierbei ist der einseitige Visusverlust vor allem im Vergleich zu einem GdB von 30 bei Sehbehinderung mit gestörter Lesefähigkeit mit einem Visus von 0,3 bds. oder im Kontext der Bewertung von Störungen anderer Organsysteme zu hoch bewertet, sodass nunmehr eine Bewertung der Einäugigkeit mit einem GdB von 20 diskutiert wird. Ausgehend von dieser wesentlichen Änderung verändern sich auch zahlreiche andere vor allem einseitige Störungen sowie die Beurteilungen zur Doppelbildwahrnehmung. Umgekehrt sollen Gesichtsfeldausfälle, vor allem ausgedehnte Ausfälle, höher bewertet werden, so z. B. eine Einengung auf 10 Grad zukünftig mit einem GdB von 80. Daneben sollen die Einschränkungen bei Pseudophakie oder Aphakie rein funktionell bewertet werden, im Wesentlichen durch eine messbare Störung von Kontrastsehen oder Dämmerungssehen.

Grundsätzlich werden die dort genannten GdB-Werte nunmehr rechtsverbindlich, d. h. dass zukünftig keine Abweichung nach unten mehr zulässig ist. Dies gibt den behinderten Menschen eine zusätzliche Rechtssicherheit.

Für die Einstufung als hochgradig sehbehindert, d. h. einer Sehbehinderung mit einem GdB von 100, gibt es bisher keine Kriterien, die eine gleichzeitige Sehschärfereduktion samt einem Gesichtsfeldausfall berücksichtigen. Dies hat dazu geführt, dass in verschiedenen Bundesländern eine sehr unterschiedliche Einstufung erfolgt. So existieren in Hessen Vorgaben, bei denen eine lineare Addition des GdB für Sehschärfe und Gesichtsfeldschädigung zu einem Wert von 100 führt. In anderen Bundesländern wird teilweise sogar bei einer deutlich geringeren Störung des Sehvermögens ein GdB von 100 zuerkannt. Aus diesem Grunde sind nunmehr vergleichbar der Kriterien der gesetzlichen Blindheit (Kap. 13) auch für die Einstufung als hochgradig Sehbehinderter Vorgaben erarbeitet worden. Diese wurden bereits für die in Bayern eingeführte Zahlung eines reduzierten Landesblindengeldes für hochgradig sehbehinderte Menschen übernommen.

### Nützliche Internetadressen

Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit in der letzten Ausgabe 2008 im Internet: [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Rundschreiben-SE/Anhaltspunkte-aerztliche-Gutachterttaetigkeit.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Rundschreiben-SE/Anhaltspunkte-aerztliche-Gutachterttaetigkeit.pdf?__blob=publicationFile&v=2)

Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV), Versorgungsmedizinische Grundsätze. Downloads beim BMAS möglich: <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Versorgungsmedizin/versorgungsmedizin-art.html>

---

## Literatur

- Aulhorn E, Lüddecke H (1977) Das periphere Gesichtsfeld. *Ber Dtsch Ophthalmol Ges* 74:33–42
- BMAS (2008) Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX). Köln, Bonn
- BMAS (2020) Bundesministerium für Arbeit und Soziale Ordnung. Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV – Versorgungsmedizinische Grundsätze. BMAS, Bonn
- DOG (2022) Empfehlungen und Gerätetabellen der DOG-Kommission für die Qualitätssicherung sinnesphysiologischer Untersuchungsverfahren und Geräte
- Gramberg-Danielsen B (2012) Die Begutachtung der Ablatio nach indirekter Verletzung. *Augenarzt* 46:101–102 104:464–473
- Gramberg-Danielsen B (Hrsg) (2010) Rechtliche Grundlagen der augenärztlichen Tätigkeit, inkl. 26. Ergänzungslieferung. Enke, Stuttgart
- Kaden R (1981) Grade der Sehschädigung. Eine Begriffsbestimmung. *Z Prakt Augenheilkd* 2:263–265
- Losch P (2006) Aspekte der versorgungsärztlichen Tätigkeit im Schwerbehindertenrecht. In: Thoma K, Jung D, Letzel S (Hrsg) *Schwerbehindertenrecht. Begutachtung und Praxis*. Steinkopff, Darmstadt, S 109–116
- Mackensen I, Becker S, Rohrschneider K (2007) Fehler und Schwierigkeiten der Beurteilung im Schwerbehinderten- und Blindenrecht. *Ophthalmologie* 104:464–473
- Nieder P (2006) Die Begutachtung nach Aktenlage: Grundlagen, Grenzen, Fehlerquellen. In: Thoma K et al (Hrsg) *Schwerbehindertenrecht. Begutachtung und Praxis*. Steinkopff, Darmstadt, S 117–123
- Rohrschneider K (2012) Augenärztliche Begutachtung im sozialen Entschädigungs- und Schwerbehindertenrecht und bei Blindheit. *Med Sach* 108:5–9
- Rohrschneider K (2023) Auswirkungen der Kombination von Visusminderung und Gesichtsfeld-einschränkung auf GdB und Teilhabe. *Med Sach* 119:58–62
- Rohrschneider K, Blankenagel A (1998) Vergrößernde Sehhilfen. In: Kampik A, Grehn F (Hrsg) *Nutzen und Risiken augenärztlicher Therapie*. Enke, Stuttgart, S 149–165
- Rohrschneider K, Bültmann S, Mackensen I (2007) Grundlagen der Begutachtung nach dem Schwerbehindertengesetz und im Sozialen Entschädigungsrecht. *Ophthalmologie* 104:457–463
- Wesemann W, Schiefer U, Bach M (2010) Neue DIN-Normen zur Sehschärfestimmung. *Ophthalmologie* 107:821–826