

## Augenfachärztliche Bescheinigung

### bei Antrag auf Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz /§72 Abs 5 SGB XII

Blind ist, wer völlig ohne Sehvermögen ist; gleichgestellt sind Personen, deren Sehschärfe auf dem besseren Auge nicht mehr als 1/50 beträgt, oder bei denen gleich zu achtende Störungen vorliegen.

Name:	Vorname:
geb. am:	
Straße:	Wohnort:

#### 1. Diagnosen:

---

---

---

#### 2. Befunde:

##### a) Visus:

bitte beachten- Der Beurteilung ist die Sehschärfe des besseren Auges (unter bestmöglicher Korrektur) und das beidäugige Sehvermögen zugrunde zu legen. Die Bestimmung hat in der „First Choice-Technik“, bei zentraler Fixation, unter Beleuchtungsstandard und mit standardisierten Prüfsehzeichen, zu erfolgen.

RA

LA

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

##### b) gleichzuachtende Gesichtsfeldeinschränkung/en:

bitte beachten- Anerkennungsfähige Perimetriebefunde sind mit dem Goldmann Perimeter oder mit einem äquivalenten, von der Ophthalmologischen Gesellschaft zugelassenen Perimeter, entsprechend Goldmann III/4e zu erheben: (Prüfmarkendurchmesser 30 Winkelminuten, Prüfmarkenleuchtdichte 320 cd/m<sup>2</sup>, entsprechend Filterstellung e, Bezeichnung 1,0, Umfeldleuchtdichte 10 cd/m<sup>2</sup>).

Als Untersuchungstechnik ist ausschließlich die manuell kinetische Methode zugelassen.

Bei den von der Ophthalmologischen Gesellschaft zugelassenen Computer-gesteuerten Perimetern, Twinfield (Oculus) und Octopus101 (Haag Streit) ist die Zusatzsoftware zur kinetischen Perimetrie einzusetzen und mit manuell kinetischer Methode zu untersuchen

Die Gesichtsfeldausdrucke der beidäugig geprüften Gesichtsfelder sind in Kopie beizulegen.

Die Ausmessung bzw. Abschätzung des blinden Bereiches in der unteren Gesichtshälfte soll auf dem Perimeterformular und nicht in der Perimeterkugel geschehen

Seite 2 augenfachärztliche Bescheinigung für:

Name: \_\_\_\_\_

- Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Bei einer Sehschärfe von 0,033 (1/30) oder weniger ist die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 30° vom Zentrum entfernt. Gesichtsfeldreste jenseits von 50° sind unberücksichtigt geblieben.
- Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Bei einer Sehschärfe von 0,05 (1/20) oder weniger ist die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 15° vom Zentrum entfernt. Gesichtsfeldreste jenseits von 50° sind unberücksichtigt geblieben.
- Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Bei einer Sehschärfe von 0,1 (1/10) oder weniger ist die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 7,5° vom Zentrum entfernt. Gesichtsfeldreste jenseits von 50° sind unberücksichtigt geblieben.
- Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Bei normaler Sehschärfe ist die Grenze der Gesichtsfeldinsel in keiner Richtung mehr als 5° vom Zentrum entfernt. Gesichtsfeldreste jenseits von 50° sind unberücksichtigt geblieben.
- Große Skotome im zentralen Gesichtsfeldbereich. Die Sehschärfe beträgt nicht mehr als 0,1 (1/10) und im 50°-Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians ist mehr als die Hälfte ausgefallen.
- Homonyme Hemianopsie mit Verlust des zentralen Sehens beiderseits, wobei die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser besitzt.
- Bitemporale oder binasale Hemianopsie, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und kein Binokularsehen besteht.

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

**c) gleichzuachtende andere Befunde:**

**Bitte beachten-** über die Anerkennungsfähigkeit wird grundsätzlich im Rahmen eines Gutachtens beim Landesblindenarzt entschieden. Bitte alle Befundunterlagen bereits diesem Antrag beilegen.

- Es liegen Sehschädigungen vor, die einer Sehschärfenherabsetzung auf 0,02 (1/50) gleichkommen, die aber durch den Visus, bzw die v.g. gleich zuachtenden Gesichtsfeldeinschränkungen nicht erfasst sind.

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

### 3. Therapie/ Prognose

- austerapiert/ inoperabel - der derzeitige Befund ist als dauerhaft anzusehen
- unter Therapie - Besserung grundsätzlich möglich
- operabel - Operation jedoch derzeit nicht möglich
- Operation geplant - Monat / Jahr \_\_\_\_\_

### 4. Hinweise

(z.B. zum Ablauf der Untersuchung, z.B. auf andere, möglicherweise relevante Erkrankungen... )

---

---

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_

Stempel

**Bitte beachten:** Anerkennungsfähig sind ausschließlich Störungen im Bereich der optischen Bahnen. Visuell agnostische Störungen (wie z.B. im Rahmen von Demenz, apallischem Syndrom, u.a.) finden keine Berücksichtigung. Alle Anträge werden der zuständigen Fachbehörde (Gesundheitsamt) vorgelegt. In Zweifelsfällen wird eine Begutachtung beim Landesblindennarzt veranlasst.

Hilfe nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindenGG)  
Landespflegegeldgesetz (LPfGG)  
Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)  
Bundesversorgungsgesetz (BVG)

Antrag auf

Antrag vom

Antragsteller:

### Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Da die Entscheidung über die Leistung von Hilfe von Ihrem Gesundheitszustand abhängt, benötigen wir ein Gutachten des zuständigen Amtsarztes. Das Gutachten muss die für die Entscheidung notwendigen Angaben enthalten; hierzu gehören - soweit dies im Einzelfall erforderlich ist - die Diagnose sowie eine Stellungnahme zu Umfang und Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist Ihre Einwilligung dazu erforderlich, dass

1. wir das zuständige Gesundheitsamt/Amt für soziale Angelegenheiten beauftragen, Sie ärztlich zu untersuchen und uns das aufgrund der ärztlichen Untersuchung erstellte Gutachten zuleiten.
2. Die Pflegekasse bzw. die Beihilfestelle uns medizinische Unterlagen sowie das sozialmedizinische Gutachten des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen), falls dies zu unserer Entscheidung notwendig ist, überlässt.

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir berechtigt sind, die Hilfeleistung abzulehnen bzw. zu entziehen, wenn und solange Sie sich weigern sollten, an einer zumutbaren Untersuchung mitzuwirken, wenn hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert wird (§§ 60 ff. SGB I).

#### Erklärung:

In Kenntnis der vorstehenden Hinweise erkläre ich mich mit der Durchführung einer amtsärztlichen Untersuchung und der Zusendung des Gutachtens bzw. der medizinischen Unterlagen einverstanden.

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(eigenhändige Unterschrift des Hilfsbedürftigen oder des  
amtlich bestellten Betreuers - im Falle von Minderjährigen  
des bevollmächtigten Elternteils bzw. des Bevollmächtigten -)

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

**ANLAGE 1**

zum

- Landesblindengeldantrag  
 Landespflegegeldantrag

Kreisverwaltung Südliche Weinstraße  
- Amt für Gesundheit und Soziales -  
Postfach 16 80  
76825 Landau/Pfalz

## ERKLÄRUNG

Unter Bezugnahme auf den heute gestellten Antrag auf Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz / Pflegegeld nach dem Landespflegegeldgesetz erkläre ich, dass mir von der Pflegekasse bei der

---

- zuständige Krankenkasse/Beihilfestelle angeben -

vorläufig kein Pflegegeld aus der Pflegeversicherung zusteht, weil ich zur Zeit keine weiteren Erkrankungen und Behinderungen habe.

Da vorerst bei der Pflegeversicherung nur bei Pflegebedürftigkeit und nicht bei Erblindung Leistungen gewährt werden, falle ich nicht unter diese Voraussetzungen. Ein Antrag auf Pflegegeld hätte deshalb derzeit keine Aussicht auf Erfolg.

Gleichzeitig versichere ich, dass ich bei einer eventuell eintretenden Erkrankung und dem damit verbundenen Bezug von Leistungen durch die Pflegekasse dies der Kreisverwaltung Südliche Weinstraße **umgehend** mitteile.

Ferner verpflichte ich mich, das von der Kreisverwaltung Südliche Weinstraße nach dem Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung eventuell überzahlte Blindengeld zu erstatten.

---

(Datum)

---

(Unterschrift)

Name:

\_\_\_\_\_

Straße:

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort:

\_\_\_\_\_

**ANLAGE 2**

zum

Landesblindengeldantrag

Landespflegegeld

Kreisverwaltung Südliche Weinstraße  
- Amt für Gesundheit und Soziales -  
Postfach 16 80  
76825 Landau/Pfalz

## ERKLÄRUNG

Unter Bezugnahme auf den heute gestellten Antrag auf Landesblindengeld / Landespflegegeld erkläre ich, dass mir von der **Pflegekasse** bei der

\_\_\_\_\_ - zuständige Krankenkasse/Beihilfestelle angeben -

zur Zeit ein Pflegegeld aus der Pflegeversicherung §§ 36 ff. SGB XI

nach Stufe I

nach Stufe II

nach Stufe III

gewährt wird.

Sollten Änderungen in den Pflegestufen eintreten oder das Pflegegeld z. B. als Sachleistung oder als Kombileistung bewilligt werden, werde ich dies der Kreisverwaltung Südliche Weinstraße umgehend mitteilen.

Ferner verpflichte ich mich, das von der Kreisverwaltung Südliche Weinstraße zuviel gezahlte Blindengeld / Pflegegeld zu erstatten, wenn ich die vorgenannten Pflegegelderhöhungen oder Leistungsänderungen aus der Pflegeversicherung nicht **sofort** mitgeteilt habe, und somit eine entsprechende Anrechnung nicht vorgenommen werden konnte.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Dieser Vordruck ist ausgefüllt und von der Pflegekasse bestätigt dem LBlindenG-Antrag beizufügen.

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

<b>ANLAGE 3</b> zum <input type="checkbox"/> Landesblindengeldantrag <input type="checkbox"/> Landespflegegeldantrag
---

Kreisverwaltung Südliche Weinstraße  
- Amt für Gesundheit und Soziales -  
Postfach 16 80  
76825 Landau/Pfalz

### Gewährung von Landesblindengeld / Landespflegegeld

für: \_\_\_\_\_

Nachfolgend übersende ich die Erklärung meiner Pflegekasse (Krankenkasse) für die vorläufige Gewährung von Blindengeld / Pflegegeld

Ich nehme zur Kenntnis, dass bei Gewährung von Leistungen aus der Pflegekasse diese teilweise - auch rückwirkend - auf das Blindengeld / Pflegegeld angerechnet werden müssen (§§ 36 - 38 Sozialgesetzbuch XI - SGB XI - i. V. mit § 4 LBlindenGG - / i. V. m. § 5 LPfGG).

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

<b>Achtung!</b>	Eine vorläufige Gewährung von Blindengeld ist nur möglich, wenn Ihnen Ihre Pflegekasse die nachstehende Erklärung ausgefüllt hat.
-----------------	---

### Erklärung der Pflegekasse gegenüber der Kreisverwaltung Südliche Weinstraße

1. Das vorgenannte Mitglied hat einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung in Form von
- Pflegegeld  Pflegesachleistungen
- Kombination: Pflegegeld \_\_\_\_\_ % Sachleistungen \_\_\_\_\_ % am \_\_\_\_\_ gestellt.

Eine Entscheidung über den Antrag ist noch nicht möglich. Wir bitten daher, das zurzeit zustehende Blindengeld bis zu unserer Entscheidung auszuführen. **In jedem Fall erhalten Sie einen Abdruck unserer Entscheidung. Für diese Vorleistung sichern wir Kostenerstattung gemäß § 102 ff. SGB X zu.**

2. Das vorgenannte Mitglied hatte einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung am \_\_\_\_\_ gestellt.

- a) Dieser Antrag wurde mit Bescheid vom \_\_\_\_\_ **bewilligt** nach Stufe I II III
- b) Dieser Antrag wurde mit Bescheid vom \_\_\_\_\_ **abgelehnt**.

**Anschrift der Krankenkasse**

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Landesblindengeldgesetz (LBlindenGG)

### § 1

#### Anspruch

- (1) Zivilblinde (Blinde) mit gewöhnlichem Aufenthalt im Land Rheinland-Pfalz haben zum Ausgleich der durch ihre Blindheit bedingten Mehraufwendungen einen Anspruch auf Blindengeld.
- (2) Blind ist, wer völlig ohne Sehvermögen ist.
- (3) Den Blinden gleichgestellt sind Personen,
  1. deren Sehschärfe auf dem besseren Auge nicht mehr als ein Fünfzigstel beträgt oder
  2. bei denen dem Schweregrad der Beeinträchtigung der Sehschärfe nach Nummer 1 gleich zu achtende, nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens vorliegen.

#### Erläuterungen zu § 1 Abs. 3 Nr. 2 (LBlindenGG)

Eine der Herabsetzung der Sehschärfe auf 1/50 oder weniger vergleichbare Sehschädigung liegt vor:

1. Bei einer konzentrischen Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 1/30 oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 30° vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.
2. Bei einer konzentrischen 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. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.
3. Bei einer konzentrischen Einengung des Gesichtsfeldes, auch bei normaler Sehschärfe, wenn die Grenze des Gesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 5° vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.
4. 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.
5. Bei bitemporalen Hemianopsien mit dem Verlust des zentralen Sehens beiderseits, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene binokulare Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser besitzt.
6. Bei homonymen Hemianopsien mit Verlust des zentralen Sehens beiderseits, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser besitzt.
7. Diejenigen Sehschädigungen, die nach Ansicht des Untersuchers einer Sehschärferherabsetzung auf 1/50 gleichkommen, die aber durch die vorstehenden Abgrenzungen nicht erfasst sind, müssen einer vom Land zu bestimmenden Gutachterstelle (z. B. den Landesaugenärzten) vorgestellt werden. Das Gleiche gilt in allen Zweifelsfällen.

Der Beurteilung ist die Sehschärfe des besseren Auges und des binokulare Gesichtsfeldes zugrunde zu legen. In Zweifelsfällen ist bei der Bewertung des Gesichtsfeldes diejenige Isoptere maßgebend, die mit einem Prüfungspunkt von 30° gewonnen worden ist (am Perimeter nach Goldmann) entspricht dies Marke III/4.

Die Ausmessung bzw. Abschätzung des blinden Bereichs in der unteren Gesichtshälfte bei Punkt 4 soll auf dem Perimeterformular und nicht in der Perimeterkugel geschehen.