

# Wann ist eine medizinisch- ophthalmologische Rehabilitation sinnvoll und wie kann ich diese beantragen

Prof. Dr. Kathleen Kunert<sup>1</sup>; Prof. Dr. Norbert Schrage<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Henneberg-Rehaklinik Masserberg GmbH

<sup>2</sup>Augenklinik Köln-Merheim

# Hintergrund

## Auswirkung der Sehbeeinträchtigung auf Teilhabe

- Sehbeeinträchtigung können ohne Kompensation zu einer massiven, alltäglichen und in nahezu allen Lebensbereichen spürbaren Teilhabebeeinträchtigung führen
- Gefahr: deutliche Einbuße an Lebensqualität, Verlust der Selbstständigkeit und soziale Isolation

## Rechtliches

- Menschen mit Teilhabeeinschränkungen aufgrund von Sehbeeinträchtigungen haben einen bislang nur sehr unvollständig erfüllten Rechtsanspruch auf Rehabilitation, insb. medizinische Reha

# Medizinische Rehabilitation

Ziel der medizinischen Reha nach 42 SGB IX:

„Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhindern sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu verhüten oder laufende Sozialleistungen zu mindern“

# Medizinische Rehabilitation

- Fordert ärztlich verantwortetes, interdisziplinäres und multimodales Vorgehen
- Behandlung durch Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie, Psychotherapie, Hilfsmittel und Belastungserprobung
- Insbesondere Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung
- Aktivierung von Selbsthilfepotentialen
- Beratung von Partnern und Angehörigen

# Medizinische Rehabilitation

- Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz
- Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten
- Umgang mit Krisensituationen
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten

# Versorgungssituation verschiedener Altersgruppen

- 1,2 Millionen Menschen mit Sehbehinderung oder Blindheit in Deutschland
- Von 595.969 Schülerinnen und Schülern mit Förderbedarf [12] fallen 1,6 % auf den Schwerpunkt Sehen (tatsächliche Schätzung ca. das Dreifache, da Sehen nicht immer als „führende Diagnose“ benutzt)
- Von 9,3 Millionen schwerbehinderten Menschen in Deutschland 4,2% blind oder hochgradig sehbehindert
- Altersverteilung ist sehr ungleichmäßig

# Kinder und Jugendliche

- Einbindung in System der Frühförderung
- Angebote reichen von vollstationärer Unterbringung in Einrichtungen der Behindertenhilfe bis hin zur inklusiven Beschulung mit ambulanter, rehabilitativer Versorgung in der Schule und zu Hause
- Die Form ist
  - von Ausprägung der Behinderung
  - Bildungssystem der Bundesländer und
  - individuellen Präferenzen der Familien geprägt.
- Zugang stark durch regionale Ressourcen geprägt

# Erwerbstätige

- Medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)
- Erbracht durch Rehabilitationskliniken und Berufsförderungswerke
- *Grundsatz „Reha vor Rente“*
- Einsteuerung idealerweise durch Akutversorger

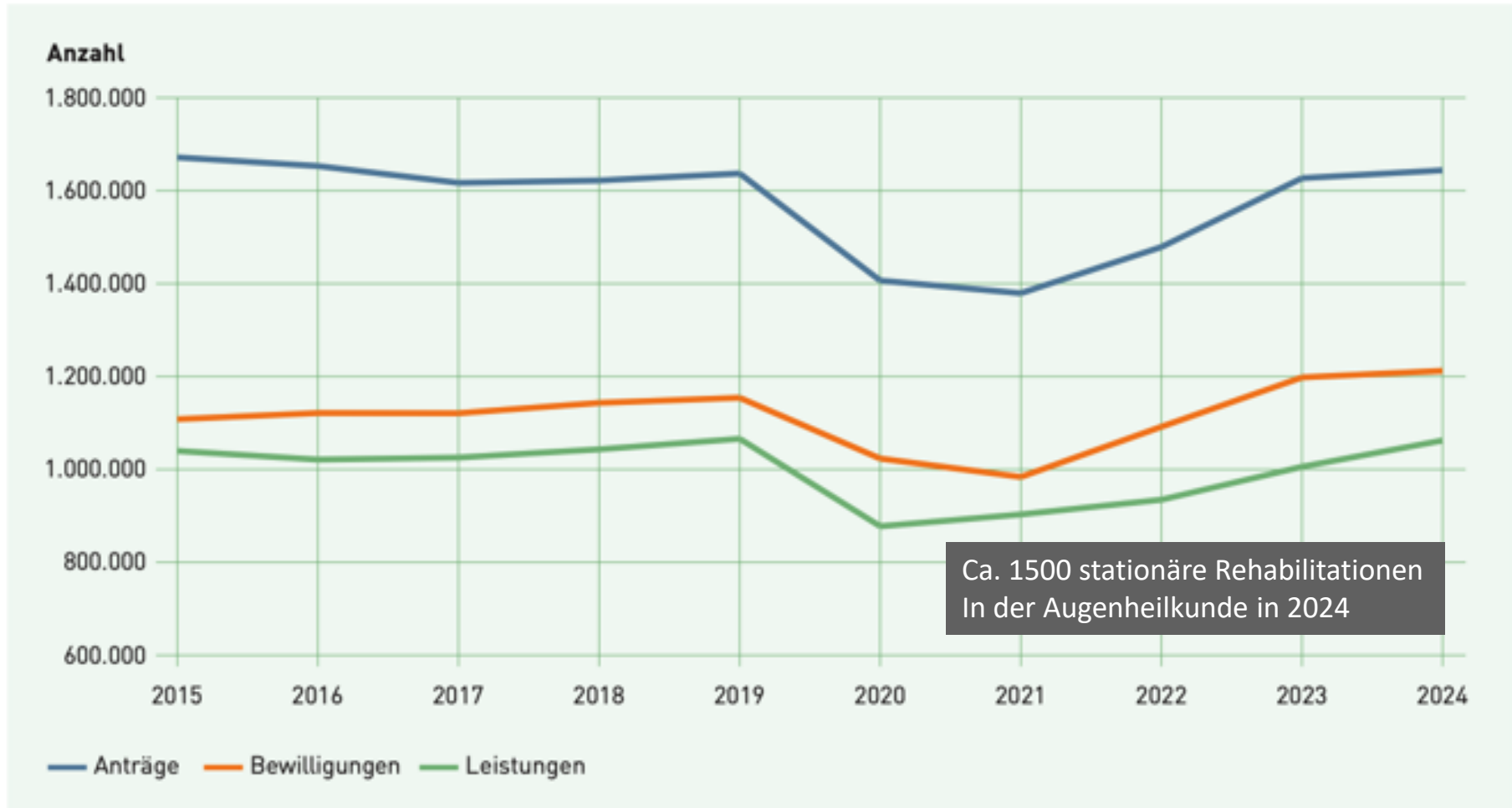
## Altersrentner und EM-Rentner

- Medizinische Rehabilitation, erbracht durch Rehabilitationskliniken
- *Grundsatz „Reha-vor-Pflege“*
- O&M + LPF-Training, erbracht durch Rehabilitationsfachkräfte
- Oft kein Erhalt von Leistung (Ablehnung)

# Aktueller Stand



**Abbildung 1: Medizinische Rehabilitation – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2015–2024**

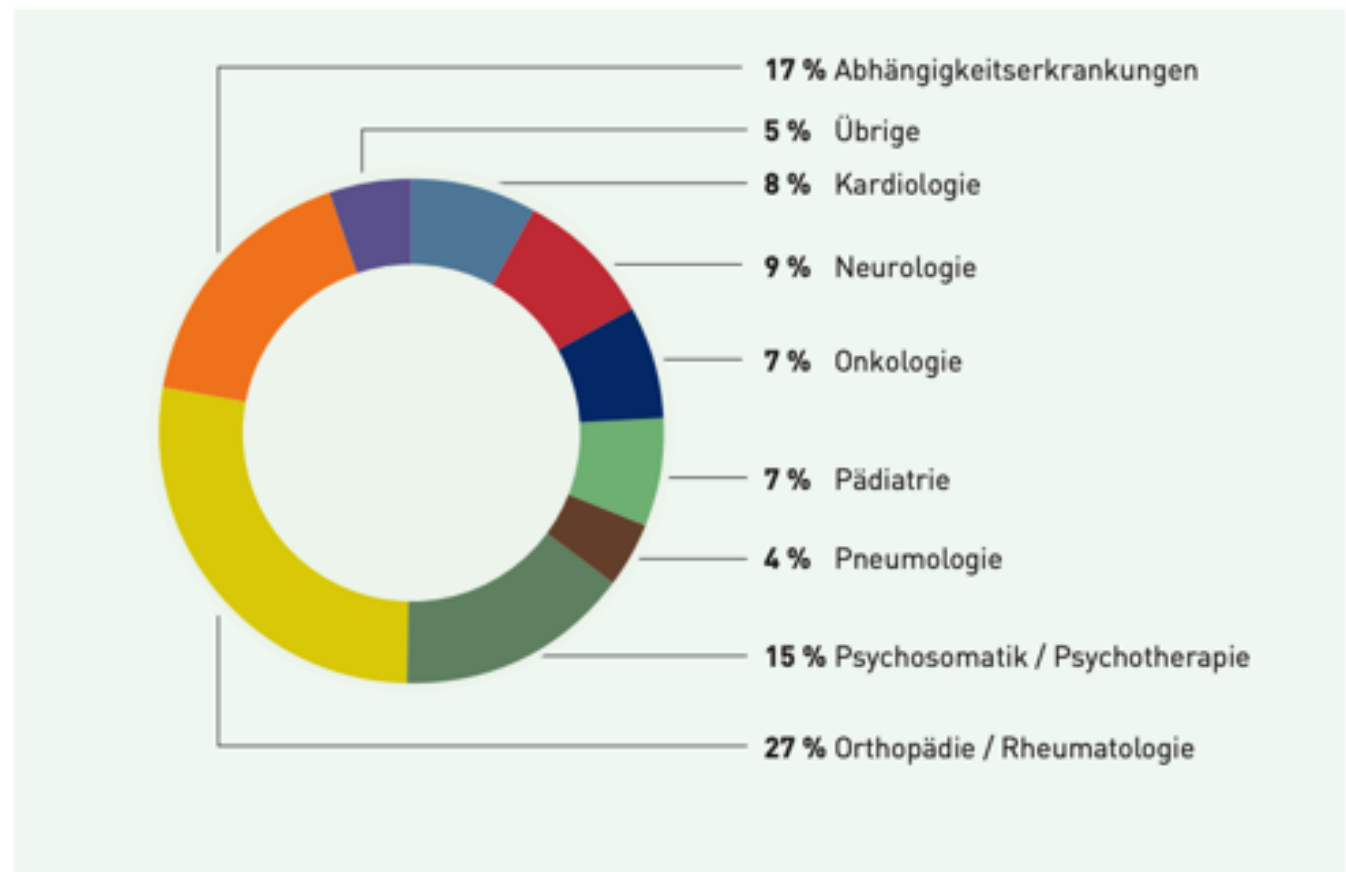


Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2025; Reha-Bericht 2025

**Abbildung 16: Indikationen stationärer Fachabteilungen in medizinischen Reha-Einrichtungen**

| Stationäre Fachabteilungen     | Anzahl       |
|--------------------------------|--------------|
| Orthopädie / Rheumatologie     | 586          |
| Psychosomatik / Psychotherapie | 335          |
| Onkologie                      | 160          |
| Kardiologie                    | 184          |
| Neurologie                     | 191          |
| Pneumologie                    | 83           |
| Abhängigkeits-erkrankungen     | 369          |
| Pädiatrie                      | 143          |
| Übrige*                        | 119          |
| <b>Summe Fachabteilungen</b>   | <b>2.170</b> |

\* Gastroenterologie, Innere Medizin, Dermatologie



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, QS-Reha-Einrichtungsdatenbank, August 2025; Reha-Bericht 2025

➔ Augenheilkunde 0,001 %!

## Status Quo:

- Im Vgl. zum Schlaganfall oder Hüft-OPs fehlt bislang ein adäquates und flächendeckendes, augenheilkundlich-medizinisches Rehabilitationsangebot
- Daher: Entwicklung vielfältiger Angebote durch die Initiative von einzelnen Institutionen, Interessensgruppen, der Selbsthilfe und auch Kostenträgern

# Online-Datenerhebung Reha-Lehrer

Befragung von 102 der 230 gemeldeten Reha- Fachkräfte

- 40% der Fachkräfte gehen in den nächsten 5 – bis 10 Jahren in Ruhestand  
Aktuelle Versorgungssituation wird in 75% als schlecht oder sehr schlecht bewertet
- Wartezeiten 3-6 Monate (~41 %); über 6 Monate (37%)
- Niedrige Ausbildungszahlen bei Nachwuchskräften  
→ Bestehender und zunehmender Mangel an Fachkräften

# Handlungsbedarf!

- aus (menschen-)rechtlicher Perspektive:
  - Jeder Mensch hat ein Recht auf inklusive, gleichberechtigte, selbstbestimmte Teilhabe.
- aus medizinischer Perspektive:
  - Gesundheitsprobleme, die durch Sehprobleme verursacht oder verstärkt werden können, sind abzuwenden

# Handlungsbedarf!

- aus arbeitsmarktpolitischer Perspektive:
  - Die Vermeidung von Frühverrentung systematische Überführung von Akutversorgung in medizinische Reha in berufliche Rehabilitation
  - Fachkräftemangel in 352 von 801 Berufsgruppen [17] mit hohem Bedarf an qualifizierten Bewerbern, egal welcher Altersstruktur
- aus ökonomischer Perspektive:
  - Vermeidung dauerhafter Folgekosten wegen einer Erwerbsminderung, einer Pflegebedürftigkeit und sozialem Abstieg

**Warum werden die Sehbehinderten und Blinden, Glaukom und Netzhautpatienten, die schweren trockenen Augen nicht rehabilitativ behandelt?**

**Weil...**

- ...Augenärzte den Rechtsanspruch auf Reha nach Erkrankung nicht kennen
- ...es nur eine Anschlussheilbehandlung in der Augenheilkunde gibt und
- ...Patienten und Augenärzte Reha nicht einfordern!

# Warum überhaupt Reha?

→ „bessert doch eh nichts am Sehen!“

## Aufgaben der Reha:

- vollständige bzw. größtmögliche Wiederherstellung der ursprünglichen Struktur und Funktion bzw. Aktivitäten und der Teilhabe,
- Einsatz von „Ersatzstrategien“ bzw. Nutzung verbliebener Funktionen bzw. Aktivitäten (Kompensation),
- Anpassung der Umweltbedingungen an die Beeinträchtigung der Aktivitäten bzw. der Teilhabe des Rehabilitanden (Adaptation).

# Warum überhaupt Reha?

→ „bessert doch eh nichts am Sehen!“

- Psychische Verarbeitung des Sehverlustes
- Erlernen von Alternativtechniken zur Lebensbewältigung
- Erlernen von sozialen, beruflichen Techniken zum Umgang mit dem Defizit
- Einführung in die Benutzung von Hilfsmitteln
- Peer Group Erfahrung
- Heranführen an Selbsthilfe

# Was passiert bei Reha?

- Ärztliche Untersuchung
- Abgleich Ist Zustand mit Rehabilitationszielen
- Klärung welcher Hilfsmittelbedarf in Frage kommt
- Erprobung Hilfsmittel
- Psychologische Beratung
- Gruppentherapie und Einzeltherapie
- Physiotherapie zum Gleichgewichtstraining
- Mobilisierungstherapie
- Ergotherapie

# Was passiert bei Reha?

- Einzelunterstützung
- Kontakt zur Arbeitswelt
- Wandern
- Hilfsmittelerprobung im Kontext von PC-Arbeitsplätzen
- Kontaktlinsen-, Sklerallinsenanpassung
- Unterstützung Uveitistherapie
- Orientierungstraining und Gesichtsfeldtraining
- Einbeziehung der Lebenspartner
- Erklärung der Krankheitsbilder
- Aufklärung über Lebens-Verhaltensänderungen
- Schulung im Selbstmanagement

# Was habe ich als Patient von einer Reha?

- Verbessertes Selbstmanagement
- Anregungen zu therapeutischen Alternativen
- Reduktion von Gesprächsbedarfen
- Realistischere Einschätzung der persönlichen Perspektiven
- Verringerte Krankschreibung
- Klärung der persönlichen Situationen
- MBOR (medizinisch berufliche Rehabilitation)
- Wiedereingliederung LTA (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)
- Blindentechnische Grundausbildung
- Mobilitätstraining und LPF-Kontakte

# Wann Reha?

- So früh wie möglich bei signifikantem Verlust der Sehfähigkeit  
z.B. bei Glaukom, Netzhautablösung, Unfall, schweres trockenes Auge mit Verlust der Arbeitsfähigkeit, Z. n. Transplantat mit hohen Astigmatismen, Komplikationen nach refraktiver Chirurgie
- Bei längerfristigen Krankschreibungen wegen Sehstörungen  
→ bei dritter Krankschreibung spätestens die Frage aufwerfen, ob eine Reha gewünscht wird.

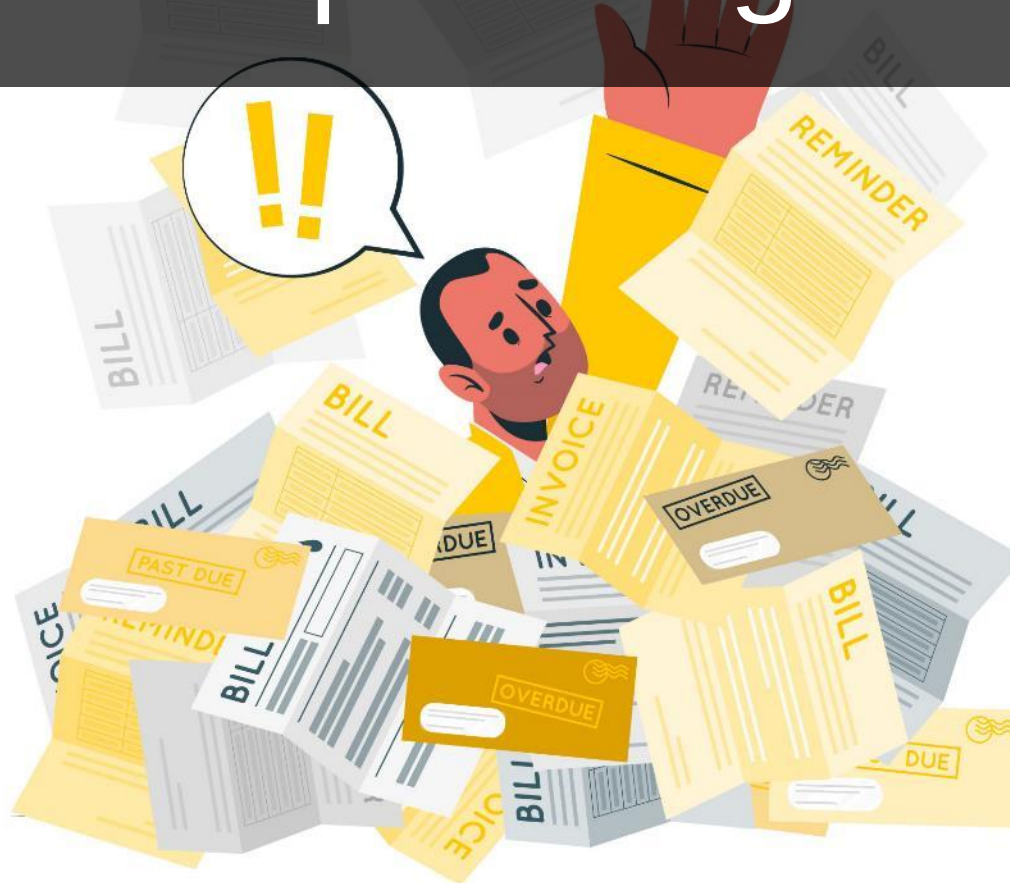
## Wann Reha?

- Wenn die Re-Integration in das Arbeitsleben noch gut möglich ist
- Wenn der Patient rehabilitationsfähig ist
- Wenn dysfunktionale physische und psychische Kompensationsstrategien die „Teilhabe“ behindern
- Wenn Frühberentung und/oder Bürgergeldbezug erwägt wird

# Wie erkenne ich als Arzt das “Augen-Reha” sinnvoll wäre?

- Krankschreibung bei gleicher Diagnose mehr als 3x in Folge
- Offensichtliche Schwierigkeiten, mit der Seheinschränkung umzugehen
- Gefährdung des Arbeitsplatzes
- Verarbeitungsstörung, reaktive Depression

# Papierkrieg?



# Papierkrieg?

Online kann man das gut machen  
(Rentenversicherung)

- Antrag auf Rehabilitationsmaßnahme
- Antrag auf Anschlussheilbehandlung  
(Tumoren des Auges)
- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (LTA)

# Papierkrieg?

**Leistungserbringung:** Im Prinzip jeder Sozialversicherungsträger

Faustregel:

- Arbeitsplatzverlust → Rentenversicherung
- Altersrentner/ EM-Rente → Krankenversicherung
- Erhaltung von Teilhabe → Landschaftsverband, Wohlfahrtsverbände, Eingliederungshilfe
- SGB XV → Opferschutzgesetz

# Papierkrieg?

Was müssen wir als Augenärzte tun:

1. Dran denken, denn der Behandlungsauftrag endet nicht mit den Maßnahmen zum Erhalt und Wiederherstellung des Sehvermögens → Ermöglichung von Teilhabe
2. Formloser Antrag an Rentenversicherung mit Diagnose und Befundbericht (wenn möglich mit cc Visus, Gesichtsfeld, Befundbericht, kurze Beschreibung der Hauptproblematik)

# Papierkrieg?

Antrag S0051

Checkliste Rehabedarf

Antrag G0100

Arztbefund

Arzthonorar

# Papierkrieg?

**Ein Rehaantrag ist vergleichsweise**

- 1. wenig Arbeit**
- 2. für unsere Patienten eine riesige Hilfe**
- 3. für den Sozialstaat eine große Entlastung**

# Ideen für die Zukunft



# DVFR - Teilhabe bei Sehverlust

- DVFR-Ausschuss „Teilhabe bei Sehverlust“ mit Mitgliedern der Kostenträger, Selbsthilfe, Leistungserbringer
- Ziele: Etablierung klarer Wege der Versorgungsstruktur

# ICF Core Sets

- Problem: Es gibt viele Augenerkrankungen, und die Diagnose (ICD) gibt in der Regel keine verlässliche Information über die damit einhergehenden Funktionseinschränkungen und Teilhabebarrieren
  - Lösung: Entwicklung des ICF Core Sets
  - Katalog an Funktionseinschränkungen und Teilhabebarrieren für Menschen mit Sehbeeinträchtigung
- Erzeugung eines Fragebogens zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs im Krankenhaus oder Hausaugenarzt

# AHB-Katalog

- AHB = Rechtlich verbrieftter Rehabilitationsanspruch, der ohne Antragstellung durch den Sozialdienst des Akutversorgers (idR die operierende Klinik) eingeleitet werden kann
- Problem: es gibt nur eine AHB in der Ophthalmologie in Deutschland (durch Klinik Masserberg 2022 mit DRV vereinbart)
- Lösung: Entwicklung eines Katalogs an ICDs (in Kombination mit dem ICF-Core Set), die eine AHB brauchen

# Lotsen in der Augenheilkunde

## Probleme:

- Ophthalmologischen Rehabilitation bei Betroffenen sowie Primäreinweisern weitestgehend unbekannt
- Vorhandenes nicht verzahntes Therapieangebot
- Undurchsichtiges Beratungsangebot

## Lösung:

- Etablierung eines professionellen Lotsen, der Betroffene frühzeitig zu bedarfsgerechten Reha-Optionen berät und in die Reha einsteuert

# Leitlinie ophthal. Rehabilitation

Problem:

- Deutsche Reha-Leitlinie ist veraltet und entspricht nicht dem internationalen Standard

Lösung:

- Anpassung der Leitlinie an unsere eigenen sowie an internationale Standards
- Etablierung eines verpflichtenden Reha-Therapiestandards, um Qualität der Versorgung sicherzustellen

# Neuro-Visuelle Rehabilitation

## Problem:

- In Deutschland erleiden ca. 260.000 Menschen jährlich einen Schlaganfall
- 15% der Schlaganfälle treten bei Menschen unter 55 Jahren auf, das sind 30.000 Schlaganfälle pro Jahr
- 40% der Schlaganfallpatienten haben unentdeckte bleibende visuelle Schäden!

# Neuro-Visuelle Rehabilitation

Lösung:

- Entwicklung neurovisuelle-Rehabilitation
- Anschluss an Rehabilitative Phasen der neurologischen Reha

# Versorgungsnetzwerk

## Problem:

- Großer Bedarf an ophth. Rehabilitation in Deutschland
- Weg nach Masserberg in der Regel lang und nicht barrierefrei

## Lösung:

- Aufbau eines ambulanten Rehazentrums als Pilotprojekt mit guter Erreichbarkeit und großem Einzugsgebiet
- Andockung an Akutversorger

Vielen Dank!

Internet:

[www.rehaklinik-thueringen.de](http://www.rehaklinik-thueringen.de)

[www.kliniken-koeln.de](http://www.kliniken-koeln.de)

