



E-Journal Einzelbeitrag

von: Sabine Lauber-Pohle, Christiane Möller, Oliver Kolbe, Norbert Schrage, Kathleen Kunert

Status quo der Versorgungssituation der Rehabilitation bei Menschen mit Sehbeeinträchtigung und mögliche Perspektiven

aus: blind-sehbehindert 1/2026 (BSB2601W)

Erscheinungsjahr: 2026

Seiten: 6–15

DOI: 10.3278/BSB2601W002

Sehbeeinträchtigungen führen häufig zu erheblichen Einschränkungen der Selbstständigkeit, Lebensqualität und sozialen Teilhabe. Trotz eines klar geregelten Rehabilitationsanspruchs bestehen in Deutschland deutliche Versorgungslücken, insbesondere für Erwachsene und ältere Menschen. Die bestehenden Angebote sind fragmentiert, überwiegend monomodular und regional ungleich verteilt. Insbesondere fehlen flächendeckende ophthalmologische Rehabilitationsstrukturen sowie wohnortnahe, interdisziplinäre Module wie O&M- und LPF-Schulungen. Der DBSV und der DVfR-Fachausschuss „Rehabilitation bei Blindheit und Sehbehinderung“ arbeiten daher an Konzepten zur systematischen Bedarfserhebung, zur Entwicklung eines ICF-basierten Assessments, an Lotsenmodellen in der Ophthalmologie sowie an Strategien zur Fachkräftesicherung. Ein modularer, niedrighschwelliger und kontinuierlicher Rehabilitationsansatz ist notwendig, um Teilhabebarrrieren abzubauen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und den Erhalt von Erwerbsfähigkeit zu sichern.

Zitiervorschlag: Lauber-Pohle, Sabine, Möller, Christiane, Kolbe, Oliver, Schrage, Norbert & Kunert, Kathleen (2026). Status quo der Versorgungssituation der Rehabilitation bei Menschen mit Sehbeeinträchtigung und mögliche Perspektiven. blind-sehbehindert, 146(1), 6-15. Bielefeld: wbv Publikation. <https://doi.org/10.3278/BSB2601W002>

Status quo der Versorgungssituation der Rehabilitation bei Menschen mit Sehbeeinträchtigung und mögliche Perspektiven

Lücken im Versorgungsnetz – Wenn das Sehen beeinträchtigt ist

Sehbeeinträchtigungen können ohne Begleitung und Behandlung zu einer massiven, alltäglich und in nahezu allen Lebensbereichen spürbaren Teilhabeeinschränkung, zur deutlichen Einbuße an Lebensqualität, Verlust der Selbstständigkeit sowie zu sozialer Isolation führen. Es steigt das Risiko, weitere Gesundheitsprobleme zu entwickeln oder diese zu verschlimmern.

Aufgrund fehlender strukturierter und verzahnter rehabilitativer Angebote (Kardorff et al. 2020) haben sich durch die Initiative von einzelnen Institutionen, Interessensgruppen, der Selbsthilfe und auch Kostenträgern vielfältige, jedoch oft monomodale Angebote entwickelt. Die Möglichkeiten der Selbsthilfe, Kliniken, Berufsförderungs- und Bildungswerke sind wichtig, reichen aber nicht aus, um allen Menschen mit Sehbeeinträchtigung bei der Bewältigung ihrer Teilhabebarrrieren helfen zu können. Anders als bei Schlaganfall oder Hüft-OP fehlt bislang ein adäquates und flächendeckendes, augenheilkundlich-medizinisches Rehabilitationsangebot (Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. 2016), dass durch rehabilitationspädagogische Angebote wie O&M und LPF ergänzt wird. Aus Sicht der Autoren und mit Blick auf den gesetzlichen Anspruch auf Rehabilitation im Sinne des Sozialgesetzbuchs, Neuntes Buch (SGB IX), besteht Handlungsbedarf (Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V.):

- 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.
- aus arbeitsmarktpolitischer Perspektive: Gelingt die Vermeidung von Frühverrentung effektiver, wenn nach der Diagnosestellung eine durch medizinische Rehabilitation vorbereitete systematische Überführung in berufliche Rehabilitationsmaßnahmen erfolgt. Zudem erzeugt der Fachkräftemangel in 352 von 801 Berufsgruppen (Regniet 2023) hohen Bedarf an qualifizierten Bewerbern, egal welcher Altersstruktur.
- aus ökonomischer Perspektive: Dauerhafte Folgekosten wegen Erwerbsminderung, Pflegebedürftigkeit und sozialem Abstieg sind vermeidbar.

Versorgungssituation verschiedener Altersgruppen

Derzeit ist von ca. 1,2 Millionen Menschen mit Sehbehinderung oder Blindheit in Deutschland auszugehen. Von 595.969 Schülerinnen und Schülern mit Förderbedarf (KMK 2024) fallen 1,6 % auf den Schwerpunkt Sehen (KMK 3.3.25). Da ferner Schülerinnen und Schüler, bei denen Sehen nicht als dominante Behinderung kodiert oder nicht diagnostiziert ist, hinzukommen, wird

die tatsächliche Zahl auf das Dreifache geschätzt (Lang 2020). Im Jahr 2023 waren von 9,3 Millionen schwerbehinderten Menschen in Deutschland 4,2 % blind oder hochgradig sehbehindert (Statista 2024), wobei auch hier nur die „führende“ Diagnose berücksichtigt wird. Die Altersverteilung ist dabei sehr ungleichmäßig, die größte Gruppe sowohl bei Schwerbehinderung allgemein und bei Blindheit und Sehbehinderung im Speziellen liegt bei den über 65-Jährigen (Statista 2024).

Kinder und Jugendliche sind in ein System der Frühförderung eingebunden, das spezifische Angebote für Blindheit und Sehbehinderung bereithält. Die Angebote im Schulalter 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 sowohl von der Ausprägung der Behinderung als auch vom Bildungssystem der Bundesländer und den individuellen Präferenzen der Familien abhängig und der Zugang stark durch regionale Ressourcen geprägt.

Im frühen Lebensalter identifizierte blinde und hochgradig sehbehinderte Menschen werden regelhaft mittels Schulungen in Orientierung und Mobilität, lebenspraktischen Fähigkeiten, blindenspezifischen Kulturtechniken (insbesondere Braille) sowie der Versorgung mit Hilfsmitteln und Assistenzsystemen dabei unterstützt, ihr Leben möglichst selbstständig führen zu können. Versorgungslücken sind in dieser Altersgruppe weniger systematischer, sondern individueller Natur – bei Betroffenen und Leistungserbringern.

Personen, die im erwerbsfähigen Alter aufgrund einer Sehbeeinträchtigung Einschränkungen ihrer sozialen und beruflichen Teilhabe erfahren, können unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung in Anspruch nehmen. Dies umfasst primär die medizinische Rehabilitation sowie Leistungen zur

Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Ziel der Maßnahmen ist es, eine frühe Verrentung zu vermeiden. Die Kostenträger folgen dabei dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“, der sich aus dem SGB VI § 9 ableitet.

Leistungserbringer für die medizinische Rehabilitation sind Rehabilitationskliniken. In Deutschland gibt es mit der Rehaklinik Masserberg zurzeit nur eine Klinik für ophthalmologische Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung 2025; Kolbe und Kunert 2025). Ferner gibt es mit der Salus Klinik in Hürth eine Klinik für psychosomatische Rehabilitation für Menschen mit kurzfristig eingetretener Sehbeeinträchtigung und psychischen Komorbiditäten. Sämtliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden originär durch die auf Sehbeeinträchtigung spezialisierten Träger der beruflichen Reha erbracht (Kunnig und Schmitt 2025).

Idealerweise erfolgt die Einsteuerung in die medizinische, medizinisch-beruflich orientierte und/oder berufliche Rehabilitation durch den behandelnden Augenarzt. Leider erfolgt nur selten eine Abklärung der Teilhabebarrrieren durch den Primärversorger (Kardorff et al. 2020). Hartnäckig hält sich der Mythos, die berufliche Rehabilitation älterer Arbeitnehmer lohne sich wirtschaftlich nicht mehr. Dies verkennet völlig den Wert der Rehabilitation in allen Lebensphasen sowie die volkswirtschaftliche Bedeutung des Erhalts der Erwerbsfähigkeit bis ins Rentenalter, verstößt gegen das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG), nach dem niemand wegen seines Alters diskriminiert werden darf, und ist auch vor dem Hintergrund „Rehabilitation vor Rente“ nicht haltbar (Kolbe und Kunert 2023).

Schulungen in Orientierung und Mobilität (O&M) sowie in Lebenspraktischen Fähigkeiten (LPF) (Bundesverband der RehaLehrer:innen 2025; Lauber-Pohle 2021; Weiß-Gschwendtner 2001) werden entweder stationär im Rahmen einer Blindentechnischen Grundausbildung oder

mobil durch freiberufliche Fachkräfte für Rehabilitation erbracht. Grundsätzlich mangelt es jedoch an flächendeckenden, ambulanten, multimodalen Angeboten, die eine längerfristige Rehabilitation bei gleichzeitigem Verbleiben im gewohnten Umfeld erlauben. Diese Versorgungslücke hat weitreichende gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Konsequenzen: In Europa entstehen durch Produktivitätsverluste von etwa 11 Millionen sehbeeinträchtigten Menschen, gerechnet über 50 Jahre, jährliche Kosten zwischen 26 und 57 Milliarden Euro, während gleichzeitig großes ungenutztes Arbeitspotenzial vorliegt (Chakravarthy et al. 2017).

Für Menschen, die nicht mehr im erwerbsfähigen Alter sind oder eine unbefristete, volle Erwerbsminderungsrente beziehen, gestaltet sich die Situation noch schwieriger. Die Reha-Gesuche werden oft mit dem Hinweis des Vorrangs ambulanter, heimatortnaher Maßnahmen abgelehnt. Betroffene werden durch die, in diesem Fall zuständige, gesetzliche Krankenversicherung aufgefordert, sich die notwendigen Leistungen von niedergelassenen Augenärzten, Reha-Fachkräften und weiteren Spezialisten selbst zu organisieren. Insbesondere erweist sich die Finanzierung der Schulungen in lebenspraktischen Fähigkeiten immer noch als schwierig und bürokratisch aufwendig. Ein ineinandergreifendes, aus mehreren kombinierbaren Modulen basierendes Konzept, das z. B. sowohl die aus einer Sehbeeinträchtigung resultierenden Orientierungsschwierigkeiten als auch verknüpfte Gleichgewichtsstörungen und psychosoziale Auswirkungen des Sehverlustes bedarfsgerecht adressiert, gibt es für diese Patientengruppe bislang faktisch nicht. Visuelle Beeinträchtigungen in dieser Altersgruppe vermindern aber deutlich die Teilhabe am alltäglichen Leben, was die Eigenständigkeit gefährdet und häufig zu vorzeitigem Pflegebedarf führt (Laufer-Pohle und Seifert 2021). Um vorzeitige Pfle-

gebedürftigkeit zu verhindern, bedarf es einer gezielten Versorgungsform in dieser Altersgruppe, um dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ vollumfänglich gerecht zu werden.

Der Deutsche Blinden- und Sehbehindertenverband (DBSV) engagiert sich seit vielen Jahren für die Verbesserung der Versorgungssituation nach Sehverlust. Hierzu erfolgte mit der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) 2016 initial eine gemeinsame Fachtagung zur Diskussion des Versorgungsstandes und der notwendigen Weiterentwicklung. In der Folge wurde unter Einbeziehung von Wissenschaftlern, Kostenträgern und Leistungserbringern der Fachausschuss „Teilhabe bei Sehverlust“ gegründet (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation 2025), um eine Bestandsaufnahme zu den Versorgungsbedarfen, Fehlentwicklungen und leistungsrechtlichen Problemen vorzunehmen, vorhandene Konzepte auszuwerten und ein Konzept für Rehabilitation bei Sehverlust zu entwickeln.

Der Anspruch auf Rehabilitationsleistungen besteht – Was fehlt, sind die Angebote

Für Augenärztinnen und Augenärzte ist derzeit mit Maßnahmen zum Erhalt und zur Wiederherstellung des Sehvermögens der Behandlungsauftrag de facto beendet. Jedoch gehören zur gesundheitlichen Versorgung auch Leistungen zur Rehabilitation, welche nicht nur auf die Wiederherstellung des Gesundheitszustandes, sondern auch auf die Ermöglichung der Teilhabe abzielen. Der individuelle Anspruch hängt vom persönlichen Bedarf ab. Dieser wird nach dem biopsychosozialen Verständnis von Behinderung ermittelt, wie es die ICF (International Classification of Functioning, Disability, and Health) definiert und dem SGB IX zugrunde liegt. Entschei-

dend sind dabei nicht nur das Ausmaß der Schädigung und die Funktionseinschränkungen, sondern auch die individuellen Lebensumstände.

Ziel ist es, Betroffene zu befähigen, die Aktivitäten des täglichen Lebens in einem für sie typischen Ausmaß auszuüben.

Dieses Ziel kann erreicht werden durch:

- 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).

Menschen mit Teilhabeeinschränkungen aufgrund von Sehbeeinträchtigungen haben einen bislang nur sehr unvollständig erfüllten Rechtsanspruch auf Rehabilitation gegenüber den jeweils zuständigen Rehabilitationsträgern (Welti 2016). Das SGB IX und die sozialrechtlichen Regelungen für die einzelnen Rehabilitationsträger geben den Rahmen vor, jedoch fehlen koordinierte Rehabilitationsangebote für diesen Personenkreis. Das gilt insbesondere für die medizinische Rehabilitation. Deren Ziel ist es, gemäß § 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“ (SGB IX).

Sie setzt nach aktueller Rechtsprechung und Verwaltungspraxis ein ärztlich verantwortetes, interdisziplinäres und modulares Vorgehen voraus. Dazu gehören die Behandlung durch Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, Heilmittel (einschließlich physikalischer), Logo- und Ergotherapie, Psychotherapie, Hilfsmittel und Belastungserprobung sowie blinden- und sehbehindertenspezifische Schulungen wie Low Vision Beratung, Orientierung und Mobilität als auch Lebenspraktische Fähigkeiten. Der Peerberatung im Kontext der Selbstvertretung/Selbsthilfe kommt dabei besondere Bedeutung zu. Bestandteil der Leistungen sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, insbesondere zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung, zur Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen, die Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen, die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten, zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen, das Training lebenspraktischer Fähigkeiten.

Verbesserung der Versorgungsformen bei Sehbeeinträchtigung

Als Mitglieder des Fachausschusses „Teilhabe bei Sehverlust“ Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) haben es sich die Autorinnen und Autoren dieses Artikels zur Aufgabe gemacht, die Versorgung von Menschen mit Sehbeeinträchtigung aller Altersgruppen zu verbessern, indem klare Versorgungsstrukturen etabliert werden. Um ein flächendeckendes

ophthalmologisches Rehabilitationsangebot mit sowohl medizinischen als auch visuellen und rehabilitationspädagogischen Aspekten zu entwickeln, wird angestrebt, ambulante und mobile Leistungsangebote zunächst in Modellprojekten zu erproben und zu evaluieren, um sicherzustellen, dass ein für die Zielgruppe bedarfsgerechtes und qualitätsgesichertes Regelangebot entsteht. Hierfür wird aktuell konkret an folgenden Themen gearbeitet:

a) Etablierung von Lotsen in der Ophthalmologie

Ein wesentlicher Kritikpunkt am Rehabilitationssystem bei Sehverlust in Deutschland ist die Unübersichtlichkeit der Angebote und deren Finanzierung. Daher wäre die Entwicklung eines Lotsensystems sinnvoll, welches Patienten nach der Diagnose durch den Rehabilitationsprozess begleitet, ähnlich wie bei anderen Erkrankungen. Eine Systemanalyse und Literaturrecherche hat bestehende Lotsensysteme ausgewertet. Diese wurden oft zunächst projektweise erprobt und später in den Regelbetrieb überführt, z. B. durch Stiftungen und Krankenkassen. Der Bundesverband Managed Care (BMC) bietet eine Landkarte bestehender Lotsenprojekte. Auffällig ist, dass es keine Projekte für Sinnesbehinderungen oder speziell Sehbehinderung gibt. Lotsen kommen vor allem bei komplexen Versorgungsbedarfen mit hohem Beratungs- und Koordinierungsaufwand zum Einsatz. Die Integration von sozialer Teilhabe und psychosozialen Aspekten ist daher ein wesentlicher Bestandteil von Lotsensystemen.

Für eine bessere Versorgungskoordination im Bereich Blindheit und Sehbehinderung wäre es also anzustreben, ein solches Lotsensystem zu entwickeln. Idealerweise könnten Lotsen in Krankenhäusern der ophthalmologischen Akutversorgung angesiedelt werden. Die Lotsen könnten dort in Kontakt mit den Klienten und Klientinnen des Akuthauses und zusätzlich aus der Primärversorgung in der Umgebung treten und sie durch die Angebote geleiten. In einigen Regionen wird diese Aufgabe derzeit zumeist durch das von der Selbsthilfe organisierte qualitätsgesicherte Angebot „Blickpunkt Auge – Rat und Hilfe bei Sehverlust“ (vgl. <https://blickpunkt-auge.de>) oder Netzwerken wie dem AMD-Netz übernommen. Entscheidend wäre aber ergänzend ein flächendeckendes, überregionales Angebot, das die Lücke zwischen medizinischer Diagnostik und Behandlung und weiterführender Rehabilitation schließt (Hahn 2020).

b) ICF Core Set für Sehbeeinträchtigungen

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bietet ein ganzheitliches Modell zur Beschreibung der funktionalen Gesundheit von Menschen. Im Kontext der Rehabilitation ermöglicht die ICF eine standardisierte Erfassung von körperlichen, geistigen und sozialen Aspekten der Funktionsfähigkeit (World Health Organization 2001). Durch die Einbindung des zugrunde liegenden bio-psycho-sozialen Modells werden nicht nur die medizinische Diagnose, sondern auch die individuelle Lebenssituation, Umweltfaktoren und persönliche Ressourcen berücksichtigt (siehe [Abbildung 1](#)).

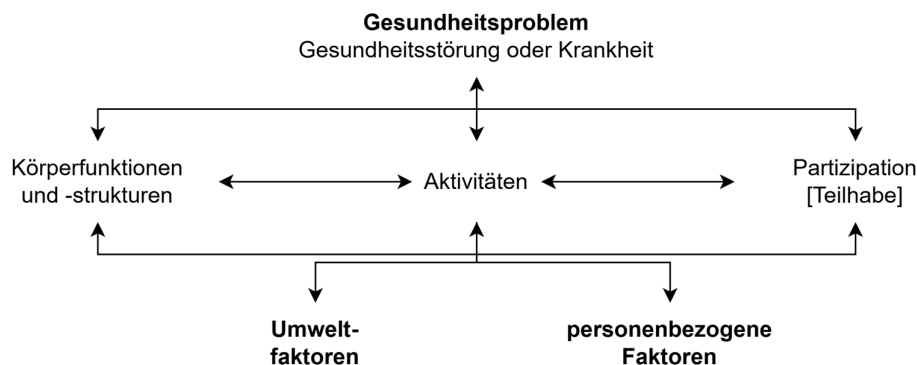


Abbildung 1: Schematische Darstellung des bio-psycho-sozialen Modells und der Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem und den einzelnen ICF-Komponenten der Körperfunktionen und Körperstrukturen, der Aktivitäten, der Partizipation sowie Umwelt- und personenbezogenen Faktoren (WHO 2001)
(Beschreibung siehe Abbildungs- und Tabellenverzeichnis mit Alternativtexten)

Die ICF ist ähnlich der ICD (International Statistical Classification of Diseases) in alphanumerische Kategorien gegliedert, um alle Bereiche der Funktionsfähigkeit im klinischen Alltag zu beschreiben. Die ICF besteht im Wesentlichen aus zwei Kernkomponenten: Erstens der Funktionsfähigkeit und Behinderung (Körperfunktionen (b) und -strukturen (s) sowie Aktivitäten (d) und Partizipation (d)) und zweitens den Kontextfaktoren (Umweltfaktoren (e) und personenbezogene Faktoren).

Dabei erfolgt eine Bewertung mit negativer Skala zur Kennzeichnung des Ausmaßes bzw. der Größe der Schädigung, die von xxx.0 = Schädigung nicht vorhanden (ohne, kein, unerheblich ...) 0–4 % bis xxx.4 = Schädigung voll ausgeprägt (komplett, total ...) 96–100 % reicht. Die Umweltfaktoren können als Barrieren oder Förderfaktoren wirken und werden ebenfalls bewertet.

Als anschauliches ICF-Beispiel kann ein 45-jähriger LKW-Fahrer mit Aderhautmelanom im dominanten Auge nach Augapfel erhaltender Strahlentherapie herangezogen werden. Die Erkrankung und Behandlung führen funktional zu

- Einäugigkeit (b21000.4: binokulare Sehschärfe in der Ferne),
- blickwinkelabhängiger Diplopie (b2152.2: Funktionen der externen Augenmuskeln) und Schmerzen (b280: Schmerzen).

Diese Beeinträchtigungen können weitere Folgen nach sich ziehen, etwa gesteigerte

- Blendempfindlichkeit (b21020.2: Lichttempfindung),
- Einschränkungen der visuellen Bildqualität (b21023.2: Seheindruck des gesunden Auges),
- Gleichgewichtsstörungen (b2351.3: Gleichgewichtssinn),
- Zukunfts- und Todesängste (b1522.4: Spannweite von Emotionen) sowie
- verringerte Resilienz (d240: Umgang mit Stress).

Die Teilnahme am Straßenverkehr als LKW-Fahrer ist nicht mehr möglich (d4751: motorisiertes Fahrzeug fahren). Die berufliche Teilhabe ist dadurch stark gefährdet (d845: Arbeit erhalten, behalten, beenden). Ein Anspruch auf Erwerbsminderungsrente besteht nicht, da eine Erwerbstätigkeit an einem leidensgerechten Arbeitsplatz, etwa in der Disposition oder als Kurierfahrer (Führerschein Klasse B), grundsätzlich möglich ist.

Umweltfaktoren spielen eine wichtige Rolle:

- Der Arbeitgeber kann die berufliche Teilhabe durch innerbetriebliche Umsetzung oder Weiterbildung fördern (e330.+4: Autoritätspersonen) oder durch Kündigung einschränken (e330.4: Autoritätspersonen).

- Die Familie kann Rückhalt und Toleranz bieten (d7102.+2: Toleranz in Beziehungen) oder Konflikte verstärken (d703.+4: Kritik in Beziehungen).
- Persönliche Faktoren wie Motivation, kultureller Hintergrund, ethnische Zugehörigkeit, Bildung und Lebensstil beeinflussen die Anpassung und Teilhabe zusätzlich.

Mit einem Umfang von 1400 dieser Kategorien ist der ICF-Katalog im klinischen Alltag kaum einsetzbar. Daher entwickelt eine europäische Forschergruppe ein ICF Core Set für den Verlust der Sehleistung (Billiet et al. 2024), das die Anzahl der ICF-Kategorien auf die für Sehbeeinträchtigung besonders relevanten Items reduziert. Entsprechende Core Sets sind für andere Bereiche bereits erfolgreich entwickelt worden, z. B. Multiple Sklerose, Sucht, Diabetes oder auch berufliche Rehabilitation (ICF Research Branch). Neben der Steigerung der Praktikabilität haben Core Sets den Vorteil, dass Fragebögen, Assessments und andere Formen der Beobachtungs- und Bewertungskriterien daraus abgeleitet werden können sowie ein besserer Vergleich zwischen Daten verschiedener Länder und Versorgungssysteme oder auch Forschergruppen realisierbar ist (Billiet et al. 2024). Ein konkretes Anwendungsbeispiel für die deutsche Versorgungslandschaft könnte die Entwicklung eines einfachen Tools zur Erfassung des Rehabilitationsbedarfs darstellen, das aus einem spezifischen ICF Core Set abgeleitet wird. Menschen mit Sehbeeinträchtigungen könnten den Fragebogen beim Akut- oder Primärversorger ausfüllen, um den behandelnden Arzt oder die Ärztin beim Erkennen eines Rehabilitationsbedarfs und bei der Identifikation des passenden Rehabilitationsangebots zu unterstützen. Ein entsprechendes Tool plant die Gruppe der Autorinnen und Autoren nach Bereitstellung des Core Sets zu entwickeln und zu erproben. Die Veröffent-

lichung des ICF Core Set für Sehbeeinträchtigung wird für Anfang 2026 erwartet.

c) Fachkräftemangel im Bereich der Rehabilitationslehrer und -lehrerinnen

Derzeit hat der Verband der Rehabilitationslehrende ca. 230 gemeldete, aktive Mitglieder, die rehabilitationspädagogische Angebote bei Blindheit und Sehbehinderung anbieten, insbesondere zur Vermittlung von Strategien im Bereich Orientierung und Mobilität (O&M) sowie lebenspraktischen Fähigkeiten (LPF). Die Ausbildung zur Fachkraft für Blinden- und Sehbehindertenrehabilitation erfolgt in Vollzeit an der staatlich anerkannten Fachschule der blista e. V. in Marburg sowie berufsbegleitend am IRIS-Institut in Hamburg. Leistungsempfänger berichten seit Jahren von langen Wartezeiten und Leistungserbringer von langen Wartelisten. Durch den demografischen Wandel sowohl bei den Fachkräften als auch in der Bevölkerung ist zukünftig von einer Zuspitzung der Problematik auszugehen. Diese Situation hat eine Arbeitsgruppe aus DBSV e. V., VBS e. V. und den Ausbildungsstätten zum Anlass genommen, Ende 2024 eine Online-Datenerhebung durchzuführen, an der mit 102 Personen ca. 44 % der Fachkräfte teilgenommen haben. Die zentralen Erkenntnisse der Erhebung sind:

- In den nächsten 5–10 Jahren scheiden mehr als 40 % der Rehafachkräfte aus dem Beruf aus. Die Verteilung der Rehafachkräfte auf die Bundesländer ist weitestgehend deckungsgleich mit der Bevölkerung in den einzelnen Bundesländern. Insgesamt besteht ein Mangel an Fachkräften.
- Die Versorgungssituation für O&M und LPF wird durch die Rehafachkräfte allgemein und in der eigenen Region als „schlecht“ (54,8 %) bis „sehr schlecht“ (19,4 %) eingeschätzt.

- Wartezeiten wurden überwiegend mit 3–6 Monaten (40,7 %) und länger als 6 Monate (37 %) angegeben mit einer negativen Einschätzung der Entwicklung der Wartezeiten. Insbesondere der zunehmende Fachkräftemangel und zu niedrige Ausbildungszahlen bei den Nachwuchskräften beschäftigen die Befragten.

Zusammenfassend offenbart die Befragung eine bestehende kritische Situation mit düsterer Prognose für die Zukunft. Es ist daher zu begrüßen, dass sich die Initiative um die Entwicklung eines grundständigen Bachelorangebotes für Rehabilitationsfachkräfte bemüht. Dies würde sowohl die fehlende Akademisierung dieses Berufes nachholen, eine grundständige Ausbildung, die nicht auf einer vorherigen Berufsausbildung aufsetzt, ermöglichen und die Kosten für die entstehenden Einrichtungen und einzelnen Lernenden erheblich senken. Zudem würde eine kontinuierliche wissenschaftliche Auseinandersetzung und Forschung zu rehabilitationspädagogischen Aspekten von Blindheit und Sehbehinderung angeregt werden.

Fazit für die Praxis

- Rechtliche Grundlagen für eine bedarfsgerechte Rehabilitation bei Blindheit und Sehbehinderung bestehen, einzelne Angebote sind nicht in ausreichender Menge vorhanden und miteinander verknüpft.
- Der Versorgungsgrad nimmt mit Zunahme des Lebensalters der Betroffenen ab, das größte Defizit liegt im Nacherwerbsleben.
- Die gut etablierte augenärztliche Aufmerksamkeit zur Einsteuerung und Weiterverweisung von Kleinkindern und Kindern in Rehabilitationsmaßnahmen muss mit einer ähnlichen Perspektive auf die Zukunft des Einzelpatienten gerichtet in eine Rehabilitationszu-

weisung während des Erwerbs- und Nacherwerbslebens übertragen werden.

- Etablierung eines Lotsensystems und Tools zum Assessment von Rehabilitationsbedarfen auf Grundlage eines spezifischen ICF Core Sets für Sehbeeinträchtigungen könnten die Zugänglichkeit rehabilitativer Leistungen massiv verbessern.
- Es besteht ein Fachkräftemangel im Bereich der Blinden- und Sehbehindertenrehabilitation, der sich durch eine Überalterung der Profession in den kommenden Jahren kritisch zuspitzen wird. Ein parallel angebotenes grundständiges Studium wird aktuell erarbeitet und könnte die Situation verbessern.

Literaturverzeichnis

- Billiet, Lorenzo/van Nispen, Ruth M. A./Baets, Stijn de/Vries, Ralph de/van de Velde, Dominique/van der Aa, Hilde P. A. (2024). The first step in developing an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for Vision Loss: A systematic review. *Ophthalmic & physiological optics : the journal of the British College of Ophthalmic Opticians (Optometrists)* 44 (2), 413–425. <https://doi.org/10.1111/opo.13269>
- Bundesverband der RehaLehrer:innen (2025). Online verfügbar unter <https://www.rehalehrer.de/> (abgerufen am 03.03.25).
- Chakravarthy, Usha/Biundo, Eliana/Saka, Rasit Omer/Fasser, Christina/Bourne, Rupert/Little, Julie-Anne (2017). The Economic Impact of Blindness in Europe. *Ophthalmic Epidemiology* 24 (4), 239–247. <https://doi.org/10.1080/09286586.2017.1281426>
- Deutsche Rentenversicherung (2025). www.meine-rehabilitation.de. Ihr Wegweiser zu einer qualitätsgesicherten Reha-Einrichtung. Online verfügbar unter <https://www.meine-rehabilitation.de/pr-web/> (abgerufen am 13.03.2025).
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2025). Teilhabe bei Sehverlust. Online verfügbar unter <https://www.dvfr.de/arbeitschwerpunkte/fachausschuesse-der-dvfr/teilhabe-bei-sehverlust/> (abgerufen am 14.03.2025).

- Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. (2025). Reha-Initiativen. Online verfügbar unter <https://www.dbsv.org/reha-initiativen.html> (abgerufen am 14.03.25).
- Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. (Hg.) (2016). Fachtagung 2016. Ophthalmologische Grund-Rehabilitation.
- Hahn, Ursula (2020). Intersektorale Versorgung. Best Practices – erfolgreiche Versorgungslösungen mit Zukunftspotenzial. Wiesbaden, Springer.
- ICF Research Branch. ICF Core Sets. Online verfügbar unter <https://www.icf-core-sets.org/> (abgerufen am 14.03.2025).
- Kardorff, Ernst von/Gisbert Miralles, Jana/Kappus, Sandra (2020). ORELTA – Von der ophthalmologischen Rehabilitation zur beruflichen Teilhabe.
- KMK (2024). Anzahl der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf nach Schulart in Deutschland in den Jahren 2013 bis 2023. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1262397/umfrage/schueler-mit-foerderbedarf-in-foerderschulen-und-in-regelschulen/> (abgerufen am 03.03.25).
- KMK (2025). Verteilung der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf nach Förderschwerpunkten in Deutschland in den Jahren 2013 und 2022. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1262509/umfrage/schueler-mit-foerderbedarf-nach-foerderschwerpunkten/> (abgerufen am 03.03.25).
- Kolbe, Oliver/Kunert, Kathleen (2023). Stationäre Rehabilitation in der Ophthalmologie: Geht die Rechnung auf?, 2. Interdisziplinärer Fachkongress mit augenfachärztlicher Weiterbildung des SightCity Forum Beirats, 10.03.2023.
- Kolbe, Oliver/Kunert, Kathleen S. (2025). Multimodale ophthalmologische Rehabilitation: Konzeption, Methoden und Zugangswege zur einzigen stationären medizinischen Rehabilitation in der Ophthalmologie. Die Ophthalmologie 122 (8), 586–592. <https://doi.org/10.1007/s00347-025-02291-x>
- Kunnig, André/Schmitt, Thomas (2025). Berufliche Inklusion: Optionen der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit Sehbeeinträchtigungen. Die Ophthalmologie 122 (8), 593–599. <https://doi.org/10.1007/s00347-025-02282-y>
- Lang, Markus (2020). Pädagogik bei Blindheit und Sehbehinderung. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer.
- Lauber-Pohle, Sabine (2021). Lebensqualität und Selbstständigkeit durch Rehabilitation. Sehbeeinträchtigung im Alter, 95–121. https://doi.org/10.1007/978-3-658-32302-8_7
- Lauber-Pohle, Sabine/Seifert, Alexander (Hg.) (2021). Sehbeeinträchtigung im Alter. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Regniet, Thomas (2023). Wenn Unternehmen das Personal ausgeht – Ein Überblick zum Fachkräftemangel. Fachkräftemangel in Deutschland. Online verfügbar unter <https://www.wiwo.de/politik/deutschland/fachkraeftemangel-in-deutschland-wenn-unternehmen-das-personal-ausgeht-ein-ueberblick-zum-fachkraeftemangel/28936056.html> (abgerufen am 10.03.2025).
- Statista (2024). Schwerbehinderung in Deutschland. Statistik-Report zu schwerbehinderten Menschen in Deutschland. Statista. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/studie/id/29309/dokument/schwerbehinderung-in-deutschland-statista-dossier/> (abgerufen am 13.03.2025).
- Weiß-Gschwendtner, Rosa Maria (Hg.) (2001). Mobilität und lebenspraktische Fertigkeiten im Unterricht mit sehgeschädigten Kindern und Jugendlichen. 2. Aufl. Würzburg, Ed. Bentheim.
- Welti, Felix. Rechtliche Rahmenbedingungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei Sehverlust. Grundlagen der medizinischen Rehabilitation nach der UN-Behindertenrechtskonvention sowie Vorgaben und Finanzierungsmöglichkeiten auf Grundlage des SGB IX und des Leistungsrechts der Rehabilitationsträger. Online verfügbar unter https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/Reha_Recht/Diskussionsforen/Forum_D/2016/D16-2016_Rechtliche_Rahmenbedingungen_fuer_Leistungen_der_medizinischen_Rehabilitation_bei_Sehverlust.pdf (abgerufen am 14.03.2025).
- World Health Organization (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva 2001. Online verfügbar unter <https://iris.who.int/handle/10665/42407> (abgerufen am 17.11.2025).

apl. Prof. Dr. habil.
Sabine Lauber-Pohle
lauber@staff.uni-marburg.de
 [0000-0002-7959-3579](https://orcid.org/0000-0002-7959-3579)



Christiane Möller
c.moeller@dbsv.org



Dr. Oliver Kolbe
Oliver.Kolbe@henneberg-kliniken.de
 [0000-0001-8004-8896](https://orcid.org/0000-0001-8004-8896)



Prof. Dr. habil. Norbert Schrage
schrage@acto.de
 [0000-0002-6695-3440](https://orcid.org/0000-0002-6695-3440)



Prof. Dr. habil. Kathleen Kunert
Kathleen.Kunert@henneberg-kliniken.de

