

– Fachbeitrag D28-2021 –

11.08.2021

Von der Ophthalmologischen Rehabilitation zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Strukturierte Versorgungspfade für blinde und sehbehinderte Menschen¹

Von Ernst von Kardorff, Prof. i. R. Dr., Sandra Kappus, M. A. und Jana Gisbert Miralles, M. Sc., Humboldt-Universität zu Berlin und Bundesverband der Deutschen Berufsförderungswerke

I. Hintergrund und Zielsetzung

Die Teilhabe am Erwerbsleben von Menschen mit Sehbehinderung bzw. Blindheit ist nach wie vor weit unterdurchschnittlich: Angesichts einer allgemeinen Erwerbstätigenquote von ca. 80 % im Jahr 2018 (DESTATIS 2019) beträgt diejenige blinder/erblindeter – ca. 12.000 von 47.000 Personen im erwerbsfähigen Alter – und schwer sehbehinderter Menschen mit einem GdB ≥ 50 – ca. 2.900 von 11.000 Personen – nur etwas mehr als 25 %; bei den „sonstigen sehbehinderten Menschen“ beträgt die Erwerbstätigenquote 45 % – 58.550 von 130.000 Personen (vgl. Bach 2015; ders. 2018). Während drei Viertel der von uns befragten (noch) erwerbstätigen Betroffenen von Beeinträchtigungen bei der Arbeit berichten, gehen ca. 40 % davon aus, ihre bisherige Tätigkeit in der Zukunft aufgeben zu müssen. Hinzu kommt, dass ein Großteil der Menschen mit Sehbehinderungen und Blindheit oft schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt in der Erwerbsbiografie aus dem Arbeitsmarkt ausscheidet – in Langzeitarbeitslosigkeit², in die „stille Reserve“³ oder in eine Erwerbsminderungsrente. Die in der UN-Behindertenrechtskonvention geforderte Inklusion von Menschen mit Behinderungen in Arbeit (Art. 27 UN-BRK) liegt für die

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag D28-2021 in der Kategorie D: Konzepte und Politik veröffentlicht; Zitiervorschlag: von Kardorff, Kappus, Gisbert Miralles: Von der Ophthalmologischen Rehabilitation zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Strukturierte Versorgungspfade für blinde und sehbehinderte Menschen; Beitrag D28-2021 unter www.reha-recht.de; 11.08.2021.

² Das trägerübergreifend angelegte Modellprojekt AKTILA-BS (Kroos u. a. 2020) konnte zeigen, dass wohnortnahe und mit Job-Coaching verbundene personenzentrierte Angebote für einzelne Betroffene aus der sehr heterogenen Zielgruppe eine gute Möglichkeit zum Wiedereinstieg in Arbeit nach Langzeitarbeitslosigkeit sein können.

³ Als „stille Reserve“ gelten Personen, die bei der Arbeitsagentur bzw. den Jobcentern nicht als arbeitssuchend gemeldet sind, gleichwohl unter bestimmten Voraussetzungen eine Arbeit annehmen würden (z. B. Barrierefreiheit, Akzeptanz, Wohnortnähe, zur Lebens- und Gesundheitssituation passende Arbeitszeit- und -bedingungen).

Zielgruppe damit noch in weiter Ferne⁴. Die von uns befragten Expertinnen und Experten, Fachkräfte, Verbände und Betroffenenorganisationen bestätigten, dass Angebote und Leistungen bei blinden und sehbehinderten Menschen ebenso wie bei Akteuren und Einrichtungen in der Versorgungskette zu wenig bekannt, verstreut und kaum verzahnt sind. Zudem ist der Weg zu Unterstützungsleistungen zu bürokratisch, Anträge werden vielfach zunächst abgelehnt und Bescheide sind für die Betroffenen intransparent. Aus psychologischen Gründen (z. B. Nichteingestehen des zunehmenden Sehverlusts) erfolgen darüber hinaus die Nutzung von Angeboten und die Antragsstellung aus fachlicher Sicht oft zu spät. Informationen zu speziellen **berufsbezogenen Bedarfen** der Zielgruppe werden nicht gebündelt; auch zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gibt es keine umfassenden und leicht zugänglichen Informationen; zudem fehlen einschlägige repräsentative wissenschaftliche Studien. Dies verweist auf eine insgesamt unzureichende Datenlage (BMAS 2016; BMAS 2021), die besonders für zahlenmäßig relativ kleine Gruppen wie Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen auch dazu führt, dass sie vom System leicht „übersehen“ werden⁵.

Vor diesem Hintergrund wurde die ORELTA-Studie von der Humboldt-Universität in Kooperation mit dem Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke und gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Bund im Zeitraum von 2017 bis 2020 durchgeführt. Folgende Fragestellungen, deren Beantwortung zu verbesserten und vor allem strukturierten Versorgungspfaden für die Zielgruppe beitragen soll, wurden untersucht:

- Wie stellen sich Versorgungsstruktur, -angebote und -situation mit Blick auf die Teilhabe am Arbeitsleben für sehbehinderte und blinde Menschen im erwerbsfähigen Alter aus Sicht von Betroffenen, Fachkräften und Experten/innen dar?
- Welche Faktoren fördern den Zugang zur, den Erhalt und die Wiedererlangung der Teilhabe am Arbeitsleben?
- Mit welchen materiellen, sozialen und psychischen Barrieren sind Betroffene im Versorgungssystem und der Arbeitswelt konfrontiert?

⁴ Inzwischen gibt es einige neuere Modellprojekte wie etwa das seit 2020 vom BMAS geförderte Projekt „Agiles Netzwerk für sehbeeinträchtigte Berufstätige“, agnes@work, des DVBS e. V., das eine „fachübergreifenden Unterstützungsstruktur für sehbeeinträchtigte Erwerbstätige“ aufbaut (www.agnes-at-work.de) oder zielgruppenspezifische Modelle wie das ebenfalls vom DVBS (Deutscher Verein der Blinden und Sehbehinderten in Studium und Beruf e. V.) durchgeführte „Tri-Team“ Mentoring-Projekt für sehbehinderte und blinde Schülerinnen und Schüler und Studierende. Wie bei allen Modellprojekten stellt sich die drängende Frage nach ihrer Verstetigung nach Projektende.

⁵ Bei der Bundesagentur für Arbeit liegen aus Datenschutzgründen nur Informationen zu erwerbstätigen und erwerbslosen Schwerbehinderten ohne Zuordnung nach Behinderungsarten vor. Die Hauptfürsorgestellen erfassen zwar alle schwerbehinderten blinden und sehbehinderten Menschen, besitzen aber keine Daten zu ihrer Teilhabe am Arbeitsleben. Die Integrationsämter erfassen nur die betroffenen schwerbehinderten Menschen und die Betriebe, die Leistungen nach SGB IX und SchwBAV zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten haben.

- An welchen Stellen in der Versorgungskette bestehen Lücken und wo Verbesserungs- und Unterstützungsbedarf?
- An welchen Stellen können Präventionsmöglichkeiten ansetzen?

II. Studiendesign und Methoden

Die Studie war als kombinierte Fragebogen- und Interviewstudie mit Betroffenen angelegt, ergänzt durch Interviews mit exemplarisch ausgewählten relevanten Akteuren und Expertinnen und Experten aus Praxis, Administration und Verbänden sowie durch eine Sekundär- und Prozessdatenanalyse (vgl. Abb.1).

Abbildung 1: Forschungsdesign

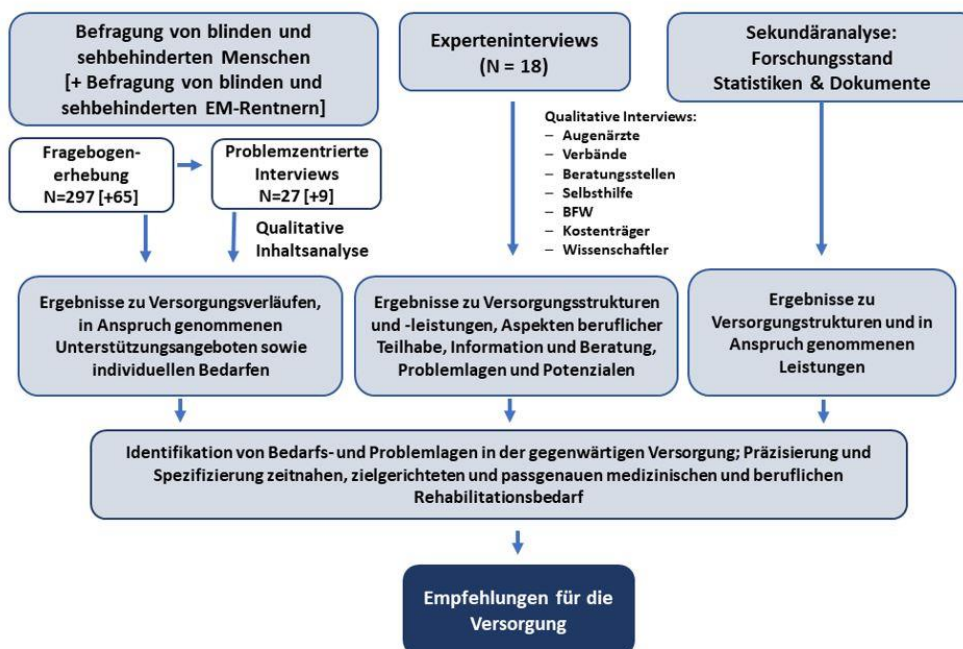


Abbildung 1 beschreibt das Forschungsdesign, das auf drei Säulen ruht:

- 1) **Fragebogenerhebung** bei sehbehinderten und blinden Menschen im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 64 Jahren mit einem auswertbaren Rücklauf von 297 Fragebögen sowie einer ergänzenden Erhebung mit einem auswertbaren Rücklauf von 65 Fragebögen bei Betroffenen, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen. Aus diesem Sample wurden insgesamt 36 Personen für **problemzentrierte Interviews** ausgewählt, davon 7 Personen mit Erwerbsminderungsrente. Die umfangreichen transkribierten Interviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Hierbei war das vorrangige Ziel die Rekonstruktion charakteristischer Inanspruchnahme- und Versorgungsverläufe, individueller

Teilhabe- und Rehabilitationsbedarfe sowie die Dokumentation der individuellen Erfahrungen mit der Beeinträchtigung/Behinderung, mit dem Versorgungs- und Rehabilitationssystem, mit Vorgesetzten und Kollegenschaft sowie die subjektive Schilderung der eigenen Erfahrungen und Strategien im Umgang mit dem Sehverlust.

- 2) **Interviews mit insgesamt** 18 Experten und Expertinnen, u. a. aus den Bereichen der ambulanten und stationären augenärztlichen Versorgung und Rehabilitation, aus der Selbsthilfe, von Verbänden, von Leistungsträgern und aus der Wissenschaft. Hierbei ging es um Einschätzungen aus der jeweiligen Perspektive der befragten Akteurinnen und Akteure zu Angebotsstrukturen, zum Inanspruchnahmeverhalten, zur Erreichbarkeit und Barrierefreiheit der Angebote, zu charakteristischen Problemen, Defiziten und Dilemmata sowie zu Lösungspotenzialen.
- 3) **Sekundäranalyse** vorhandener administrativer Statistiken und Dokumente sowie des umfangreich erhobenen nationalen und internationalen Forschungsstands. Hier standen u. a. Fragen der Rahmenbedingungen, Funktionsweisen, Prozessabläufe und der institutionellen Angebote im Vordergrund.

Zusammengefasst war das übergreifende Forschungsziel die Identifikation der Bedarfs- und Problemlagen der Zielgruppe in der gegenwärtigen Versorgung, die Präzisierung und Spezifizierung der medizinischen und beruflichen Rehabilitationsbedarfe für eine zeitnahe, zielgerichtete und passgenaue Prävention, Förderung, Rehabilitation mit dem Ziel der Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben (Beschäftigungssicherung und Unterstützung beim Return to Work). Hierzu wurden jeweils spezifische Empfehlungen entwickelt.

Aufgrund des schwierigen und selektiven Datenzugangs⁶ ist die Studie nicht repräsentativ; so sind in unserer Erhebung etwa deutlich mehr Befragte erwerbstätig (56 %) als im Durchschnitt der Zielgruppe, was u. a. mit dem vorrangigen Zugang über die vier auf sehbehinderte/blinde Menschen spezialisierten Berufsförderungswerke (BFW) zusammenhängt. Aufgrund der auch von Expertinnen und Experten bestätigten Tendenz, Anträge auf Erwerbsminderungsrenten selbst bei sehr jungen Betroffenen – eine Befragte war erst 29 Jahre alt – auch ohne vorhergehende medizinische oder berufliche Rehabilitation problemlos zu bewilligen, haben wir zusätzlich Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner zu ihrem mehr oder weniger erzwungenen Ausstieg aus der Arbeitswelt schriftlich und mündlich befragt. Bei der schriftlichen Befragung

⁶ Die Datenerhebung bei den einschlägigen Fachabteilungen der Universitätskliniken und vor allem bei den niedergelassenen Augenarztpraxen traf vielfach auf Desinteresse am Thema der beruflichen Teilhabe, für das sich Akteure des medizinischen Systems nicht als zuständig sehen, oft wurden auch Zeitprobleme genannt; die Kooperationsbereitschaft der in Länderzuständigkeit getragenen Integrationsämter war überschaubar. Der Fragebogenrücklauf wies – wie vielfach bei derartigen Erhebungen einen starken Bildungsbias auf (ca. 30 % der antwortenden hatten Abitur und ca. 26 % einen Hochschulabschluss).

wurde ein barrierefrei gestalteter Fragebogen in Papierform und in digitaler Version (USB-Stick und online) verwendet; darüber hinaus wurde in stationären Kontexten, dort wo es nötig war, eine Assistenzkraft zum Ausfüllen eingesetzt, die die Fragen vorgelesen und die Antworten eingetragen hat.

III. Ausgewählte Ergebnisse⁷

Insgesamt besitzt die berufliche Teilhabe für die Mehrzahl der Befragten einen hohen Stellenwert; viele sehen sich in der Arbeitswelt jedoch häufig, auch aufgrund mangelnder Information mit Unverständnis, aber auch mit Diskriminierung seitens der Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie von Kolleginnen und Kollegen konfrontiert. Dauer und Wege bis zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sind besonders aufgrund der vielfältigen Schnittstellen innerhalb des Systems, vor allem der Weiterweisungslücke aus der primäraugenärztlichen Versorgung zu technischen Hilfen, psychologischer Beratung und berufsorientierenden und -qualifizierenden Leistungen, sehr lang. Die Perspektiven eines Verbleibs oder einer Rückkehr in Arbeit werden von den Betroffenen selbst oft skeptisch beurteilt; die Aussteuerung durch Abfindungsregelungen in Langzeiterwerbslosigkeit oder auch in die Erwerbsminderungsrente wird vielfach als unausweichlich erlebt, nicht zuletzt weil gezielte proaktive Hilfeangebote kaum unterbreitet oder von den Betroffenen nicht in Anspruch genommen werden oder aufgrund der sehr verstreuten oder fehlenden Informationen oder mangelnder Barrierefreiheit nicht genutzt werden können. Im Folgenden werden spezifische förderliche Faktoren und Barrieren für die Arbeitsmarktteilhabe erblindeter/sehbehinderter Menschen zusammengefasst:

1. Förderliche Faktoren

- **Personenbezogene Merkmale:** als förderlich erweisen sich hier insbesondere eine abgeschlossene Berufsausbildung, langjährige Berufserfahrung, eine innerbetriebliche Verankerung, gute Leistung und eine stabile Position im Unternehmen. Eine wichtige Rolle spielen auch die individuelle Veränderungsbereitschaft (Erlernen neuer fachlicher Inhalte) und ganz besonders die Bereitschaft zur aktiven Nutzung von Kompensationstechniken und Hilfsmitteln. Weitere positive Faktoren sind die gezeigte Motivation zum Beschäftigungserhalt und das Durchhaltevermögen im Arbeiten mit Beeinträchtigung. Günstig sind auch eine hohe Sozialkompetenz, zu der auch die Veröffentlichungsbereitschaft etwa des zunehmenden Sehverlusts und eine gute Selbstpräsentation gehören.

⁷ Ausführlich dazu unser Endbericht:
<https://www.projekte.hu-berlin.de/de/kardorff/projektberichte/von-der-ophthalmologischen-rehabilitation-zur-beruflichen-teilhabe-orelta-1/view>.

- **Berufliche Rahmenbedingungen:** günstige Voraussetzungen sind hier ein bereits bestehendes Arbeitsverhältnis und die Bereitschaft des Unternehmens zur Ermöglichung flexibler Arbeitsmodelle und die Schaffung einer der Beeinträchtigung/ Behinderung angepassten Arbeitsorganisation. Eine Beschäftigungssicherung setzt oft nur in Großunternehmen und Verwaltungen vorhandene innerbetriebliche Umsetzungsmöglichkeiten auf einen leidensgerechten Arbeitsplatz voraus. Förderlich sind zudem betriebliche Hilfen (wie Betriebliches Eingliederungsmanagement, Arbeitsplatzanpassung) und vor allem eine inklusive Unternehmenskultur bei Unternehmensführung und Belegschaft.
- **Leistungsangebote seitens außerbetrieblicher Einrichtungen:** Proaktive Angebote von LTA-Leistungen (Arbeitsplatzanpassung, Blindentechnische Grundbildung etwa in BFWs, Qualifizierungsmaßnahmen; besondere Angebote für akademisch qualifizierte Beschäftigte, vgl. auch FN 3).

2. Barrieren

- **Personenbezogene Merkmale:** negativ für eine Beschäftigungssicherung und/ oder (Neu-)Einstellung sind hier eine zu späte Inanspruchnahme medizinischer und anderer Hilfeangebote aufgrund von Verdrängung/Verleugnung der zunehmenden Sehschwäche. Höheres Lebensalter, Komorbiditäten, geringe Belastbarkeit, psychische Vulnerabilität und Versagensängste sind weitere personale Faktoren, die sich negativ auf den Zugang zu oder den Erhalt von Arbeit auswirken. Individuell erschwerend sind ein fehlendes soziales Unterstützungsnetz und vor allem unzureichende Kenntnisse von Hilfsmitteln und anderen beruflichen (Unterstützungs-) Möglichkeiten.
- **Berufliche Rahmenbedingungen:** befristete Arbeitsverträge stellen sich hier wie in anderen Bereichen als besonderes Risiko für den Arbeitsplatzverlust dar. Konkret erweisen sich eine Inkompatibilität technischer Hilfsmittel mit vorhandenen Arbeitsmitteln und fehlende Kenntnisse des Arbeitgebers zu Unterstützungsmöglichkeiten aus. Hinzu kommen das Zurückschrecken vor bürokratischen Hürden und eine erlebte Überforderung durch Unwissen sowie Vorurteile hinsichtlich der Leistungsfähigkeit und des Unterstützungsaufwands für die Zielgruppe. Negativ wirken ein fehlendes Verständnis für die besonderen Bedarfe der sehbehinderten/blinden Beschäftigten und eine oftmals berichtete Diskriminierung durch Kolleginnen und Kollegen z. B. aufgrund einer von ihnen wahrgenommenen Bevorzugung der behinderten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (etwa durch besonders große Bildschirme, die diese selbst auch gerne hätten).
- **Versorgungssystem:**
 - **Primäraugenärztliche Versorgung:** zentrale Barrieren sind hier ein fehlendes Bewusstsein für eine Zuständigkeit jenseits der medizinischen Behandlung, mangelnde Beratungskompetenz und Wissen sowie mangelnde Sensibilität im Umgang mit Betroffenen; geringes Interesse an den betroffenen

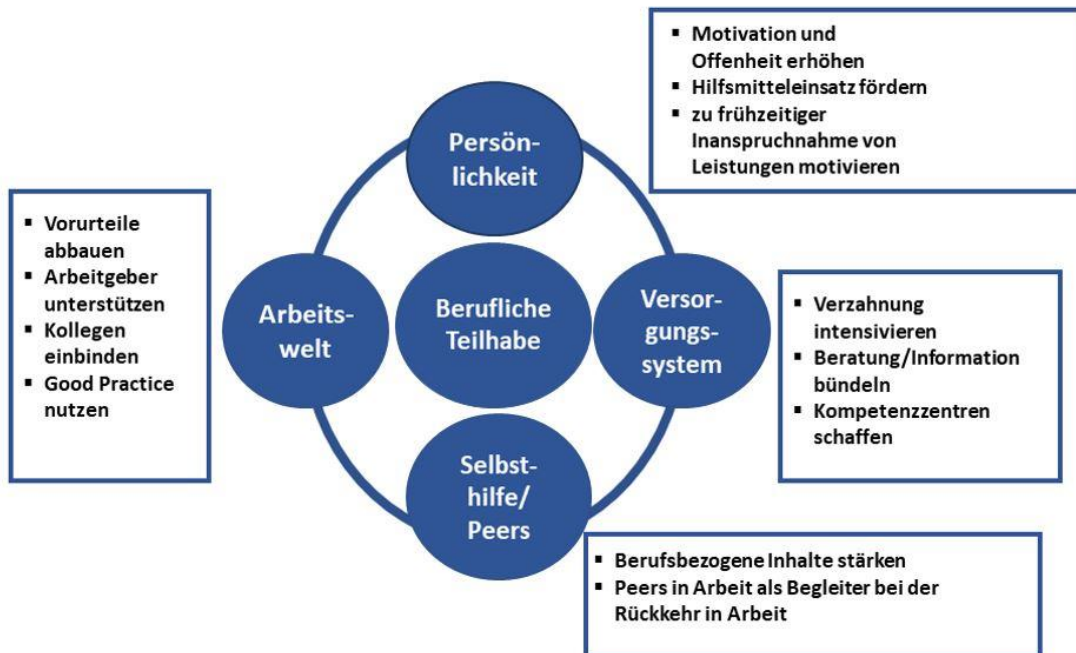
Patienten, bei denen bislang die medizinischen/-technischen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft erscheinen;

- **Schnittstellenprobleme im System:** unzureichende Verzahnung der medizinischen Versorgung mit Angeboten der medizinischen und vor allem der sozialen und beruflichen Rehabilitation;
- **Leistungsträger:** komplizierte und langandauernde Antragsverfahren; oft schwer nachvollziehbare Entscheidungen; teilweise Verweigerung moderner technischer Hilfsmittel aus Kostengründen insbesondere seitens der Krankenkassen: Betroffene müssen sich dafür rechtfertigen, dass sie beruflich erforderliche blindentechnische Hilfsmittel auch privat nutzen, was auf die künstliche Trennung zwischen Arbeits- und Lebenswelt verweist und die Möglichkeiten des Home-Office nicht berücksichtigt. Dass Beeinträchtigungen sich auf das gesamte Leben beziehen, wird in der Selbstbezüglichkeit und im Ressortdenken der Leistungsträger ausgeblendet.
- **Leistungsangebote:** fehlende technische Schulung und Nachbetreuung sowie erforderliche Anpassungen an technische Neuerungen bei der Hilfsmittelversorgung. Nur vereinzelte Angebote zur Wiedereingliederung spezieller Zielgruppen innerhalb der sehbehinderten und Blindenpopulation, etwa von Akademikerinnen und Akademikern. Allgemein muss ein unzureichendes Angebot psychologischer Unterstützung konstatiert werden, das aufgrund der von Expertinnen und Experten wie von Betroffenen berichteten besonderen psychischen Belastungen aufgrund und infolge der Beeinträchtigungen/Behinderungen dringend erforderlich erscheint.

IV. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Arbeitsmarktteilhabe blinder und sehbehinderter Menschen lässt sich – nicht zuletzt aufgrund der großen Heterogenität der Zielgruppe und des zersplitterten Versorgungssystems – als multifaktorielles Zusammenspiel individueller Haltungen und struktureller Bedingungen beschreiben. Daher kann es keine „one fits all“-Lösungen geben; gleichwohl lassen sich **allgemeine** Empfehlungen für eine verbesserte personenzentrierte Passung der Hilfen und für vernetzte Versorgungspfade formulieren.

Abbildung 2 Zusammenspiel der relevanten Faktoren zur Arbeitsmarktteilhabe der Zielgruppe⁸



1. Empfehlungen zur Bedarfsermittlung

- Konsequente Orientierung an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) zur differenzierten Bedarfsfeststellung *aller* individuellen Teilhabebedarfe in den Bereichen Arbeit, Familie, Alltagsleben, Kultur, etc. Das zur Bestimmung von Graden der Behinderung benutzte medizinische Kriterium des Visus (Sehschärfe) ist für die Zuerkennung von (beruflichen) Teilhabeleistungen aus Sicht von Fachleuten wie Betroffenen und ihrer Interessenverbände weder hinreichend noch geeignet;

⁸ Abbildung 2 zeigt einen mittig zentrierten Kreis, welcher von vier weiteren miteinander verbundenen Kreisen umrahmt ist. Die mittige Form steht für die **berufliche Teilhabe**, die anderen vier Kreise bezeichnen die dafür in unserer Studie ermittelten zentralen Einflussgrößen **Persönlichkeit**, **Arbeitswelt**, **Versorgungssystem** und **Selbsthilfe/Peers**. In den Erläuterungen zu den einzelnen Einflussgrößen finden sich Empfehlungen zur Verbesserung der Rehabilitation (und deren Voraussetzungen). Für **Persönlichkeit** etwa: Erhöhung der Motivation und Offenheit, Förderung des Hilfsmiteinsatzes und Motivation zur frühzeitigen Inanspruchnahme von Leistungen. Für den Bereich **Arbeitswelt** werden als Zielgrößen u. a. genannt: Vorurteile abbauen, Arbeitgeber unterstützen, Kollegenschaft einbinden und Erfahrungen Guter Praxis nutzen. Mit Blick auf das **Versorgungssystem** geht es u. a. darum, die Verzahnung der Angebote zu intensivieren, Beratung/Information zu bündeln und Kompetenzzentren zu schaffen. Hinsichtlich der Selbsthilfe und der Peers geht es z. B. darum, berufsbezogene Inhalte zu stärken und Peers in Arbeit als Begleitende bei der Rückkehr in Arbeit zu gewinnen.

- Verbesserung der versorgungsepidemiologischen Datenlage, um die Arbeitsmarktteilhabe differenzierter und umfassender beschreiben zu können.

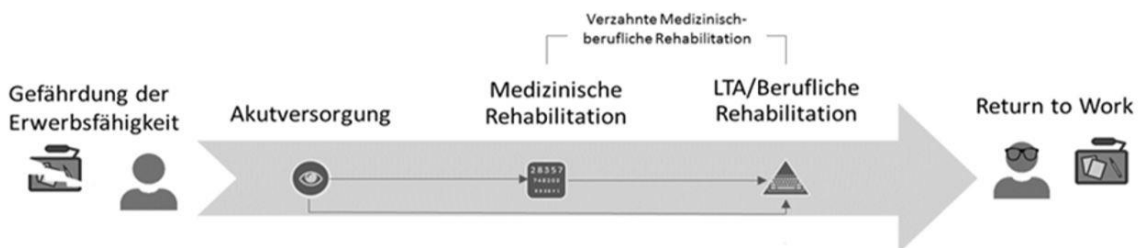
2. Empfehlungen für barrierefreie Informationen und individuelle Beratung:

- Zugehende Aufklärung und Beratung von Arbeitgebern, etwa durch einschlägige Fachkräfte vermittelt durch den Firmenservice der Rentenversicherung, durch spezialisierte IFDs und die Integrationsämter;
- Etablierung **einer (!)** leicht zugänglichen, offiziellen und qualitätsgesicherten sowie adressatengeprüften **Informationsplattform im Internet**, z. B. im MP3-Format, USB-Sticks, Flyer, Videoclips, etc.; ein Beispiel stellt das Modellprojekt des Deutschen Vereins für Blinde und Sehbehinderte in Studium und Beruf e. V. dar: iBoB = inklusive berufliche Bildung ohne Barrieren.⁹
- Bedarfsorientierte Beratung über die gesamte Versorgungskette durch Lotsen an einschlägigen **Kompetenzzentren** (z. B. an BFWs; spezialisierten Integrationsfachdiensten; augenärztlichen Versorgungszentren/Schwerpunktpraxen; und bei einschlägigen Selbsthilfeorganisationen und Fachverbänden).

3. Strukturierte Versorgungspfade

Auf Basis der beschriebenen Defizite an den Schnittstellen zwischen primäraugenärztlichen, rehabilitativen, beschäftigungssichernden und berufsqualifizierenden Angeboten empfehlen wir die Entwicklung und Einrichtung **strukturierter Versorgungspfade in einem sektorenübergreifenden Versorgungsmodell**:

Abbildung 3 Sektorenübergreifendes Versorgungsmodell¹⁰



- Einrichtung **träger- und rechtskreisübergreifend finanzierter Kompetenzzentren** je Bundesland. Aufgaben: **Teilhabebedarf in Beruf und Alltag identifizieren** z. B. durch interdisziplinäre Teams von Augenärztinnen und -ärzten, Optometristinnen und Optometristen, Reha-Pädagoginnen und -Pädagogen, Reha-Fachberaterinnen

⁹ Vgl. <https://weiterbildung.dvbs-online.de>.

¹⁰ Abbildung 3 enthält einen Richtungspfeil, der von der erkannten Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine idealtypische Versorgungskette zeigt, die über die Akutversorgung (niedergelassener Augenarzt, Akutklinik) und eine verzahnte medizinische und berufliche Rehabilitation den Weg zurück in Arbeit darstellt.

und -berater und die Übernahme einer **Lotsenfunktion** zur zielgenauen und von den Betroffenen akzeptierten Allokation zu Angeboten und Maßnahmen. Die Funktionen und Aufgaben derartiger Kompetenzzentren können sinnvollerweise an bestehende Strukturen angebunden werden, z. B. an die auf Blinde/Sehbehinderte spezialisierten Berufsförderungswerke, an spezialisierte Integrationsfachdienste; oder an regional existierende augenärztliche Medizinische Versorgungszentren. Um den Namen „Kompetenzzentrum“ zu Recht tragen zu können bedarf es der Entwicklung konsentierter Standards (wie z. B. Multidisziplinarität und -professionalität, sehbehindertenspezifische Diagnose-, Beratungs- und Weitervermittlungskompetenz).

- Bedarfsorientierte Weitervermittlung im Sinne von „Managed Cases“ innerhalb des Versorgungssystems unter Einbeziehung der niedergelassenen Augenärztinnen und -ärzte, die an die oben beschriebenen Kompetenzzentren weitervermitteln;
- „Case Management“ innerhalb der einzelnen Versorgungsbereiche im Sinne der im BTHG verankerten Personenzentrierung; die Aufgabe des Case-Managements muss regionalisiert erfolgen, etwa in den oben beschriebenen Kompetenzzentren.

V. Literatur

Bach (2015): Blinde Menschen im Erwerbsleben (Teil III). Erschienen in: Horus, Heft 1, S. 18–21. Marburg.

Bach (2018): Die Situation blinder und sehbehinderter Menschen am Arbeitsmarkt, in Beschäftigung und in Fort- und Weiterbildung – auch in internationaler Perspektive. In: Wansing, Welti, Schäfers (Hrsg.): Das Recht auf Arbeit für Menschen mit Behinderungen. Internationale Perspektiven. (S. 247–274). Baden-Baden: Nomos Verlag.

BMAS (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung.

https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-16-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=1

BMAS (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung.

<https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/teilhabebericht-1871680>

Destatis (2018): Arbeitsmarkt auf einen Blick. Deutschland und Europa. S. 6. Wiesbaden.

Kappus, Gisbert-Miralles, von Kardorff (2020): ORELTA. Von der Ophthalmologischen Rehabilitation zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Abschlussbericht.

<https://www.projekte.hu-berlin.de/de/kardorff/projektberichte/von-der-ophthalmologischen-rehabilitation-zur-beruflichen-teilhabe-orelta-1/view>

Kroos, Karato, Meyer & Sommer (2020): AKTILA-BS: Aktivierung und Integration (langzeit-)arbeitsloser blinder und sehbehinderter Menschen.

https://www.rehadat-forschung.de/export/sites/forschung-2021/lokale-downloads/BMAS/FO125785_Abschlussbericht.pdf

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.
