



# Rehabilitation bei Sehverlust aus Sicht der GKV

**Fachtagung „Ophthalmologische Grundrehabilitation“ der DVfR und des DBSV**

29. Januar 2016, Bonn-Bad Godesberg

# Gliederung

- Einleitung / Ausgangslage
- Ophthalmologische Rehabilitation aktuell
  - *Leitlinien, Literatur*
  - *Visuelle Rehabilitation*
  - *Soziale Rehabilitation*
- Leistungen der GKV
  - *Hilfsmittelversorgung*
  - *Medizinisches Basistraining für blinde und sehbehinderte Menschen*
  - *Orientierungs- und Mobilitätstraining*
  - *Medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV*
    - *Indikationsvoraussetzungen*
    - *Aktuelle Versorgungsangebote*
- Handlungsbedarf/Ausblick



# Einleitung / Ausgangslage

## Häufigste Ursachen für schwere Sehbehinderung und Erblindung in Industrieländern:

- Altersbedingte Makuladegeneration ( mit 32 % an 1. Stelle)
- Glaukom( an 2.Stelle)
- Diabetische Retinopathie( an 3.Stelle)

aber auch zunehmende Zahl an zerebralen Insulten mit persistierenden Sehstörungen

Hinzu kommen als mögliche Ursachen Traumata und Tumoren

Nach Hochrechnung der WHO-Statistik gibt es in Deutschland ca. 164 000 Menschen, die im Sinne des Gesetzes blind sind und geschätzt zwischen 500 000-1,2 Millionen Sehbehinderte

# Sehbehinderung und Blindheit ( nach deutschem Recht)

**Hochgradige Sehbehinderung:** ab  
Sehschärfenreduktion auf dem besseren Auge von  $</math>  
 $= 0,05$$

**Blindheit im Sinne des Gesetzes :** besteht ab  
Sehschärfenreduktion auf dem besseren Auge von  $</math>  
 $= 0,02$  bei intaktem Gesichtsfeld oder bei einer  
beidseitigen konzentrischen  
Gesichtsfeldeinschränkung auf  $5^\circ$  (unabhängig von  
der Sehschärfe)$



# Was bedeutet erhebliche Sehbehinderung oder Erblindung?

- Bei erheblicher Sehbehinderung und Erblindung steht i.R. zunächst der Verlust der Lesefähigkeit im Vordergrund.
- Bei einer vorwiegend visuell ausgerichteten Welt bedeutet dies
  - *Verlust der Selbständigkeit/ Autonomie ( z.B. Regeln von Geldangelegenheiten, Post, Rechnungen, Einkaufen etc.), Kommunikation und geistiger Mobilität*
- Verlust an Flexibilität und Mobilität( Auto fahren, Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel)
- Verlust des Arbeitsplatzes/ Minderung der Erwerbsfähigkeit
- Erheblicher Verlust an Lebensqualität mit erhöhter Prävalenz für Depression und Angst

Erblindung oder erhebliche Sehbehinderung führt zu erheblichen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe, die praktisch alle Lebensbereiche betreffen.

# Ophthalmologische Rehabilitation- aktuell

Was findet sich in Leitlinien und aktueller Literatur (des deutschsprachigen Raumes) ?

- Leitlinie Nr.7 „ Versorgung von Sehbehinderten und Blinden“ ( LL der Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V., Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e.V., August 2011):
  - *Begriff der **Rehabilitation** findet sich hier **nicht***
  - *Therapie :*
    - *Verordnung von Sehhilfen, Vorlesegeräte, Mobilitätstraining mit Langstock*
    - *Information über ergänzende Hilfsmittel*
    - *Hinweis auf Selbsthilfegruppen*
    - *Soziale Hilfen ( z.B. Schwerbehindertenausweis, Blindengeld), Training für lebenspraktische Fertigkeiten*
- Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes: Prävention und Therapie von Netzhautkomplikationen ( 2.Auflage, Version1, September 2015)
  - **5.2.4 Versorgung mit vergrößernden Sehhilfen** *Wenn es zu einem Verlust der Lesefähigkeit mit den normalen Sehhilfen gekommen ist, sollten bei stabiler Blutglukose-Situation und stabilem Augenbefund optische oder auch elektronische vergrößernde Sehhilfen angepasst werden. (Expertenkonsens)*

# Ophthalmologische Rehabilitation- aktuell

- In der Literatur findet sich am häufigsten der Begriff „**visuelle Rehabilitation**“
  - z.B. Übersichtsarbeit „*Zeitgemäße Möglichkeiten visueller Rehabilitation*“ (Deutsches Ärzteblatt, Jg.108, Heft51-52, 26.Dezember 2011),
  - *Einfluss visueller Rehabilitation auf sekundäre depressive Störungen bei altersabhängiger Makuladegeneration (Der Ophthalmologe -5, 2013)..*
  - „*Visuelle Rehabilitation bei Menschen mit Diabetes*“ (CME -Fortbildung in „Der Diabetologe, 12/2015)
- Sonderform „**neurovisuelle Rehabilitation**“
  - *Bei neurovisuellen Störungen nach erworbenen Hirnschädigungen*
  - „*Evidenzbasierte Verfahren der neurovisuellen Rehabilitation*“ K. Kerkhoff *Neurologie & Rehabilitation 2-2010 ,Darstellung auch in der Übersichtsarbeit im Deutschen Ärzteblatt*

# Visuelle Rehabilitation

- Umfassendes Gespräch zur körperlichen, geistigen u . sozialen Situation des Patienten, Erfassen der individuellen Wünsche und Probleme( Lesen, Schreiben, Computerarbeit, Arbeitsplatz, Haushalt, Hobbys, etc.)
- Anpassung von Sehhilfen, z.B.
  - *Brille, Monokulare für die Ferne*
  - *Fernrohrlupenbrille ,elektronische Lupen für die Nähe*
- Verordnung von Blindenhilfsmittel
- Zur Orientierung und Fortbewegung: Langstock, Blindenleitgeräte, Mobilitätstraining
- Zur Informationsgewinnung und Kommunikation, z.B.
  - *Bildschirmlesegeräte*
  - *Vorlesesysteme, PC mit Sprachangaben*
- Handhabung der Hilfsmittel, Erlernen von Kompensationsmöglichkeiten

Beratung und Hilfsmittelanpassung i.S. der *Visuellen Rehabilitation* erfolgt durch **Sehbehindertenambulanzen**( meist an Augenkliniken angegliedert)



# Neurovisuelle Rehabilitation

- Neurovisuelle Störungen treten bei 30-60% der Patienten nach erworbenen Hirnschädigungen auf:
  - *Homonyme Gesichtsfeldausfälle*
  - *Multimodaler Neglect*
  - *Störungen der räumlichen Wahrnehmung*
  - *Kognitionsstörungen*
- Hierfür kommen verschiedene Behandlungsverfahren zum Einsatz:
  - *z.B. visuelles und audiovisuelles Stakkadentraining, visuelles Explorationstraining bei homonymen Gesichtsfeldausfällen oder*
  - *Visuelles Explorationstraining, visuomotorische Prismenadaption bei multimodalen Neglect*

# Soziale Rehabilitation

- **schulische und berufliche Rehabilitation**
  - *Sehbehindertenschule*
  - *Berufsbildungswerke*
- **Soziale Beratung** zu Schwerbehindertenausweis, Blindengeld, sehbehinderten/ o. blindengerechtes Wohnen
- **Lebenspraktische Fähigkeiten und Mobilitätstraining**
- **Selbsthilfegruppen**
  
- **Psychologische Beratung** und Betreuung insbesondere zur Krankheitsbewältigung

# Leistungen der GKV

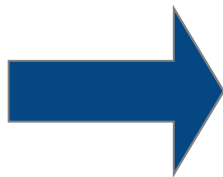
## Wesentliche gesetzliche Grundlagen im SGB V:

- **§11 SGB V-Leistungsarten**
- **§27 SGB V- Krankenbehandlung**
- **§33 SGB V –Hilfsmittel**
- **§40 SGB V- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**
- **§43 SGB V- Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation**

# Gesetzliche Grundlagen im SGB V

## § 11 SGB V: Leistungsarten

(2) Versicherte haben ... Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ..., die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.



***Rehabilitationsziel der GKV***  
***Reha vor und bei Pflege***

# Gesetzliche Grundlagen im SGB V

## § 27 SGB V – Krankenbehandlung

- (1) Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Die Krankenbehandlung umfasst:

1. Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie
2. Zahnärztliche Behandlung + Zahnersatz
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
4. Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe
5. Krankenhausbehandlung
6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen

# Gesetzliche Grundlagen im SGB V

## § 33 SGB V- Hilfsmittel

- (2) Versorgung mit Sehhilfen
- (3) Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen
- (4) Erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen

Der Gemeinsame Bundesausschuss(G-BA) bestimmt in Richtlinien nach §92 , bei welcher Indikation therapeutische Sehhilfen, Kontaktlinsen verordnet werden.

**Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung ("Hilfsmittel-Richtlinie - HilfsM-RL") - Stand 17. Juli 2014, Kapitel B. Sehhilfen (§§12-17)**

# Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

## § 40 SGB V

- (1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche **ambulante** Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 c besteht; dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein. Leistungen nach Satz 1 sind auch in stat. Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI zu erbringen.
- (2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse **stationäre** Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2a SGB IX zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht (für pflegende Angehörige auch in zertifizierten Rehaeinrichtungen nach § 111a SGB V möglich)



***aber zu beachten ist subsidäre Leistungszuständigkeit der GKV***

# Subsidiäre Leistungszuständigkeit der Krankenkasse

- Die Leistungszuständigkeit der Krankenkasse bei Rehabilitationsmaßnahmen ist nachrangig gegenüber den Leistungen anderer Sozialversicherungsträger, insbesondere der Rentenversicherung.
- Die Krankenkasse leistet nicht, wenn die Leistungen zur Rehabilitation auf einen Versicherungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung zurückzuführen sind.
- Ausgenommen von der Subsidiaritätsregelung sind Maßnahmen nach § 31 SGB VI (z. B. onkologische Nachsorgeleistungen und Kinderheilbehandlungen).



# Medizinisches Basistraining für blinde und sehbehinderte Menschen

- Neben der Versorgung mit Hilfsmitteln zum Ausgleich von Sehbehinderung und Blindheit ist zu Lasten der GKV gemäß Empfehlung vom 13.06.2006 eine Kostenübernahme eines medizinischen Basistrainings für blinde und sehbehinderte Menschen( LPF-Training) möglich.
- In der Empfehlung wird der Personenkreis, Ausschlusskriterien, Zugang zur Leistung, Leistungsinhalte, Richtgrößen für Leistungseinheiten, Leistungsgeber definiert.
- Leistungsinhalte:
  - *Zu den alltagsrelevanten Basisfertigkeiten ( in Anlehnung an §14 SGB IX) aus Sicht der GKV zählen*
    - Ernährung
    - Körperpflege
    - Hauswirtschaftliche Versorgung

# Medizinisches Basistraining für blinde und sehbehinderte Menschen

- *Die Leistungen umfassen geeignete Maßnahmen insbesondere zur:*
  - *Desensibilisierung und Sensibilisierung einzelner Sinnesfunktionen*
  - *Koordination, Umsetzung und Integration von Sinneswahrnehmungen*
  - *Verbesserung der Körperwahrnehmung*
  - *Kompensation eingeschränkter praktischer Möglichkeiten durch Verbesserung der kognitiven Funktionen, Erlernen von Ersatzfunktionen*
- *Leistungsumfang:*
  - *Blinde Patienten i.d.R. bis zu 20 Einheiten*
  - *Hochgradig sehbehinderte Patienten i.d.R. bis zu 10 Einheiten*
  - *Leistungseinheit dauert 45-60 Minuten*
- *Leistungserbringer:*
  - *Ausgebildete Rehabilitationslehrer für Blinde und Sehbehinderte*
- *Zugang zur Leistung:*
  - *Begründete Befürwortung des Vertragsarztes über Maßnahmen zur sensomotorisch-perzeptiven Behandlung*

# Orientierungs-und Mobilitätstraining

- Bei erstmaliger Verordnung von Blindenlangstöcken und/ oder Leitgeräten (Produktgruppe 07 „Blindenhilfsmittel“ des Hilfsmittelverzeichnis) ist eine spezielle Schulung erforderlich. Dafür steht ein umfassendes Orientierungs- und Mobilitätstraining zur Verfügung, das zu Lasten der GKV erbracht werden kann ( „ Hinweise des GKV-SV zum Blindenstocktraining“ August 2009)
- Es gliedert sich in 2 Module:
  - *A- Grundlegende Verhaltenstechniken und Fähigkeiten*
  - *B- Hilfsmittelbezogene Inhalte*
- Für Basistraining (Modul A+B) stehen 40 Einheiten à 45 Minuten zur Verfügung
- Verlängerung auf bis zu 80 Einheiten ist möglich, insbesondere bei Personen mit zusätzlichen motorischen, kognitiven oder psychischen Behinderungen
- Das Training erfolgt in der gewohnten Lebensumgebung, somit mobil am Wohnort

# Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Ist die ärztliche Behandlung einschließlich Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zur Beseitigung oder Verminderung der Schädigungen und alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe nicht ausreichend, ist zu prüfen, ob eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden ambulant, ambulant mobil oder stationär erbracht.

## Indikation für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation:

Eine Leistung der med. Reha nach §40 SGB V ist nur dann indiziert, wenn die nachfolgenden Kriterien erfüllt sind

- ***Rehabilitationsbedürftigkeit***
- ***Rehabilitationsfähigkeit***
- ***Realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele und***
- ***Eine positive Rehabilitationsprognose***

# Rehabilitationsbedürftigkeit

wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- *voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder*
- *Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen*

*und über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.*

# Rehabilitationsfähigkeit

besteht, sofern die Person

- *aufgrund ihrer körperlichen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und die Mitwirkung bei der Maßnahme notwendige Belastbarkeit besitzt*

## Rehabilitationsziele

### übergeordnetes Ziel:

- *Behinderung einschließlich Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten.*
- *Rehabilitationsziele sollten **individuell, alltagsrelevant** und **realistisch** sein, person- und umweltbezogene Kontextfaktoren sind dabei zu berücksichtigen.*

# Rehabilitationsprognose

Medizinisch begründete *Wahrscheinlichkeitsaussage*

unter Beachtung und Förderung individueller, positiver Kontextfaktoren

- auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung,
- des bisherigen Verlaufs,
- des Kompensationspotenzials oder der Rückbildungsfähigkeit

durch eine geeignete Leistung in einem angemessenen Zeitraum die festgelegten Reha- Ziele zu erreichen

# Aktuelle Versorgungsangebote

- **Ambulante Rehabilitation**
- Ambulante Rehabilitationseinrichtungen, wie sie z.B. für muskuloskeletale kardiologische oder neurologische Erkrankungen zur Verfügung stehen, gibt es bisher für ophthalmologische Erkrankungen nicht.
- Mobile Rehabilitation steht derzeit als mobile geriatrische Rehabilitation in geringem Umfang zur Verfügung.
- Gemäß Rahmenempfehlung ( 1.05.2007) sieht diese als Indikations- und Zuweisungskriterium auch vor:
  - *eine erhebliche Schädigung der **Seh-**und Hörfunktion (z.B. **blinde** oder taube Patienten) , so dass das vertraute und angepasste Wohnumfeld zur Unterstützung und Förderung genutzt werden muss*
  - *Aber i.R. sind nicht die Sehbehinderung oder Erblindung Anlass für die mobile geriatrische Rehabilitation, sondern typische antragsrelevante Hauptdiagnosen, wie Z. n. Schlaganfall oder Z. n. Hüftgelenksnahen Frakturen.*



# Stationäre ophthalmologische Rehabilitation

In Deutschland stehen seit Jahrzehnten zwei etablierte Rehabilitationskliniken für die Behandlung von Menschen mit Augenerkrankungen zur Verfügung:

1. Fachkliniken Sonnenhof, 79862 Höchenschwand
2. Masserberger Klinik , 98666 Masserberg ,Thüringen

## Fachkliniken Sonnenhof

Indikationen:

- *Autoimmunologische entzündliche Augenerkrankungen(Uveitis)*
- *Degenerative Augenerkrankungen( Maculadegeneration, Retinopathia pigmentosa)*
- *Posttraumatische Augenschäden*
- *Postoperative Behandlungen( AHB)*

# Fachkliniken Sonnenhof

## Behandlungskonzept /-elemente

Neben der ärztlichen Betreuung , augenärztlicher Diagnostik und Therapie stehen für die ophthalmologischen Patienten folgende Therapien zur Verfügung:

- **Psychotherapie** zur Krankheitsverarbeitung ( häufig angstbetonte Depressionen)
- **Visuelle Rehabilitation**
  - *In der Klinik steht eine LOW-VISION –Abteilung zur Verfügung, welche optische Hilfsmittel ( vom einfachen Bildschirmlesegerät bis zum Vorlesegerät) vorhält*
- **Ergotherapie** , diese schult die Patienten gezielt im Umgang mit den Hilfsmittel, trainiert die lebenspraktischen Fähigkeiten und kann b. B. mit einem Mobilitätstraining beginnen
- **Sozial-ophthalmologische Beratung**( insbesondere im Hinblick auf Umschulung im Beruf für hochgradig Sehbehinderte)
- **Pflegerische Versorgung**
- Ergänzend können Physiotherapie /Physikalische Therapien zur Anwendung kommen

# MASSERBERG KLINIK

## Indikationen:

- *Sämtliche entzündliche Erkrankungen des Auges, des Sehnervs und der Sehbahn*
- *Grüner Star und Folgeschäden*
- *Primäre und sekundäre Tumore des Auges und der Augenhöhle (Aderhautmelanom)*
- *Sehstörungen und Blindheit*
- *Verletzungen und Verätzungen am Auge und deren Folgeschäden*
- *Netzhautdegeneration, alle Formen der Maculadegeneration*
- Die Kombination ophthalmologischer und onkologischer Rehabilitation ist eine Besonderheit der Klinik
- Kapazität 40 Betten

# MASSERBERG KLINIK

## **Behandlungselemente sind u.a.:**

- Ergotherapie ( z.B. Augentraining)
- Psychologische Behandlung/ Betreuung
- Physiotherapie/ Physikalische Therapien
- Sozialdienst

## **Kooperationen bestehen mit:**

- mit BFW-Halle, Kompetenzzentrum rund um das Sehen, spezialisiert auf die berufliche Neuorientierung blinder und sehbehinderter Erwachsener
- Blindenhilfe Halle

# Ausblick / Handlungsbedarf

Das Schicksal der Erblindung oder der hochgradigen Einschränkung des Sehvermögens gehört zu den Urängsten der Menschheit. Erblindung stellt ein dramatisches Lebensereignis dar und ist in seinen Krankheitsauswirkungen mindestens vergleichbar mit einem akuten Schlaganfall oder schwerer Systemkrankheiten.

- Die frühzeitige Einleitung der zur Verfügung stehenden rehabilitativen Maßnahmen ist notwendig
- Grundsätzliche Sicherstellung eines zeitnahen und flächendeckenden Zugangs zu visueller Rehabilitation und psychosozialer Beratung
- Wesentlich ist eine gute Betreuung der Patienten im ambulanten Bereich, damit Sie in ihrem gewohnten Lebensumfeld langfristig zurechtkommen und in diesem verbleiben können.

# Ausblick / Handlungsbedarf

- Diese setzt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Augenärzten, Orthoptistinnen, Neurologen, Neuropsychologen, „Low Vision“ Spezialisten, Hilfsmittelanbietern , Ergotherapeuten etc. voraus sowie eine optimale Koordination der erforderlichen Maßnahmen
- Bei Patienten nach Erblindung oder eingetretenem hochgradigem Sehverlust kann auf Grund der komplexen Krankheitsauswirkungen mit nicht nur vorübergehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe aus sozialmedizinischer Sicht eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation (als mehrdimensionale, interdisziplinäre Komplexleistung) im Einzelfall erforderlich sein

# Ausblick / Handlungsbedarf

- Erhebliche Sehbehinderung und Erblindung betrifft sowohl Menschen im erwerbsfähigen Alter als auch ältere ,nicht mehr erwerbstätige Versicherte
- Auch eine AMD ist keine reine „ Alterskrankheit“, sie tritt zunehmend auch bei jüngeren Versicherten vor dem 50.Lj. (Altersgruppe 35-49 Jahre )auf
- Bei den Überlegungen zur Schaffung (neuer) komplexer rehabilitativer Angebote muss dies berücksichtigt werden, da
  - *Ziel der medizinischen Rehabilitation der DRV ist „ Reha vor Rente“*
  - *Ziel der GKV“ Reha vor und bei Pflege“*

# Nutzung vorhandener Angebote?

- Ältere Patienten mit durch AMD, diabetischer Retinopathie o. Glaukom eingetretener Erblindung oder hochgradiger Sehbehinderung sind häufig multimorbide und können somit die Kriterien eines **geriatrischen Patienten** erfüllen
- Ambulante, ambulant-mobile und stationäre geriatrische Rehabilitationsangebote stehen in Deutschland zur Verfügung
- Ein denkbarer Ansatz wäre, aufbauend auf den vorhandenen geriatrischen Behandlungskonzepten, diese um spezifische ophthalmologisch orientierter therapeutischen Angebote zu erweitern:
  - *insbesondere Hilfsmittelberatung-,Anpassung-und Training,*
  - *Ergotherapie i.S.-Mobilitätstrainings ,*
  - *psychologische Betreuung*
- Der Fokus sollte dabei auf ambulante Rehabilitation gerichtet sein, um das Erlernte im gewohnten Lebensumfeld zu trainieren



# Braucht es neue Versorgungsstrukturen ?

→ rehabilitativen Maßnahmen sollten:

- *Zeitnah nach Erblindung oder bei erheblichen Sehverlust eingeleitet werden*
- *Sie müssen koordiniert und abgestimmt werden*
- *Sie sollten möglichst ambulant / wohnortnah zur Verfügung stehen*
- *Sie sollten sich an den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Patienten orientieren*

***Trägerübergreifende Beratungen*** zum weiteren konzeptionellen Vorgehen sind erforderlich.

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

