

Drei Lerneinheiten zu Seh- und Hörbehinderung im Alter für Pflegefachpersonen

- Lerneinheit 1: Grundlagen – Sehbehinderung und Hörbehinderung kennen (S. 5–20)
- Lerneinheit 2: Berücksichtigung im RAI – Sehbehinderung und Hörbehinderung erkennen (S. 21–32)
- Lerneinheit 3: Massnahmen – Sehbehinderung und Hörbehinderung anerkennen (S. 33–45)

Erarbeitet 2019 zuhanden der Ausbildung von INTERCARE-Pflegenden an der Universität Basel, Institut für Pflegewissenschaften INS

Herzlich Willkommen zu den Lerneinheiten Seh- und Hörbehinderung im Alter!

Die folgenden Lerneinheiten zu Seh- und Hörbehinderung im Alter wurden 2019 vom Kompetenzzentrum Seh- und Hörbehinderung im Alter (KSIA) für das Projekt INTERCARE des Instituts INS (Nursing Science) der Universität Basel erarbeitet (<https://nursing.unibas.ch/de/forschung/forschungsprojekte/laufende-projekte/intercare/>).

KSIA und sein Trägerverein engagieren sich dafür, dass Personen mit Sinnesbehinderung im Alter *die* spezialisierte Pflege und Betreuung erhalten, die sie brauchen und die ihnen zusteht.

Die Autorinnen dieser Module sind:

Fatima Heussler, lic. iur., Gerontologin INAG, Dozentin bei KSIA

Beatrix Schwitter, dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, Audioagogin bei pro audito Schweiz

Magdalena Seibl, lic. phil. I, M.A. Soziale Arbeit, Dozentin bei KSIA und u. a. zuständig für das wissenschaftliche Monitoring der Schulungen

Die Illustrationen stammen von Andrea Ulrich, Designerin (FH) und wissenschaftliche Illustratorin, Descience, Luzern. Wir finden sie toll, danke, Frau Ulrich!

2

Unser herzliches Dankeschön geht weiter an:

- die Projektleiterin INTERCARE Dr. Franziska Zúñiga und ihre Research Assistant, Kornelia Basinska, für die geduldige Begleitung
- die fachliche Schirmherrin zu den Themen Hörbehinderung und Gehörlosigkeit Dr. med. Tatjana Binggeli, Präsidentin Schweizerischer Gehörlosenbund
- den Experten zu den Themen Hörbehinderung und Gehörlosigkeit: Andreas Janner, Geschäftsführer *sichtbar GEHÖRLOSE ZÜRICH*
- die Experte für Hörsehbehinderung: Tina Aeschbach, SZBLIND Fachstelle Hörsehbehinderung und Taubblindheit, Lenzburg
- Judith Wildi, RN FH, dipl. Pflegeexpertin, Berufsschullehrerin im Gesundheitswesen, MAS Soziale Gerontologie, bei KSIA verantwortlich für Schulungen
- die finanzierenden Förderstiftungen Max Bircher Stiftung, Ebnet Stiftung, Walter Haefner Stiftung, Walter und Louise M. Davidson-Stiftung, August Weidmann Stiftung

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkungen, Führung durch die Lerneinheiten	4
LERNEINHEIT 1 «GRUNDLAGEN – SEHBEHINDERUNG UND HÖRBEHINDERUNG KENNEN»	5
Inhalte und Lernziele der Lerneinheit	5
1. Häufigkeit von Seh- und Hörbehinderung und Pflegebedarf im Alter	6
2. Zentrale Begriffe (s. Übersicht im Anhang).....	7
3. Sehen und Hören – neurologische Funktionen	8
4. Sehen: Anatomie, häufige Augenerkrankungen im Alter, funktionelle Beeinträchtigungen und Interventionen	10
5. Neuroophthalmologische Prozesse: Filling-in und Charles-Bonnet-Syndrom.....	12
6. Merkmale bei Sehbeeinträchtigung (Symptome, Folgen).....	14
7. Schwerhörigkeit im Alter (Presbyakusis), funktionelle Beeinträchtigungen.....	16
8. Zusammenhang von Sehbehinderung und Hörbehinderung mit anderen geriatrischen Beeinträchtigungen.....	19
LERNEINHEIT 2 «BERÜCKSICHTIGUNG IM RAI – SEHBEHINDERUNG UND HÖRBEHINDERUNG ERKENNEN»	21
Inhalt und Lernziele der Lerneinheit.....	21
1. Probleme beim Erfassen und der Beurteilung von Sinnesbehinderung im RAI	22
2. Assessment von Sinnesbehinderungen – Auslöser für Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung	24
3. Vertiefte Abklärung – Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung	25
4. Assessment bei Einschränkungen im Hören oder Sehen mit dem RAI	27
5. Kodierung und Priorisierung von sinnesbehinderungsspezifischen Massnahmen im RAI-NH.....	29
6. Syndrome Seh- und Hörbehinderung im Pflegeprozess und Abgrenzung zu anderen Pflegediagnosen	30
LERNEINHEIT 3 «MASSNAHMEN – SEHBEHINDERUNG UND HÖRBEHINDERUNG ANKENNEN»	33
Inhalt und Lernziele der Lerneinheit.....	33
1. Sinnesbehinderungsspezifische Massnahmen	34
2. Sehbehinderungsspezifische Pflege	35
3. Hörbehinderungsspezifische Pflege	40
4. Auswertung	44
5. Unterstützung zur Umsetzung	44
Literatur- und Quellenangaben	46
Anhänge	48

Vorbemerkungen, Führung durch die Lerneinheiten

Die Lerneinheiten Sinnesbehinderung: *Sehbehinderung und Hörbehinderung* beziehen sich auf Personen, **die im Alter neu eine Seh- oder Hörbehinderung erfahren**. Dagegen haben Personen, die im früheren Lebensalter seh- oder hörbehindert wurden, bereits Strategien für die Kompensationen erworben. Sie sind Expertinnen und Experten ihrer Behinderung. In den drei Lerneinheiten werden im Alter auftretende Seh- und Hörbehinderung beschrieben. Früh erworbene Gehörlosigkeit oder Blindheit gehören nicht dazu.

Sehbehinderung und Hörbehinderung sind sich bezüglich der häufigen Begleiterscheinungen oder Folgen ähnlich. Wo von Sinnesbehinderungen die Rede ist, beziehen sich die Ausführungen sowohl auf Seh- wie auch auf Hörbehinderung. Verschiedenheiten werden bezeichnet.

Abkürzungen:

- Sehbehinderung: SB
- Hörbehinderung: HB

Die zentralen Begriffe werden in Lerneinheit 1, Kap. 2 erklärt. Am Kapitelende sind die wichtigsten Merkmale zusammengefasst. Reflexionsaufgaben laden zu einer Diskussion und Vertiefung des Gelernten ein.

LERNEINHEIT 1 «GRUNDLAGEN – SEHBEHINDERUNG UND HÖRBEHINDERUNG KENNEN»**Inhalte und Lernziele der Lerneinheit****«Grundlagen – Sehbehinderung und Hörbehinderung kennen»**

In dieser Lerneinheit lernen Sie Seh- und Hörschädigung sowie ihre Folgen und Begleiterscheinungen kennen. Die Zusammenhänge mit anderen Pflegeproblemen werden deutlich. Diese Lerneinheit bildet die Grundlage für die Anwendung im Pflegeprozess (Lerneinheit 2).

Lernziele der vorliegenden Lerneinheit:

Am Ende dieser Lerneinheit sind Sie in der Lage:

- zu beschreiben, was unter Sehbehinderung und Hörbehinderung zu verstehen ist
- Folgen und Begleiterscheinungen von Seh- und Hörschädigung zu benennen
- dieses Wissen an die Mitarbeitenden, die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen weiterzugeben
- Zusammenhänge mit anderen Pflegeproblemen zu identifizieren

1. Häufigkeit von Seh- und Hörbehinderung und Pflegebedarf im Alter

Personen mit im Alter erworbener Sinnesbehinderung leben in der Schweiz überproportional häufig in Pflegeheimen. Deutlich weniger Betroffene leben mit Spitexleistungen zuhause.

ACHTUNG: die im Folgenden genannte Studie benutzt den Begriff **Beeinträchtigung** statt **Behinderung**, meint aber dasselbe.

Tabelle 1: Angaben zur Häufigkeit von Seh- und Hörbeeinträchtigung im Alter

Sehbeeinträchtigt Gesamtbevölkerung > 80 Jahre:	21%
Leicht bis schwer sehbeeinträchtigt mit Spitex:	23%
Leicht bis schwer sehbeeinträchtigt in stationären Alterseinrichtungen:	42%
Hörbeeinträchtigt Gesamtbevölkerung > 80 Jahre:	unbekannt*
Leicht bis schwer hörbeeinträchtigt mit Spitex:	29%
Leicht bis schwer hörbeeinträchtigt in stationären Alterseinrichtungen:	48%

Quelle: Spring/SZB. 2017. Sehen und hören in Spitex- und Heimpflege. St. Gallen: SZB. Die Studie untersucht die RAI-Daten von 40'000 Personen in der Schweiz und bildet die pflegerischen Beurteilungen ab.

* Prozentuale Angaben liegen uns nicht vor. Schätzungen von Pro Audito liegen bei 70%–75%.

Bis ins Jahr 2045 dürfte sich die Anzahl der über 85-Jährigen annähernd verdoppeln. Damit steigt die absolute Zahl von Personen mit Sinnesbehinderung in den nächsten Jahren markant an, auch bei gleich bleibendem Prozentsatz.

Merkmale zu Häufigkeit Seh- und Hörbeeinträchtigung in Pflegeheimen:

- 42% der Bewohnenden in Pflegeheimen sind gemäss vorliegenden Zahlen sehbeeinträchtigt.
- 48% der Bewohnenden in Pflegeheimen sind gemäss vorliegenden Zahlen hörbeeinträchtigt.

2. Zentrale Begriffe (s. Übersicht im Anhang)

Allgemein	Sehen	Hören
Schädigung: pathophysiologische Veränderung	Sehschädigung: pathophysiologische Veränderung am Auge, Sehnerv oder im Gehirn (Sehzentren)	Hörschädigung: pathophysiologische Veränderung im Bereich des Mittelohrs, des Innenohrs, des Hörnerven oder im Gehirn; die altersbedingte Hörschädigung heisst medizinisch Presbyakusis
Beeinträchtigung: Im Gesundheitskontext wird oft der Begriff Beeinträchtigung verwendet, wenn eine Behinderung vorliegt, weil Behinderung im KVG (noch) nicht bekannt ist. In diesen Lerneinheiten wird von Behinderung gesprochen, wenn die Person-Umwelt-Situation und nicht ausschliesslich die Situation der Person selber gemeint ist.	Sehbeeinträchtigung: Einschränkungen (kognitiv, emotional, funktional) infolge der nicht kurierten oder nicht kurierbaren Sehschädigung. Die Sehbeeinträchtigung ist für verschiedene Personen bei gleichem Visusverlust oder gleicher Gesichtsfeldeinschränkung subjektiv verschieden.	Hörbeeinträchtigung: Einschränkungen infolge des geminderten Hörvermögens infolge der nicht kurierbaren Hörschädigung. Die Hörbeeinträchtigung ist für verschiedene Personen bei gleicher Frequenz- oder Lautstärkeeinbusse subjektiv verschieden.
Behinderung: Behinderung ist keine objektiv messbare Grösse. Sie ist nicht in den Organen der Person lokalisiert, sondern entsteht aus dem Zusammenspiel zwischen dem Individuum mit seinen Voraussetzungen und den sozialen und baulichen Barrieren der Umgebung (vgl. UN-BRK und WHO ICF)	Sehbehinderung: Einschränkungen der Person mit Sehbeeinträchtigung im sozialen Kontext (gleichberechtigte Teilhabe an Gemeinschaft und Gesellschaft), welche sie aufgrund der kognitiven, emotionalen und funktionalen Folgen aus der Sehbeeinträchtigung erlebt (Person-Umwelt-Situation: <i>person-in-environment</i>)	Hörbehinderung: Einschränkungen der Person mit Hörbeeinträchtigung im sozialen Kontext (gleichberechtigte Teilhabe an Gemeinschaft und Gesellschaft), welche sie aufgrund der kognitiven, emotionalen und funktionalen Folgen aus der Hörbeeinträchtigung erlebt (<i>person-in-environment</i>)
	Sinnesbehinderung: Überbegriff über Hörbehinderung und Sehbehinderung	
	Hörsehbehinderung: Gleichzeitigkeit von Beeinträchtigung des Sehens und des Hörens, eigene Thematik: Die doppelte Sinnesbehinderung bedeutet ein Vielfaches an Belastung, bringt spezifische Schwierigkeiten mit sich und erfordert eigene Lösungsansätze. Der Beizug von Fachpersonen aus den spezialisierten Beratungsstellen wird dringend empfohlen (vgl. Lerneinheit 2, Kap. 12 a).	
	Blindheit: Gesetzlich ist Blindheit definiert als völliges Fehlen von Seheindrücken oder einem Visus von < 0,02 (2%) auf dem besseren Auge oder wenn das Gesichtsfeld 5° und weniger beträgt. Die WHO definiert Blindheit bei einem Visus von < 0,05 (5%) und weniger und einem Gesichtsfeld von < 10°.	Gehörlosigkeit: medizinisch Taubheit oder Anakusis: Abwesenheit von verwertbaren Höreindrücken, rechtlich ab einer Höreinbusse von > 81 dB
	Taubblindheit: Gleichzeitigkeit von Blindheit und Gehörlosigkeit, eigene Thematik: Da weder akustische noch visuelle Kommunikation möglich ist, bedeutet Taubblindheit ein Vielfaches an Belastung und erfordert eigene Kompensations- und Lösungsansätze. Der Beizug von Fachpersonen aus den spezialisierten Beratungsstellen wird dringend empfohlen (vgl. Lerneinheit 2, Kap. 12 a).	
	Erblindung: im Lebensverlauf (d. h. noch nicht bei der Geburt) auftretende Blindheit	Ertaubung: im Lebensverlauf (d. h. noch nicht bei der Geburt) auftretende Gehörlosigkeit
Syndrom: Mehrere Beeinträchtigungen, Befunde und Symptome gehen immer oder häufig miteinander einher (physisch, psychisch oder kognitiv). Es wird davon ausgegangen, dass sie durch die gleiche Ursache bedingt sind. Das Verständnis als Syndrom erlaubt eine Vereinfachung für die pflegerischen Interventionen, indem mit wenigen Interventionen mehrere Pflegeprobleme gleichzeitig behandelt werden.	Syndrom Sehbehinderung: Mehrere beeinträchtigende Folgen gehen mit der Sehbeeinträchtigung einher (physisch, psychisch oder kognitiv). Das Syndrom bezieht die behindernden Belastungen durch das Umfeld/die Umwelt mit ein.	Syndrom Hörbehinderung: Mehrere beeinträchtigende Folgen gehen mit der Hörbeeinträchtigung einher (physisch, psychisch oder kognitiv). Das Syndrom bezieht die behindernden Belastungen durch das Umfeld/die Umwelt mit ein.
	Syndrom Hörsehbehinderung: Mehrere beeinträchtigende Folgen gehen mit der Hörsehbeeinträchtigung einher (physisch, psychisch oder kognitiv). Das Syndrom bezieht die behindernden Belastungen durch das Umfeld/die Umwelt mit ein.	

3. Sehen und Hören – neurologische Funktionen

Seh- oder hörbeeinträchtigte Personen merken meist selber zuerst, dass sie nicht mehr so gut hören oder sehen wie früher. Zu Beginn fällt es den meisten Betroffenen schwer, sich dies einzugestehen und anderen mitzuteilen: schwerhörige und sehbeeinträchtigte Personen verdecken den Wahrnehmungsverlust oft lange erfolgreich.

Das Gehirn nutzt Sehen und Hören ergänzend zum Verstehen. Wir schauen meist auf den Mund der Sprechenden und verstehen so besser. Sehbeeinträchtigte Personen «hören» oft nicht mehr so gut, obwohl sich ihr Gehör nicht verschlechtert hat, wenn sie die Mundbewegungen nicht sehen können. Hörbeeinträchtigte Menschen verstehen besser bei guter Beleuchtung im Gesicht der Sprechenden.

Seh- und Hörbeeinträchtigung schwächt die psychische, psychosoziale (emotional-soziale) und soziale Situation sowie die kognitiven Leistungen (Achtung: keine Demenz! Zur Abgrenzung vgl. Lerneinheit 2, Kap. 1). Sehbeeinträchtigung mindert zusätzlich die Kompetenz in den ADL und IADL.

a. Kognition und Emotion

Die kognitiven, psychischen und psychosozialen Belastungen nimmt die Person meist nicht als Begleiterscheinung der Sinnesbeeinträchtigung wahr. Neben den Einschränkungen in den ADL und IADL sind Sinnesbeeinträchtigungen zudem häufig die Ursache für weitere geriatrische Pflegeprobleme, z. B. des Kreislaufs, der Ernährung, aber auch für Syndrome wie Frailty. Mit spezialisierter Pflege und Betreuung sind diese Folgeprobleme ganz oder teilweise reversibel.

Die Person realisiert eine Sinnesbeeinträchtigung meist dann, wenn sie einen Mangel feststellt: Sie kann z. B. normalen Zeitungsdruck nicht mehr lesen, erkennt Gesichter nicht mehr oder versteht nicht mehr gut, was gesprochen wird.

Sehen und Hören bieten aber dem Gehirn auch die Informationen (Wahrnehmungsreize), die es für die Steuerung und Kontrolle (Erfassung) fast aller Lebensbereiche braucht. Ist die visuelle oder auditive Wahrnehmung eingeschränkt, dann sind auch neurologische Steuerungs- und Kontrollfunktionen bezüglich Kognition, Emotion und bei Sehschädigung zusätzlich bei den grob- und feinmotorischen Aktivitäten beeinträchtigt.

Viele kognitive Prozesse wie Entscheidungsfindung, aber auch Erinnerungs- und Merkfähigkeit (Gedächtnis) oder soziale Orientierung werden durch visuelle oder auditive Wahrnehmungsreize ausgelöst. Das Gesehene und Gehörte weckt Gefühle, bewirkt Verhalten oder Einstellungen. Der Person wird dabei nicht bewusst, dass das Gehirn hierzu Seh- oder Höreindrücke verarbeitet. Fehlen diese visuellen oder auditiven Reize oder sind sie nicht mehr zuverlässig, verliert die Person die psychische, soziale und

örtliche Orientierung, sie ist z. B. in ihren Entscheidungen beeinträchtigt und psychosozial verunsichert. Defizite der Sinneswahrnehmung bewirken Störungen in den komplexen und dominanten neurologischen Prozessen.

b. Motorik

Die Motorik ist weitgehend visuell gesteuert: Das Bewegungsziel wird fokussiert (visuelle Steuerung: z. B. Griff nach einem Glas) oder die Bewegung wird mit einem Kontrollblick (z. B. aus dem Augenwinkel) gelenkt, ohne dass dies der Person bewusst wird. Auch akustische Impulse können auf die Motorik wirken, etwa ein reflexartiges Zusammenzucken, Umdrehen, Hinblicken oder Ausweichen.

Wahrnehmungsdefizite bei Personen mit Seh- oder Hörbeeinträchtigung beruhen nicht auf einer gehirnganischen Schädigung (wie z. B. Demenz). Mit gezielten pflegerischen Interventionen kann die Person lernen, sie weitgehend zu kompensieren.

c. Kein Bedürfnis nach Rehabilitation, aber Bedarf

Fehlen die gewohnten Wahrnehmungsreize für diese unbewussten Gehirnfunktionen, verunsichert das die Person. Sie erkennt meist nicht, welche visuellen oder akustischen Informationen den Nachteil ausgleichen und ihr die nötige Sicherheit geben würden (etwa: wer im Raum ist, wo sich eine Tür befindet, wo ein Glas herunterfiel). Weil der Mangel nicht wahrgenommen werden kann oder eine Veränderung der Situation unvorstellbar ist, äussert die Person auch auf die gezielte Frage hin kein Bedürfnis und entwickelt selten Kompensationsstrategien. Dennoch besteht Unterstützungsbedarf.

Diesem Bedarf entspricht ein Anspruch: Die UN-Behindertenrechtskonvention wurde von der Schweiz 2014 ratifiziert. Wird einer Person die behinderungsspezifische Unterstützung vorenthalten, liegt darin eine Diskriminierung (Nichtgewähren von wirtschaftlichen und wirksamen Massnahmen, die den Nachteil der Behinderung ganz oder teilweise ausgleichen könnten). Sinnesbehinderungsspezifische Pflege ist damit ein rechtlicher Auftrag. Sie erfüllt zudem die Anforderungen des Krankenversicherungsgesetzes, indem sie wirksam, wirtschaftlich und zweckmässig ist.

Merkmale zu neurologischen Funktionen von Sehen und Hören und Funktionsbeeinträchtigungen:

- Bewusst wahrgenommene Funktionen sind z. B. lesen, Gesichter erkennen, kommunizieren.
- Unbewusste Funktionen sind z. B. Orientierung, Erinnerung, Entscheidungsfähigkeit und Gefühle wie Sicherheit oder Zugehörigkeit, Handlungs- oder Bewegungsimpulse.

- Der kognitive oder emotionale Mangel wird meist nicht als Folge der Sinnesbeeinträchtigung erkannt, ein Bedürfnis nach rehabilitativer Kompensation wird selten formuliert.
- Kompensationsstrategien sind den Betroffenen kaum bekannt.
- Es besteht ein rechtlicher Anspruch auf behinderungsspezifische Unterstützung.

4. Sehen: Anatomie, häufige Augenerkrankungen im Alter, funktionelle Beeinträchtigungen und Interventionen

Die verschiedenen Augenerkrankungen bewirken unterschiedliche funktionale Beeinträchtigungen.

Grafik 1: Aufbau des Auges

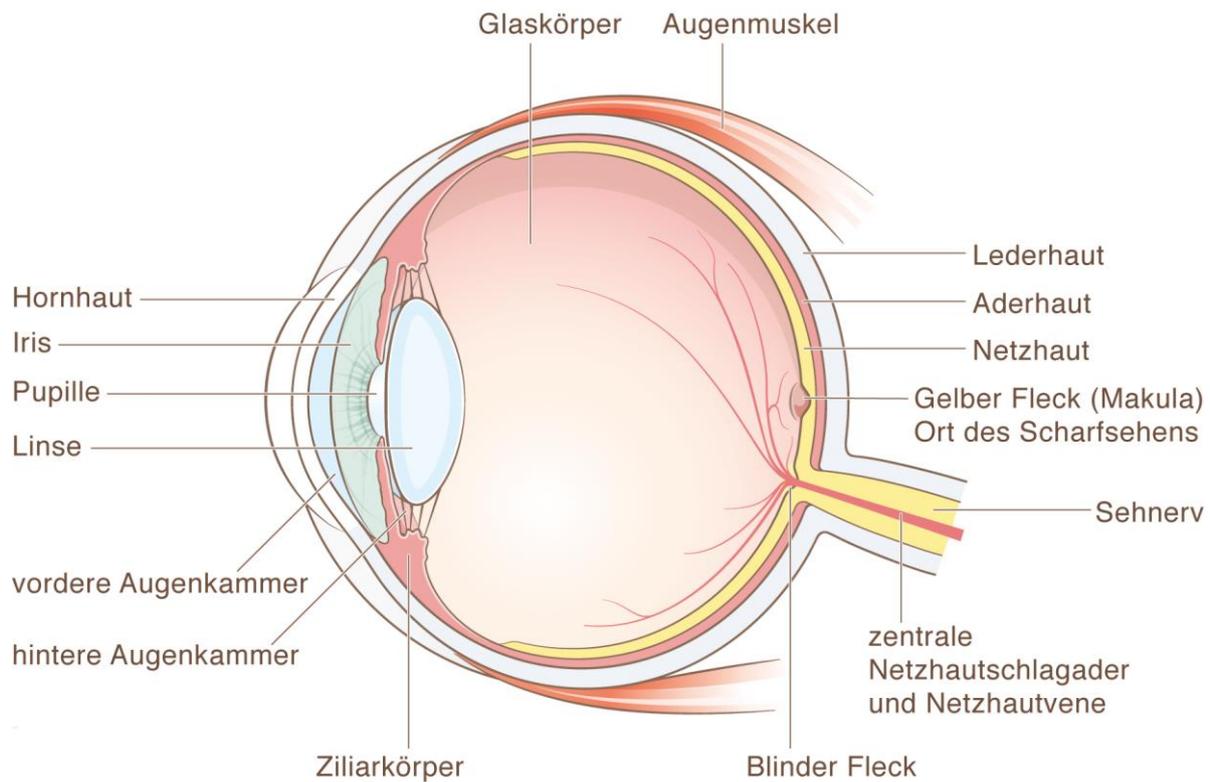
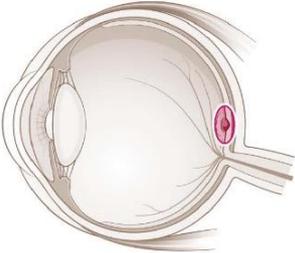
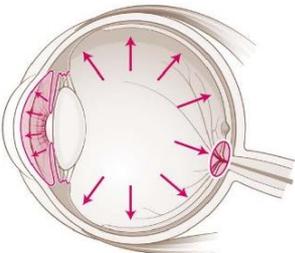
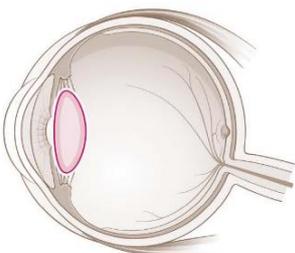
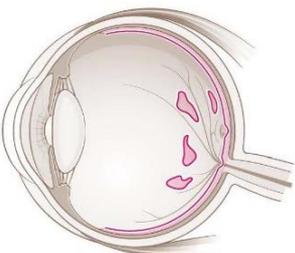


Tabelle 2: Häufigste Augenerkrankungen im Alter mit funktionellen Folgen und Interventionsmöglichkeiten

Augenerkrankung	Funktionelle Beeinträchtigung	Augenmedizinische Therapie	Interventionen Pflege und Betreuung (vgl. Lerneinheit 2)
<p>Alterskorrelierte Makula-Degeneration (AMD)</p>  <p>→ Degeneration der Photorezeptoren am Ort des Scharf- und Farbsehens → Häufigste medizinisch nicht kurierbare Augenerkrankung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zentraler Gesichtsfeldausfall: Lesen, Gesichter erkennen, visuelle Kontrolle und Steuerung von Handbewegungen sind beeinträchtigt • Farb- und Kontrastsehen gemindert • Blendung erhöht 	<p>Feuchte AMD: medikamentöse Stabilisierung Trockene AMD: keine Therapie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sehbehinderungsspezifisch stabilisierend • Sehbehinderungsspezifisch rehabilitativ mit Pflegetrainings <ul style="list-style-type: none"> ○ Kognitiv-psychosoziales Training ○ Feinmotorisches Training ADL, bes. manuell ○ Gruppentrainings
<p>Glaukom</p>  <p>→ Gruppe von Augenerkrankungen, meist Erhöhung des Augeninnendrucks durch Kammerwasserstau → Kann unerkannt zu Erblindung führen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Peripherer Gesichtsfeldausfall (bis zu Röhrenblick und Erblindung) • Bewegungssehen gemindert • Orientierung im Raum gemindert • Blendung erhöht 	<p>Bei Früherkennung medikamentöse Stabilisierung, ggf. OP zur Stabilisierung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sehbehinderungsspezifisch stabilisierend • Sehbehinderungsspezifisch rehabilitativ (Pflegetrainings) <ul style="list-style-type: none"> ○ Kognitiv-psychosoziales Training ○ Grobmotorisches Training zur Orientierung und Bewegung im Raum ○ Gruppentrainings
<p>Katarakt (Linsentrübung)</p>  <p>→ Weltweit häufigste Augenerkrankung → Einfache und kostengünstige medizinische Behandlung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unscharfes Sehen im ganzen Gesichtsfeld • Farb- und Kontrastsehen gemindert • Blendung erhöht 	<p>OP: Implantat einer Kunstlinse</p>	<p>Behandelt: keine besonderen Interventionen Unbehandelt: wie AMD und Glaukom</p>
<p>Diabetische Retinopathie</p>  <p>→ Netzhautdegeneration peripher und/oder zentral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Peripherer und/oder zentraler Gesichtsfeldausfall • Orientierung im Raum gemindert • Farb- und Kontrastsehen gemindert • Blendung erhöht 	<p>Optimale Therapie des Diabetes mellitus Ggf. diverse invasive Therapien (Laser, OP)</p>	<p>Wie AMD und/oder Glaukom, je nach funktionaler Beeinträchtigung</p>

Alterskorrelierte Makuladegeneration (AMD) mindert das Scharfsehen (zentraler Gesichtsfeldausfall). Die Bewegungsfähigkeit im Raum bleibt meist bewahrt.

Peripherer Gesichtsfeldausfall (z. B. bei Glaukom) schränkt die Bewegungssicherheit im Raum ein, das Scharfsehen (z. B. Lesen) bleibt meist bewahrt. Sturzgefahr!

Blendung ist bei Sehschädigung bedeutend intensiver und störender als Sehenden bekannt – Betroffene meiden die Helligkeit, gehen z. B. kaum ins Freie.

Merkpunkte zu krankheitsbezogenen Beeinträchtigungen bei Sehbehinderung:

- Die AMD mindert das Scharfsehen, z. B. Lesen, Gesichter erkennen. Dadurch ist die soziale Teilhabe beeinträchtigt.
- Das Glaukom mindert die Orientierung im Raum, die Fortbewegung.
- Die Katarakt und die Diabetische Retinopathie beeinträchtigen beides, das Scharfsehen und die Orientierung im Raum.
- Die Beeinträchtigungen sind individuell verschieden und subjektiv unterschiedlich belastend.

5. Neuroophthalmologische Prozesse: Filling-in und Charles-Bonnet-Syndrom

Das Sehen geschieht nicht im Auge, sondern im Gehirn: Lichtimpulse gelangen durch das Auge auf die Netzhaut und werden als neurologische Signale über den Sehnerv ins Gehirn geleitet. Erst dort entstehen die Bilder. Die Abklärung einer Sehbehinderung kann erschwert werden durch neuroophthalmologische Prozesse. Wenn visuelle Informationen fehlen oder mangelhaft sind, produziert das Gehirn Ergänzungen oder eigene Bilder. Zwei Prozesse, Filling-in und Charles-Bonnet-Syndrom, werden oft nicht erkannt oder fehlgedeutet. Beide sind nicht Anzeichen einer dementiellen Entwicklung.

a. Filling-in

Mit dem Filling-in ergänzt das Gehirn Lücken, z. B. einen zentralen Gesichtsfeldausfall, wie es die Blinden Flecken korrigiert. Fehlen Sehinformationen da, wo die Person fokussiert, ergänzt das Gehirn das Fehlende mit dem, was aus dem peripheren Gesichtsfeld und aus der Erinnerung zur Verfügung steht (Sutter, 2017).

Grafik 2: Falsche und adäquate Simulation eines zentralen Gesichtsfeldausfalls

Veraltete Darstellung mit der falschen Vorstellung eines Flecks dort, wo die Sehzellen degeneriert sind (zentraler Gesichtsfeldausfall bei Alterskorrelierter Makuladegeneration (AMD) (Sutter, 2017)



Annäherung an realistischere Darstellung von AMD: Das Gehirn ergänzt die fehlenden Bildstellen mit der unscharfen Information aus dem peripheren Gesichtsfeld und der Erinnerung (Frau hat ein ovales Gesicht und dunkle Haare)

Wegen des Filling-in erkennt die Person den Gesichtsfeldausfall nicht, stattdessen ist ihr Seheindruck unscharf, aber vollständig. Sie kann sich nicht auf das verlassen, was sie «sieht». Sie «übersieht» eventuell, was vor ihr steht, z. B. ein Glas, einen Teller.

13

b. Charles-Bonnet-Syndrom (CBS)

Bei mangelhafter oder fehlender visueller Information kann das Gehirn visuelle (Pseudo-) Halluzinationen hervorbringen. Vergleichbar mit Phantomschmerz, produziert das Gehirn Bilder aus dem Vorrat gespeicherter Bilder. Im Gegensatz zum Filling-in haben diese nichts mit der Realität zu tun. Dieses neuroophthalmologische Phänomen heisst Charles-Bonnet-Syndrom (CBS). Es tritt nicht bei jeder Person mit Sehbehinderung auf.

Häufige visuelle Halluzinationen beim CBS sind:

- klare geometrische Figuren oder Muster an Wänden oder am Boden
- starre oder bewegliche Gestalten, Szenen, scheinbar reale Bilder
- als unreal erkennbare Phantasiebilder
- undefinierbare Lichterscheinungen

Die Person kann die Wahrnehmung meist erst dann als Halluzination verstehen, wenn sie über das CBS informiert ist. Wenn sie nicht weiss, dass diese Bilder eine häufige Folge von Sehschädigung sind, mag sie fürchten, unter Realitätsverlust zu leiden.

Als Abgrenzungsmerkmal zu psychotischen oder demenz-korrelierten visuellen Halluzinationen (Faust, 2012) gilt, dass CBS-Bilder an sich nicht furchterregend sind. Fehlinterpretationen durch die Person oder das Umfeld wirken aber verunsichernd. Das CBS tritt altersunabhängig auf. Die Häufigkeit wird, je nach Quelle, bei leichter bis schwerer Sehschädigung mit bis zu 60% angegeben.

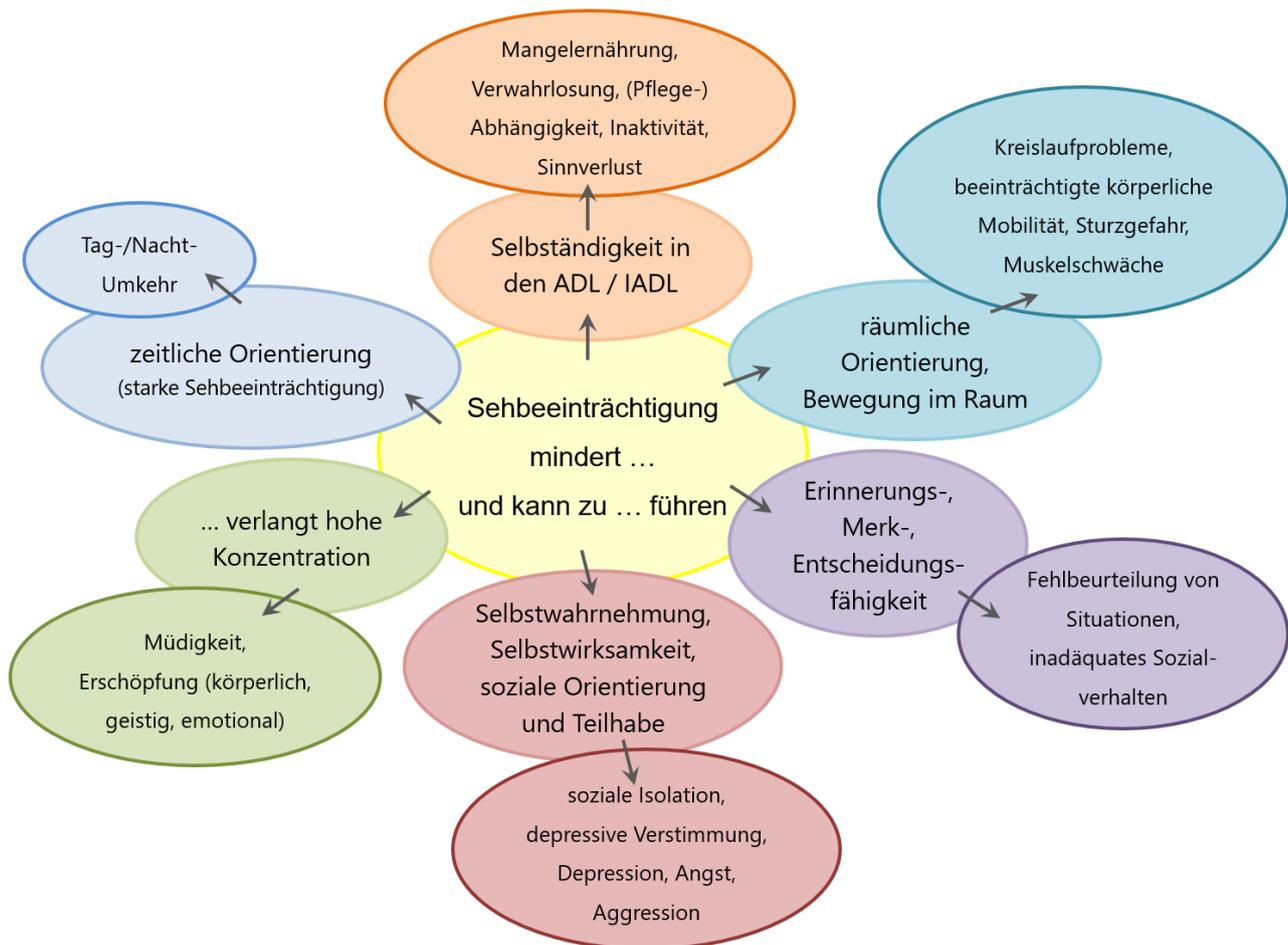
Merkmale zu neuroophthalmologischen Prozessen:

- Das Gehirn füllt einen Gesichtsfeldausfall immer: Filling-in.
- Das Charles-Bonnet-Syndrom (CBS) ist häufig. Es tritt nicht bei jeder Person mit Sehschädigung auf.
- Beide neuroophthalmologischen Prozesse bewirken, dass sich die sehbehinderte Person nicht auf das verlassen kann, was sie sieht.
- Ärzte, Betroffene, Mitarbeitende und Angehörige müssen wissen: CBS-Bilder sind kein Hinweis auf eine demenzielle Entwicklung.

6. Merkmale bei Sehbeeinträchtigung (Symptome, Folgen)

Eine starke Sehbeeinträchtigung kann zu den in der Grafik dargestellten Pflegeproblemen führen. Je nach Persönlichkeit sind die einen oder anderen stärker oder schwächer ausgeprägt. In allen dunkel eingekreisten Problemfeldern sind mögliche Entwicklungen beschrieben, die mit geeigneter Pflege ganz oder teilweise reversibel sein können.

Beachten Sie, dass gewisse Medikamente die Probleme bei Sehschädigung verstärken können. Eine Liste dieser Medikamente ist leider nicht verfügbar (vgl. den Anhang «Achtung bei der Medikation!»). Bei Vorliegen einer Sehschädigung bitten Sie die Hausärzte, bei pharmakologischen Nebenwirkungen auf Augen zugunsten der Augen zu entscheiden.

Grafik 3: Direkte und indirekte Folgen einer Sehbeeinträchtigung**Merkmale zu Folgen und Begleiterscheinungen von Sehbeeinträchtigung:**

- Zeitliche, örtliche und psychosoziale Desorientierung sowie kognitive Einbußen als Folgen der Sehschädigung führen je nach Persönlichkeit zu stärkeren oder schwächeren Beeinträchtigungen, oft in allen Gesundheitsdimensionen des geriatrischen Assessments (d. h. der funktionellen, körperlichen, psychischen, sozialen und ökonomischen Dimension).
- Die Sehschädigung selbst ist meist nicht reversibel (z. B. AMD), aber die Folgen können kompensiert werden (Behinderung).

Reflexionsaufgabe:

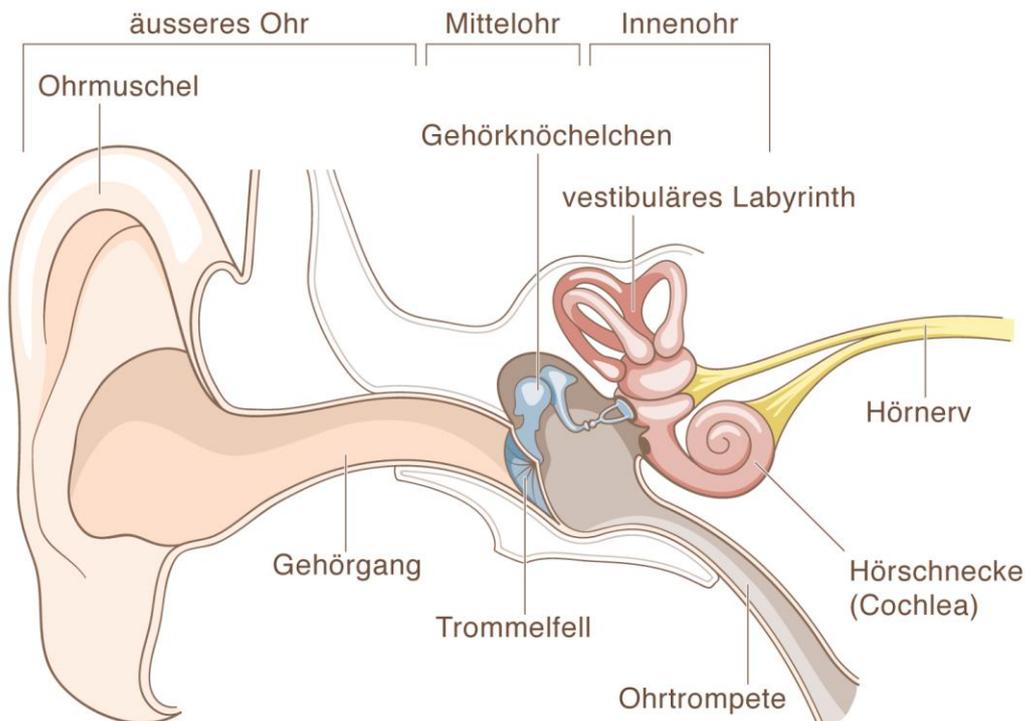
- Welche der in der Grafik 3 genannten Problemfelder gehören in welche Gesundheitsdimension des multidimensionalen geriatrischen Assessments (funktionelle, körperliche, psychische, soziale, ökonomische Dimension)? (mehrfache Zuordnung möglich)
- Stellen Sie sich eine Bewohnerin/einen Bewohner vor, auf die/den eine (oder mehrere) der Problembeschreibungen passen und fragen Sie sich, ob eine Sehbeeinträchtigung vorliegen könnte.

7. Schwerhörigkeit im Alter (Presbyakusis), funktionelle Beeinträchtigungen

Presbyakusis bezeichnet die pathologische Form der Hörbeeinträchtigung oder Schwerhörigkeit im Alter.

a. Anatomie und Pathologie des Ohrs und der Hörverarbeitung

Grafik 4: Anatomie des Ohrs



In der Schnecke des Innenohrs (Cochlea) setzen Haarsinneszellen akustische mechanische Schwingungen in neurologische Signale um, die ans Gehirn weitergeleitet und dort als Geräusche, Musik oder Sprache identifiziert werden.

Die häufigste Ursache von Presbyakusis ist ein Funktionsausfall der Haarsinneszellen in der Cochlea. Haarsinneszellen können durch Lärmbelastung, genetische Veranlagung, Diabetes mellitus, Durchblutungsstörungen oder durch ototoxische (das Gehörschädigende) Medikamente (vgl. Liste «Achtung bei der Medikation!» im Anhang) in ihrer Funktion vorübergehend oder bleibend gestört werden. Meist folgt daraus eine beidseitige Schallempfindungsstörung, die bei den oberen Frequenzen einsetzt. Typische Folgen sind Schwierigkeiten, Wörter richtig zu verstehen, besonders bei Hintergrundgeräuschen.

Andere alterstypische Ursachen für Altersschwerhörigkeit können degenerative Prozesse in der weiteren Hörverarbeitung im Gehirn sein. Sie sind seltener.

b. Begleiterscheinungen bei Presbyakusis

Das Gehirn ergänzt die bruchstückhaften Informationen zu «vernünftigen» Zusammenhängen. Dabei nutzt es ergänzend visuelle Eindrücke wie etwa die Mimik von Sprechenden, um zu einer sinnvollen Interpretation der Hörsplitter zu gelangen. Dennoch ist die Gefahr von fehlerhaftem Hören gross: Die Person meint, anderes zu hören, als die sprechende Person tatsächlich gesagt hat. Eine Antwort darauf erscheint dem Gegenüber dann als unzusammenhängend oder inadäquat. Wenn die Hörbeeinträchtigung nicht bekannt oder bewusst gemacht wird, ist eine Fehlbeurteilung als kognitiv beeinträchtigt möglich.

- *Vertiefungsmöglichkeit: «Führt Schwerhörigkeit zu Demenz?» s. Anhang*

Das Zusammensetzen von Hörsplittern erfordert hohe Konzentration und ermüdet stark. Deswegen sind andere Areale des Gehirns weniger aktiv.

Sobald eine Person merkt, dass sie nicht verstanden hat oder dass ihre Antwort offenkundig «nicht richtig» ist, kann sie mit Rückzug, Ärger (auf sich, auf andere) oder mit Aggression reagieren.

c. Funktionen des Hörens

Grafik 5: Die vier Funktionen des Hörens nach Richtberg (1980, nach Ruf et al., 2016)

Die **Alarmierungsfunktion** des Hörens ist bei gut Hörenden immer „eingeschaltet“, ohne dass wir das bewusst wahrnehmen: Ein unbekanntes Geräusch lässt uns „aufhorchen“: was war das? Hörende verlassen sich unbewusst darauf, die Veloklingel hinter sich zu hören, das Bellen eines Hundes oder anderes.

Das Hören dient primär der **Kommunikation**. Die Kommunikation bezieht sich auf die sachliche akustische Information, z.B. den Inhalt eines Gesprächs.



Die **Orientierungsfunktion** gibt z.B. Informationen darüber, wo ein Glas heruntergefallen ist, wo ein Lachen herkommt.

Emotional-soziale Information beziehen Hörende aus dem Tonfall und der Sprachmelodie.

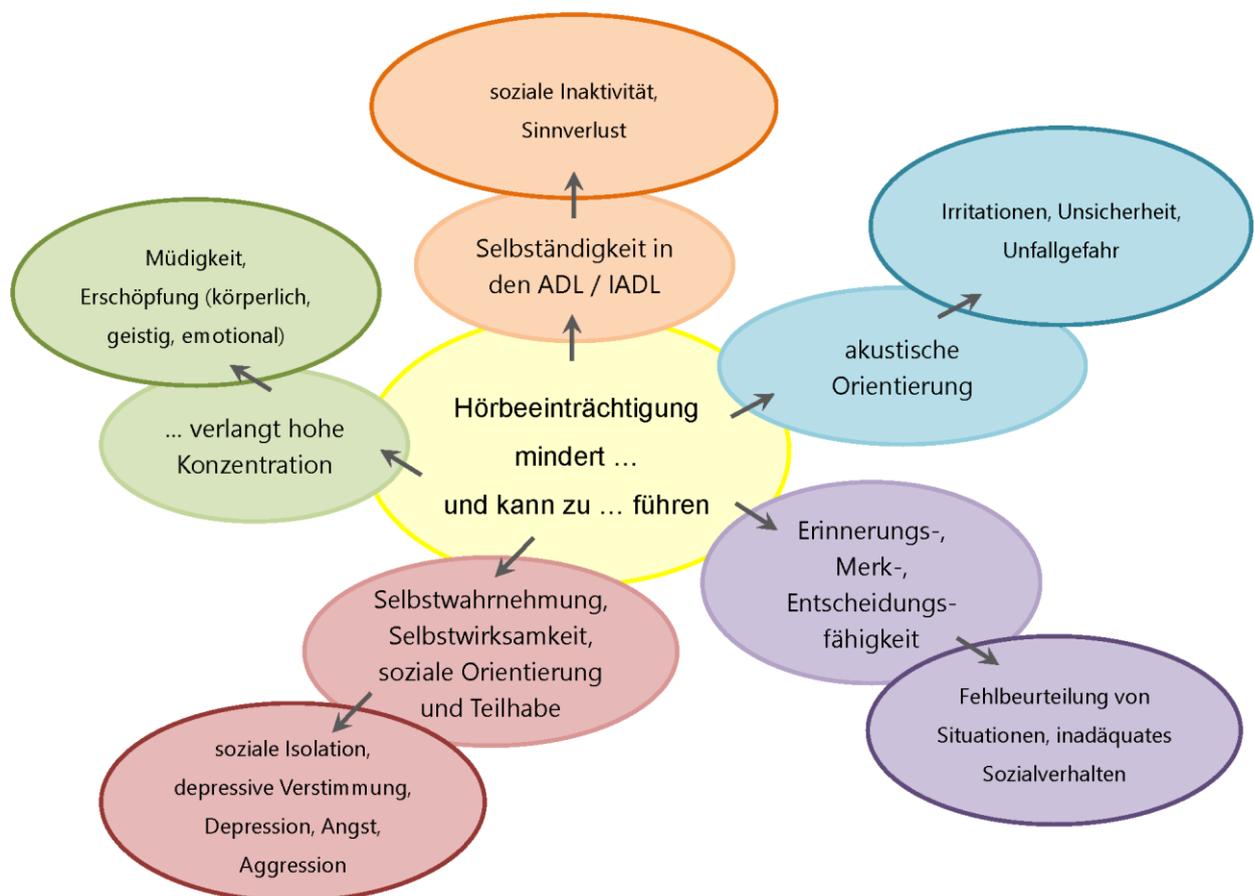
Die Alarmierungs- und Orientierungsfunktion sowie die emotional-soziale (psycho-soziale) Funktion werden in ihrer Wichtigkeit meist erst erkannt, wenn das Hörvermögen beeinträchtigt ist.

Ist das Hören beeinträchtigt, sind es auch diese Funktionen, die weit über das Gesprochene hinausgehen und der Person Sicherheit geben, ohne dass ihr das bewusst wird.

d. Merkmale bei Hörbeeinträchtigung (Symptome, Folgen)

Kognitive, psychische und psychosoziale Beeinträchtigungen sind als pflegerelevante Begleiterscheinungen und Folgen einer Presbyakusis mit jenen der Sehbeeinträchtigung vergleichbar.

Grafik 6: Direkte und indirekte Folgen einer Hörbeeinträchtigung



Merkpunkte zu Merkmalen bei Hörbeeinträchtigung:

- Hörbeeinträchtigung ist anstrengend, erfordert hohe Konzentration und kann zur Erschöpfung führen.
- Hörbeeinträchtigung mindert nicht nur das soziale und emotionale Erleben, sondern auch die Alarmierungs- und Orientierungsfunktionen des Hörens.

Reflexionsaufgabe:

- Welche der in der Grafik 6 genannten Problemfelder gehören in welche Gesundheitsdimension des multidimensionalen geriatrischen Assessments (funktionelle, körperliche, psychische, soziale, ökonomische Dimension)? (mehrfache Zuordnung möglich)
- Stellen Sie sich eine Bewohnerin/einen Bewohner vor, auf die/den eine (oder mehrere) der Problembeschreibungen passen und fragen Sie sich, ob eine Hörbeeinträchtigung vorliegen könnte.

8. Zusammenhang von Sehbehinderung und Hörbehinderung mit anderen geriatrischen Beeinträchtigungen

Die Sinnesbehinderung kann die Ursache für unterschiedliche Pflegeprobleme sein oder parallel dazu auftreten. Symptome von Demenz, Frailty oder Depression können als Folge einer Sinnesbehinderung auftreten oder in Wechselwirkung mit ihr stehen. Demenz, Frailty oder Depression können auch unabhängig von einer Sinnesbehinderung gegeben sein.

Sinneswahrnehmungen sind Auslöser für komplexe neurologische Funktionen. Entsprechend vielfältig sind die Beeinträchtigungen durch eine Sinnesschädigung. In den häufig multimorbiden Bewohnersituationen und beim Vorliegen einer Sinnesbehinderung erlauben die Syndromdiagnosen Sehbehinderung oder Hörbehinderung (oder Hörsehbehinderung) gleichzeitig ein umfassenderes Verständnis der Situation und eine Vereinfachung für die pflegerischen Interventionen (vgl. Lerneinheit 2). Sinnesschädigung kann z. B. die Ursache sein für auffälliges Verhalten, für Defizite in der Selbstversorgung oder in der Kognition. Das Syndrom Seh- oder Hörbehinderung erlaubt es, Seh- oder Hörbehinderung als Ursache für eine Anzahl unterschiedlicher Symptome zu erkennen. Statt vieler einzelner Interventionen kann bei den genannten Syndromen mit wenigen rehabilitativen Interventionen (vgl. Lerneinheit 2, Kap. 6) eine breite Wirkung erzielt werden.

Die geschulte Pflegefachperson erkennt und behandelt Sehbehinderung und Hörbehinderung als Ursache der vielfältigen Begleit- oder Folgeerscheinungen. Diese Begleit- oder Folgeerscheinungen können den fünf Gesundheitsdimensionen zugeordnet und zusammengefasst als Pflegesyndrome Sehbehinderung und Hörbehinderung mit adäquaten Massnahmen anerkannt werden. Es sind nicht nur die psychische, soziale, körperliche und funktionelle Dimension betroffen, sondern es kann auch die ökonomische Gesundheitsdimension beeinträchtigt sein, wenn die Person z. B. Kontoauszüge nicht mehr lesen kann oder den genannten Preis nicht richtig versteht.

Merkmale zum Zusammenhang von Sehbehinderung bzw. Hörbehinderung mit anderen geriatrischen Beeinträchtigungen:

- Symptome von Demenz, Frailty oder Depression oder anderen geriatrischen Beeinträchtigungen können unabhängig von einer Sinnesbehinderung auftreten oder durch diese verursacht sein.
- Wir verstehen die Sinnesbehinderungen als geriatrische Syndrome, um damit die vielfältigen Symptome zu erfassen, die die Behinderung ausmachen.
- In der Planung kann mit dem Syndrom Sehbehinderung oder Hörbehinderung eine Vielzahl nötiger Einzelinterventionen durch wenige Interventionen ersetzt werden.

LERNEINHEIT 2 «BERÜCKSICHTIGUNG IM RAI – SEHBEHINDERUNG UND HÖRBEHINDERUNG ERKENNEN»

Inhalt und Lernziele der Lerneinheit «Berücksichtigung im RAI – Sehbehinderung und Hörbehinderung erkennen»

Diese Lerneinheit behandelt das **Erkennen** von Seh- und Hörbehinderung – Assessment und Einbettung im Pflegeprozess.

Lernziele der vorliegenden Lerneinheit:

Diese Lerneinheit bietet einen Überblick über die wichtigsten pflegerischen Maßnahmen und in die Einbettung von Sinnesbehinderung in den Pflegeprozess. Damit lernen Sie,

- Probleme bei der Erfassung und Einschätzung von Seh- und Hörbehinderung zu benennen
- das RAI-NH als Basisassessment für Seh- und Hörbehinderung zu verwenden
- Auslöser für ein Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung zu benennen und das Fokus-Assessment durchzuführen

1. Probleme beim Erfassen und der Beurteilung von Sinnesbehinderung im RAI

In der Praxis wird Sinnesbehinderung häufig mangelhaft erfasst. Die Auswertung der RAI-Daten von 40'000 Personen in der Schweiz lässt auf systematische Fehlbeurteilungen schliessen (Spring, 2017). In dieselbe Richtung weist auch eine Studie von Lehl & Gerstmeyer (2004), bei der sich herausstellte, dass als dement beurteilte Patienten nach einer Kataraktoperation keine Anzeichen von Demenz mehr aufwiesen – die Diagnose Demenz war nicht angebracht gewesen.

- *Vertiefungsmöglichkeit: «Systematische Fehleinschätzung von Altersdemenz bei Sehbeeinträchtigung?» s. Anhang*

Bei unbehandelter Sinnesbehinderung sind kognitive **Leistungen** oft gemindert. Das heisst aber nicht, dass die kognitive **Leistungsfähigkeit** nicht mehr vorhanden wäre, wie das bei einer Demenz der Fall ist. Damit die geschulte Pflegefachperson die adäquate Pflege aus dem Assessment ableiten kann, beachtet sie in der Beurteilung der Assessmentresultate diese Unterscheidung. Falls nicht eine längere psychiatrische Krankheitsgeschichte vorliegt, werden bei Sinnesbehinderung psychosoziale Einschränkungen und kognitive Minderungen als reaktiv und damit grundsätzlich reversibel angenommen, wenn sinnesbehinderungsspezifische Massnahmen umgesetzt werden.

a. Studienergebnisse Demenz und Sehbeeinträchtigung

In der Studie Spring von 2017 fällt die überproportional hohe Beurteilung von leicht bis stark sehbeeinträchtigten Personen mit CPS¹-Werten ≥ 3 gegenüber gut sehenden Personen auf. Die kognitive Leistung dieser Gruppe kann schwächer sein als bei gut sehenden Personen, aber nicht schwächer als jene von schwerwiegend sehbeeinträchtigten oder blinden Personen. Die Resultate dürften also unzutreffend sein.

Tabelle 1: Übersicht Ergebnisse kognitive Leistungsbeurteilung und Sehen in Auswertung RAI-Daten

Kognitive Leistungsbeurteilung bei gut sehenden und bei sehbeeinträchtigten Personen (Cognitive Performance Scale ≥ 3)	
CPS ≥ 3 bei gut sehenden Personen in Alterseinrichtungen (AE):	44%
CPS ≥ 3 bei leicht bis stark sehbeeinträchtigten Personen in AE:	66%–69%
CPS ≥ 3 bei schwerwiegend sehbeeintr./blinden Personen in AE:	60%
CPS ≥ 3 bei gut sehenden Personen mit Spitex	8%
CPS ≥ 3 bei leicht bis stark sehbeeinträchtigten Personen mit Spitex	14%–20%
CPS ≥ 3 bei schwerwiegend sehbeeintr./blinden Personen mit Spitex	10%

¹ Die Cognitive Performance Scale (CPS) ergibt sich aus dem Zusammenzug der die Kognition betreffenden Assessment-Bereiche.

b. Vermeiden von Fehlbeurteilungen in der Beurteilung der Assessmentresultate

Zur Vermeidung der Verwechslung von Sehbehinderung und Demenz berücksichtigt die INTERCARE Pflegenden insbesondere folgende Merkmale als Folgen oder Begleiterscheinungen von Sehbeeinträchtigung:

- Filling-in (Wahrnehmungslücken lassen Realitätsverlust vermuten)
- CBS (visuelle Halluzinationen – Merkmal für Sehbehinderung, nicht Demenz)
- Geminderte Erinnerungs-, Merk- und Entscheidungsfähigkeit
- Hoher Melatoninspiegel tagsüber, Tag/Nacht-Umkehr (bei sehr starker Sehschädigung)
- Zeitliche, örtliche, psychische/psychosoziale Desorientierung

c. Studienergebnisse Demenz und Hörbeeinträchtigung

Der Zusammenhang zwischen Höreinbussen und Demenz wird kontrovers diskutiert. Wenn keine Hörhilfe (Hörgerät oder Cochleaimplantat) genutzt wird, kann der Mangel an Sinnesreizen zu Veränderungen im auditiven System und u. a. zur Reduktion des Sprachverständnisses führen. Studien zeigen aber auch, dass diese Einbussen reversibel sein können: Es liegt also keine (primäre) demenzielle Entwicklung vor.

Gemäss der Studie Spring (2017) sind hochgradig hörbeeinträchtigte/erlaubte Personen in der RAI-Erfassung zu fast 80% als kognitiv beeinträchtigt beurteilt. Diese Beurteilung legt eine demenzielle Entwicklung nahe. Das ist nicht korrekt und muss vermieden werden.

Tabelle 2: Übersicht Ergebnisse kognitive Leistungsbeurteilung und Hören in Auswertung RAI-Daten

Kognitive Leistungsbeurteilung bei gut hörenden und bei hörbeeinträchtigten Personen (Cognitive Performance Scale \geq 3)	
CPS \geq 3 bei gut hörenden Personen in Alterseinrichtungen (AE):	45%
CPS \geq 3 bei leicht bis stark hörbeeinträchtigten Personen in AE:	61%– 68%
CPS \geq 3 bei schwerwiegend hörbeeintr./erlaubten Personen in AE:	78%
CPS \geq 3 bei gut hörenden Personen mit Spitex	8%
CPS \geq 3 bei leicht bis stark hörbeeinträchtigten Personen mit Spitex	10%–19%
CPS \geq 3 bei schwerwiegend hörbeeintr./erlaubten Personen mit Spitex	24%

Merkpunkte zu Problemen beim Erfassen von Sinnesbehinderung mit dem RAI:

- Kognitive Leistung und kognitive Leistungsfähigkeit muss generell unterschieden werden.
- Neuroophthalmologische Prozesse wie das Filling-in und das Charles-Bonnet-Syndrom, aber auch psychische und psychosoziale Belastungen können zu Fehlbeurteilungen bei Personen mit Sehbeeinträchtigung führen
- Eine Reduktion des Sprachverständnisses ist kein Indiz für eine demenzielle Entwicklung, sie kann die Folge einer Hörbehinderung und reversibel sein.

2. Assessment von Sinnesbehinderungen – Auslöser für Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung

Beim umfassenden geriatrischen Assessment zieht die geschulte Pflegefachperson eine Sinnesbehinderung in Betracht, wenn eines oder mehrere der folgenden Kardinalkriterien vorliegen:

- Kognitive Einbussen, Schwierigkeiten, alltägliche Entscheidungen zu treffen, verminderte Merkfähigkeit (Kurzzeitgedächtnis): Hinweis auf mögliche Hör- und/oder Sehbehinderung
- Depressive Verstimmung, Depression, Rückzug, Angst: Hinweis auf mögliche Hör- und/oder Sehbehinderung
- Verminderung der ADL/IADL-Fähigkeiten: Hinweis auf mögliche Sehbehinderung
- Gangunsicherheit, eingeschränkte Beweglichkeit, Sturzgefahr: Hinweis auf mögliche Hör- und/oder Sehbehinderung
- Soziale Auffälligkeiten (z. B. Aggression): Hinweis auf mögliche Hör- und/oder Sehbehinderung

Da diese Phänomene Hinweise auf eine vorliegende Sinnesbehinderung sein können, braucht es eine vertiefte Abklärung. Für eine Sehbehinderung wird im folgenden Kapitel ein spezifisches Fokus-Assessment vorgestellt. Für die Hörbehinderung braucht es dies nicht, das Assessment mit dem MDS RAI ermittelt die Hörbehinderung ausreichend.

Merkpunkte zu Kardinalkriterien und zum Auslöser für ein Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung:

- Ein Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung ist angezeigt, wenn eines oder mehrere der Kardinalkriterien vorliegen: kognitive Einbussen, verminderte Merkfähigkeit, depressive Verstimmung, Rückzug, Angst, Verminderung der ADL-/IADL-Fähigkeiten, Gangunsicherheit, soziale Auffälligkeiten.
- Eine Vielzahl von klinischen Erscheinungsbildern kann auch die Folge einer Sinnesbehinderung sein.
- Bei fast allen Bewohnenden im Pflegeheim muss sich die geschulte Pflegefachperson fragen, ob eine Sehschädigung oder eine Höreinbusse vorliegt.

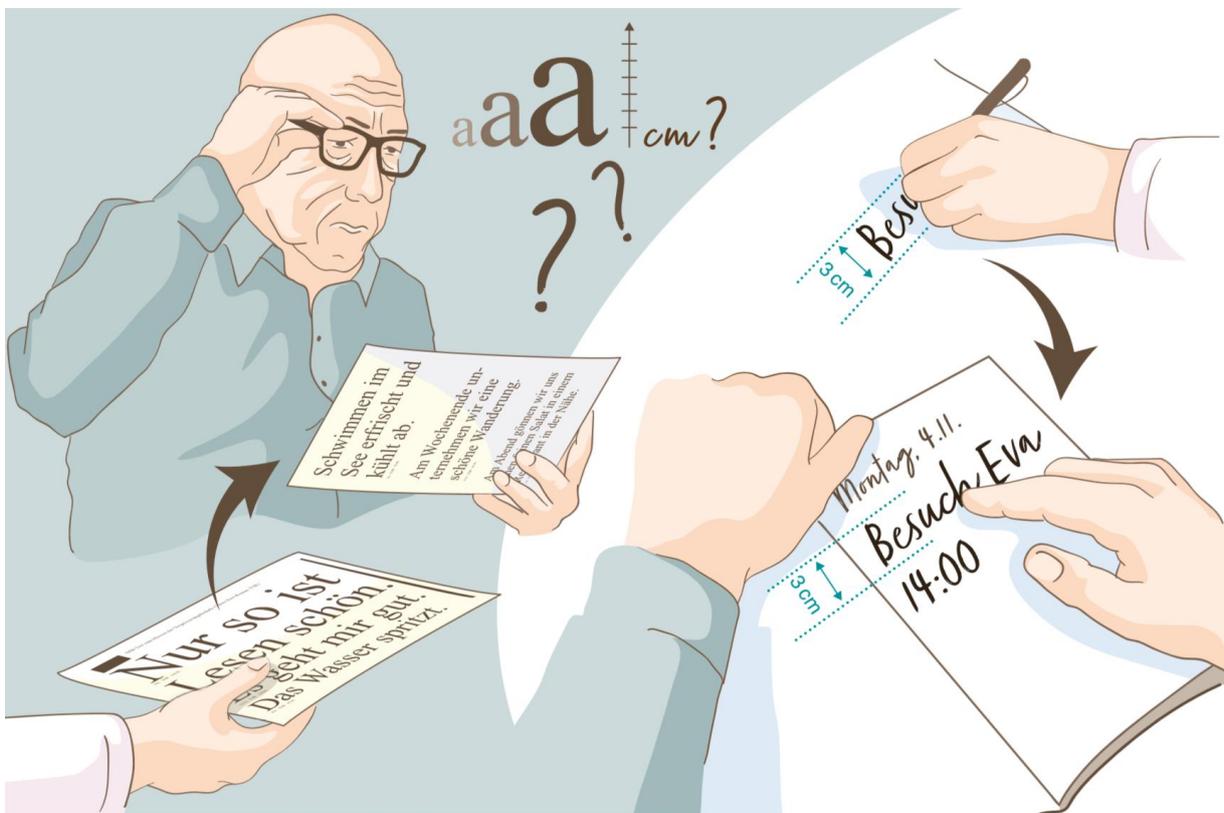
3. Vertiefte Abklärung – Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung

Besteht ein Verdacht auf Sehbeeinträchtigung, führt die geschulte Pflegefachperson ein Fokus-Assessment durch. Dieses ersetzt keine augenmedizinische Abklärung. Es dient der Pflegediagnose und führt im Pflegeprozess zur priorisierten sehbehinderungsspezifischen Pflege (siehe unten). Das Fokus-Assessment beinhaltet:

1. Ermitteln des Vergrößerungsbedarfs
2. Feststellen von Gesichtsfeldeinschränkungen
3. Beobachten und Erfragen von Blendung
4. Beobachten und Erfragen von Kontrastsehen

Illustration 1: Ermitteln des Vergrößerungsbedarfs

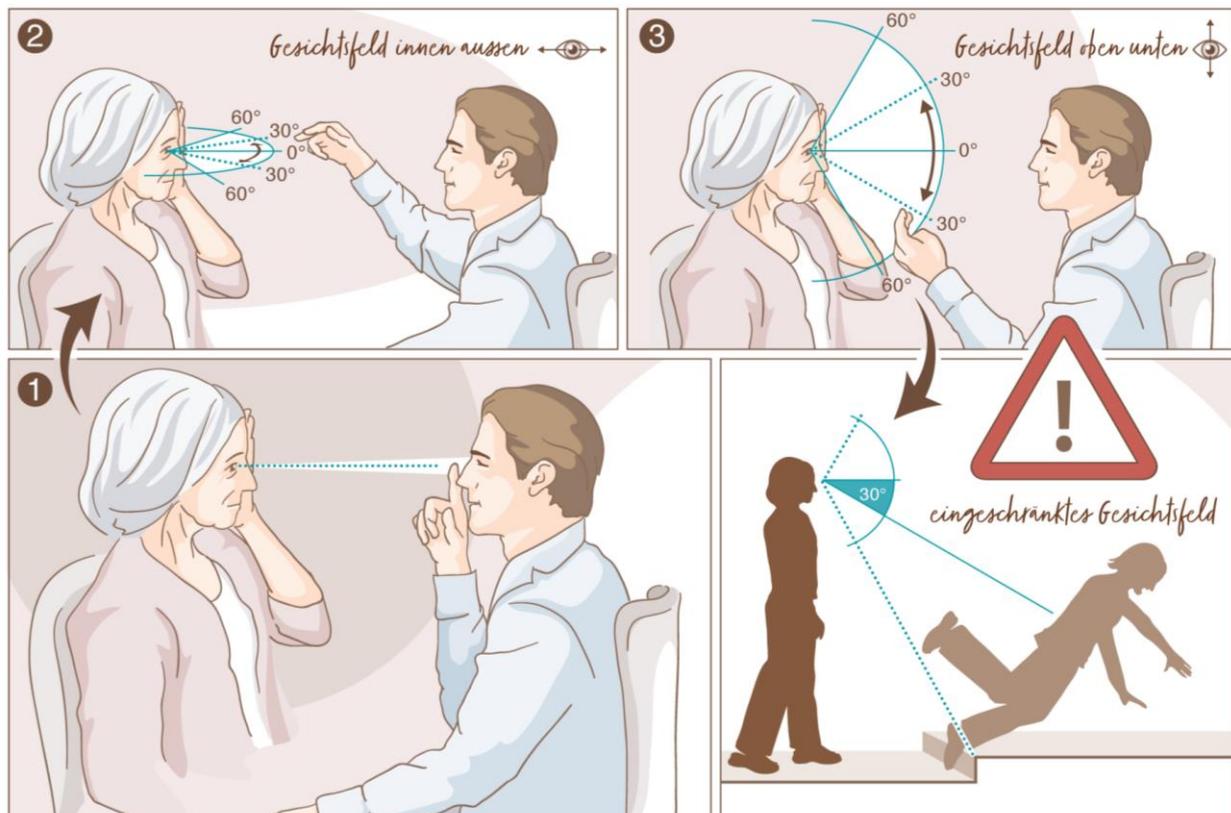
Die geschulte Pflegefachperson ermittelt mit den Bewohnenden und dem vierseitigen Testblatt (www.ksia.ch/pdf/Vergr_Bedarf_KSiA.pdf)² den Vergrößerungsbedarf. Dabei beachtet sie die Anleitung auf der letzten Seite. Nun wissen alle Beteiligten, wie gross eine Information geschrieben sein muss (im illustrierten Beispiel muss die Schrift mindestens 3 cm hoch sein), damit sie leserlich ist, und können Informationen entsprechend gestalten.



² Das Testblatt muss unbedingt die Originalgröße haben, beachten Sie deshalb bitte die Anleitung zum Ausdruck (www.ksia.ch/pdf/Anleit_Druck_Vergr-Bedarf.pdf, vgl. auch Anhang).

Illustration 2: Feststellen von Gesichtsfeldeinschränkungen

Auf der horizontalen (Gesichtsfeld rechts–links) und der vertikalen Linie (Gesichtsfeld oben–unten) prüft die geschulte Pflegefachkraft, wie viele Grad (°) des 90°-Winkels die Bewohnerin sehen kann. Dabei blickt die Bewohnerin der testenden Person unverwandt auf die Nasenwurzel (Bild 1); sie folgt nicht mit den Augen dem Finger. Ein Gesichtsfeld von 60° ist ausreichend. Bei einem kleineren Gesichtsfeld empfiehlt sich die augenmedizinische Kontrolle.



Die Illustration oben zeigt auf dem letzten Bild beispielhaft eine Einschränkung auf 30° und die daraus folgende Sturzgefahr. Sehbehinderungsspezifisches Mobilitätstraining erlaubt der Person, Stürze zu vermeiden und Gangsicherheit wiederzugewinnen (vgl. Lerneinheit 3, Kap. 5, Beratungsstellen, die dieses Mobilitätstraining anbieten).

Blendung und Kontrastsehen werden beobachtet und erfragt.

Das Ergebnis des Fokus-Assessment wird im Erfassungsformular (www.ksia.ch/pdf/Fokusass-SB_Formular.pdf, vgl. auch Anhang) eingetragen. Dort vermerkt die Pflegefachperson auch die Information zur Beleuchtungssituation und zum Vorliegen eines CBS (Charles-Bonnet-Syndrom, vgl. Lerneinheit 1, Kap. 5.b).

Das Fokus-Assessment bringt für alle Beteiligten Klarheit über das Vorliegen einer Sehbeeinträchtigung. Die geschulte Pflegefachperson stützt sich im weiteren Assessment mit dem MDS (Minimal Data Set) des RAI darauf. Sie realisiert die Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen Sehbeeinträchtigung und anderen Pflege Themen.

Merkpunkte zum Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung:

- Der Vergrösserungsbedarf ergibt die lesbare Grösse von schriftlichen Informationen und Klarheit über das Vorliegen eines Sehproblems.
- Vorliegende Gesichtsfeldeinschränkungen geben Hinweise auf mögliche Verletzungs- oder Sturzgefahren und erbringen Klarheit über das Vorliegen eines Sehproblems.

4. Assessment bei Einschränkungen im Hören oder Sehen mit dem RAI

Im MDS RAI werden Einschränkungen beim Sehen und Hören erfasst. Das RAI unterstützt jedoch die Verbindungen von kognitiver oder psychosozialer Leistungsminderung sowie Einschränkungen in der selbständigen Ausübung der ADL oder IADL mit Seh- oder Hörbehinderung nicht. Solche Zusammenhänge müssen die geschulten Pflegefachpersonen in der Beurteilung der Assessmentresultate selber herstellen.

Aus heutiger fachlicher wie aus rechtlicher Sicht besteht ein Mangel des Instrumentes RAI darin, dass Seh- oder Hörbehinderung als möglicher Auslöser von weiteren Problemen zwar teilweise erkannt wird³, die ursachenspezifische rehabilitative Pflege aber nicht «mitgedacht» wurde. Das RAI fokussiert die Ursache Demenz und vernachlässigt die ebenso häufige mögliche Ursache Sinnesbehinderung für eine Reihe von Pflegeschwerpunkten sowie die dabei hilfreichen Interventionen. Lediglich Verbesserungsmaßnahmen mit optischen Signalen (Signaletik-Markierungen, Grossschrift), bei der Beleuchtung oder angepasste Brillen werden im Handbuch angeführt. Diesen Mangel kann die geschulte Pflegefachperson korrigieren. Wie geschieht das?

Da die Bewohnersituation im RAI-NH ohne Berücksichtigung der Ursachen erfasst wird, also das klinische Bild so kodiert wird, wie es sich darstellt, können Symptome, die verschiedene Ursachen haben können, zu falschen standardisierten Pflegeplanungen führen. Um Fehlbeurteilungen zu vermeiden, vermerkt die Pflegefachperson in allen Bereichen bei den Symptomen/klinischen Phänomenen, die ihre Ursache in einer Hör- oder Sehbehinderung haben können, das Vorliegen einer Hör- oder Sehbehinderung. Dazu eignet sich die Abklärungszusammenfassung für die Vernetzung der Problem-bereiche, gegebenenfalls die Bewohnerdokumentation. Darauf gestützt beurteilt sie alle Assessmentresultate zuhanden der Ziele und der individuellen Pflegeplanung (Bereich P im MDS) sowie zur Leistungsabrechnung zuhanden der Krankenkassen.

³ Das mögliche Zusammentreffen von Sehproblemen, psychischer Problematik und Gehproblemen wird im Beispiel der Ausführungen zu Abklärungszusammenfassung und Abklärungshilfen (RAI-NH, S. 186, Version 2016) erwähnt.

Überblick über die betroffenen Bereiche im MDS des RAI-NH:

➤ **Bereich B: Kognitive Fähigkeiten**

Alle MDS-Punkte in diesem Bereich (B1–B5) können wegen einer Sinnesbehinderung eingeschränkt sein. Sie sind dann mit den entsprechenden Problemen zu kodieren, auch wenn keine Demenz vorliegt. Das gilt z. B. für:

- B2: Gedächtnis für Handlungsabläufe (z. B. Pullover auf der verkehrten Seite anziehen, weil die Naht nicht gesehen wird)
- B3: Schwierigkeiten, das eigene Zimmer zu finden oder sich an Personen zu erinnern (weil sie visuell nicht erkannt wurden. Achtung: Fähigkeit ist zu kodieren, nicht das Defizit)
- B4: Schwierigkeiten, alltägliche Entscheidungen zu treffen (weil Hinweise zur Situation gebraucht werden, Kodierung zwischen 1 bis 4)
- B5 (Kodierung 1 oder 2):
 - veränderte Aufmerksamkeit (vgl. Lerneinheit 1: Erschöpfung)
 - zeitweise veränderte Wahrnehmung des Umfeldes (Situation nicht erkannt)
 - unzusammenhängend erscheinendes Sprechen (inadäquate Antworten, weil Situation fehlgedeutet)
 - Unruhe oder Lethargie (Angst, Depression)
 - Tagesschwankungen in der visuellen oder auditiven Wahrnehmung, die zu Tagesschwankungen der kognitiven Fähigkeiten führt
- B6: Veränderungen festhalten, z. B. Verbesserungen nach seh- bzw. hörbehinderungsspezifischen rehabilitativen Pflegeinterventionen (Kodierung mit 0, 1 oder 2).

➤ **Bereich C: Kommunikative Fähigkeiten / Hören**

An dieser Stelle werden Hörprobleme und aktive wie passive kommunikative Fähigkeiten bei Hörbeeinträchtigung kodiert.

Die weiteren Funktionen des Hörens (Orientierungs- und Alarmierungsfunktion und emotional-soziale Funktion) sind in den Bereichen zu kodieren, wo sich Auswirkungen ergeben, z. B. bei den kognitiven Fähigkeiten (B), bei Stimmungslage und Verhalten (E) und/oder beim psychosozialen Wohlbefinden (F).

➤ **Bereich D: Sehfähigkeit**

An dieser Stelle werden die Sehfähigkeit und vorhandene Sehhilfen kodiert.

Die weiteren Auswirkungen eingeschränkter Sehfähigkeit sind in den Bereichen zu kodieren, wo sich Auswirkungen ergeben, z. B. bei den kognitiven Fähigkeiten (B), bei Stimmungslage und Verhalten (E), beim psychosozialen Wohlbefinden (F) und/oder bei körperlicher Funktionsfähigkeit/ADL (G).

➤ **Bereich J: Gesundheitszustand**

Bei Sehschädigung können u. a. visuelle Halluzinationen (Charles-Bonnet-Syndrom) auftreten. Gangunsicherheit kann bei beiden Sinnesbehinderungen gegeben sein, etwa weil der Gleichgewichtssinn beeinträchtigt ist oder wenn die Person erschrickt.

➤ **Bereich K: Ernährung**

Sehbeeinträchtigung kann sich auf den Appetit der Person auswirken (wenn Appetit-anregung durch das Auge entfällt) oder die Person isst lieber gar nicht mehr, wenn sie mit Messer und Gabel nicht mehr richtig zurande kommt.

➤ **Bereiche L und M: Mund-/Zahnstatus bzw. Zustand der Haut**

Die Einschränkung der visuellen Kontrolle kann Ursache von Problemen im Mund und bei der Haut sein. Bei letzterem ist bei Personen mit Sehschädigung besonders die Fusspflege problematisch.

➤ **Bereich N: Beschäftigungsmuster**

Hier können Einschränkungen durch Seh- oder Hörbehinderung gegeben sein, wenn die Orientierung, die Kontrolle oder die soziale Kompetenz beeinträchtigt sind.

Seh- oder Hörschädigung sind als beeinflussende Nebendiagnosen zu anderen Krankheitsdiagnosen denkbar (Bereich I). Die ärztliche Behandlung der Seh- oder Hörschädigung und/oder die sinnesbehinderungsspezifische Pflege und Betreuung kann sich auf den Umgang damit und auf andere Erkrankungen positiv auswirken. Die Pflegefachperson macht die Hausärztin bzw. den Hausarzt auf die Zusammenhänge und auf die neuroophthalmologischen Prozesse aufmerksam. Diese sind erst seit den 2000er-Jahren bekannt, wurden also in der Ausbildung vieler Hausärzte noch nicht behandelt.

Es wird empfohlen, in der Pflegedokumentation auf die priorisierende Beurteilung der Sehbehinderung hinzuweisen (folgendes Kap. 5), damit dies für Dritte und insbesondere für die Krankenkassen nachvollziehbar ist.

➤ *Überblick über die betroffenen Bereiche im MDS des RAI-NH s. Anhang*

Merkmale zum RAI-Basis-Assessment:

- Neben den Bereichen C (Hören) und D (Sehen) kann in fast allen Pflegebereichen eine Sinnesbehinderung die Ursache sein für zu kodierende Auffälligkeiten.
- Diese Zusammenhänge werden in der Abklärungszusammenfassung notiert und für die Beurteilung herangezogen.
- Die Hausärzte auf die (besonders neuroophthalmologischen) Zusammenhänge hingewiesen.

5. Kodierung und Priorisierung von sinnesbehinderungsspezifischen Massnahmen im RAI-NH

Wenige gezielte seh- oder hörbehinderungsspezifische Massnahmen können unterschiedliche Belastungen der Person positiv beeinflussen. Daher priorisiert die Pflegefachperson diese Massnahmen in der Pflegeplanung. Sie unterscheidet dabei zwischen stabilisierenden und rehabilitativen Interventionen (vgl. Lerneinheit 3, Kap. 1).

Die stabilisierende Pflege ist «passiv», sie senkt die behinderungsbedingten Barrieren, kommt bei Personen mit Sehbehinderung oder Hörbehinderung bei allen Pflegeleistungen zum Einsatz und wird nicht gesondert kodiert. Rehabilitative Interventionen kodiert die Pflegefachperson im Bereich P des RAI-NH. Rehabilitative Massnahmen werden nicht in die Planung aufgenommen, wenn akute oder vital gefährdende Erkrankungen sowie eine sehr schwere Depression oder Angststörungen vorliegen.

Überblick über die Kodierungsmöglichkeiten von sinnesbehinderungsspezifischen Massnahmen im RAI-NH, Bereich P:

- P2 Interventionen für Stimmung, Verhalten und Kognition: zur Beeinflussung des Verhaltens d. (psychische oder psychosoziale Unterstützung und kognitives Training zur individuellen Orientierung, einzeln oder in Gruppen)
- P3 Pflege training: b. Aktive Beweglichkeit; f. Gehen; g. Ankleiden/Körperpflege; h. Essen; j. Sprachtraining (bei Hörbehinderung); k. Sonstiges

Die rehabilitativen Massnahmen werden geplant und dokumentiert, und sie können mit ärztlicher Verordnung über die Krankenkasse abgerechnet werden.

Im Bereich Q wird die Gesamtveränderung besonders bezüglich der Auswirkung seh- bzw. hörbehinderungsspezifischer Leistungen/Pflege trainings beurteilt.

Merkmale zur Kodierung von Massnahmen:

- Psychische, psychosoziale und kognitive Unterstützungen können individuell oder in Gruppen als pflegerelevante Behandlung bzw. als Interventionen für Stimmung, Verhalten und Kognition kodiert werden.
- Motorische Pflege trainings können z. B. zur aktiven Beweglichkeit (Förderung) der Feinmotorik oder der Grobmotorik kodiert werden.
- Diese Interventionen werden ärztlich verordnet, geplant und dokumentiert.

6. Syndrome Seh- und Hörbehinderung im Pflegeprozess und Abgrenzung zu anderen Pflegediagnosen

Die Syndrome Sehbehinderung und Hörbehinderung werden in Kombination mit anderen Pflegediagnosen, auch mit anderen Syndromdiagnosen (z. B. Frailty, Sarkopenie), festgestellt und bezüglich ihrer möglichen Wechselwirkungen beurteilt.

Ist mit dem Fokus-Assessment die pflegerische Syndromdiagnose Sehbehinderung oder (mit RAI-NH) Hörbehinderung gestellt, werden sinnesbehinderungsspezifische Interventionen in der Regel prioritär geplant.

Gelegentlich ist die Unterscheidung zwischen Demenz und Sehbehinderung oder Hörbehinderung durch die Pflegefachperson schwierig, z. B. wenn die Diagnose einer leichten Demenz ärztlich gestellt wurde. Eine Differenzierung ist jedoch nicht nötig, denn auch

auf den Verlauf einer leichten bis mittleren Demenz wirkt sich sinnesbehinderungsspezifische Pflege nicht nachteilig aus, im Gegenteil: regelmässige Orientierungsübungen trainieren das Gehirn. Auch bezüglich der Wechselwirkung mit anderen Pflegediagnosen kann offen bleiben, was Ursache und was Wirkung ist. Wichtig ist zu wissen, dass der aktive Umgang mit der Behinderung die übrigen Probleme positiv beeinflusst.

So kann bei einer im Alter erworbenen und bisher rehabilitativ nicht behandelten Sehschädigung meistens eine Verbesserung in der Selbständigkeit und Sicherheit, im psychischen Wohlbefinden und der sozialen Teilhabe erreicht werden. Dies wirkt sich auch positiv auf andere Pflege Themen aus, z. B. auf Kreislauf-, Haut- oder Ernährungsprobleme oder auf Bewegungsmangel und Schlafstörungen. Negative Effekte entstehen nicht, Kontraindikationen sind, ausser den in Kap. 5 und 6 der Lerneinheit 2 genannten, keine bekannt. Der Anspruch auf solche behinderungsspezifische Unterstützung ist gegeben (vgl. Lerneinheit 1, Kap. 3.c).

Die Auswertung der Pflegetrainings (s. Lerneinheit 3, Kap. 4 sowie Lerneinheit 2, Kap. 5 zum Bereich Q) zeigt, ob diese den erwünschten Erfolg haben und weitergeführt oder abgesetzt werden sollen. Gegebenenfalls kann sich eine nicht zweifelsfrei erstellte Demenzdiagnose als Fehlbeurteilung erweisen.

Grafik 1: Das Syndrom Seh- oder Hörbehinderung im Pflegeprozess



Bei einer starken psychischen Belastung (Depression oder Angststörung) oder wenn die Person den vorgeschlagenen rehabilitativen Massnahmen ablehnend gegenübersteht, werden stabilisierende, passive Interventionen geplant, bei denen die Person nichts «lernen» muss (s. Lerneinheit 3, Kap. 2.b).

Merkmale zu den Syndromen Seh- oder Hörbehinderung und zur Abgrenzung zu anderen Pflegediagnosen:

- Eine diagnostische Abgrenzung ist nur nötig, wenn eine schwere Depression oder Angststörung vorliegen könnte. Dann ist bezüglich rehabilitativer Massnahmen Zurückhaltung geboten.
- Da die Sinnesbehinderung meist mit einer Vielzahl von Folgen oder Begleiterscheinungen einhergeht, beschreibt die Syndromdiagnose Sehbehinderung oder Hörbehinderung die Situation am besten.
- Auf der Basis einer Syndromdiagnose können wenige gezielte Massnahmen gleichzeitig mehrere Pflegeprobleme positiv beeinflussen.

Reflexionsaufgabe Erkennen Seh- und Hörbehinderung:

- Welche drei möglichen Begleiterscheinungen/Folgen von Sehschädigung beurteilen Sie als besonders wichtig zur Unterscheidung von Sehbehinderung und einer demenziellen Entwicklung?
- Welche drei möglichen Begleiterscheinungen/Folgen von Hörschädigung beurteilen Sie als besonders wichtig für die Einschätzung der Gesamtsituation?

LERNEINHEIT 3 «MASSNAHMEN – SEHBEHINDERUNG UND HÖRBEHINDERUNG ANERKENNEN»**Inhalt und Lernziele der Lerneinheit****«Massnahmen – Sehbehinderung und Hörbehinderung anerkennen»**

Diese Lerneinheit behandelt das **Anerkennen** der Sinnesbehinderung durch Massnahmen der sinnesbehinderungsspezifischen Pflege.

Mit einer spezifischen Pflege sind manche der klinischen Erscheinungsbilder (Phänomene), die bei der Behinderung zu beobachten sind, ganz oder teilweise reversibel – auch wenn die Seh- oder die Hörschädigung medizinisch nicht kurierbar ist.

Die Illustrationen in dieser Lerneinheit veranschaulichen den Text.

Lernziele der vorliegenden Lerneinheit:

Diese Lerneinheit bietet einen Überblick über die wichtigsten pflegerischen Massnahmen. Damit lernen Sie,

- stabilisierende und rehabilitative Interventionen kennen
- die Einbettung in den Pflegeprozess zu leiten und zu begleiten
- wo weitere Unterstützung eingeholt werden kann

Bitte beachten Sie: Sie erfahren in dieser Lerneinheit die Grundlagen für Massnahmen bei Seh- und Hörbehinderung. Für einige davon braucht es Unterstützung von aussen oder weitere Fachpersonen. Wir möchten Ihnen mit der Lerneinheit die Vielfalt der Möglichkeiten aufzeigen zum Wohl der Bewohner und Bewohnerinnen. Nach dem Durcharbeiten bitten wir Sie, sorgfältig abzuwägen, was davon Sie im Alltag mit einzelnen Mitarbeitenden oder Teams, resp. bei einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern umsetzen möchten und wo Sie langsam etwas aufbauen möchten. Es wird nicht erwartet, dass Sie alles sofort vollumfänglich in Ihren Alltag integrieren.

1. Sinnesbehinderungsspezifische Massnahmen

Zwei Arten von Massnahmen führen zur Beseitigung oder Verringerung von behinderungsspezifischen Beeinträchtigungen⁴: einerseits das Senken der (sozialen und einrichtungsmässigen) Barrieren im Umfeld (Milieu) und andererseits die individuelle sinnesbehinderungsspezifische und rehabilitative Pflege.

Ein sinnesbehindertenfreundliches Pflegeheim zeichnet sich dadurch aus, dass alle Beteiligten (Mitarbeitende, Bewohnende, Angehörige) die besonderen Bedürfnisse der Personen mit Sinnesbehinderung kennen und durch ihr Verhalten anerkennen. Die sozialen Barrieren entstehen durch Unkenntnis darüber, wer sehbehindert, wer hörbehindert ist und welche Unterstützung für diese Personen nützlich ist.

Im Folgenden wird die individuelle sinnesbehinderungsspezifische Pflege eingehender beschrieben. Zwei Gruppen von Interventionen sind zu unterscheiden:

- **die stabilisierende sinnesbehinderungsspezifische Pflege:**
Die geschulte Pflegefachperson und ihr Team bieten (passive) kompensierende Unterstützung (z. B. Information über Anwesende im Raum für Personen mit Sehbeeinträchtigung, Einhalten der unten genannten Kommunikationsregeln bei Personen mit Hörbehinderung, Anbringen von Markierungspunkten). Damit werden funktionale und soziale Barrieren gesenkt, die Person kann sich besser orientieren und erleichtert am sozialen Leben teilhaben. Sie kann sich psychisch, psychosozial und kognitiv stabilisieren.
- **die rehabilitative sinnesbehinderungsspezifische Pflege:**
Mit Pflege trainings befähigen die geschulte Pflegefachperson und ihr Team die Betroffenen, die Beeinträchtigungen (aktiv) selbständig zu kompensieren oder bestimmte Tätigkeiten zu delegieren.

Die geschulte Pflegefachperson führt Beratungs- und Abklärungsgespräche sowie Pflege trainings selber durch. Sie informiert ihr Team über das Thema Sinnesbehinderung und befähigt es zur stabilisierenden seh- bzw. hörbehinderungsspezifischen Pflege. Übungssequenzen aus den rehabilitativen Pflege trainings können von weiteren Mitarbeitenden durchgeführt werden und die trainierten Massnahmen müssen im Team bekannt sein, damit keine anderslautenden Anweisungen ergehen.

Merkpunkte zu sinnesbehinderungsspezifischen Massnahmen:

- Stabilisierende sinnesbehinderungsspezifische Massnahmen senken die sozialen Umwelt-Barrieren und ermöglichen der betroffenen Person erleichterte Orientierung und verbesserte Teilhabe.

⁴ Vgl. Richtlinien zur medizinischen Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung: «...präventive, kurative, rehabilitative und palliative Massnahmen sollen die Auswirkungen der angeborenen oder erworbenen Behinderung beseitigen oder verringern ...» (SAMW, 2013). Dort wird auch Bezug genommen zur ICF der WHO.

- Rehabilitative sinnesbehinderungsspezifische Pflege befähigt die Person zur aktiven Kompensation der behinderungsspezifischen Beeinträchtigungen.
- Geschulte Pflegenden führen rehabilitative Pflegeinterventionen selber durch und beziehen ihre Teams mit ein.

2. Sehbehinderungsspezifische Pflege

a. Das sehbehindertenfreundliche Milieu

Zur Beschreibung der spezifischen Gestaltung des Umfeldes (Milieu) verweisen wir auf das Fachbuch «Menschen mit Sehbehinderung in Alterseinrichtungen» (Heussler, Wildi & Seibl, 2016) und die «Goldenen Regeln» (Heussler, Seibl & Wildi, 2018). Zur Orientierung bei Sehbehinderung kompensieren die Mitarbeitenden visuelle Wahrnehmungseinbussen, z. B. indem sie beim Eintreten in ein Zimmer oder auf dem Flur den eigenen Namen nennen. So muss die sehbehinderte Person nicht raten, wer da ist und sie kann selber wählen, ob und mit welcher Frage sie die Mitarbeitende ansprechen will. Eine andere Kompensation besteht in der Unterstützung zur Kontaktaufnahme: Bewohnende werden einander vorgestellt, Kontakte erleichtert.

b. Die stabilisierende sehbehinderungsspezifische Pflege

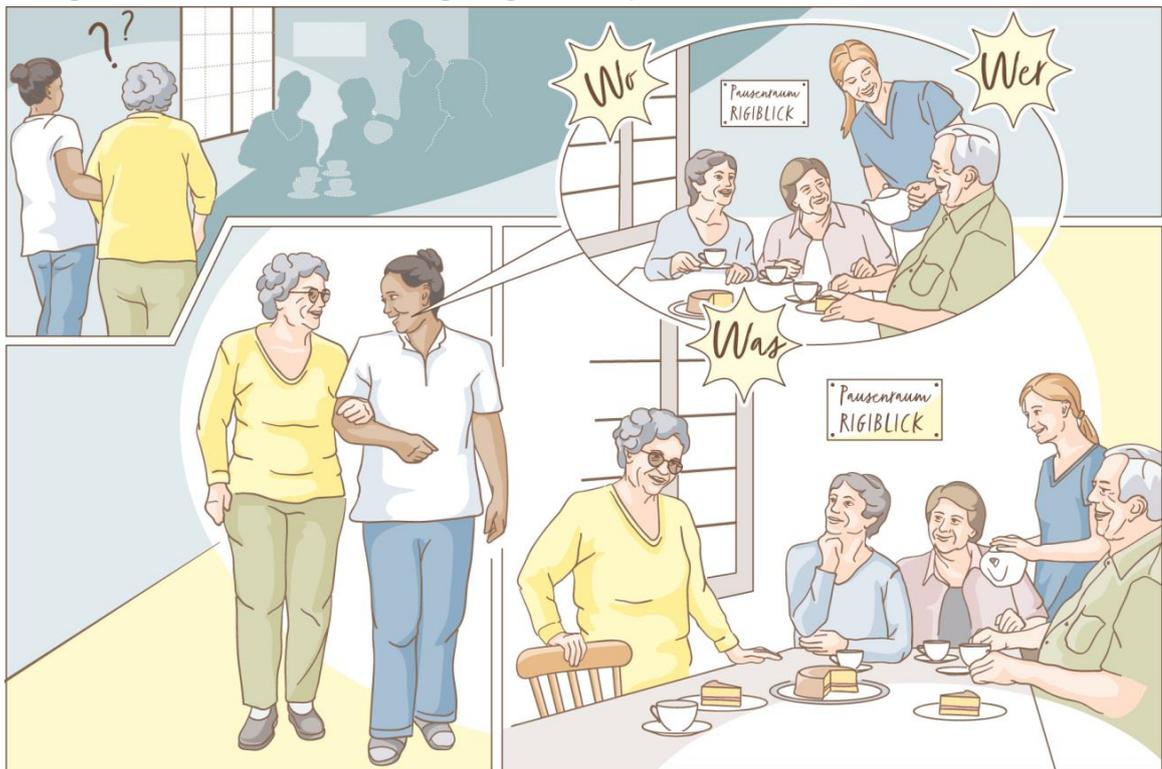
Die geschulte Pflegefachperson legt in der Pflege von Personen mit Sehbehinderung einen Schwerpunkt auf das Erhalten und Wiedergewinnen der Selbständigkeit in den ADL und IADL. Damit stärkt sie das Selbstvertrauen der Person (Selbstwirksamkeitsüberzeugung), die psychische Situation kann sich stabilisieren. Die (passive) Kompensation der visuellen Wahrnehmungseinbussen durch die Pflegefachperson und ihr Team *für* die betroffene Person vermittelt dieser Orientierung und Sicherheit.

Besonderes Gewicht liegt auf der Art der Kommunikation mit der Personen durch das ganze Team: Alle Pflegefachpersonen sagen nicht nur, was sie tun, sondern geben der Person auch die Informationen, die sie braucht, um selbständig Entscheidungen zu treffen (z. B.: was geschieht wo, wann beginnt die Veranstaltung, wer ist dabei, regnet es ...). Die örtliche Orientierung wird von allen Mitarbeitenden mit denselben präzisen örtlichen Angaben unterstützt: vorne, hinten, oben, unten, links, rechts (Vermeidung von Wörtern wie: da, dort drüben, hier etc.).

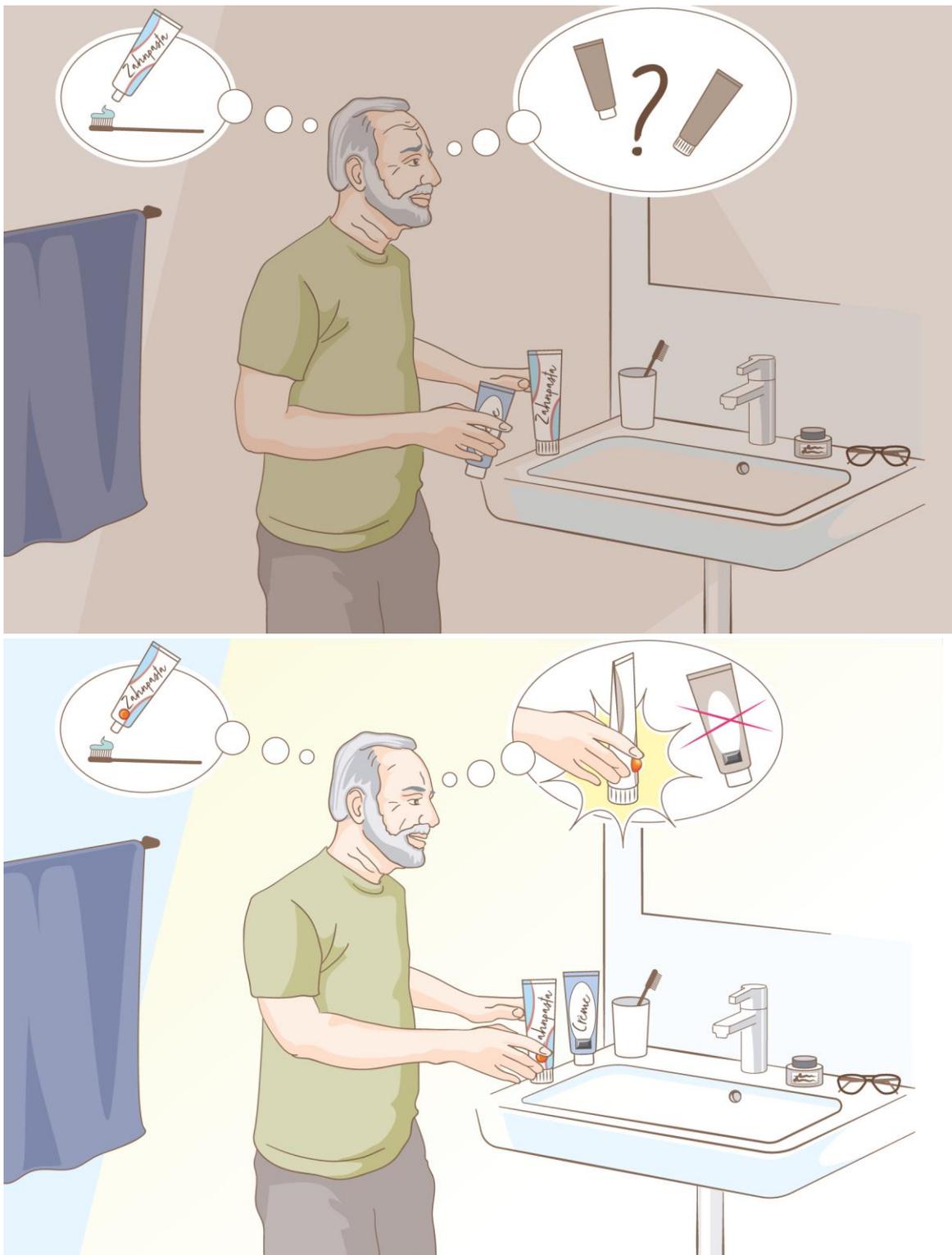
Besondere Aufgaben der geschulten Pflegenden sind ferner:

- Motivation zur augenmedizinischen Abklärung und ggf. Therapie
- Beratung über Sehbeeinträchtigung und deren Begleitscheinungen und Folgen
- Motivation zum Aufrechterhalten von Kraft und Beweglichkeit durch tägliches geführtes Spazieren (Einbezug von Angehörigen, freiwilligen Helfenden)
- Beratung zur Nutzung von Grossschrift, z. B. mit Grossschrift-Agenden, Menüplan etc. in der erforderlichen Vergrößerung

- Beratung (Information und Motivation) zum Hilfsmittelerwerb (Lupen, Lese-geräte, weitere) und Vermittlung von Beratungsstellen, bei denen diese ausprobiert und bezogen werden können (unbedingt individuell anpassen lassen!) (Adressen s. Lerneinheit 3, Kap. 5)
- Information über die behinderungsspezifische Pflege und Betreuung (z. B. bezüglich der nötigen Information des Umfeldes über die Sehbehinderung der Person)
- Information zur passiven Kompensation der kognitiven Desorientierung: „wo sind wir/wo wollen Sie hingehen – wer ist da/wer tut etwas/wer sagte das – was geschieht hier/was wurde gesagt“), Beispiel:



- Anbringen von taktil erkennbaren Markierungspunkten zur Orientierung in den persönlichen Dingen (z. B. Zahnpastatube von Creme unterscheiden) – Person übt zu tasten, Beispiel:



- Information und Anregung zu Massnahmen zur Minderung von Blendung durch Hüte, Schirmmützen, Sonnenbrillen, Kantenfiltergläser
- Verbesserung des verbleibenden Sehvermögens durch Optimierung der Lichtverhältnisse, z. B. am Essplatz, Arbeitsplatz (Betätigungen), im Badezimmer
- Spezialthema CBS: Es gibt keine medizinische Therapie gegen das Charles-Bonnet-Syndrom, aber gute Resultate mit Erfahrungsaustauschgruppen unter Betroffenen. Sich über die visuellen Halluzinationen auszutauschen, wirkt entlastend.

c. Rehabilitative sehbehinderungsspezifische Pflege

Die rehabilitative sehbehinderungsspezifische Pflege befähigt die Person zu selbstständiger Kompensation der Folgen und besonders zur Beschaffung der für sie nötigen Informationen. Sie gliedert sich in:

- Kognitiv-psychosoziales Pflege training als Intervention in Einzel- oder Gruppengesprächen zur Verbesserung der Stimmung, des Verhaltens und der Kognition (vgl. Lerneinheit 2, Kap. 5: Bereich P2 im RAI-NH)
- Motorische Pflege trainings (Bereich P3 im RAI-NH)

Beide haben mittelfristig eine höhere Selbständigkeit und geringeren Pflegebedarf zum Ziel.

Kognitiv-psychosoziales Pflege training

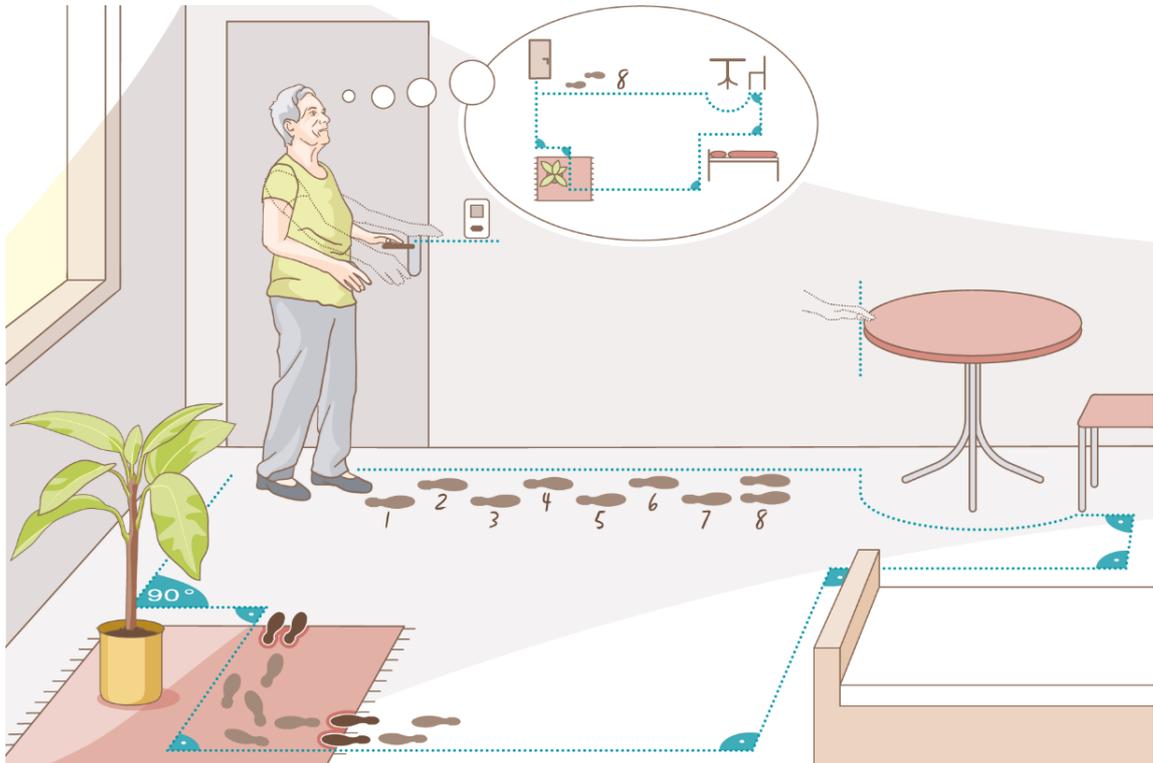
- Die Person erkennt, welche Wahrnehmungseinbußen sie kompensieren muss, um z. B. wieder Entscheidungsfähigkeit oder Sicherheit in sozialen Kontakten zu erlangen.
- Die Pflegende erarbeitet dies mit dem Problemlösungsverfahren:
 - Die Person formuliert (und erkennt damit) ihre Informationslücken (z. B. wie der Herr mit der angenehmen Stimme heisst und ob er mit ihr, einer Frau, die kaum mehr etwas sieht, Kaffee trinken möchte).
 - Sie überlegt, wer ihr die Informationen beschaffen kann und wie sie dies organisieren könnte (z. B. die Mitarbeiterin im Speisesaal fragen, dieser beschreiben, aus welcher Ecke sie die Stimme vernommen hat).
- So gewinnt die Person in sozialen Kontakten wieder Mut und Sicherheit.
- Gewisse Aufgaben muss die Person delegieren, um ihrem Kontrollbedürfnis zu genügen (z. B. die Kontrolle über die Sauberkeit der Kleider abgeben, etwa an die Mitarbeitenden der Hauswirtschaft). Solche delegierte Hilfeleistung erlaubt ihr, die Dinge selber zu kontrollieren.
- Hat die Person eine Reihe solcher Problemlösungsaufgaben erfolgreich gelöst, wird sie in der Lage sein, das System selbständig auf andere, neue Probleme zu übertragen. So unterstützt die Pflegefachkraft die Person in der aktiven Bewältigung der Verlustphasen.

Motorisches Pflege training

Im motorischen Pflege training nutzt die Pflegende die Propriozeption der Person (körpereigene Wahrnehmung von oben–unten, hinten–vorne, links–rechts) und erarbeitet mit ihr systematisch die Sicherheit in der Bewegung.

- Die Person gewinnt Bewegungssicherheit und örtliche Orientierung im grobmotorischen Bereich (z. B. bei Glaukom). Sie nutzt Orientierungspunkte wie Türgriff und Lichtschalter, Tisch oder Bett etc. Sie orientiert sich mit

Schrittezählen, rechten Winkeln oder z. B. Teppichkanten (Teppich nicht als Sturzfall behandeln!), Beispiel:



- Die Person gewinnt Orientierung und Sicherheit im feinmotorischen Bereich, sie übt sich im ertasten (z. B. bezüglich Kleiderordnung im Schrank bei einer starken Beeinträchtigung durch eine AMD), Beispiel:



3. Hörbehinderungsspezifische Pflege

Die hörbehinderungsspezifischen Interventionen berücksichtigen die bei Hörbehinderung beeinträchtigten Funktionen Alarm, Orientierung, Kommunikation und sozial-emotionale Funktion (s. Lerneinheit 1, Kap. 7.c). Analog zur sehbehinderungsspezifischen Pflege gilt es, ein hörbehindertenfreundliches Umfeld zu schaffen (Milieu) und der Person individuelle hörbehinderungsspezifische Pflege zu bieten. Letztere ist wiederum in zwei Gruppen gegliedert:

- **stabilisierende hörbehinderungsspezifische Pflege:**
Sie bezieht sich hauptsächlich auf die Nutzung und Pflege der Hörhilfe(n) sowie auf die (passive) Kompensation der Wahrnehmungseinbusse.
- **rehabilitative hörbehinderungsspezifische Pflege:**
Sie schliesst zusätzlich das Hörtraining und Trainings zur Verbesserung sozialer Interaktionsfertigkeiten ein.

a. Das hörbehindertenfreundliche Milieu

Die sozialen Barrieren werden abgebaut, indem die Personen im Umfeld über die besonderen Bedürfnisse bei Hörbehinderung informiert sind und mit der hörbehinderten Person so sprechen, dass diese sie verstehen kann (vgl. unten: Kommunikationsregeln). Die geriatrisch geschulte Pflegefachperson sorgt für die nötigen Informationen und das Einhalten der Kommunikationsregeln, z. B. in der Aktivierung, im Speisesaal oder bei Veranstaltungen.

Schallschluckende Einrichtungen (Teppiche, Polstermöbel u. a. m.) oder bauliche Schallschutzelemente mindern den Hall und erleichtern das Verstehen. Gute Beleuchtung ist überall da wichtig, wo gesprochen wird.

b. Stabilisierende Pflegeinterventionen bei Hörbehinderung

Die geschulte Pflegefachperson und ihr Team kompensieren die auditive Wahrnehmungseinbusse, indem sie die nachfolgenden Regeln einhalten. Stabilisierende Pflege wirkt präventiv gegen die Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten und verbessert die psychosoziale Situation.

Der Pflegefachkraft obliegen folgende Aufgaben:

- Beratung der Person über Presbyakusis, deren Begleiterscheinungen und Folgen
- Ermutigung zur ohrenmedizinischen Untersuchung und zum Erwerb einer Hörhilfe (Hörgerät oder Cochlea-Implantat, Letzteres auch im hohen Alter, wenn die Person das möchte und sich das Lernen zutraut)
- Ermutigung zum regelmässigen Tragen der Hörgeräte (erhält die Fähigkeit des Gehirns zur Verarbeitung von auditiven Impulsen und wirkt kognitivem Abbau entgegen)

- Ermutigung zu und Vereinbarung der Kommunikationsregeln (s. u.) mit der Person
- Sicherstellen, dass die Kommunikationsregeln (s. u.) vom Team eingehalten werden
- Begleitung in der Nutzung der Hörhilfen: Einsetzen, Reinigen, Batteriewechsel. Hierzu auch Information/Instruktion der Teammitglieder, Kontrolle der Tätigkeiten des Teams
- Sicherstellen, dass die Hörgeräte beim Baden und Duschen entfernt werden
- Information des Umfeldes (Angehörige, Mitbewohnende) über die Hörbehinderung und die Kommunikationsregeln.

Sich für Hörgeräte zu entscheiden und sie dann auch zu tragen, sind für betroffene Personen zwei oft schwierige Schritte. Dennoch ist es zur Vermeidung von Folgeproblemen wichtig, beides zu tun (s. Vertiefungstext «Führt Schwerhörigkeit zu Demenz?» im Anhang). Die geschulte Pflegefachkraft und ihr Team motivieren die Person dazu.

Mit dem Hörgerät und besonders mit einem Cochleaimplantat stellen sich die Erfolge im Verstehen nicht sofort ein, die Person braucht Geduld und Ausdauer, bis das Gehirn die Informationen wieder richtig verarbeiten kann. Die Mühe lohnt sich für die Person und das Umfeld sowie den Erhalt bzw. das Wiedergewinnen von kognitiven Leistungen.

Kommunikationsregeln (Übersicht im Anhang)

Kommunikationsregeln erleichtern das Verstehen für die Person mit Hörbehinderung und geben Sicherheit, dass das Gesagte verstanden wurde. Das Verstehen wird durch das Sehen unterstützt. Seitlich ins Ohr zu sprechen ist daher nur richtig, wenn die Person auf einem Ohr deutlich besser hört als auf dem anderen und wenn sie das wünscht.

Die Kommunikationsregeln sind nicht einfach einzuhalten. Sie verlangsamen das Gespräch und verlangen von beiden Seiten Geduld und Interesse am Gegenüber. Sie erlauben soziale Teilhabe, wenn sie konsequent eingehalten werden:

- Gute Beleuchtung im Gesicht der sprechenden Person
- Nicht lauter, aber von vorne, langsam und deutlich sprechen
- Vereinbaren, das Verstandene zu wiederholen, damit beide Gesprächspartner sicher sind, richtig zu verstehen bzw. richtig verstanden worden zu sein
- Kurze, einfache Sätze bilden, Pausen machen, nachfragen, *was* (nicht ob) verstanden wurde
- Schriftliche Information, z. B. auf „Wegwischtafeln“/kleinen Whiteboards, besonders mit hochgradig hörbehinderten oder ertaubten Personen, Beispiel:



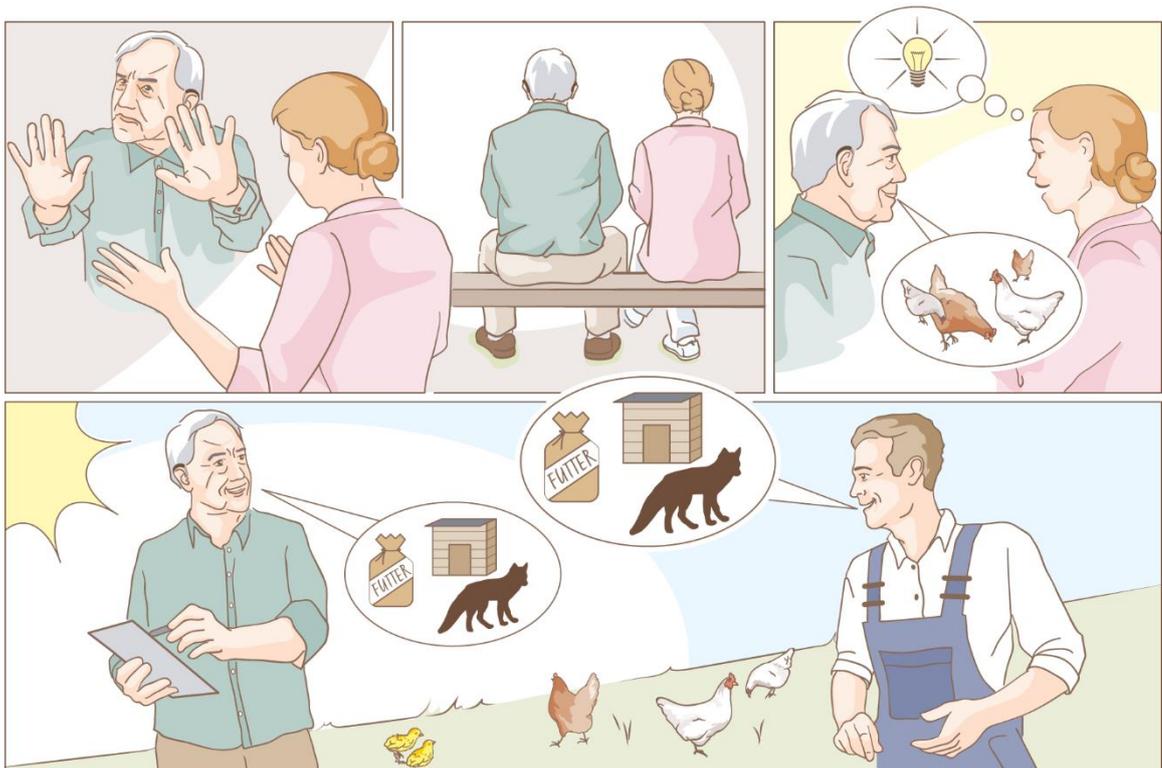
- Stichwörter aufschreiben, z. B. in Gruppengesprächen das Gesprächsthema
- Gruppengespräche möglichst im Kreis führen und auf gute Beleuchtung achten
- Hintergrundgeräusche minimieren, dort Platz nehmen, wo es ruhiger ist, Geräuschquellen möglichst im Rücken
- Hörende dürfen mitteilen, dass diese Gesprächsform anstrengend ist
- Hörbeeinträchtigte dürfen mitteilen, dass die hohe Konzentration sie ermüdet
- Hörende Personen dürfen sich aus dem hörbehindertenfreundlichen Umgang «ausklinken» und für eine begrenzte Zeit rasch reden. Der Gesprächsinhalt soll für die Person mit Hörbehinderung zusammengefasst wiedergegeben werden – sie muss merken, dass sie nicht vergessen wird.

c. Rehabilitative Pflegeinterventionen bei Hörbehinderung

Rehabilitative Massnahmen zum aktiven Umgang mit der Hörbehinderung sind ebenfalls in zwei Pfegetrainings gegliedert: das kognitiv-psychosoziale Pfegetraining und das Hörtraining und Lippenlesen.

Kognitiv-psychosoziales Pfegetraining

- Die Person erkennt mithilfe der geschulten Pflegefachkraft die Verstehenslücken und die psychosozialen Belastungen bei sich und beim Umfeld.
- Sie lernt, ihr Verhalten anzupassen, um sicher und für alle Beteiligten verträglich kommunizieren zu können (Verhaltenstraining).
- Sie lernt, ihre Bedürfnisse zu äussern und die Bedürfnisse des Umfeldes anzuerkennen. Im folgenden Beispiel lernt die Person, die sich zurückgezogen hatte, ein Bedürfnis zu äussern. Der Mann liebte die Hühner, die er hatte. Über Hühner kommt er mit anderen in Kontakt. Er bietet nun selber die Wischtafel als Kommunikationsunterstützung an:



43

Hörtraining

- Im Hörtraining erfährt die Person, dass (und wie) sie aus dem «Geräuschebrei» einzelne Geräusche oder Stimmen wieder identifizieren und wie sie das Gehörte in Kombination mit dem Lippenlesen besser verstehen kann. Diese Methode lässt die Pflegefachperson sich selbst und dem Team durch eine Audioagogin (z. B. von pro audito Schweiz) zeigen. Audioagoginnen schulen Mitarbeitende von Pfegeteams. Direkt mit Bewohnenden führen sie keine Hörtrainings durch.

- Als weitere Möglichkeit gewinnt die Pflegefachkraft eine andere Mitarbeitende, eine freiwillige Helferin oder Angehörige, die regelmässig mit der Person mit starker Schwerhörigkeit spazieren geht und mit ihr übt, Geräusche wiederzuerkennen und Sprache in Verbindung mit dem Gesicht der sprechenden Person zu entschlüsseln. Das Verständnis von Gesprochenem wird mit Unterstützung von Wegwischtafeln oder einem Papierblock geübt.

4. Auswertung

Die Pflegefachkraft wertet mit der Person in kurzen Intervallen (z. B. zu Beginn jeder neuen Trainingseinheit) die inzwischen gemachten Erfahrungen aus. Wurden die Ziele erreicht? Waren es die richtigen Massnahmen? Bereits kleine Erfolge werden gefeiert (anerkennend bewusst gemacht). Dies ermutigt, auf dem eingeschlagenen Weg weiterzugehen.

Im Zwischenassessment RAI beurteilen die Pflegefachkraft und die Person die Resultate halbjährlich (Bereich Q im RAI-NH).

5. Unterstützung zur Umsetzung

Es braucht viel Erfahrung, um im neuen Aufgabenfeld der sinnesbehinderungsspezifischen Pflege die angestrebte Sicherheit zu erlangen. Informieren Sie die Bewohnenden darüber, dass das Thema für Sie und generell in der Pflege neu ist und dass Sie sich einarbeiten. Für die betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner bedeutet es in der Regel eine Entlastung, wenn Pflegenden die Beeinträchtigung thematisieren und anerkennen. Die meisten werden Sie dabei gerne unterstützen.

a. Unterstützung für Pflegende und ihre Teams

Um rascher Sicherheit zu gewinnen, können Sie sich und ihr Team beraten und sensibilisieren lassen. Entsprechende Angebote finden Sie bei:

- Zu Sehbehinderung: Beratungsstellen des Sehbehindertenwesens: Übersicht nach Kantonen beim SZBLIND, www.szblind.ch
- Zu Hörbehinderung (inkl. Hörgerätepflege): pro audito Schweiz, www.pro-audito.ch
- Zu Hörsehbehinderung: SZBLIND Fachstelle für Hörsehbehinderung und Taubblindheit, www.taubblind.ch
- Dolmetschdienste für Hörbehinderte in Gebärdensprache: www.procom-deaf.ch

b. Unterstützung für Bewohnende

Für Orientierungs- und Mobilitätstrainings bei Gesichtsfeldausfällen und wenn sich die Person ausserhalb des Pflegeheims bewegen will sowie für den Erwerb von optischen Hilfsmitteln wie Lupen, Lupenbrillen oder Lesegeräten empfehlen wir, die Beratung von Fachpersonen der Beratungsstellen von Organisationen des Sehbehindertenwesens zu beanspruchen. Nur das auf die einzelne Person angepasste optische Gerät ist hilfreich und der Umgang damit muss von den Betroffenen gelernt und geübt werden.

- Beratungsstellen des Sehbehindertenwesens (Liste der Beratungsstellen nach Kantonen unter www.szb.ch)
- Gruppentrainings für Personen mit Hörbehinderung sind über die pro audito Lokalvereine möglich. Auch ein von der betroffenen Person zu bezahlender Privatunterricht ist denkbar (www.pro-audito.ch/was-wir-tun/).

Reflexionsaufgabe zu Massnahmen bei Sinnesbehinderung:

- Welche Massnahmen bei Sehbehinderung wollen Sie mit Ihrem Team künftig selber anwenden, für welche Massnahmen ziehen Sie lieber die Fachperson einer Beratungsstelle bei?
- Welche Massnahmen bei Hörbehinderung wollen Sie mit Ihrem Team künftig selber anwenden, für welche Massnahmen ziehen Sie lieber die Fachperson einer Beratungsstelle bei?

Viel Erfolg beim Ausprobieren und viel Freude mit kleinen, aber steten Verbesserungen bei Ihren Bewohnenden mit einer Sinnesbehinderung!

F.H.

Literatur- und Quellenangaben

- Engeli, A. & Heussler, F. (2001). Experiences of Conservative and Compensational Rehabilitation. In H.-W. Wahl & H.-E. Schulze (Eds.), *On the Special Needs of Low Vision Seniors* (pp. 175–179). IOS Press.
- Fang, P. P. et al. (2017). Ophthalmologische Versorgung in Seniorenheimen. Die OVIS-Studie. *Der Ophthalmologe*, published online 22.08.2017. DOI 10.1007/s00347-017-0557-0.
- Faust, V. (2012). Seh-Trugwahrnehmungen ohne Geistesstörung. In: *Psychiatrie heute. Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln.* Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit. Abgerufen am 20.06.2019 unter http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/faust1_bonnet.pdf.
- Heussler, F., Wildi, J. & Seibl, M. (Hrsg.) (2016). Menschen mit Sehbehinderung in Alterseinrichtungen. Gerontagogik und gerontagogische Pflege – Empfehlungen zur Inklusion. Zürich: Seismo Verlag.
- Heussler, F., Seibl, M. & Wildi, J. (2018). Goldene Regeln. Sehbehinderung im Alter angemessen begegnen. 33 Regeln mit Kommentaren. 2. Aufl. Zürich: KSIA.
- Heyl, V. (2016). Sehbehinderung im Alter und subjektives Wohlbefinden – eine Herausforderung. In: Heussler, Wildi & Seibl (Hrsg.). Menschen mit Sehbehinderung in Alterseinrichtungen, S. 158–164.
- Lehrl, S., Funk, R. & Seifert, K. (2005). Erste Hörhilfe erhöht die geistige Leistungsfähigkeit. Offene kontrollierte Anwendungsbeobachtungsstudie als Pilotstudie. In: *HNO* 2005: 53, S. 852–862.
- Lehrl, S. & Gerstmeyer, K. (2004). Systematische Fehleinschätzung von Altersdemenz durch kataraktbedingte Minderung der Informationsverarbeitung? In: *Der Ophthalmologe* 2004: 101, S. 164–169. Wiederabdruck in Heussler, Wildi & Seibl (Hrsg.) (2016), Menschen mit Sehbehinderung in Alterseinrichtungen, S. 165–174.
- Martin, M., Jäncke, L., Röcke, C. & Schelling, H. R. (2016). Gesund altern in der Schweiz. *Bulletin SAGW* 1/2016, S. 40–42.
- Ruf, E., Schumacher Dimech, A. & Misoch, S. (2016). Hören im Alter: eine Übersicht im Auftrag von Pro Senectute Schweiz. St. Gallen: Fachhochschule St. Gallen. Abgerufen am 15.08.2017 unter https://www.fhsg.ch/fileadmin/Dateiliste/3_forschung_dienstleistung/kompetenzzentren/alter/Publikationen/Hoeren_im_Alter.pdf.
- RCOPHTH – The Royal College of Ophthalmologists (2008). Patients at risk of losing their sight need to be told they could develop visual hallucinations. Press Release of The Macular Disease Society.
- Safran, A. B. & Landis, T. (1999). From Cortical Plasticity to Unawareness of Visual Field Defects. *Journal of Neuro-Ophthalmology* 19(2), pp. 84–88.

- Schulze, H.-E. (2003). Sehbehinderten und blinden alten Menschen professionell begegnen und helfen. Ratgeber für pflegerische und soziale Dienste und für Studierende. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe. Abgerufen am 09.01.2018 von http://www.dvbs-online.de/dvbs/fachgruppen/ruhestand/Blinden_Ratgeber.pdf.
- SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hg.) (2013). Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung. 2. Aufl. Basel: SAMW.
- Seifert, A., Schelling, H. R. (2017). Im Alter eine Sehbehinderung bewältigen. Synthesebericht zur Studie COVIAGE. Zürich: Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie (= Zürcher Schriften zur Gerontologie Nr. 12).
- Spring, S. (2017). Sehen und hören in Spitex- und Heimpflege. Eine explorative Studie zu Sinneserkrankungen und Demenz im Spiegel des RAI-Assessments in Alters- und Pflegeheimen sowie in der ambulanten Krankenpflege der Schweiz. Zürich: SZB.
- Sutter, F. (2017). Netzhautdegenerationen. Ein anderes Sehen. 4. Aufl. Zürich: Retina Suisse.
- Wahl, H.-W. (2013). The Psychological Challenge of Late-Life Vision Impairment: Concepts, Findings, and Practical Implications. Review Article. In: *Journal of Ophthalmology*, Volume 2013, Article ID 278135.
- Wahl, H.-W., Heyl, V. & Langer, N. (2008). Lebensqualität bei Seheinschränkung im Alter. Das Beispiel altersabhängige Makuladegeneration. In: *Der Ophthalmologe*, 8/2008, S. 735–743.
- Yalom, I. D. (2016). *Theorie und Praxis der Gruppentherapie: Ein Lehrbuch*. 12. Aufl. Stuttgart: Klett Cotta.

Anhänge

- Übersicht zentrale Begriffe
- Achtung bei der Medikation – ototoxische Medikamente
- Vertiefungstext «Führt Schwerhörigkeit zu Demenz?»
- Vertiefungstext «Systematische Fehleinschätzung von Altersdemenz bei Sehbeeinträchtigung?»
- Überblick über die betroffenen Bereiche im MDS des RAI-NH
- Kommunikationsregeln bei Hörbeeinträchtigung
- Anleitung Fokus-Assessment

Seh- und Hörbehinderung kennen, erkennen und anerkennen

Zentrale Begriffe

Allgemein	Sehen	Hören
<p>Schädigung: pathophysiologische Veränderung</p>	<p>Sehschädigung: pathophysiologische Veränderung am Auge, Sehnerv oder im Gehirn (Sehzentren)</p>	<p>Hörschädigung: pathophysiologische Veränderung im Bereich des Mittelohrs, des Innenohrs, des Hörnerven oder im Gehirn; die altersbedingte Hörschädigung heisst medizinisch Presbyakusis</p>
<p>Beeinträchtigung: Im Gesundheitskontext wird oft der Begriff Beeinträchtigung verwendet, wenn eine Behinderung vorliegt, weil Behinderung im KVG (noch) nicht bekannt ist. In diesen Learnheiten wird von Behinderung gesprochen, wenn die Person-Umwelt-Situation und nicht ausschliesslich die Situation der Person selber gemeint ist.</p>	<p>Sehbeeinträchtigung: Einschränkungen (kognitiv, emotional, funktional) infolge der nicht kurierten oder nicht kurierbaren Sehschädigung. Die Sehbeeinträchtigung ist für verschiedene Personen bei gleichem Visusverlust oder gleicher Gesichtsfeldeinschränkung subjektiv verschieden.</p>	<p>Hörbeeinträchtigung: Einschränkungen infolge des geminderten Hörvermögens infolge der nicht kurierbaren Hörschädigung. Die Hörbeeinträchtigung ist für verschiedene Personen bei gleicher Frequenz- oder Lautstärkeeinbusse subjektiv verschieden.</p>
<p>Behinderung: Behinderung ist keine objektiv messbare Grösse. Sie ist nicht in den Organen der Person lokalisiert, sondern entsteht aus dem Zusammenspiel zwischen dem Individuum mit seinen Voraussetzungen und den sozialen und baulichen Barrieren der Umgebung (vgl. UN-BRK und WHO ICF)</p>	<p>Sehbehinderung: Einschränkungen der Person mit Sehbeeinträchtigung im sozialen Kontext (gleichberechtigte Teilhabe an Gemeinschaft und Gesellschaft), welche sie aufgrund der kognitiven, emotionalen und funktionalen Folgen aus der Sehbeeinträchtigung erlebt (Person-Umwelt-Situation: <i>person-in-environment</i>)</p>	<p>Hörbehinderung: Einschränkungen der Person mit Hörbeeinträchtigung im sozialen Kontext (gleichberechtigte Teilhabe an Gemeinschaft und Gesellschaft), welche sie aufgrund der kognitiven, emotionalen und funktionalen Folgen aus der Hörbeeinträchtigung erlebt (<i>person-in-environment</i>)</p>
<p>Sinnesbehinderung: Überbegriff über Hörbehinderung und Sehbehinderung</p>		

	<p>Hörsehbehinderung: Gleichzeitigkeit von Beeinträchtigung des Sehens und des Hörens, eigene Thematik: Die doppelte Sinnesbehinderung bedeutet ein Vielfaches an Belastung, bringt spezifische Schwierigkeiten mit sich und erfordert eigene Lösungsansätze. Der Beizug von Fachpersonen aus den spezialisierten Beratungsstellen wird dringend empfohlen.</p>
	<p>Blindheit: Gesetzlich ist Blindheit definiert als völliges Fehlen von Seheindrücken oder einem Visus von < 0,02 (2%) auf dem besseren Auge oder wenn das Gesichtsfeld 5° und weniger beträgt. Die WHO definiert Blindheit bei einem Visus von < 0,05 (5%) und weniger und einem Gesichtsfeld von < 10°.</p>
	<p>Taubblindheit: Gleichzeitigkeit von Blindheit und Gehörlosigkeit, eigene Thematik: Da weder akustische noch visuelle Kommunikation möglich ist, bedeutet Taubblindheit ein Vielfaches an Belastung und erfordert eigene Kompensations- und Lösungsansätze. Der Beizug von Fachpersonen aus den spezialisierten Beratungsstellen wird dringend empfohlen.</p>
	<p>Erblindung: im Lebensverlauf (d. h. noch nicht bei der Geburt) auftretende Blindheit</p>
<p>Syndrom: Mehrere Beeinträchtigungen, Befunde und Symptome gehen immer oder häufig miteinander einher (physisch, psychisch oder kognitiv). Es wird davon ausgegangen, dass sie durch die gleiche Ursache bedingt sind. Das Verständnis als Syndrom erlaubt eine Vereinfachung für die pflegerischen Interventionen, indem mit wenigen Interventionen mehrere Pflegeprobleme gleichzeitig behandelt werden.</p>	<p>Syndrom Sehbehinderung: Mehrere beeinträchtigende Folgen gehen mit der Sehbeeinträchtigung einher (physisch, psychisch oder kognitiv). Das Syndrom bezieht die behindernden Belastungen durch das Umfeld/die Umwelt mit ein.</p>
	<p>Syndrom Hörsehbehinderung: Mehrere beeinträchtigende Folgen gehen mit der Hörsehbeeinträchtigung einher (physisch, psychisch oder kognitiv). Das Syndrom bezieht die behindernden Belastungen durch das Umfeld/die Umwelt mit ein.</p>
	<p>Ertaubung: im Lebensverlauf (d. h. noch nicht bei der Geburt) auftretende Gehörlosigkeit</p>
	<p>Syndrom Hörbehinderung: Mehrere beeinträchtigende Folgen gehen mit der Hörbeeinträchtigung einher (physisch, psychisch oder kognitiv). Das Syndrom bezieht die behindernden Belastungen durch das Umfeld/die Umwelt mit ein.</p>

Achtung bei der Medikation!

Ototoxische Medikamente (Quelle: <https://flexikon.doccheck.com/de/Ototoxizit>, 11.01.2017)

Eine Reihe von Wirkstoffen und Arzneimitteln kann auf das Gehör schädigend wirken. Im Folgenden findet sich eine Liste bekannter ototoxischer Medikamente und Substanzen:

Antibiotika

Aminoglykoside (Störungen besonders im Bereich höherer Frequenzen):

Amikazin, Gentamicin, Kanamycin, Neomycin, Netilmicin, Streptomycin, Tobramycin

Makrolide (Störungen im Bereich des kompletten Frequenzspektrums):

Erythromycin, Glykopeptid-Antibiotika, Vancomycin, Teicoplanin

Chemotherapeutika: Cisplatin, Bleomycin, Vincristin

Diuretika: Acetazolamid: Furosemid, Bumetanid, Etacrynsäure

NSR: Acetylsalicylsäure-Überdosis (Reversibel nach dem Absetzen)

Anti-Malaria-Medikamente: Chloroquin, Chinin

Sonstige Toxine: Blei, Kohlenmonoxid, Quecksilber, Schwefelkohlenstoff, Zinn

Kontraindizierte Medikamente bei Sehschädigung

Es steht bezüglich Sehschädigung keine entsprechende Liste zur Verfügung. Bekanntermassen sind etwa gewisse Psychopharmaka bei Augenproblemen nicht empfehlenswert.

Wir empfehlen den Pflegenden, die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt auf die reduzierte Sehkraft hinzuweisen und sie oder ihn zu bitten, zum Schutz des vorhandenen Sehvermögens ein kompatibles Präparat zu finden, beziehungsweise in Abwägung zweier Probleme das Sehen hoch zu gewichten.

Führt Schwerhörigkeit zu Demenz?

Zusammenfassende Übersicht über neuere Studien

Magdalena Seibl, KSiA

Hörbeeinträchtigung und kognitive Leistungen

In Publikationen der letzten Jahre finden sich – mit Bezug auf wissenschaftliche Studien – sehr unterschiedliche Aussagen zum Zusammenhang von Hörbeeinträchtigung und kognitiven Leistungen. Immer wieder wird ausgesagt, dass bei Menschen mit Schwerhörigkeit das Risiko für eine kognitive Beeinträchtigung deutlich erhöht sei und sie ein signifikant höheres Risiko hätten, an einer Demenz zu erkranken. Heisst das, dass Schwerhörigkeit zu Demenz führt?

In einer Übersicht über verschiedene aktuelle Studien, Metastudien und Reviews (systematische Zusammenstellung der Ergebnisse mehrerer Studien) zeigt sich ein komplexes Bild, das teils widersprüchliche Aussagen enthält.

Bei **peripherer Hörbeeinträchtigung** (Aussenohr – Mittelohr – Signalcodierung in der Hörschnecke/Cochlea) stellen die einen Studien einen Zusammenhang zwischen Schwerhörigkeit und kognitiver Beeinträchtigung fest, andere nicht. Je nach Untersuchungssetting, Auswahl der Studienteilnehmenden (Sample) und Methoden zur Bestimmung des Grades an Schwerhörigkeit und der kognitiven Leistung wird ein signifikanter, ein leichter oder gar kein Zusammenhang festgestellt. Presbykuzis gehört zu den peripheren Hörbeeinträchtigungen.

Bei **zentraler Hörbeeinträchtigung** (Hörnerv – Stammhirn – Mittelhirn – Hörrinde im Gehirn) wird im Allgemeinen ein Zusammenhang zwischen Schwerhörigkeit und kognitiver Leistung festgestellt, die Interpretationen sind aber sehr unterschiedlich. Mehrere Studien weisen darauf hin, dass die zentrale Hörbeeinträchtigung Frühfolge einer demenziellen Entwicklung sein kann und in solchen Fällen auch als Frühsymptom für eine sich anbahnende Demenz gewertet werden könnte. Zentrale Hörfähigkeit scheint stärker mit der Kognition in Zusammenhang zu stehen als periphere Hörfähigkeit.

Zudem stellen viele Studien nur korrelierende Häufigkeiten fest und leiten daraus ein erhöhtes Risiko für Demenz für Personen mit Hörbeeinträchtigung ab. Kausale Zusammenhänge sind nicht bekannt, verwiesen wird öfters auf einen messbaren Volumenabbau im auditiven Kortex des Gehirns und eine Tendenz zur Volumenreduktion im ganzen Gehirn bei Menschen mit Hörbeeinträchtigung. Die meisten Studien halten fest, dass die Aussagen für nicht korrigierte Höreinbussen gelten, einige verweisen darauf, dass kognitive Einbussen reversibel sein können: nach Anpassung einer geeigneten Hörhilfe und einem Hörtraining unterscheiden sich die Ergebnisse nicht mehr von denen einer Vergleichsgruppe ohne Höreinbusse.

Einflussfaktoren

Trotz vieler Studien weiss man wenig über die zugrundeliegenden Zusammenhänge zwischen Hörfähigkeit und Kognition. Fulton et al. (2015) verweisen auf fünf Mechanismen, die einen Einfluss haben können auf die Situation und die Wertung von Untersuchungsergebnissen.

1. Fehlinterpretation Demenz:

Personen mit moderater bis schwerer Hörbeeinträchtigung erhalten häufiger eine Demenzdiagnose als Personen ohne Hörbeeinträchtigung, ist die Hörbeeinträchtigung korrigiert, gilt das nicht mehr in derselben Deutlichkeit (Davies et al. 2017: 2074). Die Mehrheit der älteren Menschen lässt Schwerhörigkeit nicht abklären, sie brauchen ihre Hörhilfen nicht oder nicht regelmässig¹, geben vor, gesprochene Sprache zu verstehen und fragen nicht nach. Weil Defizite des Hörvermögens relativ lange kompensiert werden können und von älteren Menschen häufig bagatellisiert und negiert werden, gibt es einen hohen Anteil nicht erkannter Hörbeeinträchtigungen im Alter (RKI 2006: 22). Schlechtes Hören kann die Ergebnisse von kognitiven Tests verfälschen, den Eindruck einer kognitiven Beeinträchtigung hervorrufen und zu Fehldiagnosen führen. In einer Studie von Jorgensen (2012) wurde bei 125 jüngeren Erwachsenen (18-39 Jahre alt) Schwerhörigkeit verschiedenen Grades simuliert und unter diesen Bedingungen mittels eines MMS-Tests (Mini-Mental-Status Test) ihre kognitiven Leistungen untersucht. Dabei zeigte sich: bereits bei der ersten Reduktionsstufe der Hörfähigkeit (leichte bis moderate Schwerhörigkeit) erreichten 16% der jungen Studienteilnehmenden Werte, die einer Demenz entsprechen. Bei höheren Stufen der Schwerhörigkeit stieg die Rate an. Empfehlung der Autoren: Abklärung der Hörfähigkeit vor kognitiven Tests zur Reduktion von Fehldiagnosen Demenz statt Hörbehinderung, weil vor allem bei älteren Personen mit leichter bis moderater Schwerhörigkeit die Höreinbusse ohne audiologische Untersuchung häufig übersehen wird (ebd.: 134)².

2. Verbreitete Neurodegeneration:

Es gibt Studien, die einen Zusammenhang zwischen Alter, Tempo, Seh- und Hörvermögen und im Alter auftretenden kognitiven Veränderungen feststellen und annehmen, es könnte einen gemeinsamen neurologischen Hintergrundfaktor für diese Veränderungen geben, eventuell genetisch bedingt (Fulton et al. 2015: 144). In solchen Fällen könnte Schwerhörigkeit ein Indiz/Symptom für eine neurologische Veränderung sein, die sich später auch in einer demenziellen Entwicklung äussern würde.

3. Mangel an Sinnesreizen:

Schwerhörigkeit führt zu einer Reduktion von Inputs ins Gehirn und damit reduzierter Aktivität in der Hörbahn (Hörnerv – Stammhirn – Mittelhirn – Hörrinde) und reduzierter Information. Mit der Zeit führt das zu Struktur- und Funktionsveränderungen in den

¹ Nur etwa 20% der Betroffenen, die von einer Hörhilfe profitieren könnten, haben eine. Und von denen, die eine haben, brauchen sie 25-40% zu wenig oder gar nicht (Gates & Mills 2005: 1111).

² In der englischen Langzeitstudie Health Survey zeigte sich, dass nur 26% der Personen mit moderater bis schwerer Hörbeeinträchtigung vor der Demenzabklärung eine Abklärung der Hörfähigkeit hatten und 60% der über 55-Jährigen, die von einer Hörhilfe profitieren könnten, noch nie eine benutzt hatten (Davies et al. 2017: 2074)

zentralen auditiven und kognitiven Systemen (eine Studie zeigte z.B. Reduktionen im Gehirnvolumen im rechten Stirnlappen). Wenn die Hörbahn über längere Zeit nicht stimuliert wird, verringert sich die Fähigkeit zur Sprachwahrnehmung und -verarbeitung im Gehirn zunehmend („late onset deprivation“, RKI 2006: 22). Die Auswirkungen betreffen die Fähigkeit, Sprache aus Nebengeräuschen zu filtern, das Verständnis und das Gedächtnis für gesprochene Sprache sowie die kognitiven Leistungen. Es gibt allerdings keine einschlägigen Studien zu Langzeitveränderungen in der Kognition. Eine Studie aus dem Jahr 1999 (Palmer et al. nach Fulton et al. 2015: 145) zu den Auswirkungen von Signalverstärkung durch Hörhilfen auf leichte kognitive Beeinträchtigungen (Gedächtnisstörungen) und auf Demenz zeigte eine Verbesserung nach zwei Monaten regelmässigem Gebrauch der Hörhilfe. Einen statistisch signifikanten geistigen Leistungsgewinn durch die Anwendung einer Hörhilfe während 4.5–8h pro Tag bestätigt auch eine Untersuchung von Lehl et al. (2005) mit 15 Untersuchungspersonen und 15 Kontrollpersonen zwischen 46 und 90 Jahren für die Kapazität des Arbeitsspeichers, die Merkspanne und die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit. Die Leistungssteigerung entwickelte sich bei regelmässigem Gebrauch über mehrere Monate bis zu einem Jahr und darüber hinaus (ebd.: 859). Zudem wurde in mehreren Studien festgestellt, dass bei frühzeitiger Diagnose und Kompensation von Schwerhörigkeit die Resultate besser waren. Viele Betroffene warten aber Jahre, bevor sie sich eine Hörhilfe anpassen lassen, bei langfristigem Mangel an Sinnesinputs scheint die Reversibilität zu sinken.

4. Kognitive Ressourcenzuteilung und -reduktion:

Reduziertes Hörvermögen erfordert sehr viel Konzentration und Anstrengung für die Verarbeitung der auditiven Signale zu sinnvollen auditiven Informationen. In der Folge stehen weniger Ressourcen für übergeordnete kognitive Prozesse (z.B. Arbeitsspeicher, Langzeitgedächtnis) zur Verfügung. Bildgebende Verfahren weisen auf eine Reorganisation der Verarbeitungsprozesse in den am Hören beteiligten Gehirnbereichen (Hörbahn) aufgrund der reduzierten auditorischen Stimulation hin. In einer Studie mit 24 älteren Personen (Ø 69 J.) mit Höreinschränkungen zeigten sich bei guten Hörbedingungen keine Unterschiede in der kognitiven Reservekapazität bei Personen mit und Personen ohne Hörbeeinträchtigung, mit Hintergrundgeräuschen waren die Ergebnisse hörbeeinträchtigter Personen deutlich schlechter. Das lässt darauf schliessen (beweist es aber nicht!), dass kognitive Leistungen bei älteren Menschen eingeschränkt sein könnten aufgrund der Umverteilung der Ressourcen zur Verarbeitung der reduzierten auditiven Signale (Fulton et al. 2015: 145).

5. Soziale Isolation, Depression:

Schwerhörigkeit beansprucht die Konzentration, die kognitiven Prozesse und die Ressourcen in erhöhtem Mass, die Betroffenen ermüden schnell. Soziale Zusammenkünfte finden meistens an Orten mit mehr Hintergrundgeräuschen statt, was die Anstrengung für die Kommunikation erhöht. Viele Menschen mit Höreinschränkungen meiden solche Situationen und isolieren sich sozial. Zu den Folgen gehören eine erhöhte Depressionsrate, mehr Einsamkeitsgefühle und kleinere soziale Netzwerke bei älteren Erwachsenen mit Schwerhörigkeit. Soziale Isolation hinwiederum ist ein Risikofaktor für kognitive Einbussen.

Massnahmenkategorien

- **Signalverstärkung durch Hörhilfen (Hörgeräte und Cochlea-Implantate):**
Bezügl. Verhinderung/Verminderung von kognitivem Abbau hat sich einerseits eine möglichst frühzeitige Anpassung der Hörhilfe und andererseits ihr regelmässiges Nutzen (bei Hörgeräten möglichst 4.5–8h/Tag) bewährt. Gemäss verschiedenen Studien ist davon auszugehen, dass sich durch den Gebrauch von Hörhilfen die Stimmung der Betroffenen verbessert, die soziale Interaktion erhöht und die Teilnahme an kognitiv stimulierenden Aktivitäten ermöglicht wird (Devere 2017b); in der Summe kann das kognitive Einbussen verlangsamen oder verringern.
- **Hörtrainings:**
Durch gezieltes Hörtraining kann das Verständnis von gesprochener Sprache bei Hintergrundgeräuschen verbessert werden. In den referierten Studien wurde mit computergestützten einzelwortbasierten Trainings und verschiedenen Sprechern gearbeitet. Als wichtig zeigten sich die Rückmeldungen zu korrekten bzw. nicht korrekten Antworten der Probanden. Schriftliche Rückmeldungen haben gegenüber rein mündlichen zu besseren Ergebnissen geführt, man geht davon aus, dass das mit der Verstärkung der Verknüpfung zwischen akustischer und visueller Repräsentation der Wörter im Gehirn erklärt werden kann. Hörtrainings ohne Rückmeldungen zeigten nicht denselben Effekt. Bereits bei 2–3maligem Training pro Woche wurden signifikante Verbesserungen im Sprachverständnis bei Hintergrundgeräuschen festgestellt (ebd.). Der Einfluss von Hörtrainings auf die kognitiven Funktionen wurde nicht untersucht.
- **kognitive Verhaltenstrainings:**
Schwerhörigkeit hängt zusammen mit psychischer Belastung und Ängstlichkeit, was sich auf die Alltagsbewältigung und die Lebensqualität auswirkt. Kognitive Verhaltenstrainings zeigten sich in Studien als wirkungsvoll in der Bewältigung von Schwerhörigkeit durch ältere Menschen. In kognitiven Verhaltenstrainings geht es darum, gezielt mit Wissensvermittlung, Informationen zu Hilfsmitteln und Unterstützungssystemen sowie Stressmanagementmethoden zu lernen, die eigenen verzerrten Einstellungen, Gedanken, Bewertungen und Überzeugungen zu verändern. Die berücksichtigten Studien lassen vermuten, dass sich kognitive Trainings noch stärker positiv auf die Kommunikationsfähigkeit der Probanden auswirken als reine Hörtrainings (ebd.).
- **kombinierte Massnahmen**

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Obwohl sich gewisse Studienergebnisse deutlich unterscheiden, ergeben sich in der Summe einige Schlussfolgerungen, die grundsätzlich gelten:

- Wenn Hörbeeinträchtigung früh festgestellt und behandelt wird, können kognitive Einbussen verhindert oder verzögert werden. Je früher geeignete Hörhilfen angepasst werden, desto besser ist dies für den Verlauf der Entwicklung der kognitiven Leistungsfähigkeit.
- Je regelmässiger Hörhilfen gebraucht werden (inkl. regelmässiger Kontrolle und Anpassung), desto vollständiger reversibel sind bereits bestehende kognitive Einbussen.

- Hörhilfen stellen nicht das gewohnte „Normalgehör“ wieder her, sondern kompensieren auf „Umwegen“. Der Umgang damit muss gelernt werden, das Gehirn braucht Zeit und Übung, um aus den veränderten Inputs wieder Töne und Sprache zu dekodieren. Deshalb ist es nach der Anpassung einer Hörhilfe von grösster Wichtigkeit, die Hörhilfe regelmässig zu nutzen (möglichst verbunden mit einem gezielten Hörtraining), bis das Gehirn das Dekodieren und Übersetzen der Signale in auditive Informationen neu gelernt hat.
- Um Fehlinterpretationen Demenz statt Hörbeeinträchtigung zu vermeiden, sollte vor den Tests zur Abklärung von demenziellen Entwicklungen eine genaue Abklärung der Hörfähigkeit vorgenommen werden. Dabei reicht es nicht, die Person zu fragen, ob sie gut hört, ob sie versteht, womit sie Schwierigkeiten hat. Es braucht zudem fundierte audiologische Tests, möglichst mit Erhebung der „Hörbiografie“.
- Motivation und Unterstützung der Betroffenen zur Abklärung und zum konsequenten Einsatz von Hörhilfen sowohl durch das private Umfeld (Angehörige) wie auch durch Fachpersonen (Hausärzte, Pflegefachpersonen usw.) ist nötig. Betroffene bagatellisieren ihre Symptome oft.
- Die soziale Isolation bei Schwerhörigen sollte gezielt vermindert werden, damit es nicht zu weiteren Beeinträchtigungen bezügl. kognitiver Fähigkeiten kommt (Ruf et al. 2016: 17).

Quellenangaben

- Davies, Hilary R. et al. (2017). Hearing Impairment and Incident Dementia: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. In: The Journal of the American Geriatrics Society JAGS 65: 2074–2081.
- Devere, Ronald (2017a). The Cognitive and Behavioral Consequences of Hearing Loss, Part 1. In: Practical Neurology, October 2017, 34–38.
- Devere, Ronald (2017b). The Cognitive and Behavioral Consequences of Hearing Loss, Part 2: Evaluation and Treatment. In: Practical Neurology, November/December 2017, 41–45.
- Fulton, Susan E. et al. (2015). Mechanisms of the Hearing-Cognition Relationship. In: Seminars in Hearing, Volume 36, Number 3, 140–149.
- Gates, George A. & John H. Mills (2005). Presbycusis. In: The Lancet 2005; 366, 1111–1120.
- Jorgensen, Lindsey E. (2012). The Potential Impact of Undiagnosed Hearing Loss on the Diagnosis of Dementia. Dissertation at the University of Pittsburgh, School of Health and Rehabilitation Sciences. URL: http://d-scholarship.pitt.edu/13174/1/Jorgensen_Dissertation_Aug2.pdf [13.11.2018].
- Lehr, S., R. Funk & K. Seifert (2005). Erste Hörhilfe erhöht die geistige Leistungsfähigkeit. Offene kontrollierte Anwendungsbeobachtungsstudie als Pilotstudie. In: HNO 10/2005 (53): 852–862.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006). Hörstörungen und Tinnitus. Berlin: RKI (= Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 29). URL: <https://edoc.rki.de/handle/176904/3181> [08.04.2019].
- Ruf, E., A. Schumacher Dimech & S. Misoch (2016). Hören im Alter: eine Übersicht im Auftrag von Pro Senectute Schweiz. St. Gallen: Fachhochschule St. Gallen. URL: https://www.fhsg.ch/fileadmin/Dateiliste/3_forschung_dienstleistung/kompetenzzentren/alter/Publikationen/Hoeren_im_Alter.pdf [15.08.2017].

Systematische Fehleinschätzung von Altersdemenz bei Sehbeeinträchtigung?

Zusammenfassung einer Studie von 2004 zur Untersuchung des Zusammenhangs von Sehbeeinträchtigung und kognitiven Leistungen

Studienleitung

Interdisziplinäre Studie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Erlangen-Nürnberg, und der Augenklinik Minden, unter der Leitung von Siegfried Lehrl und Kristian Gerstmeyer.

Hintergrund

Eine Reihe von früheren klinischen Studien stützten die Annahme, dass altersbedingte Sehminderungen zu erheblichen Intelligenzeinbussen, insb. im Bereich der fluiden Intelligenz (aktuelles geistiges Leistungsvermögen) führen. Die kristalline Intelligenz (gespeicherte Erfahrung, erworbenes Wissen) zeigte sich als nicht gleich stark beeinträchtigt.

In früheren Arbeiten der beiden Autoren hatten sich präoperative kognitive Leistungseinbussen als so erheblich gezeigt, dass der Verdacht aufkam, bei nicht wenigen Seniorinnen und Senioren würden kataraktbedingte kognitive Leistungseinbussen mit dem entsprechenden Leitsymptom einer Altersdemenz¹ verwechselt. Das würde bedeuten, dass nicht wenige Personen neuropsychiatrisch in Schweregrad und Syndrom fehleingeschätzt würden.

Fragestellung und Studienziel

- Entsprechen die bei Katarakt gemessenen Intelligenzverluste dem Ausmass von kognitiven Leistungseinbussen bei Altersdemenzen?
- Erfüllt die kognitive Symptomatik bei spät erworbener Katarakt die internationalen diagnostischen Kriterien (ICD-10, DSM-IV) für Altersdemenzen?

Ziel: Prüfung, ob Katarakt und ihre Beseitigung einen Einfluss auf die kognitive Leistung bzw. Demenz hat.

Vorgehen

In 4 Stichproben wurden bei 41 Patientinnen und Patienten mit durchschnittlich 73-81 Jahren vor und 3–14 Wochen nach einer IOL-Implantation (Kataraktoperation mit Einsetzen einer Intraokularlinse) mittels des validierten psychologischen KAI-Tests zur Intelligenzmessung (Informationsverarbeitungstest mit 2 Subtests zur Messung der fluiden Intelligenz: Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit und Merkspanne) die kognitive Leistung erhoben, ebenso bei einer Kontrollgruppe von 20 Personen derselben Altersgruppe ohne Katarakt.

¹ Unter dem Begriff „Altersdemenz“ fassen die Autoren Multiinfarktdemenz, Alzheimerdemenz und Mischtyp zusammen.

Als Einordnung der Werte bezügl. Einschätzung einer möglichen Altersdemenz dienten die Diagnoseleitlinien ICD-10 und DSM-IV.

Ergebnisse

- Die Arbeitsspeicherkapazität der Kontrollpersonen veränderte sich in der untersuchten Zeitspanne praktisch nicht.
- Bei den Katarakt-Patientinnen und -Patienten traten zwischen der Messung vor der IOL-Implantation und derjenigen danach erhebliche Leistungssteigerungen auf.
- Die präoperativen Ergebnisse entsprachen gemäss ICD-10 und DSM-IV im Mittel den Kriterien für die Einstufung als leicht bis mittelschwer dement. Bei 37.5% der untersuchten Personen ergab sich aus den präoperativen Leistungen kein Verdacht auf eine Demenz, bei den restlichen 62.5% verteilten sich die Leistungseinbussen über alle Schweregrade bis zu schweren und sehr schweren Demenzen.
- Wurde auf der Basis der präoperativen und der postoperativen Messungen die Leistungseinbussen durch die Katarakt berechnet, so lag diese bei zwischen 21% und 42%.
- Die postoperativen Ergebnisse der Katarakt-Patientinnen und -Patienten entsprachen mehrere Wochen nach der Operation dem Niveau der Normalbevölkerung; die präoperativ festgestellten Demenzwerte nahmen durch die Operation ab oder verschwanden.
- Aufgrund der Literaturrecherche ist davon auszugehen, dass sich bei MMS-Tests (Mini Mental Status Test) kaum andere Ergebnisse als bei den KAI-Tests gezeigt hätten.

Schlussfolgerungen

Die kognitiven Einbussen bei spät erworbener Katarakt sind nicht von denen einer Altersdemenz, insbesondere nicht von denen einer Demenz des Alzheimertyps, zu unterscheiden. Die kataraktbedingten kognitiven Einbussen erhöhen die Ausprägungen von vorhandenen demenziellen Entwicklungen. Durch die Kataraktoperation kann die kognitive Einbussen innerhalb weniger Wochen reduziert werden, ist also ganz oder teilweise reversibel. Wegen der grossen Häufigkeit von altersbedingter Katarakt ist sowohl mit häufigen Fehldiagnosen wie auch mit Bildungen und Erhöhungen der Schweregrade von Demenzsyndromen zu rechnen. Die Fehldiagnosen sind durch gründliche neuropsychiatrische Diagnoseprozesse (insb. bildgebende Verfahren), die sich überlagernden kognitiven Syndrome durch Kataraktoperationen reduzierbar.

Quellenangabe

Lehrl, Siegfried & Gerstmeyer, Kristian (2004) Systematische Fehleinschätzung von Altersdemenz durch kataraktbedingte Minderung der Informationsverarbeitung? In: Der Ophthalmologe 2/2004; 101, 164 – 169. Wiederabdruck in: Heussler, Wildi & Seibl (Hrsg.) (2016) Menschen mit Sehbehinderung in Alterseinrichtungen. Gerontagogik und gerontagogische Pflege – Empfehlungen zur Inklusion. Zürich: Seismo. 165 – 174.

Überblick über die betroffenen Bereiche im MDS des RAI-NH

Zur korrekten Beurteilung der Gesamtsituation und zur Vermeidung von Fehlbeurteilungen ist zu berücksichtigen und festzuhalten, welche Symptome ihre Ursache in einer Hör- oder Sehbehinderung haben können:

➤ **Bereich B: Kognitive Fähigkeiten**

Alle MDS-Punkte in diesem Bereich (B1–B5) können wegen einer Sinnesbehinderung eingeschränkt sein. Sie sind dann entsprechend zu kodieren, auch wenn keine Demenz vorliegt, z. B.:

- B2: Gedächtnis für Handlungsabläufe (z. B. Pullover auf der verkehrten Seite anziehen, weil die Naht nicht gesehen wird)
- B3: Schwierigkeiten, das eigene Zimmer zu finden oder sich an Personen zu erinnern (weil visuell nicht erkannt; Achtung: Fähigkeit kodieren, nicht Defizit)
- B4: Schwierigkeiten, alltägliche Entscheidungen zu treffen (weil Hinweise zur Situation gebraucht werden, Kodierung 1 bis 4)
- B5 (Kodierung 1 oder 2):
 - veränderte Aufmerksamkeit (z. B. wegen Erschöpfung u. a. aufgrund des hohen Konzentrationsbedarfs bei Hör- und Sehbeeinträchtigung)
 - zeitweise veränderte Wahrnehmung des Umfeldes (Situation nicht erkannt)
 - unzusammenhängend erscheinendes Sprechen (inadäquate Antworten, weil Situation fehlgedeutet)
 - Unruhe oder Lethargie (Angst, Depression als Folge der Sinnesbeeinträchtigung)
 - Tagesschwankungen in der visuellen oder auditiven Wahrnehmung, die zu Tagesschwankungen der kognitiven Fähigkeiten führt
- B6: Veränderungen festhalten, z. B. Verbesserungen nach sinnesbehinderungs-spezifischen rehabilitativen Pflegeinterventionen (Kodierung mit 0, 1 oder 2).

➤ **Bereich C: Kommunikative Fähigkeiten / Hören**

Hier Hörprobleme und aktive wie passive kommunikative Fähigkeiten kodieren. Die weiteren Funktionen des Hörens (Orientierungs-, Alarmierungsfunktion, emotional-soziale Funktion) in den Bereichen kodieren, wo sich Auswirkungen ergeben, z.B. bei kognitiven Fähigkeiten (B), Stimmungslage und Verhalten (E) und/oder psychosozialem Wohlbefinden (F).

➤ **Bereich D: Sehfähigkeit**

Hier Sehfähigkeit und vorhandene Sehhilfen kodieren. Die weiteren Auswirkungen eingeschränkter Sehfähigkeit in den Bereichen kodieren, wo sich Auswirkungen ergeben, z. B. bei kognitiven Fähigkeiten (B), Stimmungslage und Verhalten (E), psychosozialem Wohlbefinden (F) und/oder körperlicher Funktionsfähigkeit/ADL (G).

➤ **Bereich J: Gesundheitszustand**

Bei Sehschädigung können u. a. visuelle Halluzinationen (Charles-Bonnet-Syndrom) auftreten. Gangunsicherheit als Folge von Seh- und Hörbeeinträchtigung möglich, z. B. weil Gleichgewichtssinn beeinträchtigt ist oder die Person erschrickt.

➤ **Bereich K: Ernährung**

Sehbeeinträchtigung kann sich auf den Appetit der Person auswirken (Appetitanregung durch das Auge entfällt) oder die Person isst lieber gar nicht mehr, wenn sie mit Messer und Gabel nicht mehr richtig zurande kommt.

➤ **Bereiche L und M: Mund-/Zahnstatus bzw. Zustand der Haut**

Die Einschränkung der visuellen Kontrolle kann Ursache von Problemen im Mund und bei der Haut führen. Bei Personen mit Sehschädigung ist insb. die Fusspflege schwierig.

➤ **Bereich N: Beschäftigungsmuster**

Einschränkungen durch Seh- oder Hörbehinderung möglich, wenn Orientierung, Kontrolle oder soziale Kompetenz beeinträchtigt sind.

Seh- oder Hörschädigung sind als beeinflussende Nebendiagnosen zu anderen Krankheitsdiagnosen denkbar (**Bereich I**). Die ärztliche Behandlung der Seh- oder Hörschädigung und/oder die sinnesbehinderungsspezifische Pflege und Betreuung kann sich auf den Umgang damit und auf andere Erkrankungen positiv auswirken.

Überblick über die Kodierungsmöglichkeiten von sinnesbehinderungsspezifischen Massnahmen im RAI-NH, **Bereich P**:

➤ **P2 Interventionen für Stimmung, Verhalten und Kognition:**

zur Beeinflussung des Verhaltens d. (psychische oder psychosoziale Unterstützung und kognitives Training zur individuellen Orientierung, einzeln oder in Gruppen)

➤ **P3 Pflege training:**

b. Aktive Beweglichkeit; f. Gehen; g. Ankleiden/Körperpflege; h. Essen; j. Sprachtraining (bei Hörbehinderung); k. Sonstiges

Die rehabilitativen Massnahmen werden geplant und dokumentiert, und sie können mit ärztlicher Verordnung über die Krankenkasse abgerechnet werden.

Im Bereich Q wird die Gesamtveränderung besonders bezüglich der Auswirkung seh- bzw. hörbehinderungsspezifischer Leistungen/Pflege trainings beurteilt.

Empfehlungen:

Hausärztinnen und Hausärzte auf die Zusammenhänge und die neuroophthalmologischen Prozesse aufmerksam machen (wurden in der Ausbildung vieler Hausärzte noch nicht behandelt).

In der Pflegedokumentation (Abklärungszusammenfassung für die Vernetzung der Problembereiche oder Bewohnerdokumentation) auf die priorisierende Beurteilung der Sehbehinderung hinweisen, damit dies für Dritte und insb. für die Krankenkassen nachvollziehbar ist.

Kommunikationsregeln bei Hörbeeinträchtigung

Die Kommunikationsregeln sind nicht einfach einzuhalten, sie verlangsamen das Gespräch. Geduld von beiden Seiten und Interesse am Gegenüber hilft dazu, die Regeln konsequent einzuhalten. Damit wird soziale Teilhabe wieder möglich.

- Gute Beleuchtung im Gesicht der sprechenden Person (Mimik und Lippenbewegungen helfen besser zu verstehen)
- Nicht lauter, aber **von vorne, langsam und deutlich** sprechen
- Nur dann seitlich ins Ohr sprechen, wenn die Person auf einem Ohr deutlich besser hört als auf dem anderen und wenn sie das wünscht
- Vereinbaren, das Verstandene zu wiederholen, damit beide Gesprächspartner sicher sind, richtig zu verstehen bzw. richtig verstanden worden zu sein
- Kurze, einfache Sätze bilden, Pausen machen, nachfragen, *was* (nicht ob) verstanden wurde
- Schriftliche Information, z. B. auf «Wegwischtafeln»/kleinen Whiteboards, besonders mit hochgradig hörbehinderten oder ertaubten Personen
- Stichwörter aufschreiben, z. B. in Gruppengesprächen das Gesprächsthema
- Gruppengespräche möglichst im Kreis führen und auf gute Beleuchtung achten
- Hintergrundgeräusche minimieren, dort Platz nehmen, wo es ruhiger ist, Geräuschquellen möglichst im Rücken
- Hörende dürfen mitteilen, dass diese Gesprächsform anstrengend ist
- Hörbeeinträchtigte Personen dürfen mitteilen, dass die hohe Konzentration sie ermüdet
- Hörende Personen dürfen sich aus dem hörbehindertenfreundlichen Umgang «ausklinken» und für eine begrenzte Zeit rasch reden. Der Gesprächsinhalt soll für die Person mit Hörbeeinträchtigung zusammengefasst wiedergegeben werden – die Person muss merken, dass sie nicht vergessen wird.

Anleitung zum Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung im Rahmen einer Pflegebedarfserfassung

Ausgangslage

In der stationären und ambulanten Langzeitpflege fehlen häufig ärztliche Diagnosen zu Augenerkrankungen. Sehr oft wehren Betroffene und/oder ihre Angehörigen die ärztliche Abklärung ab. Typische Bedenken: Ein Arztbesuch ist aufwendig, zu kostspielig, im hohen Alter nicht mehr notwendig. Die pflegerischen Erfassungsinstrumente (RAI und BESA) sind bezüglich des Sehens nicht ausreichend. Das Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung bietet einen pflegerischen Zugang zur Erfassung der Ausgangslage bezüglich Sehvermögen zuhanden der Pflegeplanung.

Fachliche Grundlagen zum Fokus-Assessment

Ausführungen zur Einbettung des Fokus-Assessments in die sehbehinderungsspezifische Pflege und zur Feststellung von deren Bedarf sind in den folgenden Artikeln und Publikationen ersichtlich:

- Der Bedarf für ein Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung ergibt sich im ambulanten wie stationären Bereich der Altersversorgung beim Auftreten von Kardinalkriterien, siehe: «Menschen mit Sehbehinderung in Alterseinrichtungen», S. 110 (Heussler, Wildi & Seibl 2016): [Link zur Datei auf www.ksia.ch](#)
- Eine Hinführung zum Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung beschreibt der Artikel «Mehr Sehen – dank genauem Hinschauen» (Wildi in «Krankenpflege» 11/2020): [Link zum Artikel auf www.ksia.ch](#)
- Der Bedarf für ein Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung wird deutlich durch die Betrachtung von Sehbeeinträchtigung als pflegerisches Syndrom (siehe entsprechendes Curaviva-Faktenblatt): [Link zum Faktenblatt auf www.curaviva.ch](#), [Link zum Faktenblatt auf www.ksia.ch](#)
- Eine Übersicht über Grundlagen zu Sehschädigungen im Alter und ihren Folgen bietet der Artikel «Im Alter auch noch sehbehindert

werden! – Was spezifische Pflege bieten kann» (Seibl 2019 in NOVAcura):
[Link zum kostenpflichtigen Bezug des Artikels bei NOVAcura](#), [Link zum Manuskript des Artikels auf www.ksia.ch](#)

- Die Forderung nach behinderungsspezifischer Pflege und Betreuung bei einer im Alter neu auftretenden Sehschädigung und in der Folge einer Sehbehinderung, beleuchtet der Artikel «Pflegerücken bei Seh- und Hörbehinderung im Alter werfen rechtliche Fragen auf» (Heussler 2020 auf Website KSIA): [Link zum Artikel auf www.ksia.ch](#)
Ausführungen des Bundes zur UNO Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) siehe unter [UN-BRK beim Eidgenössischen Departement des Inneren](#) und auf der [Website der Behindertenkonferenz Zürich \(BKZ\)](#)

Inhalt

Das Fokus-Assessment gibt Aufschluss über die für Pflege und Betreuung wichtigsten funktionalen Auswirkungen einer Sehschädigung. Diese sind:

1. Vergrößerungsbedarf
2. Gesichtsfeldeinschränkung
3. Blendung
4. Eingeschränktes Kontrastsehen

2

Die Sehbeeinträchtigungen können vielfältige Ursachen haben, Rückschlüsse auf eine bestimmte Augenerkrankung können aus den Ergebnissen des Fokus-Assessment nicht gezogen werden: Das Fokus-Assessment ersetzt die ophthalmologische (ärztliche) Diagnosestellung nicht.

Die Kenntnis der erhobenen Einschränkungen erlaubt die spezifische Unterstützung im Alltag. Die Ergebnisse aus dem Fokus-Assessment beschreiben die Beeinträchtigung (das Defizit) und können gleichzeitig für alle Beteiligten – Betroffene, Pflegenden, Angehörige – den ersten Schritt zum selbstbestimmten und sicheren Umgang mit der Beeinträchtigung darstellen (Ressource).

Worum geht es in den vier Aspekten des Fokus-Assessments?

1. Vergrößerungsbedarf

Die Ermittlung des Vergrößerungsbedarfs konzentriert sich auf den positiven Umgang mit einem allfälligen Verlust des Scharfsehens (Visusverlust): auf die Möglichkeit der Vergrößerung. So wird mit dem Defizit gleichzeitig die mögliche Kompensation aufgezeigt.

Achtung: Das Messen des Vergrößerungsbedarfs ist keine Visusbestimmung.

2. Gesichtsfeldeinschränkung

Gesichtsfeldeinschränkungen im vertikalen oder horizontalen Bereich können (nebst anderen Risiken) ein Sturz- oder Verletzungsrisiko darstellen. Das Fokus-Assessment dient dazu, die Einschränkung zu erkennen, um zu einem sicheren Umgang damit zu kommen.

3. Blendung

Wie bei Schmerz ist das Ausmass von Blendung individuell unterschiedlich. Verschiedene Augenerkrankungen können von starker Blendempfindlichkeit begleitet sein. Diffuses Licht (wie bei bedecktem Himmel oder Nebel) kann ebenso blenden wie Sonnenlicht oder direkte künstliche Lichteinstrahlung. Auch hier geht es in der Abklärung darum, das Problem zu erkennen, um anschliessend geeignete Massnahmen zu ergreifen, statt beispielsweise im Dunkeln sitzen zu bleiben.

4. Eingeschränktes Kontrastsehen

Um Dinge wahrnehmen zu können, müssen sie sich von ihrer Umgebung unterscheiden lassen. Das geschieht durch das Kontrastsehen, das durch Farbe und Helligkeit/Lichtintensität bestimmt ist. Bei eingeschränktem Kontrastsehen können kleinere Unterschiede nur schlecht oder gar nicht wahrgenommen werden. Grosse Helligkeitsunterschiede können von Menschen mit Sehbeeinträchtigung besser wahrgenommen werden als geringe Unterschiede. Eine gute und blendfreie Beleuchtung hilft, Helligkeitsunterschiede zu verstärken. Schwierigkeiten beim Sehen in der Dämmerung hat mit reduziertem Kontrastsehen zu tun.

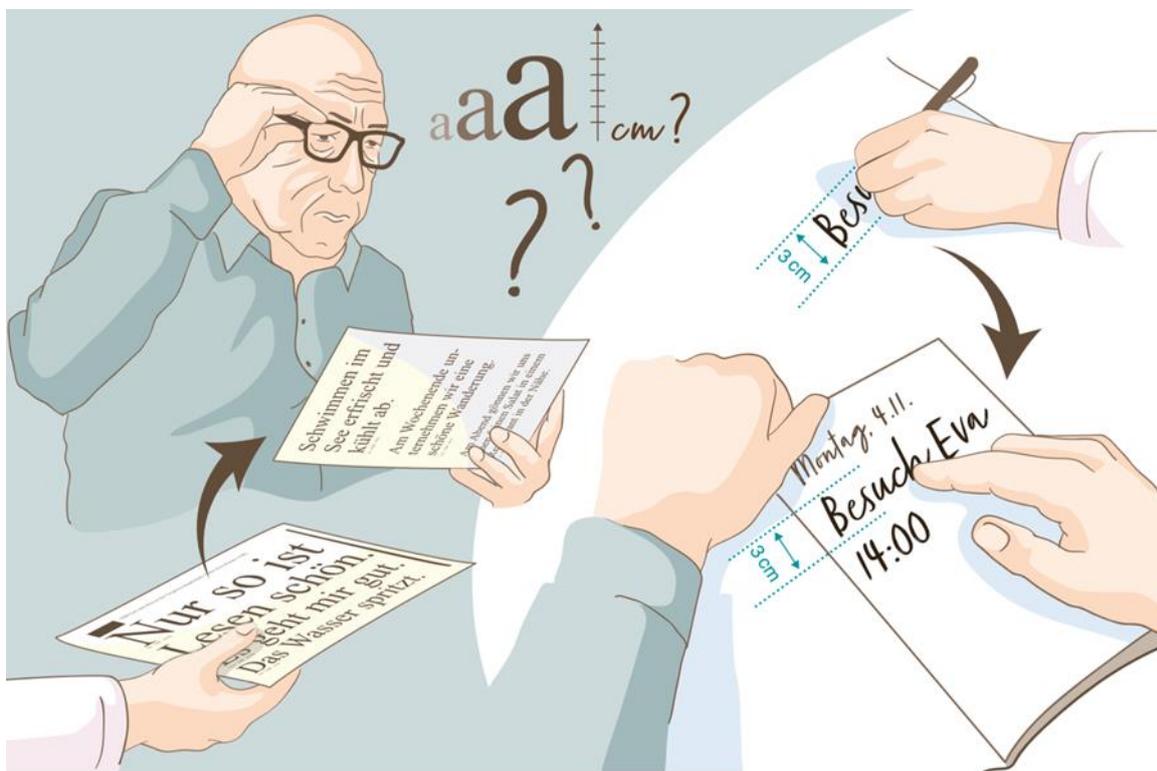
Vorgehen

Wie werden die einzelnen Schritte des Fokus-Assessments durchgeführt?

Das Fokus-Assessment wird im Rahmen des Pflegeassessments von einer diplomierten Pflegefachperson oder einer anderen dafür geschulten Fachperson durchgeführt. Die Durchführende erläutert vorgängig der Person mit der vermuteten Sehschädigung (im Folgenden: die Person), warum sie die Vermutung hat, dass ein Problem vorliegt, erklärt das Vorgehen und den Nutzen des Fokus-Assessments. Die Dauer der Durchführung ist einerseits von der Routine der durchführenden Fachperson abhängig, andererseits von der Konzentrationsfähigkeit der Person. Der Zeitbedarf verringert sich mit zunehmender Sicherheit durch Übung. Die Ergebnisse werden in das Erfassungsformular (siehe Anhang Materialien) eingetragen.

1. Ermitteln des Vergrößerungsbedarfs

Die Fachperson ermittelt mit der Person bei normalen Lichtverhältnissen und mit der gewohnten Brille mit dem vierseitigen Testblatt den Vergrößerungsbedarf (Material im Anhang). Dabei beachtet sie die Anleitung auf der letzten Seite des Testblattes. Nun wissen alle Beteiligten, wie gross eine Information geschrieben sein muss (im illustrierten Beispiel muss die Schrift mindestens 3 cm hoch sein), damit sie für die Person lesbar ist. So können Informationen entsprechend gestaltet werden.

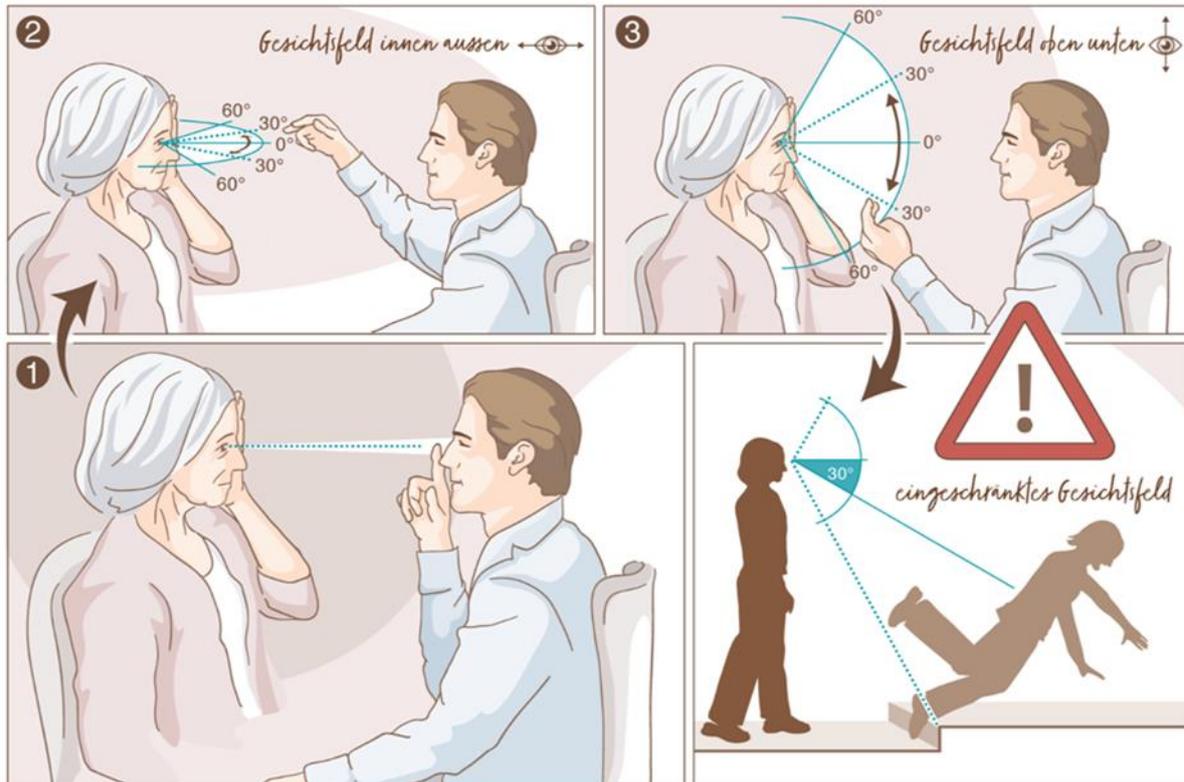


Zu beachten: Die Beleuchtungssituation hat einen grossen Einfluss auf die Lesbarkeit. Die Verbesserung der Lichtverhältnisse ist nicht Element des Fokus-Assessments, sie kann eine Massnahme der nachfolgenden Betreuung sein. Eine entsprechende Beobachtung wird auf dem Erfassungsf formular (siehe Anhang Materialien) eingetragen.

2. Feststellen von Gesichtsfeldeinschränkungen

Auf der horizontalen Linie (Gesichtsfeld rechts–links) und der vertikalen Linie (Gesichtsfeld oben–unten) prüft die Fachperson, wie viele Grad (°) des 90°-Winkels die Person sehen kann. Dabei wird jedes Auge einzeln geprüft, das heisst, das andere Auge wird mit der Hand abgedeckt. Die Person schaut der Fachperson unverwandt auf die Nasenwurzel (Bild 1), sie folgt nicht mit den

Augen dem Finger. Die Messung des Gesichtsfeldes ist ermüdend und soll nach einer kurzen Pause wiederholt und überprüft werden. Ein Gesichtsfeld von 60° ist ausreichend. Bei einem kleineren Gesichtsfeld empfiehlt sich eine augenmedizinische Kontrolle.



Die Illustration oben zeigt auf dem letzten Bild beispielhaft, wie sich aus einer Einschränkung auf 30° vertikal eine Sturzgefahr ergibt. Sehbehinderungs-spezifisches Mobilitätstraining erlaubt der Person, Stürze zu vermeiden und Gangsicherheit wiederzugewinnen.

3. Blendung wird beobachtet und erfragt

Unter Blendung verstehen wir eine unangenehm grelle, plötzliche oder bleibende Helligkeit. Stark blendempfindliche Personen meiden helle Räume/Arbeitsflächen, damit einher geht die fehlende Nutzung des vorhandenen Sehvermögens. Gewöhnung an helle Situationen in Verbindung mit Blendschutz (Kantenfiltergläser und Schirmmütze oder breitkrempiger Hut) hilft dagegen. Vorgehen zur Erfassung der Blendempfindlichkeit: erfragen, z. B.: Gibt es Situationen, in denen Sie sich geblendet fühlen? Welche sind das? Wie gehen Sie damit um? Führt die Blendung dazu, dass Sie Dinge nicht tun, die Sie sonst gerne tun würden?

4. Kontrastsehen wird beobachtet und erfragt

Um zu erkennen, ob das «Nichtsehen» ein Problem des beeinträchtigten Kontrastsehens ist, erfragt die Fachperson Kontraste, die grösser als eine Handfläche sind. Testen Sie mithilfe unterschiedlicher Farben und Helligkeiten an verschiedenen Objekten, ob ein Unterschied beobachtet werden kann. Die Sichtbarkeit beispielsweise eines Glases kann verbessert werden, wenn es auf einer farbigen Unterlage steht anstatt auf der weissen Tischfläche. Den weissen Lichtschalter mit dunklen Streifen einzufassen, hilft, die Erkennbarkeit zu verbessern. Beobachtungen aus dem Alltag können mit folgenden hilfreichen Fragen ergänzt werden: Haben Sie bemerkt, dass Sie gewisse Dinge gut sehen können, andere weniger gut? Welche Kontraste sind für Sie hilfreich?

Die Ergebnisse der einzelnen Aspekte im Fokus-Assessment werden im Erfassungsformular (Formular siehe Anhang) eingetragen. Dort vermerkt die Fachperson auch die Information zur Beleuchtungssituation und zum Vorliegen eines Charles-Bonnet-Syndroms (CBS). Das CBS beschreibt visuelle Halluzinationen, die aus einer Sehschädigung resultieren und nicht Ausdruck von Demenz oder Psychose sind (siehe Seibl 2019 in NOVAcura, Links oben auf S. 2).

Abschluss

Die Ergebnisse aus dem Fokus-Assessment werden in die Beurteilung des RAI- und BESA-Assessments einbezogen und sind Grundlage für den Pflegeprozess. Im Gespräch mit der Person, können die festgestellten Einschränkungen beschrieben und mögliche Hilfestellungen besprochen werden. Die Ermutigung zum Besuch beim Augenarzt wird durch die Feststellungen im Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung gestützt.

Literatur

Heussler, F., Schwitter, B. & Seibl, M. (2019). Lerneinheiten Seh- und Hörbehinderung. In: Projekt INTERCARE des Instituts Pflegewissenschaft – Nursing Science der Universität Basel (INS).

Heussler, F., Wildi, J. & Seibl, M. (Hrsg.). (2016). Menschen mit Sehbehinderung in Alterseinrichtungen: Gerontagogik und gerontagogische Pflege – Empfehlungen zur Inklusion. Zürich: Seismo.

Heussler, F. (2020). Pflegelücken bei Seh- und Hörbehinderung im Alter werfen rechtliche Fragen auf. Abzurufen unter www.ksia.ch/pdf/Heussler_2020_Pflegeluecken_rechtl_Fragen.pdf

Seibl, M. (2019). Im Alter auch noch sehbehindert werden! Was spezifische Pflege bieten kann. In: NOVAcura 10/19, S. 13–17.

Wildi, J. (2020). Faktenblatt: Sehbeeinträchtigung als pflegerisches Syndrom verstehen. Faktenblatt bei Curaviva Schweiz, abzurufen unter www.curaviva.ch/files/YA8HIQ1/sehbeeintraechtigung_als_pflegerisches_syndrom_verstehen_faktenblatt_curaviva_schweiz_ksia_2020.pdf

Wildi, J. (2020). Mehr Sehen – dank genauem Hinschauen. In: Krankenpflege | Soins infirmiers | Cure infirmieristiche 11/2020, S. 16–19. Abzurufen unter www.ksia.ch/pdf/Wildi_2020_Krankenpflege.pdf

Anhang Materialien: Vorlagen und Links

1. Testblatt Vergrößerungsbedarf als Kopiervorlage (folgende 4 Seiten)

[Link zur Druckvorlage auf www.ksia.ch](http://www.ksia.ch)

Achtung, das Testblatt muss unbedingt die Originalgrösse haben (keine Verkleinerung oder Skalierung)! Beachten Sie deshalb bitte die folgende Anleitung zum Ausdruck ([Link zur Druckeranleitung](#)):

Ausdruck auf A3-Papier

- Anordnung der Seiten als Broschüre (je 2 A4-Seiten pro A3-Seite):



- Doppelseitig drucken in tatsächlicher Grösse, möglichst auf festeres A3-Papier (120–140 g/m²)

- In der Mitte falten (= Broschüre im A4-Format)

Ausdruck auf A4-Papier

- Alle 4 Seiten in tatsächlicher Grösse ausdrucken, ggf. doppelseitig, dann auf festeres Papier (120–140 g/m²)
- Oder: Alle 4 Seiten in tatsächlicher Grösse ausdrucken und in tatsächlicher Grösse auf Papier im A3-Format kopieren (lassen), möglichst auf festeres Papier (120–140 g/m²), dabei die oben dargestellte Reihenfolge der Seiten einhalten, auf Broschüre im Format A4 falten

2. Erfassungsformular als Kopiervorlage (letzte 2 der folgenden Seiten)

[Link zur Erfassungsvorlage auf www.ksia.ch](http://www.ksia.ch)

Nur so ist

20x TNR 190 Pt.

Lesen schön.

16x TNR 150 Pt.

Es geht mir gut.

12.5x TNR 120 Pt.

Das Wasser spritzt.

10x TNR 95 Pt.

Schwimmen im
See erfrischt und
kühlt ab.

8x TNR 75 Pt.

Am Wochenende un-
ternehmen wir eine
schöne Wanderung.

6.3x TNR 60 Pt.

Am Abend gönnen wir uns
einen feinen Salat in einem
Restaurant in der Nähe.

5x TNR 47.5 Pt.

Leise fällt Schnee auf die kahlen Äste. Jetzt wirkt die Landschaft wie frisch heraus geputzt.

4x TNR 38 Pt.

Sonnenstrahlen blinzeln hinter den Wolken hervor. Und plötzlich kann man über dem Hügel einen Regenbogen entdecken.

3.2x TNR 30 Pt.

Ein Ausflug in die Berge kann immer für eine Überraschung sorgen. Bei der Bergstation der Gondelbahn erwartet häufig ein Steinbock die Gäste. Alle halten respektvoll Abstand.

2.5x TNR 24 Pt.

Letzte Woche hat Wind aus der Sahara bei uns für aussergewöhnlich hohe Temperaturen gesorgt. Bei Sonnenuntergang leuchtete der Himmel rötlich vom Wüstensand.

2x TNR 19 Pt.

Der Bach rauscht gewaltig zwischen den Felsen. Eine schmale Brücke verbindet die beiden Ufer miteinander.

1.6x TNR 15 Pt.

Heute gehen wir zum Jahrmarkt und geniessen eine Fahrt auf dem Riesenrad. Von ganz oben wirken die Menschen klein wie Ameisen.

1.25x TNR 12 Pt.

Zeitungstext

Auch Krokodile können dressiert werden. Im Basler Zoo trainiert ein versierter Krokodil-Trainer intensiv mit den Tieren. Sie sollen lernen, auf ihren Namen zu reagieren. Kommt das Krokodil, wenn es gerufen wird, erhält es eine Belohnung.

1x TNR 9.5 Pt.

Kontrolltext 1

Kleine Schriften begegnen uns im Alltag immer wieder, sei es beim Fahrplan oder bei Kochanleitungen.

0.8x TNR 7.5 Pt.

Kontrolltext 2

So klein geschriebene Texte kommen zum Glück selten vor. Trotzdem ist es wichtig, auch diese Schriftgrösse lesen zu können.

0.63x TNR 6 Pt.

Kurzanleitung zur Bestimmung des Vergrößerungsbedarfes

- Mit dem Test zum Messen des Vergrößerungsbedarfs wird diejenige Vergrößerung ermittelt, die benötigt wird, um Zeitungstext lesen zu können. Referenz für Text 1x ist eine Textgrösse, wie sie üblicherweise in Zeitungen verwendet wird.
- Die Schriftgrösse, die noch so fehlerfrei, so flussend und so bequem wie möglich gelesen werden kann, gibt das Mass der benötigten Vergrößerung an.
- Falls möglich sollte der Test in einer Entfernung von 25 cm gehalten werden. Wird eine andere Distanz gewählt, muss der effektive Vergrößerungsbedarf mittels Umrechnungstabelle ermittelt werden. (Z.B. die Klientin liest den Text 2,5x in 32 cm, dh der VGB in 25 cm ist 2x).
- Der Test sollte immer mit der eigenen Brille durchgeführt werden. Falls vorhanden, wird die Nahbrille benutzt.

Umrechnungstabelle

		Effektive Testentfernung							
		10 cm	12.5 cm	16 cm	20 cm	25 cm	32 cm	40 cm	50 cm
Gelesener VGB	0.8 x	2.0	1.6	1.25	1.0	0.8	0.63		
	1.0 x	2.5	2.0	1.6	1.25	1.0	0.8	0.63	
	1.25 x	3.2	2.5	2.0	1.6	1.25	1.0	0.8	0.63
	1.6 x	4.0	3.2	2.5	2.0	1.6	1.25	1.0	0.8
	2.0 x	5.0	4.0	3.2	2.5	2.0	1.6	1.25	1.0
	2.5 x	6.3	5.0	4.0	3.2	2.5	2.0	1.6	1.25
	3.2 x	8.0	6.3	5.0	4.0	3.2	2.5	2.0	1.6
	4.0 x	10.0	8.0	6.3	5.0	4.0	3.2	2.5	2.0
	5.0 x	12.5	10.0	8.0	6.3	5.0	4.0	3.2	2.5
	6.3 x	16.0	12.5	10.0	8.0	6.3	5.0	4.0	3.2
	8.0 x	20.0	16.0	12.5	10.0	8.0	6.3	5.0	4.0
	10 x	25.0	20.0	16.0	12.5	10.0	8.0	6.3	5.0
12.5 x	32.0	25.0	20.0	16.0	12.5	10.0	8.0	6.3	

Erhältlich bei:

Schweizerischer Zentralverein für das
Blindenwesen **SZB**
Fachstelle für optische Hilfsmittel
CH-5600, Lenzburg
opt-beratung@szb.ch
www.szb.ch

Der Test kann kostenlos in weiteren Sprachen
von der Internetseite des SZB heruntergeladen
werden.

Formular Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung

Durchgeführt bei Hrn/Frau, Jhg

Durchführende Person:

Am:, in (Ort: Wohnung oder Zimmer in Alterszentrum):

Augenärztin/Augenarzt: Letzter Augenarzt-Besuch am:

Brille/Lesehilfe vorhanden (aufführen, was):

Zuletzt angepasst am:

Letzter Kontakt zu Beratungsstelle (Name der Stelle):, am:

Auswertung Fokus-Assessment

1. Vergrößerungsbedarf für fließendes Lesen (ankreuzen und ausfüllen):

rechts: kein Bedarf bestehender Vergrößerungsbedarf: x

links: kein Bedarf bestehender Vergrößerungsbedarf: x

2. Gesichtsfelder

rechts: gegen oben:°; gegen unten:°; gegen rechts:°

links: gegen oben:°; gegen unten:°; gegen links:°

3. Blendung:

Fühlt sich die Person geblendet: ja nein oft selten

In welchen Situationen ist die Blendung besonders störend (Beschreibung):

.....
.....

4. Kontrastsehen:

Welche Kontraste sind für die Person optimal?

.....
.....

Ergänzende Bemerkungen:

Hinweise auf Vorliegen Charles-Bonnet-Syndrom (CBS):

Hat die Person visuelle Halluzinationen?

ja nein

Wenn ja, welchen Charakter haben diese Halluzinationen?

Sie sind für die Person

neutral beängstigend bedrohlich

Wenn ja, was wird wie erlebt?

.....
.....

Beleuchtungssituation:

.....
.....