

Berücksichtigung im RAI – Sehbehinderung und Hörbehinderung im Alter erkennen

Lerneinheit 2

von drei Lerneinheiten zu Seh- und Hörbehinderung im Alter für
Pflegefachpersonen

Übersicht über die drei Lerneinheiten:

Lerneinheit 1: Grundlagen – Sehbehinderung und Hörbehinderung kennen

Lerneinheit 2: Berücksichtigung im RAI – Sehbehinderung und Hörbehinderung
erkennen

Lerneinheit 3: Massnahmen – Sehbehinderung und Hörbehinderung
anerkennen

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!**

Diese Lerneinheit zu Seh- und Hörbehinderung im Alter wurde 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 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 Expertin 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 2 «BERÜCKSICHTIGUNG IM RAI – SEHBEHINDERUNG UND HÖRBEHINDERUNG ERKENNEN»	5
Inhalt und Lernziele der Lerneinheit.....	5
1. Probleme beim Erfassen und der Beurteilung von Sinnesbehinderung im RAI	6
2. Assessment von Sinnesbehinderungen – Auslöser für Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung	8
3. Vertiefte Abklärung – Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung	9
4. Assessment bei Einschränkungen im Hören oder Sehen mit dem RAI	11
5. Kodierung und Priorisierung von sinnesbehinderungsspezifischen Massnahmen im RAI-NH.....	13
6. Syndrome Seh- und Hörbehinderung im Pflegeprozess und Abgrenzung zu anderen Pflegediagnosen	14
Literatur- und Quellenangaben	17
Anhänge	19

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 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 demenz 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 Pflegendе 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.

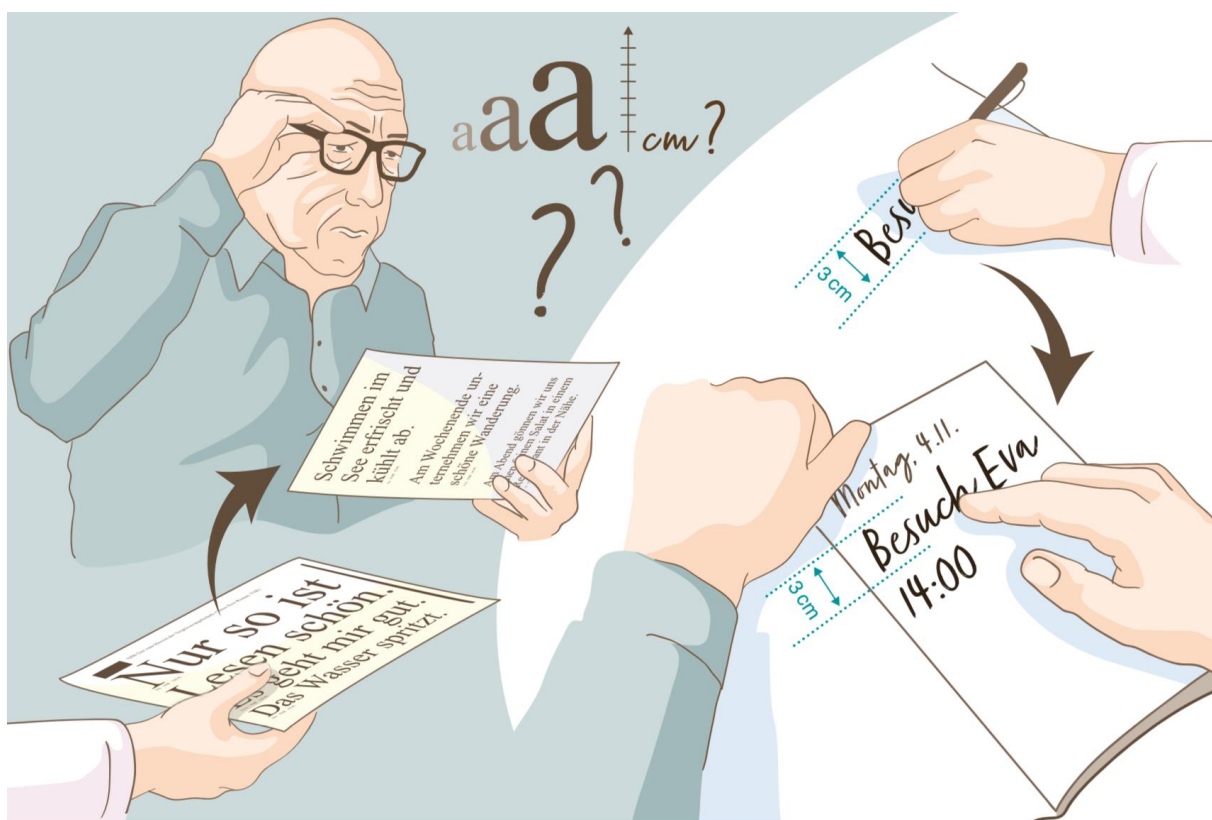
3. Vertiefte Abklärung – Fokus-Assessment Sehbeeinträchtigung

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

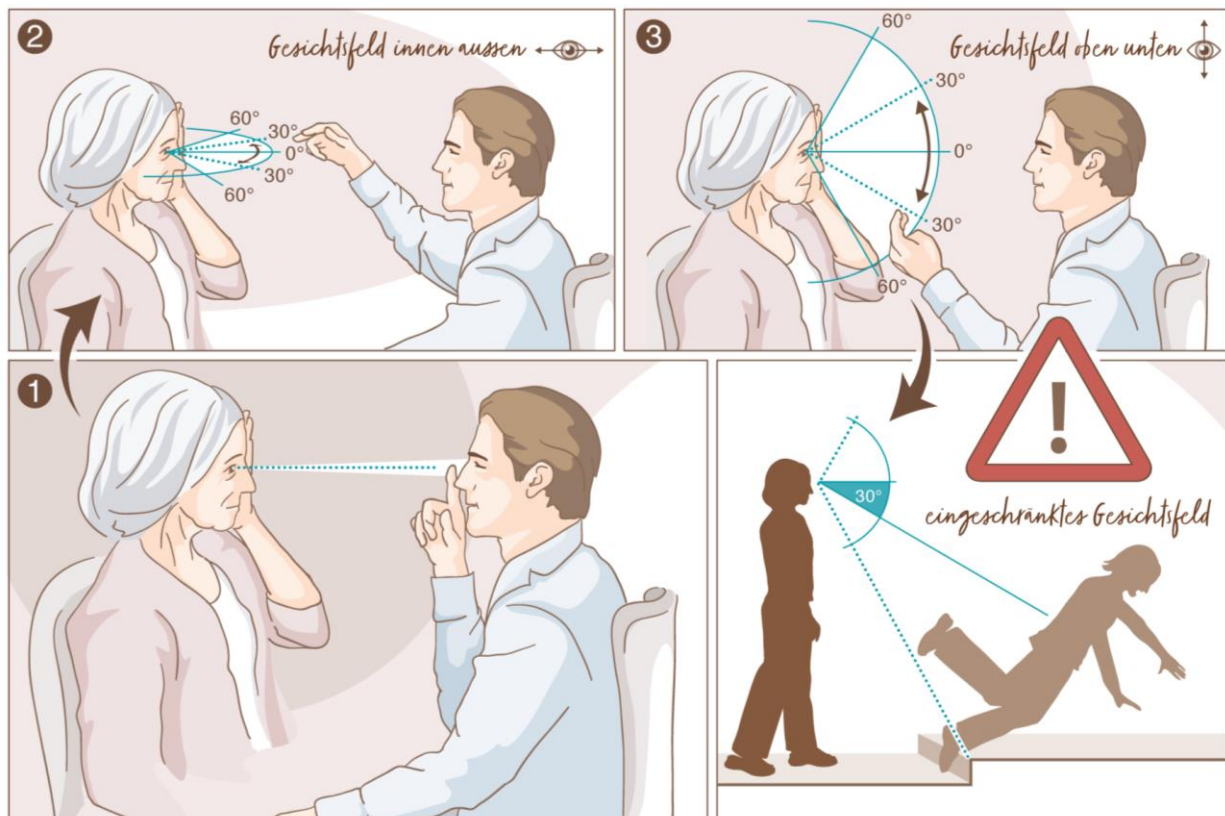
Die geschulte Pflegefachperson ermittelt mit den Bewohnenden und dem vierseitigen Testblatt (www.ksia.ch/pdf/Vergr_Bedarf_KSiA.pdf)² den Vergrößerungsbedarf. Dabei beachtet sie die Anleitung auf der letzten Seite. Nun wissen alle Beteiligten, wie gross eine Information geschrieben sein muss (im illustrierten 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.

Merkmale 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.

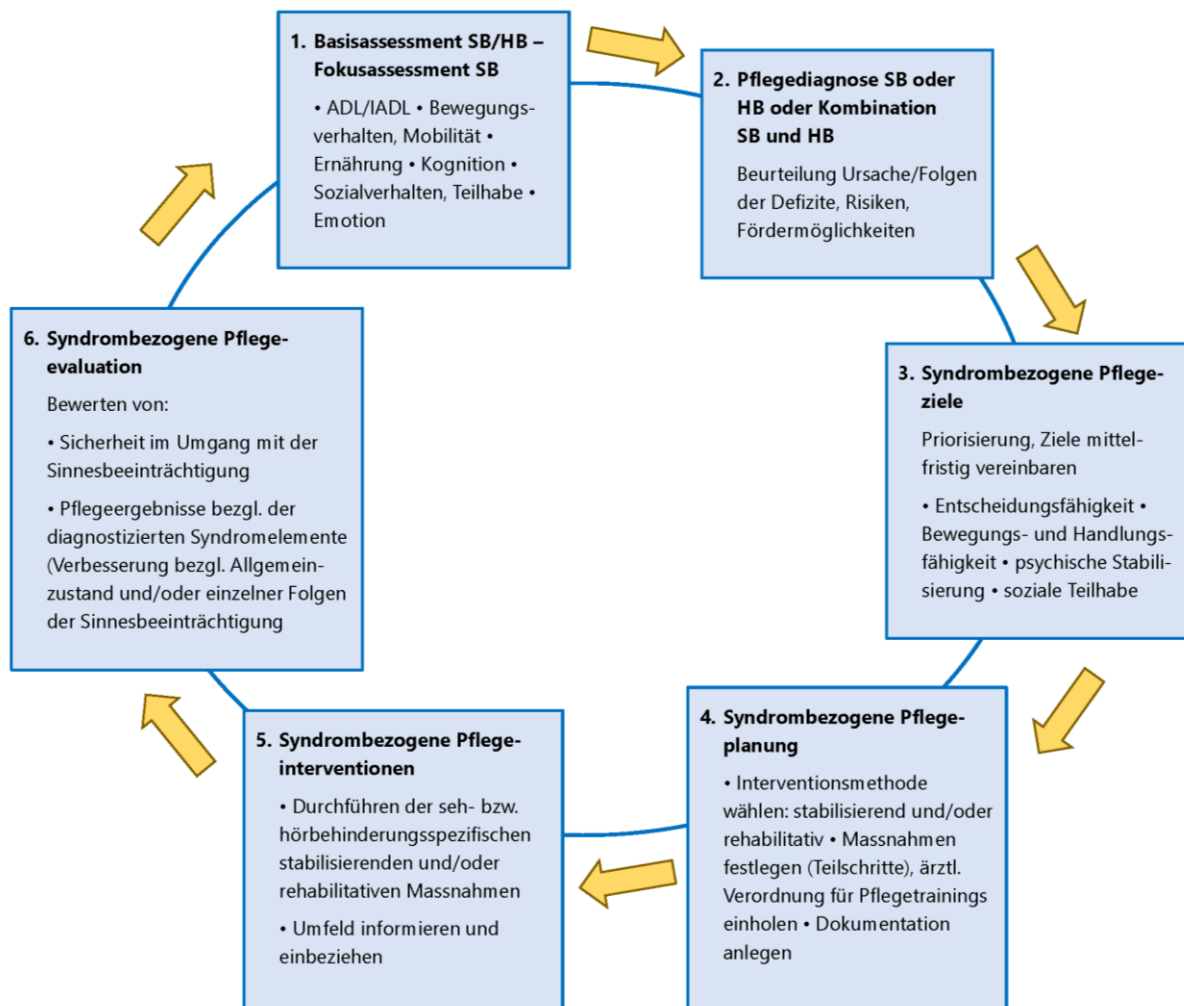
Gelegentlich ist die Unterscheidung zwischen Demenz und Sehbehinderung oder Hörbehinderung durch die Pflegefachperson schwierig, z. B. wenn die Diagnose einer leichten Demenz ärztlich gestellt wurde. Eine Differenzierung ist jedoch nicht nötig, denn auch

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?

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

- Vertiefungstext «Systematische Fehleinschätzung von Altersdemenz bei Sehbeeinträchtigung?»
- Überblick über die betroffenen Bereiche im MDS des RAI-NH
- Anleitung Fokus-Assessment

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 Alzheimerstyps, 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.

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 «Pfleigelücken 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.

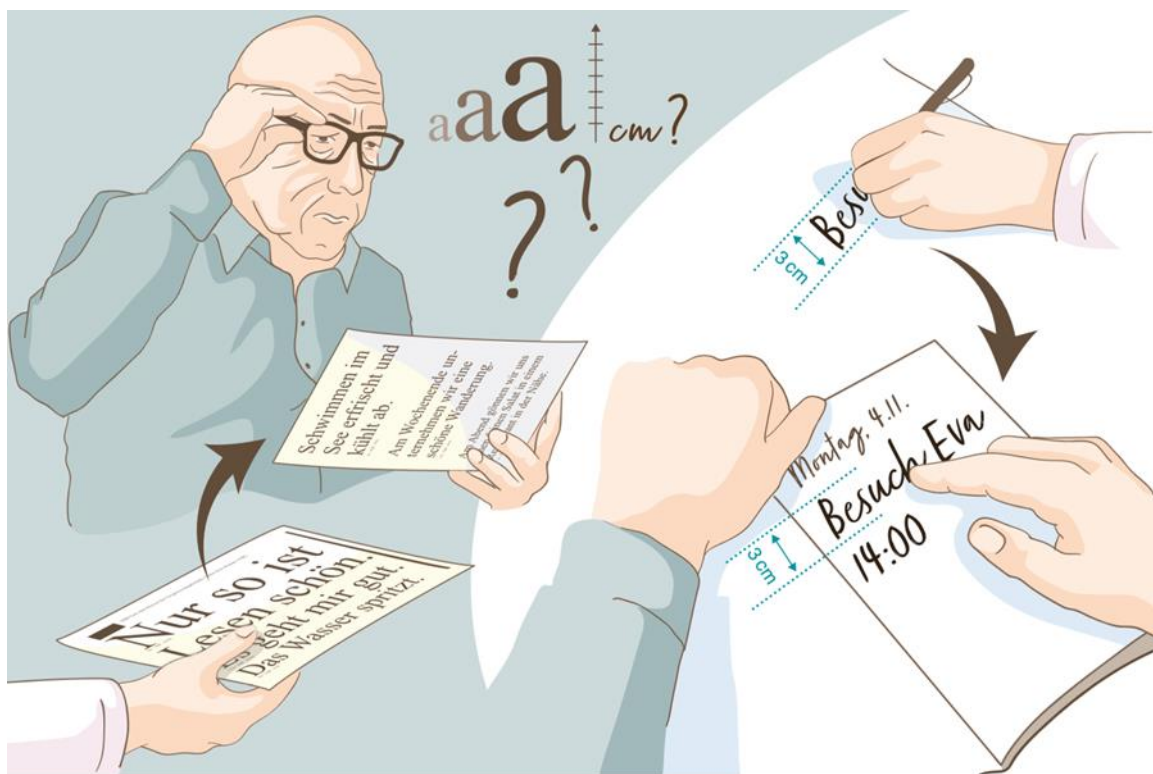
Vorgehen

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.

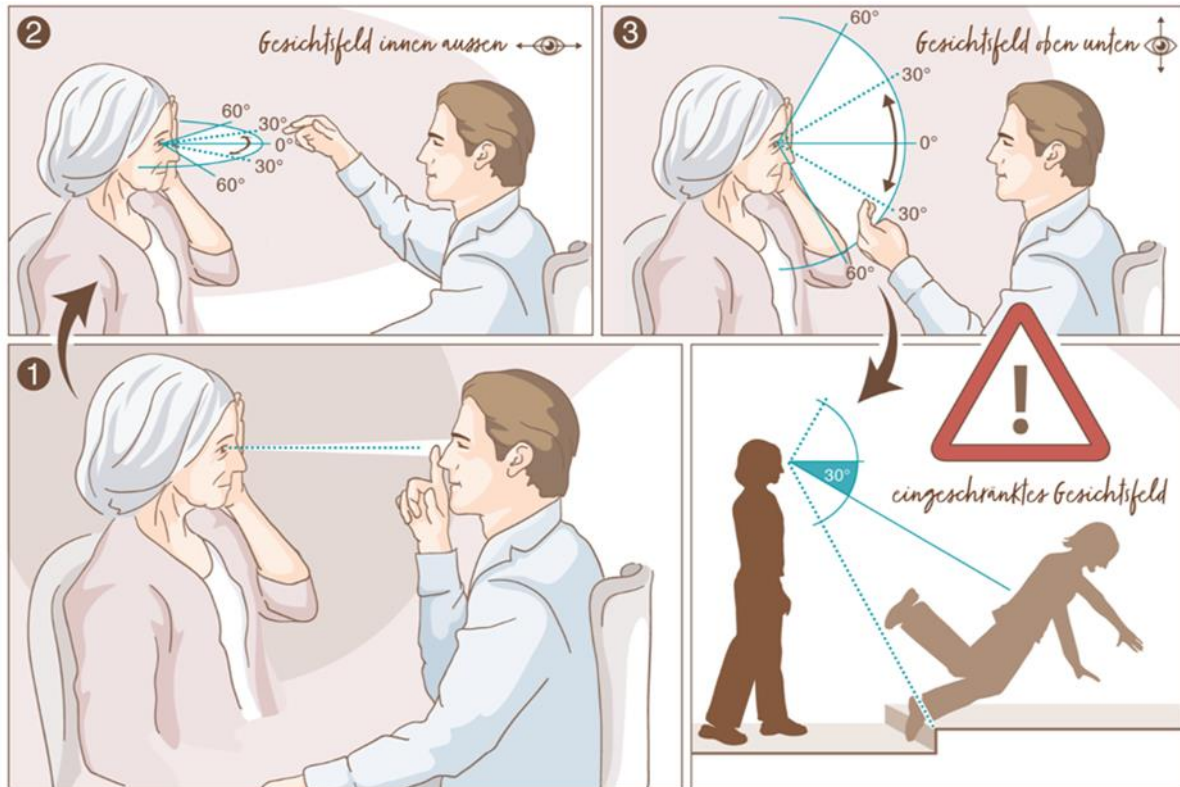


Zu beachten: Die Beleuchtungssituation hat einen grossen Einfluss auf die Lesbarkeit. Die Verbesserung der Lichtverhältnisse ist nicht Element des Fokus-Assessments, sie kann eine Massnahme der nachfolgenden Betreuung sein. Eine entsprechende Beobachtung wird auf dem Erfassungsf formular (siehe Anhang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

.....
.....