

# Massnahmen – Sehbehinderung und Hörbehinderung im Alter anerkennen

Lerneinheit 3

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
<b>LERNEINHEIT 3 «MASSNAHMEN – SEHBEHINDERUNG UND HÖRBEHINDERUNG ANKENNEN» .....</b>	<b>5</b>
Inhalt und Lernziele der Lerneinheit.....	5
1. Sinnesbehinderungsspezifische Massnahmen .....	6
2. Sehbehinderungsspezifische Pflege .....	7
3. Hörbehinderungsspezifische Pflege .....	12
4. Auswertung .....	16
5. Unterstützung zur Umsetzung .....	16
Literatur- und Quellenangaben .....	18
Anhänge .....	20

## 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 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 Beeinträchtigungen<sup>1</sup>: 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.

<sup>1</sup> 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 Begleiterscheinungen 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***

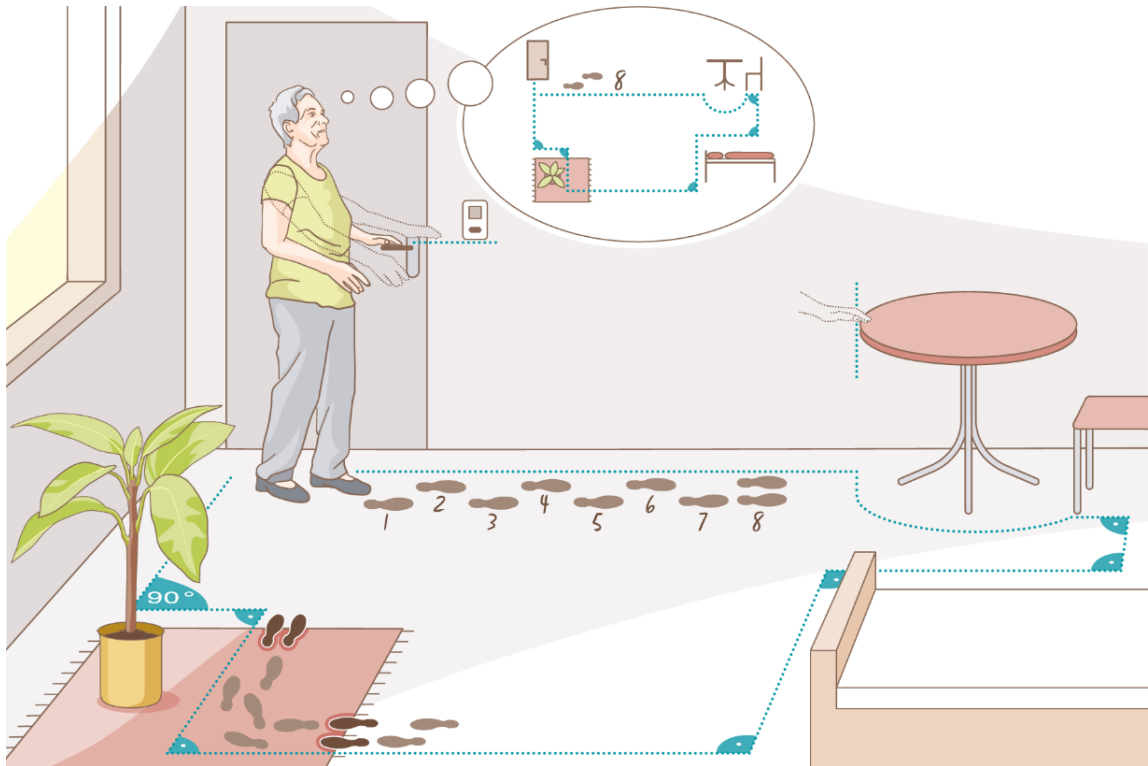
- Die Person erkennt, welche Wahrnehmungseinbußen sie kompensieren muss, um z. B. wieder Entscheidungsfähigkeit oder Sicherheit in sozialen Kontakten zu erlangen.
- Die Pflegende erarbeitet dies mit dem Problemlösungsverfahren:
  - Die Person formuliert (und erkennt damit) ihre Informationslücken (z. 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.

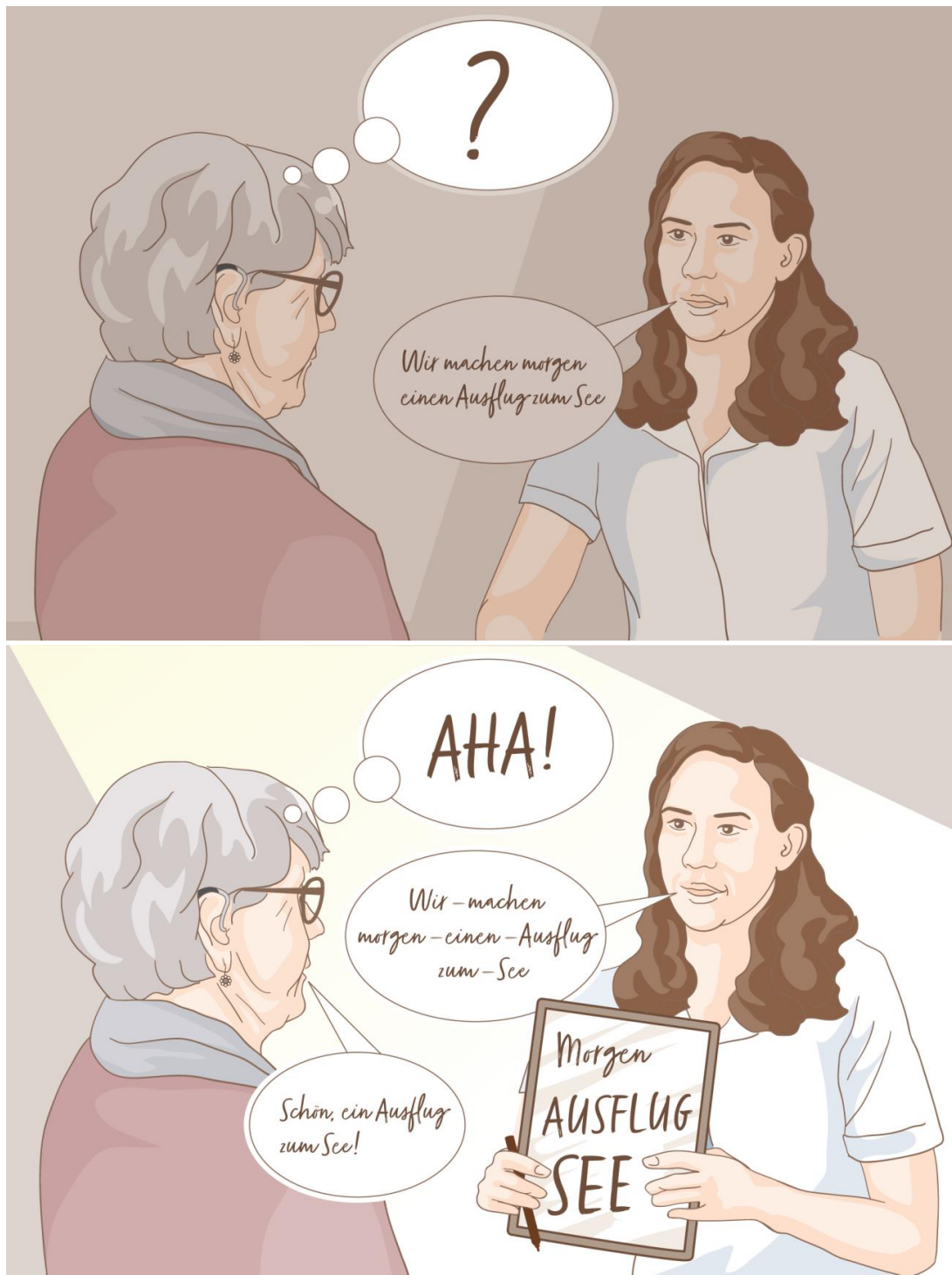
Mit dem Hörgerät und besonders mit einem Cochleaimplantat stellen sich die Erfolge im Verstehen nicht sofort ein, die Person braucht Geduld und Ausdauer, bis das Gehirn die Informationen wieder richtig verarbeiten kann. Die Mühe lohnt sich für die Person und das Umfeld sowie den Erhalt bzw. das Wiedergewinnen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

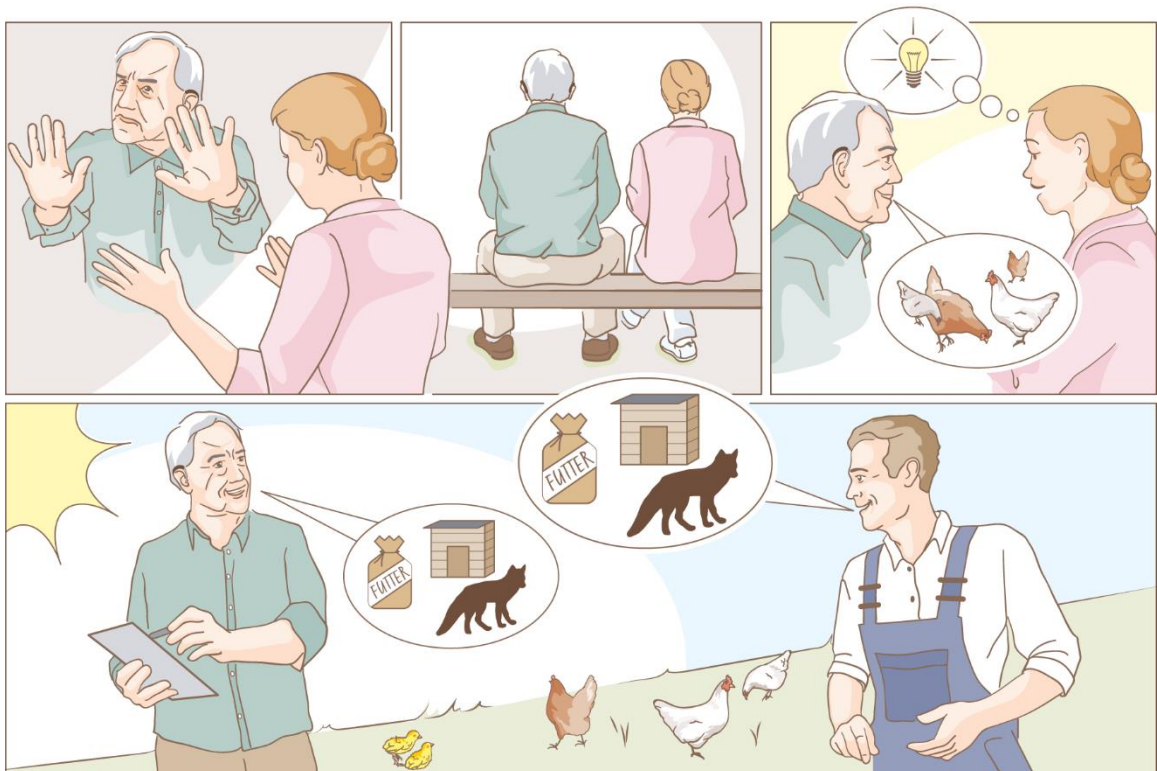


### c. Rehabilitative Pflegeinterventionen bei Hörbehinderung

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:



15

#### **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](http://www.szblind.ch)
- Zu Hörbehinderung (inkl. Hörgerätepflege): pro audito Schweiz, [www.pro-audito.ch](http://www.pro-audito.ch)
- Zu Hörsehbehinderung: SZBLIND Fachstelle für Hörsehbehinderung und Taubblindheit, [www.taubblind.ch](http://www.taubblind.ch)
- Dolmetschdienste für Hörbehinderte in Gebärdensprache: [www.procom-deaf.ch](http://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](http://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/](http://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](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](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](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?»
- Kommunikationsregeln bei Hörbeeinträchtigung

## 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 Altersdemenz<sup>1</sup> 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.

---

<sup>1</sup> 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.

## 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.