

Manuskript zum Artikel

Seibl, Magdalena (2019). Im Alter auch noch sehbehindert werden!

Was spezifische Pflege bieten kann. In: NOVACura 10/19, S. 13-17

Im Alter auch noch sehbehindert werden!

Was spezifische Pflege bieten kann

Magdalena Seibl

Eine neu auftretende Sehbeeinträchtigung schwächt die psychische und die psychosoziale Situation der Betroffenen und die kognitiven Leistungen und kann zu Einschränkungen in der Bewältigung von Alltagsaufgaben führen. Zudem sind Sehbeeinträchtigungen häufig Ursache für weitere geriatrische Pflegeprobleme. Mit spezialisierter Pflege und Betreuung sind solche Folgeprobleme ganz oder teilweise reversibel.

Die weitaus grösste Gruppe der von einer Sehbehinderung betroffenen Personen ist im AHV-Alter. Für sie ist nicht das auf Rehabilitation angelegte Sozialsystem (IV), sondern das Gesundheitssystem zuständig. Damit kommt der Langzeitpflege und -betreuung eine neue Aufgabe zu: Rehabilitation bei (Sinnes-)Behinderung.

Wenn Seniorinnen und Senioren bei Eintreten einer Sehbeeinträchtigung noch einigermassen fit und selbstständig sind, ihre Einschränkung und deren Folgen überhaupt wahrnehmen, wenn sie sie vor sich selbst und ihrem Umfeld zugeben, können sie eine Beratungsstelle des Sehbehindertenwesens aufsuchen, sich dort – mit einem augenärztlichen Zeugnis kostenlos – beraten lassen und rehabilitative Trainings in Anspruch nehmen oder Hilfs-

mittel beziehen. Wie sieht es aber bei Personen aus, bei denen die Seheinschränkung nicht bekannt ist oder wenn sie in einer fragilen Phase, bei bereits bestehendem Pflegebedarf eintritt? Was bedeutet das pflegefachlich?

Sehbehinderung kennen – erkennen – anerkennen

Zunächst einmal bedeutet es zu verstehen, dass sich in einer stark visuell orientierten Umwelt eine Sehbeeinträchtigung stark behindernd auswirkt: Die Alltagsbewältigung und die Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben sind beeinträchtigt. Es gibt aus der Behindertenarbeit viele Konzepte, rehabilitative Methoden und Hilfsmittel, um den Behinderungsgrad zu reduzieren. Für Betroffene, die sich ein Leben lang visuell orientiert haben, ist aber weder die Verarbeitung des Verlustes noch das Neulernen kompensatorischer Techniken selbstverständlich.

Es gilt also im Kontakt mit Personen, die im Alter neu eine Sehbeeinträchtigung erfahren, die Überzeugung zu vermitteln, dass Selbstbestimmung und Selbständigkeit auch bei einer im hohen und fragilen Alter auftretenden Sehbehinderung aufrechterhalten oder wiedergewonnen werden kann. Dann bedeutet es, eine bekannte

Sehbeeinträchtigung in allen pflegerischen Handlungen zu berücksichtigen sowie stabilisierende und rehabilitative sehbehinderungsspezifische Massnahmen umzusetzen. Zudem bedeutet es, aufmerksam zu sein für Hinweise auf eine bisher nicht bekannte oder diagnostizierte Sehbeeinträchtigung oder eine Verschlechterung des Sehvermögens und entsprechende Abklärungen und Massnahmen zu veranlassen.

Für die Integration der Thematik in den beruflichen Alltag heisst es also, Sehbehinderung zu verstehen auf den Ebenen Kennen (Wissen über Sehbeeinträchtigungen und ihre Folgen), Erkennen (Aufmerksamkeit für eine mögliche Beeinträchtigung oder Verschlechterung des Sehvermögens und Vorsicht in der Interpretation von Symptomen) und Anerkennen (mit geeigneten Massnahmen bei der Person und im Umfeld reagieren).

Basis: physiologisches und patho-physiologisches Wissen

Basis des sehbehinderungsspezifischen pflegerischen Handelns ist zunächst das Wissen um Sehbeeinträchtigungen im Alter und ihre Folgen. Dazu gehören selbstverständlich Kenntnisse zu den häufigsten alterstypischen Augenerkrankungen sowie Möglichkeiten und Grenzen ihrer medizinischen Behandlung (siehe Kasten 1).

Zu wenig bekannt:

Filling-in und Charles-Bonnet-Syndrom

Um eine Situation adäquat einschätzen und Betroffene fundiert informieren zu können, ist es nötig, einige neuroophthalmologische Besonderheiten zu kennen, insbesondere die Phänomene «Filling-in» und «Charles-Bonnet-Syndrom». Visuelle Eindrücke werden nicht in den Augen ge-

bildet, sondern im Gehirn – auf der Basis der Impulse aus den Augen. Das Gehirn zieht dabei auch bereits gespeicherte visuelle Informationen bei. Sind die Impulse aus den Augen lückenhaft, z. B. bei den «Blinden Flecken» oder wegen eines zentralen Gesichtsfeldausfalls bei einer AMD, ergänzt das Gehirn das Fehlende auf der Basis der vorhandenen Informationen. Dieses Phänomen nennt man «Filling-in». Die Lücke erscheint den Betroffenen nicht als weisser oder schwarzer Fleck im Gesichtsfeld. Im Gegenteil nimmt die Person ein ganzes, wenn auch unscharfes Bild wahr und erkennt somit nicht so leicht, ob und wo sie eigentlich Lücken in der visuellen Information hat (siehe Abbildung Sutter 2017).

Tritt eine Sehbeeinträchtigung im Verlauf des späteren Lebens auf, reagiert bei vielen Betroffenen das Gehirn auf die reduzierten Impulse aus den Augen mit der «Produktion» eigener Bildinhalte, also mit visuellen Halluzinationen. Dabei kann es sich um geometrische Muster (z. B. Streifen an der Wand, Karos auf dem Boden), undefinierbare Lichterscheinungen wie auch statische oder bewegliche Bildinhalte (z. B. Personen im Zimmer, Löcher auf dem Boden, Baumstämme im Flur, eine Pferdekutsche neben dem Tram) handeln. Die Bilder können real erscheinen oder als irrealer Phantasiebilder erkennbar sein. Diese optischen Fehlwahrnehmungen haben nichts zu tun mit Halluzinationen aufgrund einer Psychose oder demenziellen Entwicklung, sondern entsprechen einem Phantomsehmerz. Das Phänomen ist unter dem Namen Charles-Bonnet-Syndrom (CBS) bekannt. Obwohl die Bilder an und für sich nicht furchterregend sind, verunsichern sie die Betroffenen und ihr Umfeld, weil

Kasten 1

Häufigste Augenerkrankungen im Alter

Augenerkrankung	Funktionelle Beeinträchtigungen	Augenmedizinische Therapie
<p>Alterskorrelierte Makuladegeneration (AMD)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Degeneration der Sinneszellen der Makula (Ort des Scharf- und Farbsehens) ▪ Häufigste Ursache für Sehhinderung im Alter ▪ Trockene Form: mit 85–90% der Fälle häufiger als feuchte Form, zumeist langsamer Verlauf, kann in die feuchte Form übergehen ▪ Feuchte Form: betrifft 10–15% der Fälle, aggressiverer und schneller Verlauf 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eindrücke im zentralen Gesichtsfeld verschwommen und verblasst ▪ Bei der feuchten Form verbogene und verzerrte Bilder ▪ Zentraler Gesichtsfeldausfall → Lesen, Gesichter erkennen, visuelle Kontrolle und Steuerung von Handbewegungen beeinträchtigt ▪ Peripheres Gesichtsfeld bleibt erhalten, deshalb Orientierung im Raum immer noch gut möglich ▪ Farb- und Kontrastsehen reduziert ▪ Blendempfindlichkeit erhöht ▪ Führt nicht zur vollständigen Erblindung, weil das periphere Gesichtsfeld erhalten bleibt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trockene Form: keine Therapie ▪ Feuchte Form: medikamentöse Stabilisierung oder Verlangsamung des Verlaufs (meist durch Injektionen)
<p>Katarakt (Grauer Star)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trübung der Linse ▪ Weltweit häufigste Augenerkrankung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im ganzen Gesichtsfeld unscharfe Eindrücke («grauer Schleier, Nebel») ▪ Farb- und Kontrastsehen reduziert ▪ Blendempfindlichkeit erhöht ▪ Unbehandelt Reduktion des Sehvermögens bis auf die Wahrnehmung von hell/dunkel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Operativer Ersatz der getrübten Linse durch eine Kunstlinse: einfache, kostengünstige ambulante Behandlung ▪ Kontraindiziert nur bei fortgeschrittener Demenz (Schwierigkeiten im Umgang mit der Operation und dem plötzlich wieder besseren Sehvermögen)
<p>Glaukom (Grüner Star)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gruppe von Augenerkrankungen, die Sehnerv und Netzhaut schädigen ▪ Meist verbunden mit erhöhtem Augeninnendruck 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Anfangsstadium oft lange keine Symptome wahrnehmbar ▪ Peripherer Gesichtsfeldausfall (bis zu Röhren-/Tunnelblick und Erblindung) ▪ Bewegungssehen gemindert ▪ Orientierung im Raum erschwert ▪ Bei Röhrenblick sind Lesen und Handarbeiten teilweise noch gut möglich ▪ Blendempfindlichkeit erhöht 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Anfangsstadium gut medikamentös behandelbar, dafür aber Früherkennung nötig ▪ Laserbehandlung/Operation zur Drucksenkung ▪ Bei geeigneter frühzeitiger Behandlung kann Verlauf der Krankheit aufgehalten werden, deshalb ab 50 Jahren sowie bei familiärer Vorbelastung regelmässige augenärztliche Untersuchung
<p>Diabetische Retinopathie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabetes mellitus schädigt die Gefässwände, mit der Zeit kommt es zu Einblutungen, Ablagerungen, Bildung von neuen Blutgefässen im Auge und zum Absterben von Sinneszellen der Netzhaut 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verschlechterung der Sehschärfe ▪ Peripherer und/oder zentraler Gesichtsfeldausfall ▪ Orientierung im Raum erschwert ▪ Farb- und Kontrastsehen reduziert ▪ Blendempfindlichkeit erhöht 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Derzeit keine Heilung möglich ▪ Optimale Therapie des Diabetes mellitus ▪ Ggf. Laserbehandlung oder Injektionen zu Verlangsamung/Stillstand der Verschlechterung
<p>Netzhautablösung (Ablatio retinae)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Risse oder Löcher in der peripheren Netzhaut führen zu Ablösung von der ernährenden Aderhaut ▪ In der Folge sterben Sinneszellen der Netzhaut ab 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesichtsfeldausfälle und Beeinträchtigungen abhängig von Ort auf der Netzhaut und Grösse des geschädigten Areals 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laserverschweissung oder Netzhautoperation ▪ Rasches Reagieren auf Symptome wichtig (Lichtblitze, «Russflocken», «schwarzer Vorhang»)

häufig der Gedanke an eine demenzielle Entwicklung aufkommt, wenn das Phänomen nicht bekannt ist. Auf informierte Pflegepersonen zu treffen und sich mit anderen Betroffenen darüber auszutauschen, ist eine grosse Entlastung.

Gleiche Symptome, unterschiedliche Ursachen – Gefahr der Fehlinterpretation

Eine Sehschädigung betrifft nicht nur den funktionalen Bereich, sondern kann auch zu Beeinträchtigungen im emotional-psychischen, kognitiven und sozialen Bereich führen (siehe Schema «Folgen einer Sehbeeinträchtigung»).

Die hohe Übereinstimmung von typischen Symptomen bei Sehbeeinträchtigung und bei Demenz birgt eine Gefahr für Fehlinterpretationen. Das wird verstärkt durch das Filling-in, das CBS und durch die Struktur der Bedarfserfassungsinstrumente der Langzeitpflege (RAI, BESA), die auf Symptome, nicht auf Ursachen ausgerichtet sind. Zu-

dem erbringen Betroffene mit einer nicht berücksichtigten oder unerkannten Seh- oder Hörbeeinträchtigung im MMS-Test (Mini-Mental-Status-Test) Punktwerte, die auf eine demenzielle Entwicklung hinweisen. Lehl und Gerstmeyer (2004) zeigten in einer eindrücklichen Studie auf, dass bei Katarakt-Patientinnen und -Patienten, die in standardisierten kognitiven Tests präoperativ Leistungen erbrachten, die einer Demenz entsprachen, bereits wenige Wochen nach dem Ersatz der getrübten Linse wieder normale Kognitionswerte erreichten.

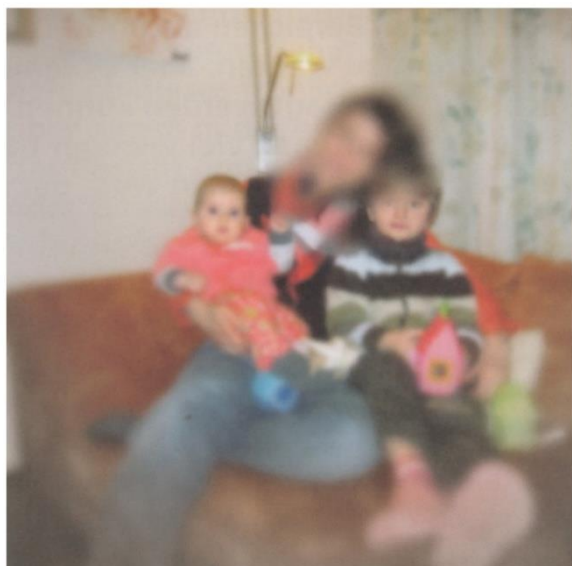
Eingeschränkte kognitive Leistungen trotz intakter kognitiver Leistungsfähigkeit

Kognitive Leistungen basieren auf den zur Verfügung stehenden Informationen. Sind diese reduziert (z. B. aufgrund einer Sehbehinderung) und werden nicht kompensiert, kann nicht das ganze vorhandene Potenzial an kognitiven Leistungen erbracht werden, auch wenn die Leistungsfähigkeit



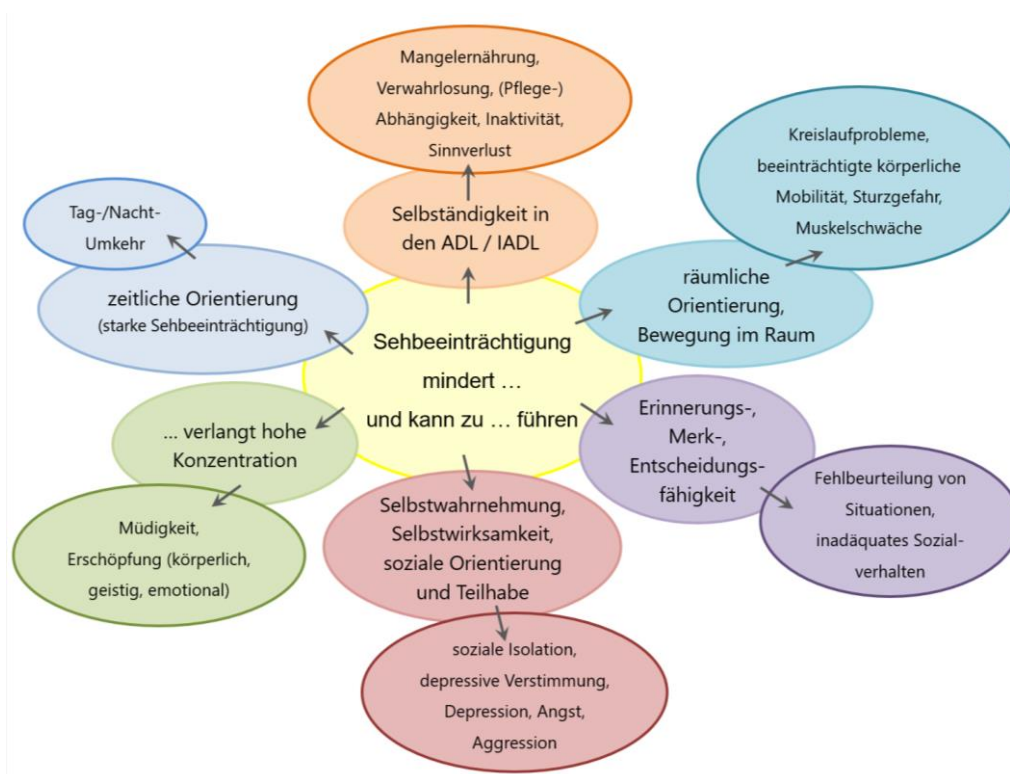
Veraltete Darstellung mit der falschen Vorstellung eines Flecks dort, wo die Sehzellen degeneriert sind (bei AMD Zentralskotom/zentraler Gesichtsfeldausfall)

(Sutter, 2017)



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

Schema «Folgen einer Sehbeeinträchtigung»



(Illustration aus Heussler, Schwitler & Seibl 2019)

selbst vorhanden ist. Wenn das vernachlässigt wird, entsteht die Gefahr einer Fehlinterpretation der kognitiven Leistungsfähigkeit. Eine Untersuchung der RAI-Daten von 40'000 Personen in der Schweiz zeigt sowohl im stationären wie im ambulanten Feld einerseits überproportional hohe CPS-Werte (Cognitive Performance Scale) bei sehbeeinträchtigten Personen im Vergleich mit gut sehenden Personen. Andererseits wurden leicht bis stark sehbeeinträchtigte Personen kognitiv deutlich schlechter eingestuft als schwerwiegend sehbeeinträchtigte/blinde Personen (Spring 2017). Beides lässt auf eine weit verbreitete Fehleinschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit bei Sehbeeinträchtigung schliessen.

Für die Betroffenen ist das Gefühl, Situationen (visuell) nicht mehr kontrollieren zu können, eine grosse Belastung, die oft zu Resignation, Rückzug und depressiven

Kasten 2

Kardinalkriterien für eine Sehbehinderung

Das Vorliegen eines oder mehrerer der folgenden Symptome ist als möglicher Hinweis auf eine Sehbehinderung zu werten und sollte eine vertiefte Abklärung der Sehfähigkeit im Rahmen eines Fokusassessments auslösen (Heussler, Wildi & Seibl 2016, S. 110):

- kognitive Einbussen, verminderte Merkfähigkeit
- depressive Verstimmung, Depression, Rückzug
- verminderte Selbstpflege
- Gangunsicherheit
- soziale Auffälligkeiten

Bei einem Fokusassessment Sehbeeinträchtigung ermittelt die geschulte Pflegefachperson den Vergrößerungsbedarf, stellt Gesichtsfeldeinschränkungen fest, beobachtet und erfragt Blendung und Kontrastsehen. Das Kompetenzzentrum für Sehbehinderung im Alter (KSIA) bietet Schulungen dafür an.

Verstimmungen, manchmal auch zu Aggressivität führt.

Pflegeplanung und sehbehinderungsspezifische Massnahmen

Sehbeeinträchtigung kann die Ursache für verschiedene weitere Pflegeprobleme sein oder zusätzlich zu anderen auftreten. Die Abklärungszusammenfassung im RAI kann dazu genutzt werden, diese Zusammenhänge sichtbar zu machen. Wird Sehbehinderung als geriatrisches Syndrom verstanden, erlaubt dieser Zugang ein ganzheitlicheres Verständnis für die Situation und eine Vereinfachung der pflegerischen Interventionen, weil mehrere Begleit- und Folgeerscheinungen mit demselben Massnahmenpaket angegangen werden können. Wenn eine Verbesserung in der Selbständigkeit und Sicherheit, im psychischen Wohlbefinden und in der sozialen Teilhabe erreicht werden kann, wirkt sich dies positiv auf andere Pflegethemen aus, beispielsweise auf Kreislauf- und Ernährungsprobleme oder Bewegungsmangel.

Stabilisierende sehbehinderungsspezifische Massnahmen: Sie kompensieren von aussen die Beeinträchtigungen, die sich für die Person aus der Sehschädigung ergeben, senken die Barrieren im Umfeld und ermöglichen der Person erleichterte Orientierung und verbesserte Teilhabe. Natürlich sind gute Beleuchtung und Kontraste in den Räumen und auf dem Tisch hilfreich, unterstützt eine hallfreie und nebengeräuscharme Akustik die Konzentrationsfähigkeit, gibt es eine Vielzahl von einfachen bis komplexen Hilfsmitteln und Tricks, die Betroffenen die Bewältigung von Alltagsaufgaben erleichtern. Es ist aber nicht zu unterschätzen, welche Wirkung die Senkung der sozialen Barrieren auf die

psychische Situation, das Sicherheitsgefühl, die Lebensqualität und Teilhabe haben kann.

In einem sehbehindertenfreundlichen Milieu wird die Kommunikation so gestaltet, dass die Person diejenigen Informationen auf anderen Kanälen, z. B. akustisch, erhält, die sie selbst visuell nicht oder nur eingeschränkt zur Verfügung hat (man stellt sich z. B. bei jedem Zusammentreffen mit Namen vor, beschreibt beim Eintreten in einen Raum die vorgefundene Situation, erleichtert der Person soziale Kontakte, indem man Personen einander vorstellt usw., vgl. Heussler, Seibl & Wildi 2013). Erhalten und Wiedergewinnen der Selbständigkeit in den ADL und IADL werden in der Pflegeplanung hoch gewichtet. Wichtig ist auch die Aufklärung (Beratung) über Wechselwirkungen mit anderen gesundheitlichen Themen, über CBS und Filling-in und die verschiedenen Möglichkeiten kompensatorischer und rehabilitativer Massnahmen.

Rehabilitative sehbehinderungsspezifische Pflege: Sie befähigt die Person darüber hinaus zum aktiven Einfordern von Informationen und zur selbständigen Kompensation von Beeinträchtigungen. Das kann in Form von motorischen oder von kognitiv-psychozialen Pflege trainings auf der Basis einer individuellen Pflegeplanung erfolgen. Werden solche Trainings auf ärztliche Verordnung durch spezifisch geschulte Pflegefachpersonen als geplante, dokumentierte und evaluierte Interventionen durchgeführt, können sie auch als pflegerische Massnahmen abgerechnet werden.

Es lohnt sich!

Sehbehinderungsspezifische Pflege und Betreuung sollte nur schon aus demografischen Gründen Standard in der Langzeit-

pflege werden. Genaue Zahlen sind zwar nicht bekannt, es ist aber davon auszugehen, dass etwa ein Drittel der über 85-Jährigen und gegen die Hälfte der über 90-Jährigen von einer Sehbeeinträchtigung betroffen sind. Gemäss RAI-Studie werden im ambulanten Feld (Spitex) 23% der Klientinnen und Klienten über 80 Jahre als teilweise bis schwerwiegend sehbeeinträchtigt/blind ausgewiesen, im stationären Feld 42% (Spring 2017). Bei diesen Zahlen bleibt die hohe Dunkelziffer, von der die Fachliteratur ausgeht, unberücksichtigt. Sie weisen aber darauf hin, dass trotz verschiedener Möglichkeiten, Selbstständigkeit und Autonomie aufrechtzuerhalten, Sehbehinderung noch immer zu oft – wahrscheinlich auch unnötig – zu Heimeintritten und Pflegeabhängigkeit führt.

Die langjährigen Erfahrungen mit sehbehinderungsspezifischer Pflege und Betreuung in einem spezialisierten Heim und Einzelfallbeispiele aus Wirkungsanalysen von KSiA zu Schulungsprojekten in statio-

Kompetenzzentrum vermittelt Fachwissen

Das Kompetenzzentrum für Sehbehinderung im Alter (KSiA) in Zürich verfolgt das Ziel, die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit einer Sinnesbehinderung im Alter zu verbessern. Fachpersonen des Gesundheitswesens werden befähigt, Seh- und Hörbehinderung zu erkennen und rehabilitative sinnesbehinderungsspezifische Pflege und Betreuung in einem sinnesbehindertenfreundlichen Milieu anzubieten. KSiA entwickelt und vermittelt Fachwissen zu Seh- und Hörbehinderung im Alter. KSiA wird vom Verein für Menschen mit Sehbehinderung im Alter getragen.

KSiA, Bederstrasse 102, 8002 Zürich,
www.ksia.ch

nären und ambulanten Institutionen zeigen eindrücklich, dass sich die Lebenssituation, der gesundheitliche Zustand und die Lebensqualität von betroffenen Personen mit Pflegebedarf deutlich verbessern lassen.

Literatur

- Heussler, F., Schwitler, B. & Seibl, M. (2019). *Lerneinheiten Seh- und Hörbehinderung*. In: Projekt INTERCARE des Instituts Pflegewissenschaft – Nursing Science der Universität Basel (INS).
- Heussler, F., Seibl, M. & Wildi, J. (2013). *Goldene Regeln: Sehbehinderung im Alter angemessen begegnen – 33 Regeln mit Kommentaren*. Zürich: KSiA (Wiederabdruck in Heussler, Wildi & Seibl, 2016, S. 200–215).
- Heussler, F., Wildi, J. & Seibl, M. (Hrsg.) (2016). *Menschen mit Sehbehinderung in Alterseinrichtungen. Gerontagogik und gerontagogische Pflege – Empfehlungen zur Inklusion*. Zürich: Seismo Verlag.
- 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, 2016, S. 165–174).
- 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*. St. Gallen: SZB.
- Sutter, F. (2017). *Netzhautdegeneration: Ein anderes Sehen*. 4. Aufl. Zürich: Retina Suisse.
- Liste Beratungsstellen des Sehbehindertenwesens nach Kantonen unter www.szb.ch > Für Betroffene > Beratungsstellen



Magdalena Seibl, lic. phil. I, M.A. Soziale Arbeit, Dozentin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin in KSiA.

magdalena.seibl@ksia.ch