

Unterstützung von Menschen mit Sehschädigung im Alter

# Den Blick für eine Sehbehinderung schärfen



**Sehbehinderung im Alter ist ein häufig auftretendes Phänomen, das oft nicht erkannt und dem aus diesem Grund nicht adäquat begegnet wird. Spezifische Rehabilitationsangebote für Menschen mit einer erworbenen Sehbehinderung im Alter unterstützen die Selbstbestimmung und Selbständigkeit von alten Menschen.**

**Text:** Judith Wildi / **Fotos:** Christoph Dill

Frau Anliker, Jg. 1935, wohnt seit neun Monaten im Alterszentrum ihrer Wohn-gemeinde. Sie lebte zuvor in einer klei-nen 3-Zimmer-Wohnung, seit Jahren allein, da ihr Mann gestorben ist. Mit ihm hatte sie ein Schreiner-geschäft geführt, in dem sie für die gesamte Administration verantwortlich war. Dar-auf ist sie noch heute stolz. Das Geschäft musste wegen fehlender Nachfolge liqui-diert werden. Der Bekanntenkreis des kinderlosen Ehepaars war nicht gross, sie lebten zurückgezogen.

Der Eintritt ins Alterszentrum wurde für Frau Anliker aktuell, weil ihr we-gen Eigenbedarf die langjährige Woh-nung gekündigt worden war. Auch ihre Nachbarin, die sie bei Eintritt als Kon-taktperson genannt hatte, ist weggezo-gen und lebt heute in einem anderen

Kanton bei ihrem Sohn. Der Auszug aus der Wohnung, die sie in vielem an ihren Mann erinnerte, fiel Frau Anliker schwer. Allerdings bereitete ihr der Haushalt in der Zeit davor immer mehr Mühe. Sie vermied es zunehmend, aus dem Haus zu gehen, fühlte sich un-sicher auf der Strasse. Beim Eintritt fiel sofort auf, dass Frau Anliker stets auf eine gepflegte Erscheinung achtete.

## Verunsicherung und Rückzug

Auf die Parkanlage des Heims freute sie sich und stellte sich vor, möglichst viel Zeit dort zu verbringen. In der An-fangsphase war sie ab und zu im Gar-ten anzutreffen, aber weniger oft als sie es sich gewünscht hatte. Sie plau-derte mit Bewohnerinnen, schätzte auch einen kurzen Austausch mit den

Mitarbeitenden und war eine gute Zu-hörerin.

Eine ganz gewöhnliche Alltagssitua-tion in einem Alterszentrum. Weshalb erzähle ich diese Geschichte?

Bald nach dem Eintritt veränderte sich der Zustand von Frau Anliker markant. Sie hat sich im Verlauf der letzten Monate immer mehr in ihr Zimmer zurückgezogen und geht nur noch in Begleitung der Pflegeperson aus dem

### Autorin:

**Judith Wildi**, RN, Berufsschullehrerin im Gesundheitswesen, Pflegeexpertin HöFaII, im KSIA zuständig für den Bereich Bildung.  
Kontakt: [judith.wildi@ksia.ch](mailto:judith.wildi@ksia.ch)



*«Frau Anliker hat sich im Verlauf der letzten Monate immer mehr in ihr Zimmer zurückgezogen und geht nur noch in Begleitung der Pflegeperson in den Speisesaal.»*

Zimmer in den Speisesaal. Bereits das Geradeausgehen auf dem Gang bereitet ihr Mühe, sie geht unsicher und wirkt instabil. Beim Überwinden der drei Treppenstufen in den Garten braucht sie Unterstützung. Sie äussert Angst zu stürzen. Auch im Zimmer bewegt sich Frau Anliker sehr vorsichtig. Früher pflegte sie ihr Zimmer selber. Heute liegen häufig Taschentücher auf dem Boden und die Dessertfrüchte stehen so lange herum, bis sie angefault sind. Frau Anliker vernachlässigt auch die Körperpflege. Ihre Kleidung ist oft fleckig. An der Kleiderauswahl zeigt sie nur noch wenig Interesse.

Seit dem Eintritt hat sie abgenommen. Die Flasche Mineralwasser auf dem Tisch tastet sie nicht an, häufig ist das Glas Wasser nach einem halben Tag immer noch gleich voll. Frau Anliker isst immer häufiger nicht einmal mehr die halbe Portion, auch wenn es ihre Lieblingspeise von früher ist. Am Tisch redet sie kaum noch. Sie vermisst die regelmässigen Gespräche mit ihrer Nachbarin. Nach dem Umzug telefonierten sie noch öfters miteinander, das wurde immer seltener. Es fällt Frau Anliker zunehmend schwer, sich ans heutige Datum zu erinnern und sie vergisst Termine. Die Pflegenden beob-

achten, dass Frau Anliker praktisch immer allein im Zimmer sitzt, in Gedanken versunken scheint, bei Ansprache jedoch aufmerksam und wach ist. Es fällt auf, dass sie häufiger nachfragt bzw. eine unpassende Antwort auf Fragen gibt. Generell hat ihre Kommunikationsbereitschaft in den letzten sechs Monaten abgenommen.

Was ist passiert? Womit sehen Sie sich als Mitarbeitende und Fachperson konfrontiert? Eine sehr selbständige Bewohnerin bei Eintritt verliert innerhalb weniger Monate einen Grossteil ihres Bewegungsradius, ihrer Selbständigkeit, den Appetit, an Gewicht, ihre Merkfähigkeit und ihre Gesprächsbereitschaft. Leidet Frau Anliker an einer Demenz? Ist sie depressiv? Was verbirgt sich hinter diesen Veränderungen?

### Sehbehinderung kennen

Im Alter treten Sehschädigungen häufig auf (siehe Kasten S. 10). Es lohnt sich, als Pflegefachperson im Langzeitwie im Akutbereich die Frage zu stellen: Könnte sich eine Sehbehinderung hinter einer solchen Entwicklung verstecken?

Als Sehschädigung bezeichnet man die neurologische und ophthalmologische Sehkrafteinbusse durch Alter, Krankheit oder Unfall. Sehbehinderung bezeichnet die Lebenssituation als sehgeschädigte Person mit den Beeinträchtigungen in einem sehenden und stark visuell orientierten Umfeld (Wechselwirkung Person-Umfeld).

Die häufigste und bekannteste Sehschädigung im Alter ist die altersbedingte Makuladegeneration (AMD). Durch die zunehmende Zerstörung der Photorezeptoren (Zapfen) im Bereich der Makula, demjenigen Ort der Netzhaut, wo das Auge scharf und farbig sehen kann, werden die Bilder unscharf und verlieren ihre Farbtintensität. Zur Erinnerung: Das Auge ist das Medium für die Aufnahme der Lichtwellen, das Gehirn produziert die Bilder. Wir sehen

also nicht mit den Augen, sondern mit dem Gehirn.

Filling-in beschreibt die Tatsache, dass das Gehirn die fehlenden Informationen der degenerierten Netzhaut mit solchen aus dem peripheren Gesichtsfeld ergänzt. Man sieht also keinen leeren (schwarzen oder weissen) Fleck, sondern ein unscharfes und diffuses Bild (Sutter 2009). Dies kann eine Erklärung dafür sein, warum Frau Anliker sich zurückzieht. Sie kann Personen nicht mehr erkennen und deshalb nicht mehr mit ihrem Namen ansprechen.

### Sehbehinderung erkennen

Menschen mit einer Sehbehinderung im Alter können durch Orientierungslosigkeit oder Unordnung, fehlende Aufmerksamkeit und den Verlust von funktionalen Fähigkeiten den Anschein erwecken, eine Demenz zu entwickeln. Diese Vermutung kann verstärkt werden durch ein weiteres häufiges Phänomen bei der AMD, dem Charles-Bon-

Sehbehinderung im Alter

## Kompetenzzentrum vermittelt Fachwissen

Das Kompetenzzentrum für Sehbehinderung im Alter (KSIA) in Zürich verfolgt das Ziel, die gesundheitliche Versorgungssituation von Menschen mit einer Sehbehinderung im Alter zu verbessern. Fachpersonen des Gesundheitswesens werden befähigt, Sehbehinderung zu erkennen und rehabilitative sehbehinderungsspezifische Pflege und Betreuung anzubieten. KSIA entwickelt und vermittelt Fachwissen zu Sehbehinderung im Alter. KSIA wird vom Verein für Menschen mit Sehbehinderung im Alter getragen und hat am 1.8.2012 seine Arbeit aufgenommen.

KSIA, Bederstrasse 102, 8002 Zürich,  
[www.ksia.ch](http://www.ksia.ch)

Prävalenz

## Mehr als ein Fünftel der über 80-Jährigen

Gemäss dem Cambridge Handbook of Age and Ageing (2005) haben 33% der über 85-jährigen Bevölkerung eine Seh-schädigung. Eine Studie der Association pour le Bien des Aveugles, ABA, Genf, erkennt (unter Einbezug des reduzierten Kontrastsehens) 54% der Bewohnenden von Genfer Pflegeeinrichtungen als sehbehindert. Das BFS weist in der Erhebung zum Gesundheitszustand betagter Personen in Institutionen EGBI 2008/09 (vgl. Höpflinger et al. 2011) 18% der über 80-Jährigen mit der Diagnose Sehbehinderung aus. Der Schweizerische Zentralverein für das Blindenwesen SZB nennt in einer Publikation (2012), die Zahl von 20,5% der über 80-Jährigen als sehbehindert. Die Zahlen variieren aufgrund unterschiedlicher Messkriterien. Sie belegen jedoch die Bedeutung der Thematik vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung.

net-Syndrom (CBS). Es handelt sich um visuelle Halluzinationen, vom Gehirn produzierte optische Fehlwahrnehmungen, mit ophthalmologischer und nicht psychiatrischer Ursache: ein Baum mitten im Korridor, Personen im Zimmer, eine Wasserlache, die umgangen werden muss. Diese Halluzinationen sind für den Betroffenen nicht bedrohlich, lösen jedoch Verunsicherung aus. Befürchtet wird häufig, nicht ernst genommen und mit den Bildern allein gelassen zu werden (vgl. Faust o. J.). Inadäquates Verhalten wegen Sehschädigung kann wie eine Demenz wirken und deshalb leicht mit Demenz verwechselt werden. In einer Studie von 2004 haben Lehl & Gerstmeyer bei Patienten mit Katarakt (grauer Star) solche Fehlbeurteilungen nachgewiesen und stellen die Frage, wie systematisch diese vorkommen.

Wegen fehlender visueller Information können die Betroffenen nicht mehr Flecken auf der Kleidung sehen, den Gang kontrollieren, sicher und aufrecht gehen oder selbständig bekannte Wege finden. Auch die Mobilität im Zimmer ist eingeschränkt, am sichersten fühlt

sich die Person auf dem Stuhl oder im Bett. Frau Anliker ist die Lust am Essen vergangen: Kein Wunder, sie sieht ja nicht, was auf dem Teller liegt, wie es zubereitet wurde, macht die Erfahrung, dass es ganz viel Energie kostet, die Speisen immer und immer wieder auf die Gabel zu häufen, die dann nicht im Mund ankommen. Sie schämt sich, in Gesellschaft so zu essen und entscheidet sich, nicht mehr zu essen. Ihr Zustand betrübt sie, sie realisiert, dass sie abhängig geworden ist, und denkt sich, je weniger sie esse, desto schneller sterbe sie. Das Glas auf dem Nachttisch sieht sie nicht, einschenken kann sie nicht mehr. Also wartet sie darauf, dass man ihr das Glas reicht und wenn nicht, ist es auch gut so. Sie hat den Lebensmut verloren und möchte eigentlich lieber gar nichts mehr tun. Die beschriebenen Aspekte sind funktionale, psychische und psychosoziale Folgen der Sehschädigung.

### Sehbehinderung anerkennen

Nehmen wir an, der beigezogene Ophthalmologe teilt Frau Anliker mit, dass er bezüglich ihrer fortgeschrittenen AMD nichts mehr für sie tun könne. Dieser entmutigende Bescheid bedeutet nicht das Ende der Therapiemöglichkeiten. Folgen der Sehschädigung sind teilweise reversibel. Es gibt Angebote, Frau Anliker gezielt im Leben mit ihrer Sehbehinderung zu unterstützen. Pflegefachpersonen nehmen dabei eine entscheidende Rolle ein.

Das Milieu bezeichnet die Gestaltung einer Umgebung, die Menschen mit Sehbehinderung entgegenkommt, einer wohlwollenden und offenen Atmosphäre, die Lernen unterstützt mit dem Ziel, Teilhabe, Selbstwirksamkeit und Sinn zu erfahren. Die Goldenen Regeln (KSia 2013) sind ein hilfreiches Instrument dazu. Sie geben leicht verständlich Anweisungen und Hilfestellungen für die angemessene Begegnung mit Menschen mit einer Sehbehinderung,

für die Gestaltung eines Lebensumfeldes (daheim oder in einer Einrichtung), damit sich Menschen mit einer Sehbehinderung im Alter als wertvollen und ernst genommenen Teil unserer Gesellschaft erleben. Je systematischer die Regeln beachtet werden, desto wirksamer. Als Beispiel sei hier die Regel 6 erwähnt: «An vertrauten Orten sagen, wer sich nebenan, vis-à-vis oder überhaupt im Raum befindet.»

Damit Menschen mit einer Sehbehinderung selbständig Kontakt aufnehmen können, sind sie darauf angewiesen zu erfahren, wer sich wo in dem Raum befindet, in den sie hineinkommen. So haben sie die Möglichkeit, jemanden anzusprechen oder jemandem auszuweichen. Wenn ich Frau Anliker in einen Raum begleite, informiere ich sie darüber, wer da ist, und informiere je nach Situation die Anwesenden darüber, wer gerade hereinkommt. «Grüezi miteneand, hier kommen Frau Anliker und Frau Wildi». Zu Frau Anliker gewandt: «Frau Anliker, vor uns am Tisch neben dem Eingang sitzen Herr Da Silva und Frau Gisler beim Kaffee, und beim Klavier hinten ist Frau Baggenstos beim Bier. Die anderen Plätze sind alle frei. Wo möchten Sie sich hinsetzen?»

Frau Anliker kann nun selbst entscheiden, wen sie ansprechen oder mit wem sie Kontakt suchen möchte. Und auch sehbehinderte Anwesende können Frau Anliker grüssen und ihrerseits den Kontakt mit ihr aufnehmen, wenn sie das wollen. Damit ist mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Sehbehinderung möglich.

### Selbstbestimmt entscheiden

Sehbehinderungsspezifisch pflegen heisst, der betroffenen Person sämtliche Angebote und Verrichtungen sehbehinderungsspezifisch zu unterbreiten, das bedeutet, in Kenntnis des Themas Sehbehinderung: Wissen über Sehschädigung und deren Folgen, die

*«Wir möchten Ihnen Mut machen, sehbehinderte alte Menschen als kognitiv fit zu betrachten und sie zu fragen, was sie möchten.»*

Interdependenz zwischen Sehbehinderung und Multimorbidität sowie mögliche Massnahmen. Eine Sehbehinderung wird erkannt bzw. in Erwägung gezogen, auch wenn eine ärztliche Diagnose (noch) fehlt. Und bekannte Massnahmen werden eingesetzt um verlorengegangene, vermiedene Aktivitäten wieder in Betracht zu ziehen. Die rehabilitative sehbehinderungsspezifische Pflege basiert auf der Haltung, dass Veränderung durch Lernen auch im hohen Alter möglich ist und die Basis darstellt, sich selbstbestimmt und selbständig (wieder) zu entscheiden, sich (wieder) zu bewegen, soziale Kontakte (wieder) zu pflegen. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Haltung der umgebenden Personen: Angehörige, Pflege- und Betreuungspersonen. Nehmen diese eine umsorgende, behütende, kompensierende Haltung oder eine fordernde, fördernde und zutrauende Haltung ein, wird das Ergebnis ganz unterschiedlich ausfallen.

### Rehabilitationstraining

Frau Anliker hat die Freude am Essen verloren. Um ihr ein lustvolles Essen und Geniessen der Mahlzeiten wieder zu ermöglichen, kann spezifisches Rehabilitationstraining aus dem Sehbehindertenwesen beigezogen werden.

- **Lebenspraktische Fähigkeiten (LPF):** Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen wie Essen, Körperpflege, Kleiderpflege, Kochen etc. Vermitteln spezieller Techniken, Methoden und Strategien zur Erleichterung der Alltagsgestaltung (Feinmotorik)
- **Orientierung und Mobilität (O+M):** Techniken und Strategien für die sichere und möglichst selbständige Fortbewegung (Grobmotorik), Förderung der vorhandenen Sinne und des Orientierungsvermögens
- **Low Vision (LV):** Erfassung Sehpotential und visueller Schwierigkeiten, optimale Nutzung des vorhandenen Sehvermögens (u.a. durch Beleuchtung, Kontraste).

Allen gemeinsam ist die Beratung in der Auswahl und Instruktion von Hilfsmitteln. Unterstützung in diesen Bereichen kann für die Langzeit- wie für die Akutpflege bei den Beratungsstellen des Sehbehindertenwesens angefordert werden. Die Dienstleistungen werden unentgeltlich erbracht (s. Links am Schluss).



Mit der altersbedingten Makuladegeneration werden die Bilder unscharf und sie verlieren ihre Farbintensität.

Erste Untersuchungen des Kompetenzzentrums für Sehbehinderung im Alter KSia (s. Kasten S. 9) zum Aufwand des sehbehinderungsspezifischen Arbeitens weisen darauf hin, dass Pflege und Betreuung nicht aufwändiger, sondern «nur» anders sind und positive Veränderungen bei pflegebedürftigen Personen mit Sehbehinderung hervorrufen. Wir möchten Ihnen Mut machen, sehbehinderte alte Menschen als kognitiv fit zu betrachten, sie über Rehabilitationmöglichkeiten zu informieren und sie zu fragen, was sie möchten. Das ermutigt und motiviert sie, das Leben in die Hand zu nehmen und zu gestalten. Selbstbestimmt leben heisst: Delegieren, was ich übergeben will, nicht selber tun will, entscheiden, was ich selbständig ausführen will. ■

### Links

[www.szb.ch](http://www.szb.ch), [www.sbv-fsa.ch](http://www.sbv-fsa.ch),  
[www.blind.ch](http://www.blind.ch), [www.retina.ch](http://www.retina.ch)

### Literatur

- ABA Association pour le Bien des Aveugles et malvoyants (Ed.)** (2005). Voir en EMS. Rapport de l'étude sur la présence des déficits visuels dans la population agée vivant en EMS. Genève: ABA.
- Faust V. (o. J.)**. Seh-Trugwahrnehmungen ohne Geistesstörung. In: Psychiatrie heute. Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln. Arbeitsgemeinschaft Psycho-soziale Gesundheit. URL: [www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/faust1\\_bonnet.pdf](http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/faust1_bonnet.pdf) [15.10.2012]
- Höpfinger F., Bayer-Oglesby L. & Zumbrunn A.** (2011). Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Bern: Hans Huber.
- Johnson M. L. (Ed.)** (2005). The Cambridge Handbook of Age and Ageing. Cambridge et al.: Cambridge University Press.
- KSia (Hg.)** (2013). Goldene Regeln. Sehbehinderung im Alter angemessen begegnen. 33 Regeln mit Kommentaren. Zürich: KSia.
- Lehrl S. & Gerstmeyer K.** (2004). Systematische Fehleinschätzung von Altersdemenz durch kataraktbedingte Minderung der Informationsverarbeitung? In: Der Ophthalmologe 2004–101, S. 164–169.
- Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen SZB (Hg.)** (2012). Sehbehinderung und Blindheit: Entwicklung in der Schweiz. St. Gallen: SZB.
- Sutter F.** (2009). Netzhautdegeneration, ein anderes Sehen. Zürich: Retina Suisse.