

SEHBEHINDERUNG IM ALTER – QUALITÄT IN DER BERATUNG UND REHABILITATION

Eine Publikation zur «Studie COVIAGE – coping with visual impairment in old age»



SZBLIND

Schweizerischer Zentralverein
für das Blindenwesen

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	5
Mit Blick auf die Lebensspanne	6
Der normale Sehverlust im Alter	9
Resultate der COVIAGE Studie	11
Vorschlag für eine gerontologisch fundierte Rehabilitation	27
Sehbehindertenhilfe – wann und für welche Patienten?	30
Neues Lernen für den Alltag	32
Wenn Sehen und Hören im Alter schwächer werden	34
Resultate anderer Studien	36
Übersicht COVIAGE Studien	38
Ausblick	39



VORWORT

Für die meisten Menschen ist es unvorstellbar, mit einer Sehbehinderung zu leben. Und trotzdem müssen sich mit zunehmendem Alter immer mehr Menschen mit der Tatsache abnehmenden Sehvermögens auseinandersetzen. Meist handelt es sich um den altersbedingten Abbau, allzu oft aber auch um eine Krankheit. Altersbedingte Makuladegeneration, Glaukom und Diabetische Retinopathie sind wohl die häufigsten Ursachen für chronische Krankheiten des alternden Auges und Ursachen für schwere Sehbehinderungen. Leider bleibt die Sehbeeinträchtigung nicht alleine. Allzu oft kommen auch eine Hörbehinderung oder eine Krankheit dazu.

Jedes Lebensalter stellt den Menschen vor neue Herausforderungen, an denen er wachsen kann. Im hohen Erwachsenenalter möchte der Mensch auf ein erfülltes Leben zurückblicken und sich an einem schönen Lebensabend erfreuen. Krankheiten und der Tod lieber Menschen erschweren dieses Vergnügen. Es ist jetzt auch nicht mehr so einfach, sich an neue Gegebenheiten anzupassen, neue Arbeitsweisen zu entwickeln oder Neues zu lernen. Oft dauert das viel länger als bei jungen Menschen. Dies zu akzeptieren, wie Elisabeth Kübler-Ross dies verlangt, ist extrem schwer. Mir selber ist dies unmöglich. Ich kann versuchen, die Auswirkungen meiner Sehbehinderung in meinen Alltag zu integrieren, kann versuchen, einen produktiven Umgang damit zu finden. Auch das ist nicht einfach. Für mich ist Akzeptanz einer Krankheit nach rückwärts gerichtet und passiv. Integration ist nach vorne gerichtet, lösungsorientiert und deshalb aktiv.

Zum Glück gibt es viele Beratungsstellen für Menschen mit Sehbehinderungen, welche die Betroffenen bei der Bewältigung ihrer alltäglichen Herausforderungen unterstützen. Die vorliegende Studie «COVIAGE – coping with visual impairment in old age» gibt uns nun noch mehr Wissen und Instrumente in die Hand, ältere Menschen auf ihrem Weg noch besser als bisher zu begleiten und zu unterstützen.

Herzlichen Dank an den Schweizerischen Zentralverein für das Blindenwesen und die finanzierenden Organisationen für die Initiative.



***Eine anregende Lektüre
wünscht Stephan Hüsler**
Geschäftsführer
Retina Beratungsstelle*

MIT BLICK AUF DIE LEBENSSPANNE

Stefan Spring

COVIAGE (coping with visual impairment in old age, Bewältigung von Sehschädigung im Alter) erforscht die Lebenssituation von Menschen in der Schweiz, die im Alter eine Sehbehinderung erfahren.

Das Alter ist ein vielschichtiger, langer und individuell ausgeprägter Lebensabschnitt. In der Gerontologie spricht man von einer Zeit im Leben, in der man die Hauptaufgaben des Erwerbsalters meist erfüllt hat und sich familiär, körperlich und geistig in einem neuen Lebensabschnitt befindet. Die Erfahrung des Alterns in der Gesellschaft hat sich über die letzten Jahrzehnte wesentlich verändert: Wir leben länger, sind länger gesund, finanziell besser abgesichert, leben öfter auch alleine, sind vielfältigen Impulsen und Angeboten ausgesetzt und gesellschaftlich dazu gedrängt, aktiv, positiv «gut» zu altern. Eine in dieser Lebensphase neu eintretende Sehbeeinträchtigung kann deshalb einschneidende Folgen haben.

Im Jahresbericht des Schweizerischen Zentralvereins für das Blindenwesen aus dem Jahr 1932, findet sich die damals gültige «Blindenstatistik 1930». Man zählte damals 2122 «Blinde», 60% waren 60 und mehr Jahre alt. Eine sechzigjährige Frau hatte damals im Durchschnitt noch etwa 17 Jahre Lebenszeit vor sich, heute sind es 27. Treten heute im Rentenalter Sehprobleme auf, wird ein wesentlich längerer Lebensabschnitt von der Sehbeeinträchtigung bestimmt.

Und noch etwas ist heute wesentlich anders: Die «Blindenstatistik 1930» spricht unverblümt von «die Blinden». Das älteste Fotoalbum im Archiv der SZB-Beratungsstellen für hörsehbehinderte Menschen heisst «Nos aveugles sourds» (Unsere gehörlosen Blinden). Wer würde dies

heute so noch sagen? Wir sprechen und schreiben heute möglichst politisch korrekt von Beeinträchtigungen und thematisieren einstellungs- und umweltbedingte Barrieren, die Menschen mit Beeinträchtigungen an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern.

Unsere Aufmerksamkeit hat sich dementsprechend einer Spannweite von Beeinträchtigungen zugewendet, die zwischen dem Sehen und dem Nichtsehen eine grosse Vielfalt von Situationen kennt. Entsprechend haben sich auch unsere Statistiken verändert. Wir sprechen heute epidemiologisch von 71% der Personen mit Sehbehinderung, die älter als sechzig sind. Zahlenmässig sind dies etwa 230'000 Menschen in der Schweiz. Diese Berechnungen werden durch die Statistik der Beratungsstellen für Menschen mit Sehbehinderung bestätigt: Dort sind 73% der Ratsuchenden über sechzig Jahre alt.

DIE GERONTOLOGIE AUSSCHÖPFEN

Die Studie COVIAGE ist das Ergebnis der Zusammenarbeit des SZB mit dem Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich und mit der Fachhochschule der Westschweiz in Lausanne. Die Zusammenarbeit mit gerontologischen Wissenschaftlern begann bereits 2014 mit einer Vorstudie, die gezeigt hat, in welchen Punkten sich die Herausforderungen älterer Menschen mit einer neu erworbenen Sehbehinderung von den Herausforderungen solcher Menschen unterscheiden, die bereits ihr Leben lang mit einer Sehbehinderung leben (COVIAGE Modul 1). Der SZB hat auf dieser Grundlage mit Unterstützung einiger Partnerorganisationen (siehe Seite 42) eine Vertiefung des Themas veranlasst. Ziel

ZIEL DER BERATUNG: DIE LEBENSQUALITÄT STABILISIEREN

der Vertiefung war es, Fachpersonen gerontologische Grundlagen und ein sozialpsychologisches Modell für ihre Arbeit zu geben (Modul 2). Darüber hinaus sollte über die standardisierte Befragung einer grossen Zahl Betroffener die Lebenssituation von Menschen beschrieben werden, welche erst im Alter mit der Herausforderung einer Seh- oder Hörseh-Schädigung konfrontiert werden (Modul 3).

Die aktuellen Ergebnisse und Kommentare ergänzen das bereits 2014 erschienene SZB-Fachheft mit dem Titel «Sehbehinderung im Alter – Komplex und vielfältig». Dort haben wir insbesondere eine Begriffsklärung vorgenommen und eine erste Skizze für eine spezifisch auf das Alter ausgerichtete Rehabilitation veröffentlicht. An diesem Punkt setzen wir hier an und versuchen weitere Impulse für eine gerontologisch fundierte Unterstützung von Menschen mit Sehbehinderung und Hörsehbehinderung in den Vordergrund zu rücken.



Die Gerontologie hat dem Sehbehindertenwesen viel zu bieten. Der Anfang davon ist, dass wir «Gesundheit» nicht als absolute Grösse verstehen. Gesundes Altern frei von jeglicher Erkrankung und Beeinträchtigung ist eine Utopie. Jede vierte Person leidet mit siebzig an mindestens fünf gleichzeitig behandelten Erkrankungen. Kaum jemand davon an den gleichen wie sein Nachbar. Und jeder begegnet den Erkrankungen auf Grund der eigenen Lebenserfahrung anders. So ist auch das Leben mit einer Sehbeeinträchtigung immer in den Kontext eines Lebenslaufes zu stellen. Die Lebensziele, die Bedürfnisse, die soziale Einbettung und die Lebenserfahrung unterscheiden sich massiv zwischen einem Kind, einem Jungen Erwachsenen, einer Person im mittleren Erwachsenenalter, Jemandem im Alter der Vorpensionierung, einer Person im Rentenalter oder unter den Bedingungen einer erhöhten Fragilität und in der Phase der Pflegebedürftigkeit. Es geht also um die Förderung von Lebensqualität für drei Jahrzehnte. Und es geht um Menschen, die schon Vieles erlebt haben, die möglichst gesund geblieben sind, die Erfahrung mitbringen im Gesundbleiben. Das ist das Potential, das es auszuschöpfen gilt. Denn das Leben besteht ja nicht aus einem Abwarten der nächsten Katastrophe, sondern aus dem Versuch mit jeder bevorstehenden Herausforderung möglichst gesund weiterzuleben.

Fachlich versteht man heute unter einem erfolgreichen Altern, die erreichte Lebensqualität möglichst stabil zu halten. Erfolg im Alter ist demnach ein sehr «subjektives Konzept». Nicht ein Visus-Wert, nicht eine Tätigkeit, «die alle machen», sind entscheidend, sondern das, was die einzelne Person für sich als erstrebenswert definiert. Wir Beraterinnen und Berater müssen zuerst verstehen, was erfolgreiches Altern für

die jeweilige Person und deren Umfeld bedeutet. Wir können es nicht von uns her ableiten, wir sind allesamt jünger als die Klientinnen und Klienten. Erfolg im Alter ist gleichzeitig ein «soziales Konzept», denn man wird nicht alleine alt. Auch die Lebensqualität allfälliger Angehöriger, allen voran die der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners, ist durch eine Sehbeeinträchtigung erheblich beeinflusst. Unvermeidlich ist erfolgreich Altern auch ein «situationales Konzept», denn die baulichen und organisationalen Bedingungen des Lebens müssen laufend an die persönlichen Voraussetzungen für ein gutes Leben angepasst werden. Auch ältere Menschen hören also nie auf zu lernen und sich zu entwickeln. Wie gut es ihnen im Alter geht, ist darum auch ein «biographisches Konzept» weil es auf dem

Lebenslauf fusst und ausgerichtet ist auf das Leben danach, so wie es sich das Individuum vorzustellen vermag. Schliesslich – und für die soziale und rehabilitative Beratung von Bedeutung – ist Erfolg im Alter ein «Konzept der Balancierung»: Belastungen, die mit dem Alter üblicherweise auftreten, oder die durch besondere Ereignisse und Erkrankungen hervorgerufen werden, wird mit den vorhandenen oder mit neu erworbenen Ressourcen begegnet. Auch neue Belastungen werden in ihrer Auswirkung neutralisiert oder gar beseitigt oder überwunden. Genau auf diese Herausforderungen richtet sich die soziale und rehabilitative Beratung durch die Organisationen des Sehbehindertenwesens aus. Die Grundlagen dafür werden von COVIAGE beleuchtet und im vorliegenden Themenheft besprochen.



DER NORMALE SEHVERLUST IM ALTER

Susanne Trefzer

Ein Sehverlust kann durch Veränderungen im Auge, entlang des Sehnervs oder in der zentralen Verarbeitung der Reize im Hirn entstehen. Die Verarbeitung der Sehreize im Hirn spielt insbesondere, aber nicht nur, bei Menschen im hohen Alter eine wichtige Rolle. Das Sehbehindertenwesen wird sich noch intensiv mit diesen Formen des Sehverlustes befassen müssen. Hier aber betrachten wir vorerst die Ursachen und Formen von Sehverlust die peripher bedingt sind, also das Auge betreffen.

Neben vielen Erkrankungen des Auges, die zu einer Sehbehinderung führen können, finden im Auge auch normale, physiologische Veränderungen statt, die zu einem Sehverlust im Alter führen. So ist es ganz normal, dass eine 75-jährige Person nicht mehr gleich gut sieht wie eine 20-jährige.

Schauen wir uns die Veränderungen im Detail an:

Was die meisten Menschen etwa ab dem 50. Lebensjahr zu spüren bekommen, ist der Verlust der Akkommodation. Das bedeutet, dass das Auge sich nicht mehr gut auf die Nähe einstellen kann und man ab diesem Zeitpunkt eine Lesebrille benötigt.

Je älter man wird, desto enger wird das Gesichtsfeld. Überblickt eine 20-jährige Person horizontal noch einen Winkel von 175°, so beträgt dieser Winkel bei einer 75-jährigen Person schon nur noch circa 140°. Auch vertikal wird der Blickwinkel enger, unter anderem auch noch dadurch, dass die Augen tiefer in den Höhlen liegen und der Gang etwas gebeugter wird. Da dieser Verlust schleichend eintritt, sind sich ältere Menschen dessen nicht bewusst. Vor allem

im Strassenverkehr, sowohl als Fussgängerin, Velofahrer oder Fahrzeuglenkerin müsste man diesem Umstand jedoch Rechnung tragen.

Daneben kommen noch andere Veränderungen hinzu, wie etwa die Gelbfärbung der Augenlinse. Sie führt dazu, dass Betroffene Mühe bekommen, violette bis grüne Farbtöne zu unterscheiden. So fällt auch weniger blaues Licht auf die Netzhaut, was dazu führt, dass viele ältere Menschen am Tag weniger aktiv sind und nachts mit Schlafproblemen kämpfen. Denn: der Blauanteil am Licht ist jener, der uns aktiv und wach hält am Tag. Die Gelbfärbung der Linse ist eine normale Veränderung, sie hat noch nichts mit dem Grauen Star zu tun. Dennoch nimmt dadurch auch die Lichtdurchlässigkeit des Auges ab.

Die Lichtdurchlässigkeit des Auges wird noch durch andere Veränderungen negativ beeinflusst: die Pupille wird im Alter kleiner und auch Hornhaut und Glaskörper verlieren an Transparenz. Einerseits gelangt nun nicht mehr so viel Licht auf die Netzhaut, andererseits wird das Licht an den Trübungen in der Hornhaut und in der Linse gestreut. Deshalb sind viele ältere Menschen zwar auf eine gute Beleuchtung angewiesen, sind aber trotzdem schnell geblendet. Hier schaffen Filterbrillen oder Dächlikappen Abhilfe. Da nun zudem die Netzhaut weniger empfindlich auf das eintreffende Licht reagiert, wird es auch immer schwieriger, Objekte, die keinen guten Kontrast aufweisen, zu erkennen. Mehr Licht hilft in diesen Fällen. Handelt es sich dabei aber um Spots, also stark gebündelte Lichtquellen, fühlen sich die Betroffenen dadurch stark geblendet.

All diese Veränderungen führen dazu, dass das Sehvermögen im Alter noch etwa halb so gut ist wie in jungen Jahren.

Die Veränderungen im Auge sind zwar sehr vielfältig, die Massnahmen, die im Alter hilfreich sind, lassen sich jedoch auf ein paar wenige Punkte zusammenfassen. In der Regel hilft mehr und besseres Licht. Besseres Licht heisst in diesem Zusammenhang: eine gute, möglichst blendfreie, das heisst indirekte Beleuchtung des Raums mit einer Arbeitsplatzleuchte für Sehaufgaben in der Nähe. Des Weiteren sollten Dinge in grossen, klaren Schriften in gutem Kontrast angeschrieben werden. Dies gilt für die Speisekarte im Altersheim genau gleich wie für die Beschriftung von Räumen. Schliesslich gibt es viele Massnahmen die meist mit einfachen Mitteln grosse Wirkung haben können. Voraussetzung dafür ist eine Low Vision Abklärung mit anschliessender individueller und auf real vorhandene Tätigkeiten, Ziele und Lebensumstände ausgerichtete Beratung.

RESULTATE DER COVIAGE STUDIE

Alexander Seifert, Hans Rudolf Schelling

ZUR ANLAGE DER COVIAGE-STUDIE

Die soziale Lebenssituation von Spätsehbehinderten ist kaum erforscht

Mit zunehmendem Alter wird für viele Menschen das Sehen schwieriger. Viele Sehschwächen, wie zum Beispiel die Altersweitsichtigkeit, können durch eine Brille oder medizinische Eingriffe korrigiert werden. In unserer alternden Gesellschaft nimmt aber auch die Zahl älterer Menschen mit schweren, d.h. nicht mehr vollständig korrigierbaren, Sehbeeinträchtigungen zu.

Eine Sehbehinderung bedarf per se grosser Bewältigungsarbeiten. Im Alter fallen diese jedoch ungleich schwerer, da ältere Menschen vermehrt vor verschiedenen Anpassungs- und Bewältigungsarbeiten im Alltag stehen, die sie mit tendenziell sich verringernden Ressourcen meistern müssen. So muss auch das schlechte Sehen häufig mit gleichzeitig reduzierten körperlichen, auditiven, sozialen und/oder kognitiven Ressourcen bewältigt werden. Deshalb ist das Neuerlernen von Bewältigungsstrategien, um den Alltag mit einer Sehbehinderung zu meistern, mühsamer, zeitaufwändiger und häufig mit persönlichen Nutzenabwägungen verbunden. (z. B. verdeutlicht durch die Aussage «Nützt es noch etwas, dies in meinem Alter zu erlernen?»)

Gerontologische und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse zur Alltagssituation und Bewältigung der Herausforderungen der Sehbehinderung von Personen mit einer altersbedingten Sehschädigung fehlen jedoch und haben zur Lancierung des Projekts COVIAGE geführt.

Die Zielgruppe und die Ziele von COVIAGE

Der Fokus bei COVIAGE liegt auf Personen, die erst im Alter (vorwiegend ab 70 Jahren) eine starke Sehbeeinträchtigung erfahren haben. Im Vordergrund steht dabei die sozialwissenschaftliche und gerontologische Sicht auf das Thema. Demnach geht es nicht um das medizinische «Krankheitsbild», sondern um den Umgang mit den Auswirkungen sowie den damit verbundenen sozialen, individuellen und kontextuellen Anpassungen im Alltag.

Ziel des COVIAGE-Projektes war es, mittels der Kombination aus Literaturrecherche, qualitativen und quantitativen Befragungen betroffener Personen und durch die Einbeziehung von Expertinnen und Experten die Lebenssituation von Personen differenzierter zu beschreiben, die erst im Alter mit einer stärkeren Sehbeeinträchtigung konfrontiert wurden. Zudem sollte die Alltagssituation dieser Untersuchungsgruppe aufgezeigt werden, und es sollten von den Betroffenen angegebene Belastungen, Ressourcen und Bewältigungsstrategien mithilfe eines innerhalb der COVIAGE-Studie entwickelten Modells systematisiert werden, um damit Eckpunkte für eine gerontologisch fundierte Sehbehindertenarbeit zu benennen.

Zur Forschungsmethodik von COVIAGE verweisen wir auf die Übersicht über die drei Module der Studie, welche auf Seite 38 dargestellt sind.

ERGEBNISSE

Die Untersuchungsgruppe

Die ersten empirischen Erkenntnisse wurden aus 22 Interviews mit Personen aus dem Umfeld von Sehbehindertenorganisationen gezogen (Modul 1). Danach konnte COVIAGE durch die repräsentative Bevölkerungsbefragung von 1 299 Personen ab 70 Jahren in der deutsch- und französischsprachigen Schweiz das bisher unerforschte Phänomen einer im Alter erlittenen Sehbehinderung beschreiben. Mithilfe der von COVIAGE neu entwickelten Selektionsfragen (für Details siehe Bericht zum COVIAGE-Modul 3) konnten 110 Personen (8.5 % aller befragten Personen ab 70 Jahren; 16.5 % bei den befragten Personen ab 85 Jahren) identifiziert werden, die im Alter eine stärkere Sehbeeinträchtigung erfahren haben. Dies weist auf einen nicht zu vernachlässigenden Teil der älteren Bevölkerung hin, die mit einer stärkeren Sehbeeinträchtigung lebt.

Mit 87 dieser 110 Personen konnte ein längeres Interview durchgeführt werden. 33 (38 %) dieser Personen gaben eine doppelte Sinnesbehinderung (Seh- und Hörbehinderung) an. Diese Personen unterscheiden sich – ausser in der doppelten Sinnesbeeinträchtigung – nicht von den anderen.

Die gerontologische Sicht auf das Lebensereignis «Sehbehinderung»

Im Alter eine Sehhinderung zu erfahren heisst nicht, dass der Alltag nicht bewältigt werden kann. Dennoch kann festgestellt werden, dass gerade im Alter eintretende Sinnesbeeinträchtigungen die Lebensqualität im Alterungsprozess in Form einer zusätzlichen Belastung beeinflussen. Dies bedeutet, dass Personen mit einer Sehbeeinträchtigung gegenüber gleichaltrigen

Personen ohne eine solche Beeinträchtigung mehr Einbussen erfahren und hier – sowohl durch den Blick von aussen als auch teilweise über die Selbstwahrnehmung – eine deutlichere «Alterung» stattfindet. Kompensatorische Massnahmen zum Beispiel sprechende Uhren oder Küchenwaagen, tastbare Klebepunkte zur Bedienung von Küchengeräten und vieles mehr, individuelle Verhaltensweisen und Anpassungsstrategien sowie Unterstützungsangebote können diesem Umstand allerdings erfolgreich entgegenwirken.

Aus gerontologischer Sicht ist es das Ziel, die Lebensqualität auch im höheren Alter hoch zu halten bzw. zu stabilisieren. Wenn wir uns vorstellen, dass mit zunehmendem Alter zum Beispiel die Möglichkeit abnimmt, die Sehschädigung durch andere Sinne zu kompensieren, stellt sich die Frage, wie die Lebensqualität dennoch stabilisiert werden kann; hier empfiehlt sich das Modell von Baltes & Baltes (1990) für ein erfolgreiches Altern: das sogenannte SOK-Modell. Dieses Modell der Selektiven Optimierung mit Kompensation geht von einem Lebensspannenkonzept aus, das Gewinne, Verluste und Stabilität im Alter berücksichtigt. Die Mechanismen, die hier wirken, sind:

- **Selektion** (Die Auswahl von Aufgaben, die noch erfolgreich selber realisierbar sind bzw. positiv bewertet werden)
- **Optimierung** (Verbesserung der Mittel für die Bewältigung der ausgewählten Aufgaben, z.B durch erhöhten Zeiteinsatz oder Training oder Neuerlernen von Bewältigungsstrategien) und
- **Kompensation** (Teilweiser oder gänzlicher

Ausgleich der bestehenden Funktionseinbußen z.B. durch die Verwendung geeigneter Hilfsmittel oder externer Unterstützung)

Ziel der Anwendung der drei Mechanismen ist es, ein – trotz der Einschränkung(en) – selbstbestimmtes Leben zu führen.

Bei älteren Menschen ist die Lerndynamik verlangsamt und damit verknüpft auch häufig die Lernbereitschaft verringert. Eine Herausforderung bei der Unterstützungsarbeit stellt somit die Überwindung der mentalen Hürde – «Es lohnt sich ja nicht mehr in meinem Alter!» – dar. Ein sensibler, die individuelle Lernbereitschaft fördernder und unterstützender Umgang beim Erlernen neuer Bewältigungsstrategien ist deshalb besonders wichtig.

Die Alltagsbewältigung

Die Möglichkeiten, den eigenen Alltag zu bewältigen, beeinflussen die Bewertung der eigenen Lebensqualität: Können bestimmte Tätigkeiten noch selbstständig oder mit Hilfe ausgeführt werden, so erhöht sich das Gefühl der Autonomie und damit auch die wahrgenommene Lebensqualität (COVIAGE Modul 3). Eine Angst vor negativen Auswirkungen, die eine Sehbeeinträchtigung auf die Alltagsbewältigung haben kann, zeigte sich übrigens nicht nur bei den Personen, die sehbeeinträchtigt sind, sondern auch bei 90 % der befragten Personen ab 70 Jahren, die an keiner stärkeren Sehbeeinträchtigung leiden.

Die Studie zeigt, dass Personen mit einer sich im Alter manifestierenden stärkeren Sehbeeinträchtigung (Betroffenengruppe) mit ihrer Lebensqualität unzufriedener sind als gleichaltrige

Personen ohne Sinnesbeeinträchtigungen (Referenzgruppe). Wer Behördengänge nicht mehr selbstständig wahrnehmen kann, wer sich nicht mehr zutraut, Bahn zu fahren, weil er die Anzeigentafeln nicht lesen kann oder an der Kasse des Supermarktes den passenden Geldbetrag seinem Portemonnaie nicht mehr ohne Hilfe entnehmen kann, fühlt sich stark eingeschränkt und alt.

Die Befragung lässt auch erkennen, dass dennoch viele Personen der Betroffenenengruppe mit ihrem Alltag gut fertig werden bzw. ihre täglichen Belastungen mittels verschiedener Ressourcen zu bewältigen vermögen.

Der Vergleich zwischen früh- und spätsehbehinderten Menschen

Mithilfe der qualitativen Befragung (COVIAGE Modul 1) konnten wir feststellen, dass bei Personen, die schon mehrere Jahre vor ihrer Pensionierung mit einer Sehbehinderung zu leben gelernt haben, das «Alter» als Problematik zu ihrer Sehbehinderung «hinzukommt»; dass hingegen bei Menschen, die erst im Alter eine stärkere Sehbeeinträchtigung erleiden, die «Sehbehinderung» zum Alter «hinzukommt».

Personen, die bereits vor dem Pensionsalter sehbehindert waren, haben meist ein besseres auf die Behinderung bezogenes Ressourcennetzwerk (können Hilfsmittel und Bewältigungstechniken einsetzen, haben ein informiertes und unterstützendes Umfeld). Sie haben in den meisten Fällen auch einen Akzeptanz-, Anpassungs- und Selbstwahrnehmungsprozess durchlaufen und können demzufolge selbstverständlicher mit Bewältigungsstrategien umgehen.

Älteren Menschen, die erst im Rentenalter diese Behinderung erleben, müssen die Diagnose und die damit verbundenen Anpassungen akzeptieren lernen, sich ein Ressourcennetzwerk aufbauen und den effektiven Einsatz von Hilfsmitteln neu erlernen, in einem Alter in dem die mentale Flexibilität und geistige Beweglichkeit nicht mehr selbstverständlich ist. Die veränderten Perspektiven und durch Einschränkungen bestimmte Zukunftsaussichten lassen das Leben weniger selbstbestimmt und somit weniger lebenswert erscheinen. Für Personen mit einer Frühsehbehinderung ist ihre Sehbehinderung «alltäglich» geworden; sie konnten Anpassungskompetenzen in unterschiedlichen Bereichen erwerben und verfestigen und langfristig ein neues Lebenskonzept entwickeln. Spätsehbehinderten Menschen fällt es sehr viel schwerer, diese Kompetenzen (neu) zu erlernen.

Selbstwahrnehmung von «Behinderung»

Aus den Gesprächen mit den betroffenen Personen (COVIAGE Modul 1) wurde deutlich, dass jene sehbehinderten Menschen, die erst im Alter sukzessive Seheinbussen erleiden, sich nicht unmittelbar als «behindert» sehen. Schlechtes Sehen wird grundsätzlich mit dem Altern verbunden und – insbesondere wenn die Krankheit noch nicht so viele alltägliche Einschränkungen hervorruft – gar nicht als «Sehbehinderung» in dieser Form «wahrgenommen». 31 % der 87 befragten Personen mit einer stärkeren Sehbeeinträchtigung bestätigen die Aussage «Ich mag es gar nicht, wenn mich jemand als ‚sehbehindert‘ bezeichnet». Gerade das Stigma «behindert» wird mit einem hohen Verlust an Autonomie und damit auch grösserer Hilfsbedürftigkeit verbunden. So ist auch die Akzeptanz, einen «weissen Stock» in der Öffentlichkeit zu benutzen, mit starken persönlichen Hemmungen ver-



bunden. Von den befragten 87 Personen der COVIAGE-Bevölkerungsbefragung geben nur 6 Personen an, regelmässig einen weissen Stock zu benutzen.

Eine Selbstwahrnehmung, die «Behinderung» kategorisch ablehnt, kann dann dazu führen, dass sich die betroffenen Personen erst spät mit ihrer Sehbehinderung auseinandersetzen und keine Unterstützung bei spezialisierten Beratungsstellen oder Behinderten-Selbsthilfeorganisationen einholen. So geben nur 2 von 87 befragten Personen an, dass sie in den letzten fünf Jahren eine Beratungsstelle aus dem Sehbehindertenwesen aufgesucht haben.

Das Leben mit einer doppelten Sinnesbeeinträchtigung

38% der Betroffenengruppe (33 von 87 Personen) weisen eine doppelte Sinnesbeeinträchtigung auf. 17 dieser 33 Personen fühlen sich im Alltag eher bzw. sehr eingeschränkt. In ihrer Wahrnehmung fühlen sie sich jedoch nicht unbedingt stärker eingeschränkt als Personen, die keine zusätzlichen Hörprobleme haben. So zeigen sich auch keine signifikanten Unterschiede bei der Frage, wie zufrieden sie hinsichtlich ihrer allgemeinen Alltagsbewältigung seien. Auch in Bezug auf die sozialen (Familie, Freunde, Nachbarn) oder externen Ressourcen (Nutzung von Beratungsstellen, allgemeinen Hilfsmitteln) zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Die Verwendung der persönlichen, sozialen und formal-externen Ressourcen hängt vermutlich eher von der Person als von ihrer Beeinträchtigung ab. Diese Resultate mögen überraschen und entsprechen nicht den Erwartungen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass COVIAGE auf Grund der Befragungsmethode (Telefoninterview, Selbst-

einschätzung) die Situation der Hörsehbehinderung nur bruchstückhaft erfassen konnte.

Das Erleben von Belastungen und Ressourcen

Wir gehen – in Übereinstimmung mit der Forschungsliteratur – davon aus, dass Belastungen durch den Einsatz von Ressourcen bewältigt werden können. Diese Bewältigung wiederum führt zu einer Stabilisierung der Lebensqualität.

Personen mit einer erst im Alter aufgetretenen Sehbeeinträchtigung fühlen sich durchschnittlich im Vergleich zu gut sehenden Gleichaltrigen in Bezug auf die Alltagsbewältigung und die Lebensqualität unzufriedener. Zudem geben sie an, dass sie im Alltag mehr auf die Hilfe anderer angewiesen sind. 30 % der befragten Personen gaben an, dass sie im Alltag eher bzw. sehr häufig an ihre Sehbehinderung denken. Das belastet sie psychisch und beeinflusst das Wohlbefinden. Ein Teil der Befragten erlebt die Sehbeeinträchtigung sogar als einen schweren Einschnitt in ihr Leben, und einige sprachen auch über täglich empfundene Ängste (z. B. die Angst vor einer weiteren Verschlechterung der Sehfähigkeit oder die Angst vor dem Verlust der Autonomie). Darüber hinaus führten Befragte auch den Punkt Abhängigkeit von der Hilfe anderer Personen als eine Zukunftsbelastung (-angst) an.

Auch konkrete Alltagsaktivitäten werden wegen der Sehprobleme als mühevoll bewertet. Sehr häufig genannt werden das Lesen von Texten in «normaler Grösse», das Autofahren, das handschriftliche Schreiben, der Besuch von Theater- oder Filmvorführungen und das Ausüben liebgehabter Freizeitaktivitäten. Diese Tätigkeiten mussten wegen der Seheinbussen häufig sogar aufgegeben werden. Aus den CO-

VIAGE-Ergebnissen geht hervor, dass es diese alltäglichen und öfter vorkommenden Schwierigkeiten sind, welche die Lebensqualität der befragten Personen besonders stark mindern. Werden die von einer stärkeren Sehbeeinträchtigung betroffenen Personen gefragt, was ihnen hilft, den Alltag zu bewältigen, nennen die meisten das persönliche soziale Umfeld und das eigene Problemlöseverhalten. Daneben erwähnen sie aber auch externe Unterstützung und Hilfsmittel. Es lassen sich hierbei grundsätzlich interne und externe Ressourcen unterscheiden. Zu den internen Ressourcen gehören eigene Möglichkeiten, mit neuen Situationen zurechtzukommen. Dies kann z. B. ein hoher Selbstwert sein, eine proaktive Einstellung (z. B. etwas aus eigener Kraft in die Hand zu nehmen) bzw. die Selbstmotivation, seinen Alltag trotz Beeinträchtigungen und Belastungen so gut wie möglich zu bewältigen. Diese Faktoren hängen mit der jeweiligen Persönlichkeit des Betroffenen, seinen bisherigen Lebenserfahrungen und bisher im Leben angewendeten Bewältigungsstrategien zusammen.

Zu den externen Ressourcen gehören alle Impulse, die von aussen kommen und die unterstützend sein können. Hierbei konnte COVIAGE deutlich zeigen, dass die stärkste Unterstützung aus dem direkten sozialen Umfeld kommt, also von Partnerinnen bzw. Partnern, aber auch von Kindern, Verwandten und Freunden oder Nachbarn und Bekannten. Diese Unterstützung ist ein wichtiges Fundament in der Alltagsbewältigung und muss demnach auch in der Ausgestaltung der Beratung/Rehabilitation unbedingt berücksichtigt werden. Wenn es gelingt, das soziale Umfeld zu einer sehbehindertengerechten Unterstützung zu befähigen, wird eine der wich-

tigsten externen Ressourcen der betroffenen Personen aktiviert. Dabei sollten zwei Punkte berücksichtigt werden: Erstens kann die Unterstützung des sozialen Umfeldes von den betroffenen Personen auch als Belastung wahrgenommen werden, z. B. wenn neue Abhängigkeiten entstehen oder das Streben nach Autonomie nicht akzeptiert wird. Zweitens sollte berücksichtigt werden, dass das soziale Umfeld bzw. die dahinter stehenden unterstützenden Personen auch ihre Belastungsgrenzen haben und die Unterstützung eines Angehörigen eine anstrengende «Alltagsaufgabe» sein kann.

Neben der Unterstützung durch das direkte soziale Umfeld können auch andere Formen der externen Unterstützung helfen, den Alltag zu bewältigen. Zu diesen zählen die professionellen Hilfsangebote aus dem Bereich der sehbehindertenspezifischen Beratung und Rehabilitation. Auffallend ist, dass nur 2 der 87 befragten Personen innerhalb der COVIAGE-Befragung bereits eine Beratungsstelle aus dem Sehbehindertenwesen kontaktiert haben. Die befragten Personen wenden sich in der grossen Mehrheit an die Augenärztin bzw. den Augenarzt oder an Personen aus der Familie, wenn sie Rat suchen, und nicht an die (professionellen) Hilfsangebote aus dem Sehbehindertenwesen.

Personen, die besonders leiden

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass bei den meisten Personen zwar individuelle Belastungen in der Alltagsbewältigung (z. B. beim Kochen, Einkaufen, Lesen, bei der Wahrnehmung von Sozialkontakten, beim Unternehmen von Freizeitaktivitäten und Reisen/Ausflüge) auftreten und negative Auswirkungen auf das Autonomiegefühl vorhanden sind, dass aber der Alltag von vie-

len betroffenen Personen «irgendwie» bewältigt wird. Wie ausgeprägt die Belastungen wahrgenommen werden, ist längst nicht für alle gleich, jede Person erlebt die Sehbehinderung subjektiv und unterschiedlich in Form und Intensität.

Wir konnten aber eine spezielle Untergruppe erkennen, die durch ihre «Behinderung» sehr deutlich gefährdet ist. Dies sind Personen, die angaben, dass ihnen die Sehprobleme sehr viel Mühe machten und sie sich im Alltag stark eingeschränkt fühlten. Etwa 35% der befragten Personen gaben gleichzeitig an, dass

→ die Sehbeeinträchtigung ihr Leben stark verändert hat,

→ sie oft an ihre Sehprobleme denken und

→ sich im Alltag sehr eingeschränkt fühlen.

Diese Personen sind zwar nicht unbedingt stärker durch die Sehbeeinträchtigung eingeschränkt, aber die Analyse der Belastungsgrade zeigt, dass die Sehprobleme ihnen starke Sorgen bereiten und ihren Alltag stärker belasten, als dies bei anderen Personen der Fall ist. Diese Personen erleben die Sehbeeinträchtigung als starken Stress und einschneidenden negativen Faktor. Sie gelten nach unserer Erkenntnis als «in ihrer Lebensqualität deutlich gefährdet» und sollten unbedingt mit angemessenen, gerontologisch fundierten und niederschweligen Angeboten aus dem Sehbehindertenwesen angesprochen werden.

Die Kernelemente des Modells sind:

→ **Systemischer Charakter (Person – soziales Umfeld – physische Umwelt):** Die Person interagiert mit ihrem sozialen Umfeld und mit ihrer physischen Umwelt, in der sie lebt. Der Bewältigungsprozess erfolgt individuell unterschiedlich, aber immer in Reflexion und Interaktion mit dem sozialen Umfeld und unter den Bedingungen einer real existierenden Umwelt. Die Bewältigung kann demnach sowohl durch Merkmale (und Interventionen) der Person, des sozialen Umfeldes und der Umwelt unterstützt werden.

→ **Zeit und Prozesscharakter:** Der Alltag wird nicht mit einer einzigen Handlung «bewältigt». Die Anpassungen im Alltag sind dynamisch und erfolgen über die Zeit hinweg. Es kommt zu einem ständigen Ausgleich der Belastungen mit den gegebenen Ressourcen; ein Lerneffekt bei allen Teilen des Systems (siehe oben) ist möglich.

→ **Belastungen:** Die Person mit Sehbehinderung trifft in ihrem Alltag auf Anforderungen, die ihr Leben beeinflussen und die als kritische Belastungen erlebt werden können. Dabei kann zwischen aktuellen und zukünftigen Anforderungen unterschieden werden. Die Ausprägung und Wahrnehmung der Belastungen ist individuell. Eine von aussen hoch bewertete Belastung kann von der Person selbst als weniger belastend bewertet werden und umgekehrt.

→ **Ressourcen:** Eine Person mit Sehbehinderung besitzt unterschiedliche interne und externe Ressourcen, die sie zur Bewältigung der Belastungen nutzen kann. Ein proaktiver Umgang mit der Sehbehinderung (interne Ressource), ein stabiles unterstüt-

zendes soziales Umfeld und ein gut angepasstes Lebensumfeld (externe Ressourcen) können helfen, die täglichen Anforderungen im Alltag zu bewältigen. Auch die Ressourcen sind individuell und können in «potenzielle» und «tatsächlich genutzte» unterschieden werden. Potenzielle Ressourcen können aber auch zu Belastungen werden, wenn ein Betroffener z. B. die Unterstützung eines Angehörigen als «zu nah» empfindet, sich von diesem abhängig fühlt und deshalb verweigert.

→ **Bewältigung (Coping):** Bewältigung ist der Prozess, bei dem die vorhandenen Ressourcen eingesetzt werden, um die Belastungen zu überwinden. Wird das Gleichgewicht zwischen Belastungen und Ressourcen nicht erreicht, wirkt sich dies negativ auf die Lebensqualität des Betroffenen aus. Nebst dem Individuum selbst können auch Drittpersonen (soziales Umfeld) und Umweltbedingungen zu einer Bewältigung beitragen, nämlich wenn sie ihren Beitrag zur Verringerung einer Belastung bzw. zur Stärkung einer Ressource leisten.

→ **Subjektive Lebensqualität:** Der zentrale Output innerhalb des Modells ist die «subjektive Lebensqualität». Die Betonung auf «subjektiv» impliziert, dass im Modell von einer persönlich bewerteten Lebensqualität ausgegangen wird. Dies bedeutet auch, dass die Person selbst und im Austausch mit ihrer sozialen Umwelt den Soll- und Ist-Wert definiert. Passen Soll und Ist nicht aufeinander, kann die Person selbstständig oder mit Unterstützung von aussen Anpassungen bei den Belastungen, bei den Ressourcen und im Bewältigungsprozess vornehmen.

EINORDNUNG DER ERGEBNISSE

Wir haben dank der COVIAGE-Studie einen Eindruck der Lebenssituation der «normalen» Bevölkerung ab 70 Jahren, die durch eine Sehbeeinträchtigung betroffen ist, gewonnen. Die betroffenen Personen bezeichnen sich kaum als «sehbehindert» und stehen nur ganz selten in Kontakt mit einer Beratungsstelle des Sehbehindertenwesens. Das Erfahren einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung bringt die Bewältigung des Alltages und die Lebensqualität ins Wanken – und zwar gerade dann, wenn Alltagsaktivitäten und der Erhalt von sinnstiftenden Tätigkeiten ohnehin anspruchsvoller werden und man selbst vermehrt auf Hilfe angewiesen ist. Ausserdem beeinflussen die Sinnesbeeinträchtigungen auch das psychische Wohlbefinden negativ, da der Verlust der Selbstständigkeit sich auf die Gefühlslage auswirkt.

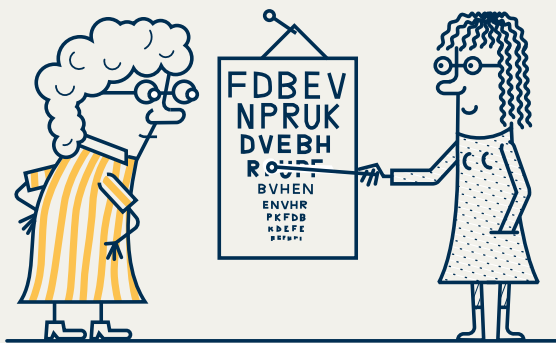
Auch wenn die negativen Folgen der Sehbehinderung für die Alltagsbewältigung ersichtlich sind, meistern viele der befragten Personen den Alltag «irgendwie» trotzdem – entweder allein oder mit der Hilfe von Familienangehörigen (hier vor allem der Partnerin/des Partners). Hilfreich sind eine positive persönliche Einstellungen und der proaktive Umgang mit der Beeinträchtigung. Es kann aber nie genug darauf hingewiesen werden, dass die Unterstützung durch die engere Familie und Freunde sowie die Erfolgserfahrung durch die Nutzung von Hilfsmitteln eine positive Wirkung haben. Die Wahrung der Selbstständigkeit (vor allem nach aussen hin) und die Aufrechterhaltung von Alltagskompetenzen sind wichtige Güter; und so wird versucht, einen nötigenfalls verkleinerten Kompetenzbereich unter Einbezug der engeren Familie zu bewahren und

diesen Bereich als neue Grundlage für die Bewertung der eigenen Lebensqualität anzunehmen. Personen, denen dies immer wieder neu gelingt, geben trotz Einschränkungen eine hohe Lebensqualität an.

Es gibt aber auch Personen, denen dies nicht gelingt. Etwa ein Drittel gibt an, oft an die Sehprobleme zu denken und im Alltag sehr damit zu kämpfen. Diesen Personen könnte eine psychosoziale Beratung und Rehabilitation parallel zur medizinischen Behandlung/Beratung helfen. Es ist daher wichtig, dass sich hier Angebot und Nachfragerin bzw. Nachfrager besser begegnen.

EMPFEHLUNGEN

Auf Grundlage der Literatur, den Befragungen und den Expertengesprächen können Empfehlungen auf drei Ebenen formuliert werden: 1. Individuum, 2. soziales Umfeld und physische Umwelt, 3. Praxis und Fachwelt.



1. EBENE INDIVIDUUM

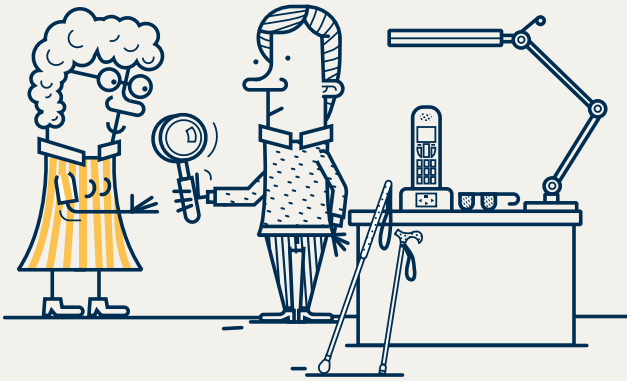
Personen, die im Alter mit einer Sehbeeinträchtigung konfrontiert sind, können sechs Empfehlungen gemacht werden:

Medizinische Abklärung und Behandlung:

Es ist wichtig, bei ersten Anzeichen von Sehproblemen, oder wenn Veränderungen der Alltagskompetenz bemerkt werden, eine Augenärztin oder einen Augenarzt darauf anzusprechen.

Beratungsangebote nutzen:

Es kann sehr bewusst erlernt werden, mit einem verringerten Sehvermögen gut zu leben. Neben der medizinischen Abklärung und Behandlung (und nicht erst nach deren Abschluss) muss der Erhalt von Alltagskompetenzen gesichert werden. Dies ist angebracht, sobald eine Sehstörung trotz Behandlung als permanent oder zumindest als über mehrere Monate dauernd (z. B. bis zu einer Operation) voraussehbar ist. Verfolgt eine Augenärztin bzw. ein Augenarzt eine patientenorientierte Strategie, vermittelt sie bzw. er Patienten an eine Beratungsstelle aus dem Sehbehindertenwesen (Low Vision Abklärung und bei Bedarf weitere, psychosoziale Beratungsangebote). Die Low Vision Abklärung bzw. die Inanspruchnahme weiterer Beratungsangebote kann aber auch auf eigene Faust erfolgen.



Hilfsmittel kennenlernen:

Über den Weg einer Low-Vision-Abklärung und Beratung können die für viele Situationen angemessenen spezifischen Hilfsmittel kennengelernt und der Umgang mit ihnen eingeübt werden.



Die Angehörigen miteinbeziehen:

Es ist wichtig, das soziale Umfeld frühzeitig miteinzubeziehen. Das Umfeld muss wissen, dass die Alltagsbewältigung durch die Sehprobleme erschwert ist, es muss verstehen, wie sich dies zeigt, was als Unterstützung möglich ist und welchen Anteil es an der Bewältigung haben kann. Der Umgang mit den Sehproblemen eines Angehörigen kann auch eingeübt werden; auch hier können Beratungsstellen wichtige Tipps geben.



Die Herausforderung annehmen (Proaktiver Umgang):

Es hat sich gezeigt, dass eine frühzeitige und proaktive Auseinandersetzung mit Sehproblemen und der damit einhergehenden Auswirkungen auf den Alltag die Lebensqualität positiv beeinflusst. Unter einem «proaktiven Umgang» verstehen wir eine Akzeptanz der Veränderungen sowie die aktive Suche nach neuen Bewältigungsstrategien, um der anscheinend aussichtslosen Situation etwas entgegenzuhalten. Nicht einfach auf alle lieb gewonnenen Tätigkeiten verzichten, sondern sich auf das Machbare konzentrieren (Selektion) und lernen, wie diese Aktivitäten weiter ausgeübt werden können (Optimierung und/oder Kompensation).



Bewältigungsstrategien erlernen:

Nicht nur Hilfsmittel, auch das Erlernen von Bewältigungsstrategien (z. B. wann nutze ich ein Taxi, wann frage ich andere um Rat, wie kann ich mein Hobby trotzdem ausüben?) tragen dazu bei, mit Sehproblemen im Alter umzugehen. Im Rahmen einer Beratung in einer Beratungsstelle aus dem Sehbehindertenwesen, aber auch durch den Besuch einer Selbsthilfegruppe oder sonstige Formen des Austauschs mit anderen Betroffenen können mögliche Strategien besprochen werden.

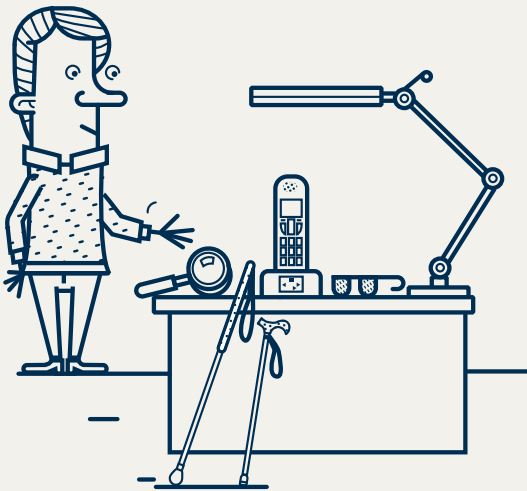


2. EBENE SOZIALES UMFELD UND PHYSISCHE UMWELT

Das soziale Umfeld und die physische Umwelt tragen viel zur Ermöglichung der Alltagsbewältigung bei. Dies ist z. B. dann gegeben, wenn sich das soziale Umfeld auf die veränderten Kompetenzen und Anforderungen der betroffenen Person einstellt und ihr im Alltag hilft, ihre Selbstständigkeit zu erhalten. Dabei sollte die Wahrung der Selbstständigkeit im Vordergrund stehen und nicht die stellvertretende Ausübung von Alltagstätigkeiten oder die komplette Entlastung von allen Aufgaben und Rollen. Neben der eher funktionalen Unterstützung ist vor allem die emotionale Unterstützung wichtig. Denn der Alltagsbewältigungsprozess bedeutet nicht nur, dass Dinge erledigt werden, sondern es müssen auch die Emotionen (z. B. Angst, Verzweiflung, Trauer) verarbeitet werden.



Neben dem sozialen Umfeld trägt auch die physische Umwelt zur Alltagsbewältigung bei, wenn z. B. bauliche Hindernisse aus dem Weg geräumt werden oder die Raumausstattung auf die eingeschränkte visuelle Wahrnehmung angepasst wird. Anlagen, Räume und Wege sollten auch mit einem verminderten Sehvermögen nutzbar sein. Dies betrifft den privaten wie den öffentlichen Raum. Diese Räume aus Sicht von Sehbeeinträchtigten möglichst barrierefrei zu gestalten, ist demnach auch ein gesellschaftspolitisches, architektonisches und stadtplanerisches Thema.



3. EBENE PRAXIS UND FACHWELT

Im Rahmen der COVIAGE-Studie wurden die wichtigsten Hinweise für eine gerontologisch sensibilisierte Beratungs- und Rehabilitationsarbeit im Sehbehindertenwesen zusammengetragen. Wer ältere Menschen berät bzw. betreut, muss deren spezifische Lebensweltkontexte, Kompetenzen, Wünsche und Bedürfnisse kennen und berücksichtigen. Grundlage hierfür sind u. a. Modelle für Bewältigungs- und Anpassungsstrategien im Alter, Erkenntnisse aus der Psychologie der Lebensspanne oder aus der Kognitionsforschung zur Lerndynamik älterer Menschen. Diese Grundlagen sind in den drei Modulberichten und im Synthesebericht zu COVIAGE dargestellt.

Daneben sollte es auch einen Transfer von sehbehinderungsspezifischem Wissen in die Gerontologie und Altenarbeit geben. Innerhalb der Pflege von älteren Menschen sollten Verbesserungen der Alltagskompetenz trotz Sehbehinderung als Merkmale der Autonomiewahrung verstanden und entsprechende Potenziale

ausgeschöpft werden. In der sozialarbeits- und gemeinwesensorientierten Altenarbeit sollte gegenüber sinnesbeeinträchtigten Personen eine integrative Haltung gelebt werden. Die älteren Menschen sollten dazu motiviert werden, eine sehbehinderungsspezifische Unterstützung in Anspruch zu nehmen und nötigenfalls beim Aufsuchen einer entsprechenden Einrichtung begleitet werden.

Die Beratungs- und Rehabilitationsarbeit des Sehbehindertenwesens sollte die bisher erwähnten Empfehlungspunkte in ihrer Arbeit systematisch berücksichtigen. Darauf aufbauend sowie auf Grund ihrer spezifischen Erfahrung sollte ein Schwerpunkt darauf gelegt werden, eigene Konzepte zur Beratung von Menschen, die erst im Alter eine Sehbehinderung erfahren, zu erstellen und anzuwenden.

Für die meisten Betroffenen steht – neben der Aufrechterhaltung der (funktionellen) Sehfunktionen – vor allem die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit, Alltagskompetenzen und Lebensqualität im Vordergrund; dies spricht für die Notwendigkeit einer psychosozial ausgerichteten Beratung, die Betroffene längerfristig begleitet.

Alle beteiligten Fachpersonen sollten unbedingt eine niederschwellige Überweisungslogik verfolgen: Für ältere Menschen mit einer Sehbehinderung wäre es sehr hilfreich, wenn sie von den ärztlichen Instanzen (Ophthalmologie, Kliniken etc.) eine «effektive Weiterleitung» zu einem gerontologisch kompetenten Beratungsangebot aus dem Sehbehindertenwesen erhielten.

AUSBLICK

Die COVIAGE-Studie hat erste Fragen klären können, aber auch einige nur angeschnitten oder gar nicht behandelt. Für die Untermauerung und Vertiefung der bisherigen Erkenntnisse, eine Sensibilisierung der Schweizer Forschungslandschaft für dieses Gebiet, eine Wahrnehmung des Themas in der Öffentlichkeit und um der Praxis weitere Empfehlungen/Erklärungsmodelle zur Verfügung zu stellen, ist es wichtig, die angeschobene Forschung auf diesem Gebiet mit weiteren Studien systematisch zu erweitern. So sind z. B. Themen wie die doppelte Sinnesbeeinträchtigung sowie die Auswirkungen einer

Sehbeeinträchtigung auf bzw. die Bedeutung des sozialen Umfeldes und dessen Belastungs- und Bewältigungsarbeit nur angeschnitten worden. Aber auch Fragen zur Lebens- und Versorgungssituation im ambulanten und stationären Alterspflegekontext konnten mit COVIAGE nicht behandelt werden. Damit das Thema im Blickfeld bleibt, sollten die von COVIAGE angestossenen Bemühungen einer gerontologisch fundierten Sehbehindertenarbeit weiter ausgebaut sowie der Dialog zwischen Gerontologie und Sehbehindertenwesen auf wissenschaftlicher und praktischer Ebene weitergeführt werden.



VORSCHLAG FÜR EINE GERONTOLOGISCH FUNDIERTE REHABILITATION

Stefan Spring

Eine professionelle Intervention zur Rehabilitation und Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe sehbehinderter und blinder Seniorinnen und Senioren

- versteht sich als komplementär zur augenmedizinischen Behandlung und setzt ein, sobald eine dauerhafte, die Bewältigung des Alltags beeinträchtigende Sehbehinderung festgestellt wird. Der Spruch «Rehabilitation beginnt dann, wenn man medizinisch nichts mehr machen kann», ist veraltet, falsch und verachtend gegenüber den betroffenen Personen und ihren Bedürfnissen.
- versucht die Vorteile einer frühzeitigen Beratung zu nutzen. Damit entsteht die Chance, dass die betroffene Person und ihr Umfeld eine vorausschauende Haltung zum Sinnesverlust entwickeln. Rückzug und Depressivität können allenfalls verhindert und finanzielle Vorteile genutzt werden (IV-Besitzstand-Regelung).
- leistet eine professionelle Low Vision-Abklärung zur Erkundung des Sehpotentials. Diese gilt als Ausgangspunkt jeglicher weiterer Intervention.
- empfiehlt immer eine parallele audiologische Abklärung und berücksichtigt deren Ergebnisse in jeder ihrer Strategien. Die Abklärung des Hörstatus ist Standard, auch wenn die Anliegen der Person vorerst visueller Natur sind, denn wenn das Hörvermögen beeinträchtigt ist, muss die soziale und rehabilitative Beratung auf ein Wegfallen der Kompensationsmöglichkeiten und auf zusätzliche Folgeerscheinungen ausgerichtet werden. Eine Zusammenarbeit (direkt oder indirekt) mit Spezialist/innen der Hörsehbehinderung muss in diesen Fällen in Betracht gezogen werden.
- aktualisiert die Low Vision Abklärung und die Hörstatus-Abklärung in kurzen Abständen, d.h. in der Regel alle 2-3 Jahre.
- klärt Fragen zu der jeweiligen Augenerkrankung. Die Kompetenz, Ursachen und Diagnose zu verstehen, die Beeinträchtigung und die daraus folgenden Bedürfnisse benennen zu können, gehören zur sozialen oder rehabilitativen Beratung. Scham, Hemmungen, Verunsicherung, Rückzug, Angst, Vereinsamung und andere mögliche psychosoziale Folgen können begegnet werden, wenn die betroffene Person vorliegende Diagnosen, Abklärungsergebnisse, Ursachen und mögliche Folgen kennt.
- erarbeitet konkrete Lösungsstrategien für die Tätigkeiten, die im

Alltag im Vordergrund stehen und die Selbstständigkeit bestimmen, meist beginnend bei kleinen, sofort wirksamen Elementen. Die Themen und Ziele verändern sich mit der Zeit und mit den Erfolgen der rehabilitativen Beratung. Erfolge bei alltäglichen, störenden Hindernissen sind Motor und Motivation für eine umfassendere soziale und rehabilitative Beratung.

- leistet Information, Beratung und Schulung von Hilfsmitteln und schlägt den schrittweisen Einbezug lebenspraktischer, mobilitätsorientierter und kommunikativer Rehabilitationsschritte vor.
- verfolgt das Ziel, die Selbstbestimmung der älter werdenden Menschen zu erhalten oder wieder herzustellen. Personen mit Sinnesbeeinträchtigungen sollen entsprechend der von der Schweiz ratifizierten UNO-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung «gleichberechtigt mit anderen» ihren Alltag gestalten können. Dafür braucht es Fachpersonen, welche dieses Grundrecht beachten. Empowerment funktioniert auch im Alter.
- beinhaltet immer eine Information und Beratung der engeren Angehörigen zu möglichen Auswirkungen der Sehbehinderung auf das Zusammenleben. Angehörige sind womöglich die wichtigsten Ressourcen einer im Alter mit einer Sehbehinderung konfrontierten Person. Da sie die Alltagstätigkeiten und Wünsche der Betroffenen kennen, können sie manchmal helfen, diese zu formulieren. Gleichzeitig können die Angehörigen durch die Seh- oder Hörsehbehinderung selbst auch belastet sein. Überforderte oder genervte Angehörige sind keine guten Ressourcen mehr.
- wendet sich im Falle eines Aufenthaltes in einem Alters- und Pflegeheim, einer Klinik oder eines Spitals proaktiv an die professionellen Bezugspersonen. Sie sind Zielgruppe der alltagsnahen Sensibilisierung.
- bietet sich zu Beginn oder dann später als Hausbesuch an. Dies hat zwei Gründe und gleichzeitig zwei Absichten: Der Hausbesuch ist ein zugehendes, aufsuchendes Angebot welches für bestimmte Personen die Hemmschwelle zur Beratung erheblich senken kann. Ein Hausbesuch ist unter dem Gesichtspunkt konsequent, dass durch Sehverlust oder andere Umstände die Mobilität

verringert ist. Und er kann die Blockade überwinden, die aus Bezeichnungen wie «Sehbehinderung» oder «Blindheit» an der Schwelle zur Beratungsstelle entsteht. Weiter ermöglicht ein Hausbesuch die Chance die Beratung auf eine Wohnumfeld-Abklärung und –Anpassung auszurichten. Diese ist zwingend, denn die Analyse der visuellen (und auditiven) Lebenswelt (Wohnung, benutzter Lebensraum, relevante Aufenthaltsorte) gehört zur Rehabilitationsberatung und fördert Beleuchtungs- und Blendenschutzmassnahmen, Kommunikationshilfen, Sturzprävention usw. Die Schulung im Gebrauch von Hilfsmitteln und Hilfstechniken muss auch im konkreten Lebensumfeld und nicht nur im Reha-Schulungsraum erfolgen.

- stellt Kontakte zu Selbsthilfeorganisationen und/oder Selbsthilfegruppen vor Ort her, als wichtige Ressource auf psychischer und gesellschaftlicher Ebene.
- berücksichtigt die Perspektive auf das Leben, die der älteren Person eigen ist, deren Lebenserfahrung und Lebensziele (Wie habe ich andere Probleme gemeistert? Was steht jetzt für mich im Vordergrund?).
- verhindert, dass sich die betroffene Person einem Dschungel von Fachpersonen und Instanzen gegenüber sieht. Die im Alter mit einer Sehbehinderung konfrontierte Person sollte in der Regel mit nur einer oder mit möglichst wenigen Berater/innen in Kontakt stehen, ein Gebot komplexer moderner gerontologischer Hilfsstrukturen.
- berücksichtigt den Sehverlust verstärkende gesundheitliche und soziale Fragestellungen (kognitive Leistungseinbussen, fehlende soziale Unterstützung, Schwerhörigkeit u.s.w.).
- berücksichtigt dem Alter angepasste Übungsprinzipien (z.B. Gestaltung der Lernsequenzen), kompensatorische Strategien (z.B. Hilfe und Begleitung anfordern) und Voraussetzungen (z.B. Gehvermögen, Tastsinn).
- tritt ein gegen die Unterversorgung in der Erkennung von Sehbehinderungen und Hörbehinderungen bei privat lebenden und bei in Alterseinrichtungen lebenden Personen.

SEHBEHINDERTENHILFE – WANN UND FÜR WELCHE PATIENTEN?

Dr. Sabine Delachaux-Mormile

Wann sollen sehbehinderte Menschen die Hilfe von Fachstellen in Anspruch nehmen? Die Sicht einer praktizierenden Augenärztin.

Hauptaufgabe des Augenarztes ist es, den Patienten ganzheitlich zu betrachten, Diagnosen zu stellen und zu erläutern, die Behandlungsmöglichkeiten aufzuzeigen sowie die weitere medizinische Betreuung aufzugleisen. Nebst dieser Hauptaufgabe fallen weitere nebengeordnete Aufgaben an. So zum Beispiel die Aufklärung des Patienten über weitere Fachpersonen, die sich parallel zum Arzt an der Betreuung beteiligen können.

Gehen wir als Beispiel von einem Patienten aus, der unter altersbedingter Makuladegeneration leidet und auf eine Behandlung mit Injektionen anspricht. Der Augenarzt beginnt mit der Anamnese (gründliche Befragung) und führt beim Patienten eine klinische Untersuchung durch, wobei er auch sämtliche ihm angezeigte scheinenden paraklinischen Untersuchungen (ausserhalb des ärztlichen Sprechzimmers) veranlasst. Danach stellt er die Diagnose(n), schlägt eine Behandlung vor und gewährleistet die Überwachung des Patienten während und nach den jeweiligen Behandlungen. Ist der Krankheitsverlauf beim Patienten aufgrund eines stark fortschreitenden Verlusts der zentralen Sehschärfe negativ, und entscheidet man sich für einen Behandlungsstopp, so begleitet der Augenarzt den Patienten weiter. Dabei beantwortet er dessen Fragen und fährt mit der medizinischen Überwachung fort, um eine andere Krankheit auszuschliessen, die das Restsehvermögen beeinträchtigen könnte.

Idealerweise klärt der Augenarzt den Patienten bereits zu Beginn einer auftretenden und für diesen mit Unannehmlichkeiten verbundenen Sehschwäche über die weiteren Fachpersonen auf, die ihn betreuen, im Umgang mit seiner Frustration bezüglich des Sehkraftverlusts unterstützen, seine Tätigkeiten analysieren sowie Hilfsmittel empfehlen können, um die verbleibende Sehfähigkeit bestmöglich zu nutzen.

Diese Informationen werden vom Augenarzt selber, von einem seiner Mitarbeitenden oder auch mit Hilfe einer Broschüre kommuniziert.

Allerdings handelt es sich hier um eine Idealsituation, denn eine frühzeitige Rehabilitation, die Hand in Hand mit der ärztlichen Betreuung während der Behandlungszeit geht, ist nicht die Regel. Üblicherweise nimmt die Durchführung der Injektionstherapie sämtliche Energie des Patienten sowie alle verfügbaren Ressourcen seines Umfelds in Anspruch. Die Entwicklung der Sehschärfe kann Schwankungen unterliegen. Das heisst, es gibt Zeiten, in denen sich die Situation objektiv verbessert, stabilisiert oder verschlechtert. Dann ist da aber auch noch das subjektive Empfinden hinsichtlich der Sehkraft, welches sich von Patientinnen zu Patienten unterscheidet.

Als Augenärztin, die im Bereich Low Vision tätig ist, höre ich manchmal von den Rehabilitationsfachleuten, dass sie das Gefühl hätten, der Arzt habe die Patientinnen und Patienten gar nicht über die existierenden Fachstellen informiert.

Diesbezüglich gibt es zwei Dinge zu bedenken: Unterschätzt werden zum einen die Menge an Informationen, die der Patient im Zusammenhang mit der Diagnosestellung, der Therapie,

den möglichen Komplikationen und der Organisation der Arzttermine verarbeiten muss, sowie auch die emotionale Befindlichkeit. So können die zu den jeweiligen Fachstellen abgegebenen Informationen rasch einmal untergehen.

Zum anderen handelt es sich bei Sehbehinderungen um eine Herausforderung, der sich das öffentliche Gesundheitswesen stellen muss, und die Sensibilisierung der Bevölkerung sowie die Versorgung der betroffenen Menschen kann nicht alleine in der Verantwortung der Augenärzte liegen.

Im Blinden- und Sehbehindertenwesen wird bezüglich dieser Sensibilisierung schon viel unternommen. Doch um eine grösstmögliche Wir-

kung zu erzielen, müsste das Thema auch Eingang in die Curricula der medizinischen Fakultäten, der Krankenpflegeschulen und weiterer sozial-medizinischer Ausbildungsgänge finden. Ferner sollten im Rahmen der häuslichen Pflege Screening-Tools und Möglichkeiten der Patientenüberweisung zur Verfügung stehen. Und die entsprechenden politischen Stellen müssten mittels Studien im Bereich der öffentlichen Gesundheit über das Sparpotenzial informiert werden, das aus vermiedenen Heimunterbringungen von PatientInnen resultieren kann.

Erste Schritte für eine Veränderung wurden eingeleitet. Nun geht es darum, diesen Weg weiterzugehen.

NEUES LERNEN FÜR DEN ALLTAG

Prof. Nicolas Kühne

Die Vorstellung, dass man in der Kindheit lernt und das, was man als Kind gelernt hat, dann im Erwachsenenalter anwendet, ist überholt und gehört in die Mottenkiste. Dasselbe gilt für die daraus gezogene Schlussfolgerung, dass man nach der Pensionierung nichts Neues mehr lernen muss. Man braucht nur einen Blick in die Kursprogramme der Volkshochschulen zu werfen. Dort findet man Kurse mit Titeln wie «Wo sind meine Wurzeln? – Familie finden mit digitaler Ahnenforschung», «Wie erkläre ich Kunst? Meisterwerke der Barockmalerei» oder auch ganz praktisch orientierte Themen. Heute ist allgemein anerkannt, dass man im täglichen Leben in jedem Alter lernt – auf formelle oder informelle Weise. Diese Einsicht steht im Einklang mit der Vorstellung, dass sich der Mensch während seines gesamten Lebens entwickelt und nicht nur in jungen Jahren.

Wenn man also in jedem Alter lernen kann, können wir uns die Frage stellen, durch welche Besonderheiten das Lernen im Alter gekennzeichnet ist. Eine komplexe Frage, die mit gesundem Menschenverstand beantwortet werden muss.

Das Älterwerden bringt Veränderungen bei der Sinneswahrnehmung und der Motorik mit sich. Insgesamt nehmen die Seh- und Hörleistungen sowie die motorischen Fähigkeiten ab, wobei sich dieser Prozess von Mensch zu Mensch stark unterscheidet. Die kognitiven Fähigkeiten verändern sich ebenfalls im Alter. Lange Zeit herrschte die Meinung vor, dass diese abnehmen. Heute wissen wir, dass sich die intellektuellen Fähigkeiten zwar verändern, man aber nicht von einem uniformen Abbau sprechen kann. Auch wenn ein Abbau von Hirnmasse zu

beobachtet ist, so verläuft dieser nicht gleichförmig. Gewisse kognitive Funktionen, wie das für die fluide Intelligenz typische episodische Gedächtnis und die Aufmerksamkeit, werden zwar im Alter beeinträchtigt, doch andere wiederum, wie die der kristallinen Intelligenz zuzurechnende Sprachkompetenz, bleiben erhalten. Die in unserem Gehirn stattfindenden Veränderungen haben also auch mit einer dynamischen Anpassung an die kognitiven Einbußen zu tun. Die bei diesen Prozessen involvierten Mechanismen sind indessen noch weitgehend unbekannt und von Mensch zu Mensch verschieden.

Die kognitiven Leistungen werden aber nicht nur von den Gehirn- und sensomotorischen Strukturen geprägt. Sie werden auch von den Vorstellungen beeinflusst, die der Mensch von seinen eigenen Fähigkeiten als Person und als Mitglied einer bestimmten sozialen Gruppe hat. Jeder und jede kennt die mit dem Alter verbundenen Vorurteile und Stereotypen. Diese beeinflussen auch ältere Menschen, bestimmen ihre Selbsteinschätzung und beeinträchtigen ihre Leistungsfähigkeit bei Gedächtnistests. So schneiden beispielsweise diejenigen Personen bei ärztlichen Gedächtnistests – unabhängig von ihrer tatsächlichen Leistung – signifikant schlechter ab, die ihre eigene Leistungsfähigkeit am schlechtesten einschätzen. Ebenso bestimmt die Vorstellung, die sich der Mensch von seiner eigenen Lernfähigkeit macht, seine Lerneffizienz und im selben Zug auch seine Lernmotivation.

Motivation und Lernen gehen Hand in Hand. So gibt es bei vielen Lernschwierigkeiten von SchülerInnen und StudentInnen eine Verbindung zum Sinn, den sie ihren Pflichtfächern beimes-

sen, sowie zum Nutzen, den diese ihrer Meinung nach heute und in Zukunft für sie haben werden. Dieselbe Situation haben wir auch im hohen Alter. Die Motivation betrifft sowohl die Energie, die zum Erlernen einer bestimmten Sache aufgewendet wird, wie auch den gesamten langfristigen Lernaufwand. Man spricht von intrinsischer Motivation, wenn diese aus einem Menschen selbst heraus entsteht, und von extrinsischer Motivation, wenn sie durch eine mögliche Belohnung oder Anerkennung des eigenen Umfelds hervorgerufen wird. Das Umfeld spielt eine massgebliche Rolle, denn es setzt Grenzen und bietet Chancen. Dazu gehören neu zu entdeckende Themen sowie neue Tätigkeiten, gesellschaftliche Aufgaben oder die Gelegenheit, neu erworbene Fähigkeiten anzuwenden. Wie alle Menschen lernen auch Seniorinnen und Senioren das, was in ihrem Lebensumfeld möglich ist und für sie in diesem Umfeld Sinn ergibt.

Nebst den für die verschiedenen Lebensalter typischen Fort- und Weiterbildungsthemen treten in der Fachliteratur einige ganz spezifische Themen hervor: Lernen, mit dem Übergang in den Ruhestand zurechtzukommen; die Lernprozesse im Zusammenhang mit den altersbedingten biologischen Veränderungen (im Hinblick auf Ernährung, Veränderungen in der Mobilität, körperliche Aktivität); der spezifische Wissenserwerb über die mit steigendem Alter zunehmenden chronischen Erkrankungen sowie die Entwicklung einer reflektierten – und gesellschaftskritischen – Haltung zum eigenen Leben. Hinzufügen könnte man aktuell auch das Thema Informationstechnologien in Anbetracht der mit diesen einhergehenden ständigen Veränderungen der Gewohnheiten.

Welche allgemeinen Grundsätze lassen sich nun aus dieser kurzen Übersicht ableiten?

- Es gilt, das Interesse der Menschen an für sie relevanten (im Allgemeinen konkreten) Themen zu wecken, und zwar ausgehend von kleinen Dingen, die den Alltag direkt betreffen,
- unterschiedliche Lernmodalitäten heranzuziehen, die auf die jeweiligen Möglichkeiten abgestimmt sind:
 - motorische Modalitäten,
 - sensorische Fähigkeiten,
 - reflexive Modalitäten, basierend auf der Vergangenheit sowie
 - Ermüdungsaspekt und Konzentrationsfähigkeit
- und dies mit einer Lehrperson, die von der reinen Wissensvermittlerin in die Rolle der Lernbegleiterin tritt.

Bei der Fort- und Weiterbildung sowie dem Erwerb neuer Kenntnisse müssen somit die Identität einer Person, ihre Geschichte, ihre aktuellen Zielsetzungen, die Tätigkeiten, im Rahmen derer ihr neu erlerntes Wissen zum Tragen kommt, sowie die gesellschaftlichen Aufgaben, die ihr eine «Aussicht auf eine Betätigung» ermöglichen, berücksichtigt werden.

Das Lernen gehört unabhängig von unserem Alter zum alltäglichen Leben. Es kann jedoch nur dann ungehindert stattfinden, wenn das soziale und materielle Umfeld entsprechende Möglichkeiten und genügend Motivationsgrundlagen bieten. Es ist die Aufgabe beratender Personen diesbezüglich einen Beitrag zu leisten.

WENN SEHEN UND HÖREN IM ALTER SCHWÄCHER WERDEN

Muriel Blommaert

EINE VERKANNTRE REALITÄT

Sehen und Hören sind die Sinne, die uns die Wahrnehmung auf Distanz ermöglichen. Sie sollten sich gegenseitig ergänzen. Ist einer der beiden Sinne beeinträchtigt, kann der andere normalerweise das Defizit zum Teil ausgleichen. Sind jedoch beide Sinne betroffen, so ist eine Kompensation nur in sehr beschränktem Umfang möglich. In einem solchen Fall spricht man von einer Hörsehbehinderung, eine eigenständige und spezifische Behinderungsform, die wahrlich komplexer ist als die Summe von zwei Behinderungen. Mit der Studie COVIAGE konnte aufgezeigt werden, dass mehr als ein Drittel der sehbehinderten betagten Menschen gleichzeitig auch unter einer Hörbehinderung leidet.

Heute ist in unserer Gesellschaft kaum ein Bewusstsein für die besonderen Bedürfnisse der Menschen mit dieser Behinderung vorhanden. Es wird davon ausgegangen, dass eine Abnahme des Seh- und Hörvermögens ab einem gewissen Alter normal ist, so dass die Folgen dieser Beeinträchtigungen für das tägliche Leben stark unterschätzt werden. Doch gerade im Hinblick auf die Lebensqualität, die soziale Integration und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben kommt den sensorischen Fähigkeiten eine grosse Bedeutung zu. Sinnesbeeinträchtigungen entwickeln sich jedoch oft langsam, und es ist schwierig, diese zu diagnostizieren, zumal es den betroffenen Menschen häufig selber schwerfällt, die Tragweite ihrer Beeinträchtigungen einzuschätzen.

FOLGEN UND RISIKEN DER BEHINDERUNG

Wie in der COVIAGE-Studie erwähnt, wirkt sich die Hörsehbehinderung in ihren unterschiedlichen Ausprägungen immer auf die Mobilität, die Kommunikation, den Zugang zu Informationen und auf das gesellschaftliche Leben aus. Im Bereich der Mobilität sind betagte Menschen doppelt benachteiligt, da sie häufig bereits unter körperlichen Beschwerden leiden. Was die Kommunikation anbelangt stellen wir fest, dass lediglich die Hälfte der Personen, die in lauter Umgebung oder in der Gruppe Hörprobleme haben, über ein Hörgerät verfügen. Und von denjenigen, die ein Hörgerät besitzen, nutzt es die Hälfte nicht regelmässig. Das ist eine unbefriedigende Situation, denn für sehbehinderte Menschen ist ein qualitativ hochwertiges Hörgerät oft unabdingbar, um die Sinnesbeeinträchtigung wenigstens minimal ausgleichen zu können. Mit einem solchen Gerät kann die Kommunikationsfähigkeit und der Zugang zu Informationen aufrechterhalten werden.

Mit einer Hörsehbehinderung ist es schwierig, Zeitung zu lesen oder wahrzunehmen, was um einen herum geschieht. Es ist fast nicht mehr möglich, Radio zu hören oder Tischgesprächen zu folgen. Um Zugang zu Informationen zu haben, ist man somit von leistungsstarken Hilfsmitteln und vom guten Willen von Angehörigen und Fachpersonen abhängig, die ihre Kommunikationsweise anpassen und sich die erforderliche Zeit nehmen müssen, um die wesentlichen Informationen weiterzugeben.

All diese Aspekte wirken sich negativ auf das gesellschaftliche Leben aus. Die betroffenen Menschen unternehmen immer weniger und geraten so schrittweise in soziale Isolation. Die täglichen Verrichtungen erfordern mehr Zeit und Energie, und es kommt zu Ermüdungsercheinungen. Hat man Mühe, sich in seiner Umgebung zurecht zu finden, führt dies zu Dauerstress. Mit einer Hörsehbehinderung zu leben, stellt eine stete Herausforderung dar, die Erschöpfungszustände und/oder Depressionen zur Folge haben kann, wenn man ihr nicht die nötige Aufmerksamkeit beimisst.

TROTZ HÖRSEHBEHINDERUNG EIN ERFÜLLTES LEBEN FÜHREN

Die medizinischen und technischen Fortschritte sind natürlich erfreulich, ermöglichen sie es doch, den Verlauf bestimmter Krankheiten zu verlangsamten oder gewisse Defizite teilweise auszugleichen. Sie sind allerdings kein Allheilmittel. Um die Autonomie und Lebensqualität der betroffenen Menschen gewährleisten zu können, muss sich unsere Gesellschaft darüber bewusst werden, dass eine Abnahme des Seh- und Hörvermögens auch mit 80 alles andere als harmlos ist.

Medizinischen Fachpersonen und Gerontologinnen und Gerontologen sowie Fachpersonen aus dem Seh- und Hörbehindertenwesen kommt eine Schlüsselrolle zu. Sie sind die ersten, die eine mögliche Hörsehbehinderung feststellen. Da die jeweiligen Beeinträchtigungen nicht immer auf Anhieb erkennbar sind, ist es ratsam, einige ganz spezifische Fragen zu stellen, wie man sie beispielsweise auf der Website www.sensus60plus.ch findet.

Als Leiterin der SZB Beratungsstellen für hörsehbehinderte und taubblinde Menschen möchte ich natürlich darauf hinweisen, dass wir in sämtlichen Regionen der Schweiz spezialisierte Beratung und Rehabilitation sowie individuelle Assistenz anbieten. Wir bieten ebenfalls ein auf die spezifischen Bedürfnisse von hörsehbehinderten Menschen zugeschnittenes Kurs- und Freizeitprogramm an. Doch sind die Beratungsstellen des SZB nicht mit den notwendigen Ressourcen ausgestattet, um allen von einer Hörsehbehinderung betroffenen Menschen direkt Dienstleistungen anbieten zu können. Es ist somit wünschenswert, dass sich auch andere Fachpersonen über die Thematik informieren und sich entsprechend weiterbilden. Zu diesem Zweck bieten wir Kurse und vielfältige Informationsunterlagen an.

Ein Ziel für uns wird sein, die Beziehungen zu den verschiedenen Fachpersonen im Bereich der Betreuung älterer Menschen zu vertiefen, diese für die Folgen einer doppelten Sinnesbehinderung zu sensibilisieren und ihnen aufzuzeigen, wie sie angemessen darauf reagieren können. Es reicht nicht mehr, dass sich nur eine Hand voll SpezialistInnen dem Thema der Hörsehbehinderung annimmt. Es muss für alle zum Thema werden. Denn nur so können hörsehbehinderte Menschen voll am gesellschaftlichen Leben teilhaben.

RESULTATE ANDERER STUDIEN

Stefan Spring

SEHEN UND HÖREN IN SPITEX- UND HEIMPFLERGE

Eine explorative Studie zu Sinneserkrankungen und Demenz im Spiegel des RAI-Assessments in Alters- und Pflegeheimen sowie in der ambulanten Krankenpflege der Schweiz. *Spring S., 2017. Bezug: www.szb.ch/Forschung*

Das Resident Assessment Instrument (RAI) ist ein in der Pflgelandschaft der Schweiz weit verbreitetes Assessment-System, sowohl in Alters- und Pflegeheimen wie in den Spitex-Organisationen (RAI-Nursing Home und RAI-Home Care). Für die Studie «Sehen und Hören in Spitex- und Heimpflege» haben wir anonymisierte Angaben aus der RAI-Situationserfassung von über 40'000 Personen aus den Jahren 2014 und 2015 untersuchen können. Unsere Analyse hat sich auf die Bereiche Sehen, Hören und Demenzerkrankungen konzentriert. Die Ergebnisse wurden vor dem Hintergrund eines modernen Verständnisses von Behinderung und unter Einbezug gerontologischen Wissens diskutiert. 42% der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sowie 33% der Spitex-Klientinnen und Klienten leben mit einer Sehschädigung, die sich auf das Alltagsleben behindernd auswirkt. Die Anteile nehmen mit dem Alter deutlich zu. Von einer Hörschädigung sind die 48% der Heimbewohnerinnen und -bewohner sowie 29% der Spitex-Klientinnen und -Klienten betroffen. 27% der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sowie 11% der Spitex-Klientinnen und Klienten leben mit einer Hörsehbehinderung (Kombination beider Sinnesbehinderungen). Beobachtungen über eine Demenzerkrankung kommen bei Personen, die schlecht sehen oder schlecht hören, deutlich häufiger

vor als bei Personen ohne Sinnesbeeinträchtigungen. Dies führt uns zu einer kritischen Betrachtung der eingesetzten Beobachtungsmerkmale und zur Empfehlung, die Demenzabklärung bei diesen Personen in einem spezifischen, im Studienbericht dargestellten Verfahren durchzuführen.

Die Ergebnisse führen zur Notwendigkeit einer verstärkten Sensibilisierung der Pflege- und Betreuungsfachpersonen für Hör- und Sehbehinderungen ihrer Klientinnen und Klienten. Die tägliche Arbeit sollte seh- und hörbehindertenfreundlich angepasst werden und unterstützende Raumeinrichtung und Nutzung von passenden Hilfsmitteln vermittelt werden. Es ist Aufgabe der Institutionsleitungen dieses Wissen zu implementieren.

AUDIOVISUELLE BEEINTRÄCHTIGUNG IM ALTER

Wie Hör- und Sehbeeinträchtigte Personen über 70 Jahre, die zuhause leben, die Veränderung ihres Alltags erleben und bewältigen. *Händler-Schuster D., Zigan N., Imhof L., 2016. ZHAW – Institut für Pflege. www.zhaw.ch/gesundheitslab*

Gleichzeitige Hör- und Sehbeeinträchtigungen können erhebliche Auswirkungen auf die Sicherheit im häuslichen Umfeld haben: Stigmatisierung, Depression, Mitleidenschaft der Angehörigen, kognitive Abbauprozesse sind einige Stichworte dazu. Die Studie stellt insbesondere die Folgen der Schwerhörigkeit in den Vordergrund und entwickelt aufbauend auf 46 Interviews ein Stufenmodell zu den beobachteten Veränderungen, insbesondere in der Kommunikation. Der Bericht erarbeitet Empfehlungen

für die professionelle Pflege, thematisiert einen erhöhten Zeitbedarf und die Notwendigkeit von genauen Abklärungen der Sinnesleistungen und weist insbesondere auf die Wichtigkeit hin, die Angehörigen unbedingt in die Unterstützung einzubeziehen. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht sind Pflegefachpersonen auf Grund ihrer Kompetenzen dazu prädestiniert, die Handhabung von Hilfen im Alltag mit den Betroffenen und ihren Angehörigen zu trainieren und damit das Selbstmanagement zu verbessern. Dies gilt speziell auch im Falle von Hör- und Sehbehinderung.

BESTE PFLEGE DANK AUDIO-VISUELLER ABKLÄRUNG

Leitsätze für Angehörige, Pflegende und Betreuende von Menschen mit Seh- oder Hörsehbehinderung und einer Demenzerkrankung. *SZB, 2016. Die wissenschaftliche Grundlage dazu in Adler et. al. (2016).*

Pflege und Betreuung von Personen mit Seh- oder Hörsehbeeinträchtigungen und einer Demenzerkrankung – Leitsätze für eine gute Praxis in Pflege und Betreuung. *HfH Zürich/BFH Bern, www.szb.ch/Forschung.*

Der Schweizerische Zentralverein für das Blindenwesen SZB hat das Institut Alter der Berner Fachhochschule und die Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik (Zürich) beauftragt, die Konzepte zur Betreuung und Pflege von älteren Menschen aus den beiden Disziplinen «Pflegewissenschaften» und «Seh- und Hörsehbehinderten-Rehabilitation» zu durchleuchten und unter Einbezug einer Expertengruppe auf ihre praktische Relevanz hin zu interpretieren.

Daraus sind für beide Disziplinen gültige Konzeptionen in Form von Leitsätzen für die ambulante, stationäre und private Pflege und Betreuung von betroffenen Menschen formuliert worden. Die rund sechzig beigezogenen Konzepte und Methoden konnten in Anlehnung an die Kategorisierungen der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO) acht Themen zugeordnet werden. Es sind dies:

- Grundlegende Voraussetzungen für Pflege und Betreuung
- Die grundlegende Haltung gegenüber betroffenen Personen
- Die Notwendigkeit von Diagnostik und Abklärungen
- Die Sicherstellung einer wirkungsvollen Kommunikation
- Die Öffnung von sozialen Kontakten
- Die Ermöglichung und Förderung von Selbstständigkeit
- Die Stützung des sozialen Umfeldes
- Die Gestaltung der räumlichen Umgebung

Zu diesen acht Themenbereichen werden sowohl aus der Sicht von Sinnesbehinderungen wie aus der Sicht der Demenz wichtige, aufeinander abgestimmte Aussagen gemacht, die das Wohlbefinden und die Lebensqualität von an Demenz erkrankten Menschen mit Seh- oder Hörsehbehinderung beeinflussen. Die Aussagen werden jeweils angeführt durch einen programmatischen Leitsatz.

ÜBERSICHT COVIAGE STUDIEN

Stefan Spring

Im Alter eine Sehbehinderung erfahren – oder mit einer Sehbehinderung das Alter erfahren

Bericht zu Modul 1: Literaturanalyse, Expertenworkshops und Ergebnisse aus 22 Interviews mit älteren Personen mit einer Sehbehinderung. Welche Lebensbereiche sind besonders betroffen? Wo liegen Unterschiede über die möglichen Verläufe von Alter und Sinnesbeeinträchtigung? Seifert, A., & Schelling, H. R. (2014). Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.

Gerontologische Grundlagen zur Bewältigung der Sehbehinderung im Alter

Bericht zu Modul 2: Gerontologische Grundlagen für das Sehbehindertenwesen, Erarbeitung eines Ansatzes zur Bewältigung einer Sehbehinderung im Alter. Seifert, A., & Schelling, H. R. (2016). Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.

Lebenssituation spätsehbehinderter Menschen in der Schweiz

Bericht zu Modul 3: Ergebnisse einer Befragung bei Personen ab 70 Jahren zur Erfassung der Lebensbedingungen in Zusammenhang mit möglichen Sehbeeinträchtigungen, Ergebnisse aus den Expertenworkshops, Analyse von Belastungen, Ressourcen und Bewältigungsstrategien. Seifert, A., & Schelling, H. R. (2017). Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.

Im Alter eine Sehbehinderung bewältigen

Synthesebericht zur Studie COVIAGE: Übersicht über die Gesamtheit der Erkenntnisse aus Literatur, Expertenwissen, qualitativer und quantitativer Untersuchungen. Seifert, A., & Schelling, H. R. (2017). Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.

Literaturliste zur Bewältigung von Sehbehinderung im Alter

Vollständige Literaturliste zur Studie COVIAGE und zu in diesem Heft verwendeten Quellen auf www.szb.ch/forschung.

Weiterlesen auf www.szb.ch/forschung und www.zfg.uzh.ch.

In der SZB Studienreihe bereits erschienen

- Taubblindheit: Den Tatsachen in die Augen sehen (2011)
- Sehbehinderung und Blindheit: Entwicklung in der Schweiz (2012)
- Sehbehinderung im Alter: Komplex und Vielfältig (2014)
- Beruflich am Ball bleiben: mit Sehbehinderung (2015)
- Beste Pflege dank Audio-Visueller Abklärung (2016)

AUSBLICK

Stefan Spring

Eine Sehbeeinträchtigung entwickelt sich im Alter in den meisten Fällen schleichend. Sie wird lange nicht richtig wahrgenommen, man findet viele «Erklärungen» für alltägliche Schwierigkeiten, denn die Sinnesbeeinträchtigungen treten im Konzert mit anderen Veränderungen im Körper und im Leben auf. Man verzichtet auf bestimmte Tätigkeiten und sagt, das sei halt das Alter. Bis hier alles klar. Aber wie begegnen wir in der Schweiz, ausgehend von den heutigen – international gesehen beneidenswerten – augenmedizinischen, Beratungs- und Rehabilitations-Strukturen diesen Entwicklungen?

DER MOMENT NACH DER DIAGNOSE

Kürzlich hat mir eine Frau zwei persönliche Lebenserfahrungen anvertraut. Als sie vor rund 12 Jahren erblindete, lernte sie Ärztinnen und Ärzte in mehreren Spitälern und Praxen kennen. Die waren alle gut, aber keine und keiner hat ihr etwas über soziale Folgen und Unterstützungsmöglichkeiten für ihr Leben erzählt. Sie erlebte ihre Situation als Sackgasse, niemand zeigte ihr neue Wege auf. In einem anderen Lebensabschnitt musste dieselbe Frau eine Krebs-Diagnose entgegennehmen. Als sie das Besprechungszimmer mit der Diagnose «Brustkrebs» verlies, hatte sie bereits eine schriftliche Terminanmeldung für die Beratungsstelle für Brustpatientinnen in der Hand. «Brustzentrum» heisst der Ort – ein scheusslicher Name, fand sie. Aber der Termin war festgelegt, sie konnte ihn nicht einfach umgehen, ihr Arzt wollte es so. Was für ein Glück, denn dort bekam sie kurz nach der Diagnose schon sehr viele Informationen und konnte sich mit allem, was auf sie zukommen würde, aktiv auseinandersetzen: Finanzielles, Versicherungen, Hilfsmittel, Krisen

und Verzweiflungsmomente, den Alltag. Haben Sie den Unterschied bemerkt?

«Wir begleiten Sie – vom ersten Moment an. Ihr Vertrauen ist unsere Verantwortung» heisst es in grossen Lettern auf der Homepage des Brustzentrums. Können wir daraus etwas lernen? Die Autoren von COVIAGE sprechen uns eindringlich auf die verbesserungswürdige «Überweisungspraxis» an. Wäre es nicht möglich, dass auch zwischen den Augenärztinnen bzw. Augenkliniken und den Rehabilitationsstellen der Schweiz eine besser funktionierende Zusammenarbeit existieren kann? Eine SZB Umfrage bei allen elektronisch erreichbaren Mitgliedern der Schweizerischen Ophthalmologischen Gesellschaft ergab, dass von den antwortenden Ärztinnen und Ärzten zwar praktisch alle den Namen einer spezialisierten Beratungsorganisation kennen, es jedoch nicht eindeutig ist, ab wann ein Besuch zu empfehlen ist: Ab einem bestimmten Visus-Wert? Wenn die ärztliche Behandlung keine Erfolge mehr zeigt? Bei bestimmten Erkrankungen? Mir scheint, da liegen noch viele Missverständnisse vor und das Sehbehindertenwesen und die Organisationen der Augenärztinnen und Augenärzte könnten Einiiges zur Klärung beitragen.

In Deutschland haben die Organisationen der Selbsthilfe sehbehinderter Menschen in einer Resolution die Schaffung einer ärztlich eingeleiteten visuellen «Grundrehabilitation» gefordert. Damit wäre nach einer Diagnose und parallel zur ärztlichen Behandlung ein Modell geschaffen, das in die Logik einer ärztlichen Praxis passt. Anders als im umliegenden Ausland haben wir dank unserer Sozialversicherungen ein flächendeckendes und teilfinanziertes Beratungs- und Rehabilitationsangebot. Dieses ist zwar mengenmässig beschränkt und (noch)

ohne befriedigend funktionierende Verbindung zur Augenmedizin. Aber es ist vorhanden. Wir sollten also weiter nach Wegen suchen, damit ältere Menschen nach der Information, sie müssten fortan mit einer bleibenden, im Alltag einschneidenden Sehbeeinträchtigung leben, nicht alleine nach Hause geschickt werden.

VOM WISSEN ÜBER DIE KONZEPTE ZU DEN DIENSTLEISTUNGEN

Wie die soziale und rehabilitative Beratung von Männern und Frauen, die im Alter mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung konfrontiert sind, aussehen könnte, wissen wir dank COVIAGE weitgehend. Die auf den Seiten 27 ff. dargestellten Merkmale einer gerontologisch fundierten Beratung und Rehabilitation stellen die Kondensierung daraus dar. Die psychologischen, lerntheoretischen, betreuenden und gerontologischen Grundlagen sind durch Studien des SZB aufbereitet. Auch andere Organisationen haben grundlegende Aspekte untersucht und aufbereitet (Betreuungs- und Pflegearbeit, optische und funktionale Aspekte des Sehens im Alter). Nicht zuletzt existieren der Altersgruppe angepasste Hilfsmittel.

Was noch fehlt oder was noch nicht bewusst diskutiert worden ist, sind auf das Alter ausformulierte Konzepte zur Beratung und Rehabilitation. Unsere Interventionskonzepte unterscheiden sich heute zwischen dem Vorschulalter, dem Schulalter, der Berufsbildung und dem Erwachsenenalter. Danach aber, für das dritte und das vierte Alter werden sie unpräzise. Viele Fachpersonen machen mit Sicherheit eine tolle, verantwortungsvolle Beratungsarbeit. Das Muster aber ist das der «Beratung im Erwerbsalter»,

denn vor diesem Hintergrund sind die Beratungsstellen im letzten Jahrhundert entstanden. Für die Beratung im Kontext der Hochaltigkeit kann ihnen auch ihre eigene Lebenserfahrung kein gesichertes Fundament sein, sind die doch 20, 30 oder 40 Jahre jünger als ihre Klientinnen und Klienten. Eine Anpassung der Interventionsformen und auch der Ausbildungsinhalte an den demographischen Wandel und auf die Ergebnisse der noch jungen gerontologischen Wissenschaften steht noch aus. Schön wäre es, wenn diese Anpassung schweizweit im Austausch und im Konsens erfolgen könnte, damit mehr Einheitlichkeit statt weiterer Unterschiede entstehen kann. Diese Dienstleistungen sollten koordiniert daherkommen, damit das Sehbehindertenwesen von der Bevölkerung und von den Partnerinnen und Partnern aus der Augenmedizin, sozialen Arbeit, Pflege, Medien und Gerontologie besser verstanden wird. Man kann die guten Seiten föderalistischer Strukturen beibehalten, sollte sich aber daran erinnern, dass die Schweiz dank moderner Medien, Mobilität und Lebensstile zu einem grossen Dorf geworden ist.

SYSTEMISCHE ARBEIT

Der einzelne Mensch erlebt alle auf ihn zukommenden «Altersgebreen» individuell vor dem Hintergrund seiner Biographie, seiner Erfahrungen und seiner grundsätzlichen Lebenseinstellung. Allen gemein ist jedoch der Wunsch, das Leben in einer einigermaßen guten Lebensqualität und ohne anderen zu Lasten zu fallen, weiterleben zu können. Die Studie COVIAGE bestätigt diese Sicht und schlägt ein Denkmodell vor, das die Ausbalancierung von Belastungen und Ressourcen in den Vordergrund stellt (siehe Ab-

REHABILITATION UMFASSEND VERSTEHEN

bildung 1 Seite 18). Ein wirklich neuer Aspekt daraus ist, dass ein befriedigendes, gutes Leben mit einer Sehbeeinträchtigung nicht alleine über die visuelle Rehabilitation ermöglicht werden kann. Der Mensch lebt eine komplexe Realität, in der auch das bebaute und das menschliche Umfeld wichtige Rollen spielen. Den baulichen Aspekten wird im Sehbehindertenwesen seit einigen Jahren erfreulicherweise mehr Aufmerksamkeit gewidmet. Dass sich aber eine Sehbeeinträchtigung auf Grund der veränderten Tätigkeiten, des Hilfebedarfes, der gefährdeten Selbstständigkeit, oder durch die Verschiebung von Rollen und Aufgaben in einer Beziehung, auch auf die Angehörigen und auch auf deren Lebensqualität auswirkt, muss in Zukunft stärker betont werden. Die Angehörigen nehmen in jeder Phase eine zentrale Rolle ein: im Bewusstwerden der Beeinträchtigung, in der Motivation (endlich) Unterstützung zu suchen, in der Hilfsmittelnutzung, bei den kompensatorischen Strategien, als Begleitpersonen, als Träger verschobener Rollen und neuer Aufgaben. Ihr Beitrag zum Coping ist zentral. Sie können «Belastung» sein, sind aber meist die wichtigste «Ressource». Um es mit Paul Watzlawick zu sagen, sogar wenn sie nicht existieren oder sich selten engagieren, spielen Angehörige immer eine wichtige Rolle. Ihre Macht ist gross, beim «be-hindern» wie beim «ent-hindern». Viel mehr als bei jüngeren Erwachsenen, die sich eher emanzipatorisch verhalten können, spielen die sozialen Bindungen im höheren Alter eine unumgängliche Rolle. Interventionskonzepte müssen dies unseres Erachtens nach so stark wie möglich und explizit berücksichtigen.

Eine vollständige, offizielle Definition für die «Rehabilitation bei Sinnesbehinderungen» existiert derzeit nicht. Cristina Fasser, schweizerische Präsidentin von Retina International, und selber von einer Sehbehinderung betroffen, stellt in Ihrer Definition von Rehabilitation den Verlust von Ehre und körperlicher Autonomie als Folgen der verminderten visuellen und auditiven Fähigkeiten in den Vordergrund. Diese Verluste gehen «mit Scham und Krise im Selbstwertgefühl einher. Dazu kommen Trauer und Schmerz, nicht mehr richtig Sehen (und Hören) zu können. Auch die praktischen und selbstverständlichen Tätigkeiten werden mühsam oder nicht mehr möglich. Man war unabhängig und wird immer mehr abhängig.» (Retina Journal 1/2015) Vor diesem immanent gerontologisch gedeuteten Hintergrund muss Rehabilitation bei erworbener Sehbehinderung umfassend verstanden werden und erhält das Ziel, das psychische Gleichgewicht, die Lebensfreude, die Autonomie in praktischen Dingen und gegebenenfalls auch die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz (wieder) zu erlangen.

Eine Publikation zur «Studie COVIAGE – coping with visual impairment in old age» des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich und des Schweizerischen Zentralvereins für das Blindenwesen SZB.

Projektleitung:

Stefan Spring

Autoren:

Muriel Blommaert, Ressortleiterin Taubblinden- und Hörsehbehinderten-Beratung, SZB

Dr. Sabine Delachaux-Mormile, Augenärztin FMH

Stephan Hüsler, Geschäftsführer Retina Beratungsstelle

Prof. Nicolas Kühne, HES-SO EESP Lausanne, Mitglied Forschungsteam COVIAGE, Dozent für Ergotherapie

Hans Rudolf Schelling, lic. phil., Geschäftsführer Zentrum für Gerontologie (ZfG), Universität Zürich

Alexander Seifert, MA, Dipl. Sozialpäd. FH, Zentrum für Gerontologie (ZfG) & Universitärer Forschungsschwerpunkt (UFSP) «Dynamik Gesunden Alterns», Universität Zürich

Stefan Spring, lic. phil, MAS Gerontologie, Forschungsbeauftragter SZB

Susanne Trefzer, Ressortleiterin Low Vision-Beratung, SZB

Fotos:

Daniel Winkler / www.danielwinkler.ch

Illustrationen:

Samuel Jordi / www.sajo.ch

Mit finanzieller Unterstützung:

Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen SZB, St. Gallen

Schweizerischer Blindenbund SBb, Zürich

Zürcher Sehhilfe, Zürich

Aargauischer Blindenfürsorgeverein, Aarau

Fondation Leenaards, Lausanne

Expertengruppen:

Tina Aeschbach SZB Kompetenzzentrum erworbene Hörsehbehinderung | **Dr. phil. Rose-Marie Lüthi** VASOS Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz | **Richard Weissen** Schweizerischer Blindenbund, Zürich | **Susanne Trefzer**, Fachstelle Low Vision SZB | **Christina Fasser** Retina International | **Stephan Hüsler** Retina Suisse | **Roland Peterli** Sehbehindertenhilfe Basel | **Marco Fischer** Fachstelle Sehbehinderung Zentralschweiz | **Markus Sutter** Beratungs- und Rehabilitationsstelle für Blinde und Sehbehinderte Bern | **Stefan Altmann** Beratungsstelle Wohnen im Alter, Zürich | **Hans Rudolf Schelling** Zentrum für Gerontologie Uni Zürich | **Christoph Scherrer und Jeanine Beutler** Schweiz. Blindenbund Schaffhausen | **Dr. med. Malaika Kurz-Levin** Augenärztin, TAZZ Zürich | **Dr. Stefanie Becker und Nicole Gadiant** Schweizerische Alzheimervereinigung | **Claudia Graf** Fokus-plus Olten | **Marlyse Schmid** Service social, réadaptation et basse vision de l'Hôpital ophthalmique Jules-Gonin, Lausanne | **Marie-Paule Christiaen-Colmez** Association pour le Bien des Aveugles et malvoyants, Centre de Compétences en Accessibilité CCA, Genève | **Olivier Blaser** Centrevue, Neuchâtel | **Sylvie Moroszlay** Réhabilitation visuelle, Lausanne | **Vincent Duccommun** Psychologue – Psychothérapeute, Lausanne | **Pia Coppex-Gasche** Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne | **Valérie Hugentobler** Haute Ecole de travail Social et de la Santé – EESP, Lausanne | **Muriel Blommaert** Département des consultations pour personnes sourdaveugles, UCBA, Lausanne | **Dr. Sabine Delachaux-Mormile** Ophthalmologue, Neuchâtel



Herausgabe und Vertrieb:

Schweizerischer Zentralverein
für das Blindenwesen SZB
Schützengasse 4
CH-9001 St. Gallen
Telefon +41 (0) 71 223 36 36
information@szb.ch
www.szb.ch

© 2018, SZB