



## COVIAGE – Bericht zu Modul 2

---

### Gerontologische Grundlagen zur Bewältigung der Sehbehinderung im Alter

Im Rahmen von:

COVIAGE (coping with visual impairment in old age)

Faktoren für ein erfolgreiches Altern mit einer Sehbehinderung

**Mit finanzieller Unterstützung durch:**

Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen SZB, St. Gallen

Schweizerischer Blindenbund SBb, Zürich

Zürcher Sehhilfe, Zürich

Aargauischer Blindenfürsorgeverein, Aarau

Fondation Leenaards, Lausanne

**In Kooperation mit Prof. Dr. Nicolas Kühne**

Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale | HES-SO

Haute école de travail social et de la santé | EESP

**Hes·SO**

Haute Ecole Spécialisée  
de Suisse occidentale

Fachhochschule Westschweiz

University of Applied Sciences and Arts  
Western Switzerland

**Alexander Seifert & Hans Rudolf Schelling**  
Zentrum für Gerontologie

01/2016

# Inhaltsverzeichnis

<b>Ziele der COVIAGE Projektmodule</b>	<b>3</b>
<b>Management Summary</b>	<b>4</b>
<b>1 Einleitung und Ausgangssituation</b>	<b>5</b>
<b>2 Forschungsfragen und Projektziele</b>	<b>7</b>
<b>3 Methodische Gesichtspunkte</b>	<b>8</b>
3.1 Bestimmung der Primärzielgruppe	8
3.2 Phasenmodell	8
<b>4 Relevante begriffliche Grundannahmen</b>	<b>10</b>
4.1 Sehbehinderung	10
4.2 Alter	11
4.3 Sehbehinderung im Alter – die Spätschbehinderten	11
4.4 Stabilisierung der Lebensqualität am Beispiel der Sehbehinderung im Alter	13
<b>5 Stabilisierung der Lebensqualität durch die dynamische Bewältigung der Sehbehinderung im Alter</b>	<b>15</b>
5.1 Genereller Zusammenhang: Sehbehinderung im Alter und Lebensqualität	15
5.2 Belastungen in Bezug zur Sehbehinderung im Alter	16
5.3 Ressourcen in Bezug zur Sehbehinderung im Alter	17
5.4 Bewältigung der Belastungen durch Ressourceneinsatz	19
<b>6 Ergebnisse aus den Expertenbefragungen</b>	<b>23</b>
6.1 Kernergebnisse der beiden ersten Workshops	24
6.1.1 Aussagen allgemeiner Art	24
6.1.2 Gegenwart und Zukunftsbild Schweiz 2025	24
6.1.3 Ein theoretisches Modell als Fundament	26
6.1.4 Was brauchen wir, um wirkungsvoll zu sein?	26
6.1.5 Unterschiede der Regionen	27
<b>7 Erarbeitung eines theoretischen Modells</b>	<b>28</b>
7.1 Theoretischer Bezug	28
7.2 Theoretisches Modell	29
<b>8 Schlussbemerkungen und Ausblick auf Projektphase 2</b>	<b>32</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>33</b>

## Ziele der COVIAGE Projektmodule

Innerhalb von COVIAGE ergeben sich folgende Fragedimensionen:

- Wie sehen die Lebensbedingungen älterer Menschen mit Sehbeeinträchtigungen in der Schweiz aus?
- Welche vorhandenen und gewünschten Ressourcen werden von den betroffenen Personen angegeben und als relevant für die Bewältigung der Sehbehinderung im Alter eingestuft?
- Welche Bewältigungsstrategien werden gezeigt und welche Wünsche hinsichtlich der eigenen Lebensbewältigung haben die betroffenen Personen?
- Welche Indikatoren für die Beeinträchtigung resp. Bewältigung der Lebenssituation (individuelle Stabilisierung der Lebensqualität) lassen sich beschreiben?
- Welche allgemeingültigen Faktoren für eine gerontologisch fundierte Sehbehindertenarbeit lassen sich herausarbeiten?

In diesen Kontext eingebettet lässt sich das Gesamtprojekt „COVIAGE“ in drei Module unterteilen:

1. **Modul 1: Vorprojekt** (Seifert & Schelling 2014)
  - a. Desk-Research zum Thema sowie Experten-Workshops um die belastenden Alltags- und Lebenssituationen der betroffenen Personen systematisiert abzubilden und bestehende Erkenntnisse zur Bewältigungsarbeit zu erarbeiten.
  - b. Qualitative Interviews mit 22 älteren Personen mit einer Sehbehinderung, um wichtige Lebensbereiche herauszuarbeiten, welche durch die Seheinbussen betroffen sind, und um Kategorien zu bilden, die ein Modell der täglichen Bewältigungsarbeit abbilden können.
2. **Modul 2: Hauptprojekt Phase 1** (hier vorliegende Arbeit)
  - a. Systematisierung und Kategorisierung der bisherigen Erkenntnisse zur Lebenssituation und -bewältigung von Personen, die im Alter an einer Sehbehinderung leiden. Erarbeitung eines theoriegeleiteten individualisierten Ansatzes zur Bewältigung einer Sehbehinderung im Alter.
  - b. Erarbeitung eines theoriegestützten Modells zur Ressourcennutzung als Bewältigungsstrategie im Hinblick auf eine individuelle Verbesserung bzw. Stabilisierung der Lebensqualität im Alter.
3. **Modul 3: Hauptprojekt Phase 2** (Seifert & Schelling 2017)
  - a. Schweizer Befragungsstudie bei Personen ab 70 Jahren zur Erfassung der Lebensbedingungen und zur vertieften Überprüfung des theoretischen Modells bei betroffenen älteren Personen.
  - b. Aufzeigen der individuellen Belastungen, Ressourcen und Bewältigungsstrategien sowie deren Zusammenhänge zur Lebensqualität und zum Wohlbefinden.

Der vorliegende Bericht beschreibt die Ergebnisse des Moduls 2.

## Management Summary

Mit Zunahme des Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung wird auch die Zahl der älteren Personen ansteigen, die im Alter an einer Sehbeeinträchtigung leiden. Das Krankheitsbild der Sehbehinderung im Alter wird in den nächsten Jahren nicht nur medizinisch, sondern auch gesellschaftlich an Bedeutung gewinnen. Ältere Menschen, die erst im Alter ihre Sehkraft sukzessive verlieren, erleben im täglichen Leben vielfältige Beeinträchtigungen und Hindernisse; mehr noch als sich das bei anderen älteren Menschen im gleichen Alter zeigt (vgl. Seifert & Schelling 2014). Die täglichen Hürden können die Lebensqualität der betroffenen Personen stark beeinträchtigen.

Es ist daher wichtig, wissenschaftlich strukturiert zu fragen, wie sich die Lebenssituation älterer Menschen mit einer sich erst im Alter manifestierenden Sehbeeinträchtigung darstellt und wie sehr (bzw. ob überhaupt) eine solche Sehbeeinträchtigung die subjektive Einschätzung der individuellen Lebensqualität beeinflusst. Hierzu sollen die Erkenntnisse aus der Problemanalyse (Vorprojekt) genutzt werden, um mit empirischen Daten ein theoretisches Modell und konkrete zielgruppenorientierte Empfehlungen (Lösungsansätze) für die Praxis zu erarbeiten.

Ziel des Forschungsprojekts ist es, mittels der Kombination einer quantitativen Befragungsstudie und eines theoretischen Konzepts Lösungsansätze bzw. Empfehlungen für die Praxis zu erarbeiten. Untersuchungszielgruppe sind Personen ab 70 Jahren, die an einer alterskorrelierten schweren Sehbeeinträchtigung leiden.

Ein Alleinstellungsmerkmal des Forschungsprojekts liegt im methodischen Setting und in der Kombination der Forschungsgegenstände „Sehbehinderung im Alter“ und „Stabilisierung der Lebensqualität im Alter“, wofür es im schweizerischen Raum bisher keine Referenzprojekte gibt. Hieraus ergeben sich nicht nur für die Schweizer Forschung, sondern auch für die zukünftige Ausrichtung der Praxis wichtige Befunde und Impulse.

Mithilfe der an der Vorstudie angesetzten und erweiterten Literaturrecherche und der durchgeführten Workshops in der deutsch- und französischsprachigen Schweiz konnte ein Arbeitsmodell zur subjektiven Lebensqualität und deren Stabilisierung erarbeitet werden. Dieses Modell zeigt die wesentliche Bedeutung des Zusammenspiels von Belastungen und Ressourcen im Kontext einer Sehbehinderung im Alter und der individuellen Bewältigung der Belastungen durch den Ressourceneinsatz. Innerhalb der durchgeführten Expertenrunden konnte festgestellt werden, dass das besprochene Arbeitsmodell begrüsst wird und bereits wichtige Punkte benennt. Als Ergebnis der Runden kann auch festgehalten werden, dass das Thema „Spätsehbehinderte“ ein sehr wichtiges ist und die Koordination zwischen den hier beteiligten Disziplinen und Fachgemeinschaften auf der strukturellen Ebene im Vordergrund stehen müsste. Auf der arbeitspraktischen Ebene wünschten sich die Expertinnen und Experten gerontologische Grundlagen und Handlungsempfehlungen für die individuelle Unterstützung von älteren Spätsehbehinderten.

Das Thema „Coping with visual impairment in old age“ (COVIAGE) konnte mit der Durchführung der Projektphase 1 gut initiiert werden und es konnten bereits wesentliche Punkte in den vorliegenden Bericht festgehalten werden. Umso mehr wird eine Weiterführung und Bewilligung der Projektphase 2 empfohlen.

# 1 Einleitung und Ausgangssituation

Im Zuge des Alterns wird für viele Menschen das Sehen schwieriger und sie sind zunehmend auf Sehhilfen angewiesen: „Seh- und Höreinbussen lassen sich aufgrund ihrer hohen Auftrittshäufigkeit als typische Kennzeichen des Altwerdens und Altseins bezeichnen. So ist der Grossteil von Menschen mit schweren Sehbeeinträchtigungen (ca. 70 %) 60 Jahre und älter, wobei wiederum die meisten dieser Personen (ca. 90 %) als späterblindet oder spätehbehindert zu bezeichnen sind.“ (Tesch-Römer & Wahl 2012, S. 407). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt hierzu klar fest: “About 65 % of all people who are visually impaired are aged 50 and older.” (WHO 2013). Neben geringeren Beeinträchtigungen, die z. B. durch eine Lesebrille kompensiert werden können, nimmt im Kontext der demografischen Veränderung auch statistisch die Zahl der älteren Menschen mit schweren Sehbeeinträchtigungen zu: “With an increasing elderly population in many countries, more people will be at risk of age-related visual impairment.” (ebd.; vgl. auch Lammersdorf, Holz & Finger 2010). Der Schweizerische Zentralverein für das Blindenwesen (SZB) geht daher von einer generellen Zunahme der Sehbeeinträchtigungen im Alter und von einer kohortenspezifischen Zunahme des Anteils an älteren Menschen bei der Personengruppe der Sehbehinderten aus (vgl. Spring 2012). Gerade die Zunahme bei Personen ab 65 Jahren lässt darauf schliessen, dass hier vorwiegend altersbedingte Seheinbussen die Beeinträchtigung ausmachen, die sich insbesondere durch sukzessive Verschlechterungen im Sehvermögen charakterisieren lassen. Dies entspricht dem Merkmal einer progredienten Sehschädigung.

Gerade die Beeinträchtigungen der Sinnesorgane haben aber „aufgrund ihrer Umweltrelevanzen unmittelbare Auswirkungen auf die Alltagsgestaltung im Alter und den weiteren Verlauf des Alternsprozesses“ (Tesch-Römer & Wahl 2012, S. 407; vgl. Griffon 1995). Zwar treten Seheinbussen im Alter häufiger auf, dennoch hat dieses Thema in der Gerontologie noch nicht die Aufmerksamkeit erfahren, die ihm aufgrund seiner hohen alltäglichen Bedeutsamkeit zukommen sollte (ebd., S. 411).

Der steigende Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung wird auch dazu führen, dass es in den nächsten Jahren zu einem erheblichen Zuwachs an Augenerkrankungen und ophthalmologischen Behandlungsfällen für ältere Menschen kommen wird (vgl. Wolfram 2015). Der SZB bringt in seiner jüngsten Untersuchung auch zum Ausdruck, dass gerade in stationären Alterspflegeeinrichtungen viele ältere Bewohner eine starke Sehbeeinträchtigung aufweisen und der institutionelle Alltag durch die Beeinträchtigungen der Sinne (v. a. Sehen/Hören) stark beeinflusst wird, aber diese Themen noch etwas zurückhaltend im Pflegealltag berücksichtigt werden (vgl. Spring 2015; Christiaen 2004; Taiel-Sartral et al. 1999).

Das Thema „Sehbehinderung im Alter“ wird innerhalb des Projektes COVIAGE aus sozialwissenschaftlicher und gerontologischer Sicht bearbeitet. Demnach steht weniger das medizinische „Krankheitsbild“ im Vordergrund, sondern eher der Umgang damit und die damit verbundenen sozialen, individuellen und kontextuellen Anpassungen im Alltag. Es wird damit die subjektive Lebensqualität berücksichtigt und die Stabilisierung dieser als Anpassungsprozess verstanden, in dem die gegebenen Belastungen der Sehbehinderung durch die individuellen Ressourcen zu bewältigen versucht werden.

Die Fragen zur Lebenssituation und Lebensbewältigung mit einer Sehbehinderung im Alter wurden bereits im Vorprojekt durch bestehende Forschungsstudien, Literatur und eine qualitative Befragung beantwortet. Ziel des qualitativ angelegten Vorprojekts (Seifert & Schelling, 2014) war es, Informationen über die Lebensbedingungen älterer Menschen mit einer Sehbehinderung direkt von diesen Per-

sonen zu erheben. Befragt wurden Personen ab 65 Jahren, die an einer alterskorrelierten schweren Sehbeeinträchtigung leiden. Es wurden insgesamt 22 ältere Personen telefonisch befragt. Dabei wurden einerseits zehn Personen befragt, die bereits vor der Pensionierung an einer Sehbehinderung litten, andererseits zwölf Personen, die erst nach der Pensionierung einen starken Sehverlust erfuhren. Daneben wurden innerhalb einer Expertenrunde 14 Expertinnen und Experten befragt.

Aus den Erkenntnissen der Literaturarbeit sowie der qualitativen Befragung betroffener Personen und aus den Gesprächen mit den Expertinnen und Experten konnte festgestellt werden, dass „Sehbehinderung im Alter“ ein grosses Thema mit geringer Schweizer Forschungsexpertise ist, das für die Betroffenen selbst mit tagtäglichen Einschränkungen und Neubewertungen der eigenen Lebensqualität verbunden ist und gesellschaftlich im Kontext der demografischen Veränderungen an Relevanz gewinnen wird. Es konnten Zusammenhänge zwischen Sehbehinderung und psychischem Wohlbefinden, subjektiver Lebensqualität, der individuellen Verhaltenskompetenz sowie den objektiven Lebensbedingungen aufgezeigt werden. Eine Sehbehinderung im Alter beeinflusst den Tagesablauf und das alltägliche Verhalten und Bewerten der eigenen Selbstständigkeit und Autonomie und damit der eigenen Lebensqualität. Die Befragung zeigte auch, dass diese Zusammenhänge sehr unterschiedlich in Form und Intensität ausfallen können. Die beiden untersuchten Gruppen unterscheiden sich dahingehend, dass Personen, die bereits vor dem AHV-Alter sehbehindert waren, meist ein – auf die Behinderung bezogenes – besseres Ressourcennetzwerk aufweisen. Zudem haben sie meist bereits den Akzeptanz-, Anpassungs- und Selbstwahrnehmungsprozess durchlaufen und gehen selbstverständlicher, weil bereits frühzeitig gelernt, mit Bewältigungsstrategien und Hilfsmitteln um (vgl. auch Bergeron & Wanet-Defalque 2012). Ältere Menschen, die erst im Rentenalter eine Sehbeeinträchtigung erleben, müssen sich das Ressourcennetzwerk aufbauen und Hilfsmittel nun im Alter mühsam neu erlernen (vgl. auch Bennion et al. 2012). Dennoch haben auch Frühsehbehinderte mit den altersbedingten Einschränkungen zu leben und müssen diese tagtäglich bewältigen.

Die Vorstudie bietet eine erste Problemanalyse zum Themenschwerpunkt. Es konnten wichtige Erkenntnisse ausgearbeitet und in den Kontext der bestehenden Forschungsliteratur gestellt werden. Mit den Ergebnissen konnten erste Sensibilisierungen erfolgen (vgl. z. B. Seifert 2014a). Insbesondere der Vergleich zwischen der Gruppe der Frühsehbehinderten und Spätsehbehinderten konnte wichtige Unterschiede dokumentieren, die in die praktische Arbeit (z. B. Beratungsstellen) einfliessen (vgl. Seifert 2014b).

Die qualitative Befragung hat erste Fragen klären können, aber viele auch nur angeschnitten. Für die Vertiefung der bisherigen Erkenntnisse, eine Sensibilisierung der Schweizer Forschungslandschaft, eine Wahrnehmung des Themas in der Öffentlichkeit und um der Praxis brauchbare Empfehlungen zur Verfügung zu stellen, ist es wichtig, die angeschobene Forschung fortzuführen. Die hier vorgestellte Hauptstudie soll die Problemanalyse einerseits weiter systematisieren und andererseits neben der theoretischen Erarbeitung eines Arbeitsmodells und der empirischen Belegung des individuellen Bewältigungsprozesses vor allem einen Lösungsansatz verfolgen, der konkrete Handlungsempfehlungen anbietet.

## 2 Forschungsfragen und Projektziele

Es ergeben sich folgende Fragedimensionen:

- Wie sehen die Lebensbedingungen älterer Menschen mit Sehbeeinträchtigungen in der Schweiz aus?
- Welche vorhandenen und gewünschten Ressourcen werden von den betroffenen Personen angegeben und als relevant für die Bewältigung der Sehbehinderung im Alter eingestuft?
- Welche Bewältigungsstrategien werden gezeigt und welche Wünsche hinsichtlich der eigenen Lebensbewältigung haben die betroffenen Personen?
- Welche Indikatoren für die Beeinträchtigung resp. Bewältigung der Lebenssituation (individuelle Stabilisierung der Lebensqualität) lassen sich beschreiben?
- Welche allgemeingültigen Faktoren für eine gerontologisch fundierte Sehbehindertenarbeit lassen sich herausarbeiten?
- Welche individualisiert anwendbaren Handlungsansätze und -empfehlungen lassen sich für die praktische Arbeit mit älteren sehbehinderten Personen herausarbeiten?

In diesen Kontext eingebettet hat das Zentrum für Gerontologie an die Vorstudie anknüpft und eine Fortsetzungsstudie durchführt. Das Hauptprojekt unterteilt sich in zwei Phasen mit den jeweiligen Zielen:

### 4. Projektphase 1

- a. Systematisierung und Kategorisierung der bisherigen Erkenntnisse zur Lebenssituation und -bewältigung von Personen, die im Alter an einer Sehbehinderung leiden. Erarbeitung eines theoriegeleiteten individualisierten Ansatzes zur Bewältigung einer Sehbehinderung im Alter.
- b. Erarbeitung eines theoriegestützten Modells zur Ressourcennutzung als Bewältigungsstrategie im Hinblick auf eine individuelle Verbesserung bzw. Stabilisierung der Lebensqualität im Alter.

### 5. Projektphase 2

- a. Schweizer Befragungsstudie bei Personen ab 70 Jahren zur Erfassung eines epidemiologischen Trends und zur vertieften Überprüfung des theoretischen Modells bei betroffenen älteren Personen.
- b. Abgeleitet vom konzipierten Modell und den Erfahrungen der Befragung sollen Grundlagen und Empfehlungen für praktische individualisierte Massnahmen zur Unterstützung erarbeitet werden. Kernpunkte einer gerontologisch fundierten Sehbehindertenarbeit sollen benannt werden.

## 3 Methodische Gesichtspunkte

### 3.1 Bestimmung der Primärzielgruppe

Der Fokus des Hauptprojektes liegt auf Personen, die erst im Alter eine Sehbeeinträchtigung erfahren haben; dies sind die sogenannten „Spätsehbehinderten“ (vgl. Kapitel 4.3). Dies sind ältere Personen (ab 70 Jahren) mit einer starken Beeinträchtigung des Sehens, die sich erst im Alter manifestiert hat.

Bei der Auswertung der Daten können – wie aus der Epidemiologie angenommen – auch Rückschlüsse auf Personen mit Hörsehbehinderungen gezogen werden. Die Gruppen können in der Datenanalyse selektiert und miteinander verglichen werden.

### 3.2 Phasenmodell

Die Vorphase (Vorprojekt) konnte erfolgreich mit dem Schlussbericht (Seifert & Schelling 2014) beendet werden. Die Ergebnisse der Studie stossen auf hohe Resonanz und auf ein grosses Interesse in der sozialwissenschaftlichen Forschung wie in der Sehbehindertenpraxis. Das Hauptprojekt schliesst an das Vorprojekt und dessen Erkenntnisse an. Es versteht sich als Weiterführung.

#### Projektphase 1

Der hier vorliegende Bericht beschreibt die Ergebnisse der ersten Projektphase. Beim Desk-Research wurden nationale und internationale Ansätze/Modelle zur individuellen Bewältigung des Lebens mit einer Sehbehinderung im Alter gesichtet. Diese bildeten die Grundlage für die Erarbeitung eines angepassten theoretischen Modells (siehe Kapitel 7). Mithilfe des Modells sollen auch Kategorien und Variablen für die Befragungsstudie (siehe Phase 2) operationalisiert werden.

1. Expertenrunde (je ein Workshop in D-CH und F-CH): Das erstellte Modell wurde mittels zweier Expertenrunden besprochen und es wurden Anpassungen vorgenommen (siehe Kapitel 6). Methodisch wurde die Form des Expertenworkshops gewählt, bei der Multiplikatoren (Fachleute aus der psychosozialen, rehabilitativen und medizinischen Arbeit mit älteren sehbeeinträchtigten Menschen) einbezogen wurden. Es gab sowohl in der deutschsprachigen als auch in der französischsprachigen Schweiz je eine Expertenrunde.

Als Produkt der ersten Studienphase wurde der hier vorliegende Bericht erstellt, in dem die theoretische Ausarbeitung und das erstellte Modell besprochen werden.

#### Projektphase 2

Die im Punkt 1 operationalisierten Kategorien des theoretischen Modells sollen anschliessend mittels einer quantitativen Befragungsstudie überprüft und ergänzt werden. Der Vorteil der quantitativen Befragungsstudie liegt nicht nur in der Kategorienüberprüfung, sondern auch in der Generierung wichtiger und bisher in dieser Form nicht erfasster Schweizer Daten zur Sehbehinderung älterer Personen.

Vorgehen:

1. Zwigliedrige (gestaffelte) Befragungsstudie in der Schweiz ( $N = 1000$ ;  $n = 100$ )
  - a) Es sollen mittels einer telefonischen Befragung in der Schweiz wohnhafte Personen ab 70 Jahren zu ihrem Sehvermögen und allfälligen Seh-/Höreinsbussen befragt werden. Es sollen 1000



Personen befragt werden. Die Grunderhebung soll sich auf max. fünf Fragen (plus standard-demografische Angaben) belaufen; dabei soll die Prävalenz der vordefinierten Sehbeeinträchtigung sowie deren Einfluss auf die Lebensqualität im Alter festgestellt werden.

- b) Innerhalb der unter a) geplanten Befragungsstudie sollen diejenigen Personen weitere Fragen erhalten, die eine schwerere Sehbeeinträchtigung angeben. Die Befragung sollte innerhalb des ersten Telefonats fortgesetzt werden; in diesem Fall werden betroffenen Personen mehr Fragen gestellt als nicht betroffenen Befragungsteilnehmern. Hierbei sollen die vorhandenen Ressourcen und Bewältigungsstrategien bzw. alltäglichen Herausforderungen erfragt werden. Unter Berücksichtigung bisheriger Berechnungen gehen wir von einer „Trefferquote“ betroffener Personen von etwa 10 % in der Altersgruppe ab 70 Jahren aus. Abzüglich von Ausfällen und methodischen Schwierigkeiten (Beeinträchtigung der Sinne und Telefoninterviews) gehen wir von einer Ausschöpfung des zweiten Befragungsteils von 90-100 befragbaren Betroffenen aus.

Vorteile dieses Vorgehens: Durch das kombinierte Vorgehen innerhalb der Befragung können zwei Datensätze erhoben werden: einerseits wichtige Daten zur schweizweiten Verteilung der Sehbeeinträchtigung im Alter, andererseits wichtige Anpassungsimpulse für das konzipierte Ressourcenmodell und die empirieunterstützte Ausarbeitung der Handlungsempfehlungen für die Praxis.

2. & 3. Expertenrunde (Workshops in D-CH und F-CH): Zusätzlich zur quantitativen Befragung soll es je zwei Expertenrunden mit denselben Multiplikatoren wie bei der ersten Expertenrunde (Phase 1) geben. Diese Runden sollen die Suche nach relevanten Anpassungen zur nationalen Befragung sowie zu Lösungsansätzen für eine gerontologisch orientierte Sehbehindertearbeit ergänzen.

Als Produkt der 2. Phase wird ein Schlussbericht verfasst, der die Erkenntnisse und Empfehlungen zusammenfasst und als Grundlage zum Praxistransfer dient.

## 4 Relevante begriffliche Grundannahmen

Wovon reden wir eigentlich, wenn wir in der Einleitung schreiben, dass das Thema „Sehbehinderung im Alter“ an gesellschaftlicher Relevanz gewonnen hat? Bereits hier zeigt sich, dass damit viele Assoziationen verbunden sind und verschiedene Begriffe eine Rolle spielen. Was ist Sehbehinderung, was ist Alter, was ist die Kombination beider Begriffe? Um eine etwas einheitlichere Vorstellung zu bekommen, sollen im folgenden Abschnitt kurz die wichtigsten Begriffe (so wie sie hier verwendet werden) beschrieben werden.

### 4.1 Sehbehinderung

Unter Sehbehinderung wird meist eine Einschränkung des Visus oder des Gesichtsfelds verstanden. Eine „einfache“ Beschreibung für das „Scharfsehen“ ist das Lesenkönnen eines normalen Zeitungsdrucks (auch mit Lesebrille oder Kontaktlinsen). Jedoch vernachlässigt diese Beschreibung „vielfältige und kombinierte Einschränkungen im Gesichtsfeld, Bewegungsstörungen des Auges, Probleme bei der Verarbeitung von Sehreizen im Gehirn und weitere Sehstörungen“ (SZB 2015, S. 2).

Eine detailliertere medizinische Aufstellung der verschiedenen Krankheitsbilder in diesem Bereich kann der ICD-10-Auflistung unter den Punkten H53-H54 entnommen werden. Die WHO unterscheidet vier Ebenen der Sehfunktion: normal vision, moderate visual impairment, severe visual impairment, blindness.

Im internationalen Vergleich sowie im Vergleich verschiedener Disziplinen und Professionen zeigt sich eine teilweise unterschiedliche Verwendung u. a. der Begriffe „Sehbehinderung“, „Sehbeeinträchtigung“, „Sehschädigung“ oder „Seheinbussen“. Die WHO und der überwiegende englischsprachige Raum spricht von „impairment“, also „Beeinträchtigung“. In der deutschsprachigen Fachliteratur finden wir verschiedene Begriffe – und zwar insbesondere dann, wenn es um eine sensorische Beeinträchtigung im Alter geht. Für die vorliegende Arbeit verwenden wir meist den in der Schweiz gängigen Begriff der „Sehbehinderung“.

Hier stellt sich dann die anschliessende Frage, wann eine Einschränkung des Sehens zu einer „Behinderung“ führt. Die WHO versteht in ihrem bekannten Klassifikationsmodell (ICF) Behinderung als „Oberbegriff für Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigung der Partizipation“ (2005, S. 9). Dabei wird ein biopsychosoziales Modell berücksichtigt, das nicht nur den Körper und das Individuum berücksichtigt, sondern auch die Teilhabe am sozialen Leben sowie die Kontextfaktoren. Alle diese Faktoren zusammen „können darüber entscheiden, ob und wie eine Sehschädigung im konkreten Fall behindernd wirkt oder nicht“ (Spring 2012, S. 6).

Folglich ist die reine „gesundheitliche Störung“ nicht immer mit einer „Behinderung“ gleichzustellen und ist für jede einzelne Person individuell und komplex. Ein eingeschränktes Sehvermögen stellt nicht immer automatisch eine Behinderung dar und jeder Fall von Sehbeeinträchtigung zeigt seine spezifischen Charakteristika (vgl. Ahrbeck & Rath 1994, S. 33 f.). Für die vorliegende Auseinandersetzung mit der „Sehbehinderung im Alter“ wird der Begriff „Behinderung“ gerade von den betroffenen Personen, die erst im Pensionierungsalter eine Sehschädigung sukzessive erfahren, ungern verwendet, da sie diesen als Stigma wahrnehmen (vgl. Vorstudie: Seifert & Schelling 2014).

## 4.2 Alter

Auf der reinen Zeitachse betrachtet, lässt sich Alter als eine sehr einfache Variable abfragen: Wie alt sind Sie? In der durchgeführten qualitativen Befragungsstudie innerhalb der Vorstudie wurde die „Altersgrenze“ durch die AHV-Grenze (64/65 Jahre) gesetzt. Somit ist versicherungsrechtlich „alt“, wer über 64 bzw. 65 Jahre alt ist. Damit wird aber nur eine Seite des Faktors „Alter“ berücksichtigt. Neben dem chronologischen Alter gibt es ein subjektiv wahrgenommenes „Alter“. Die Angabe eines Alters sagt noch nichts über die Person aus. Darüber hinaus ist das „Altern“ ein Prozess, in dem „Veränderungen von Ressourcen, Zielen und regulativen Aktivitäten“ stattfinden (Martin & Kliegel 2010, S. 28).

Bei der Betrachtung des „Alters“ wird häufig die Heterogenität der Personengruppe und das individuelle Alter(n) vernachlässigt. So besteht z. B. bei den individuellen Ressourcen nicht immer ein linearer Zusammenhang, indem im Alter bestimmte Bereiche (z. B. körperliche Kraft) gleichbleibend abgebaut werden. Vielmehr kann es zu Ab- und Zunahmen kommen, aber auch zu Stabilisierungen mit dynamischen Anpassungen. Daher sind gerade die täglich stattfindenden Anpassungsprozesse zur Stabilisierung der Lebensqualität wichtig und sollten bei der Beschreibung der individuellen Bewältigungsarbeit berücksichtigt werden (vgl. Kapitel 5).

Aber wenn es das „typische Alter“ nicht gibt, warum interessiert uns dann das „Alter“ in Bezug auf die Sehbehinderung? – Weil es doch begründbare Muster der Altersveränderungen von Ressourcen gibt, die eine Beschäftigung mit der Variable Alter in diesem Zusammenhang nötig machen. So zählt zu den Altersveränderungen von Ressourcen beispielsweise auch die sensorische Kompetenz (vgl. Martin & Kliegel 2010, S. 45).

## 4.3 Sehbehinderung im Alter – die Spätsehbehinderten

Von der reinen Definition her geht es in der vorliegenden Arbeit um Personen, die erst mit dem Alter, in diesem Fall mit der Pensionierung, eine Sehbehinderung erleiden.

Für die Frage, inwieweit sich die Faktoren „Alter“ und „Sehbehinderung“ auf eine Bewertung der individuellen Lebensqualität auswirken, ist es wichtig zu beachten, dass diese Faktoren unterschiedliche Merkmale haben. Aus der Verbindung der beiden Bereiche ergibt sich ein Schnittstellenbereich, der sowohl Aspekte der Sehbehinderung als auch Altersaspekte berücksichtigt (siehe Abb. 1). Zum einen sind hier Personen zu finden, die erst im Alter eine Sehbehinderung erfahren (Spätsehbehinderte) und zum anderen sind es Personen, die mit einer Sehbehinderung das Alter erfahren (Frühsehbehinderte). In beiden Fällen kommt zu einer bestehenden Herausforderung eine neue Herausforderung hinzu und es lässt sich die Frage stellen, inwieweit dies von den Personen als „doppelte Belastung“ wahrgenommen wird (vgl. Wahl et al. 1998). Anhand der Darstellung wird aber auch deutlich, dass sich hier unterschiedliche Fachdisziplinen treffen. Auch wenn das Thema der gemeinsame Nenner ist, braucht es dennoch nicht nur eine interdisziplinäre Bereitschaft, sondern auch eine gemeinsame Sprache oder zumindest gegenseitige „Übersetzungen“. Denn: „Der umfassende Ansatz in der Gerontologie, der das funktionelle Sehen einschliesst, ermöglicht es, den spezifischen Bedürfnissen dieser Bevölkerungsgruppe Rechnung zu tragen und ihre Lebensqualität zu verbessern.“ (Christiaen & Nicolet 2013, S. 13).

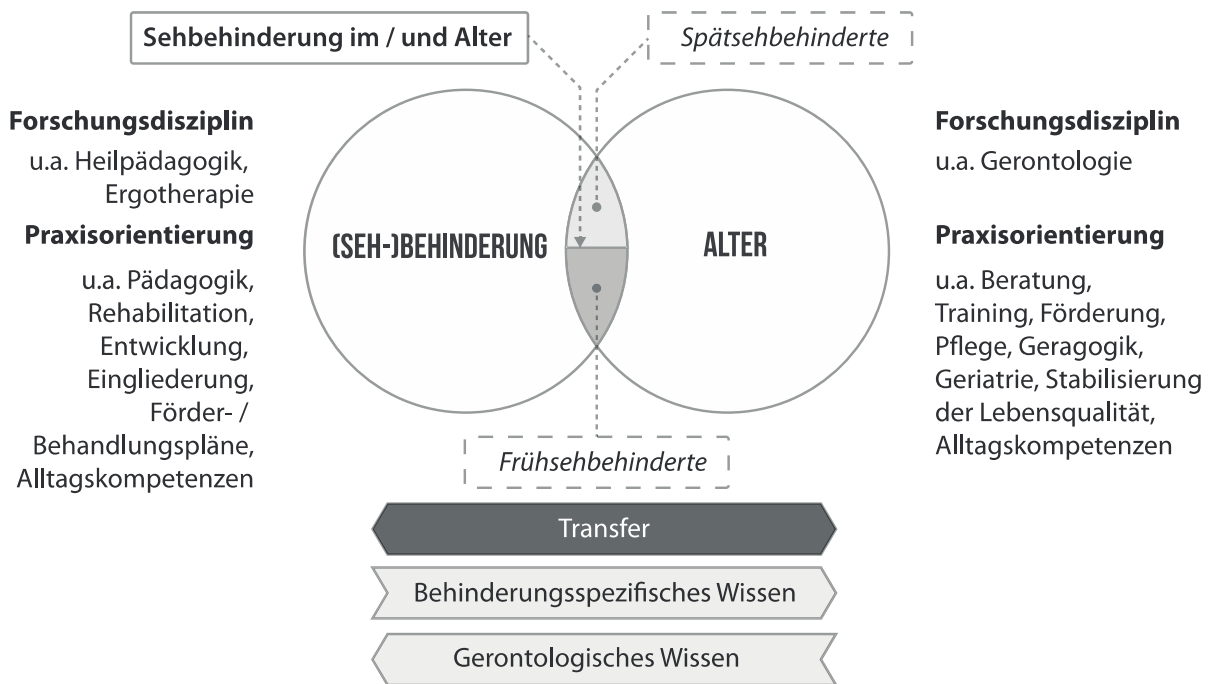


Abb. 1: Schematische Darstellung von Sehbehinderung im/und Alter

Für das Hauptprojekt wurde der Fokus auf die Gruppe der „Spätsehbehinderten“ gelegt, also jene Personen, die erst im Alter mit einer Sehbehinderung konfrontiert wurden. Für die Frage des Transfers zwischen den benachbarten Disziplinen legt das Hauptprojekt den Fokus auf den Transfer von gerontologischem Wissen in die Sehbehindertenarbeit. Demzufolge soll das Hauptprojekt in der Sehbehinderungspraxis arbeitenden Fachpersonen gerontologische Ansätze vermitteln, um für die spezifischen Charakteristiken und Bedürfnisse der Spätsehbehinderten sensibilisiert zu werden.

In der Schweiz können wir von keinen gesicherten Daten zur Sehbehinderung im Alter ausgehen. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass die betroffenen Personen nicht erfasst werden. Es liegen zwar Daten aus den Statistiken der Schweizerischen Invalidenversicherung und der Schweizerischen Gesundheitsbefragung vor, jedoch sind diese weder vollständig noch vergleichbar. Es ergibt sich auch das Problem der einheitlichen Definition, also die Frage, ab wann eine Person sehbehindert ist. Die Sozialversicherungen erfassen nur Versicherungsleistungen, weshalb hier nur Personen in den Statistiken geführt werden, die eine Leistung erhalten *und* die zudem die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen. Bei der Gesundheitsbefragung werden weniger klinische Krankheitsbilder abgefragt, sondern eher subjektive Einschätzungen (Können Sie einen Text noch lesen?). Für Krankheitsbilder, die vorwiegend im Alter auftreten, ergibt sich teilweise das Problem der Abgrenzung. So kann eine Gesichtsfeldeinschränkung nicht immer mit einem fehlenden „Scharfsehen“ verglichen werden. Auch definieren sich betroffene Personen – gerade durch den meist sukzessiven und langwierigen Verschlechterungsprozess – oft selbst nicht als „sehbehindert“, sondern beschreiben ihre Lage eher mit dem Satz „Das Auge ist im Alter eben nicht mehr so gut“. Dies macht den statistischen Graubereich schlecht erfassbar.

Weitere Themen, die sich im Zuge der demografischen Entwicklungen bei der Berücksichtigung von Spätsehbehinderten noch stärker zeigen werden, aber noch nicht sehr umfassend erforscht sind, sind z. B. Demenz und Demenzerkennung bei sehbehinderten Menschen (vgl. Spring 2015; Wettstein, Wahl & Heyl 2015; Blaser & Wittwer 2013; Lawrence et al. 2009; Snowdon 1997), Multimobilität (z. B.

Schilling, Wahl & Oswald 2013), Hörsehbehinderungen (z. B. Viljanen et al. 2014; Adler & Wohl-gensinger 2013; Wahl et al. 2013; Händler-Schuster 2014; Kilimann et al. 2014), stationäre Pflegefor-men und ältere sehbehinderte Menschen (vgl. Christiaen-Colmez 2005; Jee et al. 2005; Griffon & Re-noux 2003; Markun et al. 2014; Spring 2015) sowie gesellschaftliche Optimierungen des Umgangs und der Angebote für ältere Menschen mit einer Sehbehinderung.

#### **4.4 Stabilisierung der Lebensqualität am Beispiel der Sehbehinderung im Alter**

„Lebensqualität“ ist ein Begriff, der in der sozialwissenschaftlichen und speziell psychologischen Forschung sehr beliebt ist. Die Lebensqualität einer Person wird gerne in Fragebögen abgefragt oder in Ratgebern als Ziel eines guten Lebens formuliert. Jedoch stellten z. B. Fayers et al. fest, dass es zwar Lebensqualität und zahlreiche Modelle zur Lebensqualität gibt, aber keine formale Definition (1997, S. 394). Ein gutes Leben im Alter ist nach Lawton (1983, S. 355) durch das Zusammenspiel von vier Bereichen gegeben: a) psychologischem Wohlbefinden, b) subjektiver Lebensqualität, c) Verhaltenskompetenz, d) objektiven Umweltbedingungen. In der Vorstudie wurde das Modell von Lawton genutzt, um die Einflüsse der Sehbehinderung im Alter auf die Lebensqualität anhand der genannten vier Bereiche zu kategorisieren (vgl. Seifert & Schelling 2014 sowie Tab. 1 im vorliegenden Kapitel 5.2).

Lebensqualität kann dahingehend verstanden werden, dass sie sich meist aus mehreren objektiv und subjektiv wahrgenommenen Faktoren zusammensetzt. Dabei definiert meist das Individuum selbst (wenn auch im kulturellen/sozialen Kontext), welchen Wert die einzelnen Faktoren einnehmen. Neben der Zusammensetzung ist hier die Bilanzierung (Soll-Ist-Vergleich) zentral, also der Grad, mit dem ein erwünschter Zustand an körperlichem, psychischem und sozialem Wohlbefinden subjektiv auch tatsächlich erreicht wird.

Wenn wir uns vorstellen, dass im Alterungsprozess Ressourcen abnehmen, stellt sich die Frage, wie die Lebensqualität dennoch stabilisiert werden kann; insbesondere dann, wenn neben den altersbedingten Einschränkungen spezifische Hindernisse wie eben eine Sehbehinderung das alltägliche Leben im Alter beeinflussen. Hier hat sich das Modell von Baltes & Baltes (1989, 1990) für ein erfolgreiches Altern besonders verbreitet: 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, Optimierung und Kompensation. Unter Selektion kann die Neuformulierung von Entwicklungszielen und Ausbildung von Präferenzen verstanden werden. Optimierung hingegen wird als das Erwerben oder Verbessern von Mitteln, Ressourcen und Handlungsweisen verstanden. Bei der Kompensation liegt der Fokus auf dem Erwerb neuer Potenziale oder der Anwendung von Strategien und Fertigkeiten. Ziel der Anwendung der drei Mechanismen ist es, ein eingeschränktes, aber selbstwirksames Leben im Alter zu führen. Für die Stabilisierung der Lebensqualität im Alter und speziell nach dem Eintritt der Seheinsbussen ist es wichtig, die Mechanismen Selektion, Optimierung und Kompensation zu berücksichtigen und allenfalls auch in einem rehabilitativen oder psychosozialen Beratungssetting anzusprechen.

Das Mehr-Säulen-Modell (Rübsam & Martin, nach Martin & Kliegel 2010, S. 285 ff.; siehe Abb. 2) nimmt diese dynamische Sicht der Anpassung der Lebensqualität für ein gelingendes Altern auf und betont dabei die Ressourcen. Grundgedanke ist, dass verschiedene Ressourcen zur Stabilisierung der Lebensqualität beitragen. Dabei können die Ressourcen intra- und interindividuell sehr unterschied-

lich ausgeprägt sein, jedoch wird angenommen, dass zwischen den Ressourcen ein Gleichgewicht herrscht, das die Lebensqualität „trägt“ bzw. stabilisiert. Das Mehr-Säulen-Modell macht aber auch deutlich (siehe Abb. 2), dass bestimmte Ressourcen eine stärkere oder kompensatorische Rolle übernehmen können, wenn einzelne Ressourcen geschwächt sind oder gar wegbrechen. So bleibt die Lebensqualität stabil, auch wenn Ressourcen wie z. B. die Sehkraft geschwächt sind. Für Interventionen bedeutet dies, dass auf kompensatorische Mechanismen von Ressourcen geachtet werden sollte, um die Lebensqualität zu stabilisieren.

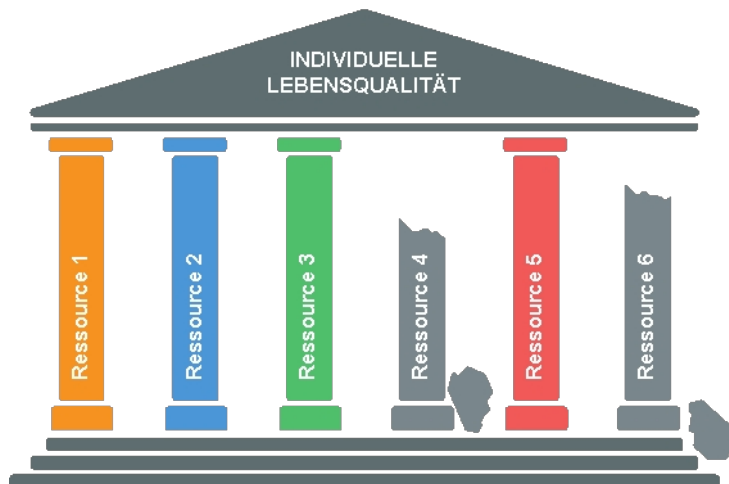


Abb. 2: Mehr-Säulen-Modell individueller Lebensqualität (Martin & Kliegel 2010, S. 286)

Für die Beschäftigung mit dem Thema „Sehbehinderung im Alter“ sind diese Modelle der Stabilisierung der Lebensqualität zentral, da nicht nur das „Alter“, sondern auch die „Sehbehinderung“ grosse Herausforderungen für diese Stabilisierung sind.

Wenn hier von einer „Stabilisierung“ der Lebensqualität gesprochen wird, wird darunter ein theoretisches Konzept (vgl. Martin, Jäncke & Röcke 2012; Scholz et al. 2015) verstanden, das weder – wie häufig üblich – von einem Abbauprozess beim Altern ausgeht und den älteren Menschen anhand seiner Verluste an Ressourcen beschreibt, noch annimmt, dass im Alter mehrheitlich Ressourcen ansteigen. Vielmehr geht dieses Konzept von einem intraindividuellen dynamischen Stabilisierungsprozess aus: „In contrast to stability or maintenance which are usually examined as outcomes, stabilisation refers to intraindividual dynamic adaption and regulation processes.“ (Scholz et al. 2015, S. 733; vgl. Martin, Jäncke & Röcke 2012). In diesem Sinne können bereits im gesunden Alter die täglichen Anpassungsprozesse und Ressourcen beobachtet und herausgearbeitet werden. Diese individuellen Bewältigungsmuster können dann für eine zukünftige Herausforderung, z. B. die Bewältigung einer Sehbehinderung im Alter, eingesetzt werden. Eine Stabilisierung der Lebensqualität ist dabei kein starrer Prozess; es kann eher davon ausgegangen werden, dass es im Alltag täglich zu einer individuellen Variabilität und zu Anpassungen kommt bzw. diese benötigt werden, um im längerfristigen Prozess eine Stabilisierung hervorzurufen (vgl. Röcke & Brose 2013).

## 5 Stabilisierung der Lebensqualität durch die dynamische Bewältigung der Sehbehinderung im Alter

Die Stabilisierung der Lebensqualität (vgl. Kapitel 4.4) ist geprägt durch einen Anpassungs- bzw. Bewältigungsprozess zwischen Belastungen und Ressourcen. Im Alter – mit oder ohne Sehbehinderung – erleben wir unterschiedliche Belastungssituationen. Im Alltag versuchen wir diese Belastungen mit den uns zur Verfügung stehenden Ressourcen zu bewältigen. Dem Bewältigungsprozess – im englischen Coping – kommt daher eine zentrale Rolle zu, da der Ausgang des jeweiligen Bewältigungsprozesses unmittelbar die individuelle Lebensqualität beeinflusst. Die Lebensqualität kann dann am besten stabilisiert werden, wenn die Belastungen bzw. Herausforderungen mit den vorhandenen bzw. herangezogenen Ressourcen gut bewältigt werden. In diesem Sinne gehen wir von vier zentralen Begriffen und Konzepten aus, die in den nachfolgenden Unterkapiteln beschrieben werden:

1. **Subjektive Lebensqualität**
2. **Belastungen**
3. **Ressourcen**
4. **Bewältigung**

### 5.1 Genereller Zusammenhang: Sehbehinderung im Alter und Lebensqualität

Wie bereits im Kapitel 4.4 besprochen, gehen wir von einem Lebensqualitätsbegriff aus, der durch die subjektive Wahrnehmung und Definition beschrieben wird. Dies bedeutet, dass jede einzelne Person ihre Lebensqualität selbst bewertet und angibt, ob sie mit ihrem Leben zufrieden ist oder nicht; und wenn nicht, welche Punkte verbessert werden könnten/sollten. Dabei gehen wir nicht davon aus, dass es nur immer um eine Erhöhung der Lebensqualität gehen muss, sondern oftmals eher um deren Stabilisierung bzw. Anpassung an eine neue Referenz. Dies impliziert, dass wir tagtäglich Anpassungsprozesse vollziehen, um unsere Lebensqualität zu stabilisieren. So wird hierbei versucht, die täglichen Belastungen mit den gegebenen Ressourcen zu bewältigen, um keine Lebensqualität zu verlieren. Dies soll aber auch nicht dazu führen, mit allen Mitteln seine Ausgangssituation wieder zu erreichen; vielmehr ist es wichtig, mit veränderten Situationen wie z. B. dem Eintritt der Sehbehinderung mit dieser Herausforderung seinen Alltag zu meistern und z. B. kompensatorisch oder selektiv vorzugehen (vgl. Kapitel 4.4.). Ein Sehverlust erfordert oft Anpassungen an die persönlichen Lebensumstände. So müssen sehbehinderte Menschen im Vergleich zu normalsichtigen Menschen viel mehr „Energien darauf verwenden, diejenigen visuellen Informationen aufzunehmen, die ihnen helfen, den Alltag zu bewältigen.“ (Ahrbeck & Rath 1994, S. 34). Dies kann dazu führen, dass die grossen zusätzlichen Anstrengungen zur Alltagsbewältigung die individuelle Lebensqualität negativ beeinflussen. Eine Sehbehinderung beeinflusst aber auch zahlreiche Lebensdimensionen und soziale Kontakte, daher hat die Bewältigung der Sehbehinderung auch eine soziale Komponente (Desrosiers et al. 2009).

Die Betroffenen leiden meist darunter, „was ihnen nunmehr nicht mehr oder nur noch schwer möglich ist, jedoch ihr ganzes Leben selbstverständlich möglich war und, im sozialen Vergleich, auch vielen anderen Älteren weiterhin möglich ist“ (Wahl, Heyl & Langer 2008, S. 738). Die European Blind Union (EBU) schreibt hierzu in ihrem aktuellen Positionspapier: „With a loss of vision will often come reduced mobility, reduced access to information, reduced self-regulating capacities, poor confidence to go out alone, resulting in social isolation, reduced physical and mental health, all leading to a downward spiral of dependency.“ (Suttie et al. 2014, S. 12).

Neben den funktionalen Bereichen konnten im Vorprojekt (vgl. Seifert & Schelling 2014) Zusammenhänge zwischen den Seheinbussen und dem psychologischen, physischen und sozialen Wohlbefinden dargelegt werden. So konnte gezeigt werden, dass hier wichtige Zusammenhänge zwischen der Sehbeeinträchtigung und dem subjektiven Wohlbefinden zu finden sind: „Sehbeeinträchtigte ältere Menschen [zeigen] im Vergleich mit Sehenden eine verringerte Lebenszufriedenheit, reduzierte Selbstwerteinschätzung sowie erhöhte Depressivität“ (Tesch-Römer & Wahl 2012, S. 408; vgl. auch Wahl, Heyl & Langer 2008; Wahl et al. 1998). Die psychosozialen Korrelationen von Einbussen des visuellen Systems und den damit verbundenen emotionalen, sozialen und verhaltenspsychologischen Folgen sind in einer Reihe von Studien untersucht worden (siehe zur Übersicht Burmedi et al. 2002a; 2002b). Die sensorischen Veränderungen können die funktionelle Unabhängigkeit und damit auch die individuelle Selbstständigkeit und Selbstwahrnehmung massgeblich beeinflussen. So besteht in der Forschungsliteratur Übereinstimmung darin, dass dramatische Einbussen der Sehfähigkeit häufig zu „Niedergeschlagenheit, Depression, Hilflosigkeit und Einschränkungen in den sog. Aktivitäten des täglichen Lebens und Freizeitaktivitäten führen“ (Rott, Wahl & Tesch-Römer 1996, S. 89). Dabei sind aber beträchtliche interindividuelle Unterschiede zu berücksichtigen (ebd.; vgl. McCloud et al. 2014).

Gerade die individuellen Unterschiede sprechen für eine Berücksichtigung der subjektiven Lebensqualität und sollten nicht zu der deterministischen Annahme führen, dass eine Person mit einem gewissen Krankheitsbild genau diese Einbussen in ihrer Lebensqualität aufweist; vielmehr ist es hier spannend zu sehen, inwieweit die Person mit den Herausforderungen umgeht und z. B. ihren Alltag oder ihr Verhalten anpasst. Hornung & Gutscher gehen daher bei ihrer Gesundheitspsychologie davon aus, dass „nicht die pathogenetische Frage ‚was macht krank‘, sondern ‚was erhält gesund‘ – auch unter schwierigen Lebensbedingungen“ im Vordergrund stehen sollte (Hornung & Gutscher 1994, S. 65; vgl. Antonovsky 1987). Gesundheit steht daher für ein Konzept, das „in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (Hornung & Gutscher 1994, S. 65). In diesem Sinne benötigt es für die Stabilisierung der Lebensqualität hinreichende Ressourcen (vgl. Kapitel 5.3), um die täglichen Belastungen (vgl. 5.2) zu bewältigen.

## 5.2 Belastungen in Bezug zur Sehbehinderung im Alter

Belastungen werden meist als Einflüsse von aussen verstanden, die auf eine Person einwirken. In der Entwicklungspsychologie wird der Lebenslauf unter dem Aspekt der Auseinandersetzung mit Entwicklungsaufgaben, psychosozialen Krisen und Konflikten betrachtet (vgl. Stappen & Fooker 2006, S. 232; Erikson 1950; siehe auch im Bezug zur Sehbehinderung: Blatgé 2012). In der Psychologie wird für Alltagsbelastungen oder auch kritische Lebensereignisse der Begriff „Stress“ verwendet. Dabei stellt nach Lazarus Stress „ein relationales Konstrukt dar, in dem ein Gleichgewicht hergestellt werden muss zwischen Anforderungen und der Fähigkeit, mit diesen Anforderungen ohne zu hohe Kosten oder destruktive Folgen fertig zu werden“ (Lazarus 1995, S. 198; vgl. auch Kapitel 5.4).

In der Forschungsdiskussion wird häufig zwischen zwei Stressdimensionen unterschieden: kritischen Lebensereignissen und Alltagswidrigkeiten (vgl. Filipp 2007). So wird zwischen „major life events“ und „daily hassles“ unterschieden, jedoch betont u. a. Filipp (2007), dass diese Belastungen nicht isoliert betrachtet werden sollten. So manifestieren sich kritische Lebensereignisse erst in der Fülle kleiner Alltagswidrigkeiten oder die Belastungswirkung kritischer Lebensereignisse wird oft erst über Alltagswidrigkeiten vermittelt (vgl. ebd.). Somit kann die Sehbehinderung sowohl als kriti-



sches Lebensereignis wahrgenommen werden, das sich aber erst in den täglichen Herausforderungen des Alltags konkret zeigt, bzw. die Anzahl an Alltagswidrigkeiten kann die sukzessive Sehbeeinträchtigung zu einem kritischen Lebensereignis werden lassen. Grundsätzlich lassen sich Studien dafür finden, dass kritische Lebensereignisse einen erheblichen Einfluss auf das psychologische Wohlbefinden und die Gesundheit einnehmen können; jedoch auch die Kumulation "of minor stressors that occur in people's daily lives" (Schilling & Diehl 2015, S. 517).

Konkret für die Frage der Belastungen durch die Sehbehinderung im Alter konnte die Vorstudie (Seifert & Schelling 2014) zeigen, dass viele Lebensbereiche beeinflusst sein können (siehe Tab. 1). So kann z. B. das psychologische Wohlbefinden durch die Angst vor einer Erblindung negativ beeinflusst sein bzw. als Stress (Belastung) wahrgenommen werden. Aber auch die Einschränkungen der basalen oder instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens können als Belastungen der persönlichen Verhaltenskompetenz wahrgenommen werden. Darüber hinaus können auch fehlende Unterstützungen oder nicht barrierefreie Wohnbedingungen die Sehbehinderung als stärkere Belastung erleben lassen. Die Nennungen in Tabelle 1 beruhen auf Literaturrecherchen und einer qualitativen Befragung (innerhalb der Vorstudie) und stellen damit keine abschliessende Liste dar. Welche Belastungen nun tatsächlich objektiv vorhanden sind und subjektiv als Belastung bewertet werden, hängt stark von der betroffenen Person und ihrem Umfeld ab.

Tabelle 1: Lebensbereiche, die durch die Sehbehinderung im Alter beeinflusst werden

Psychologisches Wohlbefinden	Verhaltenskompetenz	Subjektive Lebensqualität	Objektive Umweltbedingungen
Depression	Basale Aktivitäten im tägl. Leben	Lebensqualität	Unterstützung
Mortalität	Instrumentelle Aktivitäten im tägl. Leben	Wohlbefinden	Lebensbedingungen
Angst	Bedeutungsvolle Betätigungen		Wohnbedingungen
Hilfsbedürftigkeit	Selbstständigkeit		
	Freizeit		
	Soziale Kontakte		
	Mobilität		
	Sturzrisiko		
	Kognitive Ressourcen		

### 5.3 Ressourcen in Bezug zur Sehbehinderung im Alter

Um auch mit einer Sehbehinderung im Alter die Lebensqualität stabil zu halten, verlangt es meist interne wie externe Ressourcen. Stehen diese Ressourcen nicht zur Verfügung, kann es zu einer Neubewertung der Lebensqualität kommen, die dann schlechter ausfällt. Ressourcen werden als „Hilfsmittel positiver Entwicklung betrachtet, deren alterskorrelierte Verringerung Kompensation und Bewältigung zum Erhalt der Lebensqualität erfordert“ (Röcke & Martin 2012, S. 109). Ressourcen werden in der Literatur auch als „Mittel“, „Hilfsmittel“ oder „Schutzfaktoren“ des Handelns bezeichnet und als Voraussetzung für die Bewältigung bestimmter Anforderungen verstanden (vgl. Jerusalem 1990).

Der Soziologe Pierre Bourdieu spricht eher von „Kapitalen“, die ein Mensch zur Verfügung hat und die seine Stellung in der Gesellschaft beeinflussen (vgl. Bourdieu 1983). Bourdieu unterscheidet dabei vier Kapitalsorten:

- Soziales Kapital
- Ökonomisches Kapital
- Kulturelles Kapital
- Symbolisches Kapital

Für die Bewältigung kann z. B. das soziale Kapital genutzt werden, indem das soziale Netzwerk als Unterstützungsnetzwerk fungiert (vgl. Schoessow 2010). Aber auch das ökonomische Kapital kann z. B. dabei helfen, die Wohnsituation zu optimieren.

Hornung & Gutscher (1994) – aus der Gesundheitspsychologie stammend – unterscheiden hier vor allem zwischen Individuum und Umwelt bzw. Handlungs- und Umweltressourcen. Sie unterscheiden damit zwischen internen und externen Ressourcen und machen damit deutlich, dass es Ressourcen innerhalb der Person gibt, welche die Person mit beeinflusst, und externe Ressourcen, welche die Person weniger stark selbst beeinflussen kann. Als mögliche Katalogisierung allfälliger Ressourcen soll auf die Zusammenstellung von Hornung & Gutscher (1994) in Abbildung 3 verwiesen werden.

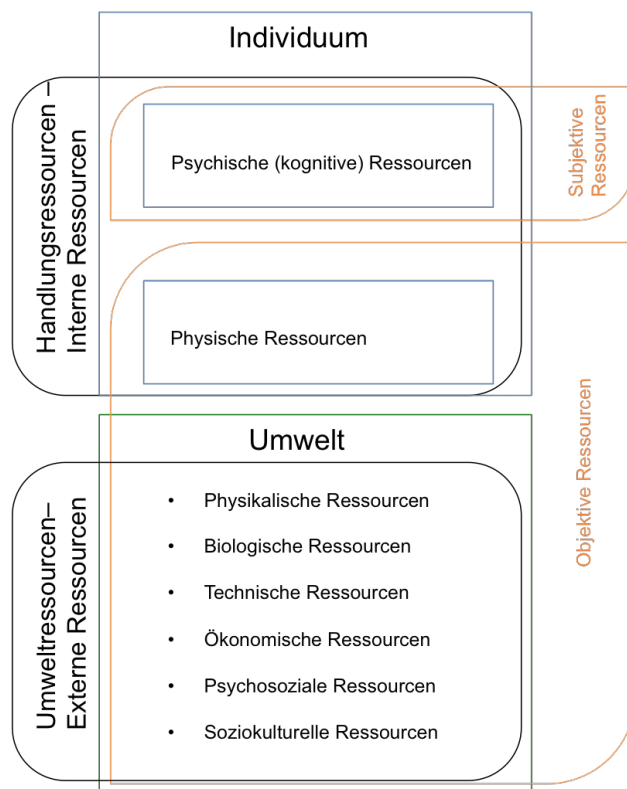


Abb. 3: Vereinfachtes Modell des Ressourcentransaktionsmodells von Hornung & Gutscher (1994); eigene Darstellung

Innerhalb der Vorstudie (Seifert & Schelling 2014) konnte die Unterteilung in interne und externe Ressourcen dargestellt und gezeigt werden, dass wenn z. B. gute Umweltbedingungen und Verhaltenskompetenzen vorhanden sind, die Sehbehinderung im Alter besser bewältigt werden konnte. Auf

Grundlage der in der Vorstudie durchgeführten Expertenrunden können folgende wichtige Ressourcen benannt werden:

- Interne Ressourcen
  - Proaktiver Umgang mit den täglichen Herausforderungen
  - Verarbeitungsprozess nach der Diagnose
  - Personenspezifische Charaktereigenschaften, die eine Bewältigung fördern
  - Annahme, Akzeptanz und Erlernen von Bewältigungsstrategien
  - Auseinandersetzung mit der „Behinderung“
- Externe Ressourcen
  - Soziale informelle Unterstützung (Familie, Freunde, Bekannte, soziales Umfeld)
  - Formelle Unterstützung (Beratungsangebote, Selbsthilfegruppen, Trainings)
  - Medizinische Versorgung (allenfalls Therapie, Rehabilitation)
  - Gute Wohn- und Lebensbedingungen; z. T. kulturelles und ökonomisches Kapital
  - (technische) Hilfsmittel
  - Ganzheitliche gesellschaftliche Sensibilisierung, Akzeptanz und Unterstützung

#### 5.4 Bewältigung der Belastungen durch Ressourceneinsatz

Die Bewältigungsforschung befasst sich allgemein mit der Frage, wie Menschen mit belastenden Ereignissen umgehen, d. h. welche Strategien sie einsetzen, wenn sie mit Hindernissen oder Stress konfrontiert werden. Kruse und Schmitt verstehen unter Bewältigung „alle Reaktionen auf aktuelle oder antizipierte Anforderungen und Belastungen, die die Routine alltäglicher Lebensvollzüge infrage stellen“ (Kruse & Schmitt 2014, S. 140). Wie bereits im Kapitel 5.2 angedeutet, versteht u. a. Lazarus (1995) Stress als Anforderung, die mit bestehenden Fähigkeiten bzw. Ressourcen bewältigt wird bzw. hierbei ein Gleichgewicht hergestellt wird. Zur Bewältigung von Stress benötigt es somit also Ressourcen (siehe vorhergehendes Kapitel).

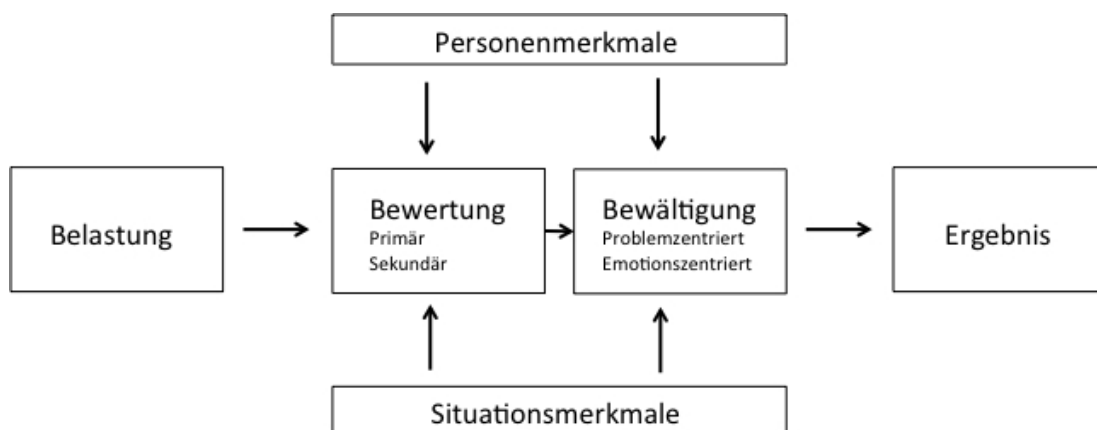


Abb. 4: Stressmodell nach Lazarus (vereinfachte Darstellung in Anlehnung an Tesch-Römer & Nowak 1996, S. 108)

Wie mit dem Stress umgegangen werden kann, zeigt das in der Literatur weitverbreitete Stressmodell von Lazarus (siehe Abb. 4). In diesem Modell wird deutlich, dass die Person selbst die aus der Umwelt kommenden Reize in einem ersten Schritt hinsichtlich ihrer Gefährlichkeit bewertet. In einem weiteren Schritt werden die als gefährlich wahrgenommenen Reize dahingehend bewertet, ob hierfür hinreichende Ressourcen vorhanden sind. Ist dies nicht der Fall, kommt es zu Stresssituationen. Diese Stressquellen können dann durch Stressbewältigungsprozesse (Coping) auf zwei Arten bewältigt werden: a) problemorientiert (dies bedeutet, man versucht, die Situation selbst zu ändern) oder b)

emotionsorientiert (dies bedeutet, man ändert den Bezug zur Situation bzw. die Einstellung hierzu). Die erfolgreiche Bewältigung führt kurzfristig zu einer Neubewertung und Anpassung und langfristig auch dazu, mit ähnlichen Situationen auch in Zukunft umgehen zu können.

In der Psychologie wird anstelle des deutschen Begriffs „Bewältigung“ meist der englische Begriff „Coping“ verwendet. In der vorliegenden Ausarbeitung wird Coping allgemein verstanden als (Filipp 1998; S. 45): „Coping, in its most general meaning, represents nothing other, to our view, than all (not necessarily successful; [...]) attempts to gradually transform an objective reality comprised of ‘bad news’, that is, losses, threats, or trauma, into a subjective reality, in which victims can continue to live in relative peace.“ Hierbei handelt es sich eher um eine „neutrale“ Definition, die den Umgang mit Problemen betont und nicht deren Lösung im Sinne einer erfolgreichen Bewältigung und Wiederherstellung der Ausgangssituation.

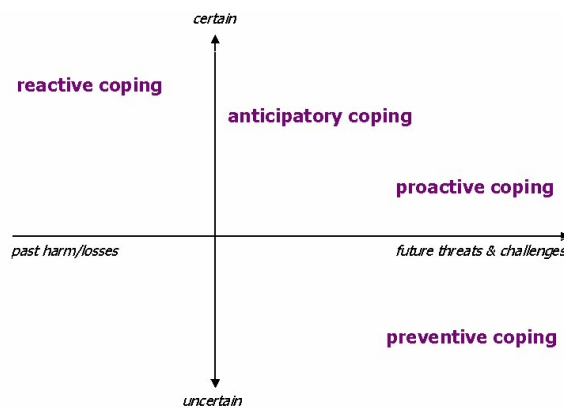


Abb. 5: Modell „Four perspectives of coping in terms of timing and certainty“ (Schwarzer & Knoll 2003, S. 396)

Wenn die Bewältigung im höheren Erwachsenenalter untersucht wird, ist es hilfreich, „die (altersspezifischen) Anlässe dafür (‚Bewältigung des Alters‘) einerseits und die altersspezifischen Reaktionsformen andererseits (‚Bewältigung im Alter‘) zu unterscheiden“ (Leipold & Greve 2012, S. 90). So wird deutlich, dass die Sehbehinderung im Alter zum Teil einer „doppelten Bewältigung“ bedarf (vgl. Wahl et al. 1998). Neben dem Faktor „Alter“ können auch die Faktoren „Zeit“ und „Auftrittswahrscheinlichkeit“ betrachtet werden. So unterscheiden Schwarzer und Knoll (2003) vier Coping-Perspektiven (siehe Abb. 5):

- Reactive Coping*: Dies bezieht sich auf die Bewältigung einer vergangenen oder aktuellen stressvollen Situation oder Anforderung, z. B. die Bewältigung der zunehmenden Sehbeeinträchtigungen.
- Anticipatory Coping*: Diese Bewältigungsperspektive unterscheidet sich von der vorangegangenen, da hier das belastende Ereignis noch nicht eingetroffen ist, aber in absehbarer Zeit eintreffen wird (z. B. der Zahnarztbesuch). Für die Sehbehinderung wäre dies z. B. der Beginn einer Behandlungstherapie oder die Angst vor der Erblindung.
- Preventive Coping*: Die präventive Bewältigung bezieht sich auf in der Zukunft vielleicht bestehende Herausforderungen, die aber nicht sicher sein können (z. B. gesundes Leben für eine lange Selbstständigkeit). Ziel ist es hier, dass Ressourcen angelegt werden für eine spätere mögliche Herausforderung (z. B. der regelmässige Besuch der Augenärztin/des Augenarztes).
- Proactive Coping*: Der proaktive Umgang ist eine Einstellungsprägung im Sinne eines positiven Herangehens. „Proactive coping reflects efforts to build up general resources that facilitate promotion toward challenging goals and personal growth. In proactive coping, people hold a vision. They see risks, demands, and opportunities in the distant future, but they do not appraise them as potential

threat, harm, or loss. Rather, they perceive demanding situations as personal challenges. Coping becomes goal management instead of risk management.“ (Schwarzer & Knoll 2003, S. 399)

Die Anpassungen an die Erfordernisse des Älterwerdens und der Sehbeeinträchtigungen gelingen zumeist, „wenn sich der Mensch aktiv mit den lebensverändernden Ereignissen auseinandersetzt“ (Stappen & Fooker 2006, S. 231; vgl. proaktiver Umgang bei berufstätigen Sehbehinderten: Johner-Kobi et al. 2015). Dies verlangt einen Bewältigungsstil, der verbunden ist mit einer „Bereitschaft zur Neuorientierung“, die auf der Fähigkeit beruht, „die veränderte Situation wenigstens ansatzweise zu akzeptieren und neben den Verlust- und Leiderfahrungen noch jene Aspekte wahrzunehmen, die das Leben zu bereichern vermögen“ (ebd., S. 231 f.). Auch Lazarus versteht in der gelungenen Bewältigung ein Gleichgewicht zwischen Anforderungen und der Fähigkeit, mit diesen Anforderungen fertig zu werden (vgl. Lazarus 1995, S. 198).

Innerhalb der Entwicklungspsychologie wird immer wieder festgestellt, „dass Menschen über ein breites Repertoire an Reaktionsmöglichkeiten verfügen, mit denen sie den wahrgenommenen Diskrepanzen begegnen können“ (Leipold & Greve 2012, S. 91). Viele aktive Modelle zielen darauf ab, „die aktuelle Situation gemäß den eigenen Zielen und Präferenzen zu ändern“ (ebd.). Beispiel hierfür ist die „primäre Kontrolle“ nach Heckhausen, Wrosch und Schulz (2010) oder das Zweikomponentenmodell assimilativer und akkommodativer Bewältigung nach Brandstädter und Rothermund (2002). Dem Zweikomponentenmodell liegt eine handlungstheoretische Orientierung zugrunde, die den aktiven Menschen und die Bedeutung von subjektiven Repräsentationen ins Zentrum der Überlegungen rückt. Proaktive Zugänge in der Psychologie betonen beispielsweise die gesetzten Ziele, die persönliche Selbstregulation, die wahrgenommene Selbstwirksamkeit oder die Optimierung. Assimilative Aktivitäten richten sich darauf, die eigenen Lebens- und Entwicklungsumstände persönlichen Zielen und Ansprüchen entsprechend zu gestalten bzw. zu modifizieren. Durch akkommodative Prozesse werden Ziele und Ansprüche an gegebene Umstände bzw. Beschränkungen angepasst. (vgl. Brandstädter 2007). Assimilative und akkommodative Prozesse beschreiben nach Brandstädter „somit zwei unterschiedliche Formen der Beseitigung von Diskrepanzen zwischen gewünschten und faktischen Entwicklungsverläufen: Im assimilativen Modus wird versucht, die Ist-Situation in Richtung auf einen gewünschten Zustand zu transformieren; im akkommodativen Modus dagegen wird die entstandene Diskrepanz durch eine Angleichung von Zielen und Sollsetzungen an die gegebene Situation neutralisiert“ (ebd., S. 415). Dieses Verfahren ähnelt den aus dem Stressmodell von Lazarus beschriebenen Coping-Strategien (siehe weiter oben).



Abb. 6: SOK-Modell nach Baltes & Baltes (1989, 1990); vereinfachtes Modell aus Martin & Kliegel 2014 (S. 58)

Einen anderen Ansatz bietet das bereits in Kapitel 4.4 vorgestellte SOK-Modell (siehe Abb. 6) nach Baltes und Baltes (1989, 1990). Eine herausfordernde Situation kann hierbei durch ein selektives, optimierendes oder kompensatorisches Verhalten bewältigt werden. Für die Sehbehinderung im Alter könnte dies z. B. bedeuten, dass neue Strategien erlernt werden, um sich trotz Seheinsbussen im priva-

ten oder öffentlichen Raum zu orientieren. Dies kann z. B. durch ein Mobilitätstraining erfolgen, bei dem vielleicht selektiv Wege ausgewählt werden, die Mobilität optimiert wird und der Gebrauch des Autos durch die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln kompensiert wird.

Innerhalb der Forschungsliteratur zum Thema „Sehbehinderung im Alter“ lassen sich interessante Interventionsstudien finden. Hier wird meist ein psychosozialer Ansatz mit Fokussierung auf Problemlösung, Ressourcen und Stabilisierung des Wohlbefindens gewählt (siehe z. B. Kämmerer et al. 2006; Eklund, Sjöstrand & Dahlin-Ivanoff 2008). Diese Studien zeigen verschiedenste Interventionsansätze und Betreuungsformen, die sich meist bei anderen Lebensbereichen oder sozialen Problemstellungen bewährt haben. Grundlage für die meisten Interventionsansätze sind Modelle für Bewältigungs- und Anpassungsstrategien im Alter, so z. B. das angesprochene SOK-Modell oder die auch bereits erwähnte Lebenslauftheorie der Kontrolle von Heckhausen & Schulz (siehe hierzu Boerner et al. 2010; Wahl, Schilling & Becker 2005; Wahl, Schilling & Becker 2007). So erleben jene Personen mit einer Sehbehinderung ihre allgemeine Lebenssituation positiver, wenn es ihnen gelingt, ein Erleben von Handlungsfähigkeit und Kontrolle zu bewahren (vgl. Kleinschmidt et al. 1995; Tolman et al. 2005).

Neben der Kontrollüberzeugung geht es auch um eine Beratungsarbeit zur Erleichterung der Akzeptanz der Erkrankung sowie um eine Förderung des Kohärenzgefühls und der Selbstwirksamkeit (vgl. Rohn 2012; Brody et al. 2005; Briesemann 2009; Bergeron & Wanet-Defalque 2013; Nyman et al. 2012; Senra et al. 2015). Aus den Studienarbeiten wird deutlich, dass neben dem familiären und sozialen Unterstützungsnetzwerk ein semiprofessionelles (z. B. Selbsthilfegruppen) und professionelles Beratungsangebot wichtig für eine Auseinandersetzung, Akzeptanz, Bewältigung und Rehabilitation ist (vgl. Berger et al. 2013; Berger 2013; Senra et al. 2015). Dabei werden einerseits die Stärken der Selbsthilfe (“helping them to normalise their experiences by talking to an impartial listener”) und andererseits die Stärken der psychosozialen Beratung (“helping them to accept and adapt to the physical, emotional and social changes in their lives resulting from their visual impairment”) betont (vgl. Hodge et al. 2013, S. 5). Sehbehinderte die mit der Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld sehr zufrieden sind, weisen auch eine hohe subjektive Lebensqualität auf (vgl. Renaud et al. 2010).

Wahl et al. 2013 sprechen sich für die Aufrechterhaltung von Alltagskompetenzen als wesentliches Ziel von Rehabilitationsmassnahmen bei älteren Menschen mit Sehschädigungen aus. Die EBU betont in ihrem Positionspapier zur Rehabilitation von Spätsehbehinderten, dass gerade Investitionen in die Alltagskompetenzen zentral seien: “Investing in maintaining everyday functioning in vision impairment – specific rehabilitation programs seems absolutely crucial” (Suttie et al. 2014, S. 17). Daneben geben sie auch an, dass es neben der funktionalen Wiederherstellung der Sehfunktion vor allem um die Schulung von Fähigkeiten und für die Klienten bedeutungsvolle Betätigungen (u. a. Bewältigungsstrategien, Nutzung von Hilfsmitteln und des sozialen Umfelds) sowie die Anpassung der physikalischen und sozialen Umgebung innerhalb von Rehabilitationsmassnahmen gehen sollte (ebd., S. 17 f.; vgl. Schoessow 2010; Smith et al. 2009; Berger et al. 2013; Liu et al. 2013; Holzschuch et al. 2012; McGrath & Rudman 2013).

## 6 Ergebnisse aus den Expertenbefragungen

Innerhalb der Projektphase 1 konnten zwei Expertenworkshops mit insgesamt 21 Teilnehmerinnen und Teilnehmern stattfinden: einmal in der deutschsprachigen Schweiz und einmal in der französischsprachigen Schweiz:

- D-CH: 19.10.2015, Zürich
  - Moderation: Alexander Seifert
  - Protokoll: Stefan Spring
  - Anzahl Personen insgesamt ohne Moderation: 14
  - Expertinnen/Experten: Schwerpunkt auf soziale Arbeit; Rehabilitation
- F-CH: 26.10.2015, Lausanne
  - Moderation: Nicolas Kühne
  - Protokoll: Stefan Spring
  - Anzahl Personen insgesamt ohne Moderation: 7
  - Expertinnen/Experten: Schwerpunkt auf Ergotherapie; Rehabilitation

Die Expertenworkshops haben sich vorwiegend aus Expertinnen und Experten aus der Sehbehindertenarbeit (Beratungsangebote, Rehabilitation, Ergotherapie, soziale Arbeit etc.) zusammengesetzt. Zum Teil waren hier auch Vertreterinnen und Vertreter aus der Seniorenarbeit und der Ophthalmologie vertreten. Der Fokus lag auf Personen, die nicht aus der gerontologischen Disziplin stammen, sondern eher aus dem Sehbehindertenwesen.

Zusätzlich wurden bzw. werden auch in der nachfolgenden Phase noch Telefoninterviews mit Expertinnen aus Deutschland (Frau Vera Heyl, Frau Sabine Kampmann) geführt, die nicht an der Runde in Zürich teilnehmen konnten.

Die Einladung an die Expertinnen und Experten beinhaltete ein Dossier zur Forschungsfrage, zum Forschungsdesign und zu den Beweggründen für die Workshops. Im Einladungstext hiess es u. a.:

*„Im Projekt geht es vorwiegend um Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen für Personen, die erst mit dem Alter eine Sehbehinderung erfahren. Eine Schwerhörigkeit ist bei einem grossen Anteil der Menschen eine Realität, die sich ebenfalls auswirkt. Daher müssen Handlungsempfehlungen für die Hörsehbehinderung mitgedacht werden. Darüber hinaus sollen gerontologische Ansätze in die Rehabilitationsarbeit sowie die heilpädagogische und soziale Arbeit innerhalb der Sehbehinderten- und Hörsehbehindertenarbeit einfließen. Um hierfür die Einschätzungen zum Thema (einschliesslich eines erarbeiteten Handlungsmodells) von Expertinnen und Experten herauszuhören, möchten wir in beiden grossen Sprachregionen im nächsten Herbst je einen Workshop durchführen.“*

Die Expertenworkshops verwendeten folgenden Ablauf:

1. Begrüssung und Vorstellungsrunde
2. Projektvorstellung und Kontextualisierung der Forschungsbemühungen
3. Zukunftsbild 2025
  - a. Wie ist es heute – im Jahr 2015?
  - b. Wo liegen die Herausforderungen in der Zukunft?
  - c. Wie sollte das zukünftige Sehbehindertenwesen aussehen?
4. Vorstellung und Besprechung des theoretischen Modells (vgl. Kapitel 7)
5. Was braucht es mittelfristig und langfristig, um innerhalb des Sehbehindertenwesens in Bezug auf spätsehbehinderte Personen wirkungsvoll zu sein?

Im Folgenden werden die zusammengefassten Ergebnisse der Expertenrunde vorgestellt.

## 6.1 Kernergebnisse der beiden ersten Workshops

### 6.1.1 Aussagen allgemeiner Art

- Es wurde in beiden Workshops festgestellt, dass über die Wichtigkeit des Themas nicht mehr diskutiert werden muss. Es geht vielmehr um eine konkrete Umsetzung und Etablierung des Wissenstransfers zwischen der Gerontologie und dem Sehbehindertenwesen. Im Zentrum steht hierbei die Bewältigung von auftretenden (sinnesspezifischen) Belastungen im Alter.
- Die spezifischen Rahmenbedingungen innerhalb des Sehbehindertenwesens in den Regionen der Schweiz sollten bei einem nationalen Projekt berücksichtigt werden.

### 6.1.2 Gegenwart und Zukunftsbild Schweiz 2025

*Heute:*

- Heute haben wir ein (Angebots-/Abstimmungs-/Kooperations-/Disziplin-)Potpourri und kein verständliches, strukturiertes Vorgehen.
- Ältere Menschen müssen sich meist selbst über die existierenden Dienstleistungen und Beratungsstellen informieren. Wenige systematische „Weiterleitungen“ („Überweisungen“) und Zusammenarbeiten zwischen Augenmedizin, Optikerbetrieben, Hausärzten, Spitex, Seniorenwesen und Sehbehindertenwesen.
- Zum Teil bestehen Abneigungen symbolischer Art, die bestehenden Angebote wahrzunehmen (z. B. aufgrund der Ausrichtung der Beratungsstellen „blind“, „sehbehindert“). Es bestehen aber auch persönliche Hindernisse der Nichtnutzung (z. B. „benötige keine fremde Hilfe“, „bin noch nicht hilfsbedürftig“, „es ist halt das Alter“). Es bestehen aber auch zum Teil Ängste/Unwissenheiten hinsichtlich den allfälligen Kosten der Beratung oder der Hilfsmittel. Bei einigen Personen besteht aber auch die Unwissenheit, was genau sie von einer Beratung erwarten können (was bringt es mir?). Auch bestehen negative Einschätzungen über den von Beratungsangeboten; teilweise auch, wenn die Situation als nicht änderbar eingeschätzt wird. Darüber hinaus wird das Erlernen von neuen Bewältigungsstrategien und Hilfsmitteln bei älteren Menschen oft als sehr aufwendiges „Neuerlern“ wahrgenommen.
- Es ist sehr schwer, den Kontakt zu alleinstehenden Menschen aufzubauen. Hier stellt sich die Frage, wie diese zum Teil vulnerable Gruppe besser angesprochen werden kann. Eine Möglichkeit wären aufsuchende Beratungskonzepte.
- Es gibt kaum eine politische Debatte zur Seh-/Hörbehinderung; hier wäre eine gewisse nationale Lobbyarbeit anzustreben.

*Auf dem Weg:*

- Der Zugang zum ersten (Beratungs-)Gespräch müsste stark erleichtert werden (z. B. niederschwelliger Zugang durch Vortragsreihen, Informationsabende, Kampagnen, bereits Kontakt zu Beratungsangeboten während der medizinischen Rehabilitation etablieren oder stärkere Einbindung in kleinräumige Netzwerke (Quartiersarbeit); Peer-to-Peer Strukturen fördern; altersbezogene Angebote an einer Adresse).
- Die Bedeutung der psychosozialen Beratung und der generellen Arbeit von Beratungsstellen stärken (Selbst- und Aussenwahrnehmung) und sich nicht nur durch die Hilfsmittelverteilung definieren.



- Die Zusammenarbeit und die Angebote an der Schnittstelle *Augenmedizin – Hausarztmedizin – Beratungsstelle* sollten verbessert werden und niederschwellig sein (z. B. Kontaktpflege, Flyer, Angebote innerhalb von Augenarztpraxen, gemeinsame Aktionen). Verzahnung von ophthalmologischen Interventionen mit sozialen Angeboten, praktischen Hinweisen und Bewältigungsstrategien.
- Bei der Betrachtung der Spätsehbehinderten sollte auch immer die Hörbehinderung mitberücksichtigt sein; es geht vielmehr um Sinnesbeeinträchtigungen (im Sinne einer Multimorbidität).
- Die Seh- und Hörbeeinträchtigungen sind oft sukzessive und weniger plötzlich im Auftreten; folglich wird auch ein „Hilfebedarf“ erst später gesehen, obwohl Interventionen und Bewältigungsstrategien bereits frühzeitig nützlich sein könnten. Hier geht es daher um eine frühzeitige Sensibilisierung für das Thema und niederschwellige Zugänge zu Hilfsangeboten.
- Seh- und Hörbehinderungen sollten im allgemeinen Verständnis des Alterns wahrgenommen und nicht als Randerscheinungen deklariert werden. Dies macht auch eine Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen aus der Gerontologie, dem Gesundheitswesen und dem Sehbehindertenwesen notwendig. Es geht um gerontologisches und behinderungsspezifisches Fachwissen gleicherweise.
- Es besteht weiterhin die Frage, wie der Stigmatisierung durch den „Behinderungsbegriff“ entgangen werden kann; auch hinsichtlich der Frage der Bezeichnung der Beratungsstellen und Hilfsorganisationen. Dennoch wurde auch deutlich, dass eine Namensänderung alleine nicht das Problem löst; vielmehr geht es um die personenspezifischen Angebote und den Inhalt einer möglichen Beratung, aber vielleicht auch um eine Umdeutung auf das Wort „Sehen“ (und weniger Behinderung, Verlust etc.).
- Förderung der Selbsthilfeaktivitäten und der niederschwelligen Peer-to-Peer Aktivitäten („Lotsen“).
- Es sollte eine Früherfassung von Sehproblemen geben, die auch bei der Anamnese im Spital, bei Spitex oder in Alterspflegeeinrichtungen (u. a. RAI) bereits frühzeitig und systematisch erfolgt. Somit würde auch eine „Wahrnehmung“ der Spätsehbehinderten in den Institutionen erfolgen (vgl. hier auch Demenz/Sehen Problematik in Spring 2015).
- Zu diskutieren ist auch der Begriff „Sehbehinderung“; vielleicht wäre der Begriff „altersbedingte Sinnesbeeinträchtigung“ besser.

#### *Zukunft:*

- In 2025 wird es mehr ältere Spätsehbehinderte geben; Dienstleister müssen gewappnet sein.
- Die Welt ist bereits und wird noch technischer und digitaler. Darauf sollte auch bei Angeboten und Dienstleistungen geachtet werden (hinsichtlich der Kommunikationswege, Accessibility (Hardware, Software, Content), aber auch hinsichtlich der sich verändernden technischen Bedürfnisse und Kontexte der Spätsehbehinderten). Durch z. B. das Internet wird vieles visueller und technische Kompetenzen sind notwendig; fehlen diese, kommt zu der Sehbehinderung noch eine weitere Belastung hinzu.
- Ältere Personen im Jahr 2025 werden vermutlich andere Bedürfnisse, Kompetenzen und Wünsche haben als heutige Senioren. Daher ist es wichtig, dass die Beratungsarbeit bzw. die Angebote für diese Zielgruppe dynamisch anpassbar sind.

### 6.1.3 Ein theoretisches Modell als Fundament

- Das erste Modell wurde vorgestellt und mehrheitlich begrüsst, da hier die subjektive Lebensqualität sowie die zentralen Faktoren Belastung, Ressource und Bewältigung im Vordergrund stehen.
- Es sollte aber berücksichtigt werden, dass:
  - Belastung und Ressource oft in derselben Sache stecken können (Bsp. Angehörige; Beratungsangebote und Erlernen neuer, zum Teil aufwendiger Bewältigungsstrategien).
  - Die „Bewältigung“ muss als Prozess (tagtägliche Aufgabe) verstanden werden, nicht als einmalige Leistung.
  - Es gibt zwei Ebenen der Bewältigung: a) die grundsätzliche (emotionale) und b) die tagtägliche (funktionale).
  - Lebensqualitätsparadoxon<sup>1</sup> berücksichtigt werden sowie auch die wichtigen Lebensbereiche; es sollte weniger „Pauschalaussagen“ und Bewertungen von aussen geben.
  - Es gibt keine „optimale“ Versorgung und Bewältigung; die Bewertung der Ressourcen, Belastungen, Lebensqualität sowie der gewünschte Zugang und Umfang der Bewältigung wird von jeder Person selbst bewertet.
  - Psychologische Aspekte der Behinderung sollten berücksichtigt werden.
  - Das Modell sollte zirkulär sein, sprich es sollte eine Verbindung zwischen der Lebensqualität und der (Neu-)Bewertung der Ressourcen und Belastungen geben.
  - Sehr selten kommen Klienten alleine zur Erstberatung. Partner und v.a. auch Kinder spielen daher eine grosse Rolle. Daher sollte das Modell auch das soziale Umfeld stärker berücksichtigen und das gesamte System und nicht nur die Person selber bei einer Sehbehinderung betrachten.

Die Anmerkungen aus den Workshops wurden berücksichtigt und flossen in die Weiterentwicklung des Modells ein; siehe hierzu Kapitel 7.

### 6.1.4 Was brauchen wir, um wirkungsvoll zu sein?

- Siehe auch Kapitel 6.1.3.
- Das Produkt der Studie (ein theoretisch und empirisch gestütztes Modell zur Bewältigung von einer im Alter erfahrenen Sehbehinderung sowie eine epidemiologische Erhebung) wurde von den Teilnehmern der Workshops sehr begrüsst und als sinnvolles Instrument eingestuft.
- Dass das Thema Thema bleibt – sowohl in der Wissenschaft als auch in der Praxis und der Politik und es einen gegenseitigen Austausch gibt.
- Dass die Grenzen zwischen den Disziplinen und Sprachgrenzen überwunden werden.
- Dass sich das Sehbehindertenwesen vermehrt mit gerontologisch-geriatrischen Inhalten befasst.
- Die Kostenfrage für Hilfsmittel muss in der Revision der Alterspolitik angegangen werden. Auch die Frage der Leistungsübernahme via Krankenkassen (z. B. Ergotherapie) muss thematisiert werden.

---

<sup>1</sup> Bedeutung: Die subjektive Einschätzung der Lebensqualität – z.B. bei älteren Menschen – kann positiver ausfallen als der objektive Gesundheitszustand von aussen bewertet wird.

- Es muss eine Verbesserung (z. T. nationale Systematisierung; Weiterleitungen) bzw. Weiterpflege und Etablierung der Zusammenarbeit zwischen Augenmedizin – Hausarztmedizin – Alters(pflege)bereich – Sehbehindertenwesen – Politik geben.
- Das Thema „Sehen“ müsste selbstverständlich(er) im Kanon der Ausbildung im Bereich Altersarbeit stehen und das Thema „Alter“ im Kanon im Bereich der Disziplinen des Sehbehindertenwesens. Effiziente Ausbildungsleistungen sollten mittels eines Austausches zwischen den Disziplinen weiter entwickelt werden.
- Oftmals haben wir nicht ein Wissens-, sondern ein Umsetzungsproblem. Daher sollte es auch um konkrete Empfehlungen und Umsetzungsstrategien für die Praxis gehen.
- Es sollte eine Zusammenstellung von gerontologischem Wissen für die Beratungsarbeit und interne Ausbildung geben. SZB-Weiterbildungen und die Aufbereitung von didaktischem Material auf diesem Gebiet sollten gefördert werden. Auch sollte es Kooperationen mit anderen Weiterbildungsangeboten ausserhalb des Sehbehindertenwesens geben.
- Aus der Sicht der sehbehinderungsspezifischen Rehabilitationsleistungen sollten die lerntheoretischen Grundlagen für das Alter festgehalten werden (Wie lernen Menschen im Alter effizient? Was sind ihre Lernziele, wie sehen effiziente Lernsequenzen aus?)

### 6.1.5 Unterschiede der Regionen

Die beiden Workshops unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich der Moderationssprache, sondern auch hinsichtlich ihrer Zusammensetzung. So befanden sich im Workshop in Lausanne mehr Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten. Dies weist darauf hin, dass es hier auch konzeptionelle Unterschiede und unterschiedliche Schwerpunkte in Bezug auf die Disziplinen gibt, die durch die jeweiligen Entstehungsgeschichten der Ausbildungen zu begründen sind. Hierzu gibt Nicolas Kühne folgendes Statement: „Wie in jedem Schweizer Kanton, sind die spezialisierten Beratungsstellen und Rehabilitationsstellen auch in der französischsprachigen Schweiz vielfältig und spezifisch zu jedem lokalen Kontext. Sie teilen zum Teil gemeinsame Eigenschaften, jedoch unterscheidet sich die französischsprachige Schweiz von der deutschsprachigen Schweiz, insbesondere in Bezug auf die berufliche Qualifikation und Ausbildungsform. Ein sehr wichtiger Teil von spezialisierten Experten wurde zuerst als Ergotherapeut ausgebildet. Das heisst, dass sie trainiert waren, mit Personen mit gesundheitlichen Problemen zu arbeiten, insbesondere älteren Menschen mit chronischen Krankheiten. Die Ausbildung – z. B. der BSc in Ergotherapie in Lausanne – enthält seit langem Schulungen im Bereich von Sehstörungen. Diese Eigenschaften haben selbstverständlich die Aufstellung der französischsprachigen Expertengruppe sowie den Inhalt der Diskussionen beeinflusst.“ (30.11.2015)

Interessanterweise ähneln sich innerhalb der beiden Workshops in den Sprachregionen aber die Bewertungen der aktuellen Situation im Sehbehindertenwesen und die Wünsche für die zukünftige Entwicklung. Damit spricht doch vieles für eine „nationale“ Wahrnehmung der aktuellen „Baustellen“ auf diesem Gebiet. Bei der Vorstellung des Modells und theoretischen Rahmens wurden sprachliche Schwierigkeiten sichtbar, da hier die Begriffe (z. B. „Bewältigung“) an unterschiedliche Konzepte gebunden sind; vielleicht ist es daher besser, mit englischen Fachbegriffen wie „Coping“ zu arbeiten. (Ein Grund auch dafür, den Projektnamen ins Englische zu überführen.) Interessant war des Weiteren, dass sich die Workshops vom Vorprojekt und die jetzigen dahingehend ähnelten, dass ähnliche Wünsche für die zukünftige Ausrichtung des Sehbehindertenwesens genannt wurden. Daran ist erkennbar, dass die relevanten „Baustellen“ (siehe unten) weiterhin bestehen und bearbeitet werden müssen.

## 7 Erarbeitung eines theoretischen Modells

Ziel der Projektphase 1 war es neben der Erweiterung der bestehenden Systematisierung des Forschungsgegenstandes und der Durchführung der Expertenworkshops, ein theoretisch fundiertes Modell der Bewältigung der Sehbehinderung im Alter zu erarbeiten. Die nachfolgenden Absätze beschreiben die Entwicklung dieses Modells. Das vorgestellte Modell versteht sich als Arbeitsmodell. Es dient nicht nur zur Verdeutlichung des theoretischen Rahmens, sondern auch als Grundgerüst für die geplante empirische Erhebung bei älteren Menschen. Grundgedanke hierbei ist immer die Frage, welche Faktoren eine Lebensqualität trotz Sehbehinderung im Alter stabilisieren helfen. Demnach suchen wir hier den Mechanismus hinter dem täglichen Bewältigungsprozess und gehen dabei davon aus, dass eine erfolgreiche Bewältigung – und damit eine Stabilisierung der Lebensqualität – durch ein Gleichgewicht aus Belastungen und Ressourcen erzeugt werden kann.

### 7.1 Theoretischer Bezug

In der Psychologie wurde bereits früh darauf hingewiesen, dass eine gute Bewältigung des Lebens im Alter durch das Gleichgewicht der zwischen Anforderungen und Ressourcen beschreibbar ist (siehe Kapitel 5). Innerhalb der Gesundheitspsychologie stellten Becker und Kollegen das Anforderungsressourcenmodell (vgl. Becker 1992; Becker, Schulz & Schlotz 2004; Becker 2006) auf, das die Gesundheit als Balanceakt zwischen Anforderungen und Ressourcen versteht (siehe Abb. 7). Unter den externen Anforderungen versteht Becker psychosoziale sowie physische Anforderungen. Mit den internen Anforderungen sind vorwiegend psychische und körperliche Anforderungen gemeint. Diese Anforderungen beeinflussen die Person direkt oder indirekt. Die gesundheitsfördernden internen Ressourcen lassen sich in psychische (z. B. Persönlichkeitseigenschaften) und physische Ressourcen (z. B. Belastbarkeit) gliedern. Die externen Ressourcen sind in physische (z. B. Fitness) und psychosoziale (z. B. soziales Umfeld, materielle Bedingungen, externe formelle Unterstützung) Ressourcen zu unterscheiden (vgl. Becker 2006)

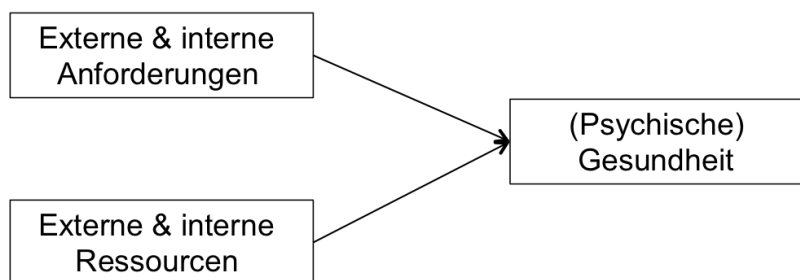


Abb. 7: Anforderungsressourcenmodell (vereinfachte Darstellung nach Becker 2006)

Beim Auftreten von Belastungen oder Beeinträchtigungen gilt es die Gesundheit zu erhalten, daher muss versucht werden,

- Anforderungen zu reduzieren oder auszuschalten sowie
- Ressourcen zu stärken, die zur Bewältigung der Anforderungen notwendig sind.

Was hier für die Gesundheit gilt, gilt auch für die subjektive Lebensqualität. Die Stabilisierung der Lebensqualität ist somit stets eine gelungene Balance zwischen den Anforderungen bzw. Belastungen einerseits und den internen wie externen Ressourcen andererseits. Wie die Faktoren „Ressource“, „Belastung“, „Bewältigung“ und „Lebensqualität“ dabei definiert werden, kann dem Kapitel 5 entnommen werden.

## 7.2 Theoretisches Modell

Auf Grundlage der bisher vorgestellten Überlegungen und theoretischen Bezüge wurde ein Arbeitsmodell entwickelt (siehe Abb. 8). Eine erste Fassung dieses Modells konnte innerhalb der beiden Workshops (siehe Kapitel 6) besprochen werden. Somit entspricht das in Abbildung 8 vorgestellte Modell einer zweiten Fassung, welche die Anmerkungen der Expertinnen und Experten berücksichtigt.

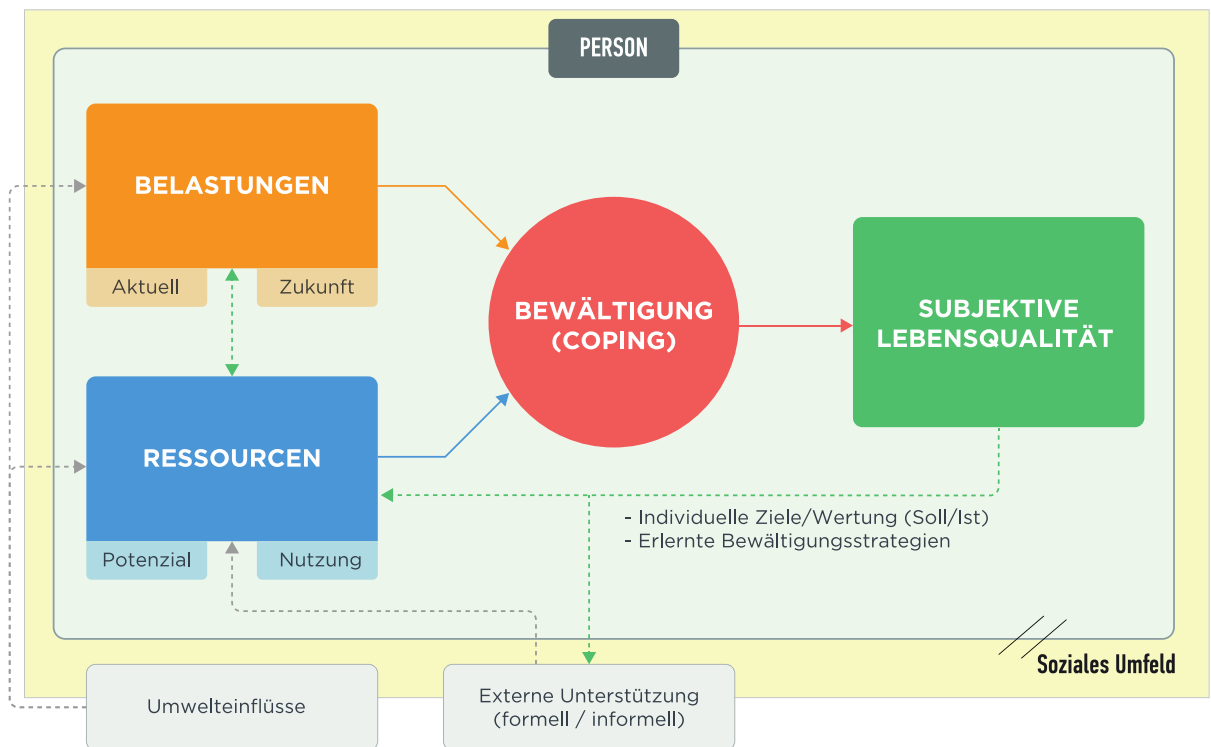


Abb. 8: Arbeitsmodell

Grundidee des Modells ist es aufzuzeigen, durch welche Faktoren die subjektive Lebensqualität der Spätsehbehinderten beeinflusst wird. Hierbei wird davon ausgegangen, dass eine Stabilisierung der Lebensqualität durch ein Gleichgewicht aus Ressourcen und Belastungen entsteht. Der Prozess dieses Gleichgewichts passiert durch die Bewältigung der Belastungen mit den Ressourcen.

Das Modell beinhaltet folgende Kernelemente:

- **Belastungen:** Wie bereits im Kapitel 5.2 aufgezeigt, können im Alltag tägliche Anforderungen und auch kritische Lebensereignisse auftreten, die das Leben beeinflussen. Dabei kann zwischen aktuellen (inklusive den Anforderungen aus der Vergangenheit, mit denen man sich jetzt auseinandersetzen muss) und zu erwartenden Anforderungen unterschieden werden. So kann z. B. die Mobilität mit einer Sehbehinderung eine tägliche Herausforderung sein – und die Angst vor einer Erblindung ein belastender Gedanke (Erwartung). Die Ausprägung und Wahrnehmung der Belastungen ist individuell und so kann eine von aussen bewertete Belastung von der Person selbst als weniger belastend bewertet werden und umgekehrt. Diese Bewertung untersteht demnach sozialen Einflüssen welche sich auf Belastungen und auf Ressourcen erschwerend oder erleichternd auswirken können.

- ***Ressourcen***: Wie im Kapitel 5.3 vorgestellt, besitzt eine Person unterschiedliche interne und externe Ressourcen, die sie zur Bewältigung der Belastungen nutzen kann. So können beispielsweise ein proaktiver Umgang mit der Sehbehinderung und ein stabiles unterstützendes soziales Umfeld helfen, die täglichen Anforderungen im Alltag zu bewältigen. Die Ausprägung und Wahrnehmung dieser Ressourcen ist – wie die Wahrnehmung der Belastungen – sehr individuell und dennoch durch die Mitmenschen beeinflusst. Die Ressourcen können in potenzielle und tatsächlich genutzte unterschieden werden. So kann eine Person z. B. erlernte Bewältigungsstrategien täglich anwenden, ihr soziales Umfeld zur Unterstützung aber nicht/kaum nutzen. Es stellen sich daher folgende Fragen: „Was setzen Sie derzeit ein, um die Anforderungen zu bewältigen?“ und „Welche anderen Ressourcen könnten sie noch nutzen, an die Sie vielleicht noch nicht gedacht haben?“ Zum Teil können Ressourcen aber auch zu Belastungen werden, wenn ein Betroffener z. B. die Unterstützung eines Angehörigen als „zu nah“ empfindet oder sich von diesem abhängig fühlt.
- ***Bewältigung (Coping)***: Als zentraler Prozess der Stabilisierung der Lebensqualität wird im Modell der Bereich der „Bewältigung“ verstanden, bei dem die Belastungen und Ressourcen aufeinandertreffen und sich die Frage nach dem Gleichgewicht stellt. Wie bereits im Kapitel 5.4 aufgezeigt, kann Bewältigung als ein Prozess verstanden werden, bei dem sich die Frage stellt: „Kann ich die Belastungen mit den vorhandenen Ressourcen bewältigen?“ Dabei sollte die Bewältigung nicht als einmaliger Prozess verstanden werden, sondern als zum Teil kontinuierlicher Versuch, das Gleichgewicht wieder herzustellen. Wird das Gleichgewicht nicht erreicht, wirkt sich dies auf die Lebensqualität aus. Es kommt zu einer Neubewertung (bzw. Neuerlernen auf Grundlage von früheren positiven Bewältigungssituationen) und damit – im Idealfall – zu einer Anpassung entweder der Bewertung der Belastungen oder der bisher genutzten Ressourcen (z. B. werden neue Ressourcen hinzugenommen).
- ***Subjektive Lebensqualität***: Als zentraler Output innerhalb des Modells (abhängige Variable) wird die „subjektive Lebensqualität“ deklariert. Die Betonung auf „subjektiv“ impliziert die Annahme, dass im Modell von einer persönlich bewerteten Lebensqualität ausgegangen wird. Dies bedeutet auch, dass die Person selbst und im Austausch mit seiner sozialen Umwelt den Soll- und Istwert definiert und bei einer fehlenden Passung selbstständig oder mit Unterstützung von aussen Anpassungen bei den „Belastungen“, „Ressourcen“ und dem Bewältigungsprozess vornimmt (bzw. bei der Bewertung dieser Punkte). In diesem Sinne gehen wir von einer Stabilisierung der Lebensqualität aus (vgl. Kapitel 4.4 & 5.1).
- ***Person/individuelle Bewertung***: Es wird davon ausgegangen, dass die betroffene Person (spätsehbehinderte Person) mit ihrer Umwelt in Kontakt steht und aus der Umwelt Einflüsse wahrnimmt bzw. auf diese reagieren muss. In Zusammenhang mit Sinnesbehinderungen kann es wichtig sein, ob die Person und ihr soziales Umfeld bereits Erfahrungen mit ähnlichen Situationen gemacht hat (z. B. in der Familie und Freundeskreis). Die eigentliche Bewältigung geschieht vorwiegend innerhalb der Person, jedoch nicht isoliert von der Umwelt der Person. Folglich erfolgt die Bewertung der Lebensqualität, der Lebenssituation und der Bewältigungsressourcen immer individuell unterschiedlich sowie in Reflektion und Interaktion mit der sozialen Umwelt.
- ***Umwelteinflüsse***: Das Modell geht auch davon aus, dass der Bewältigungsprozess nicht allein durch die persönlichen Belastungen und Ressourcen beeinflusst wird, sondern auch vom physischen und sozialen Umfeld der Person. Dies könnte z. B. der Fall sein, wenn eine Wohneinrichtung schlechtes Licht aufweist und der Vermieter keine Anpassungen zulässt. Die Umwelteinflüsse stehen ausserhalb der Person (siehe Modell), beeinflussen aber dennoch deren Belastungen und Ressourcen.

- **Externe Unterstützung:** Auf der gleichen Ebene wie die Umwelteinflüsse soll auch der Einfluss der „externen Unterstützung“ (Mitwelt) angesehen werden. Das Modell kann positive Unterstützungen wie negative Belastungen formeller und informeller Art berücksichtigen (Menschen mit Sehbehinderung werden integriert und unterstützt versus Gruppen und Dienstleister schliessen sie aus). Unterstützungen, wie z. B. die Nutzung einer Beratungsstelle, Selbsthilfegruppe, Nachbarschaftshilfe oder familiäre Unterstützung, können dann zu den Ressourcen hinzugerechnet werden bzw. diese beeinflussen. Ausschliessende Kräfte verhindern Ressourcen oder verstärken Belastungen. Externe Unterstützungen werden meist dann eingefordert, wenn eine Person feststellt, dass sie ihre Lebensqualität nicht mehr stabilisieren kann bzw. wenn sie für die jeweilige Bewältigung nicht genügend Ressourcen zur Verfügung hat. Beratungsstellen innerhalb des Sehbehindertenwesens zählen demnach zu den externen Unterstützungen. Der Pfeil von der subjektiven Lebensqualität hin zu den externen Unterstützungen zeigt aber auch auf, dass Beratungsangebote erst greifen können, wenn diese von der betroffenen Person gewollt und eingefordert werden.
- **Prozesscharakter:** Auch wenn das Modell auf den ersten Blick statisch aussieht, impliziert es (siehe Pfeile im Modell), dass eine Bewältigung bzw. Anpassung nie für sich selbst steht und z. B. die Sehbehinderung nicht mit einer einzigen Handlung „bewältigt“ werden kann. Vielmehr ist davon auszugehen, dass es zu einer dynamischen Anpassung im Alltag und über die Zeit hinweg kommt, also einer ständigen Ausgleicheung der Belastungen mit den gegebenen Ressourcen. Demzufolge ist auch die Stabilisierung der Lebensqualität kein einmaliger Prozess, sondern ein stetiger dynamischer Anpassungsprozess, der nach den Grundzügen des vorgestellten, zyklisch verstandenen Modells abläuft.

Das Modell versteht sich als Arbeitsmodell und wird für die geplante empirische Erhebung eingesetzt und angepasst, um am Ende über ein theoretisch sowie empirisch gestütztes Modell zu verfügen. Werden die Mechanismen sichtbar und relevante Belastungen, Ressourcen und Bewältigungsstrategien aufgezeigt, kann dies der Sehbehindertenpraxis helfen, ihre Angebote abzustimmen und individuelle Interventionen zu empfehlen.

## 8 Schlussbemerkungen und Ausblick auf Projektphase 2

Mithilfe der an der Vorstudie angesetzten und erweiterten Literaturrecherche sowie den Workshops in der deutschsprachigen und französischsprachigen Schweiz konnte ein Arbeitsmodell zur subjektiven Lebensqualität und deren Stabilisierung erarbeitet werden. Dieses Modell untermauert die wesentliche Bedeutung des Zusammenspiels von Belastungen und Ressourcen im Kontext einer Sehbehinderung im Alter und der individuellen Bewältigung der Belastungen durch den Ressourceneinsatz. Innerhalb der Expertenrunden konnte festgestellt werden, dass das besprochene Arbeitsmodell begrüsst wird und bereits wichtige Punkte benennt. Als Ergebnis der Runden kann auch festgehalten werden, dass das Thema „Spätsehbehinderte“ ein sehr wichtiges ist und die Koordination zwischen den hier beteiligten Disziplinen und Fachgemeinschaften auf der strukturellen Ebene im Vordergrund stehen müsste. Auf der arbeitspraktischen Ebene wünschten sich die Expertinnen und Experten gerontologische Grundlagen und Handlungsempfehlungen für die individuelle Unterstützung von Spätsehbehinderten.

Um die bisherigen Ergebnisse und Überlegungen fortzuführen, wäre es wichtig, dass Projektphase 2 bewilligt wird, damit folgende Punkte für das Jahr 2016 durchgeführt werden können:

- a. Umfangreiche Schweizer Befragungsstudie bei Personen ab 70 Jahren zur Erfassung eines epidemiologischen Trends, der Beantwortung der Forschungsfragen und zur Überprüfung der Zusammenhänge, welche im theoretischen Modell aufgezeigt worden sind.
- b. Durchführung zweier weiterer Expertenworkshops in den jeweiligen Sprachregionen und Einbezug der Expertinnen und Experten aus Deutschland und Frankreich.
- c. Weiterentwicklung des bisher erstellten Modells.
- d. Abgeleitet vom Modell und den Erfahrungen der Befragung werden Grundlagen und Empfehlungen für praktische individualisierte Massnahmen erarbeitet. Kernpunkte einer gerontologisch fundierten Sehbehindertearbeit sollten benannt werden können.
- e. Produkt ist ein Schlussbericht (ggf. Broschüre) und allfällig geplante zusätzliche Veröffentlichungen in Fachzeitschriften zur Förderung der Öffentlichkeitsarbeit.

Eine Bereitschaft der Fortführung der Kooperation mit Prof. Nicolas Kühne wurde bereits geäussert und auch die Expertinnen und Experten befürworten eine Weiterführung. Auch sehen sie einen Bedarf an der empirischen Erhebung sowie der Ausarbeitung konkreter gerontologischer Grundlagen und handlungsspezifischer Empfehlungen für die Praxis. In diesem Sinne beantragen wir hiermit beim SZB eine Fortführung der Bemühungen und eine Freigabe der finanziellen Mittel für die Projektphase 2.



## Literaturverzeichnis

- Adler, J., & Wohlgensinger, C. (2013). Marsmännchen sind auf der Erde einsam. Strategien von Menschen mit einer Hörsehbehinderung zur Alltagsbewältigung. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 82(2), 1-14.
- Ahrbeck, B., & Rath, W. (1994). Psychologie der Sehbehinderten. In: J. Fengler & G. Jansen (Eds.), *Handbuch der heilpädagogischen Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1989). Optimierung durch Selektion und Kompensation. *Zeitschrift für Pädagogik*, 35(1), 85-1051.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34051). Cambridge University Press.
- Becker, P. (1992). Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: P. Paulus (Ed.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (pp. 91-107). Köln: GwG.
- Becker, P. (2006). *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P., Schulz, P., & Schlotz, W. (2004). Persönlichkeit, chronischer Stress und körperliche Gesundheit: Eine prospektive Studie zur Überprüfung eines systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12(1), 11-23.
- Bennion, A. E., Shaw, R. L., & Gibson, J. M. (2012). What do we know about the experience of age related macular degeneration? A systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Social Science & Medicine*, 75(6), 976-985.
- Berger, S. (2013). Effectiveness of occupational therapy interventions for older adults living with low vision. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(3), 263-265.
- Berger, S., McAteer, J., Schreier, K., & Kaldenberg, J. (2013). Occupational therapy interventions to improve leisure and social participation for older adults with low vision: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(3), 303-311.
- Bergeron, C. M., & Wanet-Defalque, M.-C. (2013). Psychological adaptation to visual impairment: The traditional grief process revised. *British Journal of Visual Impairment*, 31(1), 20-31.
- Blaser, R., & Wittwer, D. (2013). *Demenzerkrankungen und Seh-/Hörsehbeeinträchtigungen. Eine Untersuchung zur wechselseitigen Beeinflussung von Demenzerkrankungen und Seh-/Hörsehbeeinträchtigungen in der Diagnostik bei älteren Menschen*. Bern: BFH/SZB.
- Blatgé, M. (2012). *Apprendre la déficience visuelle: une socialisation*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.
- Boerner, K., Brennan, M., Horowitz, A., & Reinhardt, J. P. (2010). Tackling vision-related disability in old age: an application of the life-span theory of control. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(1), 22-3180.
- Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches Kapital, Kulturelles Kapital, Soziales Kapital. In: R. Kreckel (Ed.), *Soziale Ungleichheiten* (pp. 183-198). Göttingen: Nomos.
- Brandtstädter, J., & Rothermund, K. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22(1), 117-150.
- Brandtstädter, J. (2007). Hartnäckige Zielverfolgung und flexible Zielanpassung als Entwicklungsressourcen: das Modell assimilativer und akkommodativer Prozesse. In: J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Eds.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne* (pp. 413-445). Stuttgart: Kohlhammer.

- Briesemann, M.-A. (2009). *Die Lebenszufriedenheit von Menschen mit Sehverlust im Alter im Kontext ihrer Self-Monitoring-Orientierung: Eine empirische Untersuchung*. Berlin: Verlag Dr. Köster Press.
- Brody, B. L., Roch-Levecq, A.-C., Thomas, R. G., Kaplan, R. M., Brown. (2005). Self-management of age-related macular degeneration at the 6-month follow-up: a randomized controlled trial. *Archives of Ophthalmology*, 123(1), 46-53.
- Burmedi, D., Becker, S., Heyl, V., Wahl, H.-W., & Himmelsbach, I. (2002a). Behavioral consequences of age-related low vision. *Visual Impairment Research*, 4(1), 15-458000.
- Burmedi, D., Becker, S., Heyl, V., Wahl, H.-W., & Himmelsbach, I. (2002b). Emotional and social consequences of age-related low vision. *Visual Impairment Research*, 4(1), 47-718000.
- Christiaen, M. P. (2004). *Vivre mieux dans un environnement visuel adapté*. Genève: Association pour le Bien des Aveugle et malvoyants.
- Christiaen M. P., Nicolet D. (2013): Low Vision-Rehabilitation, Beitrag zur Erhaltung der Lebensgewohnheiten von sehbehinderten älteren Menschen, *tactuel*, 4, 11-13.
- Christiaen-Colmez, M.-P. (2005). *Voir en EMS. Rapport de l'étude sur la presence des deficits visuels dans la population agee vivant en EMS*. Genf: ABA.
- Desrosiers, J., Wanet-Defalque, M.-C., Témisjian, K., Gresset, J., Dubois, M.-F., Renaud, J. et al. (2009). Participation in daily activities and social roles of older adults with visual impairment. *Disability and rehabilitation*, 31(15), 1227-1234.
- Eklund, K., Sjöstrand, J., & Dahlin-Ivanoff, S. (2008). A randomized controlled trial of a health-promotion programme and its effect on ADL dependence and self-reported health problems for the elderly visually impaired. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15(2), 68-74.
- Erikson, E. H. (1950). Growth and crises of the "healthy personality". In M. J. E. Senn (Ed.), *Symposium on the healthy personality* (pp. 91-146). Oxford: Josiah Macy, Jr. Foundation.
- Fayers, P. M., Hand, D. J., Bjordal, K., & Groenvold, M. (1997). Causal indicators in quality of life research. *Quality of life research*, 6(5), 393-406.
- Filipp, S.-H. (1998). A three-stage model of coping with loss and trauma: Lessons from patients suffering from severe and chronic disease. In: A. Maerker, M. Schützwohl, & Z. Solomon (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A life span developmental perspective* (pp. 43-80). Seattle: Hofgreffe & Huber.
- Filipp, S.-H. (2007). Kritische Lebensereignisse. In: J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Eds.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Ein Lehrbuch* (pp. 337-366). Stuttgart: Kohlhammer.
- Griffon, P. (1995). *Déficiences visuelles: pour une meilleure intégration*. Paris: Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations.
- Griffon, P., & Renoux, P.-F. (2003). Nouvelle approche dans la prise en charge des personnes âgées présentant une déficience visuelle récente. *Ergothérapies*, 44(11), 17-28.
- Händler-Schuster, D. Audiovisuelle Beeinträchtigungen im Alter. *Krankenpflege*, 10, 31.
- Heckhausen, J., Wrosch, C., & Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychological review*, 117(1), 32.
- Heine, C., & Browning, C. J. (2002). Communication and psychosocial consequences of sensory loss in older adults: overview and rehabilitation directions. *Disability & Rehabilitation*, 24(15), 763-773.
- Hodge, S., Barr, W., Bowen, L., Leeven, M., & Knox, P. (2013). Exploring the role of an emotional support and counselling service for people with visual impairment. *British Journal of Visual Impairment*, 31(1), 5-19.
- Holzschuch, C., Mourey, F., Manière, D., Christiaen, M.-P., Gerson-Thomas, M., Lepoivre, J.-P. et al. (2012). *Gériatrie et basse-vision: Pratiques interdisciplinaires*. Marseille: Solal Editeurs.
- Hornung, R., & Gutscher, H. (1994). Gesundheitspsychologie: die sozialpsychologische Perspektive. In: P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Eds.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (pp. 65-87). Stuttgart: Enke.

- Jee, J., Wang, J. J., Rose, K. A., Lindley, R., Landau, P., & Mitchell, P. (2005). Vision and hearing impairment in aged care clients. *Ophthalmic epidemiology research*, 12(3), 199-205.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben*. Göttingen: Hogrefe.
- Johner-Kobi, S., Riedi, A. M., Nef, S., Biehl, V., Page, J., Darvishy, A. et al. (2015). SAMS: Studie zum Arbeitsleben von Menschen mit Sehbehinderung. Zürich: ZHAW.
- Kämmerer, A., Wahl, H.-W., Becker, S., Kaspar, R., Himmelsbach, I., Holz, F. et al. (2006). Psychosoziale Unterstützung von älteren Menschen mit einer chronischen Sehbeeinträchtigung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 14(3), 95-105.
- Kilimann, I., Óvari, A., Hermann, A., Witt, G., Pau, H. W., & Teipel, S. (2014). Hörstörung und Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 1-6.
- Kleinschmidt, J. J., Trunnell, E. P., Reading, J. C., White, G. L., Richardson, G. E., & Edwards, M. E. (1995). The role of control in depression, anxiety, and life satisfaction among visually impaired older adults. *Journal of Health Education*, 26(1), 26-36.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2014). Bewältigung. In: J. Pantel, J. Schröder, C. Bollheimer, C. Sieber, & A. Kruse (Eds.), *Praxishandbuch Altersmedizin* (pp. 140-149). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lammersdorf, K., Holz, F. G., & Finger, R. (2010). Sehbehinderungen und Blindheit im Alter. *Heilberufe*, 5, 11-12.
- Lawrence, V., Murray, J., & Banerjee, S. (2009). "Out of sight, out of mind": a qualitative study of visual impairment and dementia from three perspectives. *International psychogeriatrics*, 21(03), 511-518.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and Other Determinants of Well-Being in Older People. *The Gerontologist*, 23(4), 349-357.
- Lazarus, R. S. (1995). Stress und Stressbewältigung – ein Paradigma. In: S.-H. Filipp (Ed.), *Kritische Lebensereignisse* (pp. 198-232). Weinheim: Beltz.
- Leipold, B., & Greve, W. (2012). Krise und Bewältigung. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer, & J. P. Ziegelmann (Eds.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (pp. 90-95). Stuttgart: Kohlhammer.
- Liu, C.-J., Brost, M. A., Horton, V. E., Kenyon, S. B., & Mears, K. E. (2013). Occupational therapy interventions to improve performance of daily activities at home for older adults with low vision: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(3), 279-287.
- Markun, S., Brändle, E., Dishy, A., Rosemann, T., & Frei, A. (2014). The Concordance of Care for Age Related Macular Degeneration with the Chronic Care Model: A Multi-Centered Cross-Sectional Study. *Plos One*, 9(10), e108536.
- Martin, M., & Kliegel, M. (2010). *Grundriss Gerontologie: Psychologische Grundlagen der Gerontologie* (3 ed.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Martin, M., Jäncke, L., & Röcke, C. (2012). Functional approaches to lifespan development. *GeroPsych*, 25(4), 185-188.
- McCloud, C., Khadka, J., Gilhotra, J. S., & Pesudovs, K. (2014). Divergence in the Lived Experience of People with Macular Degeneration. *Optometry & Vision Science*, 91(8), 966-974.
- McGrath, C. E., & Rudman, D. L. (2013). Factors that influence the occupational engagement of older adults with low vision: a scoping review. *The British Journal of Occupational Therapy*, 76(5), 234-241.
- Nyman, S. R., Dibb, B., Victor, C. R., & Gosney, M. A. (2012). Emotional well-being and adjustment to vision loss in later life: a meta-synthesis of qualitative studies. *Disability and rehabilitation*, 34(12), 971-981.
- Renaud, J., Lévassieur, M., Gresset, J., Overbury, O., Wanet-Defalque, M.-C., Dubois, M.-F. et al. (2010). Health-related and subjective quality of life of older adults with visual impairment. *Disability and rehabilitation*, 32(11), 899-907.

- Röcke, C., & Martin, M. (2012). Ressourcen. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer, & J. P. Ziegelmann (Eds.), *Angewandte Gerontologie: Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen* (pp. 109-115). Stuttgart: Kohlhammer.
- Röcke, C., & Brose, A. (2013). Intraindividual variability and stability of affect and well-being. *Geropsych*, 26(3), 185-199.
- Rohn, F. (2012). Einflussgrößen der Lebensqualität. *Concept Ophthalmologie*, 1, 17-1915.
- Rott, C., Wahl, H.-W., & Tesch-Römer, C. (1996). Die Rolle von Seh- und Höreinbußen für den Alternsprözeß. In: C. Tesch-Römer, H.-W. Wahl, & J. P. Ziegelmann (Eds.), *Seh- und Höreinbußen älterer Menschen: Herausforderungen in Medizin, Psychologie und Rehabilitation* (pp. 89-106). Darmstadt: Steinkopff.
- Schilling, O. K., Wahl, H.-W., & Oswald, F. (2013). Change in life satisfaction under chronic physical multi-morbidity in advanced old age. *Journal of Happiness Studies*, 14, 19-36.
- Schilling, O. K., & Diehl, M. (2015). Psychological vulnerability to daily stressors in old age. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48(6), 517-523.
- Schoessow, K. (2010). Shifting from compensation to participation: a model for occupational therapy in low vision. *The British Journal of Occupational Therapy*, 73(4), 160-169.
- Scholz, U., König, C., Eicher, S., & Martin, M. (2015). Stabilisation of health as the centre point of a health psychology of ageing. *Psychology & health*, 30(6), 732-749.
- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2003). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. In: S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 393-409).
- Seifert, A. (2014a). Sehbehinderung im Alter. Augenärzte als wichtigste Partner im medizinisch-sozialen Netzwerk. *Ophtha*, 1/2014, 44-45.
- Seifert, A. (2014b). Im Alter eine Sehbehinderung erfahren – oder mit einer Sehbehinderung das Alter erfahren – Ergebnisse einer qualitativen gerontologischen Studie. *blind-sehbehindert* 134(4). 264-270
- Seifert, A., & Schelling, H. R. (2014). *Im Alter eine Sehbehinderung erfahren – oder mit einer Sehbehinderung das Alter erfahren*. Zürich: Zentrum für Gerontologie.
- Senra, H., Barbosa, F., Ferreira, P., Vieira, C. R., Perrin, P. B., Rogers, H. et al. (2015). Psychologic Adjustment to Irreversible Vision Loss in Adults: A Systematic Review. *Ophthalmology*, 122(4), 851-861.
- Smith, T. M., Ludwig, F., Andersen, L. T., & Copolillo, A. (2009). Engagement in occupation and adaptation to low vision. *Occupational Therapy in Healthcare*, 23(2), 119-133.
- Snowdon, D. A. (1997). Aging and Alzheimer's disease: lessons from the Nun Study. *The Gerontologist*, 37(2), 150-156.
- Spring, S. (2012). *Sehbehinderung und Blindheit: Entwicklung in der Schweiz*. Zürich: Schweizer Zentralverein für das Blindenwesen SZB.
- Spring, S. (2015). *Sehen, Hören und Demenzerkrankungen im RAI-Spiegel – Bericht zur Halbzeit (2015)*. Zürich: Schweizer Zentralverein für das Blindenwesen SZB.
- Stappen, B., & Fookan, I. (2006). Kritische Lebensereignisse. In: W. Oswald, U. Lehr, C. Sieber, & J. Kornhuber (Eds.), *Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe* (pp. 231-236). Stuttgart: Kohlhammer.
- Suttie, A., Howley, E., Dryden, G., Magnúsdóttir, H., & Verstraten, P. (2014). *Rehabilitation and Older People with Acquired Sight Loss*. Paris: EBU.
- SZB. (2010). *Sehbehinderung im Alter. Informationen zu Sehbehinderungen, Hilfen und Massnahmen*. Zürich: Schweizer Zentralverein für das Blindenwesen SZB.
- SZB. (2015). *Sehbehinderung und Blindheit: 10 Fragen und Antworten*. Retrieved 03.12.2015, [http://www.szb.ch/fileadmin/pdfs/infotehk/Infotehk\\_Zehn\\_Fragen\\_und\\_Antworten\\_SZB\\_2015.pdf](http://www.szb.ch/fileadmin/pdfs/infotehk/Infotehk_Zehn_Fragen_und_Antworten_SZB_2015.pdf).

- Taiel-Sartral, M., Nounou, P., Rea, C., El Alamy, A., Bendeddouche, K., Boumezrag, M. et al. (1999). Acuité visuelle et pathologie oculaire chez le sujet âgé résidant en maison de retraite: étude orléanaise sur 219 personnes. *Journal français d'ophtalmologie*, 22(4), 431-437.
- Tesch-Römer, C., & Nowak, M. (1996). Höreinbußen im Alter: Belastung und Bewältigungsmöglichkeiten. In: C. Tesch-Römer & H.-W. Wahl (Eds.), *Seh-und Höreinbußen älterer Menschen* (pp. 107-125). Darmstadt: Steinkopff.
- Tesch-Römer, C., & Wahl, H.-W. (2012). Seh-und Höreinbußen. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer, & J. P. Ziegelmann (Eds.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (pp. 407-412). Stuttgart: Kohlhammer.
- Tolman, J., Hill, R. D., Kleinschmidt, J. J., & Gregg, C. H. (2005). Psychosocial adaptation to visual impairment and its relationship to depressive affect in older adults with age-related macular degeneration. *The Gerontologist*, 45(6), 747-75309.
- Viljanen, A., Törmäkangas, T., Vestergaard, S., & Andersen-Ranberg, K. (2014). Dual sensory loss and social participation in older Europeans. *European Journal of Ageing*, 11(2), 155-167.
- Wahl, H.-W., Heyl, V., & Langer, N. (2008). Lebensqualität bei Seheinschränkung im Alter: Das Beispiel altersabhängige Makuladegeneration. *Der Ophthalmologe*, 105(8), 735-743.
- Wahl, H.-W., Schilling, O., & Becker, S. (2005). Psychosocial adaptation to age-related macular degeneration: The role of control belief. *International Congress Series*, 1282, 326-330.
- Wahl, H.-W., Heyl, V., Drapaniotis, P. M., Hörmann, K., Jonas, J. B., Plinkert, P. K. et al. (2013). Severe Vision and Hearing Impairment and Successful Aging: A Multidimensional View. *The Gerontologist*, 53(6), 950-962.
- Wahl, H.-W., Heyl, V., Oswald, F., & Winkler, U. (1998). Sehbeeinträchtigung im Alter: eine doppelte Belastung? *Der Ophthalmologe*, 95(6), 389-399.
- Wahl, H.-W., Schilling, O., Oswald, F., & Heyl, V. (1999). Psychosocial consequences of age-related visual impairment: Comparison with mobility-impaired older adults and long-term outcome. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(5), P304-P316.
- Wettstein, M., Wahl, H.-W., & Heyl, V. (2015). Cognition – Well-being relations in old age: Moderated by sensory impairment. *GeroPsych*, 28(3), 123.
- WHO. (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Genf: WHO.
- WHO. (2013). Visual impairment and blindness. Fact Sheet N°282. Retrieved 05.07.2013, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>.
- Wolfram, C. (2015). Demografie und Altersabhängigkeit bei Augenerkrankungen. *Der Ophthalmologe*, 112(1), 73-81.