

## Fakten und Grundlagen zu Seh- und Hörbehinderung im Alter

### 1. Häufigkeit von im Alter auftretender Seh- und Hörbeeinträchtigung

Sehbeeinträchtigt Gesamtbevölkerung > 80 Jahre:	21%
Leicht bis schwerwiegend sehbeeinträchtigt mit Spitex:	23%
Leicht bis schwerwiegend sehbeeinträchtigt in stationären Alterseinrichtungen:	42%
Hörbeeinträchtigt Gesamtbevölkerung > 80 Jahre:	unbekannt
Leicht bis schwerwiegend hörbeeinträchtigt mit Spitex:	29%
Leicht bis schwerwiegend hörbeeinträchtigt in stationären Alterseinrichtungen:	48%

### 2. „Demenz“ bei gut Sehenden/Hörenden und bei Seh- bzw. Hörbeeinträchtigten

Im RAI ist die Cognitive Performance Scale (CPS) mit Werten von 1 bis 6 zugrunde gelegt. Werte von > 3 bezeichnen eine reduzierte kognitive Leistungsfähigkeit (Demenzverdacht → demenzspezifische Pflege).

CPS ≥ 3 bei gut sehenden Personen in stationären Alterseinrichtungen (AE):	44%
CPS ≥ 3 bei leicht bis stark sehbeeinträchtigten Personen in stationären AE:	66% – 69%
CPS ≥ 3 bei schwerwiegend sehbeeinträchtigten/blinden Personen in stat. AE:	60%
CPS ≥ 3 bei gut hörenden Personen in stationären Alterseinrichtungen (AE):	45%
CPS ≥ 3 bei leicht bis stark hörbeeinträchtigten Personen in stationären AE:	61% – 68%
CPS ≥ 3 bei schwerwiegend hörbeeinträchtigten/tauben Personen in stat. AE:	78%

Diese Beurteilung weist auf das Problem hin: Augenerkrankungen und Höreinbussen beeinträchtigen die kognitiven Leistungen, nicht aber die kognitive Leistungsfähigkeit (s.u. Pkt 3), eine auf Demenz ausgerichtete Pflege ist die falsche Antwort.

### 3. Häufige pflegerelevante Folgen von Sinnesbeeinträchtigung (Auswahl)

Die ersten beiden der folgenden Punkte betreffen Personen mit Sehbeeinträchtigung, Punkte drei und vier beide Gruppen.

- Motorische Einschränkungen → Muskelschwäche, Verdauungs- und Kreislaufprobleme
- Störung der Melatoninproduktion → Tag-/Nachtrhythmusstörungen
- Psychische und psychosoziale Belastungen → Aggression, Depression, Isolation, Suizidalität
- Kognitive Einschränkungen → Inadäquates Antworten/Verhalten, Entscheidungsunfähigkeit wegen der Wahrnehmungseinbusse (keine demenzielle Entwicklung).

Bei sinnesbehinderungsspezifischer Pflege und Betreuung können Phänomene reversibel sein, die ihre Ursache in der Seh- oder Hörbeeinträchtigung haben. Der Allgemeinzustand verbessert sich. Den Betroffenen die ursachenspezifische Pflege zu versagen, ist diskriminierend.

### **4. Spezialisierte Pflege und Betreuung in der stationären Alterseinrichtung**

Beide, die Seh- und die Hörbeeinträchtigung, belasten psychisch und psychosozial und hindern die soziale Teilhabe. Sehbeeinträchtigung mindert zusätzlich die Kompetenzen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, etwa in der Selbstpflege. Sinnesbehinderung ist die häufigste im Alter auftretende Behinderung (Behinderung bezeichnet das Verhältnis von Person und Umfeld bei Personen mit einer Beeinträchtigung).

In der stationären Alterseinrichtung werden zwei Gruppen von Massnahmen empfohlen:

- Seh- und hörbehindertenfreundliches Milieu in der ganzen Alterseinrichtung
- Ermächtigende Pflege und Betreuung zur Kompensation der Wahrnehmungseinbusse.

Mit dem seh- und hörbehindertenfreundlichen Milieu wird das Umfeld für Bewohnende mit Sinnesbehinderung barrierefrei gestaltet. Es stärkt Selbstbestimmung und soziale Teilhabe. Die ermächtigende (rehabilitative) Pflege und Betreuung befähigt die Bewohnenden, die Wahrnehmungseinbussen zu kompensieren. Die Selbständigkeit kann beibehalten oder – je nach Allgemeinzustand – wiedererlangt werden.

Beide Massnahmengruppen verlangen die Entscheidung zur sinnesbehindertenfreundlichen Einrichtung und eine Schulung für die Mitarbeitenden. Geschult werden u. a. einfache Massnahmen aus der Seh- und Hörbehindertenrehabilitation. Es werden nicht mehr, sondern andere Pflege- und Betreuungsleistungen erbracht.

### **5. Ausblick Sinnesbehinderung in der Langzeitpflege und -betreuung**

Mit der demografischen Entwicklung steigt die absolute Zahl der Personen, die im Alter eine Sinnesbehinderung erfahren. In Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und der WHO-Altersstrategie erhalten diese Personen zunehmend behinderungsspezifische rehabilitative Leistungen, die ihnen grössere Selbständigkeit und soziale Teilhabe ermöglichen.

Die Kostenentwicklung dürfte damit günstig verlaufen: Fehlbeurteilungen Demenz statt Sinnesbehinderung werden seltener, die steigende Selbständigkeit betagter Personen mit Sinnesbehinderung dürfte zu einer Stabilisierung der Langzeitpflegekosten beitragen.

Fatima Heussler / KSIA 10.06.2019

Quellen:

Spring/SZB. 2017. Sehen und hören in Spitex- und Heimpflege. St. Gallen: SZB. (Untersuchung der RAI-Daten von 40'000 Personen in der Schweiz)

Heussler, Wildi & Seibl. 2016. Menschen mit Sehbehinderung in Alterseinrichtungen. Gerontagogik und gerontagogische Pflege – Empfehlungen zur Inklusion. Zürich: Seismo Verlag.