

Die AG Rehabilitation und gesellschaftliche Teilhabe sehbehinderter und blinder Seniorinnen und Senioren stellt sich vor

Verfasser: Dr. Sabine Lauber-Pohle (AG Leitung), Kirsten Wahren-Krüger (stellv. AG Leitung), Prof. Dr. Vera Heyl, PH Heidelberg; Sabine Kampmann, Blindeninstitut Würzburg; Jürgen Nagel, blista; Stefan Spring, SZB

Ausgangslage

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wächst die Gruppe der Seniorinnen und Senioren mit Sehbeeinträchtigungen kontinuierlich an. Die aktuellsten Studien für den deutschsprachigen Raum gehen von über 8% der zuhause lebenden Bevölkerung ab 70 Jahre aus¹. Dies sind in absoluten Zahlen ca. 650.000 Menschen in Deutschland, 90.000 in Österreich und 80.000 in der Schweiz. Unter den Personen, die im hohen Alter in Pflegeeinrichtungen leben, sind rund 40% von einer Sehbehinderung betroffen, 14% davon in einem hohen Grade.² Die betroffenen Personen unterscheiden sich hinsichtlich der Art und des Ausmaßes der Sehbeeinträchtigung, des Alters sowie des Gesundheitszustandes.

Für die Lebensqualität und bedarfsorientierte Beratungs- und Unterstützungsangebote ist entscheidend, ob die Sehbeeinträchtigung von Geburt an (Frühsehbehinderung) oder im Laufe des späteren Lebens (Spätsehbehinderung) eingetreten ist. Vieles spricht heute dafür, dass die Beratungs-, Förder- und Schulungsangebote traditionell auf die erste Gruppe ausgerichtet sind. Angebote für Seniorinnen und Senioren mit einer Sehbeeinträchtigung entstehen erst nach und nach, eine besondere Bedeutung kommt hier der psychosozialen Arbeit zu. Seniorinnen und Senioren und ihre Angehörigen erfahren die Sehbeeinträchtigung im Alter als erhebliche Problematik und sind im Umgang damit meist unerfahren und verunsichert.

Vor diesem Hintergrund vertritt die Arbeitsgemeinschaft „Rehabilitation und gesellschaftliche Teilhabe sehbehinderter und blinder Seniorinnen und Senioren“ des VBS mit ihrem programmatischen Namen die Auffassung, dass Rehabilitation mit dem Ziel der persönlichen Autonomie und gesellschaftlichen Teilhabe für Seniorinnen und Senioren mit Sehbeeinträchtigung selbstverständlich sein und Thema im VBS sein muss. Im Gegensatz zu den anderen Lebensphasen (Kindheit, Jugend, frühes und mittleres Erwachsenenalter) existiert für diese Altersgruppe in Deutschland und Österreich bislang kein systematisches bedarfsorientiertes Beratungs- und Unterstützungsangebot, das sowohl medizinisch-optische, wie auch rehabilitative und psychosoziale Fragestellungen berücksichtigt. Derzeit existierten nur punktuelle Angebote (z. B. Beratungsstellen für Menschen mit Blindheit oder Sehbehinderung), die zudem oft nicht ausreichend bekannt sind. Seniorinnen und Senioren mit einer Sehbeeinträchtigung fühlen sich von spezialisierten Beratungsangeboten häufig nicht angesprochen („Ich bin doch nicht blind oder sehbehindert!“). Dabei wird ein Sehverlust im Alter vielfach als beängstigend erlebt, insbesondere dann,

¹ Seifert 2017

² Kampmann 2015, Spring 2017

wenn weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen vorhanden sind.

Die AG hat sich seit ihrer Gründung im Jahr 2012 dementsprechend bisher mit folgenden Themen befasst:

- Auswirkungen von Sehbeeinträchtigung bei gleichzeitiger Schwerhörigkeit (erworbene Hörsehbehinderung)
- Auswirkungen von Sehbeeinträchtigung in Verbindung mit Demenzerkrankungen
- Altersspezifische Lehr- und Lernformen
- Die Motive und die Motivation zur Teilnahme an Beratung und Rehabilitation in Lebenspraktischen Fähigkeiten, Orientierung und Mobilität sowie Low Vision

Unter dem Aspekt der Teilhabe sind nicht alleine die Seniorinnen und Senioren, sondern auch die nächsten Angehörigen betroffen, denn die Sehbeeinträchtigung beeinflusst ebenso ihre Lebenssituation, insbesondere Rollenverhältnisse und alltägliche Aufgabenverteilungen.

Beteiligte Akteure

Das gültige Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen ist Grundlage für das Planen und Handeln der Arbeitsgemeinschaft des VBS sowie aller Akteure im Feld.³

Wir sehen die Notwendigkeit für ein flächendeckendes und bedarfsorientiertes, mit hochqualifiziertem Personal ausgestattetes Netz an Beratungs- und Rehabilitationsstellen. Diese müssen gerontologisch fundierte rehabilitative, medizinisch-optische, psychologische, rechtliche und soziale Dienstleistungen in mobiler und ambulanter Form umfassen. Für den Aufbau sind spezialisierte Reha-Fachkräfte, Low Vision-qualifizierte Fachpersonen, spezialisierte Einrichtungen und insbesondere die Akteure der allgemeinen Seniorenarbeit zur Zusammenarbeit aufgefordert.

Seniorinnen und Senioren mit einer Sehbeeinträchtigung sollen gleichermaßen von erfahrenen betroffenen Senioren begleitet werden. Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe bieten Orientierung, Erfahrungswissen und emotionale Unterstützung. Die Arbeitsgemeinschaft betrachtet die Zusammenarbeit zwischen Fachhilfe und Selbsthilfe als selbstverständlich und sieht darin eine gute und produktive Komplementarität.

Die Finanzierung der Beratung und Rehabilitation für Seniorinnen und Senioren mit Sehbeeinträchtigung muss jener in anderen Lebensphasen und anderen Gesundheitsbereichen gleichgestellt werden. Rehabilitation bei Sehbeeinträchtigung muss ordnungswürdig werden, damit sie von den Senioren als nützlich und wichtig erachtet wird, aber auch, damit sie aus der Sicht der gesetzlichen und privaten Krankenkassen, weiterer Kostenträger und der Augenheilkunde als Teil eines Behandlungskonzeptes betrachtet wird. Die AG

³ UNO 2006, z.B. Artikel 26 „Habilitation und Rehabilitation“: siehe Box 2

Verband für Blinden- und
Sehbehindertenpädagogik e.V. (VBS)

lädt die Organisationen des Gesundheitswesens zum Dialog ein.

Das multidisziplinäre Vorstands-Team der AG Rehabilitation und gesellschaftliche Teilhabe sehbehinderter und blinder Seniorinnen und Senioren im VBS nimmt sich dieser vernachlässigten Themen im Rahmen des VBS und der vielfältigen dort möglichen Kooperationen an und fördert den fachlichen Austausch und die Entwicklung und Weiterentwicklung der für die Zielgruppe zugeschnittenen interdisziplinären Angebote.

Des Weiteren organisiert und veranstaltet die AG Fachtagungen und Fortbildungen unter Einbeziehung neuer Forschungsergebnisse und Konzepte.

State of the Art zur sehbehinderungsspezifischen Beratung von Seniorinnen und Senioren:

Jegliche Aktivität zur Rehabilitation und gesellschaftlichen Teilhabe sehbehinderter und blinder Seniorinnen und Senioren ist komplex und unbedingt interdisziplinär.

- Die Aussage „Rehabilitation beginnt dann, wenn die Augenmedizin aufhört“, ist veraltet und falsch. Sobald die Selbstversorgung im Alltag nur noch eingeschränkt möglich ist, das Lesen nicht mehr funktioniert oder erste Unsicherheiten in der persönlichen Fortbewegung erlebt werden, sollten Expert/inn/en konsultiert werden.
- Jedem Angebot sollte immer eine individuelle Beratung vorausgehen, um die persönliche Situation sowie individuelle Interessen und Bedarfe gemeinsam abzuklären.
- Die Erstberatung umfasst neben Informationen über weiterführende Angebote, Selbsthilfeorganisationen, Reha-Fachdienste, spezifische Hilfsmittel und sozialrechtliche Aspekte auch die psychosoziale Beratung.
- Beratung beinhaltet auf Wunsch den Einbezug der engeren Angehörigen bzw. je nach Wohnsituation anderer Bezugspersonen (z.B. Mitarbeiter/innen der Altenpflege).
- Themen sind z.B. eine Wohnumfeld-Abklärung und -Anpassungsberatung (Barrierefreiheit, Hindernisse, Licht, Kontrast, Farbe) vor Ort wie auch Angebote für eine alltagsnahe Sensibilisierung.
- Eine professionelle Low Vision(LV)-Beratung ist eine unverzichtbare Ergänzung zur augenmedizinischen Behandlung und der Ausgangspunkt für alle weiteren Schritte. Im Verlauf der LV-Beratung werden die vorhandenen Sehpotentiale geklärt und geeignete Hilfsmittel praktisch erprobt.
- Jede Aktivität empfiehlt eine parallele bedarfsorientierte individuelle Einschätzung der auditiven und kognitiven Funktion/Situation und berücksichtigt deren Ergebnisse in jeder ihrer Strategien!

- Im Rahmen des jeweiligen Angebots werden Fragen zu den einschränkenden Auswirkungen und Folgen thematisiert. Die eigene Einschätzung: „Wie sehe ich?“ und „Was brauche ich?“ ist der wegweisende Ausgangspunkt für die gemeinsame Bearbeitung konkreter Lösungen für die Autonomie im Alltag.
- Angebote berücksichtigen die persönlich wichtigen Ressourcen auf psychischer und gesellschaftlicher Ebene, über die ältere Mitbürger verfügen, ihre Lebenserfahrungen und Lebensziele (Wie habe ich andere Probleme gemeistert? Was steht jetzt für mich im Vordergrund?).
- Methodik und Didaktik sind altersgemäß angepasst (z.B. Gestaltung der Lernsequenzen) und vermitteln auch kompensatorische Strategien (z.B. Hilfe und Begleitung anfordern). Sie berücksichtigen die individuellen Voraussetzungen (z.B. Gehvermögen, Tastsinn, Hörvermögen) sowie den Sehverlust verstärkende gesundheitliche und soziale Fragestellungen (kognitive Leistungseinbußen, fehlende soziale Unterstützung, Schwerhörigkeit usw.).
- Die AG tritt ein gegen die Unterversorgung in der Erkennung von Sehbehinderungen, sowohl im häuslichen Umfeld als auch in stationären Einrichtungen.

Notwendigkeiten

Wir sind weit von einer flächendeckenden, bedarfsorientierten und qualitativ durchgehend hochwertigen Struktur entfernt. Wir brauchen deshalb

- eine starke Vernetzung mit den im Aufgabenfeld bereits aktiven Expert/inn/en, mit der allgemeinen Seniorenarbeit auf allen Landesebenen, mit den Partnern im Gesundheitsbereich und der Sozialpolitik.
- eine sich ergänzende, komplementäre Zusammenarbeit mit den Beratungsnetzen der Selbsthilfe.
- einen regelmäßigen Austausch mit spezifischen und allgemeinen Fachorganisationen der Seniorenarbeit, die diese auf regionaler Ebene umsetzen.
- eine Systematik in der Gesundheits- und Sozialpolitik, die dafür Sorge trägt, dass bedarfsorientierte Angebote mit einer auskömmlichen Regelfinanzierung umgesetzt werden können.
- weiterhin mehr ausgebildete Fachkräfte für die Aufgabenfelder Orientierung und Mobilität, Lebenspraktische Fähigkeiten und Low Vision Beratung /Sehhilfenanpassung.
- in allen Fachausbildungen die Vermittlung gerontologischer Kenntnisse, damit die Seniorinnen und Senioren eine ihren Lebenszielen und Lebensrealitäten angemessene Dienstleistung erhalten.

Die AG „Rehabilitation und gesellschaftliche Teilhabe sehbehinderter und blinder Seniorinnen und Senioren“ spricht dazu alle erwähnten Partner an und lädt ein zur Kooperation.

Literatur (Auswahl):

- Adler, J., Blaser, R., & Wicki, M. T. (2016). Pflege und Betreuung von Personen mit Seh- oder Hörsehbeeinträchtigungen und einer Demenzerkrankung – Leitsätze für eine gute Praxis in Pflege und Betreuung.
- 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.
- 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.
- 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.
- Blista – Deutsche Blindenstudienanstalt e.V. (2014). Angebot „Rat und Hilfe bei Sehverlust im Alter“. Konzeption.
- Burmedi, D., Becker, S., Heyl, V., Wahl, H.-W., & Himmelsbach, I. (2002a). Behavioral consequences of age-related low vision.
- Burton, A. E., Shaw, R. L., & Gibson, J. M. (2015). Living together with age-related macular degeneration: An interpretative phenomenological analysis of sense-making within a dyadic relationship.
- Esch F.-J. (2014) Projekt Lotse - Entwicklung und Evaluation eines Interventionskonzepts zur Beratung und Begleitung älterer Menschen mit Sehbehinderung und Blindheit. www.sbs-frankfurt.de.
- Griffon, P., & Renoux, P.-F. (2003). Nouvelle approche dans la prise en charge des personnes âgées présentant une déficience visuelle récente.
- Hajek, A., Brettschneider, C., Lühmann, D., Eisele, M., Mamone, S., Wiese, B. et al. (2016). Effect of Visual Impairment on Physical and Cognitive Function in Old Age: Findings of a Population-Based Prospective Cohort Study in Germany.
- Heussler, F., Seibl, M., & Wildi, J. (2016). Menschen mit Sehbehinderung in Alterseinrichtungen: Gerontagogik und gerontagogische Pflege – Empfehlungen zur Inklusion.
- Heyl, V. (2017). Blindheit und Sehbehinderung aus der Perspektive einer Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. In VBS (Ed.), Perspektiven im Dialog. Kongress für Blinden- und Sehbehindertenpädagogik Graz 2016.

- Himmelsbach, I. (2009). Altern Zwischen Kompetenz und Defizit: Über den Umgang mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit am Beispiel der altersbedingten Makuladegeneration.
- Kampmann S., Koob-Mattes A.M., Kandert T. (2015), Sehen im Alter – Leitfaden für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der stationären Altenpflege
- Lauber-Pohle S. (2012): Zwischen Standardisierung und subjektiver Erfahrung: Evaluation von Schulungen in Lebenspraktischen Fähigkeiten bei blinden- und sehbehinderten Menschen im höheren Lebensalter.
- Lauber-Pohle S., Spenner K.(2010): Evaluation des Konzeptes und der Wirksamkeit des Unterrichts in Lebenspraktischen Fähigkeiten - LPF
- 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.
- Scholz, U., König, C., Eicher, S., & Martin, M. (2015). Stabilisation of health as the centre point of a health psychology of ageing. Psychology & health.
- Seifert, A., & Kühne, N. (2016). Sehbehinderung und Alter. Vergleich zwischen früh und spät eingetretener Sehbehinderung im Zeichen einer Diskussion zu Interdisziplinarität.
- Seifert A., Schelling H.R. (2017) Im Alter eine Sehbehinderung bewältigen – Synthesebericht zur Studie COVIAGE (Coping with visual impairment in old age)
- Spring, S. (2017). Sehen und hören in Spitex- und Heimpflege - Eine explorative Studie zu Sinneserkrankungen und Demenz im Spiegel des RAI-Assessments in Alters- und Pflegeheime sowie in der ambulanten Krankenpflege der Schweiz.
- Sutter, M. (2008). Low Vision-Rehabilitation bei altersabhängiger Makuladegeneration unter besonderer Beachtung eines umfassenden Assessments.
- Suttie, A. (2012). Visual impairment, blindness in an aging society.
- 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.
- UNO, WHO (2006). Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.
- Wahl, H.-W., Heyl, V., & Langer, N. (2008). Lebensqualität bei Sehbeeinträchtigung im Alter: Das Beispiel altersabhängige Makuladegeneration.
- 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.
- Wettstein, M., Wahl, H.-W., & Heyl, V. (2015). Cognition—Well-being relations in old age: Moderated by sensory impairment.

UNO-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung 2006

Artikel 26 „Habilitation und Rehabilitation“:

1. Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, namentlich auch durch Rückgriff auf Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Teilhabe und Teilnahme an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste, dergestalt, dass diese Dienste und Programme

a) im frühestmöglichen Stadium beginnen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen;

b) die Teilnahme und Teilhabe an der Gemeinschaft und an allen Aspekten des gesellschaftlichen Lebens unterstützen, freiwillig sind und Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich, zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Räumen.

2. Die Vertragsstaaten fördern die Entwicklung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte und Mitarbeiter in Habilitations- und Rehabilitationsdiensten.

3. Die Vertragsstaaten fördern die Verfügbarkeit, Kenntnisse und die Verwendung von Geräten und assistiven Technologien, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, für die Zwecke der Habilitation und Rehabilitation.