

Sehbehinderung im Alter – eine Herausforderung für die Ergotherapie

Die Unterstützung zur Wiedererlangung der Handlungsfähigkeit steht in der Rehabilitation mit Menschen mit Sehbehinderung im Vordergrund. In der Deutschschweiz sind erst wenige ErgotherapeutInnen im Blindenwesen tätig. Die Erfahrungen im Wohnheim Mühlehalde, Zahlen und Prognosen legen nahe, dies zu ändern.

Fatima Heussler, Bilder Patrick Gutenberg

Frau K. – Ein Schulbeispiel in der Mühlehalde: Frau K., 1924, geschieden, zwei Kinder, stammt aus der Innerschweiz. Sie lebte seit 1948 in einem Aussenquartier von Zürich, versorgte die Kinder, den Haushalt und war froh um die Bürostelle, an der sie viele Überstunden machen musste. Später ernährte sie sich und die Kinder mit Reinigungsarbeit. Der Heimeintritt fand 2009 wegen einer altersbedingten Makuladegeneration (AMD) auf Anraten des Hausarztes statt. Das augenärztliche Zeugnis beschreibt, dass «Finger zählen» nicht möglich ist¹. Frau K. kann nicht mehr lesen und das Essen im Teller nicht erkennen. Eines der Kinder besucht sie regelmässig, das andere hat sich abgewandt. Weitere externe Kon-

takte pflegt sie nicht. Beim Eintritt ins Heim meinte Frau K., sie könne sich gut anpassen und brauche keine besonderen Aktivitäten. Am liebsten sei sie «für sich». Dass Frau K. neben der Sehbehinderung auch an einer Depression litt, wurde in den ersten Wochen im Heim deutlich. Heute ist Frau K. eine eifrige Produzentin im Werkatelier. Ihre Schalen und Halsketten aus Papier maché sind ein Verkaufserfolg. Sie ist im Kreis der Mitbewohner offen und herzlich. Mit den sehbehinderungsspezifischen Rehabilitationstechniken LpF (Lebenspraktische Fähigkeiten) und O&M (Orientierungs- und Mobilitätstraining) der spezialisierten Ergotherapeutinnen und der unterstützenden Pflege und Betreuung



Fatima R. Heussler, 59, lic. iur., Supervisorin IAP, zert. Gerontologin INAG. 1993–2009 Heimleiterin Blindenwohnheim Mühlehalde, ab 2010 Gesamtleitung Stiftung Mühlehalde (www.muehlehalde.ch). Leitet die Abteilung Entwicklung und Transfer (E&T) Mühlehalde. E&T vermittelt Fachwissen über bauliche, strukturelle und organisationelle Besonderheiten in einer sehbehinderungsfreundlichen Altersorganisation und über sehbehinderungsspezifische Pflege und Rehabilitation im Alter im ambulanten und stationären Bereich.
f.heussler@muehlehalde.ch

des fachlich gemischten Teams gewann sie Mobilität und manche ihrer verloren geglaubten Kompetenzen (Selbstpflege, Essen und Trinken, Kommunikationskompetenzen) zurück, andere hat sie gelernt, an die Mitarbeitenden im Heim zu delegieren und mit bedrückenden Momenten hat sie einen für sie verträglichen Umgang gefunden.

In diesem Schulbeispiel sind einige wesentliche Elemente der im Alter eintretenden starken Sehbehinderung und möglicher positiver Entwicklungen zusammen gefasst:

1. Die Biografie der Patientin hat einen wesentlichen Einfluss auf deren Umgang mit der Sehbehinderung.
2. Der Eintritt ins Heim erfolgt meist erst dann, wenn «es zu Hause gar nicht mehr geht», wenn also die Sehbehinderung bereits sehr weit fortgeschritten ist.
3. Die familiäre und soziale Einbettung der Klientin stellt eine wichtige Ressource dar.
4. Sozialer Rückzug und Isolation sind eine häufige Folge der Sehbehinderung.
5. Kompetenzwahrnehmung und sinnvolle Handlungen als Elemente subjektiver Lebensqualität brauchen oft den Spiegel der Aussenwelt (Handlungen gelten mehr, wenn sie im «richtigen Leben», nicht bloss im eigenen Biotop geschätzt werden).
6. Die erfolgreiche Rehabilitation braucht das Zusammenspiel von Motivation durch reale, das heisst erstrebenswerte und erreichbare Ziele und die kompetente Vermittlung sehbehinderungsspezifischer Techniken (O&M, LpF und Low vision²).
7. Nicht alles muss selber gemacht werden. Aber das, was nicht selber erledigt werden kann, kann delegiert werden – dafür braucht sich niemand zu schämen oder über Gebühr dankbar zu sein.

¹ Häufige Form augenärztlicher Diagnose bei einem Visus < 0,5. Fingerzählen wird zur semi-quantitativen Bestimmung der Erkennung auseinander liegender Punkte genutzt, vgl. Sehschärfebestimmung nach Europäischer Norm.

² Die drei spezialisierten Rehabilitationsfächer im Sehbehindertenwesen.



DAISY kennenlernen – DAISY steht für: *Digital Accessible Information System*.

8. Eine depressive Verstimmung oder Depression als Folge der Sehbehinderung kann reversibel sein.

Das Leben erlaubt nicht immer eine so umfassend erfolgreiche Rehabilitation wie in unserer Fallvignette dargestellt. Der Heimeintritt wird meist dann vollzogen, wenn neben der Sehbehinderung und ihren psychischen und psychosozialen Folgen medizinische Beschwerden auftreten, ein Sturz etwa, Mangelernährung oder anderes. In den allermeisten Fällen werden aber mit sehbehinderungsspezifischer Rehabilitation Teilziele erreicht. Schon dies stellt eine markante Verbesserung der Gesamtsituation dar.

Sehbehinderung im Alter – Rehabilitation oder doch lieber nicht?

Sehschärfe wird nicht in absoluten Werten, sondern altersabhängig beschrieben [1]. So kann bei einer jungen, augengesunden Person ein Visus von 2 als normal gelten, bei alten Menschen ein Visus von 0,5 der Norm entsprechen. Geringe Sehschärfe ist aus unterschiedlichen ophthalmologischen Gründen (Diagnosen) demografisch gesehen ein Altersthema. Es wird, insbesondere in Politik und Verwaltung, kontrovers diskutiert, ob eine Sehbehinderung im Alter eine Behinderung ist oder eine normale Altersfolge. In diesen Diskussionen interessiert denn

auch der Unterschied einer Sehschärfe von 0,5 zu einer solchen von 0,3 wenig. Je nach Standpunkt in dieser Diskussion stellt eine ausgeprägte AMD eine Behinderung dar oder nicht [2], was unterschiedliche versicherungsrechtliche Folgen hat. Die Frage kann in unserem Zusammenhang dahingestellt bleiben – die unten angeführten Zahlen und die erfolgreiche Praxis sind ein deutlicher Bedarfsnachweis für den rehabilitativen sehbehinderungsspezifischen Auftrag. Diese Bemerkung ist deshalb nötig, weil die soziomedizinische Altersarbeit unter starkem politischem und gesellschaftlichem Spardruck steht und die Vorstellung, dass nun auch noch vermehrt Ergotherapeutinnen in der Altersarbeit gebraucht werden sollen, nicht nur auf Zustimmung, sondern auch auf harsche Ablehnung stossen dürfte. Daher braucht es nicht nur gute Erfahrungen mit Ergotherapie mit Menschen mit Sehbehinderung wie im Wohnheim der Stiftung Mühlehalde, sondern auch die Studien, die solche Erfahrungen sichtbar machen.

Sehbehinderung im Alter – Zahlen, Fakten und Vermutungen

Die statistische Datenlage über von Sehbehinderung oder Blindheit betroffene Menschen ist dürftig: So ist nicht bekannt, wie viele Personen in welchem

Alter von welchem Sehkraftverlust betroffen sind. Das erschwert die sozial- und berufspolitische Diskussion. Hier wird eine Annäherung auf der Basis bekannter Zahlen versucht.

Die Studie der Association pour le Bien des Aveugles et malvoyants, ABA (2004), stellt bei 43% der Heimbewohner in Genf eine Sehbehinderung fest, unter Einbezug des Kontrastsehens sogar bei 54%. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung³ 2007 stellt die Verbreitung von Sehbehinderung wie folgt fest: Insgesamt sind 7% der 65-jährigen zuhause lebenden Personen von leichten Sehbehinderungen betroffen, 2% leiden an starken Sehbehinderungen. 1% ist auch mit Brille nicht in der Lage, ein Buch oder eine Zeitung zu lesen. Im Alter nach 80 nimmt der Anteil an zuhause lebenden sehbehinderten Menschen zu. Stark sehbehindert oder erblindet sind gut 8% der 80- bis 84-jährigen Personen und 10% der über 84-jährigen Befragten, im Vergleich zu erst 3% der 75- bis 79-jährigen Personen. Bei den Bewohnern von sozialmedizinischen Einrichtungen sind 2008 / 09 bei den 65- bis 79-jährigen Heimbewohnern 11% sehbehindert, 18% bei den 80-jährigen und älteren Heimbewohnern [3]. Insgesamt lebten 2008 knapp 51 000 pflegebedürftige Menschen über 80 Jahren in Alters- und Pflegeheimen [4]. Bei 372 900 über 80 Jährigen in der Schweiz kann demnach, sehr sorgfältig geschätzt, eine Anzahl von 40 000 Menschen mit starker Sehbehinderung oder Blindheit vermutet werden!

Altersbedingte Makuladegeneration und ihre Folgen

Altersbedingte Makuladegeneration (AMD) gilt als die weitaus häufigste Sehschädigung im Alter. Sie ist progredient, führt aber nicht zur vollständigen Erblindung. AMD zeichnet sich dadurch aus, dass das zentrale Sehen, also das Scharfsehen, beeinträchtigt ist, häufig verbunden mit starker Blendempfindlichkeit und Nach-

³ Durch die Befragten selbst beurteilte Gesundheitssituation

lassen des Farbsehens. Demnach ist bei von AMD Betroffenen die Feinmotorik beeinträchtigt, nicht muskulär oder vom Skelett her, aber von der visuellen Steuerung her gesehen. Kochen, essen, trinken, sich waschen und kleiden, sowie alle manuellen Verrichtungen, die visuell gesteuert oder kontrolliert werden, werden schwierig oder können nicht mehr zuverlässig ausgeführt werden. Auch der Blick in den Spiegel oder auf den eigenen Körper ist nicht mehr aufschlussreich. Stolperfallen wie Treppen, Schwellen und ähnliches beeinträchtigen zusätzlich die Grobmotorik, die Mobilität. Dagegen ist oft die freie Bewegung in einem bekannten oder geschützten Raum unbeeinträchtigt möglich, da der (unscharfe) Sehrest des peripheren Sehens, der das ganze Gesichtsfeld umfasst, noch gegeben ist. Eine medizinische Bezeichnung dessen, was die Einbusse der Sehfähigkeit für den Menschen bedeutet, fehlt. Der Visus ist eine Verhältniszahl, mit der die Sehschärfe des Probanden im Verhältnis zur oben genannten «Norm» auf einigen wenigen Grad des Gesichtsfeldes beschrieben wird, was nicht identisch ist mit dem Nutzwert, den das Sehen für uns Menschen im bewegten Umfeld hat. Die Messung der Sehschädi-



LpF für die Kompetenz über die eigenen Kleider: die Ordnung im Schrank

gung, beispielsweise der von der AMD betroffenen Netzhautregionen, ist wenig aussagekräftig für die Sehkraft. Eingeschränktes Bewegungssehen, Blendung und eingeschränktes Farb- und Kontrastsehen sind im Alltag weitere hindernde Faktoren neben dem Unschärfsehen. Wir wissen also aufgrund einer Diagnose nicht, wer was sieht, beziehungsweise nicht sieht. Umso wichtiger ist es, sich im Kontakt mit Klienten mit Sehbehinderung bewusst zu machen, dass die subjektive Äusserung die einzig verlässliche Aussage über die Sehkraft ist. Sie kann von Tag zu Tag schwanken und es können für uns Aussenstehende überraschenderweise Dinge gesehen oder eben nicht gesehen werden.

Sehschädigung wird von den Betroffenen meist nicht erkannt

Von AMD betroffene Personen erkennen meist die Sehschädigung selber nicht als solche: Fehlt wegen einer Retinaerkrankung ein Teil des Gesichtsfeldes, ergänzt das Gehirn den ausgefallenen Teil mit den Informationen, die ihm aus dem intakten Retinabereich zur Verfügung stehen. Die Augenärzte sprechen dabei vom «filling-in» [5]. Das Ergebnis ist ein meist unscharfes und farblich trübes Gesamtbild. Die Klienten «sehen» keinen Gesichtsfeldausfall. Sie fühlen sich zwar im Alltag beeinträchtigt, erleben diese Beeinträchtigung mindestens zu Beginn aber oft als zum Altern gehörig und gehen damit je nach Persönlichkeit und Biografie sehr unterschiedlich um. Oft klagen Klienten darüber, nicht mehr lesen zu können. Aber andere Verluste durch den Wegfall des Scharfsehens nehmen viele als unvermeidbare Begleiterscheinung des Alterns. Die Veränderung geht langsam vor sich: Sich selber im Spiegel nicht mehr zuverlässig zu sehen, Gesichter von Tag zu Tag schlechter erkennen zu können, Flecken auf den Kleidern nicht wahrzunehmen, all das muss einem nicht auffallen, eine gewisse Gewöhnung kann sich einstellen – es kann ja nicht erkannt werden, was man nicht sieht. Als Mangel wird die Sehbe-

hinderung dort erlebt, wo die Betroffene weiss, dass sie etwas sehen könnte – beim Handarbeiten, beim Lesen oder beim Haushalten – bei Handlungen, die das Scharfsehen erfordern. Weil die Sehschädigung als solche aber nicht erkennbar ist, werden auch Folgeerscheinungen wie visuelle Pseudodemenz und depressive Verstimmungen nicht damit in Verbindung gebracht, was zu Fehldiagnosen führen kann.

Ergotherapie mit Menschen mit Sehbehinderung im stationären und im ambulanten Feld

Wenn – um herausfordernde Situationen zu beschreiben – eine Sehbehinderung eingetreten ist, die zwar mit bestimmten Techniken verbessert werden könnte, die aber bereits seit längerer Zeit Normalität geworden ist, wenn Rückzug, Selbstbeschränkung und allenfalls eine depressive Verstimmung Alltag geworden sind, wenn zusätzlich die Furcht davor, Kosten zu verursachen und anderen zur Last zu fallen, sowie ein Gefühl von Nutzlosigkeit in einer Gesellschaft von Jungen und Schönen sich breit machen, dann braucht es Fachpersonen [6], die über Arbeitstechnik (ergotherapeutischer Prozess) zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit verfügen und über die Aufgeschlossenheit und Empathie, um zu erkennen, was ihrem Gegenüber längerfristig und momentan möglich ist und die die Zuversicht ausstrahlen, dass dies erreichbar ist [7]. Ergotherapie ist als Grundausbildung hervorragend geeignet, in Verbindung mit einer zusätzlichen Spezialisierung in Sehbehindertenrehabilitation, mit diesen Menschen Schritte aus der Behinderung hinaus, hin zu erneuter Teilhabe und Selbständigkeit zu tun. Im ambulanten Feld wie in der Alterseinrichtung ist die enge Zusammenarbeit mit Haus- bzw. Heimärzten, mit Spitex, allenfalls mit Angehörigen dem Prozess dienlich. Der Pflegeprozess wie auch der agogische Prozess folgen den selben Schritten wie der ergotherapeutische Prozess, was die inter- oder transdisziplinäre Zusammenarbeit erleichtert

Ergotherapie mit Menschen mit Sehbehinderung im AHV-Alter aus rechtlicher Sicht

Kann die Ergotherapeutin selbständig mit den Krankenkassen abrechnen, arbeitet sie mit ärztlichen Verordnungen. Ist dies nicht der Fall, wie bei einer Ergotherapeutin, die ohne selbständige Anerkennung vom Heim angestellt ist, so ist ihre spezialisierte rehabilitative Leistung als delegierte Pflegeleistung abzurechnen. Dies kann ohne ärztliche ergotherapeutische Verordnung im Rahmen des gesetzlichen Pflegeauftrages geschehen. Die delegierte ergotherapeutische Pflegeleistung wird dann im Pflegeprozess erfasst, geplant, durchgeführt, dokumentiert und ausgewertet. In beiden Fällen arbeitet die Ergotherapeutin direkt mit der Klientin (oder mit Klientengruppen). Sie bezieht die Pflegefachpersonen in ihre Zielsetzung ein und wird von diesen über die Pflegeziele informiert. Meist verfolgen beide Berufsgruppen mit je ihren Instrumenten und Methoden die gleichen oder ähnliche Ziele. Wenn sich dies mit den Pflegezielen vereinbaren lässt, instruiert die Ergotherapeutin die Pflegefachpersonen so, dass diese zwischen den Therapieterminen mit der Klientin üben können. Im stationären wie im ambulanten Feld ist die rehabilitative Ergotherapie mit Menschen mit Sehbehinderung im Alter noch ebenso wenig verbreitet wie die sehbehinderungsspezifische Pflege und wie die Kenntnis über Sehbehinderung im Alter und ihre Therapiemöglichkeiten bei den Hausärzten und in der breiten Öffentlichkeit. Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind aber ebenso gegeben wie der Bedarf.

Sehbehindertenrehabilitation im Alter – in der Schweiz noch keine öffentliche Aufgabe

Anfang des 20. Jahrhundert formierten sich in der Schweiz die Fürsorge und die Selbsthilfe für Blinde, wie damals blinde und sehbehinderte Menschen genannt wurden und sich nannten⁴. In Deutsch-

land und anderen kriegsbetroffenen Ländern bildete sich in der Folge der Kriege im letzten Jahrhundert eine staatliche Unterstützung für Blinde und Sehbehinderte heraus, die sowohl die schulische Ausbildung für Betroffene wie die Ausbildung von Rehabilitationsfachpersonen umfasste. So haben viele blinde Schweizer in Marburg ihr Abitur gemacht und an mehreren Universitäten (u.a. Marburg, Heidelberg, Berlin) kann in den Fächern Blinden- oder Sehbehindertenpädagogik ein Abschluss erlangt werden. In der Schweiz blieben die Rehabilitation für Erwachsene wie auch die Ausbildung zur Rehabilitationsfachperson in den Händen der Selbsthilfe und der Fürsorge, also privat organisiert. Der Dachverband, der Schweizerische Zentralverein für das Blindenwesen, SZB, bietet heute, teilweise in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Heilpädagogik, Aus- und Weiterbildungen an. Lange Zeit waren die Beratungstätigkeit und das Rehabilitationsangebot der Organisationen im Blindenwesen auf die ambulante Begleitung von jüngeren Menschen mit Sehbehinderung ausgerichtet. Form und Inhalt der möglichen Unterstützung im Rahmen der Alterspflege war noch wenig bekannt.

So hatte auch die Stiftung Mühlehalde jahrelang die hauseigene sehbehinderungsspezifische Ergotherapie über Spendengelder finanziert. Dank der pflegerischen und ergotherapeutischen Fachentwicklung und der Neuregelung der Pflegekosten ist das heute nicht mehr nötig. Der Weg für die Zusammenarbeit zwischen Alterspflege und Ergotherapie ist geebnet und es ist wünschbar, dass auch in der Deutschschweiz vermehrt Alterseinrichtungen und die ambulante Pflege diesen Weg beschreiten: zugunsten der alten Menschen mit Sehbehinderung.

Interview mit Christine Kastrinidis (CK) und Stefania Balzan (SB)

Fatima Heussler: *Worin besteht die Arbeit der Ergotherapeutin in der Mühlehalde?*

SB: Beim Eintritt ins Wohnheim versuche ich die Bewohnerin oder den Bewohner soweit zu unterstützen, dass sie im veränderten Alltag zurechtkommen. Der Umzug bringt mit sich, dass sie sich in neue Strukturen einfinden, sich ein neues Daheim schaffen und neue Routinen und Gewohnheiten entwickeln müssen. Dies ist häufig mit grosser Trauer über verschiedene Verluste verbunden. Diese gilt es aufzufangen, indem diese Gefühle Platz haben dürfen, aber auch neue Möglichkeiten aufgezeigt werden und Schritt für Schritt mit den Bewohnern im Rahmen der Möglichkeiten und Grenzen Inhalte im Betätigungsverhalten entdeckt, oder wieder entdeckt, werden.

CK: Ich will herausfinden, wie der Mensch lebte, wie er sich selbst verwirklichte – mir ein Bild von der Person machen und daraus eine Vorstellung gewinnen, was für diese Person wichtig ist. Oft kann die neu ins Heim eingetretene Person ihre Ziele nicht formulieren, ja sie kann sich nicht vorstellen, dass das Leben anders werden könnte. Auf dem Weg dahin ist es nötig, sich zuerst im Raum zurechtzufinden und sich im neuen sozialen Umfeld wohl zu fühlen. Darum bestimme ich mit der Bewohnerin zusammen die ersten Ziele, das kann das Finden des Weges zur Toilette sein. So kann sie am neuen Ort durch Orientierung eine Grundsicherheit gewinnen.

SB: «Bewusst angenommene Abhängigkeit» ist ein Ausdruck, dem ich im Rahmen der Ausbildung zur Spezialistin für die Rehabilitation von sehbehinderten und blinden Menschen begegnet bin: Er beschreibt die Möglichkeit ein selbstbestimmtes Leben zu führen, wobei die KlientIn in die Lage versetzt wird, bewusst Entscheidungen im Bezug auf Handlungsmöglichkeiten zu fällen. Es kann bedeuten, sich bei der Körperpflege helfen zu lassen, um mehr Energie für andere Aktivitäten zu haben, die einem sehr wichtig sind, wie z.B. das Hören eines Hörbuches. Dies beinhaltet, dass ich zusammen mit der Bewohnerin oder dem

⁴ Heute verstehen wir in der Schweiz Sehbehinderung als Oberbegriff für Blindheit und Sehbehinderung.

Bewohner herausfinden, was für sie oder ihn bedeutungsvolle Aktivitäten sind und wir dann nach Möglichkeiten suchen, um diese durchführen zu können.

Was ist anders in der ergotherapeutischen Behandlung von Menschen mit Sehbehinderung, verglichen mit sehenden Menschen?

SB: Durch die Sehbehinderung werden alle Lebensbereiche massgeblich beeinflusst. Ein Grossteil der Aktivitäten beinhaltet visuelle Anteile, die selbstverständlich genutzt werden, um diese oder Teilschritte davon durchzuführen. Der Wegfall der Augenkontrolle bedeutet somit eine sehr grosse Veränderung im Bezug auf bekannte Handlungsabläufe und Strategien. Als Therapeutin bin ich dann jeweils gefordert, eine Brücke zu schlagen zwischen «der sehenden Welt» und den Möglichkeiten, die es gibt, Handlungen ohne Augenkontrolle durchzuführen. Was sich hingegen wenig von der ergotherapeutischen Behandlung in anderen Bereichen unterscheidet, ist, mit kleinen Zielen (Zwischenzielen auf dem Weg zu grösstmöglicher Selbstständigkeit) zu beginnen und somit den Bewohnerinnen und Bewohnern zu helfen, erste Selbstwirksamkeitserfahrungen zu machen.

CK: Den grundlegenden Unterschied stellt der Verlust des Augenlichtes, ein für den Menschen äusserst wichtiges Sinnesorgan, dar. Somit fokussiert die Ergotherapie bei Personen mit Sehbehinderung im Wesentlichen den Ausbau, respektive die Verfeinerung der restlichen Sinnen. Bei unseren Bewohnerinnen und Bewohnern fliesen weitere, altersbedingte Erscheinungen, z.B. Hörminderung oder Bewegungseinschränkungen als zusätzliche Hürden in diesen Prozess ein.

Als Sinnesbehinderung ist Sehbehinderung ein Thema, das neben funktionalen auch psychische und psychosoziale Auswirkungen hat. Welche Rolle im inter- oder – in der Mühlehalde – im transdisziplinären professionellen Zusammenwirken nimmt die Ergotherapie wahr?

CK: Seit meiner Ausbildung als Ergotherapeutin, war der ganzheitliche Blick auf

die Klienten eine Selbstverständlichkeit. Mit blinden und sehbehinderten Menschen als Ergotherapeutin zu arbeiten heisst: Für und mit dem Menschen eine alles in Bewegung bringende neue Sichtweise zu erarbeiten, ohne visuelle Möglichkeit, und diese neue Sichtweise in Handlung umzusetzen.

SB: Die grossen Veränderungen, die mit der Sehbehinderung einhergehen, können dazu führen, dass die Selbstwahrnehmung mit den eigenen Möglichkeiten und Grenzen herabgesetzt ist und keine Perspektiven gesehen werden können. Die Bewohnerin, den Bewohner zu motivieren und die Bedürfnisse zu erkennen, ist Teil meiner Aufgabe als Ergotherapeutin. Dabei helfen mir u.a. die Kenntnisse über Aktivitätsanalyse, Hilfsmittel und die verschiedenen Einflüsse auf die Betätigungsperformanz, wie z.B. die Auswirkungen der Veränderung und Anpassung der Umwelt. Nicht zuletzt habe ich in der Ausbildung zur Ergotherapeutin gelernt, bedeutungsvolle Aktivitäten mit dem Klienten zu identifizieren als Antrieb und Motivationsfaktor. Dieses Wissen bringe ich in die transdisziplinären Gespräche ein, bei denen die Ziele gemeinsam besprochen werden.

Was hat Euch die spezialisierte Ausbildung zur Orientierungs- und Mobilitätslehrerin, bzw. zur Fachperson im Sehbehindertenwesen für die heutige Aufgabe gebracht?

CK: Die tägliche Selbsterfahrung mit einer Dunkelbrille während drei Monaten hat mir einen Zugang zu Sehbehinderung ermöglicht.

SB: Ich stehe noch am Anfang der Ausbildung zur Spezialistin für die Rehabilitation von sehbehinderten und blinden Menschen im Bereich der lebenspraktischen Fertigkeiten und somit habe ich erst die Grundlage Module, die Basis- und Hintergrundinformation zum Thema beinhalten, besucht. Für mich stellten diese Kurse eine vertiefte Sensibilisierung zu Blindheit und Sehbehinderung dar. Dieses Wissen ist sehr hilfreich, da in der Ergotherapieausbildung die Sehbehinderung nur im Rahmen des Geriatrieunterrichtes angeschnitten wurde. Begleitend

findet in meinem Berufsalltag auch ein enger Austausch mit einer Spezialistin für Lebenspraktische Fertigkeiten statt. Durch intensives Coaching werde ich bei Fragen und Unsicherheiten fachlich unterstützt. Dieser Austausch ist sehr wertvoll, da ich in meiner täglichen Arbeit immer wieder an Grenzen stosse, weil ich zu sehr als «sehende Person denke» und mir das nötige Wissen über Adaptations- oder Anleitungsmöglichkeiten teilweise noch fehlt.

Ich bedanke mich für das Gespräch und Euren wertvollen und erfolgreichen Beitrag in der Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner der Mühlehalde.

Christine Kastrinidis, (CK) 1950, ET-Diplom 1973, Zürich, als ET in der Psychiatrie und Handchirurgie, WB zur Orientierungs- und Mobilitätslehrerin in Zürich. Die Kursdauer war 1 _ Jahre, wobei drei Monate intensiv. Seit 25 Jahren in der Stiftung Mühlehalde

Stefania Balzan, (SB) Ergotherapeutin BSc (ZHF), seit 2010 in der Stiftung Mühlehalde, in Ausbildung zur Spezialistin für die Rehabilitation von sehbehinderten und blinden Menschen in Lebenspraktischen Fertigkeiten

Literatur

- [1] Bach, M., Kommerell, G., Sehschärfebestimmung nach Europäischer Norm: wissenschaftliche Grundlagen und Möglichkeiten der automatischen Messung; (Januar 2012); vorläufiges Manuskript auf: <http://www.uniklinik-freiburg.de/augenklinik/live/homede/mit/bach/ops/visus98.html>
- [2] Zur Diskussion der Definitionen des Begriffes Behinderung: Studie BFS, Neuchâtel 2009; Behinderung hat viele Gesichter, Definitionen und Statistiken zum Thema Menschen mit Behinderungen auf: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/22/publ.html?publicationID=3788>
- [3] Bundesamt für Statistik, BFS, Ende 2010
- [4] Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., Zumbunn, A., Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. (2011) Hrsg. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuenburg, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.
- [5] Sutter, F., Netzhautdegeneration - Ein anderes Sehen. (2009) Broschüre von Retina Suisse, www.retina.ch
- [6] Berufsprofil Ergotherapie 2005
- [7] Vgl. die Ausführungen des Hirnforschers Gerald Hüther über Verbundenheit (Zugehörigkeit) und Wachsen (Lernen) in www.drs2.ch, Perspektiven vom 22.01.2012 und auf www.gerald-huether.de