

Sehbehinderung und Demenz

Folgen einer Sehschädigung können für die betroffene Person oder für Aussenstehende wie eine demenzielle Entwicklung wirken. Die Gefahr einer Fehlbeurteilung ist gross. Die aktive Ermächtigung und die Kompensation von Folgebeeinträchtigungen durch eine Sehbehinderung lohnen sich in jedem Fall.

Es ist ein Unterschied, ob eine Sehbehinderung im höheren Alter eintritt oder ob eine Person, die seit Geburt oder früh im Leben sehbehindert oder blind ist, alt wird. Die einen haben schon vor langer Zeit gelernt, mit ihren Einschränkungen umzugehen und sind deshalb bereits «Expertinnen ihrer Behinderung», bei den anderen kann die Seheinschränkung eine Krisensituation auslösen. Mit einer neu auftretenden Sehbehinderung oder Erblindung verliert man die vertraute visuelle Steuerung und Kontrolle über viele Aktivitäten und wird in den Emotionen eingeschränkt, die über visuelle Erfahrungen ausgelöst werden. Es treten nicht nur funktionale und emotionale, sondern auch kognitive Folgen auf.

Behinderungsbedingte kognitive Einbussen

Die erste Vermutung, dass eine bestimmte Krankheit oder Störung vorliegen könnte, entsteht normalerweise auf der Basis von typischen Symptomen. Bei Sehbehinderung und Demenz treten überraschend viele gleiche oder ähnliche Symptome auf, allerdings mit ganz verschiedenen Ursachen. Eine Sehbehinderung zeigt sich zudem noch je nach Augenkrankung unterschiedlich.

Infolge fehlender oder irreführender visueller Informationen kann es zu Beeinträchtigungen in folgenden Bereichen kommen (Begründungen und einzelne Phänomene wurden bereits in der INFOnetz-Ausgabe vom Dezember 2016 erläutert):

- örtliche Orientierung: Gehrichtung verlieren, Weg nicht finden, nicht wissen, wo man sich befindet, stolpern über Schwellen oder andere Hindernisse, unsicheres und «suchendes» Gehen.
- zeitliche Orientierung: Tag-/Nacht-Rhythmus-Störungen, wenn durch fehlende Lichtstimulation die Produktion und Hemmung des Hormons Melatonin beeinträchtigt wird.
- Orientierung in der Situation und der eigenen Persönlichkeit: Gehirnaktivitäten wie das Filling-in oder das Charles-Bonnet-Syndrom können zu Verunsicherung, Selbstzweifeln und Verzagen führen («Ich sehe die Person in meinem Zimmer, aber die anderen sagen, es sei niemand da!»); man kann sich nicht verlassen auf das, was man sieht.
- Merkfähigkeit, Erinnerung: Anregungen der Merkfähigkeit durch «visuelle Anker» entfallen oder sind einge-

schränkt, zudem ermüdet es stark, mit der Vorstellung und der Erinnerung schlechtes Sehen kompensieren zu müssen.

- geistiges Leistungsvermögen («fluide Intelligenz»): Einschränkung der Kognition, weil visuelle Informationen fehlen; es kann zu kognitiven Einbussen kommen, obwohl die kognitive Leistungsfähigkeit eigentlich intakt ist. Das beeinträchtigt die Bewältigung von Alltagsaufgaben und die sozialen Kontakte.
- Interessen-, Handlungs- und Bewegungsradius: Die oben genannten Auswirkungen einer Sehbeeinträchtigung führen häufig dazu, dass der Radius innerlich und äusserlich enger wird, bis hin zu Rückzug und Isolation.

Beispiel zu eingeschränktem Radius

Frau Grolimund scheint Pouletbrüstli mit Spinat über alles zu lieben; sie kocht es sich mehrmals die Woche. Auf die Anregung von Anna Frick, Fachperson Betreuung, ob sie nicht etwas mehr Abwechslung in ihren Speiseplan bringen wolle und was sie denn sonst noch gerne esse, reagiert Frau Grolimund ungehalten: «Ich isse, was ich gärn han!» Erst als Anna Frick Frau Grolimund einmal zum Einkaufen begleitet, wird ihr klar: Frau Grolimund weiss genau, wo in den Gestellen sie Pouletbrüstli und Spinat findet. Bei allem anderen fühlt sie sich unsicher, und weil sie schlecht sieht, findet sie andere Produkte nicht leicht. Da ihre Nichte ihr einmal die Woche die meisten Einkäufe besorgt und nach Hause bringt, ist das bisher noch niemandem aufgefallen.

Frau Grolimund braucht etwas Zeit, bevor sie bereit ist, an ihrer Selbstorganisation etwas zu ändern. Dann aber kommt sie selbst auf die Idee, die ihr am besten gefällt: Sie überlegt sich am Freitag jeweils einen Wochenplan, was sie essen möchte und lässt sich von ihrer Nichte auch Frischwaren bringen. Zudem geht sie in Zukunft vor dem üblichen wöchentlichen Kaffeepausch mit der Mutter der Nachbarin einkaufen – die sieht noch gut.

Für die betroffene Person oder Aussenstehende können Folgen wie die oben in der Liste genannten wie demenzielle Erscheinungen wirken.

Gefahr der Fehlbeurteilung

Die Gefahr einer Fehlbeurteilung ist gross. Einerseits ist das Thema Demenz im fachlichen Umfeld wie in der Öffentlich-



keit so präsent, dass beim Beobachten solcher Symptome sehr schnell vermutet (oder befürchtet) wird, es könnte eine demenzielle Entwicklung dahinterstehen. Andererseits ist wenig bekannt, dass sich eine im Alter neu auftretende Sehschädigung so auswirken kann.

Der Psychologe Siegfried Lehrl und der Augenmediziner Kristian Gerstmeyer untersuchten in einer Studie die kognitive Leistung und der Demenzgrad von Patienten mit grauem Star (Katarakt) vor und nach der Operation, bei der die getrübe Linse durch eine neue künstliche Linse ersetzt wird. Sie stellten fest, dass bei den Patienten mit einer Demenzausprägung diese nach der Operation ganz weg oder mindestens deutlich reduziert war – ein eindruckliches Resultat.

Kann also Demenz mit einer Kataraktoperation geheilt werden? Nein. Vielmehr war die Ableitung «Demenz» aus den Testergebnissen zur kognitiven Leistung falsch. Bei anderen Augenerkrankungen dürfte das Gleiche gelten, weshalb Demenzannahmen bei Personen mit Sehbehinderung zunächst einmal anzuzweifeln sind. Daraus lassen sich zwei Folgerungen ziehen: Erstens ist bei einem Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung unbedingt die Sehfähigkeit der Person abzuklären und zweitens sind die augenmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten auszuschöpfen.

Der in der Abklärung einer Demenz oft eingesetzte «Mini Mental Status»-Test (MMS) setzt Seh- und Hörfähigkeiten voraus. Um ihn sinnvoll zu gebrauchen, ist es Voraussetzung, dass diese Fähigkeiten gut abgeklärt sind. Es reicht nicht, die Patientin zu fragen, ob sie gut sieht (oder hört). Einerseits verhindert das «Filling-in», dass sie selbst genau sagen kann, was sie nicht sieht, andererseits ist bekannt, dass viele Betroffene eine Sinneseinschränkung verdrängen und verleugnen, so lange es geht. Für die Abklärung eines Verdachts auf demenzielle Entwicklung sollte auf jeden Fall ein bildgebendes Verfahren eingesetzt werden.

Sehbehinderung und/oder Demenz?

Es wird davon ausgegangen, dass ca. 30% der über 80-Jährigen von einer Sehbehinderung und ca. 30% von einer demenziellen Entwicklung betroffen sind. Rein rechnerisch liegt somit die Wahrscheinlichkeit, dass beides zusammen trifft, bei 9%.

Infolge der nahe liegenden Verwechslungsgefahr dürfte in zahlreichen Patienten- und Bewohnerunterlagen ein Verdacht auf demenzielle Entwicklung stehen, wo die Symptome aus einer Sehbehinderung resultieren. Um Fehlbehandlungen zu vermeiden und die mögliche behinderungsspezifische Unterstützung zu bieten, ist sowohl beim

Verdacht auf Demenz wie beim Verdacht auf Sehbehinderung eine augenmedizinische Untersuchung angezeigt. Diese Untersuchung ist vergleichsweise kostengünstig. Demenz wird damit nicht ausgeschlossen, wohl aber die Fehlbehandlung.

Treffen tatsächlich beide Erkrankungen zusammen, können folgende Verläufe unterschieden werden:

- Früh sehbehindert gewordene Personen, die alt werden, können an einer Demenz erkranken.
- Personen, die im Alter eine Sehbehinderung entwickeln, können zusätzlich an einer Demenz erkranken.
- Früher an Demenz erkrankte Personen können zusätzlich eine Sehbehinderung entwickeln.

Die erfolgreiche ermächtigende Betreuung und Pflege hängt in jedem Fall von der Schwere und Art der Erkrankungen und von der Persönlichkeit der betroffenen Person ab.

Die erste Gruppe hat bereits früher im Leben Strategien zum Umgang mit einer Sehbehinderung gelernt. In der Praxis zeigte sich, dass diese auch bei einer demenziellen Entwicklung aktiv bleiben können. Es ist zu vermuten, dass demenzielle Erkrankungen bei sehbehinderten Personen langsamer verlaufen, weil der aktive Umgang mit der Sehbehinderung ein tägliches Gehirntraining bedeutet.

Bei der zweiten Gruppe und insbesondere in einem frühen Stadium einer Demenzerkrankung ist das Lernen von Strategien im Umgang mit der Sehbehinderung und mit Hilfsmitteln besonders wichtig. Mit neu gewonnener Selbständigkeit kann sich der Allgemeinzustand verbessern und das Training kann einen positiven Einfluss auf das Fortschreiten der demenziellen Entwicklung haben.

Bei der dritten Gruppe und bei mittlerer bis schwerer Demenz sind das Lernen von Strategien und der Einsatz von Hilfsmitteln eingeschränkt: Visuelle Hilfsmittel, um kognitive Ausfälle zu kompensieren (z.B. Agenda oder Merktzettel) müssen an die Sehbehinderung angepasst werden (Grosschrift, evtl. Piktogramme, Symbole) und das Erlernen von Strategien im Umgang mit der Sehbehinderung ist wegen reduzierten kognitiven Möglichkeiten unter Umständen beschränkt.

Der Schweregrad einer Demenz wird angegeben aufgrund des Grades von Abhängigkeit. Eine Sehbehinderung ohne gelernte Strategien im Umgang damit führt ebenfalls zu Abhängigkeiten. Wenn beides gemeinsam auftritt, ist es meistens schwierig festzustellen, was welchen Anteil ausmacht.

Sowohl Demenz wie auch Sehbehinderung stellen ein hohes Risiko für Depression dar. Schwere Depressionen können sich ähnlich äussern wie eine Demenz. Als Folge einer Sehbehinderung ist eine depressive Verstimmung jedoch – mindestens teilweise – reversibel, wenn der Umgang mit den behinderungsbedingten Beeinträchtigungen verbessert wird.

Im Zweifelsfall von einer Sehbehinderung ausgehen

Bei Sehbehinderung kann mit geeigneter funktionaler und psychosozialer Unterstützung Selbständigkeit und verbesserte Lebensqualität wieder erreicht werden. Eine Vermutung Demenz oder Depression soll regelmässig hinterfragt werden: Könnte auch eine Sehbehinderung vorliegen?

Zur Klärung der Situation sind zunächst die augenmedizinische Untersuchung und allenfalls medikamentöse oder operative Therapien einzuleiten. Falls keine fachärztlichen Diagnosen möglich oder vorhanden sind, eine Sehbehinderung aber vermutet wird, soll die sehbehinderungsspezifische Unterstützung einsetzen. Damit kann meistens eine Verbesserung der Situation erzielt werden.



Beispiel

Eine Spitex-Mitarbeiterin erzählt, dass sie eine hochbetagte Klientin hat, die sich manchmal zum Zeitunglesen am Boden niederlässt und dann fast nicht mehr hochkommt. Gefragt, warum sie das tue, sagt sie, sie sehe dort besser. Die Mitarbeiterin stellt fest, dass sie früher automatisch gedacht hätte, da zeige sich ein unangemessenes Verhalten, das als Hinweis auf eine demenzielle Entwicklung verstanden werden könnte. Auf der Basis der fundierten Kenntnisse, die sie in einer spezifischen Schulung erworben hat, ist eine neue Aufmerksamkeit entstanden: Es kann sein, dass stimmt, was die sehbehinderte Klientin sagt, dass das Licht, das sie für das Lesen braucht, tatsächlich an diesem Punkt noch am besten ist. Damit wäre – so absurd das Verhalten auf den ersten Blick wirkt – das Lesen am Boden eine sinnvolle Reaktion auf die nicht angepasste Umgebung (schlechte Beleuchtung).

Die in der Pflege und Betreuung eingesetzten Pflegebedarfserfassungsinstrumente (BESA, RAI, RAI-HC) sind nicht sehbehinderungsspezifisch aufgebaut. Beobachtete Merkmale (z.B. in den Bereichen Kognition, Selbstpflege, Mobilität oder Kommunikation) werden meist einer Demenz zugeordnet. Die Empfehlungen der Instrumente müssen daher kritisch beurteilt werden.

Sehbehinderungsspezifische, ermächtigende Betreuung und Pflege sowie der Einsatz von geeigneten und angepassten Hilfsmitteln stehen in der Priorisierung der Pflege- und Betreuungsmassnahmen – neben vital wichtigen Massnahmen – an oberster Stelle. Ausser bei schwerer Demenz oder schwerer Depression (wo ein systematisches Training die Belastungssituation verstärken könnte) spricht nichts dagegen. Die Verbesserung der Selbständigkeit hingegen kann sich auf eine Vielzahl anderer Probleme positiv auswirken.

Aktivitäten, Bewegung, soziale Kontakte und das Training von Alltagsfertigkeiten können das Fortschreiten demenzieller Entwicklungen ebenso positiv beeinflussen wie das Allgemeinbefinden. Die aktive Ermächtigung und Kompensation von Folgen einer Sehbehinderung ist also doppelt wünschenswert.



Das INFOnetz bringt eine Reihe von Artikeln zu einzelnen Aspekten von Sehbehinderung im Alter und von sehbehinderungsspezifischer Betreuung. Bereits erschienen sind:

Oktober 2016: Sehbehinderung im Alter

Dezember 2016: Wir sehen mit dem Gehirn

Dezember 2016: Augenerkrankungen im Alter

In der nächsten Nummer: Sehbehinderungsspezifische Betreuung.

Weitere Informationen

Artikel «Systematische Fehleinschätzung von Altersdemenz durch kataraktbedingte Minderung der Informationsverarbeitung» von Siegfried Lehl und Kristian Gerstmeyer. In: *Der Ophthalmologe* 2004 (101), S. 164–169. Wiederabdruck im Fachbuch «Menschen mit Sehbehinderung in Alterseinrichtungen» 2016.

Fachbuch «Menschen mit Sehbehinderung in Alterseinrichtungen: Gerontagogik und gerontagogische Pflege – Empfehlungen zur Inklusion», hrsg. von Fatima Heussler, Judith Wildi und Magdalena Seibl. Seismo Verlag 2016.

Das Kompetenzzentrum für Sehbehinderung im Alter (KSIA) in Zürich vermittelt spezifisches Fachwissen zu Sehbehinderung im Alter an Fachpersonen des Gesundheitswesens und der Altersarbeit. KSIA, Bederstrasse 102, 8002 Zürich, www.ksia.ch

Zur Autorin:

Magdalena Seibl, lic. phil. I und M.A. Soziale Arbeit, Mitarbeiterin bei KSIA, dem Kompetenzzentrum für Sehbehinderung im Alter in Zürich.

Fotos:

KSIA