

SehSchädigung im Alter

Kennen und erkennen

Ein Drittel der 85-jährigen Bevölkerung hat eine stark eingeschränkte Sehfähigkeit. Das Cambridge Handbook of Age and Ageing, 2005, nennt 33 Prozent der 85-Jährigen mit einem Visus kleiner als 0,4. Die häufigste Augenkrankheit im Alter ist die altersbedingte Makuladegeneration (AMD). Die Klienten und ihr Umfeld erkennen selber nicht, dass die AMD eine Einschränkung des zentralen Gesichtsfeldes bewirkt. Subjektiv wird erlebt, dass «alles unscharf ist». Die Folgen der SehSchädigung werden nicht als solche beurteilt. Dies kann zu Fehldiagnosen (Demenz!) führen. In der Alterspflege ist die zielgerichtete, sehbehinderungsspezifische Unterstützung in allen Pflegesituationen hilfreich und entlastend. Fatima Heussler

Sehbehinderung kennen

1. Was ist die altersbedingte Makuladegeneration (AMD)?

Da, wo die Netzhaut in den Sehnerv mündet, befindet sich im menschlichen Auge der blinde Fleck: eine kleine Stelle, wo Photorezeptoren fehlen. Wenn wir nur das sehen könnten, was die Netzhaut als Information ans Gehirn liefert, müssten wir zwei Flecken im Gesichtsfeld haben. Das ist nicht der Fall: Unser Gehirn ergänzt die Lücke.

Auf der Netzhaut gibt es den Ort des zentralen Sehens, die Makula. Sie ist für das Scharf- und Farbsehen zuständig und liegt – zentral – der Linse gegenüber. Ausserhalb der Makula ist der Bereich des peripheren Sehens, zuständig für Bewegungssehen und Schwarz-Weiss-Sehen (s. Abb. 1).

Bei der Makuladegeneration sind die Gefässe und die Gewebeschicht (Pigmentepithel) des Ortes des zentralen Sehens erkrankt, das Scharfsehen (Lesen, Essen, Feinheiten erkennen) ist also nicht mehr möglich.

Ganz ähnlich wie beim blinden Fleck ergänzt unser Gehirn mit den Informationen, die es von den intakten Netzhautregionen bekommt, also mit den weniger farbigen und unscharfen Informationen.

Abb. 2 (S. 24) zeigt, wie früher die Makuladegeneration mit einem schwarzen Fleck für den zentralen Gesichtsfeldausfall (Zentralskotom) veranschaulicht wurde: Da, wo unser Interesse liegt und wir fokussieren wollen, auf dem Gesicht der Mutter, ist die Netzhaut beschädigt. Realitätsfremd für das subjektive Erleben sind auf dieser Abbildung der schwarze Fleck und die scharfen Details.

Eine realitätsnähere Illustration zeigt Abb. 3 (S. 24) Subjektiv wird das ganze Gesichtsfeld wahrgenommen – aber unscharf. Da, wo auf der Netzhaut der zentrale Ausfall ist, ergänzt das Gehirn mit dem, was es in der Lücke vermutet. Die von der SehSchädigung Betroffenen erkennen selber nicht, dass ein zentraler Ausfall vorliegt. Die «Probleme mit den Au-

gen» sind für sie vergleichbar mit einer kombinierten Kurz- und Weitsichtigkeit.

Was nicht gesehen werden kann, ist subjektiv nicht da. Es wird nicht als Mangel empfunden, sondern existiert vielmehr einfach nicht. Dagegen wird die Unfähigkeit, lesen zu können, von Lesegewohnten als gravierende Einschränkung erlebt.

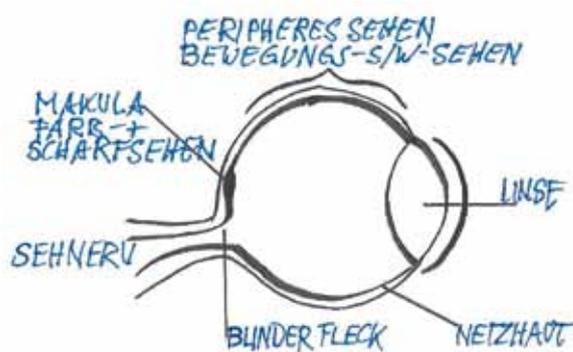


Abb. 1: Auge mit Sehnerv und Makula

2. Folgen der SehSchädigung

Somatische Folgen Die wichtigsten somatischen Folgen der SehSchädigung sind:

- Gangunsicherheit – Bewegungsmangel – Stürze
- Ernährungsprobleme – Verdauungsbeschwerden – Gewichtsverlust

Die sehbehinderungsspezifischen Rehabilitationstechniken Orientierungs- und Mobilitätstraining (O&M), Lebenspraktische Fertigkeiten (LpF) und Low vision (lv) können eingesetzt werden, um die selbstständige Mobilität wieder zu gewinnen und feinmotorische Fertigkeiten wieder zu erlernen. Das Training wird von ausgebildeten Fachpersonen aus dem Blindenwesen angeboten (vgl. Kasten mit Adressen von Beratungsstellen S. 25).

Psychische und psychosoziale Folgen Den psychischen und psychosozialen Folgen der SehSchädigung im Alter ist grosses Gewicht beizumessen: Der Verlust des Scharfsehens führt u.a. dazu, sich selber

Abb. 2: «Objektive» Darstellung der Wirkung von AMD – was die Netzhaut «sieht».

Abb. 3: Darstellung des subjektiven Erlebens bei AMD – was das Gehirn ergänzt.

Fotos: Dr. Florian Sutter, aus «Netzhautdegeneration – Ein anderes Sehen»; Retina Suisse, 2009



Abb. 2



Abb. 3

im Spiegel nicht mehr klar sehen zu können, im Gesicht des Gegenübers nicht mehr lesen zu können, einen hinuntergefallenen Gegenstand nur noch mit Tasten wiederzufinden und die Kompetenz über die Fertigkeiten, für die wir Feinmotorik (und mindestens einen Kontrollblick) brauchen, zu verlieren. AMD beeinträchtigt die Kompetenz über den eigenen Körper, über die Kleidung und das Sozialverhalten markant.

Eine leichte Verwahrlosung, ungekämmte Haare, schmutzige Kleidung, ja manchmal ein etwas strenger Körpergeruch, lassen betroffene Personen wenig attraktiv erscheinen. Für Frau Sonderegger beispielsweise sind die Flecken auf den Kleidern unsichtbar, und das Toilettenpapier kommt ihr nach dem Po-Putzen immer sauber vor. Sie merkt selber nicht, wenn ihre Bemerkungen zu anderen Menschen nicht adäquat sind – Informationen aus dem Gesichtsausdruck ihres Gegenübers als «Rückmeldung» stehen ihr nicht zur Verfügung. Mitarbeitende im Heim empfindet sie als arrogant, wenn diese ihr sagen wollen, wie sie sich zu waschen habe. Sie zieht sich – als Reaktion auf das «merkwürdige Verhalten des Umfeldes» – immer mehr zurück. Sie empfindet in der Folge ihr Leben als sinnlos. Damit verliert Frau Sonderegger ihre selbstbestimmte, aktive Rolle in ihrer Welt.

Die Sehschädigung ist ein hoch signifikanter Risikofaktor für Isolation, Antriebsschwäche, verlorenen Lebensmut, für depressive Verstimmung, Depression und Suizidalität. Fachkompetente psychosoziale Unterstützung in der Pflege, in Verbindung mit sehbehinderungsspezifischer Rehabilitation, kann hier Entlastung bieten. Voraussetzung ist es jedoch, die Sehbehinderung als Ursache der depressiven Verstimmung zu erkennen, die betroffene Person zu informieren und – mit ihr zusammen – gleichzeitig Ursache und Wirkung zu bekämpfen. Die Sehschädigung ist nicht reversibel¹. Der Umgang damit kann jedoch erlernt werden, und die depressive Verstimmung kann reversibel sein.

Chemische und neurologische Folgen der Sehschädigung im Alter Neben der depressiven Verstimmung müssen die chemischen und neurologi-

sehen Folgen der Sehschädigung als solche erkannt werden. Zeitliche, örtliche, situative und «autopsychische Desorientierung» können Folgen einer Sehschädigung sein. Sie sind nicht zu verwechseln mit der Desorientierung einer Person mit Demenz.

Zeitliche Desorientierung Melatonin ist ein Hormon, das unter anderem den Tag-Nacht-Rhythmus lenkt. Die Steuerung der Melatoninproduktion geschieht über Licht, das über die Netzhaut aufgenommen wird. «Im Alter und bei Sehschädigung ist das Risiko viel grösser, dass eine Tag-Nacht-Rhythmus-Störung eintritt.» (Zitat: Christian Cajochen, Chronobiologe, Universität Basel).

Örtliche/situative Desorientierung und Bewegungsunsicherheit Die örtliche/situative Desorientierung und Bewegungsunsicherheit sind durch die Sehschädigung gegeben. So sind Stolpern und Sich-Verirren – besonders bei schlechten Lichtverhältnissen – bei mangelnder Sehschärfe ebenso «normal» wie inadäquate Reaktionen auf Personen und Situationen.

«Autopsychische Desorientierung» Auch eine vermeintliche «autopsychische Desorientierung» kann eine mögliche Folge bei Sehschädigung sein. Charles Bonnet war ein Schweizer Arzt, der Ende des

¹ Zu unterscheiden sind die feuchte und die trockene Makuladegeneration. Rund 15% der von AMD Betroffenen leiden unter einer feuchten AMD. Diese kann medikamentös therapiert werden, mit einer über 50%igen Wahrscheinlichkeit zur Stabilisierung.

Stiftung Mühlehalde

Das Wohnheim der Stiftung Mühlehalde in Zürich entwickelt und verbessert seit 15 Jahren die Pflege und Begleitung von Menschen mit einer Sehschädigung im AHV-Alter. Neben dem Fachwissen gerontagogische Pflege^{Mühlehalde} werden für Menschen mit einer Sehbehinderung besondere bauliche Einrichtungen und Massnahmen im Management des Heimes umgesetzt und laufend verbessert.

Die Abteilung Entwicklung&Transfer der Stiftung Mühlehalde bereitet dieses Know-how für Schulungen in anderen Institutionen auf.

Informationen bei Fatima Heussler:
f.heussler@muehlehalde.ch/Tel.: 044 421 11 00.

19. Jahrhunderts das Phänomen beschrieb, welches nach ihm Charles Bonnet Syndrom (CBS) genannt wird. Vergleichbar mit Phantomschmerz, also Schmerzen, Jucken und Ähnliches in einem amputierten Gliedmass, bezeichnet das CBS visuelle Halluzinationen bei stark sehbehinderten oder blinden Personen, die einmal gesehen hatten.

Frau Wydenmeier beispielsweise sieht auf dem Spaziergang – ganz klar – eine Wasserpfütze auf dem Gehweg und macht einen Umweg. Manchmal steht ein Baum mitten auf dem Weg. Sie hat mit ihren Kindern über diese klaren Bilder gesprochen und gehört, es sei ein ganz normales Phänomen, da das Sehzentrum im Gehirn weiter Bilder produziert, auch, wenn es keine klaren Informationen mehr bekommt. Frau Wydenmeier weiss, dass sie die Pfütze eigentlich gar nicht sehen kann, und weiss, dass es das CBS gibt. Den Umweg macht sie trotzdem.

Frau Sonderegger dagegen hat zweimal, dreimal den Mitarbeitenden im Heim erzählt, dass Personen in ihrem Zimmer waren, die sie nicht gerufen hatte. Da diese ihr nicht geantwortet und sie auch nicht angegriffen hatten, wusste Frau Sonderegger nicht, was die Personen wollten. Die Mitarbeitenden beschwichtigten sie. Frau Sonderegger spürte genau, dass man ihr nicht glaubte. Künftig sagt sie nichts mehr. Sie will nicht, dass man denkt, sie spinne. Sie weiss ja auch, dass sie nicht immer alles klar sieht. Aber diese Personen hatte sie ganz klar gesehen!

Achtung: Mögliche Fehldiagnose Demenz! Im Mini Mental Status kann eine sehbehinderte Person mit gutem Gedächtnis 20 Punkte (statt 30 mögliche Punkte) erreichen. Das geschilderte CBS kann Störungen in der Selbstwahrnehmung bewirken – es beschreibt jedoch keine autopsychische Desorientierung.

In der Literatur wird die Häufigkeit von CBS mit 10 bis 15 Prozent angegeben. Im Wohnheim der Stiftung Mühlehalde sprechen 30 Prozent der Bewohner/innen über solche Bilder. Sobald Sehbehinderte und deren Umfeld das Syndrom kennen und darüber sprechen, können die Bilder ihren beunruhigenden Charakter verlieren, der Umgang damit kann gelernt werden.

Sehbehinderung erkennen

Sehbehinderung zu erkennen, bedeutet, sie mit ihren möglichen Folgen zu kennen und die Wechselwirkung zu allen Lebensbereichen einschätzen zu lernen. Menschen mit einer Sehbehinderung sind so verschieden voneinander wie Sehende. Ihre Methoden und Ressourcen für das Copingverhalten sind entsprechend unterschiedlich. Sehbehinderung zu erkennen, bedeutet demnach, den Menschen zu erkennen – mit seinem ganz eigenen Copingverhalten.

Sowohl in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (Barthel-Index) wie im Neuropsychiatrischen Inventar (NPI) nach Cummings sind Auswirkungen durch die Sehschädigung in praktisch allen Kategorien gegeben. Besonders bei durch Sehschädigung stark verunsicherten Personen sind enge Wechselwirkungen sowohl zur Selbstpflegekompetenz wie zum psychosozialen Verhalten die Regel.

Ein ophthalmologisches Zeugnis mit Angaben zur Ursache der Sehbeeinträchtigung ist nicht nur in Zweifelsfällen hilfreich – es verhindert vielmehr von Anfang an Verwechslungen.

In der sehbehinderungsspezifischen Pflege wird in jeder Pflegedimension gefragt, wie sich die Sehschädigung auswirkt. Für die Klientin ist es beruhigend, zu hören, dass es Verbesserungsmöglichkeiten gibt, und zu erfahren, wie viel einfacher das Leben ist, wenn das Umfeld die Auswirkungen der Sehschädigung kennt und darauf Rücksicht nimmt. In jeder Pflegesituation können, aktiv oder passiv, eine deutliche Verbesserung der Situation und eine Erhöhung der Autonomie erreicht werden.

«Die Sehschädigung ist ein hoch signifikanter Risikofaktor für Isolation, Antriebsschwäche, verlorenen Lebensmut, für depressive Verstimmung, Depression und Suizidalität.»

Abweisendes Verhalten der Klienten mit einer Sehschädigung ist häufig zu beobachten. Dies mag mit Scham über die mangelnde Selbstkompetenz, mit Furcht vor Unselbstständigkeit und vor Zur-Last-fallen-Müssen zu tun haben. Es ist schwer, die eigene Sehbehinderung anzunehmen, und es dauert in den meisten Fällen lange, bis die Bereitschaft zum aktiven Lernen gegeben ist. In dieser Phase empfiehlt sich fachkompetente psychosoziale und gute passive Unterstützung durch das Umfeld, verbunden mit ersten Kontakten zu Rehabilitationsfachpersonen. So kann in dieser ersten Zeit der weitere Verlust, beispielsweise der Muskelkraft, verhindert werden (konservative Gerontagogik) und der Aufbau der Rehabilitation (kompensatorische Gerontagogik) begonnen werden. Auch im Alter kann das Leben mit einer Sehschädigung wieder bunt und reich werden! ■

Beratungen und Hilfsmittel für Personen mit Sehschädigung

Retina Suisse, Ausstellungsstrasse 36, 8005 Zürich
Tel. 044 444 10 77, info@retina.ch

Sehhilfe Zürich, Lutherstrasse 14, 8004 Zürich,
Tel. 043 322 11 70, info@zkbv.ch

Beratungsstelle des Schweizerischen Blinden- und Sehbehindertenverbandes,
Ausstellungsstrasse 36, 8005 Zürich, Tel. 044 444 10 60,
beratungsstelle.zuerich@sbv-fsa.ch

Beratung für Pflegefachpersonen und Heimleitungen

Stiftung Mühlehalde, Witikonstrasse 100, 8032 Zürich,
Tel.: 044 421 11 11, administration@muehlehalde.ch



Fatima Heussler ist Juristin und Gerontologin, ist heute Gesamtleiterin der Stiftung Mühlehalde in Zürich und tätig als Dozentin für Gerontagogische Pflege und Transdisziplinarität mit Schwerpunkt Sehbehinderung im Alter. Sie leitete 16 Jahre lang das Behinderten- und Pflegewohnheim Mühlehalde.

f.heussler@muehlehalde.ch