



Schweizerischer Zentralverein  
für das Blindenwesen

## Sehen und hören in Spitex- und Heimpflege

**Eine explorative Studie zu Sinneserkrankungen und Demenz im Spiegel des RAI-Assessments in Alters- und Pflegeheimen sowie in der ambulanten Krankenpflege der Schweiz**

### **Bericht:**

Stefan Spring, lic. phil., MAS Gerontologe, Forschungsbeauftragter Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen SZB, 8005 Zürich

[spring@szb.ch](mailto:spring@szb.ch)

### **Datenanalyse:**

Guido Bartelt, Q-Sys AG, Systeme zur Qualitäts- und Kostensteuerung im Gesundheitswesen, 9000 St. Gallen

[Guido.bartelt@qsys.ch](mailto:Guido.bartelt@qsys.ch)

Mit finanzieller Unterstützung der Schweizerischen Alzheimervereinigung

Zürich, 1. November 2017 – Barrierefreies Dokument ohne Querverweise

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	2
1. Zusammenfassung .....	3
2. Sehen und hören: Was heisst Behinderung? .....	4
3. Sinnesbehinderungen und Pflegerelevanz .....	7
4. Studienanlage .....	8
4.1. Das RAI-Erfassungssystem.....	8
4.2. Zur Datenlage im Gesundheits- und Behindertenwesen.....	8
4.3. Warum eine Analyse der RAI-Daten?.....	9
4.4. Studienstruktur .....	10
5. Ergebnisse .....	13
5.1. Sehfähigkeit.....	13
5.1.1. Erfassung der Sehfähigkeit.....	13
5.1.2. Ergebnisse zur Sehfähigkeit in den Alters- und Pflegeheimen (RAI-NH).....	14
5.1.3. Ergebnisse zur Sehfähigkeit in den Spitex-Organisationen (RAI-HC) .....	16
5.1.4. Vergleiche .....	16
5.2. Hörfähigkeit.....	18
5.2.1. Erfassung der Hörfähigkeit .....	18
5.2.2. Ergebnisse zur Hörfähigkeit in den Alters- und Pflegeheimen (RAI-NH).....	18
5.2.3. Ergebnisse zur Hörfähigkeit in den Spitex-Organisationen (RAI-HC) .....	20
5.2.4. Vergleiche .....	21
5.3. Doppelte Sinnesbehinderung.....	23
5.3.1. Ergebnisse zur doppelten Sinnesbehinderung im RAI-MDS.....	23
5.4. Kognitive Fähigkeiten und emotionales Gleichgewicht.....	25
5.4.1. Erfassung der kognitiven Fähigkeiten und des emotionalen Gleichgewichtes.....	25
5.4.2. Ergebnisse zu den kognitiven Fähigkeiten und zum emotionalen Gleichgewicht ...	27
5.4.3. Ergebnisse zu kognitiven Fähigkeiten und Sinnesbehinderungen .....	30
5.4.4. Ergebnisse zur emotionalen Stabilität und Sinnesbehinderungen.....	32
5.5. Alltagspraktische Fähigkeiten und Sinnesbehinderungen .....	33
6. Diskussion.....	38
6.1. Sehbeeinträchtigung, Behinderung und Pflege .....	38
6.2. Hörbeeinträchtigung, Behinderung und Pflege .....	42
6.3. Hörsehbehinderung und Pflege .....	47
6.4. Kognitive Fähigkeiten und emotionales Gleichgewicht.....	49
6.5. Sinnesbeeinträchtigungen im RAI-Assessment .....	52
7. Schlussfolgerungen.....	56
8. Anhang.....	60
8.1. Diskussionsvorschlag für das RAI-MDS .....	60
8.2. Quellen und weiterführende Literatur .....	62
8.3. Abbildungen .....	65
8.4. Tabellen.....	66

# 1. Zusammenfassung

Das Resident Assessment Instrument (RAI) ist ein in der Pflegelandschaft der Schweiz weit verbreitetes Assessment-System, sowohl in Alters- und Pflegeheimen wie in den Spitex-Organisationen (RAI-Nursing Home und RAI-Home Care). Für die Studie „Sehen und Hören in Spitex- und Heimpflege“ haben wir anonymisierte Angaben aus der RAI-Situationserfassung von über 40'000 Personen aus den Jahren 2014 und 2015 untersuchen können. Unsere Analyse hat sich auf die Bereiche Sehen, Hören und Demenzerkrankungen sowie auf weitere damit verbundene Indikatoren konzentriert. Die Studie konnte deskriptive statistische Analysen durchführen, behält demnach unter gewissen Gesichtspunkten einen explorativen Charakter. Die Ergebnisse wurden auf dem Hintergrund eines modernen Verständnisses von Behinderung und unter Einbezug gerontologischen Wissens diskutiert. Die Daten wurden uns durch die Firma „Q-Sys AG, Systeme zur Qualitäts- und Kostensteuerung im Gesundheitswesen“, sowie durch den Spitex Verband Schweiz (HomeCareData-Pool) zur Verfügung gestellt. Q-Sys AG hat uns auch in der Datenanalyse unterstützt. Die Schweizerische Alzheimer-Vereinigung hat sich finanziell an den Kosten der Studie beteiligt. Der SZB-Studienbericht liegt auf Deutsch und Französisch in barrierefreiem Format vor.

Unsere Analyse konnte aufzeigen, welche Dimensionen das Aufkommens eines verminderten Sehvermögens, eines verminderten Hörvermögens, von Demenz- und anderen psychogeriatrischen Krankheiten unter den Bewohnerinnen und Bewohnern schweizerischer Alters- und Pflegeheime sowie unter den Kundinnen und Kunden der Spitex-Organisationen annimmt. Ebenso konnte aufgezeigt werden, wie viele Personen mehrere dieser Beeinträchtigungen gleichzeitig erfahren und wie sich das unter folgenden Aspekten auswirkt:

- Personen mit einer Sehschädigung, die sich auf das Alltagsleben behindernd auswirkt: 42% der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sowie 33% der Spitex-Klientinnen und Klienten. Die Anteile nehmen mit dem Alter deutlich zu.
- Personen mit einer Hörschädigung, die sich auf das Alltagsleben behindernd auswirkt: 48% der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sowie 29% der Spitex-Klientinnen und Klienten. Auch hier: Anteile mit dem Alter deutlich zunehmend.
- Personen mit gleichzeitiger Seh- und Hörschädigung (Hörsehbehinderung): 27% der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sowie 11% der Spitex-Klientinnen und Klienten.
- Bei 53% der untersuchten Bewohnerinnen von Heimen und bei 9% der durch die Spitex gepflegten untersuchten Menschen wird anhand klarer Beobachtungsmerkmale oder einer medizinischen Diagnose von kognitiven Beeinträchtigungen mit „moderater Auswirkung“ berichtet. Bei weiteren Patientinnen und Patienten wird von kognitiven Beeinträchtigungen mit milden Auswirkungen (Heime: nochmals 13%, Spitex nochmals 20%) berichtet. Bei Personen, die schlecht sehen oder schlecht hören, erfolgt dies deutlich öfter als bei Personen ohne Sinnesbeeinträchtigungen. Dies führt uns zu einer kritischen Betrachtung der eingesetzten Beobachtungsmerkmale und zur Empfehlung, die Demenzabklärung bei diesen Personen in einem spezifischen Verfahren durchzuführen.

Auf Grund der Diskussion der Ergebnisse wird aufgezeigt, dass alle Berufe des Gesundheitswesens zur Relevanz von Sinnesbeeinträchtigungen in ihrem Alltag zu sensibilisieren sind. Es gibt viele Möglichkeiten seh- und hörbehindertenfreundlich zu arbeiten, die Räume unterstützend einzurichten und Hilfsmittel einzusetzen. Es ist Aufgabe der Institutionsleitungen dieses Wissen zu implementieren. Und es kann Aufgabe

der Verantwortlichen für die Entwicklung des RAI-Systems sein, ihr Assessment-Werkzeug in einigen Punkten so zu optimieren, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege und der Betreuung von Menschen mit Sinnesbehinderungen in der Praxis nützliche Informationen erhalten.

## **2. Sehen und hören: Was heisst Behinderung?**

Der Mensch benutzt vor allem zwei Sinne für die Interaktion mit den Mitmenschen, für die Kontrolle von Ereignissen in seiner Umgebung, für die Orientierungsfähigkeit und für die Aufnahme von Informationen: Das Sehen und das Hören. Die beiden sogenannten „Fernsinne“ unterstützen und ergänzen sich gegenseitig, sowohl bei optimalen (gutes Licht, relative Ruhe) als auch schwierigen Bedingungen (in der Nacht, bei Störgeräusche). Bis zu einem gewissen Grad springen das Hören und das Sehen auch ein, wenn einer der beiden Sinne kurzzeitig oder dauerhaft beeinträchtigt ist. Man beobachtet in diesem Fall Kompensationsmechanismen, dank denen der Informationszugang, die Orientierung und die Kontrolle über die Mitwelt aufrechterhalten werden können. Man denke dabei an die Rolle des Gehörs bei Nebel, Blendung oder Dunkelheit oder des Sehens an einem Rockkonzert oder in einem belebten Restaurant.

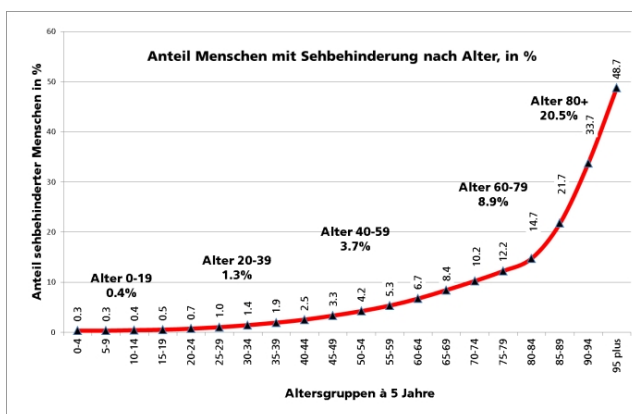
Immer wieder stellt sich die Frage, was denn ein natürlicher, altersbezogener Sinnesverlust sei und wann dieser als "Behinderung" zu betrachten ist. Aus mindestens drei Gründen kann diese Frage nicht einfach beantwortet werden: Erstens ist "Behinderung" keine exakt definierte und objektiv messbare Grösse. Zweitens ist Behinderung kein Merkmal einer Person, haftet also nicht an ihr und ist auch nicht in ihren Organen lokalisiert, sondern entsteht aus einem suboptimalen Zusammenspiel zwischen dem Individuum mit seinen individuellen Voraussetzungen und der jeweiligen konkreten Umwelt- bzw. Mitwelt. Und drittens entwickeln sich Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Menschen im Laufe der Jahre nicht homogen sondern sehr unterschiedlich.

Die funktionale Ausgangslage ist allgemein bekannt: Ab der Lebensmitte nimmt die Fähigkeit, „gestochen scharf“ zu sehen, auch bei all jenen die keine spezielle Erkrankung der Sehorgane und auch nicht schon seit der Jugend eine Fehlsichtigkeit hatten, ab. Mit Brillen, Kontaktlinsen oder optisch korrigierenden Eingriffen können solche als "Fehlsichtigkeit" bezeichneten Verluste meistens befriedigend korrigiert werden. Nach dem durch die Pensionierung markierten Eintritt ins Alter, unterschreitet die Sehschärfe bei vielen Menschen die Grenze zu einem Sehen, das als „normal“ bezeichnet wird. Bei jeder zwanzigsten und später aber jeder zehnten Person, können krankheitsbedingt nebst der Sehschärfe auch das Gesichtsfeld, die Farb- und die Kontrastwahrnehmung beeinträchtigt sein. Zunehmend wirken Blendung und ein erhöhter Lichtbedarf störend. Optische, medikamentöse, operative und rehabilitative Eingriffe können die Nutzung des Sehvermögens unterstützen, allerdings nur, wenn sie denn auch durchgeführt werden, was erfahrungsgemäss oft nicht der Fall ist. So oder so bleibt fast immer eine Beeinträchtigung die sich im Alltag bemerkbar macht und die Personen in ihren Tätigkeiten behindert (zum Verständnis von Behinderung siehe weiter unten). Im hohen Alter betrifft eine nicht korrigierbare Beeinträchtigung mindestens jede dritte Person.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Spring (2012)

**Abbildung 1: Anteil Menschen mit Sehbehinderung nach Alter, in %**



Auch das Gehör ist nicht auf unsere hohe Lebenserwartung ausgerichtet. Auch in den Hörorganen können zusätzliche, durch Krankheiten oder spezielle Ereignisse bedingte Störungen auftreten. Bereits ab der Lebensmitte leben vorerst zehn, später 20 und 30 Prozent der Personen mit einem spürbaren Hörverlust. Fachorganisationen schätzen für die siebte Dekade eine Schwerhörigkeit von 30 bis 50 Prozent. Leistungsfähigkeit und Komfort der Hörgeräte sind in den letzten Jahren enorm gestiegen, zugleich wird die Hemmschwelle, eine Hörhilfe zu tragen, kleiner. Allerdings hält sich immer noch verbreitet der Irrglaube, ein Hörgerät lasse die Schwerhörigkeit einfach verschwinden. Insbesondere im Alter braucht es Anleitung, Motivierung und Gewöhnung, um einen guten Hörerfolg erreichen zu können. Bei starkem Hörverlust, Müdigkeit und/oder ungünstigen Umgebungsbedingungen, ist dies nicht in jedem Fall möglich und die Hörbeeinträchtigung bleibt dann bestehen.

Für die Diskussion, in welchem Fall normale, mit dem Alter einhergehende Verluste in den Sinnesleistungen als Behinderung gelten, helfen medizinische Krankheitswerte oder optische, bzw. audiologische Messwerte nur bedingt. Ob sich eine Beeinträchtigung als behindernd auswirkt und als solche erlebt wird, hängt einerseits von der konkreten Situation ab und wird andererseits sehr individuell erlebt. In der frankophonen Fachwelt hat sich folgendes Denkmodell etabliert: Behinderung wird durch erkennbare Mechanismen produziert und kann folglich unter Umständen auch verhindert, bzw. vermindert werden (PPH<sup>2</sup>). Behinderung ist daher nicht als Attribut einer Person zu verstehen, sondern als Situation, in die eine Person unter bestimmten Bedingungen versetzt wird. Folgerichtig sollte man nicht mehr von "den Behinderten" als Personengruppe sprechen, sondern von behindernden Situationen, in die eine Person versetzt wird.

Auf internationaler Ebene wurden unter der Federführung der Weltgesundheitsorganisation WHO die ursprünglich als Krankheitsklassifikation aufgebauten Modelle durch ein Verständnis von Behinderung ersetzt, das sich als komplex entstehende "Auswirkung" auf die Möglichkeiten zur Teilhabe und Partizipation sieht und nur noch teilweise an organische oder funktionale Schädigungen und Beeinträchtigungen geknüpft ist (ICF<sup>3</sup>). Dieses Verständnis wurde vorerst vor allem in Fachkreisen bekannt gemacht, eingeführt und vertreten. Durch die 2006 durch die UNO verabschiedete und 2014 auch durch die Schweiz ratifizierte UN-Behindertenrechts-Konvention hat es nun auch politisches Gewicht erhalten. Die Präambel der Konvention stellen die Entwicklung des Behinderungsverständnisses ausdrücklich dar und rufen zur Anpassung unser Denkweise auf: "... In der Erkenntnis, dass das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern"

<sup>2</sup> Processus de Production du Handicap (PPH)

<sup>3</sup> International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), in: WHO (2001)

(BRK<sup>4</sup>). Behinderungspolitik und auch Behinderungsforschung müssten sich nun endlich an diesem modernen Verständnis von Behinderung orientieren. Es ist zudem Aufgabe aller, seinen Sprachgebrauch ebenfalls zu überdenken, was z.B. den Begriff "Behinderte" als Subjekt-Bezeichnung obsolet macht.

Überträgt man dieses Verständnis auf den Kontext des Sehens, bietet sich die 2016 von Heussler u.a. publizierte Definition an: "(Sehbehinderung ist die) Situation einer Person mit augenmedizinisch nicht behandelbar oder nicht behandelbarer Sehschädigung, deren Folgen auch nach Korrektur anhalten und zu Beeinträchtigungen in einem sehenden und stark visuell orientierten Umfeld führen. Behinderung entsteht in der Wechselwirkung von Person und Umfeld, sie wirkt sich aktiv wie passiv aus, d.h. die Person ist in der Ausübung von Aktivitäten behindert und wird gleichzeitig durch die Umgebungsbedingungen und das Umfeld behindert."<sup>5</sup>

Diese Definition liesse sich ohne Mühe auch für die Hörbehinderung anwenden. Für die kombinierte Hörsehbeeinträchtigung müssten die Wechselwirkungen und Kompensationsebenen zwischen dem Seh- und dem Hörvermögen sowie die Entstehungsgeschichte der Beeinträchtigungen allerdings noch ausgeführt und gewichtet werden. Aus der Beratungserfahrung der SZB-Beratungsstellen für hörsehbehinderte und taubblinde Menschen bedeutet dies zum Beispiel zu erkennen, dass Personen, die nicht mehr in der Lage sind, kleinere Objekte, Hindernisse oder Gesichtszüge in einer mittleren Distanz zu sehen und die gleichzeitig in unruhigen Räumen Schwierigkeiten haben, ein Gespräch zu verstehen, in vielen Situationen ihres Alltages nicht auf Kompensationsstrategien zählen können. In solchen Situationen sind sie in noch dramatischerer Weise in ihrer Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, Autonomie, Selbstpflege und in der sozialen Teilhabe ge- oder behindert.<sup>6</sup>

Angesichts der hier im Vordergrund stehenden Altersgruppen sowie für die Betreuung und Pflege sind auch gerontologische Grundlagen wichtig. Älter werdende Menschen sind durchwegs in der Lage, ihre Lebensziele und Erwartungen an ihre Leistungsfähigkeit und Lebensumstände anzupassen und individuell mehrmals neu zu definieren. Sinnesbehinderungen im hohen Alter aber aus der Perspektive von Personen im mittleren Erwachsenenalter beurteilen zu wollen, entspricht einem nicht zeitgemässen, defizitär ausgerichtetem Altersbild und jede Beurteilung könnte darin nur negativ ausfallen. Das dritte und das vierte Alter müssen als eigenständige Lebensabschnitte verstanden werden, auch unter dem Aspekt der Bedeutung, die den visuellen und auditiven Funktionen in Bezug auf die Bewältigung des eigenen Lebens zugeteilt werden: Jede Person kann dies in jedem Altersabschnitt neu und anders definieren. Was eine Person im Alter von 40 Jahren als „ungenügend“ bezeichnet, kann in einem anderen Altersabschnitt durchaus genügen

---

<sup>4</sup> Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BRK), in: Schweizerischer Bundesrat (2017)

<sup>5</sup> Heussler F. et al. (2016)

<sup>6</sup> Die Aktuelle Definition zur Hörsehbehinderung und Taubblindheit im SZB lautet: " Taubblindheit und Hörsehbehinderung: Doppelte Sinnesbehinderung. Eine Person ist taubblind wenn sie gleichzeitig erheblich hörgeschädigt und sehgeschädigt ist. Einige taubblinde Menschen sind gehörlos und blind, andere haben ein nutzbares Hör- und/oder Sehpotential. Die Kombination der beiden Sinnesbehinderungen führt zur Unmöglichkeit, den jeweils anderen Sinn zur Kompensation bei zu ziehen. Taubblinde Menschen können daher nicht ohne weiteres Dienstleistungen und Hilfsmittel für sehbehinderte, blinde, hörbehinderte oder gehörlose Menschen nutzen. Dies erschwert die schulische und berufliche Bildung, das lebenslange Lernen, das Gestalten der Freizeit, die Ausübung eines Berufes, die Wahrnehmung familiärer oder sozialer Aufgaben. Sowie die Möglichkeiten, sich zu erholen und neue Kräfte zu tanken. Charakteristisch für die Taubblindheit sind die Erschwernisse in der Mobilität, in der zwischenmenschlichen Kommunikation und im Zugang zur Information. Taubblindheit wird daher als eigenständige Behinderungskategorie verstanden." Nach: Tina Aeschbach, SZB Kompetenzzentrum für erworbene Hörsehbehinderung, Lenzburg (18.4.2017)

– oder umgekehrt!

### 3. Sinnesbehinderungen und Pflegerelevanz

Für die Pflege und die Betreuung spielen die hier dargestellten Prozesse, durch welche Menschen Situationen von Behinderung erleben, eine wichtige Rolle. Die ausbleibende oder erschwerte Kontrolle über die Ereignisse im eigenen Umfeld, der Kommunikation, des Zuganges zu grundlegenden und/oder alltäglichen Informationen muss durch angepasstes Handeln unterstützt werden. Praxisorientierte Themen sind zum Beispiel: Grössere Schriften einsetzen, nähergehen beim Sprechen, Beleuchtung anpassen, Blendung verhindern, Storen schliessen, Lärmquellen ausschalten, erklären, was man in der Pflege als nächstes machen wird oder visuell auf anstehende Handlungen hinweisen, benennen der im Raum anwesenden Personen oder beachten, dass man beim Sprechen im Sichtfeld der betreuten Person steht und gut artikuliert. Eine abschliessende Liste dieser Massnahmen ist nicht möglich, weil die Ausgangslage bei Menschen mit Sinneseinschränkungen sehr individuell und verschieden sein kann. Wirkt eine Massnahmen für die Person A unterstützend, kann sie für die Person beispielsweise B hindernd sein. Der Ansatz, nach welchem individuell angepasste Massnahmen eingeleitet werden, wurde durch Heussler<sup>7</sup> aktuell zusammengefasst und durch weitere Autoren insbesondere auch auf die Schwerhörigkeit illustriert.<sup>8</sup>

Auf die Individuen und die Situation angepasste Arbeitsweisen sind Merkmal professionellen Handelns. Professionelles Handeln muss im hier diskutierten wie in jedem anderen Pflegebereich auf einer aktuellen Abklärung basieren und individuell gewählte Strategien und Kompensationsmöglichkeiten miteinbeziehen. Abklärungen, die bei Sinneseinschränkungen zu funktionalen, praxisrelevanten Ergebnissen führen, sind die Low Vision-<sup>9</sup> und audiologische<sup>10</sup> Abklärung. Allerdings gehören sie aktuell nur selten zum Handlungsrepertoire der Alterspflege und Altersbetreuung, sollten aber Teil jeder Ausbildung und in Institutionen der stationären und ambulanten Alterspflege bekannt und verankert sein.

Neue Leitsätze zur Good Practice des Schweizerischen Zentralvereins für das Blindenwesen<sup>11</sup> ordnen die visuellen und akustischen Abklärungen klar dem professionellen Handeln in der ambulanten und stationären Pflege und Betreuung zu. Die Institutionsleitungen müssen die dazu notwendigen Rahmenbedingungen sicherstellen.

Da Sinnesbeeinträchtigungen lange unbemerkt bleiben, verdrängt oder auch kaschiert werden, sollte seh- bzw. hörbehindertengerechtes Handeln in der Alterspflege nicht nur bei ausgewählten, sondern bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern Alltag sein<sup>12</sup>. Ganz wichtig ist ein angepasstes Handeln bei doppelter Sinnesbehinderung. Die Notwendigkeit angepasster Betreuung und Pflege geht in diesem Fall weit über das bisher Besprochene

---

<sup>7</sup> Heussler F. et al. (2016)

<sup>8</sup> Händler-Schuster D. et al. (2017); Becker M. (2010); Decker-Maruska M. et.al. (2008)

<sup>9</sup> Eine Low Vision-Abklärung erfasst das Sehpotenzial funktional und alltagsbezogen. Ein augenärztlicher Bericht dient als Grundlage. In der darauf folgenden Low Vision-Rehabilitation können individuelle Sehstrategien und u.U. Hilfsmittel empfohlen und trainiert sowie Anpassungen am Lebensumfeld (Beleuchtung) eingeführt werden. Low Vision-Abklärungen werden in der Schweiz an allen regionalen Beratungs- und Rehabilitationsstellen des Sehbehindertenwesens angeboten. Adressen: [www.szb.ch](http://www.szb.ch)

<sup>10</sup> Auch bei der audiologischen Abklärung liefert ein ärztlicher Bericht Grundlagen über eine allfällige Erkrankung. Danach wird das Gehör und der Hörverlust in einem Audiogramm festgehalten. Der oder die Hörgeräteakustiker/in kann darauffolgend Hilfsmittel, speziell dem für die Person passenden Hörgeräte empfehlen, anpassen und in den Gebrauch einführen. Dazu sind längere Gewöhnungs- und Testphasen vorzusehen.

<sup>11</sup> Adler J. et al. (2016); Spring S. (2016)

<sup>12</sup> Heussler F. et al. (2016); Händler Schuster D. et al. (2017)

hinaus und erfordert spezifische Kenntnisse. Erforderliche Unterstützungsmöglichkeiten für Personen mit doppelter Sinnesbehinderung (Hörsehbehinderung) sind aktuell auf der Webseite [www.sensus60plus.ch](http://www.sensus60plus.ch) aufgeführt.

## 4. Studienanlage

### 4.1. Das RAI-Erfassungssystem

Das Resident Assessment Instrument (RAI)<sup>13</sup> ist ein in der Pflegelandschaft der Schweiz weit verbreitetes Assessment-System. RAI zeichnet sich dadurch aus, dass es sowohl im stationären (RAI-NH: Nursing Home, das RAI für Alters- und Pflegeheime) als auch im ambulanten Bereich (RAI-HC: Home Care, das RAI für die Spitex-Organisationen) in mehreren Sprachregionen implementiert ist, was es für schweizerische Verhältnisse für eine Gesamtschau attraktiv macht.

RAI besteht aus einer Situationserfassung (Assessment) und Abklärungshilfen für die Pflegeplanung. Kernpunkt der Situationserfassung ist das Minimum-Data-Set (MDS), ein über 100 Punkte<sup>14</sup> umfassender Katalog, der durch speziell qualifiziertes Abklärungspersonal zu Beginn einer Pflegebeziehung bearbeitet und danach in der Regel alle drei (HC) oder sechs (NH) Monate aktualisiert wird.<sup>15</sup> Aus den Assessmentdaten werden im RAI-NH Pflegeaufwandgruppen gebildet, welche als Grundlage für die Leistungsverrechnung an die Kostenträger dienen. Mehrere Ergebnisse aus verschiedenen MDS-Bereichen werden zudem durch RAI in Skalen und Indices zusammengeführt, aus denen pflegerelevante Anhaltspunkte entnommen werden können.<sup>16</sup> Diese Skalen sind auf breiten wissenschaftlichen Grundlagen und Tests abgestützt.

Der vorliegende Bericht befasst sich mit den im RAI-System dokumentierten Hinweisen auf ein vermindertes Sehvermögen, ein vermindertes Hörvermögen und auf die kognitiven Fähigkeiten der Heimbewohner/innen, bzw. der Spitex-Klient/innen. Den drei Themenfeldern sind entsprechende Bereiche im MDS zugeordnet. Die beiden Versionen des RAI-Assessments (NH und HC) beinhalten in vielen, jedoch nicht in allen Bereichen identische Formulierungen. Vergleiche sind weitgehend möglich, auf allfällige Unterschiede wird an passender Stelle hingewiesen.

### 4.2. Zur Datenlage im Gesundheits- und Behindertenwesen

Die Datenlage zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit behindernden Folgen ist in der Schweiz nach wie vor sehr dünn. Es bestehen kaum gültige epidemiologische Studien, insbesondere zu den Formen von Beeinträchtigungen, die sich auf unterschiedliche und sich mit der Zeit verändernde Krankheiten beziehen. Die Sinnesbehinderungen, die in Folge von altersbedingt zunehmenden Leistungseinbussen der assoziierten Organe und der zentralen Verarbeitung von Wahrnehmung auftreten, sind besonders schlecht

---

<sup>13</sup> RAI: Resident Assessment Instrument: Morris J. E. et.al.

Schweizerische Adaptation durch Anliker M., Bartelt G, Gilgen R., Hüsken W.S., Müller P. und Staudenmaier B. Versionen RAI-NH (Nursing Home) für Alters- und Pflegeheime (V. 2014) sowie RAI-HC (Home Care) für Spitex-Organisationen (V. 2009)

<sup>14</sup> Hauptitems und Unter-Items zusammengezählt, je nach Zählweise ergeben sich ca. 170 Items in der Version NH (Nursing Home) für Alters- und Pflegeheime und ca. 110 Items in der Version HC (Home Care) für Spitex-Organisationen.

<sup>15</sup> Zur Geschichte und Struktur von RAI vgl.: Anliker M., Bartelt G. (2015)

<sup>16</sup> In RAI-NH: Skala der kognitiven Leistungsfähigkeit (CPS), Schmerzskala, Skala der Anzeichen von emotionaler Instabilität und Depression (DRS), Body-Mass-Index (BMI), ADL-Index (ADL) sowie Pflegeaufwandgruppen nach RAI-NH.

In RAI-HC: Basic Activities of Daily Living (BADL), Instrumental Activities of Daily Living (IADL), Skala der kognitiven Leistungsfähigkeit (CPS), Skala der Anzeichen von emotionaler Instabilität und Depression (DRS)



dokumentiert<sup>17</sup>.

Die moderne Konzeption von „Behinderung“ geht je länger je weniger von organbezogenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen aus, zumal Multimorbidität und Medikation kausale Zusammenhänge wenig glaubwürdig erscheinen lassen. Das Verständnis von „Behinderung“ orientiert und definiert sich vielmehr an den Folgebeeinträchtigungen auf der Ebene der Funktionen und in Bezug auf die Möglichkeit, altersübliche Tätigkeiten auszuüben und am Leben teilzuhaben<sup>18</sup>. Somit wird „Behinderung“ in erster Linie funktional und ergebnisorientiert betrachtet und nicht biologisch-medizinisch (siehe Kapitel 2). Dies bedeutet, dass „Behinderung“ auch in den wissenschaftlichen Grundlagen und Statistiken nicht länger nur auf Grund von medizinisch-diagnostisch orientierten Krankheitsdaten, sondern ebenso auf Grund von Einschätzungen und Erhebungen der Folgen erfasst und beschrieben werden muss. Gemäss dem modernen Behinderungsverständnis sind die Folgen daraus sowohl in der individuellen Handlungsfähigkeit als auch in der sozialen Teilhabe abbildbar und berücksichtigen auch die kontextuellen Bedingungen, in denen sich das Handeln und die Teilhabe abspielen (Umweltbedingungen).

### **4.3. Warum eine Analyse der RAI-Daten?**

Der Schweizerische Zentralverein für das Blindenwesen SZB will sicherstellen, dass Menschen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung in jeder Lebenslage die ihnen zustehende und ihrer Lebensqualität förderliche Unterstützung erhalten. Nebst dem Interesse, das Themenfeld der Sinnesbeeinträchtigungen möglichst genau beschreiben zu können, ist es dem SZB wichtig, dass die verbreiteten Instrumente der Alterspflege und der Altersbetreuung sensibel auf die im Alter vermehrt und im hohen Alter sehr verbreitet auftretenden Sinnesbeeinträchtigungen angepasst sind.

Untersuchungen zeigen, dass Sinnesbeeinträchtigungen das Potential zur Selbstpflege und Gesunderhaltung, sowie die Qualität der Pflege und Betreuung durch Drittpersonen, beeinträchtigen können.<sup>19</sup> Dasselbe gilt auch für den Verlust der kognitiven Leistungsfähigkeit, sei diese nun auf eine Demenzerkrankung, auf psychische Belastungen oder auf depressive Verstimmungen zurückzuführen.<sup>20</sup> Pflege und Betreuungsarbeit müssen unter solchen Bedingungen qualitativ angepasst erfolgen. Es wäre wichtig festzustellen, ob dazu ein erhöhtes Zeitbudget nötig ist und wenn ja, ob ein solches gewährt wird.<sup>21</sup>

Mehrere neue Studien werfen die Frage auf, ob die funktionalen Folgen einer im Alter auftretende Sinnesbehinderung (Schwierigkeiten in der Orientierung, in der Personenerkennung, in der visuellen Speicherung von Informationen, im Wiederfinden von Gegenständen u.a.m.) mit den Symptomen einer beginnenden Demenzerkrankung verwechselt werden können.

Eine im Auftrag des SZB durchgeführte Expertise hat aufgezeigt, dass dies möglich ist und

---

<sup>17</sup> Ein Lichtblick verspricht die Studie „COVIAGE – Coping Visual Impairments in Old Age“ die durch die Universität Zürich in Zusammenarbeit mit der EESP (Fachhochschule HES-SO) in Lausanne und dem SZB zurzeit durchgeführt wird. In COVIAGE ist eine Befragung von über 1'000 Personen ab 70 Jahre vorgesehen. Die Publikation erfolgt 2018.

<sup>18</sup> Vgl. z.B. Oberholzer et al. (2014)

<sup>19</sup> Kampmann S. et.al. (2015); Heussler F. et al.(2016)

<sup>20</sup> In dieser Arbeit gehen wir nicht näher auf die Diskussion zum Begriff der Demenz ein, wohlwissend, dass der Begriff einerseits differenzierter anzuwenden wäre, als es an dieser Stelle sinnvoll erscheint. Zudem ist der Begriff auch umstritten. So gibt es namentlich in den USA Bestrebungen, den Demenzbegriff durch besser verständliche, sachlichere Bezeichnungen, wie etwa "grössere kognitive Verluste", zu ersetzen.

<sup>21</sup> Erfahrungen und Expertise in diesem Bereich sind in der Schweiz besonders am "Kompetenzzentrum Sehbehinderung im Alter KSiA" erhältlich. [www.ksia.ch](http://www.ksia.ch)

in der Praxis wahrscheinlich auch vorkommt.<sup>22</sup> Mittlerweile liegen verschiedene Arbeiten vor, welche diesen Phänomenen belegen, sowohl aus Sehverlust- wie aus Hörverlustperspektive oder aus neurologischer Sicht.<sup>23</sup> Die Folgen einer solchen Verwechslung sind für betroffene Menschen und für deren Angehörige tragisch. Einige Auswirkungen von Seh- und/oder Hörbeeinträchtigungen könnten dank spezialisierten personen- oder lebensweltbezogenen Rehabilitationsmassnahmen durchaus vermindert werden. Dadurch würden Betroffene ihre Selbstständigkeit und ihre Lebensqualität teilweise wiedererlangen. Werden die funktionalen Folgen von Sinnesbeeinträchtigungen jedoch ausschliesslich als Symptome von Demenzerkrankungen missverstanden, sind vorhandene Chancen zu einer Verbesserung der Lebensqualität vergeben.

Zudem ist bekannt, dass alters- oder krankheitsbezogene Sinneseinbussen zeitlich auch in den Jahren nach dem Auftreten einer psychodegenerativen Erkrankung auftreten können. Auch in diesem Fall sollten die Phänomene differenziert erkannt und angegangen werden, damit alle möglichen Chancen zur Erhaltung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung aufrechterhalten werden. Die RAI-MDS-Daten können helfen abzuschätzen, wie gross die Personengruppe ist, bei der solche Verwechslungen möglicherweise vorkommen.

Schliesslich weisen wir auf eine der zentralen Forderungen der Nationalen Demenzstrategie 2014-2019<sup>24</sup> hin. Nach Sichtung der bisherigen Entwicklungen in Diagnostik, Betreuung und Behandlung der Demenzerkrankungen, soll in den nächsten Jahren den Aspekten von Komorbidität, den zielgruppenadäquaten Betreuungskonzepten und der Interdisziplinarität in den Assessments Priorität zugestanden werden.<sup>25</sup> Mit der Analyse der RAI-MDS-Daten will das Seh- und Hörsehbehindertenwesen einen eigenen Beitrag zur Weiterentwicklung der nationalen Demenzstrategie leisten und auf bisher ungenügend beachtete Verbindungen zwischen Demenzerkrankungen und Sinnesbehinderungen hinweisen.

## **4.4. Studienstruktur**

### **Fragestellung**

Unser Interesse an den dokumentierten, auf Diagnosen oder fachlich hochstehenden Beobachtungen durch qualifizierte Pflegepersonen begründeten Phänomenen orientiert sich an folgenden Fragen:

Wie verbreitet sind Sinnesbeeinträchtigungen und Demenzerkrankungen bei älteren pflegebedürftigen Menschen? Welche Situationsbilder entstehen aus stationären und ambulanten Pflegesituationen? Wie verbreitet sind sie in Kombination miteinander? Gibt es Anzeichen dafür, dass sie sich gegenseitig beeinflussen?

Und darüber hinaus fragen wir uns: Ist das RAI-System in Bezug auf die Auswirkungen von Veränderungen im Sehvermögen bzw. in der Kombination von Seh- und Hörvermögen ein Vehikel der Sensibilisierung und Aufmerksamkeitsschulung?

### **Stichprobe**

Die Daten aus RAI-NH beziehen sich auf das Jahr 2014 und wurden mittels eines

---

<sup>22</sup> Blaser R. et al. (2013)

<sup>23</sup> Killmann I. et al. (2015); Lehl S. et al (2004); Lehl S. et al. (2016); McLellan et al. (2008)

<sup>24</sup> Ursprünglich durch den Bundesrat auf 2014 bis 2017 festgelegt, Anfangs 2017 dann bis 2019 verlängert.

<sup>25</sup> Bundesamt für Gesundheit (2013)

anonymisierten Datenexports bei den Heimen, welche ihre Einwilligung für die Verwendung der Daten zu Forschungszwecken erteilt haben, eingeholt. Die Daten RAI-HC beziehen sich auf das Jahr 2015 und konnten ebenfalls anonymisiert zu wissenschaftlichen Zwecken aus dem Datenpool "HomeCareData" des Spitex Verbandes Schweiz und der Universität Bern (Institut für Sozial- und Präventivmedizin) bezogen werden<sup>26</sup>. Die Datenbearbeitung erfolgte mit der Statistiksoftware SPSS.

Es konnten 597'385 (NH), bzw. 25'389 (HC) Datensätze einbezogen werden. Im Bereich NH lagen meistens mehrere Assessments für die gleiche Person vor, also sowohl ein aktuelles als auch vorausgehende Assessments, auch aus früheren Jahren stammend.<sup>27</sup> Im Bereich HC lagen nur Datensätze aus dem Jahr 2015 vor, bei einigen Personen jedoch ebenfalls aus unterschiedlichen Assessments. In allen Fällen wurde nur das letztgültige Assessment in Betracht gezogen, was erlaubt, die Anzahl diesbezüglich beurteilter Personen wie folgt festzuhalten (= N gültig):

- Bewohnerinnen und Bewohner aus Alters- und Pflegeheime (RAI-NH): 23'593
- Spitex-Klientinnen und Klienten (RAI-HC): 17'066

Die NH-Datensätze stammen von Institutionen aus 16 Kantonen. Darunter befinden sich keine ausschliesslich französischsprachigen Kantone, die ein anderes Erfassungssystem als RAI nutzen. Mit den Kantonen Bern und Freiburg sind aber zwei mehrsprachige Kantone vertreten. Ein ansehnlicher Teil der Datensätze (11,5%) kommt zudem aus dem Kanton Tessin.

Die HC-Daten stammen von Spitex-Organisationen aus 17 Kantonen, auch hier vorwiegend aus der Deutschschweiz, wobei die beiden zweisprachigen Kantone Bern und Freiburg sowie der Tessin (8,3% der Datensätze) ebenfalls dabei sind.

Können Vergleiche und Hochrechnungen auf die Gesamtheit der in der Schweiz stationär und ambulant gepflegten Personen angestellt werden? Ein Vergleich der Geschlechterverteilung und der Altersverteilung zeigt Folgendes:

Unsere Daten aus den Heimen betreffen zu 72,8% Frauen und 27,2% Männer. In der Gesamtheit der Alters- und Pflegeheime der Schweiz beträgt der Anteil der Frauen 69,3%, derjenige der Männer 30,7%. Unsere Daten aus den Spitex-Organisationen betreffen zu 64,3% Frauen und 35,7% Männer. In der Gesamtstatistik der Spitex (Daten zur Langzeitpflege) werden 59,1% Frauen und 20,9% Männer dokumentiert. Somit sind in unseren Daten die Frauen um vernachlässigbare 3,5 bis 5,1 Prozentpunkte stärker vertreten als in der Grundgesamtheit für die Schweiz, womit uns Vergleiche auf Grund der Geschlechterverteilung als möglich erscheinen.<sup>28</sup>

Der Vergleich nach Altersgruppen fällt etwas ungünstiger aus. Bei den uns vorliegenden Daten aus den Spitex-Organisationen betreffen 59,4% Personen, die 80 Jahre und älter sind. In der schweizerischen Spitex-Statistik sind dies nur 45,2% (+14,2 Prozentpunkte). Bei den vorliegenden Daten aus den Alters- und Pflegeheime beträgt der Anteil der 80-jährigen und älteren Personen gesamtschweizerisch 75,5% in unseren Daten 76,9%, was eine minimale Übervertretung von 1,5 Prozentpunkte bedeutet. Bei den Personen zwischen 65 und 79 Jahren ist der Unterschied dann sowohl bei der Spitex mit 3,1% (26,7

---

<sup>26</sup> MEMdoc-Dokumentationssystem, Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern, Bern. Datenpool HomeCareData, Spitex Verband Schweiz, Bern

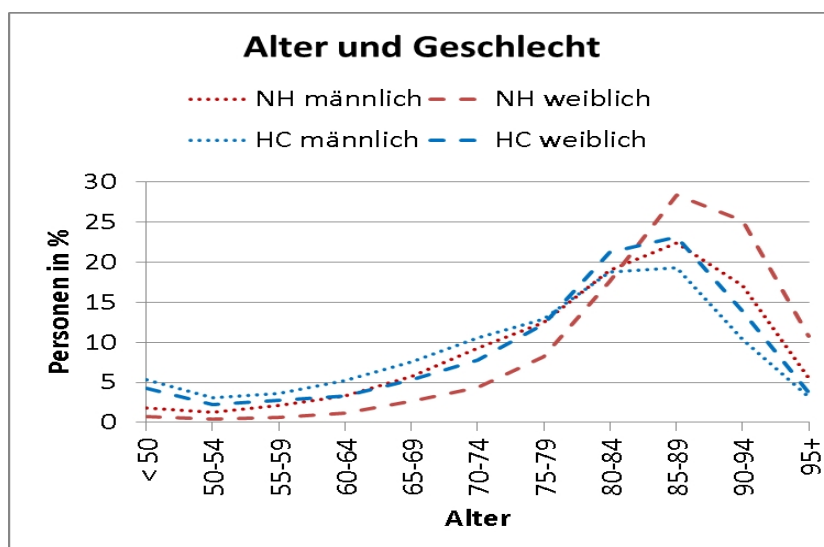
<sup>27</sup> Daten NH: 15,2 % stellen die Situation nach einer Erstbeurteilung, 25,0% nach einer halbjährlichen und 26,0 % nach einer jährlichen Beurteilung dar. Die übrigen Datensätze basieren auf Assessments, die jeweils aus bestimmten Gründen aktualisiert wurden, z.B. signifikante Statusveränderung, Korrekturen der letzten Beurteilung (total 15,9%) oder beim Austritt erfolgten (17,8%).

<sup>28</sup> BFS 2014, BFS 2015

zu 29,8%) wie bei der stationären Pflege mit -0,8% (15,1 zu 15,9%) sehr klein. Unsere Daten aus den Heimen betreffen Personen mit einem Durchschnittsalter von 84,3 Jahren (21 bis 114 Jahre, Median 84), gesamtschweizerisch liegt dieses bei 83,8 Jahre liegt (keine Spannweite publiziert). Bei den uns vorliegenden Daten aus Spitex-Organisationen liegt das Durchschnittsalter bei 78,1 Jahre (0 bis 113 Jahre, Median 78).<sup>29</sup> Leider enthält die Spitex-Statistik des Bundesamtes für Statistik keine detaillierten Angaben zum Alter, der Verteilung oder zumindest zum Durchschnittsalter. Unsere Daten sind demnach aus der Perspektive der Altersverteilung im Heimbereich ein sehr gutes, im Spitexbereich ein weniger exaktes Abbild der Gesamtpopulation der in der Schweiz gepflegten Personen.

Leider wird auf schweizerischer Ebene für die Spitex nur eine auf grosse Altersgruppen aggregierte Verteilung publiziert, womit keine die gesamte Lebensspanne umfassenden Vergleiche möglich sind. Dennoch kann beobachtet werden, dass der Anteil Personen über 80 Jahre in den Heimen deutlich grösser ist als in der Spitex (75% zu 54% aller gepflegten Personen). Anders gesagt, jüngere Menschen geniessen vermehrt ambulante Pflege und Betreuung. Weiter zeigen die uns vorliegenden Daten, dass bei jüngeren Jahrgängen mehr Männer als Frauen gepflegt werden. In der Spitex kippt das Verhältnis dann ca. bei den 75-Jährigen, in den Heimen bei den 80-Jährigen, was bekanntlich Ausdruck der längeren Lebenserwartung bei Frauen ist. Das gleiche Phänomen zeigt sich in den gesamtschweizerischen Heim- und Spitex-Daten.<sup>30</sup>

**Abbildung 2: Sample: Anzahl Frauen und Männer nach Alter in % des Samples**



### Datenanalyse

Der SZB hat Q-Sys<sup>31</sup> beauftragt innerhalb verfügbarer Datenbanken eine gezielte Auswertung zu folgenden Funktionen zu erstellen:

- Hören: MDS-Bereich C
- Sehen: MDS-Bereich D

<sup>29</sup> Standardabweichung: NH 9,9 Jahre, HC 13,5 Jahre

<sup>30</sup> Bei der Kategorie „Unter 50“ wird ersichtlich, dass ein kleiner Prozentsatz der Klient/innen und Bewohner/innen nicht der erwarteten Gruppe der älteren Menschen entspricht. Die Spitex betreut und pflegt auch Personen jüngeren Alters, teilweise auch Kinder. Auch in den Alters- und Pflegeheimen leben Menschen in früheren Lebensabschnitten, wenn sie auf Grund von chronischen Krankheiten und/oder in Folge einer schweren Behinderung und nicht belastbaren familiären Situationen eine Langzeitpflege benötigen.

<sup>31</sup> Q-Sys AG, St. Leonhard-Strasse 31, 9000 St. Gallen, [www.qsys.ch](http://www.qsys.ch)

- Kognitive Fähigkeiten / Demenz: Mehrere Bereiche (in NH und HC unterschiedlich bezeichnet)
- Beizug von weiteren Daten, bspw. Krankheitsdiagnosen (Bereich J im RAI-HC bzw. I im RAI-NH), Stimmungslagen (Bereich E), neurologische Erkrankungen und RAI-Skalen (ADL-, CPS- und DRS-Skalen)

Die MDS-Bereiche sollen einzeln und gekreuzt ausgewertet werden.

Angesichts der gemischten Datenherkunft, der für diese Analysen zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln und der beschränkten Kontrolle der Autoren über die Umstände der Datenerfassung in den vielen beteiligten Einrichtungen der stationären oder ambulanten Alterspflege, haben wir die Datenanalyse auf eine vorwiegend deskriptive Statistik beschränkt. Damit erhalten wir vor allem Mittelwerte und Rangordnungen. Wir sind uns der Problematik bewusst, dass wir damit die Situation einzelner Personengruppen nur annähernd beschreiben können. Altern ist ein sehr individueller Prozess, es gibt das Norm-Alter nicht. Ebenso sind die Ausprägungen und Formen von Sinnesbehinderungen oder psychogeriatrischer Krankheiten extrem vielfältig. In diesem Sinne kann niemand "Mittelwert" oder "Durchschnitt" sein. Wir sind uns auch bewusst, dass eine vertiefte Analyse der RAI-Assessment-Daten möglich und erwünscht wäre. Eine individualisierte Datenbearbeitung und die Anwendung von höheren statistischen Verfahren und Kontrollen übersteigen aber unsere Möglichkeiten. Sie kann aber auch nicht Aufgabe eines Verbandes sein, sondern müsste an einer Hochschule erfolgen. Unsere Analyse hat demnach ausdrücklich **explorativen Charakter**. Vielleicht kann sie aber neue Projekte in diese Richtung anregen, Projekte durch die hinter die Fassade der Mittel- und Prozentwerte auf der Personenebene differenzierte Auswirkungen von Sinnesbeeinträchtigungen auf die Lebensqualität dargestellt werden können.

## Ethische Überlegungen

Die Studie verwendet ausschliesslich gesundheitsbezogene Daten die durch Q-Sys AG (NH-Daten), bzw. HomeCareData/Spitex Verband Schweiz (HC-Daten), anonymisiert wurden und die nicht genetischer Natur sind. Es ist keine Rückverfolgung auf Personen möglich. Deshalb ist keine Bewilligung durch eine Ethikkommission notwendig.<sup>32</sup>

## Finanzierung

Der Schweizerische Zentralverein für das Blindenwesen ([www.szb.ch](http://www.szb.ch)) und die Schweizerische Alzheimervereinigung ([www.alz.ch](http://www.alz.ch)) teilten sich die Kosten für die Datenanalyse zu zwei Dritteln zu einem Drittel auf.. Der SZB dankt der Schweiz. Alzheimervereinigung für die Zusammenarbeit in diesem Projekt.

## 5. Ergebnisse

### 5.1. Sehfähigkeit

#### 5.1.1. Erfassung der Sehfähigkeit

RAI erfasst in beiden Ausführungen (NH und HC) die Sehfähigkeit anhand einer durch die Pflegefachperson durchzuführenden Einschätzung der Funktion „Sehen“. Konkret heisst dies im Alltag: Die Einschätzung erfolgt auf Grund von Beobachtungen und im Dialog mit der betroffenen Person, wo vorhanden nach Kenntnisnahme der im Dossier vorliegenden Abklärungsberichte. Es handelt sich hier also um eine funktionale Einstufung, welche nicht (oder nicht notwendigerweise) auf einer visuellen (ärztlichen, optischen oder Low Vision-technischen, siehe Fussnote 9) Abklärung basiert. Bei allen Einschätzungen geht man ausdrücklich (d.h., so ist es in jeder Frage ausdrücklich vermerkt) von einer angemessenen

<sup>32</sup> KOFAM-Categorizer: ERGEBNIS DER KATEGORISIERUNG: "Forschungsprojekt mit vorhandenen gesundheitsbezogenen verschlüsselten nicht-genetischen Daten". [www.kofam.ch](http://www.kofam.ch)

## Beleuchtung und Verwendung von Sehhilfen aus (Brillen, Kontaktlinsen).

Die Einstufung ist in RAI-NH und RAI-HC in beiden Sprachausführungen sprachlich nicht 100% identisch: Auf Deutsch erfolgt in beiden RAI-Ausführungen (NH und HC) die Einschätzung der Sehfähigkeit vorerst allgemein. Als Beobachtungsgrösse gilt das Erkennen von normalen Buchstaben, bzw. nur der Überschriften oder Titel. Sind nur grosse Buchstaben erkennbar, wird das Sehen als "leicht beeinträchtigt" (NH) / „teilweise beeinträchtigt“ (HC) eingestuft. Das Sehen ist "mittel beeinträchtigt" (NH) / „beeinträchtigt“ (HC) wenn die Sehschärfe nicht mehr ausreicht Zeitungsschlagzeilen zu erkennen. Gegenstände im Raum werden aber noch erkannt. Das Sehen ist „stark beeinträchtigt (NH und HC)" wenn das Erkennen von Gegenständen und somit auch von Personen fraglich ist. Bei der letzten Stufe ist das Sehen dann "schwerwiegend beeinträchtigt / blind" und entspricht funktional der Blindheit. Die Skalen sind also in den beiden RAI-Versionen gleich, nur die Bezeichnungen der Abstufungen sind sprachlich teils unterschiedlich.

Im RAI-NH wird zusätzlich das Vorhandensein von Gesichtsfeldeinschränkungen eingeschätzt. Sie wird aufgrund von Beobachtungen beim Gehen und beim Essen vorgenommen. Im Sehbehindertenwesen ist bekannt, dass Gesichtsfeldeinschränkungen selbst durch Fachpersonen, aber auch durch die betroffenen Menschen selbst, sehr schwer einschätzbar sind. Die durch RAI dokumentierten Fälle entsprechen somit mit Sicherheit nur einem Teil der wirklich vorkommenden Gesichtsfeldeinschränkungen. Die dritte, nur im RAI-NH enthaltene Einschätzung gilt der vermeintlich einfachen Kategorie der „Nutzung von Sehhilfen“. Da sie aber ohne klare Parameter erfolgt (welche Sehhilfen werden wie oft und in welchen Situationen verwendet?), ist sie unser Erachtens kaum aussagekräftig.

### 5.1.2. Ergebnisse zur Sehfähigkeit in den Alters- und Pflegeheimen (RAI-NH)

Die nachfolgende Tabelle zeigt die im RAI-MDS erfassten Elemente der Sehfähigkeit mit den Einstufungsangaben gemäss MDS-Fragebogen und den in den analysierten Dossiers aus Alters- und Pflegeheimen (NH) enthaltenen Häufigkeiten:

**Tabelle 1: Sehfähigkeit bei angemessener Beleuchtung, falls nötig mit Brille / Sehhilfen (Heime)**

0	Gut	sieht kleine Details, einschliesslich gewöhnlicher Druckbuchstaben in Zeitungen / Büchern	58,0%
1	Leicht beeinträchtigt	sieht grosse, jedoch keine normalen Buchstaben in Zeitungen / Büchern	27,8%
2	Mittel beeinträchtigt	unfähig, Zeitungsschlagzeilen zu sehen, kann Gegenstände in der Umgebung sehen	8,6%
3	Stark beeinträchtigt	es ist fraglich, ob Gegenstände in der Umgebung gesehen werden, die Augen folgen Objekten	4,3%
4	Schwerwiegend beeinträchtigt / blind	sieht nichts oder nur Umrisse; die Augen folgen Objekten nicht	1,2%

(RAI-NH: MDS D1) (N = 23'593, 2014)

**Tabelle 2: Gesichtsfeldeinschränkung (Heime)**

0	keine Probleme		91,2%
1	Probleme	Probleme beim seitlichen Sehen – verengtes Gesichtsfeld (z.B. lässt Essen auf einer Seite liegen, stösst gegen andere Personen, Türrahmen)	8,8%

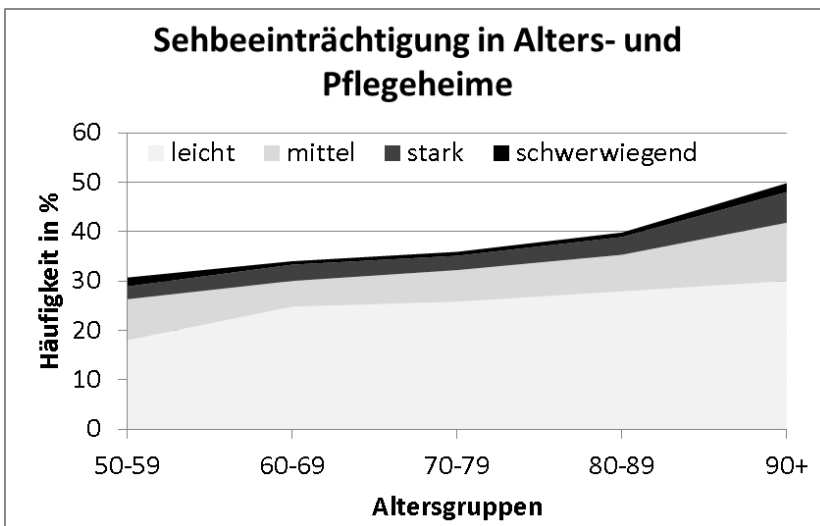
(RAI-NH: MDS D2) (N = 23'593, 2014)

**Tabelle 3: Sehhilfen (Heime)**

0	benützt keine Sehhilfe		55,1%
1	benützt Sehhilfe	Brille, Kontaktlinsen, Vergrößerungsglas	44,9%

(RAI-NH: MDS D3) (N = 23'593, 2014)

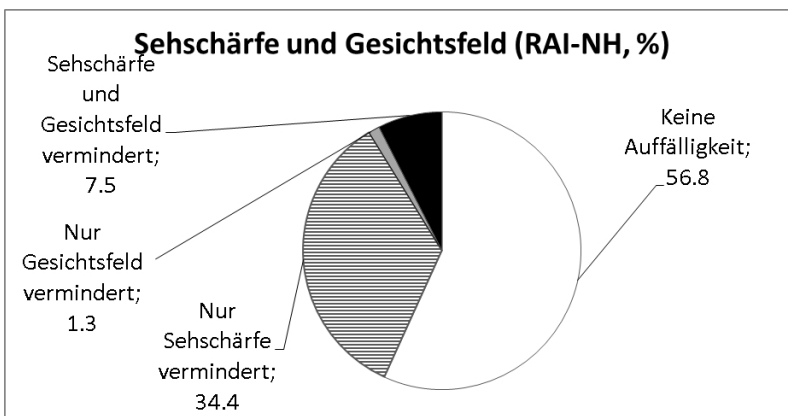
**Abbildung 3: Prozentuale Häufigkeit von Beeinträchtigungen der Sehschärfe (gemessen am Lesen) nach Alter (Heime)**



(RAI-NH: MDS D1/Alter) (N = 23'593, 2014)

Die Datensätze aus RAI-NH wurden einer kombinierten Auswertung unterzogen. Bei 7,5% der Personen stellen die Pflegefachpersonen im RAI sowohl eine verminderte Sehschärfe wie ein eingegengtes Gesichtsfeld fest. Ausschliesslich Einschränkungen in der Sehschärfe (D1=1 und D2=0) wird bei 34,4% der Personen festgestellt und ausschliesslich eine Gesichtsfeldeinschränkung (D1=0 und D2=1) bei seltenen 1,3%. Bei 56,8% der Bewohner/innen wird keine der beiden Grundformen von Sehbeeinträchtigung vermerkt (D1=0 und D2=0).

**Abbildung 4: Sehschärfe in Kombination mit Gesichtsfeldeinschränkungen (Heime)**



(RAI-NH: MDS D1 und D2) (N = 23'593, 2014)

Das RAI-NH erfasst auch die bestehenden Diagnosen relativ detailliert und fragt ausdrücklich, ob Diagnosen zu vier den Sehbeeinträchtigungen zugrundeliegenden Krankheiten vorliegen (Abklärungsbereich I „Krankheits-Diagnosen“). Das RAI-HC-Modul

erfasst die Diagnosen aus unserer Sicht bedauerlicherweise nicht strukturiert. Die in den Heimen dokumentierten Diagnosen sind gemäss RAI-Handbuch ärztlich gestellt worden:

- Katarakt (Grauer Star): 4,7%
- Diabetische Retinopathie: 0,7%
- Glaukom (grüner Star): 3,1%
- Makuladegeneration: 3,8%

### 5.1.3. Ergebnisse zur Sehfähigkeit in den Spitex-Organisationen (RAI-HC)

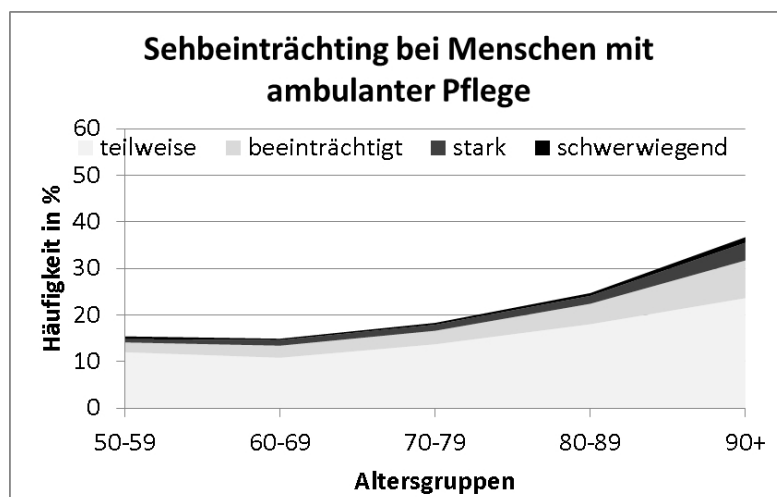
Die nachfolgende Tabelle zeigt die im RAI-MDS erfassten Elemente der Sehfähigkeit mit den Einstufungsangaben gemäss MDS-Fragebogen und den in den analysierten Dossiers aus den Spitex-Organisationen (RAI-HC) enthaltenen Häufigkeiten:

**Tabelle 4: Sehfähigkeit bei angemessener Beleuchtung, falls nötig mit Sehhilfen (Spitex)**

0	Gut	sieht kleine Details, einschliesslich gewöhnlicher Druckbuchstaben in Zeitungen / Büchern	77,0%
1	Teilweise beeinträchtigt	sieht grosse Druckbuchstaben, aber keine gewöhnlichen	16,4%
2	Beeinträchtigt	unfähig, Zeitungsüberschriften zu lesen, kann Gegenstände in der Umgebung identifizieren	4,2%
3	Stark beeinträchtigt	erkennt Gegenstände in der Umgebung kaum, scheint mit den Augen zu folgen	1,8%
4	Schwerwiegend beeinträchtigt / blind	sieht nur Farben oder Umrisse; folgt mit den Augen nicht	0,6%

(RAI-HC: MDS D1) (N = 17'066, 2015)

**Abbildung 5: Prozentuale Häufigkeit der Beeinträchtigung der Sehschärfe (gemessen am Lesen) nach Alter bei Klient/innen (Spitex)**



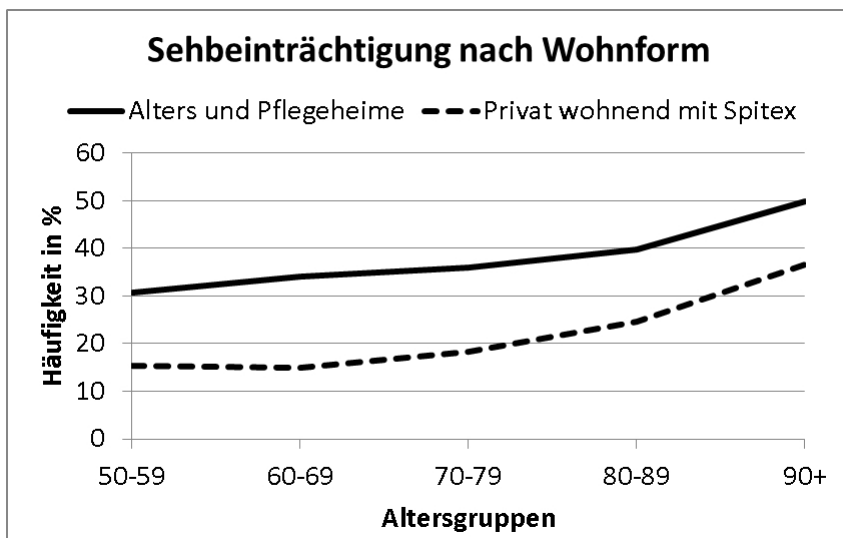
(RAI-HC: MDS D1/Alter) (N = 17'066, 2015)

Wie erwähnt werden im RAI-Assessment im Spitex-Bereich (RAI-HC) keine Angaben zu möglichen Gesichtsfeldeinschränkungen und zu Diagnosen mit Auswirkungen auf das Sehvermögen erfasst.

### 5.1.4. Vergleiche

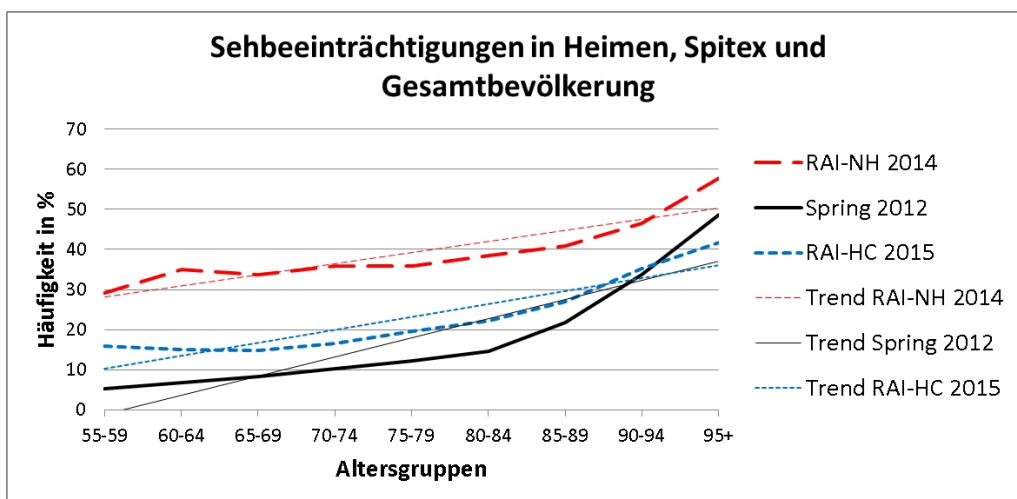


**Abbildung 6: Vergleich der Sehbeeinträchtigungen in Alters- und Pflegeheimen und in Spitex-Organisationen**



(RAI-NH/HC: MDS D1/Alter) (N NH = 23'593, 2014; N HC = 17'066, 2015)

**Abbildung 7: Prozentuale Häufigkeit der Beeinträchtigung der Sehschärfe: Vergleich zur Berechnung der „Sehbehinderungen“ in der Gesamtbevölkerung**



Die Daten aus dem RAI-Assessment erlauben auch eine Hochrechnung zur Zahl der in der Schweiz durch die Pflegesysteme ambulant oder stationär betreuten Menschen mit einer Sehbeeinträchtigung.

**Tabelle 5: Anzahl Personen ab 70 Jahre mit Sehbeeinträchtigung in Alters- und Pflegeheimen und in Spitex-Organisationen (Hochrechnung)**

	<b>Stationär</b> (BFS 2014: 70+ = 135'291)	Annahme: 1/3 vorher auch in Spitex- Betreuung	<b>Ambulant</b> (BFS 2015: 70+ = 139'897)	<b>Total Personen</b>
Mit Sehbeeinträchtigung	55'987	- 18'662*	34'725	72'050

(RAI-NH/HC: MDS D1; N NH = 23'593, 2014; N HC = 17'066, 2015; BFS 2014, BFS 2015)

\* Hinweis: Es handelt sich hier um eine grobe Hochrechnung anhand von zwei Datenquellen, die nicht auf einen Stichtag koordiniert werden können. Vorsichtshalber

haben wir die Anzahl betroffener Menschen, die stationär gepflegt werden, um einen Drittel reduziert. Dies in der Annahme, dass ein Teil dieser Bewohner/innen im Eintrittsjahr auch bereits durch die Spitex betreut waren und es damit erhebliche Doppelzählungen geben kann.

## 5.2. Hörfähigkeit

### 5.2.1. Erfassung der Hörfähigkeit

RAI erfasst die Hörfähigkeit in der Ausführung für Alters- und Pflegeheime und in derjenigen für die Spitex nicht durchgehend mit den gleichen Parametern, jedoch in beiden Fällen unter dem Obertitel der „Kommunikativen Fähigkeiten“. Die „Hörfähigkeit als solche“, die "Fähigkeit, andere zu verstehen" und das "Sich verständlich machen" werden in beiden Ausführungen abgefragt. Die verwendeten Begriffe und Skalen sind identisch, mit Ausnahme einer Vierer- (HC) statt Dreier-Skala (NH) bei der Einschätzung, wie gut sich die Person verständlich machen kann.

Das RAI-NH (Ausführung für Heime) fragt darüber hinaus nach dem Vorhandensein von Hörhilfen, nach Alternativen in der Ausdrucksweise (schriftliche Mitteilungen, Gesten usw.) und nach Veränderungen in den Kommunikationsfähigkeiten (Periodenvergleich).

Auch im Bereich des Hörens ist es die Pflegefachperson, die ihre funktional ausgerichtete Einschätzung abgibt. Im konkreten Alltag erfolgt auch diese Einschätzung auf Grund von Beobachtungen und im Dialog mit der betroffenen Person, wo vorhanden nach Kenntnisnahme der im Bewohnerdossier vorliegenden Abklärungsberichte.

### 5.2.2. Ergebnisse zur Hörfähigkeit in den Alters- und Pflegeheime (RAI-NH)

Nachfolgend die im RAI-MDS erfassten Elemente der Hörfähigkeit mit den Einstufungen und den in den analysierten Dossiers erhaltenen Häufigkeiten:

**Tabelle 6: Hörfähigkeit mit Hörhilfen, falls benutzt (Heime)**

0	Hört gut	Versteht normale Gespräche, Fernseher, Telefon, Gruppengespräche	52,3%
1	Leichte Schwierigkeiten	Schwierigkeiten in unruhiger Umgebung	34,7%
2	Hört nur in besonderen Situationen	Versteht, wenn sich die Partner in der Tonlage darauf einstellen und deutlich sprechen	11,9%
3	Stark beeinträchtigt	Hört nichts oder praktisch nichts	1,1%

(RAI-NH: MDS C1) (N = 23'593, 2014)

**Tabelle 7: Kommunikationshilfen und -techniken (Heime)**

a.	Hat Hörhilfen und benutzt sie	13,0%
b.	Hat Hörhilfen, benutzt sie jedoch nicht regelmässig	3,1%
c.	Benutzt andere Technik (z.B. Lippenlesen)	1,0%

(RAI-NH: MDS C2) (N = 23'593, 2014) (Mehrfachantworten möglich)

**Tabelle 8: Ausdrucksweise (Heime)**

a.	Sprache	95,4%
b.	Geschriebene Mitteilungen	5,6%
c.	Zeichensprache / Brailleschrift	0,3%

d.	Zeichen, Gesten, Laute	21,0%
e.	Kommunikationstafel	0,3%

(RAI-NH: MDS C3) (N = 23'593, 2014) (Mehrfachantworten möglich)

**Tabelle 9: Sich verständlich machen (Heime)**

0	Ist verständlich		47,8%
1	Ist meistens verständlich	Hat Schwierigkeiten, Worte/Zeichen zu finden und Gedanken zu beenden	28,0%
2	Ist manchmal verständlich	Beschränkte Fähigkeit, konkrete Wünsche zu äussern	16,0%
3	Ist selten / nie verständlich		8,0%

(RAI-NH: MDS C4) (N = 23'593, 2014)

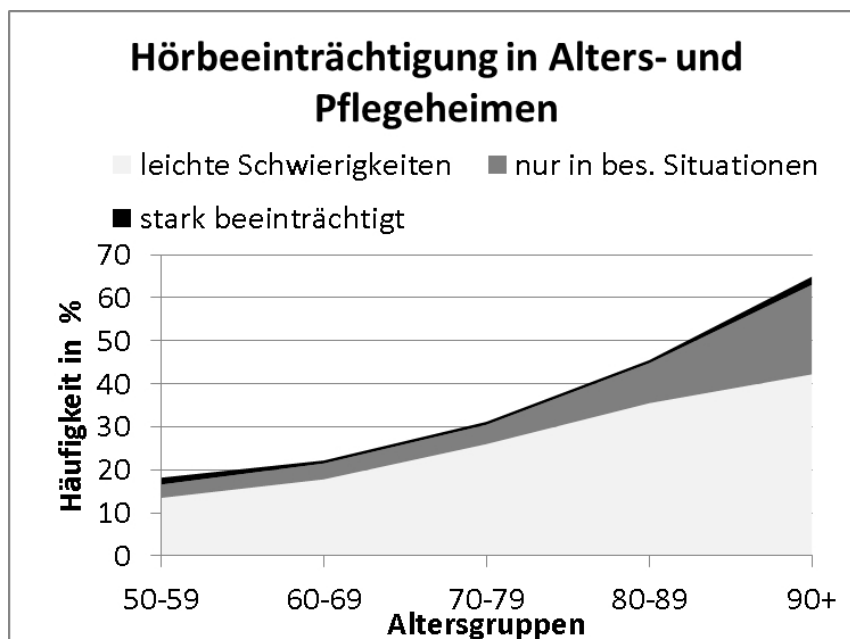
**Tabelle 10: Fähigkeit, andere zu verstehen (Heime)**

0	Versteht		39,7%
1	Versteht meistens	Nicht immer die ganze Bedeutung der Nachricht	32,0%
2	Versteht manchmal	Nur einfache Anweisungen und Fragen	21,4%
3	Versteht selten / nie		6,2%

(RAI-NH: MDS C6) (N = 23'593, 2014)

Die Beeinträchtigung der Hörfähigkeit (C1) kann auch in Bezug auf das Alter dargestellt werden:

**Abbildung 8: Prozentuale Häufigkeit der Beeinträchtigung der Hörfähigkeit (gemessen am Sprachverständnis) nach Alter (Heime)**



(RAI-NH: MDS C1/Alter) (N = 23'593, 2014)

### 5.2.3. Ergebnisse zur Hörfähigkeit in den Spitex-Organisationen (RAI-HC)

Nachfolgend die im RAI-MDS erfassten Elemente der Hörfähigkeit mit den Einstufungen und den in den analysierten Dossiers erhaltenen Häufigkeiten:

**Tabelle 11: Hörfähigkeit mit Hörhilfen, falls benutzt (Spitex)**

0	Hört gut	Versteht normale Gespräche, Fernseher, Telefon	70,7%
1	Leichte Schwierigkeiten	Schwierigkeiten in unruhiger Umgebung	22,1%
2	Hört nur in besonderen Situationen	Versteht, wenn sich die Partner in der Tonlage darauf einstellen und deutlich sprechen	6,5%
3	Stark beeinträchtigt	Hört nichts oder praktisch nichts	0,7%

(RAI-HC: MDS C3) (N = 17'066, 2015)

**Tabelle 12: Sich verständlich machen (Spitex)**

0	Ist verständlich		83,4%
1	Ist normalerweise verständlich	Hat Schwierigkeiten, Worte zu finden und Gedanken zu beenden; mit genügend Zeit aber keine Rückfragen notwendig	10,1%
2	Ist meistens verständlich	Hat Schwierigkeiten, Worte zu finden und Gedanken zu beenden; Unterstützung üblicherweise notwendig	3,3%
3	Manchmal verständlich	Beschränkte Fähigkeit, konkrete Wünsche zu äussern	2,2%
3	Ist selten / nie verständlich		0,9%

(RAI-HC: MDS C1) (N = 17'066, 2015)

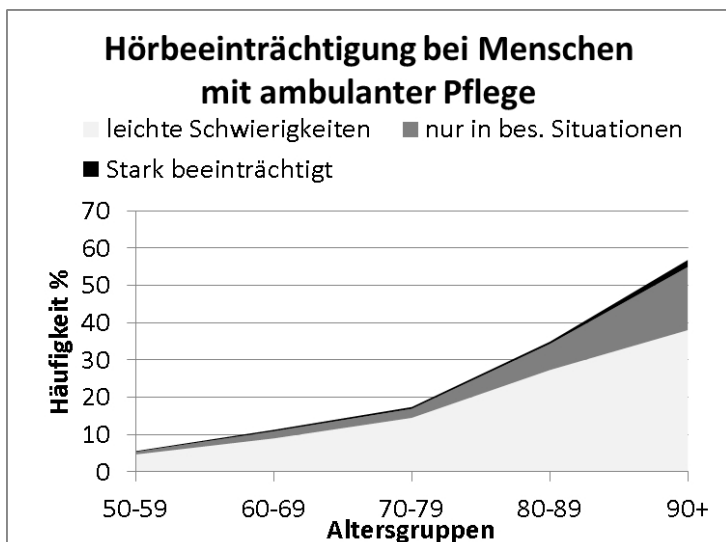
**Tabelle 13: Fähigkeit, andere zu verstehen (Spitex)**

0	Versteht		78,9%
1	Versteht meistens	Nicht immer die ganze Bedeutung der Nachricht	16,4%
2	Versteht manchmal	Nur einfache Anweisungen und Fragen	4,2%
3	Versteht selten / nie		0,6%

(RAI-HC: MDS C2) (N = 17'066, 2015)

Die Beeinträchtigung der allgemeinen Hörfähigkeit (C3) kann auch in Bezug auf das Alter dargestellt werden:

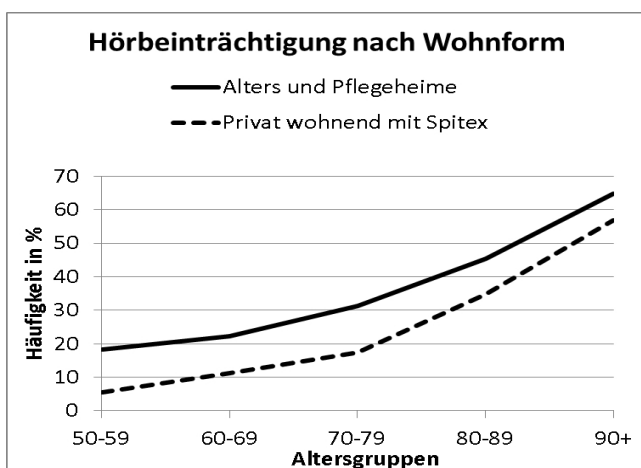
**Abbildung 9: Prozentuale Häufigkeit der Beeinträchtigung der Hörfähigkeit (gemessen am Sprachverständnis) nach Alter (Spitex)**



(RAI-HC: MDS C3/Alter) (N = 17'066, 2015)

#### 5.2.4. Vergleiche

**Abbildung 10: Vergleich Hörbeeinträchtigungen in Alters- und Pflegeheimen und in Spitex-Organisationen**



(RAI NH/HC: MDS C3/Alter) (N NH = 23'593, 2014; N HC= 17'066, 2015))

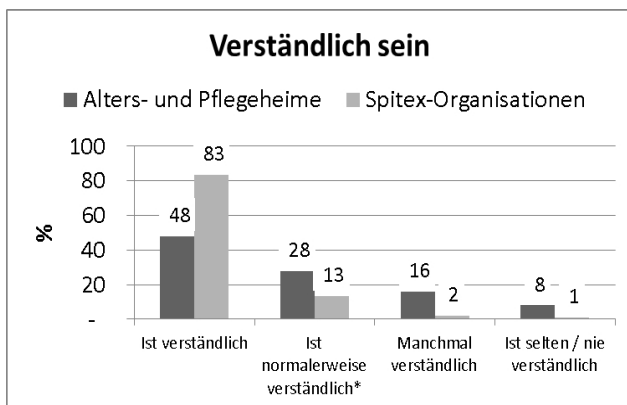
Leider fehlen unseres Wissens zur Verbreitung von Schwerhörigkeit in verschiedenen Altersgruppen der Schweiz verlässliche Daten, so dass keine Vergleiche zwischen der Gesamtbevölkerung und den durch RAI erhobenen Angaben aus Pflegesituationen möglich sind.

Aus Sicht der Betreuung und Pflege sind jedoch die Fähigkeiten, andere zu verstehen und sich selber verständlich auszudrücken, äusserst relevant<sup>33</sup>. Ein Vergleich zwischen Personen, die in Heimen und Personen, die ambulant betreut werden zeigt, dass in rund 50 bis 60% der stationären, sowie bei rund 20 bis 30% der ambulanten Pflege- und Betreuungssituationen, Kommunikationsschwierigkeiten festgestellt werden. Die betroffenen Personen können situativ oder permanent nicht verstehen. Zudem können sie sich selber nicht verständlich ausdrücken. Rund jede fünfte Person in einem Heim versteht gemäss unseren Daten nur Bruchstücke und einfache Anweisungen oder kann ihre

<sup>33</sup> Händler et al. (2017)

Wünsche nur bruchstückhaft mitteilen. Es scheint, dass in der ambulanten Pflege solche Situationen etwas weniger, jedoch immer noch sehr oft, anzutreffen sind.

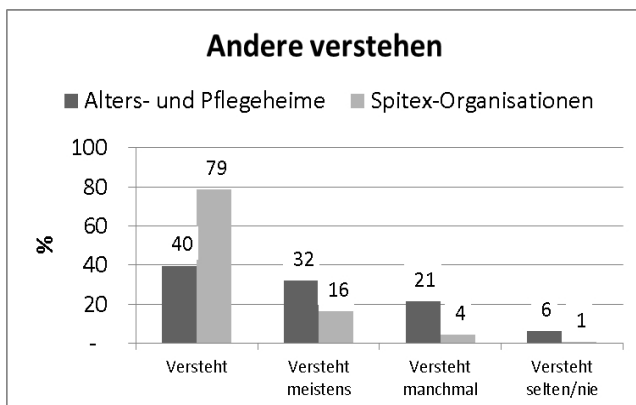
**Abbildung 11: Verständlich sein gemäss RAI-MDS**



(RAI NH/HC : MDS C1/C4) (N NH = 23'593, 2014; N HC = 17'066, 2015)

\* Hinweis: Bei der Abfrage des Items "Sich verständlich machen" steht in RAI-HC eine Stufe mehr zur Verfügung als bei RAI-NH. Für den nachfolgenden Vergleich wurden daher die Stufen "Ist normalerweise Verständlich" und "Ist meistens verständlich" des HC unter der ersteren der beiden Stufen summiert. Diese ist in RAI-NH identisch definiert.

**Abbildung 12: Verstehen gemäss RAI-MDS**



(RAI NH/HC : MDS C2/C6) (N NH = 23'593, 2014; N HC = 17'066, 2015)

**Tabelle 14: Anzahl Personen ab 70 Jahre mit Hörbeeinträchtigung in Alters- und Pflegeheimen und in Spitex-Organisationen (Hochrechnung)**

	<b>Stationär</b> (BFS 2014: 70+ = 135'291)	Annahme: 1/3 vor- oder nachher auch in Spitex- Betreuung	<b>Ambulant</b> (BFS 2015: 70+ = 139'897)	<b>Total Personen</b>
Mit Hörbeeinträchtigung	64'846	- 21'615*	46'361	89'592

(RAI-NH/HC: MDS C3; N NH = 23'593, 2014; N HC = 17'066, 2015; BFS 2014, BFS 2015)

\* Hinweis: Es handelt sich hier um eine grobe Hochrechnung anhand von zwei Datenquellen, die nicht auf ein Stichtag koordiniert werden können. Vorsichtshalber haben wir die Anzahl betroffener Menschen, die stationär gepflegt werden, um einen Drittel reduziert, in der Annahme, dass ein Teil dieser Bewohner/innen im Eintrittsjahr

auch schon durch die Spitex betreut waren und es damit erhebliche Doppelzählungen geben kann.

### 5.3. Doppelte Sinnesbehinderung

#### 5.3.1. Ergebnisse zur doppelten Sinnesbehinderung im RAI-MDS

Aus unserem Verständnis von Hörsehbehinderung, bzw. Taubblindheit (siehe Kapitel 2 sowie die Darstellungen des SZB dazu<sup>34</sup>), geht hervor, dass denjenigen Situationen, in denen gleichzeitig beide Sinne in ihrer Leistung beeinträchtigt sind und neben den direkten Folgen auch die gegenseitigen Kompensationsmechanismen versagen, spezielle Aufmerksamkeit zukommen muss. Wir erinnern daran, dass alle Beobachtungen in der MDS Erfassung die Situation BEIM TRAGEN von entsprechenden Hilfsmitteln betreffen, sofern solche vorhanden sind. Auch wenn beide Sinneskanäle nur auf eine an sich moderate Weise betroffen sind (Anteil, der in den Tabellen 15 und 16 mit \*\*\* markiert ist), befindet sich die Person gemäss international anerkannten Standards in vielen Alltags-Situationen in einer Situation von Hörsehbehinderung.

Das RAI selbst lenkt die Aufmerksamkeit der Pflegefachpersonen nicht auf die kombinierte Sinnesbeeinträchtigung, weder im Handbuch noch im Erfassungsverfahren. Man vertraut darauf, dass die Pflegefachperson verschiedene aus dem Assessment sichtbar gewordene Problemfaktoren in ihrer Vernetzung erkennt und gewichtet, was allerdings nicht den Erfahrungen der Beraterinnen und Berater auf den spezialisierten Fachstellen in der Schweiz entspricht.

Die Auswertung der RAI-Daten erlaubt es festzustellen, bei welchen Bewohner/innen das Fachpersonal sowohl Schwierigkeiten im Sehen als auch Schwierigkeiten im Hören beobachtet und festgehalten hat (fett umrahmte Felder).

**Tabelle 15: Häufigkeit gleichzeitiger Beeinträchtigung der Hörfähigkeit und des Sehvermögens (Heime)**

	Hört gut	leichte Schwierigkeit im Hören*	Hören nur in besonderen Situationen	Hören stark beeinträchtigt / taub
Sieht gut	37.7	15.6	4.3	0.4
Leicht beeinträchtigtes Sehen*	10.3	<b>***13.5***</b>	3.8	0.2
Mittelstark beeintr. Sehen*	2.4	3.8	2.2	0.2
Stark beeinträchtigtes Sehen*	1.3	1.5	1.3	0.2

<sup>34</sup> Informationen des SZB zur Hörsehbehinderung und Taubblindheit:  
<http://www.szb.ch/fuer-betroffene/menschen-mit-taubblindheit/zum-thema/www.sensus60plus.ch>

Schwerwiegend beeintr. Sehen / blind	0.5	0.3	0.3	0.1
--	-----	-----	-----	-----

(RAI-NH: MDS D1 x C1) (N = 23'593, 2014)

**Tabelle 16: Häufigkeit gleichzeitiger Beeinträchtigung der Hörfähigkeit und des Sehvermögens (Spitex)**

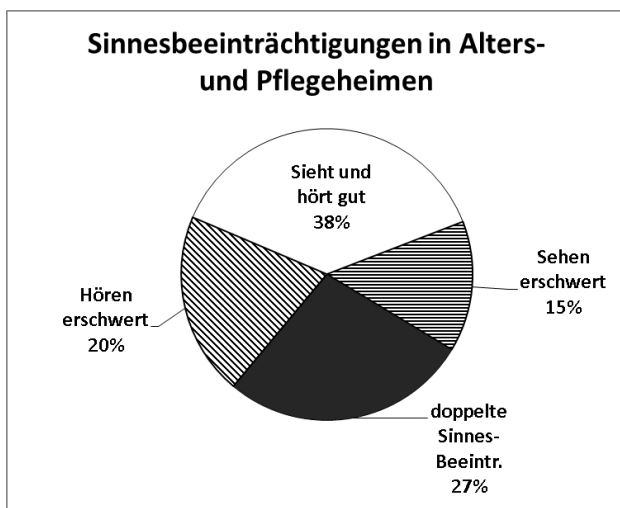
	Hört gut	leichte Schwierigkeit in unruhiger Umgebung*	Hören nur in besonderen Situationen	Hören stark beeinträchtigt
Sieht gut	58,8	14,4	3,5	0,3
Leicht beeinträchtigt Sehen*	8,5	***5,8***	1,8	0,3
Mittelstark beeintr. Sehen*	2,2	1,2	0,7	0,1
Stark beeinträchtigt Sehen*	0,9	0,5	0,4	0
Schwerwiegend beeinträchtigt Sehen / blind	0,4	0,1	0,1	0

(RAI-HC: MDS D1 x C3) (N = 17'066, 2015)

\* Bei diesen Dimensionen unterscheiden sich die MDS Fragebogen für NH und HC auf semantischer Ebene leicht (Deutsche Version).

Zusammenfassend wird die Verbreitung von Sinneseinbussen in den folgenden Grafiken ersichtlich:

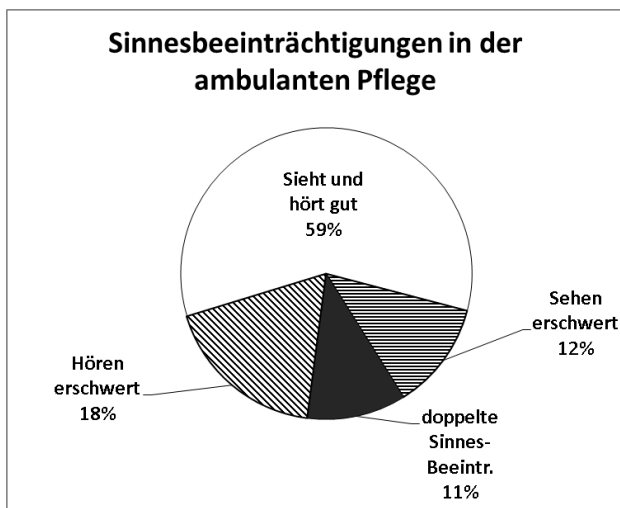
**Abbildung 13: Verbreitung von Sinnesbehinderungen gemäss RAI-MDS (Heime)**



(N NH = 23'593, 2014)



**Abbildung 14: Verbreitung von Sinnesbehinderungen gemäss RAI-MDS (Spitex)**



(N HC = 17'066, 2015)

Überträgt man diese Anteile Personen mit doppelter Sinnesbeeinträchtigung auf die Population Heimbewohner/innen und Spitex-Klientinnen und Klienten die älter als 70 Jahre sind, erhält man eine Grössenordnung zur Anzahl betroffener Personen in der Schweiz.

**Tabelle 17: Anzahl Personen ab 70 Jahre mit Hörbeeinträchtigung in Alters- und Pflegeheimen und in Spitex-Organisationen (Hochrechnung)**

	<b>Stationär</b> (BFS 2014: 70+ = 135'291)	Annahme: 1/3 vorher auch in Spitex- Betreuung	<b>Ambulant</b> (BFS 2015: 70+ = 139'897)	<b>Total Personen</b>
Mit leichten Formen von Hör- UND Sehbeeinträchtigung	18'264	- 6'088	8'114	20'290
Mit mittelschwerer Form der einen UND leichte Form der anderen Beeintr.	12'988	- 4'329	5'456	14'115
Mit mittelschwerer oder starker Beeinträchtigung BEIDER Sinne	5'818	-1'939	1'819	5'697

(RAI-NH/HC: MDS C3; N NH = 23'593, 2014; N HC = 17'066, 2015; BFS 2014, BFS 2015)

\* Hinweis: Es handelt sich hier um eine grobe Hochrechnung anhand von zwei Datenquellen, die nicht auf ein Stichtag koordiniert werden können. Vorsichtshalber haben wir die Anzahl betroffener Menschen, die stationär gepflegt werden um einen Drittel reduziert, in der Annahme, dass ein Teil dieser Bewohner/innen im Eintrittsjahr auch schon durch die Spitex betreut waren und es damit erhebliche Doppelzählungen geben kann.

## 5.4. Kognitive Fähigkeiten und emotionales Gleichgewicht

### 5.4.1. Erfassung der kognitiven Fähigkeiten und des emotionalen Gleichgewichtes

Im RAI-MDS werden im Abschnitt „I“ (RAI-NH), bzw. „J“ (RAI-HC), die aktuell für die Pflege

und Betreuung relevanten Diagnosen angesprochen. Nur in der Fassung für Alters- und Pflegeheime aber werden sie auf Assessment-Ebene standardisiert erfasst. In der Fassung für die ambulante Pflege ist nur eine offene Auflistung vorgesehen. Somit können Diagnose-Nennungen wie Demenzerkrankung, Erkrankungen mit naheliegender Symptomatik (Aphasie, bzw. Sprachlosigkeit; angeborene zerebrale Behinderung; zerebrovaskulärer Insult, bzw. Schlaganfall, sowie die Kategorie „andere dementielle Erkrankung“), nur für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner ausgewertet werden.

Es muss betont werden, dass RAI-NH keine Demenzabklärung leistet, für solche verweist das RAI-NH-Handbuch ausdrücklich auf spezialisierte externe Abklärungsstellen. Gemäss RAI-Handbuch ist eine Abklärung bei einem Verdacht wichtig, damit Klarheit über allfällige kommunikative Hürden erreicht, alternative Vorgehensweisen bei Beschwerden definiert und eine differenzierte Betreuung gegenüber angeborenen Formen von Hirnleistungsstörungen erfolgen kann.<sup>35</sup>

Die durch die Pflegefachpersonen erfassten Angaben dienen der praktischen Pflege und Betreuung der Bewohner/innen. In diesem Sinne werden in beiden RAI-Ausführungen (NH und HC) im Bereich „B“, also sehr früh im Erfassungsprozess, Fragen zum Gedächtnis (B2 und B3) und zu den Fähigkeiten zu alltäglichen Entscheidungen (B4 bzw. B5) gestellt. Ergänzend wird ein allfälliges Delir erfasst (B5 bzw. B3), denn ein Delir würde die weitere MDS-Erfassung auf ein anderes Fundament stellen und in der Pflege und Betreuung allenfalls spezifische Massnahmen erfordern. Die Erfassung in den beiden RAI-Ausführungen ist in diesem Bereich "B" sowohl in der Struktur wie auch in der Semantik relativ verschieden und lässt kaum Vergleiche unter den Ergebnissen aus den unterschiedlichen Wohn- bzw. Pflegeformen zu.

Aus verschiedenen Angaben und wiederum nicht mit einer diagnostischen Absicht, sondern mit dem Ziel, den Pflegeprozess und die Betreuung zu unterstützen, ordnet RAI die Bewohner/innen auf verschiedenen Skalen ein:<sup>36</sup>

- *Skala der kognitiven Leistungsfähigkeit (Cognitive Performance Scale CPS)*

Sie besteht aus Parametern zur Entscheidungsfähigkeit im Alltag, kognitiven Einschränkungen und Abhängigkeiten beim Essen. Die Skala ordnet sodann die kognitive Leistungsfähigkeit einer Person zwischen den Werten eins und sechs ein. Ein Wert von „mehr oder gleich drei“ wird durch die Autoren von RAI als Hinweis auf eine reduzierte Leistungsfähigkeit bewertet. Der Zusammenhang zwischen der CPS und dem bekannten Mini Mental Status ist hoch und gut dokumentiert.<sup>37</sup>

- *Schmerzskala*

Diese nur in der schweizerischen RAI-Ausgabe enthaltene Skala vermengt die Häufigkeit und die Intensität der Schmerzerfahrungen auf einer Skala von null bis vier.

- *Skala der Anzeichen von emotionaler Instabilität und Depression (Depression Rating Scale DRS)*

Die DRS fasst sieben wesentliche Werte aus dem MDS-Bereich „E“ zusammen und stellt sie als Stimmungslage dar. Die Skala reicht von null bis vierzehn, wobei auch hier im stationären Setting Werte von drei oder mehr Punkten und im ambulanten Setting Werte von zwei oder mehr Punkten als bedeutend gelten. Sie werden als Hinweis auf eine mehr oder weniger ausgeprägte Depressivität signalisiert und die Pflegefachpersonen werden

---

<sup>35</sup> Anliker M. et al 2009, S. 188, Anliker M. et al 2014, S. 153

<sup>36</sup> Beschrieben in: Anliker M. 2014

<sup>37</sup> Morris, J. N. et al. (1994)

zur erweiterten Beobachtung und allfälligen Abklärungen eingeladen.<sup>38</sup>

Auch in den diesen Skalen zugrundeliegenden Bereichen "B" und "E" bestehen strukturelle und semantische Unterschiede zwischen den beiden RAI-Ausgaben. Direkte Vergleiche einzelner Werte sind daher nicht möglich, die Skalenberechnungen jedoch behalten ihre Gültigkeit.

#### **5.4.2. Ergebnisse zu den kognitiven Fähigkeiten und zum emotionalen Gleichgewicht**

Nachfolgend die im RAI-MDS für Bewohner/innen von Alters- und Pflegeheimen erfassten Elemente zu kognitiven Fähigkeiten und den damit verbundenen Faktoren mit den Einstufungen und den aus den analysierten Datensätzen erhaltenen Häufigkeiten:

(RAI-NH letztes Voll-Assessment: MDS I-1-q) (N = 23'593, 2014)

**Tabelle 18: Demenzdiagnose Alzheimertyp (Heime)**

Nein	81,8%
Ja	18,2%

(RAI-NH letztes Voll-Assessment: MDS I-1-q) (N = 23'593, 2014)

**Tabelle 19: Andere dementielle Erkrankung (Heime)**

Nein	70,5%
Ja	29,5%

(RAI-NH letztes Voll-Assessment: MDS I-1-u) (N = 23'593, 2014)

Die Auswertung der Datensätze konnte kombiniert durchgeführt werden:

**Tabelle 20: Irgendeine dementielle Erkrankung (Heime)**

Nein	53,0%
Ja	47,0%

(RAI-NH letztes Voll-Assessment: MDS I-1-q und/oder u) (N = 23'593, 2014)

Von Interesse können auch die ermittelten Werte zu angrenzenden Diagnosen sein:

**Tabelle 21: Aphasie (Sprachlosigkeit) (Heime)**

Nein	96,9%
Ja	3,1%

(RAI-NH letztes Voll-Assessment: MDS I-1-r) (N = 23'593, 2014)

**Tabelle 22: Angeborene cerebrale Behinderung (Heime)**

Nein	97,9%
Ja	2,1%

(RAI-NH letztes Voll-Assessment: MDS I-1-s) (N = 23'593, 2014)

**Tabelle 23: Zerebraler Insult (Schlaganfall) (Heime)**

Nein	91,1%
------	-------

<sup>38</sup> Burrows A. et al. (2000)

Ja	8,9%
----	------

(RAI-NH letztes Voll-Assessment: MDS I-1-t) (N = 23'593, 2014)

**Tabelle 24: Hemiplegie (einseitige Lähmung) (Heime)**

Nein	94,4%
Ja	5,6%

(RAI-NH letztes Voll-Assessment: MDS I-1-v) (N = 23'593, 2014)

**Tabelle 25: Andere (nicht dementielle) neurologische Erkrankungen (Heime)**

Nein	85,7%
Ja	14,3%

(RAI-NH letztes Voll-Assessment: MDS I-1-w ff.) (N = 23'593, 2014)

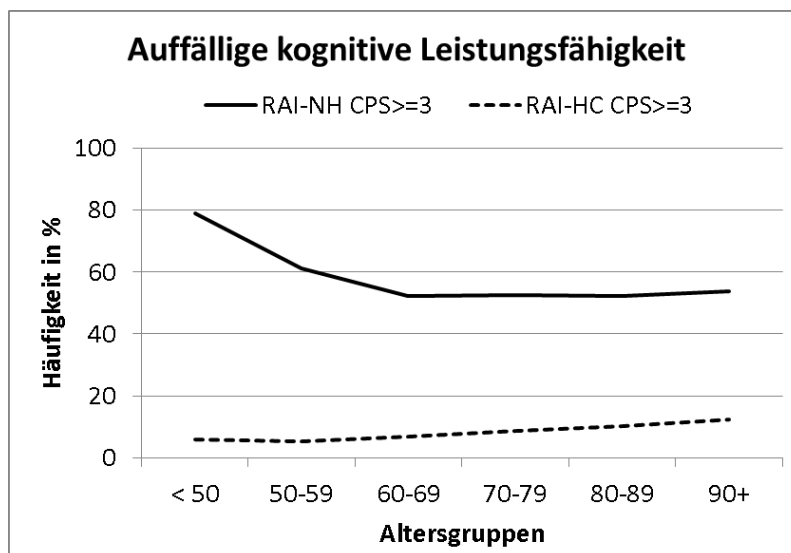
Anschliessend wurden die Werte auf den RAI-spezifischen Skalen ausgewertet:

**Tabelle 26: CPS-Skala der kognitiven Leistungsfähigkeit (Heime)**

	RAI-NH	RAI-HC
CPS <3	46,9%	90,6%
CPS ≥3	53,1%	9,4%

(RAI NH letztes Voll-Assessment und HC) (N NH = 23'593, 2014; N HC= 17'066, 2015)

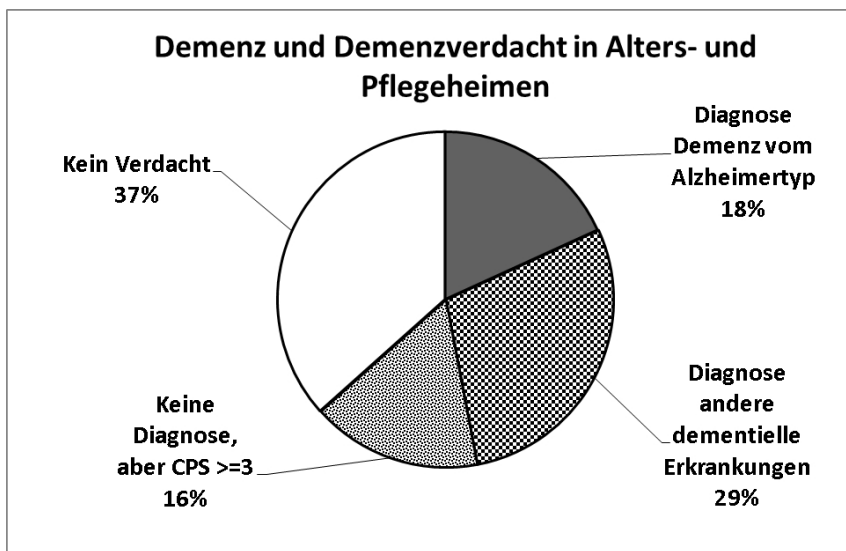
**Abbildung 15: Kognitive Auffälligkeiten in der stationären und ambulanten Pflege**



(RAI NH letztes Voll-Assessment und HC) (N NH = 23'593, 2014; N HC= 17'066, 2015)

Aus der Kombination mehrerer Variablen entsteht für die Bewohner/innen von Alters- und Pflegeheimen eine Übersicht, die wir in der Folge als „Demenzverdacht“ verwenden können. Jedes Dossier wurde dabei nur einmal in Betracht gezogen.

**Abbildung 16: Bewohner/innen mit Demenz oder Demenzverdacht (Heime)**



(RAI-NH) (N = 23'593, 2014)

Wie erwähnt, kann eine analoge Darstellung für die ambulant betreuten Menschen nicht geleistet werden: Das RAI-HC erfasst die Diagnosen im psychiatrischen Bereich (leider) nicht.

Wichtiger Hinweis:

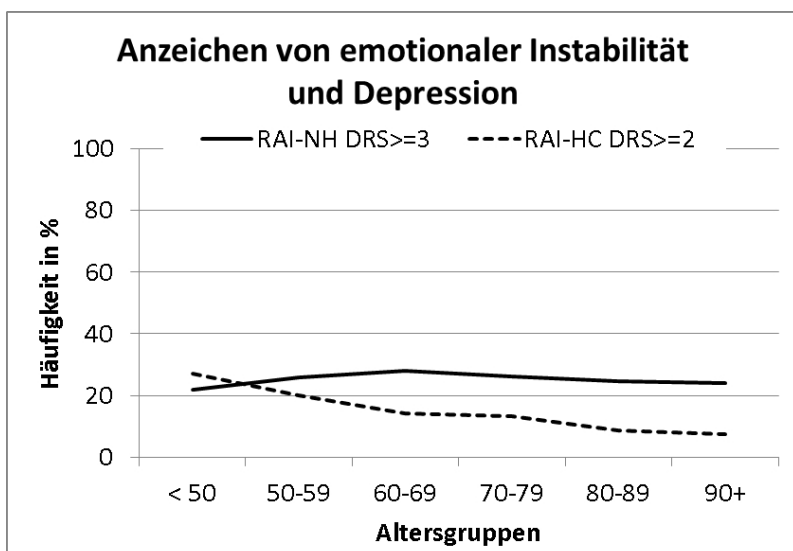
Zu den Ergebnissen zur CPS Skala der Anzeichen von emotionaler Instabilität und Depression (Depression Rating Scale DRS) muss vorgängig gesagt werden, dass diese im stationären und im ambulanten Setting nicht vollständig gleich gehandhabt werden. Während im stationären Setting die Fachpersonen bei Werten von drei oder mehr von vierzehn möglichen Punkten zur Aufmerksamkeit eingeladen werden, erfolgt dies im ambulanten Setting bereits bei zwei von vierzehn möglichen Punkten.

**Tabelle 27: DRS-Skala der Anzeichen von emotionaler Instabilität und Depression**

	RAI-NH	RAI-HC
DRS <3 bei NH bzw. DRS <2 bei HC	75,2%	88,4%
DRS $\geq 3$ bei NH bzw. DRS $\geq 2$ bei HC	24,8%	11,6%

(RAI NH letztes Voll-Assessment und HC) (N NH = 23'593, 2014; N HC= 17'066, 2015)

**Abbildung 17: Anzeichen emotionaler Instabilität und Depression in der stationären und ambulanten Pflege**



(RAI NH letztes Voll-Assessment und HC) (N NH = 23'593, 2014; N HC= 17'066, 2015)

### 5.4.3. Ergebnisse zu kognitiven Fähigkeiten und Sinnesbehinderungen

Die Auswertung der RAI-MDS Datensätze erlaubt eine kombinierte Betrachtung der Sinnesbeeinträchtigungen und der kognitiven Leistung.

**Tabelle 28: Erfassung möglicher kognitiven Leistungseinbussen nach Grad der festgestellten Sehbeeinträchtigung**

Sehfähigkeit gemäss RAI-Einstufung (mit Sehhilfe)	CPS >= 3 RAI-NH	CPS >= 3 RAI-HC
Gut	43,8%	7,8%
leicht beeinträchtigt	65,7%	13,5%
mittel beeinträchtigt	68,4%	18,1%
Stark beeinträchtigt	69,1%	19,8%
Schwerwieg. beeinträchtigt/blind	60,4%	10,3%

(N NH = 23'593, 2014; N HC= 17'066, 2015)

(Lesebeispiel: Von denjenigen Personen, die gut sehen, haben in Alters- und Pflegeheime 43.8% eine kognitive Einschränkung (CPS >= 3), welche das Vorhandensein einer dementiellen Erkrankung vermuten lässt (Demenzverdacht).

**Tabelle 29: Erfassung möglicher kognitiver Leistungseinbussen nach Grad der festgestellten Hörbeeinträchtigung**

Hörfähigkeit gemäss RAI-Einstufung (mit Hörhilfe)	CPS >= 3 RAI-NH	CPS >= 3 RAI-HC
Gut	44,6%	8,1%
Leichte Schwierigkeiten in unruhiger Umgebung	60,6%	10,2%
Hört nur in besonderen Situationen	67,7%	18,8%
Stark beeinträchtigt / taub	78,3%	24,0%

(N NH = 23'593, 2014; N HC= 17'066, 2015)

(Lesebeispiel: Von denjenigen Personen, die gehörlos sind, haben in der ambulanten Pflege 24,0% eine kognitive Einschränkung (CPS $\geq$ 3), welche das Vorhandensein einer dementiellen Erkrankung vermuten lässt (Demenzverdacht).

Aus der Kombination mehrerer Variablen erhalten wir Vergleichsdaten zur Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten, bzw. Demenzerkrankungen bei Bewohner/innen, die als sehbehindert, bzw. hörbehindert erkannt werden.

**Tabelle 30: Sehen: Erfasste neurologische Belastungen im Vergleich (NH und HC)**

Sehfähigkeit gemäss RAI-Einstufung (mit Sehhilfe)	Zur Erinnerung: Dies bedeutet gemäss RAI-MDS Assessment:	A: NH Irgendeine Dement. Erkrank.*	B: NH Andere neurol. Erkrank.*	C: NH keine Demenziagnose jedoch CPS $\geq$ 3	D: <b>HC</b> CPS $\geq$ 3
Gut	sieht kleine Details, einschliesslich gewöhnlicher Druckbuchstaben in Zeitungen / Büchern	41,9%	13,3%	13,7%	7,8%
leicht beeinträchtigt	sieht grosse, jedoch keine normalen Buchstaben in Zeitungen / Büchern	55,3%	14,8%	18,9%	13,5%
mittel beeinträchtigt	unfähig, Zeitungsschlagzeilen zu sehen, kann Gegenstände in der Umgebung sehen	54,5%	17,7%	20,2%	18,1%
Stark beeinträchtigt	es ist fraglich, ob Gegenstände in der Umgebung gesehen werden, die Augen folgen Objekten	51,1%	15,8%	24,0%	19,8%
Schwerwieg. beeinträchtigt	sieht nichts oder nur Umrisse; die Augen folgen Objekten nicht	34,2%	16,7%	30,7%	10,3%

(N NH = 23'593 \*gemäss letztem Voll-Assessment, 2014; N HC = 17'066, 2015)

(Lesebeispiel: Von denjenigen Heimbewohner/innen, die gut sehen, haben 41.1% eine Diagnose einer Demenzerkrankung (Alzheimer oder andere).

**Tabelle 31: Hören: Erfasste neurologische Belastungen im Vergleich (NH und HC)**

Hörfähigkeit gemäss RAI-Einstufung (mit Hörhilfe)	Zur Erinnerung: Dies bedeutet gemäss RAI-MDS Fragebogen:	A: NH Irgendeine Dement. Erkrank.*	B: NH Andere neurol. Erkrank.*	C: NH keine Demenziagnose, jedoch CPS $\geq$ 3	D: <b>HC</b> CPS $\geq$ 3

Gut	Hört und versteht normale Gespräche, Fernseher, Telefon, Gruppengespräche	42,0%	15,0%	14,3%	8,1%
Leichte Schwierigkeiten	Hat leichte Schwierigkeiten, das Gehörte zu verstehen, sobald die Umgebung akustisch unruhig ist	51,4%	13,4%	18,0%	10,2%
Hört nur in besonderen Situationen	Versteht das Gehörte nur, wenn sich der Partner darauf einstellt	56,0%	13,4%	19,2%	18,8%
Stark beeinträchtigt	Hört nichts oder praktisch nichts	50,0%	15,9%	32,6%	24,0%

(N NH = 23'593 \*gemäss letztem Voll-Assessment, 2014; N HC = 17'066, 2015)

#### 5.4.4. Ergebnisse zur emotionalen Stabilität und Sinnesbehinderungen

Die Auswertung der RAI-MDS Datensätze erlaubt eine kombinierte Betrachtung der Sinnesbeeinträchtigungen und den im RAI in der DRS-Skala zusammengefassten Indizien für emotionale Instabilität. Die DRS-Skala deutet auf eine mögliche Depressivität hin.

Wir erinnern hier nochmals daran, dass der Grenzwert zu einer auffälligen Situation im RAI-NH bei drei oder mehr Punkten von möglichen 14, bei RAI HC hingegen bereits bei zwei oder mehr von ebenfalls 14 möglichen Punkten liegt.

**Tabelle 32: Personen mit Sehbehinderung, die möglicherweise emotional instabil sind**

Sehfähigkeit gemäss RAI-Einstufung (mit Sehhilfe)	DRS $\geq$ 3 RAI-NH	DRS $\geq$ 2 RAI-HC
Gut	21,5%	11,2%
leicht beeinträchtigt	29,3%	12,7%
mittel beeinträchtigt	30,8%	12,6%
Stark beeinträchtigt	27,8%	13,0%
Schwerwieg. beeinträchtigt/blind	25,5%	15,9%

(N NH = 23'593, 2014; N HC= 17'066, 2015)

(Lesebeispiel: Von denjenigen Personen, die sehr wenig sehen oder blind sind, weisen in Alters- und Pflegeheimen 25,5% drei oder mehr Hinweise auf emotionale Instabilität und Depressivität auf (DRS $\geq$ 3). Bei Personen mit analoger Sehbeeinträchtigung, die zuhause gepflegt werden, sind es 15,9% (DRS $\geq$ 2).

**Tabelle 33: Personen mit Hörbehinderung, die möglicherweise emotional instabil sind**

Hörfähigkeit gemäss RAI-Einstufung (mit Hörhilfe)	DRS $\geq$ 3 RAI-NH	DRS $\geq$ 2 RAI-HC
Gut	21,1%	12,3%
Leichte Schwierigkeiten in unruhiger Umgebung	28,9%	9,9%
Hört nur in besonderen Situationen	28,7%	10,1%



Stark beeinträchtigt / taub	27,5%	8,0%
-----------------------------	-------	------

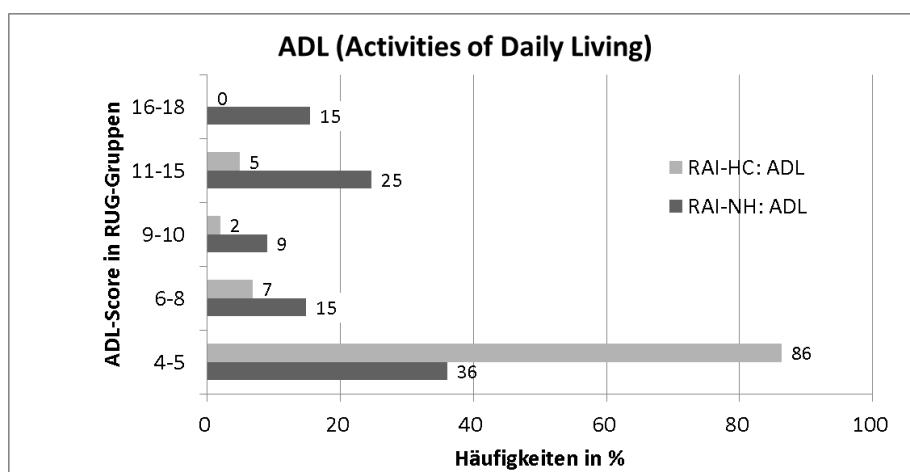
(N NH = 23'593, 2014; N HC= 17'066, 2015)

(Lesebeispiel: Von denjenigen Personen die nur in besonderen Situationen hören, weisen in Alters- und Pflegeheimen 28,7% drei oder mehr Hinweise auf emotionale Instabilität und Depressivität auf (DRS $\geq$ 3). Bei Personen mit analoger Höreinschränkungen, die zuhause gepflegt werden, sind es 10,1% (DRS $\geq$ 2).

## 5.5. Alltagspraktische Fähigkeiten und Sinnesbehinderungen

Die Auswertung der RAI-MDS Datensätze zeigt vorerst die aus verschiedenen Faktoren in beiden Varianten des RAI-Systems berechneten ADL-Scores. Die zwischen 0 und 18 verlaufenden Werte werden durch das RAI in fünf sogenannten RUG-Gruppen konsolidiert berechnet, von welchen ein jeweils höherer Grad an Pflegeaufwand abgeleitet werden kann. Höhere Werte bedeuten demnach mehr Pflegebedarf und – indirekt – weniger Autonomiemöglichkeiten.

**Abbildung 18: Activities of Daily Living ADL**



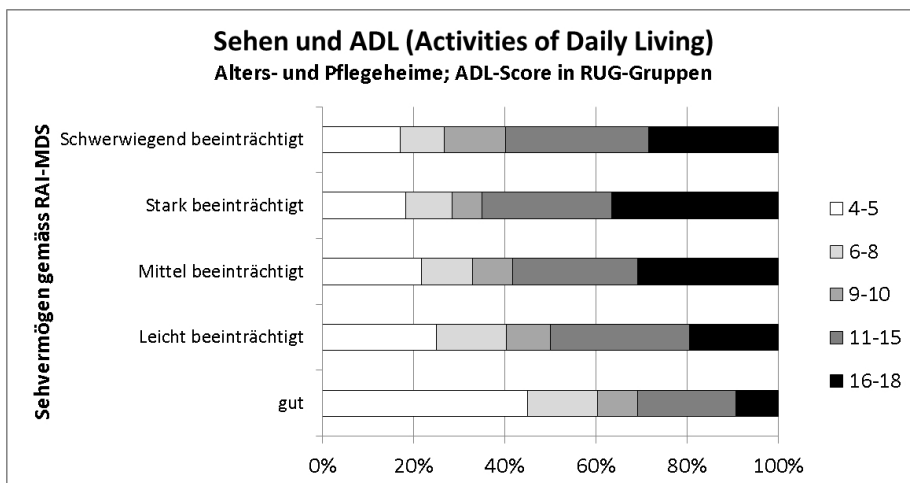
(RAI NH letztes Voll-Assessment und HC) (N NH = 23'593, 2014; N HC= 17'066, 2015)

Unsere Auswertung erlaubte erstmals auch eine kombinierte Betrachtung der Sinnesbeeinträchtigungen und Einschätzungen zu alltagspraktischen Fähigkeiten. So berechnet das RAI in beiden Ausführungen die ADL- (Activities of Daily Living), IADL- (Instrumental Activities of Daily Living) und BADL-Skalen BADL (Basic Activities of Daily living).<sup>39</sup> RAI fasst die ermittelten ADL-Werte zu sogenannten RUG-Gruppen zusammen<sup>40</sup>.

<sup>39</sup> Die ADL-Skala stammt aus einem Verfahren zur Messung der Alltagskompetenz (Activities of Daily Living) von Patienten, die an degenerativen Erkrankungen leiden. Der damit generierte ADL-Score wird auch zur Bewertung der Pflegebedürftigkeit herangezogen. Der IADL-Score (Instrumental Activities of Daily Living) baut auf dem ADL auf und fügt die instrumentellen Fähigkeiten hinzu. Dabei werden maximal 8 Punkte erteilt für Tätigkeiten des täglichen Lebens und der Selbstsorge (Telefonieren, Einkaufen, Kochen usw.). Die IADL werden nur in der HC-Version des Instruments erfasst, nicht aber im RAI-NH. Die BADL (Basic Activities of Daily Living) fokussiert hingegen auf die körperlichen Fähigkeiten, der ermittelte Wert dient somit ebenfalls der Pflegeplanung.

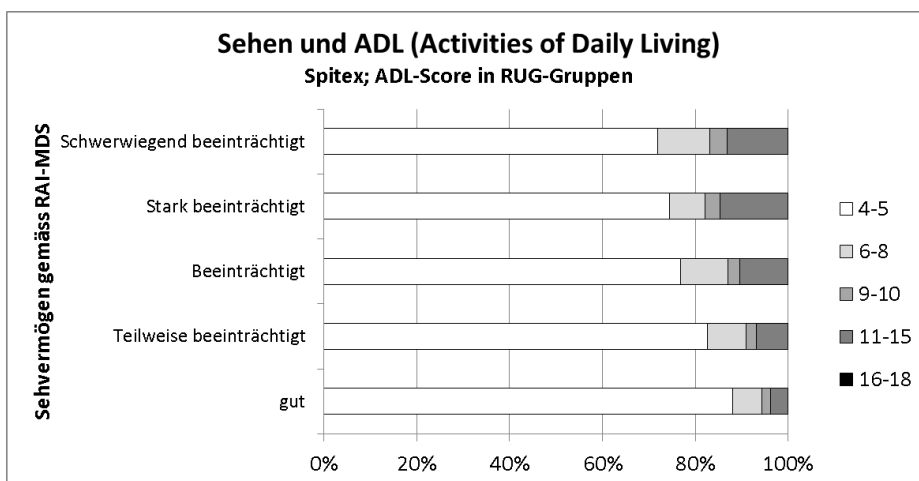
<sup>40</sup> RUG steht für Ressource Utilisation Groups, die englische Bezeichnung für Pflegeaufwandgruppen. Pflegeaufwandgruppen sind klinisch relevante Bewohnergruppen mit ähnlichem Pflege- und Therapieaufwand. Sie dienen zur pauschalen Einschätzung des Personalbedarfes und zur Berechnung der Entschädigung durch die Sozialversicherungen. Die RAI RUG-Gruppen wurden in der Schweiz mit den BESA-Gruppen kalibriert, so dass beide Systeme parallel eingesetzt werden können.

**Abbildung 19: Sehen: ADL-Index RUG Gruppen (Heime)**



(N 23'593, 2014)

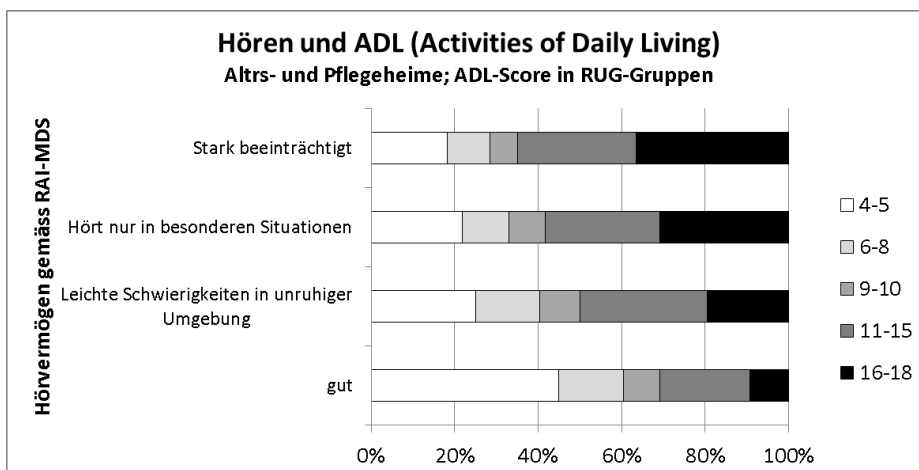
**Abbildung 20: Sehen: ADL-Index RUG Gruppen (Spitex)**



(N = 17'066, 2015)

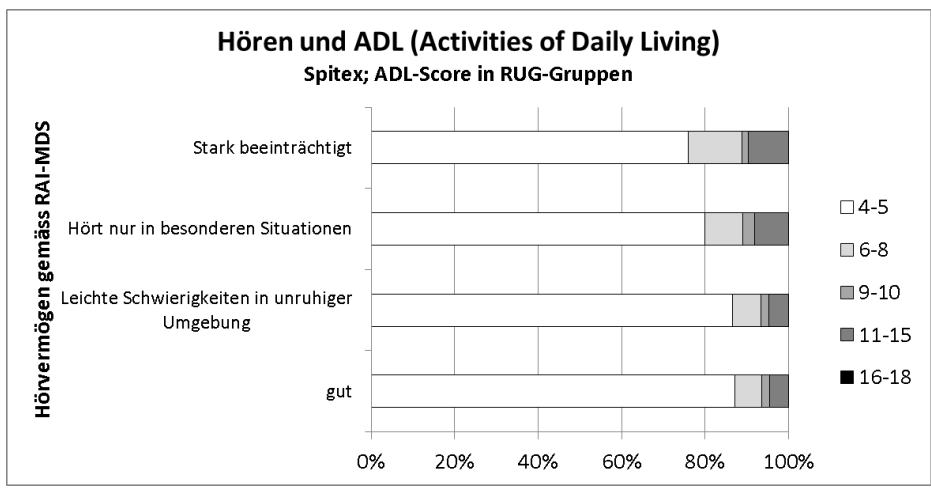
Spitex-Klienten, die gut sehen, weisen in über 90% der Fälle keine hohen ADL-Werte auf.

**Abbildung 21: Hören: ADL-Index RUG Gruppen (Heime)**



(N 23'593, 2014)

**Abbildung 22: Hören: ADL-Index RUG Gruppen (Spitex)**



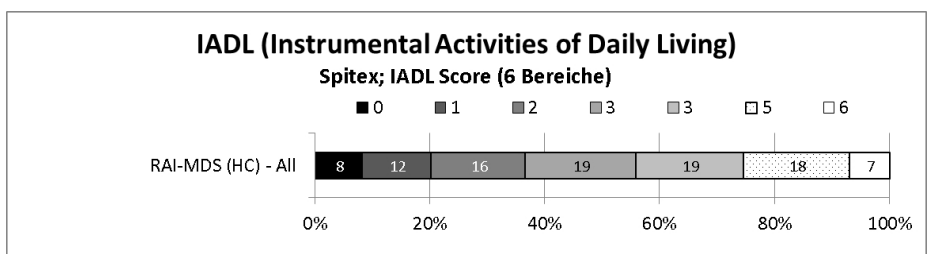
(N = 17'066, 2015)

Spitex-Klienten, die gut hören, weisen in über 90% der Fälle keine hohen ADL-Werte auf.

RAI-HC befasst sich sodann sinnvollerweise mit den instrumentellen Aspekten der Alltagskompetenz und berechnet eine vereinfachte IADL-Skala (6 Bereiche). Dies ermöglicht uns Zusammenhänge zwischen Sinnesbeeinträchtigungen und Stürze sowie Angst vor Stürzen zu suchen.

Zu bemerken ist, dass im Unterschied zu den ADL-RUG-Gruppen bei der IADL-Skala höhere Werte ein Vorhandensein von mehr an Autonomie darstellen. Punkte in der RAI-Version der IADL-Bemessung gibt es für die effektive Bewältigung der Aufgaben Mahlzeiten zubereiten, Allgemeine Hausarbeiten, Geld verwalten, Umgang mit Medikamenten, Telefonieren, Einkaufen und Verkehrsmittelbenutzung. In den nachfolgenden Abbildungen zeigen wir nun zuerst die IADL-Werte aller Spitex-Klientinnen und Klienten auf, danach gruppiert nach einer allfälligen Einstufung nach Seh-, bzw. Hörbeeinträchtigung. Aus der ersten Darstellung, also unabhängig einer allfälligen Sinnesbeeinträchtigung, wird ersichtlich, dass sich die älteren pflegebedürftigen, jedoch zuhause lebenden Personen, bezüglich instrumentellen Alltagskompetenzen, ziemlich ausgeglichen auf die Stufen eins bis fünf verteilen. Nur auf den Stufen null und sechs (keine, bzw. alle instrumentelle Fertigkeiten) sind es merklich weniger.

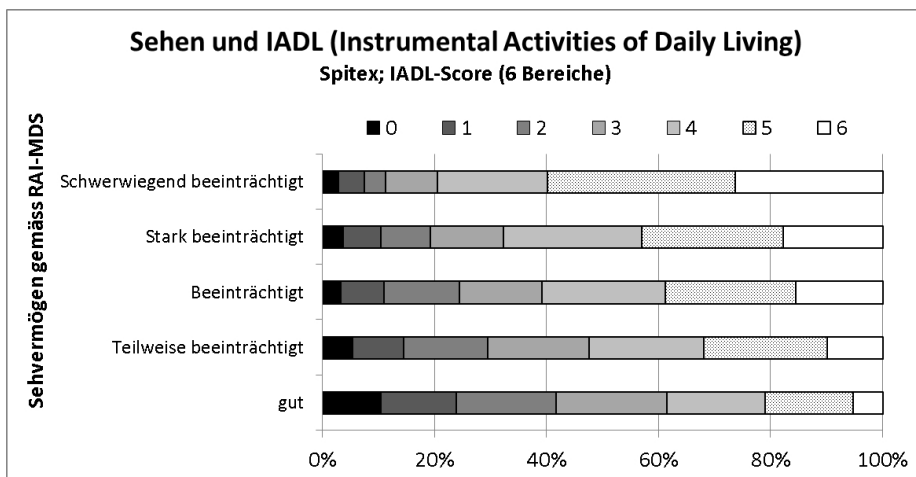
**Abbildung 23: IADL-Index (Spitex allgemein)**



(RAI-HC: MDS H1, a-g) (N = 17'066, 2015)

Gemessen an den instrumentellen Fertigkeiten des IADL-Systems, verteilen sich die Spitex-Klient/innen ausgeglichen auf alle Niveaus. Nachfolgend wird die Auswertung auf die Untergruppen nach Sehbeeinträchtigung, bzw. Hörbeeinträchtigung, aufgeschlüsselt.

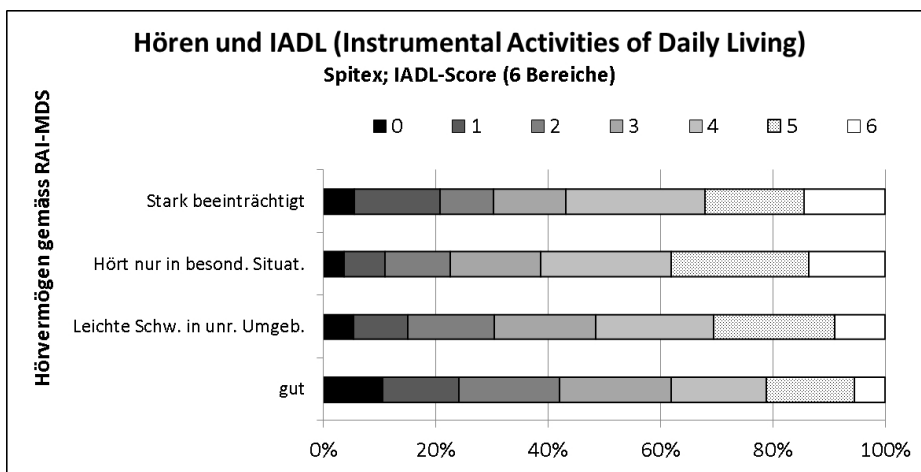
**Abbildung 24: Sehen: IADL-Index (Spitex)**



(RAI-HC: MDS H1, a-g) (N = 17'066, 2015)

Es ist ein klarer Trend in der Richtung zu erkennen, dass stärker sehbeeinträchtigte Personen höhere IADL-Werte aufweisen, und zwar über alle Abstufungen der Beeinträchtigung hinweg.

**Abbildung 25: Hören: IADL-Index (Spitex)**



(RAI-HC: MDS H1, a-g) (N = 17'066, 2015)

Ersichtlich ist ein leichter Trend, der bei stärkerer Hörbeeinträchtigung höhere IADL-Werte anzeigt.

Bei Menschen mit stärkeren Sehbeeinträchtigungen ist ein offensichtlicher Trend zu höheren IADL-Werten erkennbar. Derselbe Trend zeigt sich bei Menschen mit stärkeren Hörbeeinträchtigungen auch, jedoch weniger ausgeprägt und weniger konstant über die Abstufungen hinweg. Tendenziell erreichen (durchschnittlich betrachtet im internen Vergleich) Personen mit schweren Beeinträchtigungen also die besten IADL-Werte, sowie unter diesen diejenigen Personen mit schweren Formen von Sehbeeinträchtigung die besten. Eine detailliertere Analyse der Einzelsituationen ist im Rahmen dieser Studie leider nicht möglich, wäre aber äusserst aufschlussreich.

Das RAI-HC System für die ambulante Pflege enthält zudem eine ausgebautte Erfassung zu erfolgten Stürze, zur Sturzgefährdung, zur Angst zu stürzen und zur Einschätzung des Pflegepersonals, ob die Wohnumgebung die Sturzgefahr erhöhen könnte. Wir konnten diese Variablen ebenfalls auf den Grad der Sehbeeinträchtigung, bzw. Hörbeeinträchtigung hin untersuchen.

**Tabelle 34 : Sehen: Stürze, bezogen auf letzte 90 Tage (Spitex)**

Sehfähigkeit gemäss RAI-Einstufung (mit Sehhilfe)	Ist gestürzt	Ist sturzgefährdet: unsicherer Gang	Einschränkung Aktivität ausser Haus wegen Angst zu fallen	Wohnumgebung - Probleme mit Bodenbeschaffenheit, Teppiche, ..., Hauszugang
gut	25,0%	54,2%	30,2%	22,5%
teilweise beeinträchtigt	29,2%	71,2%	41,8%	32,5%
beeinträchtigt	30,9%	74,8%	48,1%	30,3%
Stark beeinträchtigt	27,6%	74,4%	52,6%	30,8%
Schwerwieg. beeinträchtigt	22,4%	76,6%	52,3%	31,8%

(RAI-HC: MDS K5, K6a-b, N1) (N = 17'066, 2015)

**Tabelle 35: Hören: Stürze, bezogen auf letzte 90 Tage (Spitex)**

Hörfähigkeit gemäss RAI-Einstufung (mit Hörhilfe)	Ist gestürzt	Ist sturzgefährdet: unsicherer Gang	Einschränkung Aktivität ausser Haus wegen Angst zu fallen	Wohnumgebung - Probleme mit Bodenbeschaffenheit, Teppiche, ..., Hauszugang
gut	24,4%	53,0%	30,3%	21,9%
Leichte Schwierigkeiten (Unruhe)	29,8%	70,1%	40,0%	30,4%
Hört nur in besonderen Situationen	28,9%	75,6%	43,5%	33,3%
Stark beeinträchtigt	29,6%	75,2%	44,8%	36,8%

(RAI-HC: MDS K5, K6a-b, N1) (N = 17'066, 2015)

Bemerkung: Die französische Fassung von RAI-MDS N1 führt als Beispiel für Probleme im Wohnbereich "Beleuchtung" explizit auf, im Gegensatz zur deutschen Fassung.

Es zeigt sich nun, dass das Pflegepersonal Personen mit Sehbeeinträchtigung als stärker sturzgefährdet einschätzt (plus 22 Punkte), eine merkbar höhere Einschränkung der ausserhäuslichen Aktivitäten beobachtet (plus 22 Punkte) und auch in der Wohnung vermehrt Stolperfallen erkennt (plus rund 10 Punkte). Dem steht gegenüber, dass Personen mit Sehbeeinträchtigung in der Tat kaum wesentlich mehr gestürzt sind, als gut sehende Personen (inkonstanter Trend zwischen minus 2 und plus 5 Punkte). Allerdings ergeben sich daraus keine Erkenntnisse über die Häufigkeit der Stürze und deren Folgen.

Überraschend ist die Erkenntnis, dass sich auch bei einer Hörbeeinträchtigung eine analog hohe Gefährdung für Stürze (plus 22 Punkte), Einschränkung ausserhäuslicher Aktivitäten (plus 14 Punkte) und der Einschätzung zu Stolperfallen im Wohnumfeld (plus 14 Punkte) ergeben hat. Zudem ist die Anzahl gestürzter Personen bei den Klienten mit einer Hörbehinderung gegenüber denjenigen ohne Hörprobleme ebenfalls um ca. 4 Punkte erhöht.

## 6. Diskussion

### 6.1. Sehbeeinträchtigung, Behinderung und Pflege

*Sehbeeinträchtigungen sind weit verbreitet*

Vier von zehn (42%) Bewohnerinnen und Bewohner von Alterseinrichtungen sowie jede dritte (33%) der zuhause wohnenden, durch die ambulante Pflegeorganisationen erreichten Personen, weist eine Sehbeeinträchtigung auf, die im alltäglichen Leben behindernd ist.

Je älter die gepflegten und betreuten Personen werden, umso häufiger sind sie mit einer schweren Sehbeeinträchtigung konfrontiert. Bei Personen im Alter von 60 bis 70 Jahren sind rund 30% der Heimbewohner/innen und rund 15% der Spitex-Klient/innen davon betroffen. Bei den Neunzigjährigen steigt der Anteil auf 50% in den Heimen und 35% für die Klient/innen der Spitex.

Auch mittelschwere und starke Beeinträchtigungen sind häufig. In Heimen sind etwa 14% und in der ambulanten Pflege immerhin mit 7% so betroffen, dass sie auch Zeitungsoberschriften nicht mehr lesen, Gesichter kaum erkennen und Hindernisse auf Bodendistanz nur tastend erkennen können.

Bei 9% der mit dem RAI-NH-Assessment untersuchten Personen wird eine Gesichtsfeldverminderung festgestellt. Für die Klient/innen der Spitex-Organisationen ist dieser Wert leider nicht erfasst worden, er wird sich jedoch in einem ähnlichen Umfang bewegen. Laufende Studien des SZB an anderen Bevölkerungsgruppen bestätigen dies.<sup>41</sup> Da Gesichtsfeldeinschränkungen auch durch die Betroffenen oft lange nicht wahrgenommen, verdrängt oder verheimlicht werden, werden sie auch selten gemessen. Aus diesem Grund geben die RAI-MDS-Auswertungen diesen Prozentsatz wahrscheinlich zu tief an. Bei rund 8% werden sowohl die Gesichtsfeldeinschränkung wie auch die verminderte Sehschärfe angegeben. Die daraus resultierenden behindernden Folgen sind entsprechend vielfältiger und für den Alltag insgesamt gravierender (v.a. erhöhte Stolper- und Sturzgefahr, erhöhte Verletzungsgefahr im Gesicht und im Hüftbereich, mangelhafte Orientierung und Möglichkeit der Kontaktaufnahme).

Die Verbreitung von Sehbeeinträchtigungen ist vor allem in den Alters- und Pflegeheimen, jedoch auch bei den durch die Spitex betreuten Personen, höher als wir sie für die Gesamtpopulation der Schweiz epidemiologisch berechnet haben. Die aus dem RAI-Assessment ableitbare Verbreitung bei einer Population zwischen 80 und 84 Jahren liegt beispielsweise in den Heimen bei ca. 38% und in der Spitex bei ca. 22% (mindestens eine leichte Sehbeeinträchtigung). Als Vergleich: Die für die Gesamtbevölkerung angenommene altersbezogene Verbreitung bei 80 bis 84-Jährigen kann auf ca. 15% berechnet werden.<sup>42</sup>

Zur Erklärung der Unterschiede von jeweils etwa 15 Prozentpunkten im Auftreten von Sehbeeinträchtigungen in der stationären und in der ambulanten Pflege, können nur Vermutungen angestellt werden. Beispielsweise, dass bei einem allgemein schlechteren, eine stationäre Pflege begründenden Gesamtgesundheitszustand auch die Sehfähigkeit stärker betroffen sein kann, als in einer Pflegesituation, die in der Regel während vieler Jahre noch auf einen starken Anteil Selbstsorge aufbaut, wie sie in der Spitex vorkommt. Aber auch der entgegengesetzte Fall ist denkbar: Ist eine Person im Sehvermögen

---

<sup>41</sup> COVIAGE Studie (Coping Visual Impairment in old Age, Universität Zürich und Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen, Umfrage bei Personen über 70 Jahre, Projekt laufend, Bericht auf 2018 vorgesehen.

<sup>42</sup> Spring S. (2012)

beeinträchtigt, muss sie sich unter Umständen früher als andere für ein stationäres, vermehrt Alltags- und Sicherheitsbereiche umfassendes Pflegemodell entscheiden. Dies wäre eine durchaus zweckdienliche, kluge Lösung, denn das Leben mit einer Sehbeeinträchtigung ist anstrengender, herausfordernder und risikoreicher. Eine dritte mögliche Erklärung ginge von der Vermutung aus, dass im Rahmen einer Pflegeinstitution Beeinträchtigungen im Tagesverlauf in unterschiedlichen Situationen bemerkt werden, zumal sich Bewohner/innen während mehreren Monaten auch an eine neue, ihnen wenig bekannte Umgebung gewöhnen müssen und dabei auf das Sehvermögen angewiesen sind. Seheinbussen werden daher in einem Heimalltag seltener unbeachtet bleiben. Dies könnte sich schliesslich in einer vollständigeren Erfassung von Sehproblemen im stationären Umfeld zeigen.<sup>43</sup>

### *Pflegende und betreuende Fachpersonen und Angehörige haben immer mit Sehbeeinträchtigungen zu rechnen*

Es gibt in der Schweiz nur zwölf auf Menschen mit Sehbehinderungen spezialisierte Institutionen, die stationäres Alterswohnen und Pflege anbieten<sup>44</sup>. Wir schätzen, dass insgesamt nur etwa 600 ältere Menschen und davon höchstens ein Drittel der Personen, die erst im Alter mit einer Sehbeeinträchtigung konfrontiert wurden, in einer auf Sehbehinderungen spezialisierten Einrichtung leben. Die meisten Personen mit Sehbeeinträchtigung leben wie gewohnt vorerst zuhause. Bedürfen sie der Alterspflege, werden sie durch Angehörige, ambulant durch Spitex-Organisationen oder allenfalls in den Alters- und Pflegeheimen ihrer Wohnregion gepflegt und betreut. Sehbeeinträchtigung alleine ist nie ein Grund zur Einweisung in eine Institution der Akut- oder Langzeitpflege, und Ärzt/innen ordnen kaum ambulante Pflege wegen eines verminderten Sehvermögens an. Die durch die RAI-MDS-Analyse berechnete Zahl von 72'000 Menschen mit Sehbeeinträchtigung in der Alterspflege bedeutet, dass in jedem Alters- und Pflegeheim mehrere stark bis gravierend sehbeeinträchtigte Menschen leben und auch durch jede Spitex-Organisation täglich mehrere betroffene Menschen betreut werden.

Man muss sich vergegenwärtigen: Gemäss RAI-Assessment heisst dies nicht nur, dass diese Personen Zeitungstexte nicht lesen oder Gegenstände im Raum nicht erkennen können. Das "Lesen" ist nur *eine* für die Erfassung festgelegte Beobachtungsgrösse. Vielmehr bedeutet das für diese Personen, dass sie im Alltag *auch mit ihrer Brille* die Gesichter der Nachbarn, der Pflegefachperson sowie Hindernisse auf ihrem Weg nicht erkennen. Die gewohnte Selbstpflege (Frisieren, Rasieren, Schminken, Maniküre, Kleiderpflege, Medikamentenübersicht) und die Umgebungspflege (Haushalt, Garten) können stark eingeschränkt sein. In ihren sozialen Kontakten, in der Mobilität und in der Teilhabe sind sie im wahrsten Sinne des Wortes "be-behindert". Beliebte Tätigkeiten wie das Betrachten von Fotos in Zeitschriften, der Ausblick aus dem Fenster oder das Betrachten des Gartens, Fernsehen und Unterhaltungsanimation werden obsolet.

Konkret:

- Leben zehn Personen auf einer **Abteilung in einem Alters- und Pflegeheim**, haben vier in vielen Situationen ihres Lebens ernsthafte Probleme mit dem Sehvermögen, eine oder zwei von ihnen sind hochgradig sehbehindert oder praktisch blind. Und eine

---

<sup>43</sup> Bestätigung in Heussler et al. (2017)

<sup>44</sup> Adressen siehe: <http://www.szb.ch/footer/service/kontakte/heime/>

dieser betroffenen Personen hat auch gravierende, oft übersehene Gesichtsfeldeinschränkungen.

- Eine **Spitex-Fachperson** pflegt auf ihrer Tour in jedem dritten Haus eine Person, die in vielen Situationen ihres Lebens ernsthafte Probleme mit dem Sehvermögen hat. Versorgt sie dabei an einem Tag 10 Personen, ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass sie auch eine stark sehbeeinträchtigte Person antrifft. Auch wenn RAI-HC das nicht erfasst, muss man damit rechnen, dass auch unter den Spitex-Klientinnen und Klienten etwa jede zehnte Person von einer gravierenden, oft übersehenen Gesichtsfeldeinschränkung betroffen ist. Für die gesundheitliche Rehabilitation und die Wiederherstellung der Selbstsorge und Mobilität ist dies bedeutungsvoll.
- Für die meisten dieser Personen ist die Sehbeeinträchtigung eine **völlig neue Erfahrung** im Leben. Sie gewöhnen sich kaum daran, leben in der Hoffnung auf Heilung und Besserung. Was sie hingegen erleben, ist eine fortschreitende Verschlechterung über Jahre hinweg. Dies verstimmt, schränkt ein und macht traurig (depressive Verstimmungen).
- Dieselbe Lebenserfahrung machen, wenn auch indirekt, die **Angehörigen**. Auch sie sind eine Sehbeeinträchtigung nicht gewohnt, können die Veränderungen schwer nachvollziehen, zweifeln oft am guten Willen und sind verwirrt, wenn gleichzeitig die betroffene Person die Krümeln auf dem Tisch sieht, das Gesicht der eintretenden Person aber nicht erkennt.

Etwa 72'000 ältere Personen (70+) mit einer Sehbeeinträchtigung werden in der Schweiz ambulant oder stationär gepflegt und betreut, wohlverstanden nicht oder nur ausnahmsweise infolge der Sehprobleme, sondern aus ganz unterschiedlichen, somatischen oder psychischen Gründen.

Aus unserer Analyse ergeben sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen Frauen und Männern, abgesehen von den Folgen einer generell höheren Lebenserwartung der Frauen und des dadurch bedingten und bekannten überproportionalen Anteils der Frauen bei den Personen die im Alter Pflege und Betreuung beanspruchen.

### *Die "leichte" Sehbeeinträchtigung*

Der grösste Teil der RAI-Einträge im Bereich "Sehen" betrifft die sogenannte "leichte Sehbeeinträchtigung" fest. Die Bezeichnung "leicht" darf nicht missverstanden werden. Im RAI-Assessment bedeutet die Beobachtung "leicht", dass Personen, obwohl sie ihre Sehhilfen benutzen, nicht mehr in der Lage sind, gedruckte Texte zu lesen. Wie bereits erwähnt, ist die Lesefunktion hier aber nur als Messgrösse zu verstehen, als eine beobachtbare Fähigkeit, die leicht normiert und allgemein bewertet werden kann. Die Beeinträchtigung besteht aber in allen visuellen Tätigkeiten und wird der Person im Tagesverlauf immer wieder unangenehm bewusst. Gemäss internationalen Standards wirkt jede Sehbeeinträchtigung in vielen Bereichen des Alltags hindernd, zum Beispiel im Erkennen von Personen (Wahrnehmen von sozialen Kontakten), in der autonomen Abwicklung von alltäglichen Aufgaben (Speisen zubereiten, Speisen einnehmen, Flüssigkeiten einschenken, Kleider pflegen, familiäre Rollen erfüllen), der Selbstsorge (Körperpflege, Ästhetik) und der sozialen Teilhabe (Kommunikationsmittel nutzen, Informationsaufnahme, Teilnahme an Freizeitangebote oder Spiele, Wahrnehmen von Aussenkontakte).

Wie in Kapitel 2 dargelegt, darf Sehbehinderung aber im Rahmen eines zeitgemässen Behinderungsverständnisses nicht nur auf die gesundheitliche und funktionale Ausgangslage der Person reduziert verstanden werden. Die Auswirkungen der Sehbeeinträchtigung verschärfen sich bei unangepassten externen Verhältnissen, wie etwa



schwaches oder blendendes Licht, schwache Farbkontraste oder durch die abendliche Müdigkeit. So zeigen die RAI-HC Daten, wie die Einschränkung ausserhäuslicher Tätigkeiten infolge der Sturzangst mit zunehmender Sehbeeinträchtigung von 30 % (Gutes Sehen) auf 52% (Sehen stark bzw. schwerwiegend beeinträchtigt) zunimmt. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch, wenn man Fachpersonen allfällige Schwierigkeiten in der Beschaffenheit der Wohnung beobachten lässt: Solche werden bei 22% der gut sehenden Spitex-Klienten festgestellt, während bei schwerwiegend sehbeeinträchtigten Personen Schwierigkeiten bei 31% auftreten.

### *Visuelle Kontrolle, Ängste und Verlusterfahrung*

Pflegehandlungen und Betreuung gehen von einer „Wahrnehmung“ seitens der gepflegten Person aus, im günstigen Fall in der Form von Unterstützung oder gar von Teilnahme und Interesse. Die Voraussetzung dafür ist wenn immer wie möglich eine visuelle Kontrolle der Ereignisse. Diese ist, gemeinsam mit dem Hör- und dem Tastsinn, Grundlage für die Zusammenarbeit von älteren Personen mit ihren Betreuer/innen. Personen mit Sehbeeinträchtigung riskieren, das Gefühl der Kontrolle über das eigene Leben zu verlieren. Sie brauchen eine sorgfältig angepasste Art der Betreuung und Pflege durch Angehörige und Fachpersonen. Es gibt dazu neue und umfassende Anleitungen. Angesichts der nun bekannten grossen Verbreitung von Sehbeeinträchtigungen im schweizerischen Heim- und Spitex-Alltag sollten diese sehbehindertenfreundlichen Pflege- und Betreuungsanleitungen standardmässig zu allgemeingültigem normalem Handeln werden, in allen Betreuungshandlungen mit allen älteren Personen.<sup>45</sup>

Sehfunktionen werden oft in Bezug auf die konkreten täglichen Handlungen reflektiert. Dabei spielen sie auch auf psychischer und sozialer Ebene eine grosse Rolle. So ist das Sehvermögen sehr wichtig für die Pflege sozialer Kontakte, denn Menschen müssen erkannt und angesprochen werden können, sei es im Einkaufsladen oder wenn sie ins Zimmer treten, unterwegs im Quartier oder in den Räumen der Institution. Besuche abzustatten und Einladungen erwidern ist ein wichtiger sozialer Beziehungsfaktor, sowohl was Freunde und Bekannte, aber zum Beispiel auch die eigenen Kinder, Enkel oder Geschwister betrifft. Auch die Versammlungsorte im Quartier müssen erreichbar sein. Oft wird nur schon der Rückweg vom Bahnhof oder von der Bushaltestelle, insbesondere am Abend, zum grossen Hindernis für den Besuch einer Veranstaltung. Solche und weitere Auswirkungen auf das soziale Leben haben übrigens auch Folgen für die Angehörigen und speziell für den oder die Lebenspartner/in. Die RAI-HC Daten geben uns einige Hinweise dazu, dass Personen mit und wegen einer Sehbeeinträchtigung in ihren sozialen Kontakten verarmen.

Das Sehvermögen ist, zusammen mit dem Hören, entscheidend für die Kontrolle der Ereignisse in der Umwelt. Bleibt diese (teilweise) aus, können Verunsicherung und Angst entstehen. Unrast, Aggressionen und Wahnvorstellungen können begünstigt werden. Die Lebensqualität, auch die der Angehörigen, kann davon betroffen sein. Unter Umständen müssen zusätzliche Psychopharmaka verordnet werden.<sup>46</sup> Wir weisen hier auch auf die bei sehbeeinträchtigten Menschen im Alter stark verbreiteten und ebenso stark verunsichernden visuellen Trugwahrnehmungen (Illusionen und Pseudo-Halluzinationen)

---

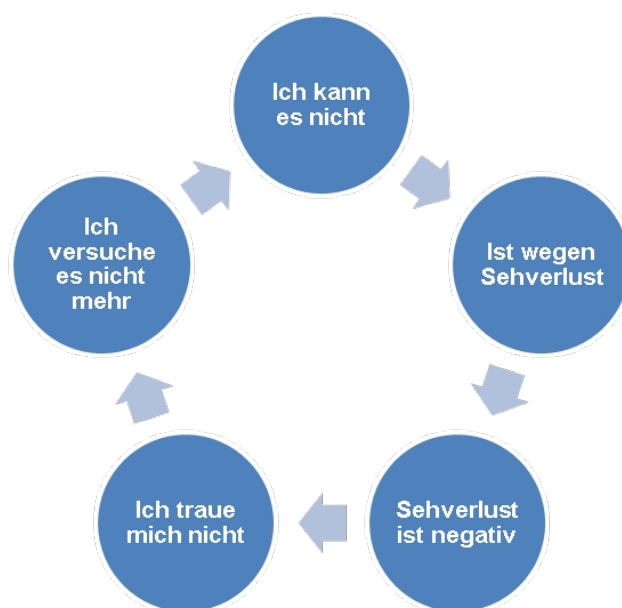
<sup>45</sup> Heussler et al. (2016); Christiaen (2016)

<sup>46</sup> Bei der Untersuchung der RAI-NH Daten konnten in den Variablen zu den Verhaltensauffälligkeiten (MDS E 4) in den Bereichen "verbale Aggressivität", "körperliche Aggressivität", "sozial unangemessenes Verhalten" und "Widersetzt sich der Pflege/Behandlung" eine mit der Verschärfung der Sehbeeinträchtigung einhergehende Zunahme der Prozentsätze beobachtet werden. Da auf eine multivariate Analyse verzichtet wurde, können die Zahlen hier nicht für mehr als ein Indiz betrachtet werden.

hin. Sie sind allgemein unter der Bezeichnung "Charles Bonnet Syndrom" beschrieben worden. Mehr oder weniger realitätsfremde Seheindrücke treten unvermittelt auf, echt erscheinende Figuren, Personen, Gegenstände lösen Selbstzweifel, innere Unruhe und Ängste aus.

Viele Menschen, die im Alter mit einer Sehbeeinträchtigung konfrontiert werden, erleben über mehrere Jahre wiederholt Verluste. Die altersbedingte Makuladegeneration und der Funktionsverlust des Sehnervs (Glaukom) sind im Alter die wichtigsten Ursachen von irreversiblen, bleibenden Sehbeeinträchtigungen. Beide sind charakterisiert durch einen fortschreitenden oder schubweisen Verlauf über mehrere Jahre hinweg: Was vor einem Jahr noch möglich war, ist heute schwierig und schon morgen vielleicht unmöglich. Viele visuelle Tätigkeiten werden anstrengend und lieb gewordenen Tätigkeiten gar aufgegeben. Die Unterstützung der betroffenen Personen bei der Verarbeitung dieser Verluste ist sehr wichtig. Die Verlusterfahrung wiederholt sich immer wieder, was sich auf die Stimmung der betroffenen Person und ihrer Angehörigen auswirkt. Es entwickelt sich ein Teufelskreis: Ich kann etwas nicht (mehr), es ist wegen dem Sehverlust, der Sehverlust ist negativ, ich bin unfähig und traue mich nicht, ich versuche es nicht mehr.<sup>47</sup>

**Abbildung 26**      **Teufelskreis**



Das Erkennen solcher Prozesse, sie möglichst zu durchbrechen und die Personen unterstützen, ist salutogenetisch. Wir denken, dass dies Teil der Pflege und der Verantwortung einer Pflegeinstitution ist. Auch in der ambulanten Pflege (Spitex-Organisationen) muss auf die Verlusterfahrung eingegangen werden können, wenn möglich unter Einbezug der Angehörigen, die eine wichtige Rolle in der Deutung und in der Bewältigung von Sehbeeinträchtigungen spielen können.<sup>48</sup>

## **6.2. Hörbeeinträchtigung, Behinderung und Pflege**

*Hörbeeinträchtigungen sind weit verbreitet*

Annähernd fünf von zehn (48%) Bewohner von Alterseinrichtungen und jede dritte durch Spitex-Organisationen gepflegte Person (29.3%) weisen eine Hörbeeinträchtigung auf, die das Verstehen von Sprachmitteilungen und den sozial üblichen Austausch zumindest in

<sup>47</sup> Seifert et al. (2016)

<sup>48</sup> Beratungsstellen für Menschen mit Sehbehinderung gibt es in der ganzen Schweiz. Diese stehen auch Pflegefachpersonen und Institutionen beratend zur Verfügung. Adressen: [www.szb.ch](http://www.szb.ch)

unruhiger Umgebung erschwert. Etwa 13% (NH), bzw. 7% (HC) der so gepflegten Menschen können nach Einschätzung der Pflegefachpersonen Sprache überhaupt nie oder nur in besonderen Situationen verstehen. Der Anteil hörbehinderter Menschen bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Alterseinrichtungen und auch bei Spitex-Klient/innen, steigt mit dem Alter kontinuierlich an und die erfahrene Beeinträchtigung nimmt zu, von rund 20%, bzw. 6% bei den 50-60 Jährigen auf 65%, bzw. 57% bei den über 90 Jährigen. Ungefähr ein Drittel dieser schwerhörigen Personen kann Gesprochenes nur noch in besonderen Situationen verstehen.

Nebst dem Verständnis von gesprochener Sprache, besteht bei einer Hörbeeinträchtigung oft direkt oder indirekt auch ein Zusammenhang mit der Fähigkeit, sich verständlich auszudrücken und mit anderen Menschen erfolgreich verbal zu kommunizieren. Dies, weil mit der Abnahme von guter Spracherfahrung auch der eigene Wortschatz, die Aussprache und Artikulation abnehmen können. Bei Personen, bei denen das Hörvermögen erst im Alter abnimmt, steht dies allerdings weniger im Vordergrund, als bei Personen, die seit ihrer Kindheit mit einer Hörbeeinträchtigung konfrontiert sind. Unsere Analyse der RAI-MDS-Daten hat dennoch gezeigt, dass Schwierigkeiten, sich verständlich auszudrücken, bei etwa 24% der Heimbewohnerinnen und -bewohner festgestellt werden. Bei ambulant gepflegten Personen ist das nur bei rund 3% der Fall. Man geht davon aus, dass diese Schwierigkeiten in vielen Fällen auch oder vor allem mit anderen, eine Pflege in einer stationären Einrichtung notwendig machenden Erkrankungen zusammenhängen und nicht nur oder nicht immer mit der Schwerhörigkeit in Verbindung stehen.

Zur Schwerhörigkeit gibt es in der Schweiz nur wenige und kaum auf das Alter oder die Wohnsituation differenzierte statistische Grundlagen. Während das Bundesamt für Statistik bei Menschen ab 65 Jahre von auf Selbstdeklarationen beruhenden, eher unwahrscheinlichen 2,1% Schwerhörigkeit spricht,<sup>49</sup> geben die Betroffenenverbände bei der gleichen Altersgruppe rund 33% an.<sup>50</sup> Präzisere Aufgliederungen nach Alter fehlen unseres Wissens. Die aus unserer Analyse der RAI-MDS Daten gewonnenen Angaben dürften somit zu den präziseren ihrer Art gehören, wobei allgemein zu berücksichtigen ist, dass sie sich auf eine stationär oder ambulant pflegebedürftige und daher gesundheitlich geschwächte Population beziehen. Wie sehr sich dies mit einem Hörverlust in Verbindung setzen lässt und warum dieser auch bei gleichem Alter in der Heimsituation häufiger als in der Spitex erfasst wird, darüber kann nur spekuliert werden (Siehe Angaben dazu im Abschnitt 6.1.).

### *Pflegende und betreuende Fachpersonen sowie Angehörige haben immer mit Hörbeeinträchtigungen zu rechnen*

Auch Menschen mit Hörbeeinträchtigung wählen für einen notwendig gewordenen Eintritt in eine Alterseinrichtung nur in Ausnahmefällen eines der rund fünf auf Hörbehinderung spezialisierten Wohnheime<sup>51</sup>. Wie im Falle der Sehbeeinträchtigung werden bei einem Pflegebedarf (fast) alle durch die Angehörigen und Spitex-Organisationen oder allenfalls in den gemeindenahen Alters- und Pflegeheime gepflegt und betreut. Hörbeeinträchtigung ist an sich kein Grund zum Leben in einer Institution der Langzeitpflege, aber auch ambulante Pflege wird deswegen nicht angeordnet. Die durch die RAI-MDS-Analyse hervorgebrachten Zahlen von je nach Alter und Wohnsituation 18 bis 64% älteren Menschen mit Hörbeeinträchtigung bedeutet, dass in jedem Alters- und Pflegeheim mehrere stark bis gravierend hörbeeinträchtigte Personen leben und auch durch jede Spitex-Organisation mehrere betroffene Menschen betreut werden. Dies bedeutet gemäss RAI-Assessment: Diese rund 90'000 Personen können in einem Raum mit

---

<sup>49</sup> Bundesamt für Statistik (2012)

<sup>50</sup> Pro Audito (2015)

<sup>51</sup> Liste auf [www.sonos-info.ch](http://www.sonos-info.ch)

mehreren Personen, oder eingeschaltetem Radio, oder durch die Fenster eindringenden Strassenlärm oder bei einer Sprechdistanz von über einem halben Meter zwar hören, *trotz dem Tragen von Hörhilfen* jedoch kaum etwas verstehen. Sie sind von den Informationen abgeschnitten, können ihre Bedürfnisse eventuell nicht im richtigen Moment mitteilen oder flüchten sich in Allgemeinplätze oder Stillschweigen. Dies wirkt sich über Jahre auf die Fähigkeit, selber zu sprechen, Wörter aktiv zu gebrauchen und Gedanken zu äussern, aus. Verschiedene Studien zeigen, dass sich dies beschleunigend auf die Entwicklung von Demenzerkrankungen auswirken kann, bzw. ein gutes Gehör und gut eingestellte, getragene Hörgeräte die Entwicklung von kognitiven Störungen verlangsamen.<sup>52</sup> Weiter und indirekt kann eine Hörbeeinträchtigung Scham, Hilflosigkeit und Rückzug bewirken und Folgen auf die Selbstständigkeit, Selbstsorge und Teilhabe haben. Animierende Tätigkeiten, wie Fernsehen, Singen, sich unterhalten, Spielen oder der Besuch von Veranstaltungen und Gruppen, werden obsolet.

Konkret:

- Leben in einer **Abteilung in einem Alters- und Pflegeheim** zehn Personen, dann haben etwa fünf in vielen Situationen ernsthafte Probleme, die Pflegenden und betreuenden Personen sowie Mitbewohner zu verstehen, eine Person ist hochgradig hörgeschädigt oder praktisch taub. Im Weiteren haben zwei Personen auf Grund der Hörbeeinträchtigung oder aus anderen Gründen, grosse Schwierigkeiten sich verständlich auszudrücken. Mindestens in jeder zweiten Abteilung kann eine Person sich sprachlich gar nicht ausdrücken.

In allen Situationen, in denen die vorhandenen Hörgeräte nicht getragen, gereinigt und mit ungenügend geladenen Batterien getragen werden, ist die Kommunikation noch deutlich schwieriger und je nach Alter bei 20 bis 60% der Personen nicht möglich.

- Eine **Spitex-Fachperson** pflegt auf ihrer Tour in jedem dritten Haus eine hörbeeinträchtigte Person. Versorgt sie dabei an einem Tag 10 Personen ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass sie auch eine stark hörbeeinträchtigte Person antrifft. Sie kann nicht sicher sein, dass die vielleicht vorhandenen Hörgeräte im Alltag und bei ihrem Eintreffen getragen, gut eingestellt und gereinigt sind. In der Realität wird sie also in deutlich mehr als einem Drittel der Pflegesituationen auf Kommunikationsschwierigkeiten stossen, ob sie das nun merkt oder nicht.
- Für die meisten dieser Personen ist die Hörbeeinträchtigung eine **ganz neue Erfahrung** im Leben. Sie finden sie lästig, suchen Schuldige bei den Sprechenden. Man gewöhnt sich nicht daran, der Ärger nimmt mit der Zeit nur noch zu. Oft wird es mit der Zeit noch schlimmer. Dies verstimmt, schränkt ein und macht traurig (depressive Verstimmungen).
- Dieselbe Lebenserfahrung machen, wenn auch indirekt, die **Angehörigen**. Auch sie sind eine Hörbeeinträchtigung nicht gewohnt. Missverständnisse führen zu Streit und Schuldzuweisungen in beide Richtungen. Hinzu kommt, dass auch ihr Risiko für eine Schwerhörigkeit sehr rasch zunimmt. Fehlt es am guten Willen und am Respekt, wenn das unter Umständen sehr anstrengende Hören mit dem Hörgerät zeitweise verweigert wird und sich die betroffene Person in eine entspannende Abkapselung begibt?

Fast 90'000 ältere Personen (70+) mit einer Hörbeeinträchtigung werden in der Schweiz ambulant oder stationär gepflegt und betreut, wohlverstanden nie aufgrund ihrer Hörprobleme, sondern aus ganz unterschiedlichen, somatischen oder psychischen Gründen. Aus unserer Analyse ergeben sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen Frauen und Männern, abgesehen von den Folgen einer generell höheren Lebenserwartung der Frauen und des dadurch bedingten und bekannten überproportionalen Anteils der Frauen bei den Personen die im Alter Pflege und Betreuung beanspruchen.

---

<sup>52</sup> Giroud 2016

## Die "leichte" Hörbeeinträchtigung

Der grösste Teil der RAI-Einträge im Bereich "Hören" weist auf eine sogenannte "leichte Schwierigkeit in unruhiger Umgebung" hin. Wie im Falle der sogenannten „leichten Sehbeeinträchtigung“ darf auch hier die Bezeichnung "leicht" nicht missverstanden werden. Im RAI-Assessment bedeutet die Beobachtung "leicht", dass diese Personen merkbar Schwierigkeiten haben, in unruhiger akustischer Umgebung einen Satz zu verstehen. Auch im Bereich Hören sind die Bezeichnung "leicht" und „stark“ in der Einstufung problematisch und sagen für die Praxis wenig aus. Die Argumente sind dieselben wie im Bereich Sehen. Die Umschreibung von „leicht“ führt zu Missverständnissen, denn unruhige akustische Situationen sind in einem Wohnheim und in einer Privatwohnung keine Ausnahmesituationen (siehe unten). Zwischen „leicht“ und „stark“ wird im Bereich Hören eine Zwischenstufe mit „Hört nur in besonderen Situationen“ eingefügt, was wir als Versuch zu aussagekräftigen RAI-Stufenbezeichnungen lobend hervorheben, denn diese Kategorie basiert (im Gegensatz zu "leicht") auf einem pflegerelevanten, praxisorientierten Konzept.

Die Unterschiede der Hörfähigkeit zwischen ruhiger und unruhiger Umgebung zu erfassen, ist grundsätzlich richtig und wichtig. Arztgespräche, Beratung und Assessments werden meist in ruhigen Situationen gemacht und die Hörbeeinträchtigung fällt dort nur in 7% (HC) bis 13% (NH) der Fälle auf, insbesondere dann, wenn sie trotz Hörgerät auffällig ist. Hörgeräte werden in solchen Situationen eher getragen und mit funktionstüchtigen Batterien versehen. Zudem dreht sich das Gespräch in solchen Situationen um vorhersehbare Inhalte. Es ist bekannt, dass diese Tatsache das Sprachverständnis und die Chance, eine adäquate Antwort zu geben, sehr stark erhöht. Die Realität der Pflege und Betreuung ist aber eine ganz andere. Im Lebensumfeld des Alters- und Pflegeheimes und auch in den Privatwohnungen, der Lebenswelt von Spitex-Klient/innen, sind akustisch ruhige Situationen zuweilen nicht herstellbar. In Altersheime sind die Korridore, der Speisesaal (wo noch vorhanden), die Aktivierungs- und Freizeitveranstaltungen keine akustisch ruhige Orte, was ja durchwegs auch nicht erwünscht wäre. Störender Lärm entsteht aber auch im Zimmer, z.B. bei Verwandtenbesuchen, offenen Türen und Fenstern oder wenn mehrere Pflegepersonen miteinander arbeiten und sich austauschen. In den Privatwohnungen dürften Lärmimmissionen durch das Fenster, das Radio, Haushaltgeräte oder auch durch mehrere Personen, die gleichzeitig sprechen wollen, die grössten Störquellen darstellen. Vereinzelt dürften auch Gerätschaften wie Pumpen für Pflegematratzen, Belüftungsanlagen, Reinigungsmaschinen und Bauarbeiten im Haus eine Rolle spielen.

Bei einer ausgeprägten Altersschwerhörigkeit gibt es im Pflegealltag durchaus viele einfache Möglichkeiten, die Situationen zu entschärfen. Im Allgemeinen wären folgende Regeln einzuhalten:<sup>53</sup>

- Hintergrundgeräusche aktiv ausschalten (Fenster und Türen schliessen, Radio ausschalten usw.)
- Bitte, dass das Hörgerät getragen wird (gereinigt, Batterien betriebsfähig)
- Nicht schreien
- Näher treten (die effizienteste und einfachste Vorkehrung, sowohl für die akustische wie die visuelle Wahrnehmung!)
- Langsam und deutlich sprechen

---

<sup>53</sup> Nach Decker-Maruska (2008), ergänzt durch die Tipps aus [www.sensus60plus](http://www.sensus60plus) und Ratschläge für Hörbehinderte und Guthörende" aus [www.pro-audito.ch](http://www.pro-audito.ch)

- Keine tätigkeitsbegleitende Anweisungen: Erklären, erst dann Handeln
- Blickkontakt aufrechterhalten
- Wörter ganz aussprechen, ohne die Endungen zu verschlucken oder am Schluss von Sätzen die Lautstärke zu senken
- Bei Bedarf den Satz identisch nochmals Wiederholen
- Ein Zögern bei der Antwort als Verständigungsproblem interpretieren
- Normale (deutsche) Sprache und keine „Babysprache“ verwenden, dabei auf die Mundartkompetenz achten
- Bei Bedarf Namen, Begriffe oder Zeiten usw. aufschreiben
- Periodische Kontrolle des Gehörganges. Die Auswirkungen von zu viel Ohrenschmalz (Cerumen) sind nicht zu unterschätzen
- Heime sollten einen systematisch durchgeführten Hörgeräteservice anbieten und die Spitex die Angehörigen periodisch darauf aufmerksam machen. Nichts ist sinnloser, als ein unpassendes Hilfsmittel.

### *Akustische Kontrolle und Zugang zu Informationen*

Werden die Pflege- und Betreuungspraxis nicht angepasst, dürften viele Kommunikationssituationen auch in grundsätzlich ruhiger Umgebung problembehaftet sein. Man denke zum Beispiel an die Weitergabe komplexer Gesundheitsinformationen oder an die bewegte Interaktion zwischen gepflegter und pflegender Person während der Raum- und Körperpflege, bei der sich die Sprechdistanz rasch zwischen einem und fünf Metern bewegt und der Kopf öfters abgewendet werden muss.

Interessant ist der Vergleich der Häufigkeit von Schwerhörigkeit in Bezug auf die Versorgung mit Hörhilfen. Nur 13% der Bewohner/innen der Alters- und Pflegeheime haben gemäss Eintrag im RAI-NH ein Hörgerät und nutzen es. Weitere 3% haben ungenutzte Hörgeräte bei sich (RAI HC erfasst diese Angaben nicht). Da Hörgeräte bei allen Schwierigkeiten der Anpassungsphase auch bei leichter und mittlerer Schwerhörigkeit eine tatsächliche Hilfe sein können, überrascht es sehr, dass nur eine von drei schwerhörigen Personen eine akustische Versorgung hat. Neuere neurologische Untersuchungen belegen, dass durch Schwerhörigkeit verursachtes Ausbleiben von Informationen Kognitionsverluste beschleunigen, wogegen die optimale Versorgung und das Tragen von Hörgeräten diesbezüglich präventiv wirken. Besser Hören ist also pflegerelevant und gesundheitsfördernd! <sup>54</sup> In Situationen von zuhause gepflegten Personen sollten die Angehörigen dafür besorgt sein, die Spitex-Fachpersonen müssen aber darauf hinweisen. In der stationären Pflege ist es Teil des Pflegeauftrages und Aufgabe der Institutionsleitung, zu definieren, wie die Versorgung mit Hilfsmitteln bei den älteren Bewohner/innen sichergestellt wird.

In öffentlichen Räumen die von Hörgeräte-Träger/innen benutzt werden, muss im Sinne der für die Schweiz verpflichtenden UNO-Behindertenrechts-Konvention auf die Einrichtung, die korrekte Einstellung und den konsequenten Einsatz von Induktionsanlagen geachtet werden. <sup>55</sup> Es ist kein Geheimnis, dass solche Anlagen sehr oft angeschafft, danach aber nicht gewartet und vor allem nicht benutzt werden, in der falschen Annahme, die Hörgeräte-Träger hätten ja bereits ein individuelles Hilfsmittel auf sich und damit sei das Problem „Hören und Verstehen“ gelöst. Auch dieses Anliegen richtet sich wiederum nicht nur an die pflegenden und betreuenden Mitarbeiter/innen, welche die Anlagen einschalten und korrekt nutzen müssen, sondern vor allem auch an die Hausadministration. Ihr obliegt die Einrichtung, Wartung und der konsequente Einsatz von

---

<sup>54</sup> Giroud 2016)

<sup>55</sup> UNO (2006), Art. 9, 21 und 25 im Speziellen

erfahrungsgemäss oft schlecht gewarteten Anlagen.<sup>56</sup>

Neben der Beachtung des reinen Hörvermögens und der lautsprache-ergänzenden Ausdrucksweisen wie etwa der Mimik, Gestik, schriftlichen Informationsweitergabe etc., sind aus betreuender und pflegerischer Sicht das Verständnis der Ortssprache mit seinen Dialekten, sowie die Fremdsprachigkeit der betreuenden und pflegenden Personen zu beachten. Das Hören und die Kommunikation sind also nicht ausschliesslich an den Fähigkeiten der Bewohner/innen festzumachen. Dasselbe gilt natürlich auch im umgekehrten Sinn: Sowohl in der ambulanten wie in der stationären Pflege sind Personen zu pflegen, welche wenig oder gar keine Ortssprache können. Und schliesslich ist zu vermerken, dass sich eine Schwerhörigkeit auch beim Personal einstellen kann. Wird diese verheimlicht und nicht bestmöglich hörakustisch versorgt, ist die umfassende Pflegequalität ebenfalls beeinträchtigt.

Es existieren viele Situationen im Alltag, in denen die Kommunikation gestört oder gar verunmöglich sein kann. Mit zunehmendem Alter erleben immer mehr Patient/innen die Auswirkungen von „nicht verstehen“: Zerstückelung der zugänglichen Informationen, Verlust des Realitätssinns und in der Folge der Umgebungsbeherrschung, Verlust von Anregungen im zwischenmenschlichen Bereich, Missverständnisse und in der Folge Kränkungen. Auch diese Faktoren können Ursache von Stimmungsschwankungen und sozialem Rückzug sein.

### **6.3. Hörsehbehinderung und Pflege**

#### *Mehrfach-Sinnesbeeinträchtigungen sind weit verbreitet*

Insgesamt hat gemäss der Beobachtung der Pflegefachpersonen nur wenig mehr als ein Drittel (37,7%) der Bewohner/innen von Alters- und Pflegeheimen KEINE Einschränkungen der Sinnesleistungen. In der ambulanten Pflege sind sechs von zehn (58%) als gut sehend und gut hörend eingeschätzt worden. Man beachte, dass dies bloss Mittelwerte über alle Altersgruppen der gesundheitlich eingeschätzten Personen sind. Sowohl die Verbreitung von Sehbeeinträchtigungen, wie die der Hörbeeinträchtigungen, nehmen mit dem Alter der gepflegten Personen rasant zu. Es ist daher naheliegend – auch wenn sich unsere Daten auf diesen Aspekt nicht konkret auswerten lassen -, dass dies auch die Kombination von Hör-Sehbehinderungen betrifft. Bei älteren pflege- und betreuungsbedürftigen Personen ist die Hörsehbehinderung daher starke Realität.

Sicher gibt es auch Personen, die gut hören und/oder gut sehen. Bei etwa einem Fünftel (NH: 20,3%; HC 18,2%) registriert das RAI zwar Hör-, jedoch keine Sehprobleme. Weiter werden bei jeder siebten gepflegten Person (NH: 14,5%; HC 12,2%) Sehbeeinträchtigungen bei gutem Hörvermögen festgestellt. Zwischen diesen beiden Gruppen liegt immerhin etwas mehr als ein Viertel der Bewohner/innen von stationären Einrichtungen (27,4%), bzw. mehr als ein Zehntel Personen, die zuhause gepflegt werden und nach schweizerischem Verständnis hörsehbehindert sind.

#### *Kombinierte Sinnesbehinderung: Eine vielfältige Realität*

Es ist wichtig zu wissen: Hörsehbehinderte Personen können in bestimmten, im Alltag sich oft wiederholenden Situationen, einen Sinnesausfall, z.B. in der Aufnahme von Informationen, nicht mit dem anderen Sinn kompensieren. Einen guten Einblick in diese

---

<sup>56</sup> Pro Audito Schweiz betreibt diesbezüglich ein technischer Beratungsdienst für Höranlagen: [www.pro-audito.ch](http://www.pro-audito.ch)

Situationen liefern die Statements auf der Webseite [www.sensus60plus.ch](http://www.sensus60plus.ch). Besonders wichtig, ist es zu verstehen, dass schon bei einzelnen, relativ geringen Hör- oder Sehbeeinträchtigungen, die Auswirkungen auf die Kompensationsmöglichkeiten gross sein können. Sind die Einträge im RAI, welche beim Sehvermögen (RAI-MDS: D) und beim Hörvermögen (RAI-MDS: C) mit "leicht" kategorisiert werden, im Einzelnen vielleicht noch als "allgemein leichte Beeinträchtigungen" zu verstehen, ist dies nach Erfahrung der Fachpersonen für Hörsehbehinderung beim GLEICHZEITIGEN Auftreten nicht mehr der Fall. Eine erfolgreiche Kompensation verlangt vor allem bei der älteren Person möglichst einwandfreie Sinnesreize durch den jeweils anderen Sinn.

Die Art der Betroffenheit durch Sinnes-Einschränkungen und die entsprechenden Ausprägungen sind extrem vielfältig. In den Alters- und Pflegeheimen leben einerseits Personen, die z.B. in einer ruhigen Umgebung die fehlenden visuellen Information über das Gehör kompensieren könnten, oder die dank der Grossschrift oder mit einer vergrössernden Sehhilfe Informationen, die sie nicht hören konnten, doch noch lesen können. Voraussetzung ist, dass ihnen die Informationen nochmals mündlich oder schriftlich angeboten werden. In Alters- und Pflegeheimen erleben 13,5% der Bewohnerinnen und Bewohner diese Situation, unter den ambulant gepflegten Personen 5,8%.

In den gleichen Tabellen sind in den elf grau markierten Feldern die Anteile Personen dokumentiert, die nicht nur ab und zu, sondern in vielen Situationen ihres Alltages mit den konkreten Folgen der Hörsehbehinderung konfrontiert sind. Das Personal in Alters- und Pflegeheimen trifft bei mehr als jeder siebten Person auf solche Situationen (9,6%), die ambulant arbeitenden Pflegefachpersonen bei jeder Fünfundzwanzigsten! (3,9%)

Die sechs schwarz markierten Felder weisen auf immerhin 4,3% der Bewohner/innen und 1,3% Spitex-Klient/innen hin, für welche die Kompensation der Fernsinn-Verluste im üblichen Sinne kaum mehr möglich ist. Die Kommunikation und Betreuung dieser taubblinden Menschen braucht unbedingt Spezialwissen.<sup>57</sup>

In Zahlen ausgedrückt zeigt sich, dass in den schweizerischen Alters- und Pflegeheimen rund 13'000 Personen gepflegt werden, die auf Grund der Einschätzung ihrer Sinnesbeeinträchtigungen kaum ausreichend kompensieren können und daher in sehr vielen Alltagssituationen ohne spezifischen Pflege- und Betreuungsformalitäten nicht teilhaben können. Rund 5-6'000 Personen können dies so gut wie nie. In den Spitex-Organisationen (NPO Spitex, Langzeitpflege-Situationen) gilt das gesagte für rund 5'000 bzw. 1'800 Personen.

Eine moderne, auf Kommunikation und Selbstpflege-Anteile aufbauende Pflege ist in diesen Fällen ohne spezialisiertes Wissen nicht möglich. Pflegeorganisationen sollten in diesen Situationen auf zwei Ebenen vorgehen:<sup>58</sup>

- Dem Personal auf die konkrete Situation der zu pflegenden Person Aufklärung und Schulung anbieten
- Den betroffenen Personen und ihren Angehörigen spezialisierte Unterstützung zukommen lassen, damit die Patient/innen eine Chance erhalten zu verstehen, was in ihrer Umgebung passiert, wer sie wie behandelt, pflegt und begleitet, auf was sie antworten sollen und wann sie ihre Anliegen zur Sprache bringen können.

Die Pflege und Betreuung eignet sich, als Ausdruck und zur Unterstützung ihrer

---

<sup>57</sup> Adressen: [www.sensus60plus.ch](http://www.sensus60plus.ch); [www.szb.ch](http://www.szb.ch) > Adressen

<sup>58</sup> Informationen über beide Vorhaben sind auf [www.sensus60plus.ch](http://www.sensus60plus.ch) erhältlich.

Kostenlose fachliche Beratung für Betroffene, Angehörige und Pflege-Fachpersonen auf den regionalen Beratungsstellen für hörsehbehinderte und taubblinde Menschen:

<http://www.szb.ch/footer/service/kontakte/beratungsstellen-fuer-hoersehbehinderte-menschen/>



Professionalität, spezialisierte Kenntnisse zur Hörsehbehinderung an. Ein guter Einstieg ist heute über das Internet möglich.<sup>59</sup> Den Personen, die mit einer doppelten Sinnesbeeinträchtigung konfrontiert sind und deren Angehörigen, sollte die in allen Regionen der Schweiz gut zugängliche taubblindenspezifische Rehabilitation<sup>60</sup> empfohlen werden, so weit wie möglich und ausgerichtet auf ihre Lebensrealität.

#### **6.4. Kognitive Fähigkeiten und emotionales Gleichgewicht**

Bei insgesamt 53,1% der Bewohner/innen von stationären Einrichtungen, jedoch bei nur 9,4% der zuhause gepflegten Patient/innen, wird auf der CPS-Skala (Kognitive Leistungsfähigkeit, Fussnote 16) ein Wert von 3 oder mehr festgehalten und damit eine kognitive Auffälligkeit dokumentiert. Bei fast der Hälfte der Heimbewohner/innen wurde eine Demenzerkrankung diagnostisch festgestellt (47,0%). Die am meisten verbreitete Form der Alzheimerdemenz wird mit 18,2% angegeben, weitere Formen mit 29,5%. Im RAI-Assessment für die ambulante Pflege werden die Diagnosen nicht gleichermassen erfasst, womit kein Vergleich möglich ist.

Schliesst man jene Fälle aus, bei welchen im jeweiligen RAI-NH MDS eine Demenzdiagnose dokumentiert ist, verbleiben weitere 16% Bewohner/innen, die über die CPS-Skala auffällig bewertet werden. In den schweizerischen Alters- und Pflegeheimen wird in Abweichung zu den allgemeinen Richtlinien<sup>61</sup> längst nicht bei allen Verdachtsfällen eine umfassende Demenzabklärung durchgeführt, u.a. um die Bewohner/innen und die Angehörigen keiner zusätzlichen Belastung auszusetzen. Zu den erkannten Demenzerkrankungen könnten also jene 16% hinzukommen, bei denen ein Verdacht besteht. Aus den RAI-NH MDS werden damit bei maximal 63% (18% + 29% + 16%) der Bewohner/innen von Alters- und Pflegeheimen eine Demenzerkrankung oder ein Verdacht dazu dokumentiert. Aus der ambulanten Pflege stehen diese Daten leider nicht in gleicher Form zur Verfügung.

Anhand des Vergleiches der Werte aus der CPS-Skala für Bewohner von Alters- und Pflegeheime und für Klientinnen und Klienten der Spitex, kann jedoch ein sinnvoller Vergleich gezogen werden.

Das Erkennen und der Umgang mit einer fortschreitenden kognitiven Leistungsminderung sind damit Leitfragen in der Wahrnehmung und in den Handlungen des Pflege- und Betreuungsfachpersonals in schweizerischen Alters- und Pflegeheimen. Dies auch aufgrund der Tatsache, dass der Verlust an körperlicher und alltäglicher Autonomie (50% der Bewohner/innen weisen ADL-Werte von über acht Punkte auf, was auf grosse Abhängigkeiten hinweist) und depressive Verstimmungen oder gar diagnostizierte Depressionen (24,8% liegen auf der DRS-Skala über dem im stationären Umfeld auf drei Punkten festgelegten Problembereich) sich ihrerseits auf den Antrieb und die Widerstandsfähigkeit auswirken.

Im Umfeld der ambulanten Pflege werden grosse körperlich-funktionale Anhängigkeiten siebenmal und depressive Stimmungslagen zweimal seltener rapportiert (6,8% der ambulant gepflegten Personen weisen einen ADL-Wert von über acht Punkten auf. 11,6% liegen über dem für das Leben zuhause auf zwei Punkten festgelegten DRS-Wert der eine Problemwahrnehmung signalisieren soll).

#### *Multimorbidität*

---

<sup>59</sup> [www.sensus60plus.ch](http://www.sensus60plus.ch).

<sup>60</sup> Das spezialisierte Angebot dazu findet man auf [www.szb.ch](http://www.szb.ch) / Taubblindheit

<sup>61</sup> Monsch A.U. 2012

Die Häufigkeiten, mit denen die beiden klassischen Sinnesbehinderungen und die kombinierte Sinnesbehinderung im Laufe des Alters auftreten, weisen in ihrem altersbezogenem Verlauf frappante Ähnlichkeiten mit den Häufigkeiten der Demenzerkrankung auf. Unter den meisten Gesichtspunkten sind sich die Zahlen zum Verwechseln ähnlich. Dies bedeutet allerdings nicht, dass zwischen den Phänomenen auch effektive gegenseitige Einflüsse bestehen.

Unabhängig der Zahlenauffälligkeiten geht man in der Geriatrie jedoch heutzutage davon aus, dass die verschiedenen Beeinträchtigungen im Alter in aller Regel miteinander interagieren. Entsprechend wichtig ist es, die Multimorbidität in ihrer Komplexität zu betrachten und dabei die auf Grund der RAI-Analysen weitverbreiteten Sinnesbeeinträchtigungen nicht ausser Acht zu lassen. Wir vertreten daher die Meinung, dass die Pflege und Betreuung für eine an Demenz erkrankte Person, die gleichzeitig seh- oder hörebeeinträchtigt ist, anders erfolgen müssen, als bei gut sehenden, bzw. genügend hörenden Personen. Ist das nicht der Fall würde das Wesen der Multimorbidität missachtet.

Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Sehbeeinträchtigung haben auf der zur Beurteilung der kognitiven Fähigkeiten konstruierten CPS-Skala höhere Werte (stärkere kognitive Beeinträchtigungen) als gut sehende Heimbewohner ( $CPS \geq 3$ ). Bei gut sehenden Bewohner/innen ist das bei 44% der Fall, bei Menschen mit Sehbehinderungen bei 60 bis 69% (Unterschiede nach Grad der Sehbeeinträchtigung). Auch Bewohner/innen mit einer Hörbeeinträchtigung weisen in der CPS-Skala vermehrt Werte über drei auf ( $CPS \geq 3$ ). Bei gut hörenden Bewohner/innen ist es ebenfalls in 44% der Fälle so, bei Menschen mit Hörproblemen in 60 bis 78% (auch hier mit Unterschiede je nach Grad der Hörbeeinträchtigung). Da die CPS-Skala vorwiegend aus Parametern der Kommunikation und der Entscheidungsfähigkeiten zusammengestellt ist, ist diese Feststellung nicht überraschend. Sie zeigt jedoch auf, dass Sehbehinderungen und Hörbehinderungen in den Handlungen und im Verhalten Verunsicherung auslösen, die sich in einer strengeren Beurteilung der für die CPS-Skala verwendeten Variablen manifestieren (z.B. B4 Wie unabhängig werden Entscheidungen im Alltag getroffen? C4 Sich verständlich ausdrücken? G1h Selbstständigkeit beim Essen?). Abhängigkeiten in solchen MDS-Bereichen können sowohl durch kognitive, wie durch sensorielle Einbussen verursacht sein. Sie zu unterscheiden bringt unseres Erachtens nichts. Da die Auswirkungen der im Spiel stehenden Sinnesbeeinträchtigungen jedoch in vielen Fällen durch angemessene Pflege und Betreuung und allenfalls durch einfache Rehabilitationsmassnahmen gemindert werden können, ist es wichtig, sie als solche zu erkennen.

### *Schwierige Interpretation von Verhaltensweisen und Sinnesverlusten*

Vor allem amerikanische Studien haben seit etwa 15 Jahren immer wieder Korrelationen zwischen Sehverlust, bzw. Hörverlust und dem Abbau kognitiver Leistungen aufgezeigt<sup>62</sup>. So wurde nachgewiesen, dass Frauen mit einer Sehbeeinträchtigung nach fünf Jahren Beobachtungszeit fast zweimal so häufig wie Gleichaltrige gut Hörende Anzeichen eines kognitiven und funktionalen Abbaus aufwiesen (1,78, bzw. 1,79 erhöhte Häufigkeiten). Bei Frauen mit Hörbehinderung konnte kein Effekt beobachtet werden, hingegen war er bei Hörebeeinträchtigung umso deutlicher (2,19-fache Häufigkeit).<sup>63</sup> In anderen Studien wurden bei Tests zur Gedächtnisfähigkeit und kognitiven Leistungsfähigkeit auch bei Personen mit einem signifikanten Hörverlust im Vergleich zu gleichaltrigen, gut hörenden Menschen, tiefere Werte gemessen.<sup>64</sup> Auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen Stürzen oder Verkehrsunfällen und Seh- bzw. Hörebeeinträchtigungen wurde aufgezeigt. Und schliesslich gibt es

---

<sup>62</sup> Übersicht: Georgescu, 2015

<sup>63</sup> Lin M. et al. (2004)

<sup>64</sup> Lin F. et al. 2011

Studien, welche einen Einfluss von Seh- und/oder Höreinbussen bei älteren Menschen auf Messdaten zur Intelligenz nachweisen. Sinneseinbussen erklärten dabei rund 50% der messbaren Intelligenzverluste im höheren Alter.

Es darf also nicht vergessen werden, dass es zwischen Sinnesleistung und der Entwicklung von kognitiven oder funktionalen Fähigkeiten Zusammenhänge gibt. Wie diese Zusammenhänge aussehen und was dadurch möglicherweise mitverursacht wird, ist sicher hoch komplex. Aber Seh- und Hörverluste sollten als Risikofaktoren für einen kognitiven Abbau erkannt werden, allerdings als ein Risiko, auf das Einfluss genommen werden kann!

Gerontologische Erklärungsmodelle gehen davon aus, dass sich die Auswirkungen von Sinneseinbussen auf kognitive Fähigkeiten auf indirektem Wege einstellen. Sie wären demnach nicht eigentliche "Ursache", gehörten jedoch immerhin zu den wichtigen Einflussfaktoren, weil sie die Alltagsfunktionalität beeinträchtigen, Freizeitaktivitäten einschränken, soziale Partizipation erschweren, zusätzliche Verletzungen und damit Bettaufenthalte verursachen sowie auf psychischer Ebene Depressivität und emotionale Instabilität begünstigen könnten. Weiter könnte es für Menschen mit Sinneseinbussen auch schwerer sein, altersbezogene kognitive Einbussen zu kompensieren.<sup>65</sup> Mit angemessenen sehbehinderten-, schwerhörigen- und höresehbehindertenspezifischen rehabilitativen Massnahmen könnte vielen dieser Mitverursacher begegnet werden.

Die aus den RAI-Assessments sowohl im Heimbereich wie in der ambulanten Pflege hervorgehende Beobachtung, dass bei Bewohner/innen mit Sinnesbeeinträchtigungen häufiger CPS-Werte über 3 vermerkt werden, als bei gut sehenden Menschen, muss als Indiz für die „Verwechslungsgefahr-These“ betrachtet werden. Diese These besagt, dass Auswirkungen der leichteren Formen von Seh- oder Hörbeeinträchtigung, welche oft nicht eindeutig manifest sind, irrtümlicherweise als Anhaltspunkte für kognitive Leistungsstörungen interpretiert und in den CPS-relevanten Dimensionen des RAI-MSD als Indizien für kognitive Leistungseinbussen, bzw. gar Demenzerkrankungen rapportiert werden. Tatsächlich konnten in den letzten Jahren v.a. deutsche Studien aufzeigen, wie die Folgen von Sehbeeinträchtigung mit Leitsymptomen von Demenzerkrankungen verwechselt werden und "Diagnosen von Demenz begünstigen" können.<sup>66</sup> Eine SZB-Studie zeigte auf, dass bei Expertinnen und Experten der Augenheilkunde und der Altersmedizin im Alltag grosse Verunsicherung besteht, wenn sie Folgen von Sehbeeinträchtigung oder Hörsehbeeinträchtigung und Anzeichen von Demenzverdacht interpretieren müssen.<sup>67</sup> Kritisiert werden auch die für das Demenzscreening angewendeten Tests, weil sie zu einem wichtigen Teil auf visuellen oder auditiven Wahrnehmungen basieren und dazu führen können, dass ein Demenzverdacht bei genauerem Hinsehen ein Artefakt sein kann.

Interessanterweise nimmt der Anteil Personen mit CPS $\geq$ 3 bei schwerwiegend sehbeeinträchtigten Menschen gegenüber leichten und mittelstarken Formen von Sehbeeinträchtigungen wieder ab. Die Abnahme gegenüber leichteren und dadurch weniger manifesten Formen von Sehbeeinträchtigung ist jedoch folgerichtig. Die Auswirkungen von mittelschweren Formen von Sehbehinderung werden durch viele Betroffene überspielt und sind für Aussenstehende im Allgemeinen schwerer zu verstehen als diejenige von „Blindheit“. Erstere können daher auch leichter mit kognitiven Leistungsstörungen verwechselt werden. Die Folgen der Blindheit hingegen leuchten allen mehr oder weniger ein und besteht eine Unsicherheit, wird ein Verdacht auf Demenzerkrankung zurückgestellt.

Aus rein quantitativer Sicht könnte dieser Effekt dadurch verstärkt werden, dass sich hochgradig sehbehinderte Menschen im Alter früher als gut sehende Menschen die Frage

---

<sup>65</sup> Georgescu D. 2015

<sup>66</sup> Lehl et al. 2004

<sup>67</sup> Blaser et al. 2013, Adler et al. 2016

nach einem Altersheim-Eintritt stellen. Sehbehinderung alleine führt bekanntlich nicht zur Notwendigkeit, in einer kollektiven Wohnform zu leben, aber die tägliche Kompensation der Behinderung und die Aufrechterhaltung der Autonomie (Einkaufen, Kochen, Waschen, Putzen usw.) ist aufwändig, sehr kräfteraubend, delikats und anspruchsvoll. Es gibt für stark sehbehinderte Menschen durchwegs ganz alltägliche und praktische Gründe für die Wahl eines Altersheims als Wohnform, auch wenn sie auf Grund der Pflege im klassischen Sinne noch nicht notwendig wäre.

*Wer Sinneseinbussen hat, muss sich wehren!*

Leider berücksichtigen die heute in der Schweiz gültigen Konsensus-Dokumente zur Diagnostik und Therapie von Demenzkranken die Gefahr von Verwechslungen noch nicht.<sup>68</sup> Stark visuell und auditiv aufgebaute Screening-Verfahren werden uneingeschränkt für alle Personen als "State of the Art" dargestellt (MMSE, Uhrentest), ohne vorab sicherzustellen, ob die Person eine echte Chance hat, ein kognitiv aussagekräftiges Ergebnis zu erreichen. Die Prävalenzzahlen der Sinnesbeeinträchtigungen in den Bereichen des Sehens und Hörens und die Tatsache, dass diese Beeinträchtigungen sehr oft verdrängt oder gegenüber Dritter erfolgreich kaschiert werden, bleibt ausser Acht. Auch die vielbeachteten online-Empfehlungen der Schweizerischen Alzheimervereinigung weist Ratsuchende nicht darauf hin, dass mögliche, ja wahrscheinliche nicht optimal behobene Sinneseinbussen, mit allfälligen kognitiven Einbussen interagieren.<sup>69</sup> Dabei fordert die Nationale Demenzstrategie der Schweiz (2014-2017, verlängert) eine hohe Beachtung der Effekte möglicher Komorbiditäten und ein interprofessionelles Assessment von Demenzerkrankungen.<sup>70</sup>

Somit ist zu hoffen, dass die abklärenden Stellen betreffend den Folgen von Sinneseinbussen aufmerksamer sind, als es die nationalen Expertengremien verlangen und beratende, pflegende und betreuende Fachpersonen sowie Angehörige bei geriatrischen Expertisen hartnäckig auf die Sinnesbeeinträchtigungen hinweisen. Aus diesem Grund hat der SZB spezifische Empfehlungen für pflegende und betreuende Fachpersonen und Angehörige veröffentlicht.<sup>71</sup>

## **6.5. Sinnesbeeinträchtigungen im RAI-Assessment**

Die Bedingungen für die Erfassung der Daten (z.B. im Alltag zur Verfügung stehende Zeit, Ausbildungsniveau, Fachwissen im Bereich der Sinnesbehinderungen) sind bei den für das RAI-Assessment zuständigen Personen in Alters- und Pflegeheimen und in den Spitex-Organisationen sicherlich unterschiedlich und können hier nicht beurteilt werden. Dazu wären Vergleiche der Datensätze aus verschiedenen stationären, bzw. ambulanten Pflege-Institutionen nötig. Immerhin ist bekannt, dass das RAI-Assessment meistens durch Fachpersonen der Pflege mit dem jeweils höchsten Ausbildungsstand und mit Erfahrung vorgenommen wird. Sowohl im stationären wie im ambulanten Pflegebereich arbeitet man heute auf einem sehr professionellen Niveau und weiss um die zentrale Wichtigkeit einer präzisen Situationserfassung.

Voraussetzung für den Eintrag einer Sinnesbeeinträchtigung in die RAI-Dokumentation ist, dass die - an sich unsichtbaren - Beeinträchtigungen des Sehvermögens und des Hörvermögens bemerkt und angesprochen werden. Die beiden RAI-Handbücher für Alters- und Pflegeheime, bzw. für Spitex-Organisationen (NH und HC)<sup>72</sup> geben für diese

---

<sup>68</sup> Mönsch et al 2012; Savaskan et al. 2014

<sup>69</sup> ALZ 2017

<sup>70</sup> BAG 2013; Handlungsfelder 1 und 3

<sup>71</sup> Spring 2016, basierend auf der Arbeit von Adler et a. 2016

<sup>72</sup> Anliker et al. (2014) bzw. (2009/3)

Einschätzung eine umfassende Einführung und Abklärungshilfe.

### Sehschärfe

Das RAI-Assessment verwendet eine Einstufung der Sehschärfe entsprechend eines hypothetischen Ausmasses von Beeinträchtigung. Zur Unterstützung werden Beobachtungselemente beigefügt. Nachfolgend die aktuellen deutschsprachigen Fassungen für NH und HC:

0. Gut – sieht kleine Details, einschliesslich gewöhnlicher Druckbuchstaben in Zeitungen / Büchern (NH und HC sind identisch)
1. Leicht beeinträchtigt – sieht grosse, jedoch keine normalen Druckbuchstaben in Zeitungen / Büchern (NH) / Teilweise beeinträchtigt – sieht grosse Druckbuchstaben, aber keine gewöhnlichen (HC)
2. Mittel beeinträchtigt – unfähig, Zeitungsschlagzeilen zu sehen, kann Gegenstände in der Umgebung sehen (NH) / Beeinträchtigt – unfähig, Zeitungsüberschriften zu lesen; kann Gegenstände in Umgebung identifizieren (HC)
3. Stark beeinträchtigt – es ist fraglich, ob Gegenstände in der Umgebung gesehen werden, die Augen folgen Objekten (NH) / Stark beeinträchtigt – erkennt Gegenständen in Umgebung kaum; scheint mit den Augen zu folgen (HC)
4. Schwerwiegend beeinträchtigt / blind – sieht nichts oder nur Umrisse; die Augen folgen Objekten nicht (NH) / Schwerwiegend beeinträchtigt – blind; sieht nur Farben oder Umrisse; folgt mit den Augen nicht

RAI übernimmt damit eine Screening-Form, die international zwar üblich, in einem eindeutig gerontologischen Kontext unseres Erachtens aber problematisch ist. Mit der Frage nach der Lesefähigkeit eines Textes, wird die Sehschärfe abgefragt, also die Fähigkeit, schwarz gedruckte Punkte im Kontrast zum Hintergrund und den Zwischenräumen zu erkennen. Die Sehschärfe ist zwar für viele Sehtätigkeiten entscheidend, nicht nur für das Lesen. Aber durch die gewählte Frage-Art, gerät das Lesen „künstlich“ in den Vordergrund. RAI folgt damit ein Muster, das in fast allen Umfragen und Assessments (Bundesamt für Statistik, WHO u.s.w.) genutzt wird. Aus unserer Sicht und angesichts des Kontextes von RAI bedauern wir dies. Es ist unbestritten, dass die Bilder und Begriffe, die wir in einer Klassifizierung verwenden, einen sehr grossen Einfluss auf unsere Denkweise und damit auch auf unser Handeln haben. In Zusammenhang mit der Alterspflege ist die "Fixierung auf das Lesen" nicht zielführend und lenkt von anderen, wichtigen Sehfunktionen ab: z.B. Ereignisse, Menschen, Tiere und Situationen beobachten, Fotos in Zeitschriften betrachten, Fernsehen, spazieren gehen. Das Sehen wird zudem eingesetzt, um alters- oder krankheitsbezogene Schwierigkeiten zu meistern: Gegenstände trotz Vergesslichkeit wieder finden, Namensschilder lesen, Räume und deren Funktion erkennen, durch das Spaziergehen die innere Unruhe abbauen, Hilfsmittel einsetzen (Hörgeräte, Gehhilfen, Kommunikations- und Rufgeräte usw.). Auch aus der Sicht der Selbstpflege, Mobilität (Kreislauf, Appetit, Kräftigung) und der Teilhabe (an sozialen Ereignissen und visuellen Freizeittätigkeiten teilnehmen können usw.) sind Sehfunktionen sehr bedeutend. Angesichts dieser Liste ist die Fixierung der Aufmerksamkeit der Pflegefachfrauen auf das Lesen allein eine vertane Chance.

Adjektive wie „leicht“, „mittel“, „stark“ und „schwerwiegend“ können zu einem semantischen Missverständnis führen. „Leicht“ suggeriert, dass nichts Besonderes vorliegt. Im spontanen Denken entsteht kein pflegerelevanter Auftrag. Dabei wäre er fachlich gegeben, denn die Art der Pflegeausübung und der Betreuung und auch die Merkmale des Wohnumfeldes (mehr Licht, keine Blendung, grössere Schriften, Distanzen zur Person usw.) müssen auch bei „leicht“ angepasst werden. Der eher noch „harmlos“ tönenden

Kategorie „mittel“ wird eine Situation zugeschrieben, die zum sozialen Rückzug und zum entscheidenden Verlust von Informationszugang führt. Diese verlangt eindeutig ein angepasstes Handeln in vielen Pflege- und Betreuungsakte, sowie in der Kommunikation und in der Einrichtung von Räumen.<sup>73</sup> Schliesslich ist mit der Kategorie „stark“ eine Situation beschrieben, die in den angelsächsischen Ländern als „legal blind“ („aus Sicht des Gesetzes blind“) bezeichnet wird und sicher andere Assoziationen auslöst als „stark beeinträchtigt“. Wenn Gegenstände in der Umgebung nicht mehr erkannt werden, ist die Person nicht mehr mobil, erkennt Veränderungen im Umfeld oder am eigenen Körper visuell nicht und kann nur über spezielle Techniken für sich selber sorgen, alles Aspekte die eindeutig pflegerelevant sind.

### *Gesichtsfeld*

In der NH-Ausgabe befasst sich RAI auch mit dem Gesichtsfeld. Eine Gesichtsfeldeinschränkung genau zu bestimmen, ist allgemein sehr anspruchsvoll. Schon eine relativ einfache seitliche Einschränkung erkennen zu können, verlangt Übung, insbesondere, wenn man sich nur auf Beobachtungen stützen kann. Die im RAI-NH enthaltene Erfassung D2 „Gesichtsfeldeinschränkung“ sollte daher zusätzliche Beobachtungsmerkmale enthalten, denn auch diese Einschränkungen können vielfältig sein (siehe Vorschlag in Anhang 8.1). Aber auch wenn die Resultate aus der MDS-Analyse nicht sehr präzise sein werden, erachten wir es als wichtig, in beiden (!) RAI-Versionen danach zu fragen. Es ist sehr wichtig, die Beobachtung dieser Komponente des Sehens auch in der Spitex-Pflege zu schulen, damit ein entsprechender Unterstützungsbedarf im Alltag erkannt wird. In mehreren Studien wurde nachgewiesen, dass Sehbeeinträchtigungen, darunter insbesondere Gesichtsfeldeinschränkungen, für etwa 40% der Stürze mit Hüftfraktur verantwortlich sind. Werden Gesichtsfeldeinschränkungen erkannt, können zwar weder Heilung noch eine bessere Brille versprochen werden, aber mit einigen Anpassungen am Wohnumfeld, Aufmerksamkeit der Mitbewohnenden, bzw. Betreuenden und ein angemessenes Bewegungsverhalten der betroffenen Person, kann das Sturzrisiko entscheidend vermindert werden.<sup>74</sup>

### *Brillen*

Das RAI-Assessment versteht sich als Minimaldatensatz, welcher bei Bedarf mit weiteren Abklärungen ergänzt werden soll.<sup>75</sup> Gemäss unserer RAI-Auswertung verwenden 45% der Bewohner/innen von Alters- und Pflegeheimen eine Sehhilfe (abschliessende Aufzählung: Brille, Kontaktlinse, Vergrösserungsglas). In der Mehrheit werden dies Brillen sein. Aus fachlicher Sicht ist es nicht wirklich verständlich, wozu diese „Benutzt Sehhilfe Ja/Nein“ Information dienen soll, ist es doch nicht dasselbe, ob ein Hilfsmittel einfach vorhanden ist oder ob es korrekt angepasst, effizient eingesetzt, nie, nur situativ oder kontinuierlich verwendet wird. Ein spezielles Augenmerk müsste auf die Aktualität der Rezeptur und die Kontrolluntersuchung durch eine Augenärztin oder einen Augenarzt gelegt werden. Eine neue grosse Untersuchung bei 600 in deutschen Alters- und Pflegeheimen lebenden Personen hat ergeben, dass bei 61% ein ophthalmologischer Befund vorlag, der eine Intervention zur Folge haben sollte.<sup>76</sup> Eine Untersuchung aus Würzburg zeigte, dass bei nur 25% der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner regelmässig augenärztliche Kontrollen durchgeführt werden.<sup>77</sup> Aus unserer Sicht könnte die Abklärungshilfe hier ausgebaut werden. Nachfolgend einige Gedanken und Anregungen dazu.

---

<sup>73</sup> Vgl. Kampmann S. et al. (2015); Heussler F. et al. (2016)

<sup>74</sup> McGraw et al. (2011)

<sup>75</sup> vgl. dazu die entsprechenden Abklärungshilfen. Die elektronische Fassung beinhaltet zudem das sog. „Triggern“, eine automatisch generierte Meldung die bei der Dateneingabe erscheint, wenn bestimmte Problemlagen erkennbar werden.

<sup>76</sup> Fang et al. (2017)

<sup>77</sup> Kampmann et al. (2015)

- Menschen im hohen Alter und allgemein Menschen in Pflegesituationen verwenden nur ausnahmsweise Kontaktlinsen.
- Wichtig ist bei Brillenträger/innen vor allem, wann die letzte Kontrolle durchgeführt wurde
- Brillen mit unterschiedlichen Funktionen sollten unterschieden werden:
  - Brillen für die Korrektur von Fehlsichtigkeit, bei der das Korrekturergebnis ungefähr der normalen Sehstärke entspricht, also aus der Sicht der Sehschärfe keine Behinderung zur Folge hat. Das setzt voraus, dass die Brillengläser aktuell ausgemessen, die Fassung eingestellt, das Glas sauber ist und die Brille genutzt wird.
  - Brillen mit Spezialkorrekturen (Lupenbrillen, Filterbrillen), die in bestimmten Momenten aufgesetzt werden (unterschiedliche Brillen für das Gehen im Hause, das Gehen/geschoben werden im Freien - je nach Wettersituation -, das Lesen und das Essen) und bei denen eine massgebende Korrektur erfolgt ist. Trotz dieser Spezialkorrekturen kann das Ziel einer annähernd normalen Sehfähigkeit aber oft nicht erreicht werden. Daher besteht in der Regel auch mit der Brille noch eine Beeinträchtigung.

### *Technische und optische Hilfsmittel*

Ausser Brillen gibt es vielfältige technische und optische Hilfsmittel, die für die Selbstpflege, den persönlichen Beitrag an die Gesundheitspflege, die Beschäftigung, den Zugang zu Informationen, die motorischen Aktivitäten u.a.m. äusserst nützlich wären und in einem individualisierten Pflegekonzept berücksichtigt werden könnten. Es sind dies z.B. Monokulare, Lupen, Lesegeräte, Vorlesegeräte und vieles mehr. Für den Einsatz solcher Sehhilfen ist eine fachliche Abklärung notwendig (Low Vision-Abklärung, siehe Fussnote 9). In allen Regionen der Schweiz gibt es ein unentgeltliches Angebote solche i.d.R. wenige Stunden dauernden Abklärungen und Beratungen durchführen zu lassen. Sie können auch im Heim selber durchgeführt werden.<sup>78</sup>

### *Brillen und Hilfsmittel im Kleiderschrank?*

Für den Pflegealltag ist es wichtig zu wissen, ob einer Bewohnerin oder einem Bewohner eine spezielle Brille oder andere Hilfsmittel nützlich sein könnten. Für eine umfassende Pflegequalität ist dies u.E. entscheidend. Wenn also Spezialbrillen und/oder technische Hilfsmittel vorhanden sind, muss man dafür sorgen, dass sie gebraucht werden: Für die Erkennung der Pflegefachperson, bei der Anleitung zur Selbstpflege (Salben, Verbände, Strümpfe usw.), bei der Anleitung der Einnahme und der Ausrichtung von Medikamenten (Was, Wann, Wie, Wieviel anwenden), beim Essen und bei Freizeitaktivitäten, beim Wechseln der Räume, beim Spazieren und nicht zuletzt auch zur optischen Befolgung von Pflegehandlungen am eigenen Körper. Damit dies möglich ist, sollte die Auflistung der benutzten Sehhilfen vollständig und aktuell sein. Wirklich relevant für die Qualität der Betreuung und Pflege ist allerdings nicht die eigentliche Erfassung der vorhandenen Hilfsmittel, sondern der zwingende Hinweis, welche Hilfsmittel im Alltag und/oder in bestimmten Situationen verwendet werden sollen oder müssen. Diese Hilfsmittel müssen dem Patienten gegeben werden. Wichtig ist auch die Unterstützung bei Geräten die man anzieht, einschalten, ausrichten muss. Und die Hilfsmittel müssen funktionstüchtig, also gewartet, gereinigt, repariert sein. Die „heimlichen Sammlungen“ von ungenutzten Lupen, Lesegeräte, Brillen, Hörgeräten in Zimmerschränken und Schubladen sind in

<sup>78</sup> Adressen unter <http://www.szb.ch/Kontakte/Beratungsstellen>

Pflegekreisen hinreichend bekannt. Wenn das RAI-Assessment in dieser Hinsicht nutzbringend sein will, dann sollte es nicht das Vorhandensein sondern die Einsatzsituationen der Hilfsmittel erfassen.

Wir erlauben uns für RAI-MDS in beiden Ausführungen (NH und HC) eine Diskussionsgrundlage für eine einheitliche Informationserfassung vorzuschlagen (siehe Anhang 8.1, Seite 60).

## **7. Schlussfolgerungen**

### ***Schlussfolgerung 1: RAI-MDS Daten sind eine Informationsquelle, die es zu vertiefen gilt***

Die vorliegende Analyse konnte die Dimensionen des Aufkommens eines verminderten Sehvermögens, eines verminderten Hörvermögens, von Demenz- und anderen psychogeriatrischen Krankheiten unter den Bewohnerinnen und Bewohnern schweizerischer Alters- und Pflegeheime sowie unter den Kunden der Spitex-Organisationen aufzeigen. Es konnte auch aufgezeigt werden, wie viele Personen mehrere dieser Beeinträchtigungen gleichzeitig erfahren und wie sich dies unter einigen Aspekten auswirkt. Wir sind uns bewusst, dass eine vertiefte Analyse der RAI-Assessment-Daten möglich und erwünscht wäre. Dies kann aber nicht Aufgabe eines Verbandes sein, sondern müsste durch eine Hochschule gemacht werden. Vielleicht kann unsere Analyse neue Projekte in diese Richtung anregen. Dank komplexeren Analysen könnte hinter die Fassade der Mittel- und Prozentwerte geblickt werden, nach Kausalbeziehungen gefragt und auf der Personenebene nach differenzierten Auswirkungen von Sinnesbeeinträchtigungen auf die Lebensqualität gesucht werden.

### ***Schlussfolgerung 2: Sehvermögen und Hörvermögen sind häufig stark vermindert und Multimorbidität ist die Regelsituation in der Alterspflege und Altersbetreuung***

Vier von zehn Bewohnerinnen und Bewohnern in Alters- und Pflegeheime und jede dritte Klientin oder Klient der Spitex leben mit einer einschneidenden Verminderung des Sehvermögens. Bei einigen sind die Folgen für die Personen sehr einschneidend, denen mit angemessener Pflege und Betreuung und mit einem angepassten Lebensumfeld begegnet werden muss. Sehprobleme nehmen mit den Jahren zu, sind kaum geschlechtsspezifisch und betreffen Personen mit Pflegebedarf häufiger, als dies für die Gesamtbevölkerung gleichen Alters angenommen wird. Das verminderte Sehvermögen wirkt sich nicht nur auf die naheliegenden Bereiche des Lesen, der Stürze oder der Mobilität aus. Es bewirkt grosse Schwierigkeiten in den sozialen Kontakten, in der Selbstpflege und in der Selbstbeschäftigung. Es kann Verlufterfahrungen, Ängste und Kontrollverluste verursachen. Die unsichtbaren Sehbeeinträchtigungen betreffen auch (pflegende) Angehörige auf vielfältige, belastende Weise (systemische Auswirkungen).

Fünf von zehn Bewohnerinnen und Bewohnern in Alters- und Pflegeheime und jede dritte Klientin oder Klient der Spitex leben mit einer einschneidenden Verminderung des Hörvermögens. Die Auswirkungen für die Person und das Zusammenleben, bzw. die professionelle Zusammenarbeit sind einschneidend. Hörhilfen werden nur durch einen kleinen Teil der schwerhörigen Bewohner/innen eingesetzt. Bei vielen Betroffenen (und bei gleichaltrigen Angehörigen) kann nicht davon ausgegangen werden, dass sie



verstehen was gesagt wird. Verständnisschwierigkeiten nehmen mit den Jahren stark zu und sind nicht geschlechtsspezifisch. Auch sie wirken sich unsichtbar, jedoch sehr belastend auf das gesamte Unterstützungssystem, aus.

Jede vierte Person, die in einem Alters- und Pflegeheim lebt und jede zehnte Person die durch Spitex-Organisationen zuhause gepflegt wird, ist funktional taubblind. Sie kann den Ausfall eines Sinnes nicht durch den anderen kompensieren. Daraus entstehen für die Pflege und Betreuung sowie für das Zusammenleben in der Wohninstitution und in der Familie spezielle Herausforderungen, die spezifisches Fachwissen verlangt.

Bei etwa jeder zweiten Bewohnerin oder Bewohner von Alters- und Pflegeheimen und bei fast jeder zehnten zuhause gepflegten Person wurde eine Demenzerkrankung erfasst. Entweder ist sie formell diagnostiziert oder es besteht auf Grund definierter Beobachtungen der kognitiven Leistungsfähigkeit ein begründeter Verdacht dazu. Wir konnten im Bericht aufzeigen, dass bei Menschen mit Seheinsbussen häufiger psychogeriatrische Auffälligkeiten festgeschrieben werden, als bei gut sehenden Personen. Welche Anteile dieser Übervertretung auf direkte oder indirekte Folgen von Sinnesbeeinträchtigungen auf das Lernen, Wissen und anderen psychischen Dimensionen zurückführbar sind, die dann bei einer Hemmung als sog. Demenzerkrankung verstanden werden, bleibt unklar. Ebenso ist nur wenig erforscht, ob und wie sich eine effektive Rehabilitation von Sinnesbeeinträchtigungen auf solche Demenzeinschätzungen auswirken kann.

### ***Schlussfolgerung 3: Alterspflege-Institutionen und ambulante Pflegeorganisationen müssen Verantwortung übernehmen***

Institutionen der Alterspflege müssen erkennen, dass Sinneseinsbussen bei ihren Klient/innen und Bewohner/innen Realität sind, meistens schleichend eintreten, lange unbemerkt bleiben und oft kaschiert werden. Die Beeinträchtigungen sind meist fortschreitender Natur, müssten daher regelmässig neu abgeklärt werden und Anpassungen der Praxis auslösen. Das frühzeitige Erkennen, die Abklärung und regelmässige Nachprüfung von Sinneseinsbussen sind pflege- und betreuungsrelevant. Alle Berufsgruppen, die mit den betreuten Menschen Kontakt haben oder über deren Lebensbedingungen Entscheide treffen - also auch das Management -, muss auf diese Situationen fortbildend vorbereitet werden (Adler et al 2016, Spring 2016). Die Institution sollte durch klare Abläufe sicherstellen, dass ein sehbehindertenfreundliches, ein hörbehindertenfreundliches und ein hörsehbehindertenfreundliches Handeln Standard ist. In der stationären Pflege ist es eine Management-Aufgabe, die dazu notwendigen Rahmenbedingungen baulicher, personeller und prozessartiger Natur bereitzustellen.

### ***Schlussfolgerung 4: Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen gehen bei einer Demenzabklärung Risiken ein***

Menschen mit Seh- und/oder Höreinsbussen, für die eine Demenzabklärung als nötig erachtet wird, riskieren eine Fehleinschätzung. Ihnen wird empfohlen, das Seh- und das Hörvermögen vorgängig ärztlich abklären zu lassen und sich mit diesen Ergebnissen an eine Memory-Klinik zu wenden. Dort profitieren sie von einem breiten Abklärungs-Instrumentarium und angepassten diagnostischen Prozessen.<sup>79</sup>

Die landesüblichen Screening-Verfahren (MMSE, Uhrentest) sind für eine Abklärung bei Vorliegen von Seh- und/oder Höreinsbussen ungenügend. Sofern diese Menschen in einer

---

<sup>79</sup> Georgescu D. (2015)

sozialmedizinischen Institution leben, obliegt es dem zuständigen Pflegepersonal, die Abklärungen in diesem Sinne vorzuschlagen. Auch in der Kommunikation über Demenzerkrankungen (z.B. Alzheimervereinigung Schweiz, Memory Kliniken) sollte auf die möglichen Verwechslungen von Demenzzanzeichen mit Folgen von Sinneseinbussen hingewiesen werden. Als Handlungsanweisung sollte gelten: a) eine Demenzabklärung immer erst nach erfolgter und aktueller Prüfung des Hör- und des Sehvermögens durchzuführen; b) bei manifesten Einbussen die weiteren Abklärungen in einer Memory-Klinik vorzunehmen; c) die Hör- und/oder Sehbehinderung bei der Demenzabklärung in jedem Fall offenzulegen, und d) alle Möglichkeiten der Rehabilitation und Versorgung von Sinneseinbussen so früh wie möglich auszunutzen (Hörhilfen, Sehhilfen, kompensatorische Techniken usw.).

Oft wird bei Menschen im hohen Alter mit Einverständnis aller Beteiligten auf eine präzisere Demenzabklärung verzichtet, dies obschon Hinweise dazu vorliegen. Wir können diese Praxis nicht beurteilen, empfehlen aber, in jedem Fall und bis ins höchste Lebensalter sicherzustellen, dass das vorhandene Sehvermögen genutzt werden kann. Dazu sind sowohl die personenseitigen Massnahmen (Optik, Medizin, Chirurgie), vor allem aber die umweltseitigen Massnahmen (viel und gleichmässiges Licht, Blendschutz, Filtergläser, Schriftgrössen, Farben, Kontraste, angepasste Kommunikation und Zugang zur Information usw.) auszuschöpfen. Letztere wirken übrigens immer, auch wenn Erstere in der spezifischen Situation nicht mehr anwendbar sind oder abgelehnt werden.

### ***Schlussfolgerung 5: Das RAI-System hat ein noch nicht voll ausgeschöpftes Potential, Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen zu dienen***

Den Verantwortlichen für die Weiterentwicklung des RAI-MDS-Assessment wird empfohlen, die Terminologie im Bereich Sehen (D) und speziell die Abstufung von Seh- und Hörfähigkeiten (Bereiche C und D) dahingehend zu überprüfen, dass die Aufmerksamkeit der Hilfsorganisationen auf pflegerelevante Phänomene ausgerichtet wird. Der populären Ansicht, schlechter zu Sehen und weniger zu Verstehen/Hören gehöre zum Alter, sollte durch das RAI nicht gefördert werden, denn solche Sinneseinbussen müssen als pflegerelevant erkannt und thematisiert werden. In diesem Sinne könnten auch die Abklärungshilfen im Bereich der Sehhilfen aktualisiert werden und in Zusammenarbeit mit Fachorganisationen aus dem Sehbehindertenwesen Querverweise zu Auswirkungen eines Sehverlustes in einer ganzen Reihe weiterer Themenbereichen der Abklärung eingefügt werden (z. B. kognitive Fähigkeiten, Stimmungslage und Verhalten, Psychosoziales Wohlbefinden u.a.m.).

Das RAI-Assessment (NH und HC) erfolgt auf wissenschaftlich fundierter Grundlage und ist im Handbuch umfassend beschrieben. Nebst vielen anderen Funktionen, die es erfüllen muss, kann es dazu dienen, die Pflege- und Betreuungsleistungen seh- und hörbehindertenfreundlich auszurichten. Voraussetzung dazu ist, a) dass die Angaben im Assessment dem Wissensstand aller Beteiligten entsprechen; b) die Resultate des Assessments wieder an alle Beteiligten zurückfliessen; c) und somit für die Pflege- und Betreuungsarbeit in der Institution gewinnbringend ist.

In der elektronischen Erfassung der RAI-MDS-Einträge reagiert das System auf gleichzeitiges Vorhandensein von sich gegenseitig beeinflussenden Merkmalen (sog. Triggern). Wichtig ist, dass daraus „Hinweise an die Pflegefachpersonen“ generiert werden. Wir empfehlen den Verantwortlichen für die RAI-Weiterentwicklung, in den Vernetzungshilfen folgende Situationen speziell zu berücksichtigen: a) Doppelte Sinnesbehinderung (C1-2 ff und D1-2 ff.); b) Gleichzeitiges Auftreten von Seh- oder Höreinbussen bei allen Ergebnissen zu demenziellen Erkrankungen (ab C1-2 bzw. D1-2 und I-1-q; I-1-u; CPS $\geq$ 3); c) Dazu für das Handbuch eine spezielle Passage mit Abklärungs- und

Handlungsanleitungen zu verfassen.

Das RAI-NH (nur diese Version) berechnet als anerkanntes Assessmentverfahren den für jede Situation berechenbare durchschnittliche Gesamtaufwand für die pflegerischen Handlungen (Anerkennung durch die Kostenträger Krankenkassen, Gesundheitsbehörden, Bewohner/innen). Das RAI Assessment erfasst im MDS die Sinneseinbussen und führt im Handbuch die hauptsächlichen Folgen für die Pflege und Betreuung im stationären Bereich auf. Sinneseinbussen verlangen nach einer angepassten Pflege und Betreuung, für diese wird durch RAI bis heute kein separates Zeitbudget berechnet. Ob sich ein Mehraufwand über den Umweg der ADL- und RUG-Berechnungen auswirkt, ist nicht bekannt. Immerhin weisen Bewohner/innen und Spitex-Klient/innen mit Seheinbussen im Mittel höhere ADL-Werte aus, als Menschen mit gutem Sehvermögen. Eine auf Sehbeeinträchtigungen ausgerichtete Zeitbudget-Studie (Cura Time Study) ist bisher nicht bekannt.

Und schliesslich könnten die Parameter im RAI-MDS die Erschliessung von Ressourcen berücksichtigen, denn durch neue Ressourcen vermindern sich die Auswirkungen von Sinnesbeeinträchtigung, was zu weniger Abhängigkeit, mehr Selbstständigkeit und besserer Selbstsorge führt. Ressourcen erschliessen, bedeutet im Pflegealltag zum Beispiel der bewusste und zielgerichtete Einsatz von Leuchten, Vergrößerungs- oder anderen Hilfsmitteln oder auch die Vermittlung von qualifizierten Rehabilitationsmassnahmen (Low Vision-Abklärung am Wohnort usw., siehe Fussnote 9).

## **8. Anhang**

### **8.1. Diskussionsvorschlag für das RAI-MDS**

Die Informationserfassung im RAI-MDS sollte sich vom Anspruch einer Klassifizierung von Sehbeeinträchtigungs-Graden entfernen und dafür vor allem für die Pflege und Betreuung mehr Nutzen bringen. Um dies zu erreichen, muss sie unseres Erachtens semantische Missverständnisse ausschliessen ("leichte" Beeinträchtigung des Sehens), pflege- und betreuungsorientierte Hilfsmittelanleitungen geben, die Gesichtsfeld-Thematik ergänzen, und sich nicht auf eine realitätsfremde, relativ wenig pflegerelevante visuelle Tätigkeit (Lesen) fokussieren.

Im Allgemeinen regen wir an, im RAI-MDS die „Sehfähigkeit“ statt das „Sehen“ als Oberbegriff einzuführen, worunter dann in beiden Ausführungen (NH und HC) die „Sehschärfe“ gemäss D1, die im RAI-NH bereits angesprochene „Gesichtsfeldeinschränkung“ D2 und Hinweise zur „Nutzung von Sehhilfen“ als D3 fallen würden. Dieser Bereich des RAI-MDS könnte dann folgendermassen abgefragt werden:

#### **MDS-Kategorie: Sehfähigkeit**

##### **Teil 1. Sehschärfe**

Sehschärfe bei im Raum üblicher Beleuchtung, falls vorhanden mit Brille

0. GUT – sieht kleine Details wie z.B. gewöhnliche Druckbuchstaben in einem Zeitungsartikel oder Buch und erkennt Gesichter auf 3-4 Meter Distanz.
1. HAT SCHWIERIGKEITEN EIN TEXT ZU LESEN – sieht die Überschriften, aber nicht den Text, nimmt Informationen in Grossdruck oder vorgelesen auf.
2. HAT SCHWIERIGKEITEN PERSONEN SEHEND ZU ERKENNEN – erkennt Personen nur, wenn sie nah sind, an der Stimme oder an Bewegungen, Zeitungs-Überschriften sind nicht lesbar, kontrastreiche Gegenstände in der Umgebung können gesehen werden.
3. BLIND IM FUNKTIONALEN SINNE – Erkennt Personen und Gegenstände in vielen Situationen nicht, muss in solchen Momenten über die Sprache oder den taktilen Kanal unterstützt werden.
4. BLIND – sieht nicht oder nur Umrisse oder Lichtquellen, allenfalls in ganz kleinen Ausschnitten.

##### **Teil 2. Gesichtsfeld**

Das Gesichtsfeld ist seitlich, oben oder unten verengt, nur einseitig oder es gibt grössere Zonen mit Sehausfall. Beobachtung: Lässt das Essen auf einer Seite liegen, stösst gegen Personen, Tischkanten, Schranktüren in der Höhe, Türrahmen usw.

0. KEINE PROBLEME
1. PROBLEME

##### **Teil 3. Nutzung von Sehhilfen**

0. KEINE SEHHILFEN
1. NUTZT HANDELSÜBLICHE BRILLE – diese ermöglichen annähernd normales Sehen
2. NUTZT SPEZIALBRILLE MIT LUPENEFFEKT – Ermöglicht, kleine Objekte zu sehen und zu lesen (korrekte Anwendung ist wichtig)
3. NUTZT SPEZIALBRILLE MIT FILTER FÜR AUSSENBEREICH

4. NUTZT SPEZIALBRILLE MIT FILTER FÜR INNENBEREICH
5. NUTZT LUPEN – Handlupe, Tischlupe, Monokular
6. NUTZT LESEGERÄT – Vergrößerungsgerät mit Kamera und Bildschirm oder Vorlesegerät

#### **Teil 4. Kontrollen**

LETZTE AUGENÄRZTLICHE KONTROLLE: DATUM .....  
 (Ab 65 Jahre alle 1-2 Jahre)

Im höheren Alter und in Verbindung mit Krankheiten, welche die Hirnleistung beeinträchtigen, müssten grundsätzlich auch die Folgen der veränderten Verarbeitung von Sehinformationen im Gehirn, die Bildung und das Erkennen von sinngebenden Bildern und Bewegungen in das Assessment einfließen. Diese letztgenannten Punkte können allerdings bisher nur in spezialärztlichen Abklärungen erkannt werden und sprengen den Rahmen des RAI-MDS Assessments. Es ist jedenfalls wichtig, dass Mitarbeiter/innen der Pflege und Betreuung wissen, dass es solche Effekte gibt und dass sie Ursache für Angst, Seelenqual und depressive Stimmungslagen sein können.

Sollten die RAI-Entwickler an einer Überarbeitung in diesem Sinne interessiert sein, kann dieser vorerst nur skizzierte Vorschlag mit Fachexperten des Sehbehindertenwesens verfeinert und geprüft werden.

#### Einstufung der Hörfunktionen

Auch bei der Schwerhörigkeit setzt eine korrekte Einstufung voraus, dass die - an sich unsichtbare - Beeinträchtigung bemerkt und im Gespräch angesprochen wird. Statt von Schwierigkeiten im Hören sollte man von „Schwierigkeiten im Verstehen von gesprochener Sprache“ sprechen, denn darum geht es hier. Diese werden vor allem durch die Betroffenen oft lange nicht wahrgenommen, mehr oder weniger bewusst nicht ernst genommen oder überspielt.

Das RAI-Handbuch gibt für diese Einschätzung eine Einführung und Entscheidungshilfe auf vier Seiten. Besonders zu unterstreichen ist der in Pflegekreisen gut bekannte Hinweis auf Ohrpfropfen und ein ungenaues Einstellen der Hörhilfen.

Im MDS-Fragebogen ist uns der Hinweis auf eine Anpassung der Tonlage des Sprechers negativ aufgefallen (RAI-MDS: NH C1.2; HC C3.2). Wir empfehlen, diesen zu überprüfen, denn die Tonlage ist für Sprechende kaum veränderbar, der Ratschlag demnach unbrauchbar. Veränderbar und wirkungsvoll sind dagegen die im Kapitel „Hörbeeinträchtigung, Behinderung und Pflege,“ (Seiten 42 ff.) vorgestellten Verhaltensweisen in der Begegnung von älteren, potentiell immer auch hörbeeinträchtigten Menschen.

Unsere Datenanalyse wurde bewusst auf das Hören ausgeweitet, weil die beiden Fernsinne Sehen und Hören funktional sehr eng miteinander verbunden und für Erkenntnisse zur Hörsehbehinderung wichtig sind. Weitere fachspezifische Kommentare und Vorschläge aus der Sicht der Kommunikation und des Hörvermögens müssten aber zusammen mit Fachspezialisten diskutiert werden.

## 8.2. Quellen und weiterführende Literatur

Adler J., Wohlgensinger C., Meier S., Hättich A. (2011) Zur Lebenslage höresehbehinderter und taubblinder Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen in der Schweiz. HfH Zürich und Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen (SZB), St. Gallen. [www.szb.ch](http://www.szb.ch)

Adler J., Blaser R., Wicki M. (2016), Pflege und Betreuung von Personen mit Seh- oder Hörsehbeeinträchtigungen und einer Demenzerkrankung. Die Erarbeitung von Leitsätzen für eine Good Practice. HfH Zürich, BFH Bern und Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen (SZB), St. Gallen. [www.szb.ch](http://www.szb.ch)

ALZ - Schweizerische Alzheimervereinigung (2017), Homepage: Abklärung und Diagnose - <http://www.alz.ch/index.php/abklaerung-und-diagnose.html> (22.5.2017)

Anliker M., Bartelt G., Du Pasquier J.D., Gilgen R., Müller P., Mylaeus-Renggli M., Staudenmaier B. (2009/3), Handbuch RAI-Home-Care, St. Gallen 2009

Anliker M., Bartelt G., Gilgen R., Hüsken W., Müller P., Staudenmaier B. (2014), RAI-NH-Handbuch - RAI für Alters- und Pflegeheime, St. Gallen 2014

Anliker M., Bartelt G. (2015), Resident Assessment Instrument in der Schweiz - Geschichte, Resultate und Erfahrungen aus der Anwendung, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2/2015

BAG Bundesamt für Gesundheit (2013), Nationale Demenzstrategie 2014-2019, Handlungsfelder

Becker M. (2010), Der schwerhörige Patient - Ein Leitfaden für Arztpraxis, Klinik und Pflege

BFS Bundesamt für Statistik (2012), Schweizerische Gesundheitsbefragung: Item „Kann nicht einem Gespräch von 2 Personen folgen oder nur mit grossen Schwierigkeiten“ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/04.html>; (31.8.2015)

BFS Bundesamt für Statistik (2014), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED 2014, Tabelle 9-A (8.5.2017)

BFS Bundesamt für Statistik (2015), Statistik der Hilfe und Pflege zuhause (Spitex) 2015, T 14.04.04-12.1 (Langzeitpflege) (8.5.2017)

Blaser R., Wittwer, D. & Becker, S. (2013), Demenzerkrankungen und Seh-/Hörsehbeeinträchtigungen - Eine Untersuchung zur wechselseitigen Beeinflussung von Demenzerkrankungen und Seh-/Hörsehbeeinträchtigungen in der Diagnostik bei älteren Menschen. BFH Bern und Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen (SZB), St. Gallen. [www.szb.ch](http://www.szb.ch)

Blaser R., Adler J., Wicki M. (2016), Demenzerkrankungen und Seh- oder Hörsehbeeinträchtigungen - Leitsätze für eine Good Practice. In: NOVAcura - Das Fachmagazin für Pflege und Betreuung, 7.2016, Bern

Blessing A. (2017). Emotionale Ressourcen in der Demenzbehandlung. Angewandte Gerontologie 2/2017

Burrows A., Morris J.N., Simon S.E., Hirdes J.F., Phillips C. (2000), Development of a Minimum Data Set-Based Depression Rating Scale for use in nursing homes. Age and Aging 29(2)

Christiaen M. P. (2005), Vivre mieux dans un environnement visuel adapté. Lumières, contrastes et repères au service des personnes âgées en EMS. Genève : Association pour le Bien des Aveugles et malvoyants (ABA).

Christiaen M. P. (2016), Kursunterlagen "Voir en EMS", unveröffentlichte Unterlagen zum institutionsbezogenen Kursangebot des "Centre de Compétences en Accessibilité - ABA/CCA, Genève : Association pour le Bien des Aveugles et malvoyants ([www.abage.ch](http://www.abage.ch)).

Decker-Maruska M., Kratz B. (2008), Der hörgeschädigte ältere Mensch im Pflegealltag. In: Die Schwester-Der Pfleger 01/2008 S. 32 ff.

Fang P.P., Schnetzer A., Kupitz D.G., Göbel A.P., Kohnen T., Reinhard T., Lorenz B., Hoerauf H., Wagenfeld L., Auffarth G., Schaub F., Thieme H., Von Livonius B., Alten F., Robering A., Brandl C., Ziemssen F., Krummenauer F., Holz F.G., Finger R.P. (2017) Ophthalmologische Versorgung in Seniorenheimen – Die OVIS-Studie. In: Der Ophthalmologe 9/2017

Georgescu D. (2015), Vorlesungsskript zum SZB Fortbildungstag "Demenzabklärungen bei sehbehinderten und hörsehbehinderten Personen" 18.6.2015. Dan Georgescu ist Chefarzt Psychiatrische Dienste Aargau, Schweiz

Giroud N. (2016), Dynamics of Electrophysiology and Morphology in Older Adults with Age-Related Hearing Loss. Dissertation Universität Zürich

Händler-Schuster D., Zigan N., Imhof L. (2017), Audiovisuelle Beeinträchtigungen im Alter - Wie hör- und sehbeeinträchtigte Personen über 70 Jahre, die zuhause leben, die Veränderungen ihres Alltags erleben und bewältigen, ZHAW Zürcher Hochschule Angewandte Wissenschaften, Zürich, Schlussbericht, unveröffentlicht.

Heyl Vera (2017) Blindheit und Sehbehinderung aus der Perspektive einer Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. In: Perspektiven im Dialog - Kongressbericht des XXXVI. Kongress für Blinden- und Sehbehindertenpädagogik Graz 2016, VBS Verband für Blinden- und Sehbehindertenpädagogik e.V. (Herausgeber)

Heussler F., Wildi J., Seibl. M. (2016). Menschen mit Sehbehinderung in Alterseinrichtungen - Gerontagogik und gerontagogische Pflege, Empfehlungen zur Inklusion. Zürich, Seismo Verlag.

Heussler F., Seibl. M. (2017). Ein Pilotprojekt mit viel Erkenntnisgewinn - Sehbehindert im Alter mit Spitex. In: tactuel Nr. 3/2017 (in Druck) - Fachzeitschrift für das Blinden, Taubblinden- und Sehbehindertenwesen, Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen SZB. [www.tactuel.ch](http://www.tactuel.ch)

Kampmann S., Koob-Mattes A.M., Kandert T. (2015), Sehen im Alter – Leitfaden für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der stationären Altenpflege, Blindeninstitutsstiftung Würzburg, [www.blindeninstitut.de](http://www.blindeninstitut.de)

Killmann I. (2015), Hörstörung und Demenz, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 5 · 2015

KSIA – Kompetenzzentrum Sehbehinderung im Alter, [www.ksia.ch](http://www.ksia.ch)

Lehrl S., Gerstmeyer K. (2004), Systematische Fehleinschätzung von Altersdemenz durch kataraktbedingte Behinderung der Informationsverarbeitung? Der Ophthalmologe 2 · 2004

Lehrl S., Gerstmeyer K. (2016), Systematische Fehleinschätzung von Altersdemenz durch kataraktbedingte Minderung der Informationsverarbeitung. In: Heussler F et al. a.a.O

Lin F., Ferrucci L., Metter E.J., An Y., Zondermann A., Resnick S.M. (2011), Hearing Loss and Cognition in the Baltimore Longitudinal Study of Aging, *Neuropsychology* 11/2011

Lin M.Y., Gutierrez P.R., Stone K., Yaffe K., Ensrud C., Fink H., Sarkisian C., Colemann A., Mangione C. (2004), Vision Impairment and Combined Vision and Hearing Impairment Predict Cognitive and Functional Decline in Older Women, *Journal American Geriatrics Society* 2004

Lindenberger U., Baltes P. (1994), Sensory Functioning and Intelligence in old Age: A Strong Connection. *Psychology and Aging* 9/1994

McLellan T., Johnston L., Dalrymple-Alford J., Porter R. (2008). The recognition of facial expressions of emotion in Alzheimer's disease: a review of findings. *Acta Neuropsychiatrica* 2008 (zitiert nach: Blessing A. (2017))

McGraw C., Déry L., Wittrich W. (2011), Falls preventive through the visual impairment detection program. *Insight: Research and Practice in Visual Impairment and Blindness*, 4/2011

Monsch A.U., Büla C., Hermelink M., Kressig R.W., Martensson B., Mosimann B., Müri R., Vögeli S., Von Gunten A. (2012) Konsensus 2012 zur Diagnostik und Therapie von Demenzkranken in der Schweiz, *Praxis* 2012

Morris, J. N., Fries, B. E., Mehr, D. R., Hawes, C., Phillips, C., Mor, V., & Lipsitz, L. A. (1994), MDS Cognitive Performance Scale. *J Gerontol*, 49(4), M174-M182.

Morris J.E. et.al. (2009), RAI: Resident Assessment Instrument, Schweizerische Adaptation: Anliker M., Bartelt G, Gilgen R., Hüsken W.S., Müller P und Staudenmaier B.

Oberholzer, D. / Widmer, M. et al. (2014). Das Konzept der Funktionalen Gesundheit als Instrument zur Prozessgestaltung und zur Weiterentwicklung beruflicher Teilhabe für Menschen mit Behinderung.

Processus de Production du Handicap (PPH), vgl. zum Beispiel: <http://www.ripph.qc.ca/fr/mdh-pph/mdh-pph> (23.3.2017)

Pro Audito (2015), Homepage: „Ein Drittel“. <http://www.pro-audito.ch/hoerverlust/ursachen/alter.html>, (31.8.2015)

Savaskan E., Bopp-Kistler I., Buerge M., Fischlin R., Georgescu D., Giardini U., Hatzinger M., Hemmeter U., Justiniano I., Kressig R.W., Monsch A., Mosimann U., Mueri R., Munk A., Popp J., Schmid R., Wollmer M. (2014), Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD), *Praxis* 2014

Schweizerischer Bundesrat (2017), Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20122488/> (18.4.2017)

Seifert A., Schelling H.R. (2014). Im Alter eine Sehbehinderung erfahren - oder mit einer Sehbehinderung das Alter erfahren. Lebensqualität und Lebensbedingungen von älteren Menschen mit einer Sehbehinderung. Universität Zürich (Zentrum für Gerontologie) und Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen (SZB), St. Gallen. [www.szb.ch](http://www.szb.ch)

Seifert A., Spring S. (2016). Sehen, Hören und Demenz im stationären Pflegekontext. In: *NOVAcura - Das Fachmagazin für Pflege und Betreuung*, 7.2016, Bern

Seifert A., Schelling H.R. (2017). Modulberichte zu "COVIAGE – Coping Visual Impairment in old Age". Der Titel der Publikation ist noch unbestimmt. Modulberichte auf



Schneck M.E., Lott L.A., Haegerstrom-Portnoy G., Brabyn J.A. (2011), Association between hearing and vision impairments in older adults, Ophthalmic-Physiology-Optics 2011

Spring S. (2011), Taubblindheit: Den Tatsachen ins Auge sehen. Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen SZB, St. Gallen, [www.szb.ch](http://www.szb.ch)

Spring S. (2012), Sehbehinderung und Blindheit: Entwicklung in der Schweiz. Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen SZB, St. Gallen, [www.szb.ch](http://www.szb.ch)

Spring S. (2014), Sehbehinderung im Alter - Komplex und vielfältig. Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen SZB, St. Gallen, [www.szb.ch](http://www.szb.ch)

Spring S. (2016), Beste Pflege dank audio-visueller Abklärung. Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen SZB, St. Gallen, [www.szb.ch](http://www.szb.ch)

SZB Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen (2017), Informationen zu Hörsehbehinderung und Taubblindheit, siehe (18.4.2017):

- <http://www.szb.ch/fuer-betroffene/menschen-mit-taubblindheit/zum-thema/>
- [www.sensus60plus.ch](http://www.sensus60plus.ch)

UNO, WHO (2006). Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. In Kraft getreten für die Schweiz am 15. Mai 2014. Quelle: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20122488/index.html>

WHO World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), vgl. [www.who.int/classifications/icf/en](http://www.who.int/classifications/icf/en) (5.10.2015)

### 8.3. Abbildungen

Abbildung 1: Anteil Menschen mit Sehbehinderung nach Alter, in % .....	5
Abbildung 2: Sample: Anzahl Frauen und Männer nach Alter in % des Samples .....	12
Abbildung 3: Prozentuale Häufigkeit von Beeinträchtigungen der Sehschärfe (gemessen am Lesen) nach Alter (Heime) .....	15
Abbildung 4: Sehschärfe in Kombination mit Gesichtsfeldeinschränkungen (Heime) .....	15
Abbildung 5: Prozentuale Häufigkeit der Beeinträchtigung der Sehschärfe (gemessen am Lesen) nach Alter bei Klient/innen (Spitex) .....	16
Abbildung 6: Vergleich der Sehbeeinträchtigungen in Alters- und Pflegeheimen und in Spitex-Organisationen.....	17
Abbildung 7: Prozentuale Häufigkeit der Beeinträchtigung der Sehschärfe: Vergleich zur Berechnung der „Sehbehinderungen“ in der Gesamtbevölkerung .....	17
Abbildung 8: Prozentuale Häufigkeit der Beeinträchtigung der Hörfähigkeit (gemessen am Sprachverständnis) nach Alter (Heime) .....	19
Abbildung 9: Prozentuale Häufigkeit der Beeinträchtigung der Hörfähigkeit (gemessen am Sprachverständnis) nach Alter (Spitex) .....	21
Abbildung 10: Vergleich Hörbeeinträchtigungen in Alters- und Pflegeheimen und in Spitex-Organisationen.....	21
Abbildung 11: Verständlich sein gemäss RAI-MDS.....	22
Abbildung 12: Verstehen gemäss RAI-MDS .....	22
Abbildung 13: Verbreitung von Sinnesbehinderungen gemäss RAI-MDS (Heime) .....	24
Abbildung 14: Verbreitung von Sinnesbehinderungen gemäss RAI-MDS (Spitex).....	25

Abbildung 15: Kognitive Auffälligkeiten in der stationären und ambulanten Pflege .....	28
Abbildung 16: Bewohner/innen mit Demenz oder Demenzverdacht (Heime) .....	29
Abbildung 17: Anzeichen emotionaler Instabilität und Depression in der stationären und ambulanten Pflege .....	30
Abbildung 18: Activities of Daily Living ADL.....	33
Abbildung 19: Sehen: ADL-Index RUG Gruppen (Heime) .....	34
Abbildung 20: Sehen: ADL-Index RUG Gruppen (Spitex) .....	34
Abbildung 21: Hören: ADL-Index RUG Gruppen (Heime) .....	34
Abbildung 22: Hören: ADL-Index RUG Gruppen (Spitex).....	35
Abbildung 23: IADL-Index (Spitex allgemein) .....	35
Abbildung 24: Sehen: IADL-Index (Spitex).....	36
Abbildung 26: Hören: IADL-Index (Spitex).....	36
Abbildung 27 Teufelskreis.....	42

## 8.4. Tabellen

Tabelle 1: Sehfähigkeit bei angemessener Beleuchtung, falls nötig mit Brille / Sehhilfen (Heime) .....	14
Tabelle 2: Gesichtsfeldeinschränkung (Heime).....	14
Tabelle 3: Sehhilfen (Heime) .....	15
Tabelle 4: Sehfähigkeit bei angemessener Beleuchtung, falls nötig mit Sehhilfen (Spitex)	16
Tabelle 5: Anzahl Personen ab 70 Jahre mit Sehbeeinträchtigung in Alters- und Pflegeheimen und in Spitex-Organisationen (Hochrechnung).....	17
Tabelle 6: Hörfähigkeit mit Hörhilfen, falls benutzt (Heime) .....	18
Tabelle 7: Kommunikationshilfen und -techniken (Heime).....	18
Tabelle 8: Ausdrucksweise (Heime).....	18
Tabelle 9: Sich verständlich machen (Heime).....	19
Tabelle 10: Fähigkeit, andere zu verstehen (Heime) .....	19
Tabelle 11: Hörfähigkeit mit Hörhilfen, falls benutzt (Spitex).....	20
Tabelle 12: Sich verständlich machen (Spitex) .....	20
Tabelle 13: Fähigkeit, andere zu verstehen (Spitex).....	20
Tabelle 14: Anzahl Personen ab 70 Jahre mit Hörbeeinträchtigung in Alters- und Pflegeheimen und in Spitex-Organisationen (Hochrechnung).....	22
Tabelle 15: Häufigkeit gleichzeitiger Beeinträchtigung der Hörfähigkeit und des Sehvermögens (Heime) .....	23
Tabelle 16: Häufigkeit gleichzeitiger Beeinträchtigung der Hörfähigkeit und des Sehvermögens (Spitex).....	24
Tabelle 17: Anzahl Personen ab 70 Jahre mit Hörbeeinträchtigung in Alters- und Pflegeheimen und in Spitex-Organisationen (Hochrechnung).....	25
Tabelle 18: Demenzdiagnose Alzheimer Typ (Heime) .....	27
Tabelle 19: Andere dementielle Erkrankung (Heime) .....	27
Tabelle 20: Irgendeine dementielle Erkrankung (Heime) .....	27
Tabelle 21: Aphasie (Sprachlosigkeit) (Heime) .....	27
Tabelle 22: Angeborene cerebrale Behinderung (Heime).....	27
Tabelle 23: Zerebraler Insult (Schlaganfall) (Heime) .....	27
Tabelle 24: Hemiplegie (einseitige Lähmung) (Heime) .....	28
Tabelle 25: Andere (nicht dementielle) neurologische Erkrankungen (Heime) .....	28
Tabelle 26: CPS-Skala der kognitiven Leistungsfähigkeit (Heime).....	28
Tabelle 27: DRS-Skala der Anzeichen von emotionaler Instabilität und Depression .....	29
Tabelle 28: Erfassung möglicher kognitiven Leistungseinbußen nach Grad der festgestellten Sehbeeinträchtigung .....	30
Tabelle 29: Erfassung möglicher kognitiver Leistungseinbußen nach Grad der festgestellten Hörbeeinträchtigung .....	30

Tabelle 30: Sehen: Erfasste neurologische Belastungen im Vergleich (NH und HC).....	31
Tabelle 31: Hören: Erfasste neurologische Belastungen im Vergleich (NH und HC) .....	31
Tabelle 32: Personen mit Sehbehinderung, die möglicherweise emotional instabil sind....	32
Tabelle 33: Personen mit Hörbehinderung, die möglicherweise emotional instabil sind....	32
Tabelle 34 : Sehen: Stürze, bezogen auf letzte 90 Tage (Spitex) .....	37
Tabelle 36: Hören: Stürze, bezogen auf letzte 90 Tage (Spitex) .....	37