

Schlussbericht

Pflege und Betreuung von Personen mit Seh- oder Hörsehbeeinträchtigungen und einer Demenzerkrankung.

Die Erarbeitung von Leitsätzen für eine Good Practice.

Autorinnen

lic. phil. Judith Adler

Dr. phil. Regula Blaser

Dr. phil. Monika T. Wicki

Leitung
Forschungsschwerpunkt
erwachsene und alte
Menschen mit Behinderung
Interkantonale Hochschule
für Heilpädagogik (HfH),
Zürich
Schaffhauserstrasse 239
8050 Zürich
judith.adler@hfh.ch

Dozentin
Berner Fachhochschule
(BFH) Institut Alter
Schwarztorstrasse 48
3007 Bern
regula.blaser@bfh.ch

Wissenschaftliche
Mitarbeiterin mbA
Interkantonale Hochschule
für Heilpädagogik (HfH),
Zürich
Schaffhauserstrasse 239
8050 Zürich
monika.wicki@hfh.ch

zuhanden des

Schweizerischen Zentralvereins für das Blindenwesen
Radgasse 3
8005 Zürich

Zürich und Bern, im Februar 2016

Auftraggeber:

SZB Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen

Finanzielle Unterstützung durch:

Association pour le Bien des Aveugles ABA Genève

Bethesda Alterszentren Basel

Blindenfürsorgeverein BFVI Horw

Blindenheim SGG Basel

Blinden- und Behindertenzentrum BB-Bern

Fondation Asyle des Aveugles FAA Lausanne

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik HfH, Zürich

STAC Il Ricordone Lugano

Stiftung Mühlehalde Zürich

SZB Schweiz. Zentralverein für das Blindenwesen

und andere

Inhalt

1.	Einleitung.....	4
2.	Ausgangslage.....	5
2.1.	Ursachen und Formen der Beeinträchtigungen	5
2.2.	Auswirkungen.....	5
2.3.	Diagnose	6
2.4.	Unterstützung.....	7
3.	Forschungsfragen und methodisches Vorgehen.....	9
3.1.	Forschungsfragen.....	9
3.2.	Methodisches Vorgehen	9
3.2.1.	Arbeitspaket 1: Bestandsaufnahme von Konzepten und Methoden.....	9
3.2.2.	Arbeitspaket 2: Identifikation von übergreifenden Elementen und Lücken.....	10
3.2.3.	Arbeitspaket 3: Leitsätze verfassen	10
4.	Ergebnisse	11
4.1.	Bestandsaufnahme	11
4.1.1.	Kommunikation	11
4.1.2.	Orientierung und Mobilität.....	13
4.1.3.	Emotionen und soziale Fähigkeiten.....	16
4.1.4.	Selbständigkeit	18
4.1.5.	Angehörige	22
4.2.	Identifikation von übergreifenden Elementen und Lücken.....	24
4.3.	Leitsätze	25
4.3.1.	Einleitung.....	25
4.3.2.	Voraussetzungen	25
4.3.3.	Haltung	26
4.3.4.	Diagnostik	26
4.3.5.	Kommunikation	27
4.3.6.	Soziale Kontakte.....	27
4.3.7.	Selbstständigkeit.....	28
4.3.8.	Soziales Umfeld.....	28
4.3.9.	Räumliche Umgebung	29
4.3.10.	Weiterführende Informationen	29
5.	Literaturverzeichnis	32
6.	Anhang.....	41
6.1.	Anhang 1: Konzepte und Methoden, nach denen recherchiert wurde.....	41
6.2.	Anhang 2: Beispiele der Suchbegriffe.....	43
6.3.	Anhang 3: Zusammensetzung Expertengruppe	45

1. Einleitung

In der Schweiz, wie in allen westlichen Industriestaaten, verändert sich die Altersstruktur der Bevölkerung. Die Alterung der Bevölkerung führt zu einer steigenden Prävalenz von altersassoziierten Beeinträchtigungen. Als solche gelten auch Seh- und Hörsehbeeinträchtigungen sowie Demenzerkrankungen. Die Prävalenz der Sehbeeinträchtigungen liegt bei den 40-59 Jährigen bei 3.7%, bei den 60-79 Jährigen bei 8.9% und bei den über 80 Jährigen bei 20.5% (Spring, 2012). Noch häufiger im Alter sind Hörbeeinträchtigungen. Ihre Prävalenz wird bei den 60-70 Jährigen auf 35%, bei den über 70 Jährigen auf 60% geschätzt (Kilimann et al., 2015). In schweizerischen Alters- und Pflegeheimen weisen nach Einschätzung der Pflegefachpersonen 42% der Bewohnenden eine Sehbeeinträchtigung und 47% der Bewohnenden eine Hörbeeinträchtigung auf (Spring, 2015). Demenzerkrankungen betreffen 1-2% der unter 70 Jährigen, 5% der 70-80 Jährigen, 20% der 81-90 Jährigen und bis zu 40% der über 90 Jährigen. Selbst bei einer angenommenen Unabhängigkeit dieser verschiedenen altersassoziierten Beeinträchtigungen lassen die Prävalenzzahlen auf eine bedeutsame Zahl an Personen schliessen, die gleichzeitig von zwei oder sogar allen drei Beeinträchtigungen betroffen sind.

Jede einzelne dieser Erkrankungen und Beeinträchtigungen stellt eine grosse Herausforderung für die Erhaltung von Lebensqualität und Selbständigkeit im Alter dar, eine Komorbidität ist dies in potenziertem Mass. Eine disziplinübergreifende Betrachtung und interprofessionelle Kooperation ist notwendig, um der besonderen Gruppe von Personen mit Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und Demenzerkrankung gerecht zu werden. Eine rein additive Betrachtung reicht hier nicht aus, da sich eine Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und eine Demenzerkrankung in vielfältiger Weise gegenseitig beeinflussen und die Kompensationsmöglichkeiten dadurch eingeschränkt sind.

Im vorliegenden Bericht wird von einem ganzheitlichen Verständnis von Behinderung ausgegangen. Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), ein von der WHO (2005) entwickeltes Klassifikationsinstrument, verfolgt ein bio-psycho-soziales Verständnis von Behinderung. Dieses trägt dem Umstand Rechnung, dass sich Funktionsfähigkeit und Behinderung, menschliches Wohlbefinden oder Krankheit in verschiedenen Lebensbereichen zeigen und ermöglicht eine Beschreibung aus der Perspektive des Körpers, des Individuums und seiner Tätigkeiten (Aktivitäten) und des sozialen Eingebundenseins (Teilhabe). Dabei liegt der Fokus nicht auf dem Gesundheitsproblem an und für sich, sondern auf den Folgen, die für die betroffene Person in dem jeweiligen Kontext entstehen. Eine Einschränkung der Funktionsfähigkeit (in den Aktivitäten und der Teilhabe) ist also immer auch kontextabhängig (Hollenweger, 2003). Ob und wie eine Sehschädigung im konkreten Fall behindernd wirkt, hängt vom Zusammenspiel der drei Dimensionen (Körperfunktionen und Strukturen, Aktivität und Teilhabe) ab. Das heisst auch, dass aus der Ausprägung der Seh- oder Hörbeeinträchtigung an sich keine direkten Rückschlüsse auf die Situation der Betroffenen gezogen werden können, und dass jeder Fall ein Einzelfall ist (Spring, 2011). Im vorliegenden Bericht wird deshalb von Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung gesprochen.

Ziel des Forschungs- und Entwicklungsprojektes „Seh- oder Hörsehbeeinträchtigungen bei Menschen mit einer Demenzerkrankung“ ist die Formulierung von Leitsätzen zur Good Practice. Mit Hilfe einer systematischen Analyse der Fach- und Forschungsliteratur, einer Bestandsaufnahme von Pflege- und Betreuungskonzepten und unter Einbezug von Expertenwissen wurden Leitsätze formuliert für gute Pflege und Betreuung von Personen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und gleichzeitig einer Demenzerkrankung.

2. Ausgangslage

2.1. Ursachen und Formen der Beeinträchtigungen

Die Ursachen für Sehbeeinträchtigungen im Alter sind vielfältig. Häufigste organbezogene Ursache in den westlichen Industrienationen ist die altersabhängige Makuladegeneration. Diese Erkrankung liegt in etwa 30-40% der im Alter neu eintretenden Sehbeeinträchtigungen vor. Eine weitere, sehr häufige Ursache ist das Glaukom (grüner Star), das etwa 10-15% der Fälle betrifft (Diepes, Krause & Rohrschneider, 2007). Sehbeeinträchtigungen können auch durch Unfälle oder Krankheiten verursacht sein, Herzinfarkte oder Hirnschläge können ebenfalls zu starken Beeinträchtigungen des Sehens führen (Rowe, 2013; Warren, 2008). So erfahren nach Herzinfarkten 85% der Patienten eine Sehbeeinträchtigung (Bandello, Lafuma & Berdeaux, 2007). Der Abbau von Sehfunktionen kann aber auch durch die veränderte zentrale Verarbeitung der Sehreize mitbedingt werden. Statistische Daten dazu fehlen aber noch weitgehend.

Hörbeeinträchtigungen im Alter sind am häufigsten auf degenerative Prozesse sowohl des Hörorgans als auch der zerebralen auditiven Verarbeitung zurück zu führen. Weiter kommen exogene Ursachen wie Lärm, Chemikalienexposition oder ototoxische Medikamente als Ursachen für Hörbeeinträchtigungen in Frage. Die Auswirkung von Seh- wie auch Hörbeeinträchtigungen auf den Alltag der Betroffenen stehen zudem in Verbindung mit Umweltfaktoren wie unangemessene Beleuchtung, fehlende Kontraste, Lärm, Distanz der Sprechenden usw. Ebenfalls eine Rolle spielt der Umgang mit Hilfsmitteln, der von Person zu Person sehr unterschiedlich sein kann.

Von allen Demenzerkrankungen ist die Demenz vom Alzheimer-Typ mit einem Anteil von 60% an allen Erkrankten die häufigste Form (Bickel, 2014). Die zweithäufigste Demenzform ist die vaskuläre Demenz (15% aller an Demenz Erkrankten), bei der es in Folge von Durchblutungsstörungen des Gehirns zu einem Absterben von Nervenzellen kommt (ebd.). In weiteren 15% aller Fälle liegt eine Mischform von Alzheimer- und vaskulärer Demenz vor. Lewy-Körperchen-Demenz und frontotemporale Demenz machen je weitere 5% der Demenzerkrankungen aus. Ausser bei der vaskulären Demenz ist bei allen Formen bis heute mehr oder weniger unklar, warum sie entstehen.

2.2. Auswirkungen

Die im Folgenden zitierten Studien zur Sinnesbeeinträchtigung beziehen sich mehrheitlich auf Sehbeeinträchtigungen, denn nur wenige Studien wurden mit hörsehbeeinträchtigten Personen durchgeführt. Im folgenden Bericht wurde jedoch versucht, auch die besonderen Herausforderungen bei Personen mit einer Hörsehbeeinträchtigung in den Vorschlägen zu berücksichtigen.

Durch eine Sehbeeinträchtigung werden verschiedene Lebensbereiche beeinflusst. Studien zeigen, dass die psychologischen Auswirkungen von Sehbeeinträchtigungen abhängig sind vom verbleibenden Sehvermögen und generell mit dem Alter zunehmen. Ältere Menschen zwischen 70 und 93 leiden am meisten unter einer tiefen allgemeinen und sichtbezogenen Lebensqualität (Franke, Esser, Reimer & Maener, 2001). Eine Befragung von Personen in der Schweiz zeigt, dass ältere Menschen, welche erst im Rentenalter sehbeeinträchtigt werden, lernen müssen, die Diagnose und die damit verbundenen Einschränkungen zu akzeptieren.

Sie müssen bereit sein, ein Ressourcennetzwerk aufzubauen und den Umgang mit Hilfsmitteln neu und nun im Alter mühsamer zu erlernen. Die Bewertung der Folgen einer erst im Alter erworbenen Sehbeeinträchtigung auf die subjektive Lebensqualität unterscheidet sich je nach Person und ihren Ressourcen. Deshalb ist das Aufzeigen von Potentialen (z.B. durch Beratungsangebote, Hilfsmittel, soziale Netzwerke, Selbsthilfegruppen) ein wichtiges Ziel eines professionellen Zugangs zum Menschen mit einer Sehbeeinträchtigung im Alter (Seifert. & Schelling, 2014).

Die Symptome, die mit einer Demenzerkrankung einhergehen, sind vielfältig (Reischies, 2006). Zu den häufigsten Symptomen zählen Gedächtnis- und Sprachstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Störungen von motorischen Handlungsabläufen, Aufmerksamkeit- und Konzentrationsstörungen. Hinzu kommen Persönlichkeitsveränderungen, Stimmungs- und Verhaltensänderungen sowie Orientierungsprobleme. Häufigkeit, Ausprägung und Verlauf dieser Symptome sind je nach Demenzform und je nach Person sehr unterschiedlich, jedoch stets fortschreitend. Es werden drei Stadien der Erkrankung differenziert, leichte, mittelschwere und schwere Demenzerkrankung. Als Reaktion auf diese o.g. sogenannten Primärsymptome einer Demenzerkrankung können bei den Betroffenen sekundäre Symptome auftreten wie Angst, Scham, Unruhe, Wut, Rückzug, Depression, Antriebsarmut bis hin zu Apathie.

Diese Auswirkungen einerseits einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung, andererseits einer Demenzerkrankung auf die alltagspraktischen Fähigkeiten wie auch auf den psychischen Zustand einer betroffenen Person machen deutlich, wie anspruchsvoll für doppelt Betroffene die Alltagsgestaltung und die psychische Verarbeitung und Anpassung sind und wie sehr sie dabei von kompetenter Unterstützung sowohl von Angehörigen als auch von Fachpersonen profitieren können. Expertenbefragungen (Blaser, Wittwer & Becker, 2013) zeigen, dass die Expertinnen und Experten die Auswirkungen einer Komorbidität von Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und Demenzerkrankung auf den Alltag sowohl der Betroffenen als auch deren Angehörigen, auf die Autonomie und Lebensqualität der Betroffenen als einschneidend beurteilen. Sie berichten, dass die Betroffenen häufig frühzeitig in einer Institution der Langzeitpflege betreut werden.

Zudem belegen neuere Studien, dass sowohl Sehbeeinträchtigungen als auch Hörbeeinträchtigungen die Symptome einer Demenzerkrankung verstärken können bzw. sogar ein unabhängiger Risikofaktor für eine Demenzerkrankung sein können (Lin et al., 2011; Lin et al., 2013, Whitson et al., 2013). Dieser Zusammenhang wird von den Autoren einerseits so erklärt, dass Seh- und Hörbeeinträchtigungen zu Schwierigkeiten in der interpersonalen Kommunikation und Interaktion führen, was in vielen Fällen einen sozialen Rückzug mit Einsamkeit und Isolation der Betroffenen zur Folge hat.

Neuroanatomische (Bennett, Schneider, Tang, Arnold & Wilson, 2006) und epidemiologische Studien (Barnes et al., 2002) belegen, dass Einsamkeit und soziale Isolation mit einer Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit zusammenhängen. Andererseits belegen experimentelle (Rabbit, 1990; Tun, McCoy & Wingfield, 2009) und bildgebende Studien (Peelle, Troiani, Grossman & Wingfield, 2011), dass die erschwerte Verarbeitung von Reizen bei sinnesbeeinträchtigten Personen zu einer erhöhten kognitiven Beanspruchung in der Wahrnehmungsverarbeitung führt. Dabei vermindern sich die Ressourcen für andere kognitive Prozesse wie z.B. Gedächtnisleistungen, die in der Folge in ihrer Leistungsfähigkeit abnehmen. Ob Hör- und Sehhilfen diesen fatalen Kreislauf zu unterbrechen vermögen, konnte mit den Daten der bisher vorliegenden Studien nicht zuverlässig beantwortet werden.

2.3. Diagnose

In Verbindung mit den physischen und psychischen Veränderungen im Alter können Seh- oder Hörsehbeeinträchtigungen und dementielle Erkrankungen zu starken Einbußen in der Lebensqualität der betroffenen Personen führen (Beckley et al., 2007; Hassell, Lamoureux & Keeffe, 2006; Meyer-Ruesenberg & Richard, 2010). Es ist von zentraler Bedeutung, in einem ersten Schritt festzustellen, ob die Einschränkungen der Person auf einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung oder auf einer Demenzerkrankung basieren. Denn Studien zeigen, dass spät erworbene Sehbeeinträchtigungen zu Intelligenzeinbußen führen können, die reversibel sind. Speziell bei Menschen mit Katarakt (grauer Star) kommt es zu systematischen Fehleinschätzungen. Untersuchungen zeigen, dass die Intelligenzeinbußen vor der Kataraktoperation denen einer leichten oder mittelschweren

Demenz entsprechen können. Nach ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) und DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) erfüllen diese Kataraktpatienten die Kriterien für Altersdemenz. Die Einschränkungen sind nicht von denen einer Altersdemenz zu unterscheiden. Diese kognitiven Einschränkungen sind aber reversibel, denn Kataraktoperationen können innerhalb weniger Wochen zur Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten beitragen (Lehrl & Gerstmeyer, 2004).

Bei Personen mit einer Hörbeeinträchtigung, welche Gebärdensprache nutzen, müssen beim Diagnostizieren dementieller Erkrankungen die besonderen kommunikativen Voraussetzungen der Personen berücksichtigt werden (Dean, Feldmann, Morree & Morton, 2009; Young, Ferguson-Coleman & Keady, 2014).

2.4. Unterstützung

Ziel jeder Unterstützung muss die Ermöglichung und Verbesserung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung sein, da dies zentrale Aspekte einer guten Lebensqualität sind. Bei älteren Personen mit einer Sehbeeinträchtigung ist aufgrund ihrer Lebenserfahrung und Identität die Berücksichtigung individueller Unterstützungsbedürfnisse von besonderer Bedeutung. Dies zeigt auch die Studie von Nelson und Barrick (2001), die ältere Personen mit Sehbeeinträchtigung nach ihrem Unterstützungsbedarf befragte. Für Fachpersonen und Begleitpersonen ist es eine besondere Herausforderung, diesen individuellen Unterstützungsbedarf der Betroffenen ins Zentrum zu stellen (Nelson & Barrick, 2001).

Die Befragung von Nelson & Barrick (2001) zeigte zudem auf, dass ein fachlich kompetentes und rechtzeitiges Rehabilitationsangebot die Selbständigkeit der Personen verbessert. Das Rehabilitationsangebot Low Vision zur optimalen Nutzung des Sehvermögens wird als effektivste Unterstützung erlebt. Weitere wichtige Rehabilitationsmassnahmen sind Sehhilfen und andere Hilfsmittel, das Orientierungs- und Mobilitätstrainings (O&M), die Unterstützung durch Dienstleistungserbringer oder Peers, und auch medizinische Behandlungen.

Treten Seh- oder Hörsehbeeinträchtigungen im Zusammenhang mit einer dementiellen Erkrankung auf stellt sich die Frage, wie der Alltag trotz Einschränkungen möglichst selbständig gestaltet werden kann. Dass dies zu Hause oft nicht möglich ist, zeigten die Expertenbefragungen von Blaser et al. (2013). In der stationären Versorgung gibt es in der Schweiz bereits einige Institutionen, die ein spezifisches Angebot für diese besondere Gruppe von Personen entwickelt haben (Società Ticinese per l'assistenza dei Ciechi [STAC], 2007; Heussler, 2010; Schulz, 2014; Widmann, 2010). Heussler (2010), STAC (2007) und Widmann (2010) haben ihre ursprünglichen Angebote für Personen mit Sehbeeinträchtigung auf Menschen mit zusätzlicher Demenzerkrankung erweitert. Schulz (2014) dagegen kommt eher von der Seite der Demenzerkrankung und berücksichtigt nun zusätzlich die Sehbeeinträchtigung.

Diese Initiativen sind ein wichtiger Schritt auf dem Weg hin zu einer adäquaten gesamten Versorgungskette, in der Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und Demenzerkrankung auf gleicher Ebene und in ihrer Interaktion berücksichtigt werden. Neue Zahlen zur Verbreitung von Seh- und Hörbeeinträchtigungen und Demenzerkrankungen in schweizerischen Alters- und Pflegeheimen (Spring, 2015) machen zudem deutlich, dass jede Institution der Langzeitpflege für diese besondere Gruppe von Personen eine adäquate Pflege und Betreuung leisten können sollte. Knapp 50% der Bewohnenden weisen je entweder eine Seh-, eine Hörbeeinträchtigung oder eine Demenzerkrankung auf. Je gut 50% der Bewohnenden mit einer Sinnesbeeinträchtigung weisen zudem eine Demenzerkrankung auf. Entsprechende Analysen für den ambulanten Bereich sind vorgesehen (Spring, 2015).

Insgesamt fehlen umfassende Forschungsarbeiten und Grundlagen zum Thema ambulante

und stationäre Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung die zugleich an Demenz erkrankt sind. An dieser Stelle setzt das vorliegende Forschungs- und Entwicklungsprojekt an.

3. Forschungsfragen und methodisches Vorgehen

Ziel des Projektes war es, evidenzbasierte Leitsätze mit Ratgebercharakter für eine Good Practice zu erarbeiten. Die Leitsätze sollen die adäquate Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Seh-/ Hörsehbeeinträchtigung und einer Demenzerkrankung in der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege und Betreuung befördern. Im Rahmen des Projektes sollten die im Folgenden dargestellten Fragestellungen beantwortet werden.

3.1. Forschungsfragen

1 Bestandsaufnahme von Konzepten und Methoden

a) Welches sind die gängigen Konzepte und Methoden, nach denen bei Menschen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung in der ambulanten, teilstationären und stationären Betreuung und Pflege erfolgreich gearbeitet wird?

b) Welches sind die gängigen Konzepte und Methoden, nach denen bei Menschen mit einer dementiellen Erkrankung in der ambulanten, teilstationären und stationären Betreuung und Pflege erfolgreich gearbeitet wird?

2 Identifikation von übergreifenden Elementen und Lücken

a) Welche Konzepte und Methoden aus der Bestandsaufnahme (1a) sind in welchen Teilen auch für die Betreuung und Pflege von Menschen mit einer Demenzerkrankung geeignet?

b) Welche Konzepte und Methoden aus der Bestandsaufnahme (1b) sind in welchen Teilen auch für die Betreuung und Pflege von Menschen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung geeignet?

3 Leitlinien verfassen

Welche übergeordneten (Konzept- und Methoden unabhängigen) Leitsätze für eine Good Practice können für die ambulante, teilstationäre und stationäre Betreuung und Pflege von Menschen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer Demenzerkrankung formuliert werden?

3.2. Methodisches Vorgehen

3.2.1. Arbeitspaket 1: Bestandsaufnahme von Konzepten und Methoden

Zur Bestandsaufnahme (Fragestellung 1) wurde in einem ersten Schritt eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Die bekannten Fachkonzepte und Methoden, die zur Unterstützung von Menschen mit einer Sehbeeinträchtigung, einer Hörsehbeeinträchtigung oder einer Demenzerkrankung verwendet werden, wurden zusammengetragen. Als übergreifendes, allgemeines Konzept wurde auch das Lebensqualitätskonzept in die Recherche einbezogen (vgl. Anhang 1).

In den Datenbanken, PsychINFO, Medline, PSYINDEX Francis und Eric wurde eine systematische Recherche zu den Konzepten und Methoden im Bereich Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung, in den Datenbanken Cochrane Library, CINAHL Complete, Ovid Nursing Full-Text Plus, Informa Healthcare, Gerolit, Medline, PSYINDEX und SpringerLink eine systematische Recherche zu den Konzepten und Methoden in Verbindung mit Demenz durchgeführt (Anhang 2: Suchbegriffe Recherche). Es wurden Studien zur Evidenz der aufgeführten Konzepte und Methoden bei Menschen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung oder einer Demenzerkrankung ausgewertet, um die Frage nach dem erfolgreichen Arbeiten mit den Konzepten zu beantworten. Da nur wenige Studien die Wirkung der Konzepte und Methoden untersuchten, wurden auch die gängigen Konzepte und Methoden in die Analyse einbezogen, für die kein empirischer Nachweis der Wirksamkeit vorliegt. Die Ergebnisse dieses Arbeitspaketes wurden für eine Präsentation in der Expertengruppe (Zusammensetzung s. Anhang 3) aufbereitet. Im vorliegenden Bericht

werden diese Konzepte und Studien im Kapitel 4.1 Bestandsaufnahme zusammenfassend dargestellt.

3.2.2. Arbeitspaket 2: Identifikation von übergreifenden Elementen und Lücken

Ziel der zweiten Fragestellung war es, Konzepte und Methoden für ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung zu finden, in welchen Elemente auch für die Betreuung und Pflege von Menschen mit einer Demenzerkrankung geeignet sind. Weiter wurden Konzepte und Methoden für ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Demenzerkrankung gesucht, in welchen Elemente auch für die Betreuung und Pflege von Menschen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung geeignet sind. Dazu wurden in einem ersten Schritt die Ergebnisse des Arbeitspaketes 1 in der Expertengruppe vorgestellt und kritisch diskutiert. Wo die Expertengruppe in den präsentierten Ergebnissen Lücken feststellte, wurde in einem zweiten Schritt eine ergänzende Literaturrecherche durchgeführt.

3.2.3. Arbeitspaket 3: Leitsätze verfassen

Ziel des dritten Arbeitspaketes war es, von Konzepten und Methoden unabhängige Elemente zu definieren und Leitsätze für die ambulante, teilstationäre und stationäre Betreuung und Pflege von Menschen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer Demenzerkrankung zu formulieren.

Dazu wurden die Ergebnisse aus den Arbeitspaketen 1 und 2 auf eine Konzept- und Methodenunabhängige Ebene verallgemeinert. Entlang übergeordneter Themenbereiche wurden die Ergebnisse zu Leitsätzen für eine Good Practice für die ambulante, teilstationäre und stationäre Betreuung und Pflege von Menschen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer Demenzerkrankung verdichtet.

Zur Sicherstellung der Qualität der Arbeit und der Nützlichkeit für die Praxis wurde eine zweite Expertengruppensitzung mit denselben Experten und Expertinnen durchgeführt. Diskutiert wurden in der Form eines World-Cafés die Fragen, ob die wesentlichen Themenbereiche und die wesentlichen Inhalte je Themenbereich erfasst worden sind, ob Ergänzungen und Präzisierungen vorgenommen werden müssen und ob die Leitsätze einen Mehrwert für die Praxis darstellen. Die Leitsätze wurden entsprechend der Ergebnisse der Diskussion angepasst und den Expertengruppenmitgliedern zu einer abschliessenden schriftlichen Stellungnahme zugeschickt.

Das Projektteam verarbeitete diese schriftlichen Stellungnahmen in einer Endredaktion der Leitsätze.

4. Ergebnisse

4.1. Bestandsaufnahme

Die Erkenntnisse aus der Recherche in Arbeitspaket 1 können in drei Schwerpunkte eingeteilt werden. Die erste Erkenntnis ist, dass es für den Umgang mit Demenzerkrankungen eine ungleich grössere Anzahl an Methoden und Konzepten gibt als für den Umgang mit Seh- oder Hörsehbeeinträchtigungen im Alter. Die zweite Erkenntnis ist, dass sich die Konzepte für den Umgang mit Demenzerkrankungen und Seh- oder Hörsehbeeinträchtigungen trotz der zahlenmässig und inhaltlich sehr unterschiedlichen Ausgangslage einer überschaubaren Anzahl weitgehend übereinstimmender Themenbereiche zuordnen lassen. Die dritte Erkenntnis ist, dass es für die Mehrzahl der vorliegenden Konzepte und Methoden wenig empirische Nachweise der Wirksamkeit gibt, die wissenschaftlichen Kriterien standhalten können. Als Folge dieser Erkenntnisse wurden die Konzepte bereits früher als im Projektverlauf ursprünglich vorgesehen nach Themenbereichen in Anlehnung an die ICF gegliedert.

Aufgrund der mangelnden wissenschaftlich fundierten empirischen Evidenz zur Wirksamkeit der verschiedenen Methoden und Konzepte hat das Projektteam sich entschlossen, dieses Kriterium nicht zum Einbezug oder Ausschluss von Methoden und Konzepten zu verwenden. Vielmehr wurden alle Methoden und Konzepte für die weitere Projektarbeit berücksichtigt, die nachweislich in der Praxis breit angewandt werden. Im Folgenden werden die für den Umgang mit Demenzerkrankungen und Seh- oder Hörsehbeeinträchtigungen gängigen Methoden und Konzepte dargestellt, nach Themengebieten in Anlehnung an die Systematik der ICF geordnet.

4.1.1. Kommunikation

Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung

Grundlegend für die Lebensgestaltung, die Bewältigung des Alltags und das Knüpfen und Pflegen sozialer Kontakte ist der Zugang zu Information. Informationsaufnahme erfolgt über geschriebene oder gesprochene Sprache oder nonverbale Signale wie Gebärden, Gestik, Mimik.

Lesen und Schreiben

Eine Sehbeeinträchtigung kann den Zugang zu Information einschränken und damit die Bewältigung der Aktivitäten im Alltag erschweren, wie folgendes Beispiel zeigt: Ältere Menschen müssen oft zahlreiche Medikamente einnehmen. Studien (Markowitz, Kent, Schuchard & Fletcher, 2008; McMahon & Curtis, 2009) zeigen auf, dass es für beinahe 60% der Personen mit einer Sehbeeinträchtigung nicht möglich ist, die Beschriftungen der Medikamente, die sie brauchen, zu lesen, 40% der Personen können die Beschriftungen teilweise lesen, sind dabei aber unsicher und nur 2% haben einen adäquaten Zugang zu den Informationen.

Wird eine Sehbeeinträchtigung festgestellt, sollte das Rehabilitationsangebot Low Vision beigezogen werden. Low Vision fördert den optimalen Einsatz des vorhandenen Sehvermögens durch optische, technische und andere Hilfsmittel. Die Massnahmen und Hilfsmittel werden den individuellen Bedürfnissen und den Umgebungsbedingungen angepasst. Die Hilfsmittel umfassen Sehhilfen für den Nah- und Fernbereich. Dazu gehören Sehhilfen (z.B. Monokular, Kamera) die den Umgang mit schriftlicher Kommunikation erleichtern. Sie müssen von den Rehabilitationsfachleuten auf die Bedürfnisse der Personen angepasst werden (Nguyen, Weismann & Trauzettel-Klosinski, 2009; Siemsen & Brown, 2011; Walthes, 2014).

Nur wenn Sehhilfen auf die Bedürfnisse der Personen angepasst werden und der effiziente, ergonomische Gebrauch trainiert wird kann die Lesefähigkeit verbessert

werden (Nguyen et al., 2009; Siemsen & Brown, 2011). Nur die Hälfte der Personen nutzen jedoch die Sehhilfen im Alltag tatsächlich (Carvalho, Keila Monteiro de, Monteiro, Gelse Beatriz Martins, Isaac, Shiroma & Amaral, 2004). Die Verwendung von vergrößernden Lupen, elektronischen Vergrößerungssystemen oder auch Nachtsichtgeräten hängt auch immer davon ab, wie gut das Gerät arbeitet und wie zufrieden die Person mit der Sehhilfe ist (Jutai, Strong, Graham & Russell-Minda, 2009).

Damit die Sehhilfen als hilfreich erlebt werden, ist es wichtig, die betroffenen Personen gut in die Anwendung der Sehhilfen einzuführen. Bei Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung oder dementiellen Erkrankung muss dafür mehr Zeit eingerechnet werden. Virgili, Acosta, Grover, Bentley & Giacomelli (2013) stellten allerdings fest, dass die Verbesserung der Lesekompetenzen durch solche unterstützenden Sehhilfen kaum wissenschaftlich belegt sei. Gerade bei teuren Systemen müsste die Effektivität und Nutzung über längere Zeit daher jeweils gut geprüft werden.

Personen mit Hörsehbeeinträchtigung versuchen die Informationen zu bekommen, indem sie sich auf kurze, einfache Texte oder Titel beschränken, da sie viel Zeit und Energie brauchen, um sich die Informationen zu erschliessen. Neben dem Einsatz von Hilfsmitteln ist es für sie auch wichtig, sich bei anderen Personen nach wichtigen Informationen zu erkundigen (Adler & Wohlgensinger, 2014; Adler & Wohlgensinger, 2011; Adler et al., 2011).

Bei Blindheit sollte die Brailleschrift (Punkteschrift) so früh als möglich erlernt werden, falls dies gewünscht wird (Oshima, Arai, Ichihara & Nakano, 2014). Allerdings ist das Erlernen im Alter zunehmend schwierig und für viele Betroffene keine Option.

Sprechen, Hören und Verstehen

In der Kommunikation mit Menschen mit Sehbeeinträchtigung sind die sprachliche Begleitung von Handlungen (Heussler, 2010), verbale Erläuterungen von visuellen oder taktilen Materialien sowie unterstützende Gebärden im Alltag wichtig. Viele ältere Personen profitieren auch von Informationen, die klar und einfach sind. Zur einfachen und klaren Information gehört auch eine angepasste Schrift bezüglich Grösse, Kontrast etc. (Tymchuk, Ouslander & Rader, 1986). Für Menschen mit einer Sehbeeinträchtigung, selbst bei leichten kognitiven Einschränkungen, können Audiozugänge (meist gekoppelt mit visuellen Kanälen) den Zugang zu Informationen ermöglichen. Dazu gehören zum Beispiel das Programm Voice Over im I-Phone oder der ICT Screen-Reader (Williams, 2012). Auch der Zugang zu Informationen im Internet kann mit Hilfe eines Screen-Readers unterstützt werden. Studien zeigen jedoch, dass noch die allermeisten Internetseiten aufgrund der technischen Umsetzungen nicht zugänglich sind für Menschen mit einer Sehbeeinträchtigung (Loiacono, Djamasi & Kiryazov, 2013).

Adler und Wohlgensinger (2014) beschreiben Strategien, die Personen mit einer Hörsehbeeinträchtigung im Alltag einsetzen. In der Kommunikation werden Zweiergespräche, an Orten mit wenigen Hintergrundgeräuschen notwendig. In einer Gruppe darf nur eine Person nach der anderen sprechen. Trotz diesen Strategien braucht es eine sehr hohe Konzentration der betroffenen Personen, damit sie einem Gespräch folgen können. Bei Personen mit einer starken Hörsehbeeinträchtigung wird eine Begleitperson, die in Kommunikationstechniken weitergebildet wurde, nötig für die Kommunikation. Sie kann in Braille oder ins Lormen übersetzen. Das heisst, es ist sinnvoll, in solchen Situationen die Face-to-Face Kommunikation mit verschiedenen Strategien anzupassen.

Der SZB hat eine Broschüre herausgegeben, die Informationen zur direkten Begegnung mit Menschen mit einer Hörsehbehinderung geben (Spring, 2014). Die Broschüre enthält Hinweise zur Kommunikation, Mobilität und zum Zugang zu Informationen, wie

beispielsweise mit Gebärdensprache unterstützen, das Verstandene überprüfen, Notizen machen oder Stichworte in Grossschrift übertragen, die Bedingungen für Lippenlesen verbessern, das Potential des Hörgerätes ausschöpfen, geordnetes Sprechen einfordern usw. Osborn, Erber & Galletti (2000) erwähnen Strategien der Umweltgestaltung (design strategies) sowie Strategien der Verhaltensanpassung. Bezüglich der Umweltgestaltung sei es sinnvoll und hilfreich, bei Gruppenaktivitäten kleine Räume zu nutzen, intern entstehende Geräusche zu reduzieren (bspw. durch das Platzieren von Trennwänden), externe Geräusche auszuschliessen (bspw. durch das Schliessen von Fenstern) und Echoeffekte auszuschliessen, indem Teppiche verlegt oder Vorhänge angebracht werden. Im Bereich der Verhaltensanpassungen nennen Osborn et al. (2000) das Vermeiden von geräuschvollen Räumen, Reduktion der Anzahl Personen bei Gruppenaktivitäten, Reduktion von Distanzen und Geräuschen sowie die Anpassung der Lichtverhältnisse.

Nonverbale Signale

Die Wahrnehmung der verbalen wie auch paraverbalen Signale wie Tonlage, Lautstärke, Melodie, Rhythmus, Mimik und Gestik (Körpersprache), Kleidung und andere Gegenstände, Berührungen und Düfte werden bei einer zusätzlichen Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung stark eingeschränkt.

Demenzkrankungen

Methoden und Konzepte zum Themenbereich Kommunikation haben, basierend auf den spezifischen Ressourcen und Schwierigkeiten der Demenzkranken, zwei Schwerpunktsetzungen. Ein Schwerpunkt liegt auf der nonverbalen Kommunikation. Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, verlieren im fortschreitenden Verlauf der Erkrankung sowohl die Fähigkeit, sich selber sprachlich auszudrücken als auch die Fähigkeit, verbale Kommunikation zu verstehen (Magai, Cohen & Gomberg, 2002). Deshalb sind sie auf Pflege- und Betreuungspersonen angewiesen, die Kompetenzen sowohl in der expressiven als auch rezeptiven nonverbalen Kommunikation haben. Zur Schulung dieser Kompetenzen gibt es verschiedene Trainingsmethoden (Magai et al., 2002; Vasse, Vernooij-Dassen, Spijker, Rikkert & Koopmans, 2010). Weitere Ansätze zur Förderung der Kompetenzen oder der Ausdrucksfähigkeit in nonverbaler Kommunikation sind „Inklusive Interaktion“, „Ko-Kreative Kommunikation“, „Einbezug der Sinne“ und „Musiktherapie“ (Zeedyk, 2008).

Der zweite Schwerpunkt liegt auf der Gestaltung der Interaktion als umfassende, also nicht nur auf sprachlicher Kommunikation beruhende, Wechselwirkung zwischen zwei oder mehreren Personen mit verhaltensbeeinflussender Wirkung. Die Gestaltung der Interaktion ist aufgrund der abnehmenden kognitiven Fähigkeiten im Verlauf einer Demenzerkrankung von grosser Bedeutung im Umgang mit Betroffenen. In einer positiv gestalteten Interaktion wird der demenzkranke Mensch in seinem aktuellen Sein und seiner aktuellen Befindlichkeit angenommen und wertgeschätzt, unabhängig davon, ob seine Realität der des Gegenübers entspricht. Die beiden bekanntesten und in der Praxis am weitesten verbreiteten Konzepte dieser Art sind die Validation und der Person-zentrierte Ansatz. Die Validation wurde ursprünglich von Naomi Feil entwickelt (Feil & Klerk-Rubin, 2010) und von Richard (2004) unter Berücksichtigung der deutschen Rahmenbedingungen methodisch weiterentwickelt. Der Person-zentrierte Ansatz stammt von Kitwood (2000). Beide Ansätze bauen auf der klienten-zentrierten Grundhaltung von Rogers (2014) auf.

4.1.2. Orientierung und Mobilität

Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung

Im Bereich der Mobilität geht es einerseits um das Erlernen von Orientierung und Mobilität und andererseits um die räumliche Gestaltung.

Orientierung und Mobilität erlernen

Das Orientierungs- und Mobilitätstraining (O&M) ist ein sehbeeinträchtigungsspezifisches Rehabilitationsprogramm, das Menschen mit einer Sehbeeinträchtigung hilft, sicher, selbständig und effektiv mobil zu sein und sich in jeder Situation wieder orientieren zu können. Im klassischen O&M-Unterricht wurden die Geh-Techniken mit dem Langstock und anderen Hilfsmitteln erlernt und die übrigen Sinne trainiert. Im heutigen, breiter verstandenen Konzept von O&M geht es zusätzlich um Raumwahrnehmung und Orientierung, was im Alter zunehmend in den Vordergrund tritt. Das Training wird auch für Menschen mit Mehrfachbeeinträchtigung angewandt (Walther, 2014).

Um die Orientierung und Selbstständigkeit der Person mit einer Sehbeeinträchtigung zu erleichtern braucht es präzise Orts- und Wegbeschreibungen. Das Spektrum der Wege wird den Bedürfnissen des Einzelnen angepasst (Diepes et al., 2007). Bei Personen mit einer Hörsehbeeinträchtigung wird eine genaue Vorbereitung eines Ausflugs, das Üben eines Weges oder die Begleitung durch eine Person wichtig (Adler & Wohlgensinger, 2014; Adler & Wohlgensinger, 2011; Adler et al., 2011). Für Personen, die sich nicht alleine orientieren können, müssen die Wege anfangs begleitet werden.

Studien aus verschiedenen Ländern zeigen unterschiedliche Wirkungen verschiedener Trainingsmöglichkeiten. Ballemans, Kempen & Zijlstra (2011) untersuchten mit einer Metaanalyse die Wirkungen von O&M-Trainings in der Benutzung des Blindenstockes und konnten keine Studien finden, welche diese Fragen methodisch gut erforscht hatten. Daher führten sie selber 2012 eine vergleichende Studie mit zwei unterschiedlichen Trainings durch. Sie fanden keinen Unterschied in der Wirkung zwischen einem neuen Training mit einem standardisierten Protokoll zum Vorgehen und dem allgemein üblichen O&M-Training. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren im Durchschnitt 77 Jahre alt. Rund 85% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beider Programme berichteten über positive Effekte und rund 70% gewannen Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten (Ballemans et al., 2012).

Die Ergebnisse verschiedener Studien sind aber insgesamt widersprüchlich. Während Soong, Lovie-Kitchin & Brown (2001) in einer Studie mit Personen mit einer Sehbeeinträchtigung keine unmittelbare Wirkung eines Trainings in O&M fanden, so konnten Kuyk et al. (2004) eine positive Wirkung bezüglich der selbstberichteten Mobilität aufzeigen.

In einer Metaanalyse untersuchte Justiss (2013) die Wirkung von Interventionen mit Fokus Ergotherapie auf die Fähigkeit, mit einer Sehbeeinträchtigung Auto zu fahren und mobil zu sein. Als mögliche Interventionen wurden in den Studien die Verwendung von Sehhilfen, multidisziplinäre Low-vision Rehabilitation in Mobilität, ein Fahrsimulationstraining, ein Fahrlernprogramm und O&M-Training erwähnt. Justiss (2013) fand keine Evidenz für die Wirkung einer dieser Massnahmen auf die Mobilität und Fahrtüchtigkeit der älteren Personen mit einer Sehbeeinträchtigung. Als Grund wurden auch die fehlenden standardisierten Verfahren und Erhebungsinstrumente genannt.

Nur wenige Studien untersuchten die Möglichkeiten und Wirkungen eines O&M-Trainings bei Personen mit einer Sehbeeinträchtigung und gleichzeitiger dementieller Erkrankung. Lawrence, Murray, Ffytche & Banerjee (2009) führten mit 17 älteren Personen mit einer Sehbeeinträchtigung und einer Demenzerkrankung und mit deren Angehörigen und Betreuenden Interviews durch, um herauszufinden, wie Desorientierung und Stress und das daraus folgende auffällige Verhalten vermieden werden können. Die Interviews zeigen, dass die Sehbeeinträchtigung bei den betroffenen Personen zu Unsicherheiten bei verschiedenen Aktivitäten führt, während die dementielle Erkrankung die Fähigkeit mindert, die Risiken adäquat einzuschätzen. Zudem fühlen sich einerseits die Dienstleistenden im Bereich der Sehbeeinträchtigung nicht dafür ausgerüstet, Personen

mit einer dementiellen Erkrankung zu unterstützen, andererseits fühlen sich die Dienstleistenden im Bereich der Demenz nicht dafür ausgerüstet, Personen mit einer Sehbeeinträchtigung zu unterstützen. Die Studie zeigt auch, dass eine klare verbale Kommunikation und optimierte visuelle Angebote den betroffenen Personen Orientierung bieten und so Stress und übergrösse Aktivität vermeiden können.

Gestaltung der Umgebung

Für Personen mit einer Sehbeeinträchtigung sind die Kontext- und Raumgestaltung sowie eine eindeutige Gliederung der Räume durch bauliche Gestaltung wichtig, um eine bessere Orientierung zu ermöglichen. Dadurch können Hindernisse und Bereiche mit Schatten und Blendeffekten vermieden werden und die Sicherheit nimmt zu. Optische, taktile und akustische Orientierungshilfen sowie die Gestaltung mit Farbkontrasten oder markanten Punkten unterstützen eine selbständige Orientierung.

Wichtig sind eine Verbesserung der Beleuchtung und die Vermeidung von Blendung und Reflexionen um besseres Sehen zu ermöglichen. Zur Unterstützung in der räumlichen Orientierung gehört natürlich auch, dass Veränderungen in der Möblierung mitgeteilt werden (Christiaen, 2005; Spring, 2012).

Bei Personen, welche noch sehr mobil sind und deren kognitive Fähigkeiten es zulassen, können auch Audiozugänge, GPS oder andere Apps (ICT Sehbeeinträchtigungsspezifische Rehabilitationsangebote) die Orientierung verbessern.

Durch die Verbesserung der Mobilität sowie der Zugänglichkeit von Gebäuden können soziale Kontakte selbständig gepflegt werden.

Demenzerkrankungen

Die Konzepte und Methoden in Bezug auf Demenzerkrankungen, die diesem Themenkreis zugeordnet werden können, beinhalten im Wesentlichen Anregungen zu einer Umgebungsgestaltung, die unter Berücksichtigung von demenzspezifischen Ressourcen und Defiziten bestmögliche Orientierung und grösstmögliche Mobilität gewährleisten soll. Im Verlauf einer Demenzerkrankung wird es für die Betroffenen ohne Hilfestellungen immer schwieriger, sich zeitlich, räumlich und situativ zu orientieren. Ein Konzept, das in diesem Bereich sowohl kompensatorisch als auch therapeutisch wirksam sein soll und in der Praxis bedeutsam ist, ist die Milieuthérapie (Staack, 2004). Milieuthérapeutische Interventionen betreffen das bauliche Milieu, das soziale Milieu sowie das pflegeorganisatorische Milieu.

Für den Themenbereich Mobilität und Orientierung sind Interventionen in der baulichen Milieugestaltung relevant. Sie betreffen u.a. die Anzahl der Räume, die Gestaltung der Räume, die akustischen und die Lichtverhältnisse in den Räumen. Auch zu Hause lebende Betroffene können von der adäquaten Gestaltung der Umgebung profitieren, indem sie ihnen Orientierung und Mobilität damit auch Selbständigkeit ermöglicht, die es ihnen häufig erlaubt, länger als dies ohne diese Massnahmen möglich wäre, zu Hause zu wohnen. Diese Massnahmen für die Gestaltung der eigenen vier Wände sind nicht zu einem Ansatz oder Konzept ausformuliert, sondern haben eher den Charakter von Ratschlägen und Empfehlungen (Alters- und Versicherungsamt der Stadt Bern, 2009).

Demenzkranken Menschen haben häufig einen grossen Bewegungsdrang, dem mit barrierefreier Gestaltung von Fluren und Gärten entsprochen werden kann (Heeg, 1994). Die Umsetzung milieuthérapeutischer Interventionen ist eng mit segregativen (abgetrennten) Wohnformen für demenzkranke Menschen verknüpft (Pfammatter, 2010). Diese bieten als selbständige Einheiten mit meist nicht mehr als 15 Bewohnenden ideale Voraussetzung für die Umsetzung. Dadurch, dass diese Abteilungen meistens geschlossen sind, bieten sie den Bewohnenden nach innen grösstmögliche Bewegungsfreiheit, ohne

z.B. freiheitsbeschränkende elektronische Mittel des Weglaufschutzes anwenden zu müssen. Allerdings stellt sich das ethische Problem darin, dass eine Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung/Institution an sich eine freiheitsbeschränkende Massnahme ist.

Ein älterer Ansatz zur Unterstützung der Orientierungsfähigkeit von demenzkranken Menschen ist das Realitätsorientierungstraining (ROT). Mit wiederholten Informationen über Datum, Uhrzeit, Jahreszeit, Wochentag, das eigene Alter, Ort, Vergangenheit des Demenzkranken, sein Umfeld und seine aktuelle Lebenssituation soll der abnehmende Bezug zur Wirklichkeit wiederhergestellt werden und die Betroffenen dadurch Sicherheit und Orientierung zurückgewinnen. Das neuere Konzept der Validation (s. Kap. 4.1.1) stellt das ROT in Frage. Bei fortgeschrittenem Demenzstadium ist der Ansatz obsolet (Höwler, 2004).

4.1.3. Emotionen und soziale Fähigkeiten

Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung

Umgang mit psychischen Problemen

Die Diagnose einer altersbedingten Makuladegeneration wird häufig als Schock erlebt, hinzu kommen oft mangelhafte Informationen über Möglichkeiten der Rehabilitation und den Krankheitsverlauf (Mitchell & Bradley, 2006). Die Beeinträchtigungen betreffen Einschränkungen wichtiger Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Lesen, Fernsehschauen, Autofahren, Gesichter erkennen) und können von Depressionen und Angstgefühlen begleitet sein. Das Vorhandensein einer Depression oder von Angstgefühlen in Kombination mit einem schlechten Gesundheitszustand kann sich wiederum negativ auf die Aktivitäten des täglichen Lebens, die Mobilität, Sicherheit und das emotionale Wohlbefinden auswirken (Finger et al., 2014). Erschwerend kommt hinzu, dass viele der Personen mit Hör- oder Sehbeeinträchtigung, die unter Depressionen und Angstgefühlen leiden, keinen Zugang zu adäquater Behandlung haben (Aa et al., 2014).

Psychische Belastungen, Depressionen und Einsamkeit können auch durch psychosoziale Interventionsprogramme bearbeitet werden. Zwei evaluierte Programme werden hier erwähnt: Birk et al. (2004) entwickelten und evaluierten ein psychosoziales Interventionsprogramm für Patienten mit einer altersbedingten Makuladegeneration. Das Programm umfasst sechs Module die an fünf wöchentlichen Gruppentreffen durchgeführt wurden. Die Untersuchung mit 14 Personen mit einer Sehbeeinträchtigung in der Interventions- und 8 Personen in der Kontrollgruppe zeigt eine deutlich positive Wirkung des Programmes. Die Personen, welche das Programm besuchten (Interventionsgruppe), zeigten deutlich tiefere Werte in der Skala „negative Affekte“. Die Werte bei den Aktivitäten des täglichen Lebens stiegen leicht an, während sie bei der Gruppe ohne Programmbesuch (Kontrollgruppe) über die Zeit signifikant abnahmen. Zudem sanken die Depressionswerte bei den Personen, welche das Programm besuchten, über die Zeit und sie gaben höhere Werte der Selbständigkeit und Autonomie an. Demgegenüber stiegen bei der Kontrollgruppe die Depressionswerte und die Werte der Selbständigkeit und Autonomie sanken über die Zeit.

Weil mit zunehmendem Alter generell die Wahrscheinlichkeit steigt, an einer Depression zu erkranken, empfehlen Rovner et al. (2014) einen multidisziplinären Ansatz zwischen Ophthalmologen, sehbehinderungsspezifischer Rehabilitation, Psychiatrie und Verhaltenspsychologie. Rovner et al. (2014) verglichen die Wirkung eines verhaltenstherapeutischen Ansatzes in Verbindung mit Low Vision Rehabilitation und eines unterstützenden Angebotes (supportive therapy) in Verbindung mit Low Vision Rehabilitation zur Vorbeugung von Depressionen bei Personen mit einer Sehbeeinträchtigung. Beide Programme zeigten eine ähnliche Wirkung. Sie verminderten die Wahrscheinlichkeit, eine Depression zu entwickeln um die Hälfte.

Die Bedeutung sozialer Kontakte

Der persönliche Kontakt ist wichtig, um den mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung einhergehenden Gefühlen der Isolation vorzubeugen (Adler & Wohlgensinger, 2014; Adler & Wohlgensinger, 2011; Adler et al., 2011; Lindo & Nordholm, 1999). Die Untersuchung zur Lebenssituation von Personen mit einer Hörsehbeeinträchtigung von Adler und Wohlgensinger (2014) zeigt auf, dass die Möglichkeit zum Aufbau von sozialen Kontakten durch eine Hörsehbeeinträchtigung sehr stark erschwert ist und dass das soziale Netz sich längerfristig oft auf wenige Freunde und Angehörige beschränkt.

Soziale Kontakte sind eine wichtige Ressource für emotionale aber auch für praktische Unterstützung (Adler und Wohlgensinger 2014). Eine Studie aus Holland zeigt, dass ältere Menschen mit einer Sehbeeinträchtigung länger selbständig in ihrer Wohnung leben können und das Gefühl der Einsamkeit reduziert werden kann, wenn ein unterstützendes Netzwerk aufgebaut wird. Wichtig ist auch die Verbesserung der Kooperation der unterstützenden Dienste, die klare Formulierung des persönlichen Bedarfs, die Verbesserung der Kenntnis von Unterstützungsangeboten und Transportmöglichkeiten sowie der aktive Aufbau sozialer Kontakte (Willemse & Verstraten, 2001).

Die Untersuchung von Nelson & Barrik (2001) zeigt, dass aus Sicht der betroffenen Personen die Unterstützungspersonen (Angehörige, Freunde, Nachbarn etc.) die wichtigste Quelle der Unterstützung sind. Zudem ist eine emotionale Unterstützung bei der Diagnose und auch bei Ängsten für die Personen mit einer starken Sehbeeinträchtigung im Alter von grosser Bedeutung. So können depressive Phasen nach der Diagnose vermindert werden. Die emotionale Unterstützung durch Fachpersonen ist besonders bei Personen ohne Familie und Freundeskreis wichtig.

Demenzerkrankungen

Eine Demenzdiagnose und die kognitiven und funktionalen Defizite werden von jeder betroffenen Person und ihren Angehörigen individuell wahrgenommen und bewertet (Stechl, Lämmler, Steinhagen-Thiessen & Flick, 2007). Von allen wird eine laufende Anpassung an die Situation notwendig sein, da eine Demenzerkrankung eine fortschreitende Erkrankung ist. Diese Anpassung ist sowohl für die Betroffenen als auch die Angehörigen eine grosse Herausforderung, die auch zu einer Überforderung, einhergehend mit Angst, Wut, Depression, werden kann. In einem frühen Stadium der Demenzerkrankung können diese Symptome mit klassischen psychotherapeutischen Verfahren gelindert werden. Insbesondere verhaltenstherapeutische Ansätze bei einer die Demenzerkrankung begleitenden Depression sind in ihrer Wirksamkeit belegt (Lämmler, 2013). Je weiter eine Demenzerkrankung fortschreitet, desto weniger erfolgversprechend sind diese klassischen Verfahren zur emotionalen Stabilisierung der Betroffenen.

Für spätere Stadien einer Demenzerkrankung liegen verschiedenste Ansätze und Konzepte vor, deren Grundlage ein gezielter Blick auf die Ressourcen von Menschen mit Demenz ist. Sie wollen den Betroffenen das Erleben und den Ausdruck von Emotionen ermöglichen, ihnen alternative, nonverbale Ausdrucksformen erleichtern und Erinnerungen aus dem Langzeitgedächtnis fördern. Häufig können die Massnahmen im Gruppensetting durchgeführt werden und unterstützen so zusätzlich die soziale Einbindung und den sozialen Austausch. Ein in der Praxis weit verbreitetes Konzept ist die Biografiearbeit (Suchan, 2014). Diese soll das Identitätsgefühl und das Langzeitgedächtnis stärken, aber auch gezielt die Gestaltung positiver Alltagssituationen ermöglichen und das emotionale Wohlbefinden fördern (Berendonk et al., 2011).

Weitere Ansätze in diesem Themenbereich sind tiergestützte Therapieverfahren (Fick, 1993; Moretti et al., 2011) Musiktherapie (Vink et al., 2003), Aromatherapie (Fung, Tsang & Chung, 2012). Es gibt verschiedene Versuche, die empirische Wirksamkeit dieser Ansätze

nachzuweisen. Sie erfüllen jedoch kaum je die Kriterien der Wissenschaftlichkeit. Ist die Demenzerkrankung schon weit fortgeschritten, kommen in der Langzeitpflege auch die Basale Stimulation (Fröhlich, 1995) und die multisensorische Stimulation (Snoezelen) (Verheul & Hulsegge, 2005)) zur Anwendung. In beiden Konzepten ist das Ziel, den Menschen mit verschiedenen Methoden über alle Sinne anzusprechen. Dadurch soll Wohlbefinden ausgelöst, Isolation verhindert und nonverbale Kommunikation ermöglicht werden.

4.1.4. Selbständigkeit

Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung

Im Bereich der Sehbeeinträchtigung tragen die drei Rehabilitationsangebote Low Vision (LV), Orientierung und Mobilität (O&M) sowie „Lebenspraktische Fertigkeiten“ (LPF) wesentlich zur Selbständigkeit der Personen bei. Diese drei Rehabilitationsangebote können in der Schweiz (in der Regel) kostenlos bei den in allen Regionen vorhandenen Beratungsstellen für Menschen mit Sehbehinderung bzw. bei den Beratungsstellen für Menschen mit Hörsehbehinderung bezogen werden. Dies gilt sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. Auf der Basis einer fachlichen Abklärung wird zusammen mit der Person mit Beeinträchtigung der persönliche Hilfsmittel- und Schulungsbedarf festgestellt. Die Schulungen werden individuell geplant und in der Einzelsituation durchgeführt.

Low Vision

Low Vision ist ein Rehabilitationsangebot zur optimalen Nutzung des vorhandenen Sehvermögens. Das Sehpotenzial wird in Alltagssituationen erfasst (Low Vision Abklärung) und die Personen werden im Gebrauch von Sehhilfen und anderen Hilfsmitteln geschult (Low Vision Rehabilitation). Die Trainingseinheiten werden auf der Grundlage von ärztlichen Berichten und Low Vision Abklärungen geplant.

Die Rehabilitation umfasst zwei sich gegenseitig unterstützende Ansätze. Im personenbezogenen Ansatz werden die visuelle Wahrnehmung und die Nutzung des vorhandenen Sehvermögens gefördert. Die Personen werden im Gebrauch von Sehhilfen für den Nah- und Fernbereich und anderen Hilfsmitteln geschult. Im umweltbezogenen Ansatz werden die Lebenswelten derart optimiert, dass das vorhandene Sehvermögen bestmöglich genutzt werden kann dank dem gezielten und auf der visuellen Abklärung basierenden Einsatz von Licht (Lichtqualitäten und Stärke), Farben, Kontrasten und der Verhinderung von Blendung. Die Low Vision Rehabilitation wird von dafür ausgebildeten Fachleuten durchgeführt. Die Angebote bestehen auch für Menschen mit zusätzlichen Beeinträchtigungen. Die Low Vision Rehabilitation ist Voraussetzung für ein Orientierungs- und Mobilitätstraining (O&M) und für die Schulung in lebenspraktischen Fertigkeiten (LPF).

Orientierung und Mobilität

Das Orientierungs- und Mobilitätstraining (O&M) ist ein sehbehinderungsspezifisches Rehabilitationsprogramm, das Menschen, die sehbeeinträchtigt sind, befähigt, sich sicher und möglichst selbständig fortzubewegen und sich zu orientieren. Im heutigen, breiter verstandenen Konzept geht es um Raumwahrnehmung und Orientierung. Dabei werden die körperlichen und kognitiven Voraussetzungen der Person berücksichtigt. Das Konzept wird auch mit Menschen mit einer Mehrfachbeeinträchtigung angewandt (Walthes, 2014).

Lebenspraktische Fertigkeiten

Das sehbeeinträchtigungsspezifische Rehabilitationsangebot „Lebenspraktische Fertigkeiten“ (LPF) vermittelt Techniken rund um die Bewältigung des alltäglichen Lebens.

Im individuell angepassten Unterricht wird auf den Erfahrungen der Personen aufgebaut und sie wird befähigt, Fertigkeiten und Kompetenzen zu Bewältigung des täglichen Lebens und zur Teilhabe zu entwickeln. Anwendungsbereiche sind Themen wie Essen, Haushaltsführung, Körperpflege, Freizeitgestaltung, Medien und Kommunikation.

Hörsehbehindertenspezifische Rehabilitation

Die Rehabilitation für Menschen mit doppelter Sinnesbehinderung (Hörsehbehinderung) baut auf den drei bisher beschriebenen Rehabilitationsbereichen Low Vision, Orientierung und Mobilität und Lebenspraktische Fertigkeiten auf. Vorausgehend müssen aber die Kommunikationsmöglichkeiten individuell abgeklärt und mit geeigneten Massnahmen aufgebaut werden. Dazu gibt es Anleihen bei der Rehabilitation im Gebiet der Hörbeeinträchtigung, aber auch hörsehbehinderungsspezifische Techniken werden eingesetzt. Es muss beachtet werden, dass Menschen mit Hörsehbehinderung den Ausfall des einen Sinnes nicht mehr oder nur noch beschränkt mit dem anderen Sinn kompensieren können und für das soziale Eingebunden-sein (Teilhabe) und für den Zugang zu Informationen besondere Unterstützung brauchen.

Wirkungen der Rehabilitationsangebote

Zahlreiche Studien befassten sich mit den Effekten und dem Nutzen von Rehabilitationsangeboten. Da die Rehabilitationskonzepte in den unterschiedlichen Ländern nicht identisch sind, ist ein direkter Vergleich der Ergebnisse der Studien nicht möglich. Die Angebote sind zudem auf verschiedene Zielgruppen ausgerichtet, gleichzeitig sind aber Personen mit Mehrfachbeeinträchtigungen noch kaum einbezogen.

Aus Sicht der betroffenen Personen wird Low Vision als die effektivste Unterstützung im Alltag erlebt, dies zeigt die Untersuchung von Nelson & Barrik (2001). Hinds et al. (2003), Binns et al. (2012) und Hooper, Jutai, Strong & Russell-Minda (2008) und Renieri et al. (2013) konnten feststellen, dass die Low Vision Rehabilitationsprogramme den betroffenen Personen helfen, die funktionalen Fertigkeiten zu stärken, weniger Angst über den Verlust der Sehfähigkeit zu haben, sich sicherer bei sich zu Hause zu fühlen und den Lebensalltag zu gestalten. Dennoch ist oft nicht klar, welche Wirkung solche Angebote auf die Stimmung der Person sowie die sehbeeinträchtigungsspezifische und die gesundheitspezifische Lebensqualität haben und welche Formen der Rehabilitationsprogramme effektiv sind.

Trotz widersprüchlicher und nicht vergleichbarer Studienresultate lassen sich aus den Studien Hinweise für die Planung und Durchführung von Rehabilitationsangeboten für Menschen mit einer Hör- oder Sehbeeinträchtigung und dementiellen Erkrankung ableiten. Diese Hinweise betreffen hauptsächlich die Art der Angebote, den Ort der Durchführung, den Zeitrahmen sowie die Multidisziplinarität der Durchführenden.

Art der Angebote

Besonders gute Wirkungen zeigen Angebote, bei denen weitere Themen oder Zugänge gewählt werden. Dies sind sogenannte Mehr-Komponenten-Interventionen. Dies sind zum Beispiel Ansätze, welche neben der Rehabilitation zusätzlich Wissensvermittlung im Hinblick auf die psychologische Verarbeitung der Beeinträchtigung miteinbeziehen. Auch Programme mit Fokus Ergotherapie zeigen eine positive Wirkung darin, die Fertigkeiten von älteren Personen mit einer Sehbeeinträchtigung stärken, damit sie ihren Lebensalltag zu Hause gestalten, erhalten und verbessern können (Liu, Brost, Horton, Kenyon & Mears, 2013).

Ort der Durchführung

Reeves, Harper & Russell (2004) verglichen die Wirkungen einer erweiterten Low-Vision Rehabilitation, bei der die Personen zusätzlich bei sich zu Hause geschult wurden, und einer konventionellen Rehabilitation, die nur im Low-Vision Zentrum durchgeführt wurde. Sie konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen diesen beiden Durchführungsorten auf die Wirkung des Programmes feststellen. Bei der Studie von Christy, Keeffe, Nirmalan & Rao (2010) hingegen zeigten sich Unterschiede bezüglich der Häufigkeit des frühzeitigen Abbruchs des Programmes. Sie verglichen die Wirkungen von vier unterschiedlichen Low-Vision Rehabilitations-Angeboten: Ein Low-Vision Rehabilitationsangebot in einem spezifischen Zentrum für Low Vision Rehabilitation, ein Angebot, das im Haus der Person selber durchgeführt wurde, ein Angebot, bei dem die Rehabilitation sowohl im Zentrum als auch im Haus der Person durchgeführt wurde und ein Angebot, das hauptsächlich im Zentrum durchgeführt wurde, bei dem aber Sozialarbeitende Besuche bei der Person machten. Es wurde kein Unterschied in der Wirkung der vier verschiedenen Angebote festgestellt, doch aus dem Programm, dass nur im Zentrum durchgeführt wurde, haben besonders viele Personen die Rehabilitation frühzeitig abgebrochen. Dies deutet darauf hin, dass es wichtig ist, die Rehabilitationsangebote nicht nur im Schulungszentrum durchzuführen sondern auch im Lebensumfeld der Person.

Multidisziplinäre Angebote

Die verschiedenen Angebote, welche in den Untersuchungen geprüft wurden, sind aufgrund ihrer Unterschiedlichkeit kaum vergleichbar. So zeigt Ihrig (2013) in einer Fallstudie, dass ein multidisziplinäres Programm mit Augenärzten sowie Low Vision- und O&M-Fachpersonen das Selbstvertrauen sowie die motorischen Fähigkeiten stärkt und Depressionen reduziert. Denn die Person mit Beeinträchtigung verfügt nach diesem Programm über mehr Wissen zu Adaptionenmöglichkeiten. In der Evaluationsstudie „EVAL-LPF“ zur Wirksamkeit von Schulungen in Lebenspraktischen Fähigkeiten für blinde und sehbehinderte Menschen, die von April 2009 bis Juni 2010 im Auftrag der blista an der Universität Marburg durchgeführt wurde, zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Teilnehmenden und den Rehabilitationsmassnahmen „Schulung in Orientierung und Mobilität“ (O&M) und „Schulung in Lebenspraktischen Fähigkeiten“ (LPF). Insbesondere die höheren Altersgruppen weisen signifikant höhere Werte auf (Lauber, 2012). Demgegenüber zeigt eine grosse Studie mit über 200 Teilnehmenden über 50 Jahre, in der die Wirkung eines augenärztlichen und eines multidisziplinär organisierten Low Vision Angebotes verglichen wurde, dass Personen, welche im multidisziplinär organisierten Angebot teilnahmen, nach der Teilnahme tiefere Mobilitätswerte aufwiesen als diejenigen Personen, welche an dem augenärztlichen Angebot teilnahmen (de Boer et al., 2006).

Auch Lamoureux et al. (2007) konnten keine Wirkung eines multidisziplinär organisierten Angebotes für Erwachsene mit einer Sehbeeinträchtigung auf die Mobilität und die selbständige Lebensführung finden. Untersucht wurden bei dieser Studie die Effekte eines multidisziplinären Low Vision Rehabilitationsprogrammes, das sowohl auf die Anpassung von Sehhilfen als auch auf die Vernetzung mit anderen unterstützenden Angeboten hinwirkt. Die Studie zeigt aber auch, dass die Rehabilitationsmassnahmen zu einer moderaten Verbesserung der Lebensqualität insgesamt führten, insbesondere in Lesen und Zugang zu Information sowie beim emotionalen Wohlbefinden.

Mehr Zeit einplanen

Bei Personen mit einer altersbedingten Makuladegeneration ist es wichtig, mehr Zeit für Low-Vision Angebote einzuplanen. Dies zeigt die Studie von Scanlan & Cuddeford (2004). Nicht nur die Lesefähigkeit sondern auch die Einschätzung der Lebensqualität war höher, wenn die Personen mehr Zeit bei der Low-Vision Rehabilitation erhielten. Die Recherchen von Liu et al. (2013) zeigen zudem positive Wirkungen, wenn mehrere Trainingseinheiten

mit den Low-Vision Dienstleistern angeboten werden. Ebenfalls bessere Resultate erzielen Interventionen, welche die persönlichen Ziele der betroffenen Personen berücksichtigen.

Gedächtnistest bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Personen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung mit zusätzlichen kognitiven Beeinträchtigungen brauchen besondere Angebote, wie die Studie von Whitson et al. (2012) zeigt. Personen mit Gedächtnisbeeinträchtigungen können weniger vom personenbezogenen Teil der Low-Vision Rehabilitation profitieren. Die umweltbezogenen Massnahmen wie Beleuchtung etc können aber für alle unterstützend wirken. Personen, die ein spezifisches Angebot benötigen, können mit einem kurzen Gedächtnistest bestimmt werden.

Whitson et al. (2013) entwickelten ein Rehabilitationsprogramm für Personen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung (MORE-LVR). Dieses Programm umfasst 1) wiederholtes Training mit einem Therapeuten oder einer Therapeutin zwei Mal wöchentlich über einen Zeitraum von 6 Wochen, 2) vereinfachtes Training das nicht mehr als drei persönliche Ziele einschliesst und 3) Einbezug einer Vertrauensperson (Freund oder Familienangehörige). Dieses Programm wurde mit zwölf Personen mit einer Sehbeeinträchtigung und einer leichten kognitiven Beeinträchtigung getestet. Dabei wurde eine positive Wirkung des Programms gefunden (Whitson et al., 2013).

Zusammenfassend kann aus den zahlreichen Studien festgehalten werden, dass Low Vision Rehabilitationsmassnahmen zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen können. Insbesondere beim Lesen und dem Zugang zu Information sowie beim emotionalen Wohlbefinden sind Verbesserungen festgestellt worden. Low Vision Rehabilitationsangebote führen hingegen kaum zu Verbesserungen in der Mobilität und beim selbständigen Leben.

Für diese zuletzt genannten Bereiche werden in der Schweiz Rehabilitationsangebote Orientierung & Mobilität sowie Lebenspraktische Fertigkeiten angeboten. Es ist wichtig, den Zugang zu den Rehabilitationsangeboten Low Vision, Orientierung und Mobilität sowie Lebenspraktische Fertigkeiten auch für ältere Menschen zu schaffen. Indem tägliche Aktivitäten, Selbständigkeit und Mobilität unterstützt werden, können auch ältere Personen weiterhin ihre alltäglichen Aktivitäten selbständig ausführen und an sozialen Aktivitäten teilnehmen (Cory, 2001).

Es ist wichtig, dass die Rehabilitationsangebote rechtzeitig, das heisst möglichst früh, angeboten werden. Rechtzeitig heisst auch, bevor das Erlernen von Kompensationsmöglichkeiten durch die Beeinträchtigung zu stark erschwert ist (Nelson & Barrick, 2001). Dabei müssen die Rehabilitations- und Aktivitätsangebote „massgeschneidert“ sein. Sie müssen den individuellen Fähigkeiten und den Bedürfnissen der Betroffenen angepasst werden und auf ihren Erfahrungen aufbauen. Die Lerninhalte müssen personenorientiert sein, das heisst, dem entsprechen, was die betroffene Person benötigt, um die von ihr gesetzten Ziele zu erreichen (Cedrone et al., 2007). Das bedeutet auch, dass alltägliche Anforderungen sowohl bei Menschen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung als auch bei Menschen mit einer dementiellen Erkrankung an die kognitive und funktionelle Leistungsfähigkeit der betroffenen Menschen angepasst werden sollten, um eine Über- oder Unterforderung zu vermeiden.

Die umweltbezogenen Rehabilitationsmassnahmen wie Beleuchtung, klare optische und taktile Merkpunkte und Orientierungshilfe etc. können unabhängig von den kognitiven Möglichkeiten einer Person unterstützend wirken.

Demenzkrankungen

Selbständigkeit und der Erhalt der Selbständigkeit sind für demenzkranke Personen ein

zentrales Thema und Anliegen, da der fortschreitende Verlust von Fähigkeiten und Fertigkeiten aufgrund der krankheitsbedingten Veränderungen im Gehirn ein Kernsymptom ist. Selbständigkeit beinhaltet alle Lebensbereiche, weshalb die Palette an Ansätzen und Konzepten sehr breit ist.

Bei leichter kognitiver Beeinträchtigung bzw. im Anfangsstadium einer Demenzerkrankung ist das Gedächtnistraining sehr prominent (Schloffer, Frick-Salzman & Prang, 2010). Seine positive Wirkung auf die Verzögerung des Krankheitsverlaufs und damit auf eine länger mögliche Selbständigkeit ist für frühe Stadien der Demenz belegt (Ermini-Fünfschilling & Meier, 1995). In der Praxis existiert unter dem Begriff „Gedächtnistraining“ eine Vielzahl an Methoden. Ausgangspunkt sind jedoch stets die Ressourcen der betroffenen Personen, Ziel der möglichst lange Erhalt von Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Bewegung und Aktivierung sind Inhalte von Ansätzen über alle Demenzstadien hinweg. Für das Anfangsstadium der Erkrankung liegen weniger spezifische Ansätze und Konzepte als vielmehr Empfehlungen vor. Diese lauten, die bisherigen Aktivitäten möglichst beizubehalten und viel Bewegung in den Alltag zu integrieren (Schwenk, Lauenroth & Oster, 2010). Für spätere Stadien der Demenzerkrankung bzw. die institutionalisierte Pflege und Betreuung liegen spezifische Konzepte vor. Die am weitesten verbreiteten sind die Aktivierungs- bzw. Beschäftigungstherapie (Eichenseer, 2015) und die Kinästhetik (Hatch, Maietta & Schmidt, 1992).

Aktivierungstherapie findet meist in Gruppen statt und fördert dadurch neben körperlichen und geistigen auch die sozialen Fähigkeiten. Neben dem Erhalt von Fähigkeiten sind die Förderung der Lebensqualität und das Erleben positiver Emotionen übergeordnete Ziele der Aktivierung, die sie gemäss Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen auch erreicht (z.B. (Graff et al., 2007). Kinästhetik unterstützt Menschen in ihren natürlichen Bewegungsmustern und berücksichtigt dabei die vorhandenen Bewegungsressourcen. Die körperlichen Fähigkeiten und die Beweglichkeit als wesentliche Voraussetzungen für die Teilnahme am täglichen Leben werden gefördert. Die Wirksamkeit der Kinästhetik ist nicht zweifelsfrei belegt (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP], 2014).

Die Konzepte der Ermutigung (Archibald, 1997) und der Retrogenese (Reisberg et al., 2002) beziehen sich vorwiegend auf das institutionelle Setting. Beim Konzept der Retrogenese wird davon ausgegangen, dass die geistigen und funktionellen Fähigkeiten bei demenzkranken Menschen in der Reihenfolge abnehmen, wie sie im Kindesalter erworben wurden. Um Umgang mit Betroffenen gilt es also, die alltäglichen Anforderungen auf das „Entwicklungsalter“ anzupassen, so dass die Personen weder unter- noch überfordert werden. Dabei sollen die Betroffenen aber stets als Erwachsene und nicht als Kinder behandelt werden. Das Konzept der Ermutigung will, dass demenzkranke Menschen in ihrem Alltag ermutigt und befähigt werden, ihre Aktivitäten möglichst selbständig auszuführen. Dazu sollen sie auch die Abläufe auf ihrem Wohnbereich in einer Institution mitbestimmen können.

4.1.5. Angehörige

Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung

Nach der Diagnose einer Sehbeeinträchtigung ist es für die Betroffenen wichtig, dass sie möglichst schnell an die notwendigen Informationen bezüglich Hilfsmittel, Rehabilitationsprogramme und Unterstützungsmöglichkeiten gelangen, dies zeigt die Untersuchung von Nelson & Barrik (2001). Die Informationen sollten laufend ergänzt werden. Wichtig ist, dass die Informationsmenge angemessen ist. Ein Zuviel an Informationen erleben die Personen nicht als hilfreich. Nelson & Barrik (2001) weisen auch darauf hin, dass Unterstützungspersonen aus dem sozialen Umfeld (Angehörige, Freunde,

Nachbarn etc.) selten selber Unterstützung oder Informationen bekommen. Doch das soziale Umfeld ist entscheidend für den Zugang zu Unterstützungsangeboten und Hilfsmitteln. Besonders wichtig ist das soziale Umfeld für diejenigen älteren Menschen mit Sehbeeinträchtigung, die sich selber nicht als sehbeeinträchtigt wahrnehmen.

Informierte Unterstützungspersonen beeinflussen den Umgang und die Anpassungen der Person mit Beeinträchtigung wesentlich. Deshalb sollten Angehörige und Begleitpersonen wo immer möglich in die Unterstützungs- und Informationsangebote miteinbezogen werden. Dies zeigt auch die Studie von Cory (2001). Ein doppelter Zugang, sowohl Rehabilitation für die betroffenen Personen als auch Weiterbildung oder Information für die begleitenden und pflegenden Personen wirken sich positiv auf die Lebensqualität der älteren Personen mit einer Sehbeeinträchtigung aus. Angehörige können als Türöffner für den Besuch von Beratungsstellen und zur Abklärung der betroffenen Person dienen. Zu beachten ist, dass das soziale Umfeld nur so weit einbezogen wird, wie die Person es auch wünscht.

Demenzkrankungen

Die Angehörigen von an Demenz erkrankten Personen spielen eine sehr wichtige Rolle in der Versorgung der Betroffenen. Sie sind damit aber auch verschiedenen Belastungen ausgesetzt, die sich in ihrer erhöhten Anfälligkeit für depressive Störungen und körperliche Gesundheitsbeeinträchtigungen niederschlägt (Kurz & Wilz, 2010). Diese Befunde haben zur Erkenntnis geführt, dass es auch Konzepte und Methoden für die Unterstützung der Angehörigen braucht. Diese Konzepte lassen sich nach Kurz & Wilz (2010) einteilen in problemorientierte und emotionsorientierte Ansätze. Ein weit verbreiteter problemorientierter Ansatz ist die Psychoedukation (Behrendt & Schaub, 2005). Dabei werden die Betroffenen und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung informiert, das Krankheitsverständnis und der selbstverantwortliche Umgang mit der Krankheit werden gefördert und die Krankheitsbewältigung unterstützt. Auf das emotionale Befinden sowohl der Betroffenen als auch der Angehörigen hat diese Form der Wissensvermittlung laut Metaanalysen (z.B. Pinquart & Sörensen, 2006) nur einen geringen positiven Einfluss.

Ein weiterer weit verbreiteter problemorientierter Ansatz ist das Angebot von Entlastungsmöglichkeiten, sei dies zur Tages- und/oder Nachtbetreuung oder Ferienbetreuung. Diese Angebote können die psychische Belastung von Angehörigen reduzieren und in Kombination mit anderen Angeboten auch einen Heimeintritt der Betroffenen verzögern (Mittelman, Haley, Clay & Roth, 2006). Der am weitesten verbreitete und in seiner Wirksamkeit am besten dokumentierte emotionsbasierte Ansatz beinhaltet kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme (Selwood, Johnston, Katona, Lyketsos & Livingston, 2007) die u.a. Copingstrategien und Selbstsorge beinhalten. Diese Programme sollten auf die individuellen Bedürfnisse der Angehörigen abgestimmt sein sowie hochfrequent und über eine längere Zeitdauer stattfinden, um die beste Wirksamkeit auf die psychische und physische Gesundheit der Angehörigen zu erzielen (Kurz & Wilz, 2010).

Als besonders günstig hat sich das Vorhandensein eines übergeordneten organisatorischen Konzepts (z. B. Case/Care Management) erwiesen, das die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen erkennt, bedarfsgerechte Angebote für pflegende Angehörige kombiniert und vernetzt (Mantovan, Ausserhofer, Huber, Schulc & Them, 2010) Dieses Case Management kann auch von speziell dafür geschulten Hausärzten übernommen werden. Diese Organisation ist für die Angehörigen von demenzkranken Personen besonders wichtig, da sie selber durch die Betreuung und die psychische Auseinandersetzung mit der Erkrankung des Angehörigen keine Ressourcen haben, sich selber ein bedarfsgerechtes Angebot zusammen zu suchen.

4.2. Identifikation von übergreifenden Elementen und Lücken

Die im vorangehenden Kapitel beschriebenen Ansätze, Methoden und empirischen Befunde wurden in der Expertengruppe zusammenfassend dargestellt. Die Themenbereiche wurden dabei getrennt nach Sehbeeinträchtigung und Demenzerkrankungen nacheinander vorgestellt. Nach der Vorstellung jedes Themenbereiches sowie am Schluss fand eine Diskussion in der Gruppe statt.

Die vom Projektteam gewählte Einteilung der bestehenden Ansätze und Methoden in die fünf Themen wurde unterstützt. „Angehörige“ als Titel wurde in Frage gestellt. Dies wurde als zu grosse Einschränkung vom damit angesprochenen Personenkreis verstanden. Es wurde eine Umbenennung in „soziales Umfeld“ vorgeschlagen und von allen Mitgliedern der Expertengruppe sowie vom Projektteam akzeptiert. Weiter in Frage gestellt als Titel wurde „Orientierung und Mobilität“. Die Assoziation mit dem Orientierungs- und Mobilitätstraining sei zu gross und würde anderes ausschliessen. Mit allseitiger Akzeptanz erfolgte eine Änderung des Titels in „räumliche Umgebung“. Die Haltung Betroffenen gegenüber, die vom Projektteam unter das Thema Kommunikation gefasst wurde, wurde von der Expertengruppe als von so grosser grundlegender Relevanz angesehen, dass ihr ein eigener Leitsatz gewidmet werden sollte. Dieser Vorschlag wurde von allen Anwesenden unterstützt.

Die Relevanz und Verbreitung der dargestellten Ansätze und Methoden in der Praxis wurde in der Expertengruppe bestätigt. Es wurde deutlich, dass die Expertinnen und Experten aus dem Sehbehindertenwesen nicht selbstverständlich mit den Ansätzen und Methoden aus dem Demenzbereich vertraut sind und umgekehrt. Es wurde erwähnt, dass ein Glossar oder eine Link-Sammlung zu weiterführenden Informationen hilfreich wäre.

In der Diskussion wurden für die erfolgreiche Umsetzung der Leitsätze in die Praxis zwei wichtige Themen aufgegriffen. Das erste betrifft Fragen nach der Verantwortung und Finanzierung der Umsetzung der Leitsätze in der Praxis. Wenn sich niemand für die Anwendung der Leitsätze in der Praxis zuständig fühlt und niemand bereit ist, die dafür notwendigen zeitlichen und finanziellen Ressourcen zur Verfügung zu stellen, werden sie in den Schubladen verschwinden. Um dies zu verhindern wurden einleitend Leitsätze unter dem Titel „Voraussetzungen“ ergänzt.

Das zweite Thema bezieht sich auf die Diagnostik in den verschiedenen Gebieten. Wenn keine sorgfältige Diagnostik erfolgt, kann auch keine auf das Individuum zugeschnittene Intervention geplant und durchgeführt werden. Das Projektteam war sich der Bedeutung der Diagnostik im ganzen Prozess wohl bewusst (s. Kapitel 2), hatte sie aber zeitlich vor dem Einsatz der Leitsätze angesiedelt. Die Erfahrungen und Bedürfnisse der Praxis wurden aber gerne aufgenommen und das Projektteam ergänzte die Leitsätze durch den Themenbereich „Diagnostik“.

Ein Anliegen der Expertengruppe war, dass das Projektteam aus seinen Vorarbeiten und aus der Diskussion im nächsten Schritt Leitsätze entwickeln sollte, die

- Fachpersonen auf allen hierarchischen Ebenen ansprechen
- so allgemein formuliert sind, dass jeder Nutzer, jede Nutzerin die Umsetzung auf ihre gegebenen Rahmenbedingungen abstimmen kann
- so praxisnah formuliert sind, dass die Umsetzung im Alltag ohne grossen zeitlichen und inhaltlichen Aufwand erfolgen kann
- so einfach formuliert sind, dass sie von Pflege- und Betreuungspersonen aller Funktionsstufen problemlos verstanden werden.

Wo die Expertengruppe in den präsentierten Ergebnissen Lücken feststellte, wurde in einem weiteren Schritt eine ergänzende Literaturrecherche durchgeführt.

4.3. Leitsätze

Ausgehend von den Ergebnissen der Arbeitspakete 1 und 2 wurden Leitsätze zu 8 Themen formuliert. Jeder Leitsatz wurde durch Hinweise für die Umsetzung ergänzt und konkretisiert. Das Projektteam achtete darauf, dass nur Inhalte aufgenommen wurden, die für Personen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung UND einer Demenzerkrankung relevant und zutreffend sind. Nachdem im Projektteam ein Konsens über eine vorläufige Fassung der Leitsätze gefunden und elektronisch an die Expertengruppenmitglieder verschickt worden war, wurde eine zweite Expertengruppensitzung durchgeführt. Dort wurden die Leitsätze in Form eines World Cafés im Detail diskutiert. Die Diskussion wurde von Mitgliedern des Projektteams protokolliert. Im Anschluss an die Expertengruppensitzung überarbeitete das Projektteam die Leitsätze und stellte sie der Expertengruppe elektronisch zu einer abschliessenden Stellungnahme zu.

4.3.1. Einleitung

Personen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung sowie ihr professionelles und privates Umfeld sind mit besonderen Herausforderungen konfrontiert. Darüber, wie diese Herausforderungen gemeistert werden können, damit eine bestmögliche Lebensqualität für die Betroffenen und ihre nahen Bezugspersonen resultiert, besteht im Allgemeinen noch wenig Kenntnis. Die folgenden Leitsätze haben zum Ziel, diese Lücke zu schliessen. Sie richten sich an Personen, die eine Person mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung als nahestehende Bezugsperson, als Freiwillige oder als Professionelle, begleiten, betreuen und pflegen. Weiter richten sie sich an Personen im Management von Organisationen, die im Dienste von älteren pflege- bzw. betreuungsbedürftigen Menschen stehen. In jeder dieser Organisationen können Menschen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung leben. Damit sie sich eindeutig mitgemeint wissen, ist ihnen speziell der erste Leitsatz gewidmet. Auch politisch engagierte Personen können die Leitsätze als Argumentarium für die Berücksichtigung und Stärkung der Bedürfnisse und Rechte der Betroffenen heranziehen.

Die Lebenslagen von Menschen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung sind derart komplex, dass die bestmögliche Gestaltung der physischen, psychischen und sozialen Umwelt nur dann gelingt, wenn die beteiligten Fachpersonen aus allen beteiligten Professionen und Institutionen mit der betroffenen Person und deren nahen Bezugspersonen zusammen arbeiten.

Zu diesem Zweck sind in den folgenden Leitsätzen diejenigen Bereiche angesprochen, die in der Arbeit mit und für Menschen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung UND einer Demenzerkrankung besonders berücksichtigt werden müssen. Spezifische Ratgeber und Broschüren für Menschen entweder mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung oder einer Demenzerkrankung gibt es bereits, entsprechende Hinweise sind im Anschluss an die Leitsätze aufgeführt.

Mit den Leitsätzen wollen wir Sie für die besonderen Lebenslagen von Menschen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung sensibilisieren und dafür sorgen, dass bei der Gestaltung der physischen, psychischen und sozialen Umwelt alle relevanten Bereiche angemessen berücksichtigt werden. In ihrer allgemeinen Formulierung können die Leitsätze den Besonderheiten der jeweils individuellen Bedürfnislage der Betroffenen nicht voll umfänglich gerecht werden. Jedoch bilden sie den Rahmen, an dem sich eine spezifische, für die betroffene Einzelperson optimale konkrete Umsetzung orientieren kann.

4.3.2. Voraussetzungen

Leitsatz: Betreuende und pflegende Fachpersonen bilden sich in den beiden Gebieten Seh- oder Hörsehbeeinträchtigungen und Demenzerkrankungen weiter. Sie verfügen im

Alltag über die notwendigen zeitlichen und personellen Ressourcen zur Umsetzung des Wissens in die Praxis.

- Das Management ist in Institutionen der Langzeitpflege und bei den Spitex-Organisationen wesentlich für die Umsetzung der Leitsätze im Pflege- und Betreuungsalltag verantwortlich. Es schafft die dafür notwendigen Voraussetzungen, indem es:
 - Fachpersonen sensibilisiert und ihnen Schulungen anbietet bzw. ermöglicht.
 - Thementrägerinnen oder –träger bestimmt. Diese verfügen über eine hohe Expertise in dieser Thematik und vertreten sie sowohl innerhalb der Institution als auch nach aussen und in der interprofessionellen Kooperation.
 - Ausreichend personelle und zeitliche Ressourcen im Pflege- und Betreuungsalltag zur Verfügung stellt.
- Die Leistungsvereinbarung mit dem Standort-Kanton unterstützt das Management in der Schaffung dieser Voraussetzungen, in dem sie den Betreuungsmehraufwand für Personen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung berücksichtigt.

4.3.3. Haltung

Leitsatz: Jede betroffene Person ist einzigartig und wird in ihrem „Person sein“ angenommen und wertgeschätzt.

- Die Person mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung ist ein aktiver Partner, eine aktive Partnerin in der Pflege und Betreuung und kann die eigenen Bedürfnisse, Wünsche und Ressourcen, bei Bedarf mit Unterstützung, äussern.
- Jede Form von Gesundheitsversorgung (Diagnostik, Therapie, Betreuung und Pflege, u.a.) erfolgt personenzentriert und geht von den Bedürfnissen, Wünschen und Ressourcen der betroffenen Person aus.
- Die Bedürfnisse, Wünsche und Ressourcen der betroffenen Person sind allen im Alltag involvierten Personen bekannt. So wird Kontinuität in der Pflege und Betreuung gewährleistet.
- Die Person mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung ist als Expertin ihrer selbst zu sehen.
- Jede Handlung, die eine Abweichung von dieser Haltung beinhaltet, wird im Team reflektiert und ist fachlich und ethisch überzeugend begründet.
- Ist die Person mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht in der Lage, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu äussern, werden diese bestmöglich zu erschliessen versucht durch:
 - die Beachtung ihrer nonverbalen Signale
 - die Berücksichtigung ihrer individuellen Biografie
 - die Kooperation mit ihr nahe stehenden Bezugspersonen.

4.3.4. Diagnostik

Leitsatz: Es ist von zentraler Bedeutung, dass sowohl eine vermutete Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung als auch Demenzerkrankung von den jeweiligen Fachpersonen interprofessionell und in Kooperation diagnostiziert werden.

- Sowohl bei einer vermuteten Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung als auch Demenzerkrankung ist eine bedarfsgerechte, qualitätsorientierte Diagnostik unabdingbar. Sie ist eine der Voraussetzungen dafür, dass Information, Beratung und

Unterstützung an die individuellen Möglichkeiten und Bedürfnisse der betroffenen Person angepasst werden können.

- Je früher im Krankheitsverlauf die Diagnostik erfolgt, desto besser kann die betroffene Person von Information, Beratung und Unterstützung profitieren.
- Die fachspezifische Diagnostik und Behandlung bzw. Anpassung von Hilfsmitteln wird an die jeweilige Situation der Person mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung angepasst. Voraussetzung dafür ist die Koordination und Kooperation der Fachpersonen der verschiedenen Disziplinen.
- Die Auswirkungen der Komorbidität auf den Alltag der betroffenen Person werden im interprofessionellen und interinstitutionellen Austausch zwischen Ärzten, Low Vision Fachpersonen, Pflegefachpersonen, Psycholog/innen, Agog/innen geprüft. Nahe Bezugspersonen sind in diesen Prozess einbezogen.
- Demenzerkrankungen und oft auch Seh- oder Hörsehbeeinträchtigungen verlaufen fortschreitend. Entsprechend ist eine am Einzelfall orientierte periodische Überprüfung von krankheitsbedingten Veränderungen erforderlich.
- Personen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung leiden zusätzlich häufig an depressiven- und Angstsymptomen. Den betreuenden Fachpersonen sind diese Zusammenhänge bekannt. Sie sind Veränderungen gegenüber aufmerksam und setzen sich proaktiv für deren frühzeitige Diagnostik und Behandlung ein. Dazu gehört auch die psychosoziale Beratung.

4.3.5. Kommunikation

Leitsatz: Die Kommunikation ist den Möglichkeiten und Bedürfnissen der Person mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung angepasst. Im Zentrum stehen die angepasste Nutzung der verbalen und insbesondere der nonverbalen Kommunikation sowie angemessen aufbereitete Informationen.

- Aus dem vielfältigen Angebot an Hilfsmitteln und Technologien wird gemeinsam mit jeder Person mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung individuell die passende Auswahl getroffen. Dies geschieht in Kooperation mit einer Fachperson für Demenzerkrankungen, einer Fachperson für Low Vision und allenfalls einer Fachperson für Hörbeeinträchtigung so früh wie möglich im Krankheitsverlauf.
- Die Möglichkeiten und Bedürfnisse der Person mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung ändern sich in Abhängigkeit von krankheitsbedingten Veränderungen. Deshalb überprüfen die Fachpersonen gemeinsam mit der betroffenen Person die Angemessenheit der genutzten Hilfsmittel und Technologien periodisch.
- Schriftliche Informationen sind kontrastreich sowie in Grossschrift gestaltet. Inhaltlich ist die Sprache im Aufbau und der Wortwahl einfach und klar.
- Die verbale Kommunikation erfolgt in einfachen Sätzen und beinhaltet dabei jeweils nur eine Aussage, Idee, Frage. Die angesprochene Person hat ausreichend Zeit für eine Reaktion. Durch Rückfragen wird geprüft, ob der Inhalt verstanden wurde.
- Die verbale Kommunikation sowohl von der betroffenen Person als auch von der Fachperson wird durch nonverbale Kommunikation unterstützt.
- Stimulation erfolgt über alle Sinneskanäle: hören, sehen, riechen, schmecken, tasten.

4.3.6. Soziale Kontakte

Leitsatz: Die Person mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung wird ihren Bedürfnissen und Gewohnheiten entsprechend bei der Pflege sozialer Beziehungen und der sozialen Teilhabe unterstützt.

- Die soziale und interessen geleitete Biografie der Person mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung wird aufgearbeitet und schriftlich dokumentiert. Die betreuenden und pflegenden Personen konsultieren sie regelmässig.
- Der Person mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung wird das Pflegen alter und das Knüpfen neuer sozialer Kontakte ermöglicht. Notwendige Unterstützung wird angeboten.
- Die Person mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung hat die Möglichkeit individuelle Aktivitäten und Hobbies zu pflegen. Falls nötig wird dafür Unterstützung, z.B. in Form von Begleitung, angeboten.
- Die Teilnahme an sozialen Aktivitäten und Anlässen wird ermöglicht und unterstützt.

4.3.7. Selbstständigkeit

Leitsatz: Der Person mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung stehen individuell notwendige Zeit und bedarfsgerechte Behandlungs- und Rehabilitationsangebote zur Verfügung. Damit kann sie den Alltag ihren Ressourcen entsprechend selbstständig bewältigen.

- Die Ressourcen der Person mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung werden erkannt und anerkannt und im Alltag gestärkt, so dass sie Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst selbstständig erledigen kann.
- Die Anforderungen, die die auszuübenden Aktivitäten an eine Person mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung stellen, werden an die Potentiale der Person angepasst, um eine Über- oder Unterforderung zu vermeiden.
- Rehabilitationsangebote (z.B. Ergotherapie, Heilpädagogik, auf Sehbeeinträchtigung spezialisiertes Mobilitäts-, Selbstpflege- und Low Vision Training, Kommunikationsfertigkeiten für hörbehinderte Menschen), welche die Selbstständigkeit unterstützen, sind bekannt, werden bei Bedarf vermittelt und koordiniert.
- Die Betreuenden geben der Person mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung von ausreichend Zeit zur selbstständigen Erledigung von Aktivitäten.

4.3.8. Soziales Umfeld

Leitsatz: Alle Beteiligten haben niederschwellig Zugang zu krankheits- bzw. behinderungsspezifischen Informationen und Beratungsangeboten. Sie werden bei Bedarf entlastet.

- Der Zugang zu Informationen, sowohl über Seh- oder Hörsehbeeinträchtigungen als auch über Demenzerkrankungen, ist für alle Beteiligten gewährleistet.
- Personen aus dem sozialen Umfeld von Personen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung werden, soweit dies möglich und Rechtens ist, von den behandelnden Fachpersonen einbezogen. Die Fachpersonen üben dabei eine proaktive Rolle aus.
- Personen, die Menschen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung im privaten Bereich pflegen und betreuen haben Zugang zu Beratungsangeboten. Diese helfen, die eigenen Möglichkeiten und Grenzen in der Betreuung zu erkennen und bei Bedarf Entlastungsmöglichkeiten zu organisieren.
- Betreuende und Pflegende im privaten Bereich haben verschiedene Möglichkeiten, sich untereinander auszutauschen und zu entlasten.

4.3.9. Räumliche Umgebung

Leitsatz: Die Umgebung, in der die Person mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung lebt, ist so gestaltet, dass sie Bewegung ermöglicht sowie Orientierung und Sicherheit bietet.

- Die Räume, in denen die Person mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung sich täglich bewegt, sind einfach und klar gegliedert. Sie ermöglichen der betroffenen Person die Orientierung durch klare Orientierungspunkte, die nutzbare Sinneskanäle ansprechen. Wichtige Referenzpunkte in der Wohnung, der Pflegewohngruppe oder im eigenen Zimmer sind durch grosse, kontrastreiche Bilder und Symbole, taktile Orientierungspunkte oder Ähnliches gekennzeichnet.
- Die Ausstattung mit ausreichend und kontrastreich gestalteten Handläufen bietet den Personen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung Sicherheit und unterstützt die Mobilität.
- Wo Menschen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung leben, sind die Gebäude und Aussenräume hindernisfrei gestaltet. Falls notwendig wird dazu mit Nachbarn und der Verwaltung zusammengearbeitet.
- Auf längeren Wegen im Innern der Räume und auf Spaziergängen nach draussen wird die Person mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung auf ihren Wunsch hin begleitet. Diese Begleitung kann in Institutionen auch durch Mitbewohnende erfolgen.
- Die Beleuchtung des Innenraumes sowie die Akustik sind den Bedürfnissen der Person mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung und einer gleichzeitigen Demenzerkrankung angepasst. Dies ist eine anspruchsvolle Aufgabe und erfordert die Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus Gerontologie, Low Vision, Elektro-/Lichtplanung sowie Raumakustik.

4.3.10. Weiterführende Informationen

Die Seh- und hörspezifischen Rehabilitationsangebote "Low Vision", "Orientierung und Mobilität" sowie "Lebenspraktische Fertigkeiten" können in der Schweiz (in der Regel) kostenlos bei den in allen Regionen vorhandenen Beratungsstellen für Menschen mit Sehbehinderung bzw. bei den Beratungsstellen für Menschen mit Hörsehbehinderung bezogen werden, sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich. Ausgangspunkt ist immer eine fachliche Abklärung des Sehvermögens und im höheren Alter meistens auch des Hörvermögens. Beratung und Schulung sowie den eventuell sinnvollen Einsatz von Hilfsmitteln werden individuell geplant und in der Einzelsituation durchgeführt.

Low Vision optimiert die Nutzung des vorhandenen Sehvermögens. Das Sehpotenzial wird funktional erfasst und die Personen werden im Gebrauch von Sehhilfen und anderen Hilfsmitteln geschult. Die visuelle Wahrnehmung wird gefördert. Die Hilfsmittel umfassen Sehhilfen für den Nah und Fernbereich. Dazu gehört auch der Umgang mit schriftlicher Kommunikation. Die Angebote bestehen auch für Menschen mit zusätzlichen Beeinträchtigungen.

Das Orientierungs- und Mobilitätstraining befähigt Menschen mit einem Sehverlust, sich sicher und möglichst selbständig fortzubewegen und die Orientierung im Raum zu verbessern. Die Schulung berücksichtigt die körperliche und kognitive Voraussetzung der Personen.

Die Rehabilitation im Bereich der „Lebenspraktischen Fertigkeiten“ vermittelt Techniken rund um die Bewältigung des alltäglichen Lebens auch mit stark reduziertem

Sehvermögen. Im individuell angepassten Unterricht wird auf den Erfahrungen der Personen aufgebaut. Anwendungsbereiche sind Themen wie Essen, Körperpflege, Freizeitgestaltung, Medien und Kommunikation.

Bei Vorliegen einer Hörsehbeeinträchtigung besteht die Möglichkeit zu einem spezialisierten Kommunikationstraining. Auch hier wird von den kommunikativen Erfahrungen und Fertigkeiten der Person ausgegangen, ihr zusätzliche Fertigkeiten angeboten und vor allem dafür gesorgt, dass das soziale Umfeld auf die Kommunikationsformen der Person einzusteigen vermag.

Die Adressen der in den Kantonen zuständigen Beratungsstellen für Menschen mit Sehbeeinträchtigung oder Hörsehbeeinträchtigung an welche sich auch Angehörige, Fachpersonen und Institutionen wenden können, finden Sie auf der Homepage des Schweizerischen Zentralvereins für das Blindenwesen: <http://www.szb.ch/szb/>

Zum würdigen Umgang mit älteren Menschen. Charta der Zivilgesellschaft

Die von CURAVIVA Schweiz lancierte, von zahlreichen Fachverbänden unterzeichnete und am 11. Mai 2010 in Bern lancierte „Charta der Zivilgesellschaft für einen würdigen Umgang mit älteren Menschen“, bündelt Richtlinien und ethisch-gesellschaftliche Leitsätze für verantwortungsbewusstes Handeln in der Pflege und soll zu einer hohen Pflegequalität in Schweizer Heimen und sozialen Institutionen beitragen.

<http://www.curaviva.ch/files/0XA8VNQ/Charta-der-Zivilgesellschaft.pdf>

Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften

(SAMW): Die Zentrale Ethikkommission antizipiert und diskutiert ethische Probleme der Medizin. Als Hilfestellung für die medizinische Praxis oder die biomedizinische Forschung formuliert sie Richtlinien und Empfehlungen. Diese werden in der Regel in die Standesordnung der FMH aufgenommen und dadurch für FMH-Mitglieder verbindlich. Die Richtlinien werden in regelmässigen Abständen überprüft und revidiert

<http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>.

Hier findet man auch die **Richtlinien zur Patientenverfügung**.

Sowie die Richtlinien **Demenz: Betreuung von PatientInnen mit fortschreitendem Verlust der kognitiven Fähigkeiten** <http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/In-Erarbeitung/Demenz.html>, die Richtlinien **Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende** und die Richtlinien **Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen** (2004, aktualisiert 2012).

Koordinationsleistungen und Massnahmen zur Verhinderung von Komplikationen gehören zur Kerndienstleistung einer **Spitex-Organisation** (KLV Art. 7). Mit diesem Angebot können komplexe und instabile (Familien-)Pflegesituationen stabilisiert, unterstützt und entlastet werden. Auf der Homepage des Spitexverbandes Schweiz findet man auch die Regionalen Angebote. Spitex Verband Schweiz: <http://www.spitex.ch/>

Informationen zu baulichen Massnahmen

Christiaen Marie-Paule (2004), Sehbehinderte Menschen in Alterseinrichtungen, www.abage.ch

[bfu-Fachdokumentation](#) 2.103, Bauliche Massnahmen zur Sturzprävention, 2013

Richtlinie SLG 104: Alters- und sehbehindertengerechte Beleuchtung im Innenraum, Schweizer Licht Gesellschaft, 2014

Bohn Felix (2014), Planungsrichtlinien für altersgerechte Wohnbauten, www.hindernisfrei-

bauen.ch,

Buser F. und Schmidt E. (2014), Planung und Bestimmung visueller Kontraste,
www.hindernisfrei-bauen.ch

Dementielle Erkrankungen

Schweizerische Alzheimervereinigung: <http://www.alz.ch/>

Deutsche Alzheimer Gesellschaft: <https://www.deutsche-alzheimer.de/>

Schweizer Memory Kliniken: <http://www.swissmemoryclinics.ch/>

Validation in der Schweiz: <http://www.va-ch.ch/>

Fach- und Dienstleistungsorganisationen für Altersfragen

Pro Senectute: <https://www.prosenectute.ch/de/ueber-uns/gesamtorganisation.html>

Entlastungsdienst für pflegende Angehörige: <https://www.entlastungsdienst.ch/>

Verband Heime und Institutionen Schweiz: <http://www.curaviva.ch/>

5. Literaturverzeichnis

Aa, Hilde P. A., Hoeben, M., Rainey, L., Rens, Ger H. M. B., Vreeken, H. L. & Nispen, Ruth M. A. (2014). Why visually impaired older adults often do not receive mental health services: The patient's perspective. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*.

Adler, J. & Wohlgensinger, C. (2014). Marsmännchen sind auf der Erde einsam. Strategien von Menschen mit einer Hörsehbehinderung zur Alltagsbewältigung. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 81 (1), 6–19.

Adler, J. & Wohlgensinger, C. (2011): Zusammenfassung der Studienergebnisse. In: Taubblindheit: Den Tatsachen ins Auge gesehen: eine Publikation zur Studie "Zur Lebenslage hörsehbehinderter und taubblinder Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen in der Schweiz". St. Gallen: Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen (SZB), 12-25.

Adler, J., Wohlgensinger, C., Meier, S., Hättich, A. (2011). Zur Lebenslage hörsehbehinderter und taubblinder Menschen in unterschiedlichen Lebensabschnitten in der Schweiz. Schlussbericht. http://www.szb.ch/fileadmin/user_upload/szb-studie_lebenslage_taubblinder_menschen_2011.pdf.

Alters-und Versicherungsamt der Stadt Bern. (2009). Gestaltung von Innenräumen für Demenzzranke. Empfehlungen für Institutionen und Baufachleute. Kanton Bern und Stadt Bern.

Archibald, C. (1997). *Specialist dementia units: a practice guide for staff*. Stirling: Dementia Services Development Centre.

Ballemans, J., Zijlstra, G. A. R., van Rens, G. H. M. B., Schouten, J. S. A. G. & Kempen, G. I. J. M. (2012). Usefulness and acceptability of a standardised orientation and mobility training for partially-sighted older adults using an identification cane. *BMC Health Services Research*, 12, 141.

Ballemans, J., Kempen, G. I. & Zijlstra, G. R. (2011). Orientation and mobility training for partially-sighted older adults using an identification cane: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 25 (10), 880–891.

Bandello, F., Lafuma, A. & Berdeaux, G. (2007). Public health impact of neovascular age-related macular degeneration treatments extrapolated from visual acuity. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 48 (1), 96–103.

Barnes, L. L., De Leon, C. M., Wilson, R. S., Bienias, J. L. & Evans, D. A. (2004). Social resources and cognitive decline in a population of older African Americans and whites. *Neurology*, 63 (12), 2322–2326.

Beckley, M. N., Teaford, M. H., Balaswamy, S., Flom, R., Kegelmeyer, D. & Raasch, T. (2007). Low vision: Developing services for older adults. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54 (4), 310–312.

Behrendt, B. (Hrsg.). (2005). *Handbuch Psychoedukation & Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis*. Tübingen: Dgvt-Verl.

Bennett, D. A., Schneider, J. A., Tang, Y., Arnold, S. E. & Wilson, R. S. (2006). The effect of social networks on the relation between Alzheimer's disease pathology and level of cognitive function in old people: a longitudinal cohort study. *The Lancet Neurology*, 5 (5), 406–412.

- Berendonk, C., Stanek, S., Schönit, M., Kaspar, R., Bär, M. & Kruse, A. (2011). Biographiearbeit in der stationären Langzeitpflege von Menschen mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44 (1), 13–18.
- Bickel, H. (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Hrsg.). (2014). Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Verfügbar unter www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf
- Binns, A. M., Bunce, C., Dickinson, C., Harper, R., Tudor-Edwards, R., Woodhouse, M. et al. (2012). How effective is low vision service provision? A systematic review. *Survey Of Ophthalmology*, 57 (1), 34–65.
- Birk, T., Hickl, S., Wahl, H.-W., Miller, D., Kämmerer, A., Holz, F. et al. (2004). Development and Pilot Evaluation of a Psychosocial Intervention Program for Patients With Age-Related Macular Degeneration. *Gerontologist*, 44 (6), 836–843.
- 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. St. Gallen.
- Carvalho, Keila Monteiro de, Monteiro, Gelse Beatriz Martins, Isaac, C. R., Shiroma, L. O. & Amaral, M. S. (2004). Causes of low vision and use of optical aids in the elderly. *Revista Do Hospital Das Clínicas*, 59 (4), 157–160.
- Cedrone, C., Ricci, F., Nucci, C., Cesareo, M., Macri, G. & Culasso, F. (2007). Age-specific changes in the prevalence of best-corrected visual impairment in an Italian population. *Ophthalmic Epidemiology*, 14 (5), 320–326.
- Christiaen, M. P. (2005). Sehbehinderte Menschen in Alterseinrichtungen. Vorschläge für eine sehbehindertenfreundliche Gestaltung des Wohn- und Lebensbereiches. Genf: Association pour le Bien des Aveugles et malvoyants.
- Christy, B., Keeffe, J. E., Nirmalan, P. K. & Rao, G. N. (2010). A randomized controlled trial assessing the effectiveness of strategies delivering low vision rehabilitation: design and baseline characteristics of study participants. *Ophthalmic Epidemiology*, 17 (4), 203–210.
- Cory, P. (2001). Elementary Rehabilitation for Seniors Who Lose Sight in LateLife. In H.-W. Wahl & H.-E. Schulze (Hrsg.), *On the special needs of blind and low vision seniors. Research and Practice Concepts*. (S. 161–168). IOS Press.
- Dean, P. M., Feldman, D. M., Morree, D. & Morton, D. (2009). Clinical Evaluation of the Mini-Mental State Exam with Culturally Deaf Senior Citizens (English). *Arch. clin. neuropsychol.*, 24 (8), 753–760.
- de Boer, Michiel R, Twisk, J., Moll, A. C., Völker-Dieben, Hennie J M, de Vet, Henrica C W & van Rens, Ger H M B. (2006). Outcomes of low-vision services using optometric and multidisciplinary approaches: a non-randomized comparison. *Ophthalmic & Physiological Optics: The Journal Of The British College Of Ophthalmic Opticians (Optometrists)*, 26 (6), 535–544.
- DEAN, P. M., FELDMAN, D. M., MORREE, D. & MORTON, D. (2009). Clinical Evaluation of the Mini-Mental State Exam with Culturally Deaf Senior Citizens (English). *Arch. clin. neuropsychol.*, 24 (8), 753–760.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.). (2014).

Expertenstandard nach §113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Abschlussbericht. Osnabrück: Hochschule Osnabrück. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandard/Pflege_Expertenstandard_Mobilitaet_Abschlussbericht_14-07-14_finaleVersion.pdf

Diepes, H., Krause, K. & Rohrschneider, K. (2007). Sehbehinderung. Ursachen-Auswirkung-Versorgung. Heidelberg: DOZ-Verlag.

Eichenseer, B. (Hrsg.). (2015). Aktivierungstherapie für Menschen mit Demenz. Motorisch - alltagspraktisch - kognitiv - spirituell (2. Aufl.). München: Urban & Fischer in Elsevier.

Ermini-Fünfschilling, D. & Meier, D. (1995). Gedächtnistraining: Wichtiger Bestandteil der Milieuthherapie bei seniler Demenz. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 28 (3), 190–194.

Feil, N. & Klerk-Rubin, V. d. (2010). Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen (Reinhardts gerontologische Reihe, Bd. 16, 9., überarb. und erw. Aufl.). München: E. Reinhardt.

Fick, K. M. (1993). The influence of an animal on social interactions of nursing home residents in a group setting. American Journal of Occupational Therapy, 47 (6), 529–534.

Finger, R. P., Tellis, B., Crewe, J., Keeffe, J. E., Ayton, L. N. & Guymer, R. H. (2014). Developing the impact of Vision Impairment-Very Low Vision (IVI-VLV) questionnaire as part of the LoVADA protocol. Investigative Ophthalmology & Visual Science, 55 (10), 6150–6158.

Franke, G. H., Esser, J., Reimer, J. & Maener, N. (2001). The psychological impact of visual impairment of patients with different age. In H.-W. Wahl & H.-E. Schulze (Hrsg.), On the special needs of blind and low vision seniors. Research and Practice Concepts. (S. 67–76). IOS Press.

Fröhlich, A. D. (1995). Basale Stimulation. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.

Fung, J. K. K., Tsang, H. W. & Chung, R. C. (2012). A systematic review of the use of aromatherapy in treatment of behavioral problems in dementia. Geriatrics & Gerontology International, 12 (3), 372–382.

Graff, M. J., Vernooij-Dassen, M. J., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H. & OldeRikkert, M. G. (2007). Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 62 (9), 1002–1009.

Hassell, J. B., Lamoureux, E. L. & Keeffe, J. E. (2006). Impact of age related macular degeneration on quality of life. The British Journal Of Ophthalmology, 90 (5), 593–596.

Hatch, F., Maietta, L. & Schmidt, S. (1992). Kinästhetik. Interaktion durch Berührung und Bewegung in der Krankenpflege (1. Aufl.). Eschborn: Dt. Berufsverb. für Pflegeberufe.

Heeg, S. Zur Bedeutung des architektonischen Milieus in der stationären Psychotherapie und Rehabilitation. In Handbuch der stationären Verhaltenstherapie (S. 85–106).

Heussler, F. (2010). Sehschädigung im Alter. Kennen und erkennen. NOVAcura, 1 (5), 23–25. Zugriff am 29.09.2015. Verfügbar unter <http://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1662-9027/a000005>

- Hinds, A., Sinclair, A., Park, J., Suttie, A., Paterson, H. & Macdonald, M. (2003). Impact of an interdisciplinary low vision service on the quality of life of low vision patients. *The British Journal Of Ophthalmology*, 87 (11), 1391–1396.
- Hollenweger, J. (2003). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) Teil 1 und 2. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 9 (10/11), 4–8.
- Hooper, P., Jutai, J. W., Strong, G. & Russell-Minda, E. (2008). Age-related macular degeneration and low-vision rehabilitation: a systematic review. *Canadian Journal Of Ophthalmology. Journal Canadien D'ophtalmologie*, 43 (2), 180–187.
- Höwler, E. (2004). *Gerontopsychiatrische Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für die Altenpflege (Brigitte-Kunz-Verlag, 2., aktualisierte und überarb. Aufl.)*. Hannover: Schlütersche.
- Ihrig, C. (2013). Vision rehabilitation team management of acquired monocular vision. *Optometry And Vision Science: Official Publication Of The American Academy Of Optometry*, 90 (3), e89.
- Justiss, M. D. (2013). Occupational therapy interventions to promote driving and community mobility for older adults with low vision: A systematic review. *The American Journal Of Occupational Therapy: Official Publication Of The American Occupational Therapy Association*, 67 (3), 296–302.
- Jutai, J. W., Strong, J. Graham & Russell-Minda, E. (2009). Effectiveness of Assistive Technologies for Low Vision Rehabilitation: A Systematic Review. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 103 (4), 210–222.
- Kilimann, I., Óvari, A., Hermann, A., Witt, G., Pau, H. W. & Teipel, S. (2015). Hörstörung und Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48 (5), 440–445.
- Kitwood, T. (2000). *Demenz. Der personale Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Hans Huber.
- Kurz, A., & Wilz, G. (2011). Die Belastung pflegender Angehöriger bei Demenz. *Der Nervenarzt*, 82(3), 336-342.
- Kuyk, T., Elliott, J. L., Wesley, J., Scilley, K., McIntosh, E., Mitchell, S. et al. (2004). Mobility function in older veterans improves after blind rehabilitation. *Journal Of Rehabilitation Research And Development*, 41 (3A), 337–346.
- Lauber, S. (2012). Zwischen Standardisierung und subjektiver Erfahrung: Evaluation von Schulungen in Lebenspraktischen Fähigkeiten bei blinden- und sehbehinderten Menschen im höheren Lebensalter. In U. Kuckartz & S. Rädiker, *Erziehungswissenschaftliche Evaluationspraxis - Beispiele - Konzepte – Methoden* (S. 65-78). Weinheim: Juventa
- Lämmle, G. (2013). Verhaltenstherapie (VT), Alzheimer - Angehörigen Initiative. *Alzheimer Forum*. Zugriff am 22.02.2016. Verfügbar unter <http://www.alzheimerforum.de/4/4/2/verhaltenstherapie.html>
- Lamoureux, E. L., Pallant, J. F., Pesudovs, K., Rees, G., Hassell, J. B. & Keeffe, J. E. (2007). The effectiveness of low-vision rehabilitation on participation in daily living and quality of life. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 48 (4), 1476–1482.
- LAWRENCE, V., Murray, J., Ffytche, D. & BANERJEE, S. (2009). Out of sight, out of mind. A qualitative study of visual impairment and dementia from three perspectives (English). *Int. psychogeriatr.*, 21 (3), 511–518.

- Lehrl, S. & Gerstmeyer, K. (2004). Systemic diagnostic error of senile dementia by cataract-related impairment of information processing? *Der Ophthalmologe : Zeitschrift der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft*, 101 (2), 164–169.
- LIN, F. R., FERRUCCI, L., METTER, E. Jeffrey, AN, Y., ZONDERMAN, A. B. & RESNICK, S. M. (2011). Hearing Loss and Cognition in the Baltimore Longitudinal Study of Aging (English). *Neuropsychology*, 25 (6), 763–770.
- LIN, F. R., Yaffe, K., Xia, J., Xue, Q.-L., Harris, T. B., Purchase-Helzner, E. et al. (2013). Hearing loss and cognitive decline in older adults. *JAMA Internal Medicine*, 173 (4), 293–299.
- Lindo, G. & Nordholm, L. (1999). Adaptation Strategies, Well-Being, and Activities of Daily Living among People with Low Vision. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 93 (7), 434–46.
- Liu, C.-J., Brost, M. A., Horton, V. E., Kenyon, S. B. & Mears, K. E. (2013). Occupational therapy interventions to improve performance of daily activities at home for older adults with low vision: a systematic review. *The American Journal Of Occupational Therapy: Official Publication Of The American Occupational Therapy Association*, 67 (3), 279–287.
- Loiacono, E. T., Djamasbi, S. & Kiryazov, T. (2013). Factors that affect visually impaired users' acceptance of audio and music websites. *International Journal of Human-Computer Studies*, 71 (3), 321–334.
- Magai, C., Cohen, C. I. & Gomberg, D. (2002). Impact of training dementia caregivers in sensitivity to nonverbal emotion signals. *International psychogeriatrics*, 14 (1), 25–38.
- Mantovan, F., Ausserhofer, D., Huber, M., Schulc, E. & Them, C. (2010). Interventionen und deren Effekte auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Eine systematische Literaturübersicht. *Pflege Die Wissenschaftliche Zeitschrift Fuer Pflegeberufe*, 23 (4), 223.
- Markowitz, S. N., Kent, C. K., Schuchard, R. A. & Fletcher, D. C. (2008). Ability to Read Medication Labels Improved by Participation in a Low Vision Rehabilitation Program. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 102 (12), 774–777.
- McMahon, J. M. & Curtis, A. (2009). Methods of Reading Information on Labels of Prescription Medications by Persons Who Are Visually Impaired. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 103 (5), 303–308.
- Meyer-Ruesenberg, B. & Richard, G. (2010). [New insights into the underestimated impairment of quality of life in age-related macular degeneration - a review of the literature]. *Klinische Monatsblätter Für Augenheilkunde*, 227 (8), 646–652.
- Mitchell, J. & Bradley, C. (2006). Quality of life in age-related macular degeneration: a review of the literature. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 4, 97.
- Mittelman, M. S., Haley, W. E., Clay, O. J. & Roth, D. L. (2006). Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology*, 67 (9), 1592–1599.
- Moretti, F., Ronchi, D. de, Bernabei, V., Marchetti, L., Ferrari, B., Forlani, C. et al. (2011). Pet therapy in elderly patients with mental illness. *Psychogeriatrics*, 11 (2), 125–129.
- Nelson, A. & Barrick, A. (2001). Individual support needs of older people with serious light loss. In H.-W. Wahl & H.-E. Schulze (Hrsg.), *On the special needs of blind and low vision seniors. Research and Practice Concepts*. (S. 61–66). IOS Press.

- Nguyen, N. X., Weismann, M. & Trauzettel-Klosinski, S. (2009). Improvement of reading speed after providing of low vision aids in patients with age-related macular degeneration. *Acta Ophthalmologica*, 87 (8), 849–853.
- Osborn, R. R., Erber, N. P. & Galletti, A. B. (2000). Effects of Background Noise on the Perception of Speech by Sighted Older Adults and Older Adults with Severe Low Vision. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94 (10), 648.
- Oshima, K., Arai, T., Ichihara, S. & Nakano, Y. (2014). Tactile Sensitivity and Braille Reading in People with Early Blindness and Late Blindness. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 108 (2), 122–131.
- Peelle, J. E., Troiani, V., Grossman, M. & Wingfield, A. (2011). Hearing loss in older adults affects neural systems supporting speech comprehension. *The Journal of Neuroscience*, 31 (35), 12638–12643.
- Pfammatter, T. (2010). Welchen Einfluss auf das Verhalten von Demenzkranken hat die integrative und segregative Versorgungsform. Eine systematische Literaturübersicht, HES-SO Valais Wallis Bereich Gesundheit & Soziale Arbeit. Zugriff am 22.02.2016. Verfügbar unter http://doc.rero.ch/record/18043/files/TB_Pfammatter_Tobias.pdf
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects. *International psychogeriatrics*, 18 (4), 577–595.
- Rabbit, P. (1990). Mild hearing loss can cause apparent memory failures which increase with age and reduce with IQ. *Acta Otolaryngol Suppl* (476), 167–176.
- Reeves, B. C., Harper, R. A. & Russell, W. B. (2004). Enhanced low vision rehabilitation for people with age related macular degeneration: a randomised controlled trial. *The British Journal Of Ophthalmology*, 88 (11), 1443–1449.
- Reisberg, B., Franssen, E. H., Souren, L. E., Auer, S. R., Akram, I. & Kenowsky, S. (2002). Evidence and mechanisms of retrogenesis in Alzheimer's and other dementias: management and treatment import. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 17 (4), 202–2012.
- Reischies, F. M. (2006). *Demenz*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Renieri, G.; Pitz, S.; Pfeiffer, N.; Beutel, M. E.; Zwerenz, R. (2013): Changes in quality of life in visually impaired patients after low-vision rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 36 (1), 48-55.
- Richard, N. (2004). *Demenz, Kommunikation und Körpersprache. Integrative Validation (IVA)*. In Tackenberg, Peter, Abt-Zegelin, Angelika (Hrsg.), *Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung* (S. 142–148). Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Rogers, C. R. (2014). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten (Konzepte der Humanwissenschaften, 19. Aufl.)*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rovner, B. W., Casten, R. J., Hegel, M. T., Massof, R. W., Leiby, B. E., Ho, A. C. et al. (2014). Low vision depression prevention trial in age-related macular degeneration: a randomized clinical trial. *Ophthalmology*, 121 (11), 2204–2211.
- Rowe, F. (2013). Symptoms of stroke-related visual impairment. *Strabismus*, 21 (2), 150–154.
- Scanlan, J. M. & Cuddeford, J. E. (2004). *Low Vision Rehabilitation: A Comparison of*

Traditional and Extended Teaching Programs. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 98 (10), 601–610.

Schlosser, H., Frick-Salzmänn, A. & Prang, E. (2010). *Gedächtnistraining. Theoretische und praktische Grundlagen*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-01067-5>

Schulz, H. (2014). *Stationäre Versorgungsstrukturen. Kritische Erfolgsfaktoren beim Angebot von Pflegewohngruppen für alte Menschen mit Demenz und gleichzeitiger Sehbehinderung*. Masterarbeit. Bern: Berner Fachhochschule Institut Alter.

Schwenk, M., Lauenroth, A. & Oster, P. (2010). Effektivität von körperlichem Training zur Verbesserung motorischer Leistungen bei Patienten mit demenzieller Erkrankung. In Braumann, Klaus-Michael, Stiller, Niklas (Hrsg.), *Bewegungstherapie bei internistischen Erkrankungen* (S. 167–184). Berlin Heidelberg: Springer.

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*. Zürich: Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.

Selwood, A., Johnston, K., Katona, C., Lyketsos, C. & Livingston, G. (2007). Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *Journal of affective disorders*, 101 (1), 75–89.

Siemsen, D. W. & Brown, W. L. (2011). Vision rehabilitation of persons with age related macular degeneration. *Seminars In Ophthalmology*, 26 (3), 65–68.

Società Ticinese per l'assistenza dei Ciechi. (2007). *Comunicato stampa del 20 settembre 2007. Ticino all'avanguardia*. Zugriff am 29.09.2015. Verfügbar unter <http://www.stac-prociechi.ch/data/comunicati/comunicato-stampa-20-sett-2007.pdf>

Soong, G. P., Lovie-Kitchin, J. E. & Brown, B. (2001). Does mobility performance of visually impaired adults improve immediately after orientation and mobility training? *Optometry And Vision Science: Official Publication Of The American Academy Of Optometry*, 78 (9), 657–666.

Spring, S. (2011). *Taubblindheit: Den Tatsachen ins Auge gesehen: eine Publikation zur Studie "Zur Lebenslage hörsehbehinderter und taubblinder Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen in der Schweiz"*. St. Gallen: Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen (SZB).

Spring, S. (2012). *Sehbehinderung und Blindheit: Entwicklung in der Schweiz. Eine Publikation zur Frage: „Wie viele sehbehinderte, blinde und hörsehbehinderte Menschen gibt es in der Schweiz?“*. St. Gallen: Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen (SZB)..

Spring, S. (2014). *Grüezi, ich heisse Information zur Begegnung mit Menschen, die eine Hörsehbehinderung haben*. St. Gallen: Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen (SZB).

Spring, S. (2015). *Sehen, Hören und Demenzerkrankungen im RAI-Spiegel. Bericht zur Halbzeit*, Zürich: Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen (SZB),

Staack, s. (2004). *Milieuthérapie: Ein Konzept zur Betreuung demenziell Erkrankter*. Hannover: Vincentz-Verlag.

- Stechl, E., Lämmler, G., Steinhagen-Thiessen, E. & Flick, U. (2007). Subjektive Wahrnehmung und Bewältigung der Demenz im Frühstadium–SUWADEM. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40 (2), 71–89.
- Suchan, C. (2014). *Biografiearbeit bei Menschen mit Demenz*. Hamburg: Bachelor & Master Publishing.
- Tun, P. A., McCoy, S. & Wingfield, A. (2009). Aging, hearing acuity, and the attentional costs of effortful listening. *Psychology and aging*, 24 (3), 761.
- Tymchuk, A. J., Ouslander, J. G. & Rader, N. (1986). Informing the elderly. A comparison of four methods. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 34 (11), 818–822.
- Vasse, E., Vernooij-Dassen, M., Spijker, A., Rikkert, M. O. & Koopmans, R. (2010). A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes. *International psychogeriatrics*, 22, 189–200.
- Verheul, A. & Hulsege, J. (2005). *Snoezelen. Eine andere Welt* (10. Aufl.). Bundesvereinigung Lebenshilfe: Lebenshilfe-Verlag.
- Vink, A. C., Birks, J. S., Bruinsma, M. S. & Scholten, R. J. P. M. (2003). Music therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. Verfügbar unter <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003477.pub2/epdf/standard>
- Virgili, G., Acosta, R., Grover, L. L., Bentley, S. A. & Giacomelli, G. (2013). Reading aids for adults with low vision. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 10, CD003303.
- Walthes, R. (2014). *Einführung in die Pädagogik bei Blindheit und Sehbeeinträchtigung. Mit 14 Tabellen und 21 Übungsaufgaben* (UTB, Bd. 2399, 3. Aufl.). München: E. Reinhardt.
- Wang, H. X., Karp, A., Winblad, B. & Fratiglioni, L. (2002). Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen project. *American Journal Of Epidemiology*, 155 (12), 1081–1087.
- Warren, M. (2008). Memory Loss, Dementia, and Stroke: Implications for Rehabilitation of Older Adults with Age-Related Macular Degeneration. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 102 (10), 611–615.
- Whitson, H. E., Whitaker, D., Potter, G., McConnell, E., Tripp, F., Sanders, L. L. et al. (2013). A low-vision rehabilitation program for patients with mild cognitive deficits. *JAMA Ophthalmology*, 131 (7), 912–919.
- Whitson, H. E., Whitaker, D., Sanders, L. L., Potter, G. G., Cousins, S. W., Ansah, D. et al. (2012). Memory deficit associated with worse functional trajectories in older adults in low-vision rehabilitation for macular disease. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 60 (11), 2087–2092. Verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=23126548&site=ehost-live>
- Widmann, K. (2010). Dement und blind. Wie kann ich mich noch orientieren? *Lebenswelt Heim*, 7 (45), 34–45. Zugriff am 19.09.2015. Verfügbar unter http://lwh.mmf.at/j31/lwh-medien/dokumente/0507-lwh_45_dement-und-blind.pdf
- Willemse, A. & Verstraten, P. (2001). Care for Visually Impaired and Blind Seniors in Homes for the Elderly. A Project in the Netherlands. In H.-W. Wahl & H.-E. Schulze (Hrsg.), *On the special needs of blind and low vision seniors*. Research and Practice Concepts. (S. 317–321). IOS Press.

Williams, A. S. (2012). Creating low vision and nonvisual instructions for diabetes technology: an empirically validated process. *Journal Of Diabetes Science And Technology*, 6 (2), 252–259. Verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=22538133&site=ehost-live>

Young, A., Ferguson-Coleman, E. & Keady, J. (2014). Understanding dementia: effective information access from the Deaf community's perspective. *Health & Social Care In The Community*.

Zeedyk, M. S. (2008). Promoting social interaction for individuals with communicative impairments: Making contact. London, England: Jessica Kingsley Publishers.

6. Anhang

6.1. Anhang 1: Konzepte und Methoden, nach denen recherchiert wurde

a) Gängige Begriffe, Konzepte und Methoden, mit denen im Bereich Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung gearbeitet wird

Allgemein

- Lebensqualität

Diagnose

- Augenärztliche Diagnostik
- Funktionale Diagnostik

Kommunikation mit Personen mit Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung

- Zugang zu Information
- Braille
- Lormen
- Grossschrift
- 30 Goldene Regeln
- Massnahmen zur sprachlichen Begleitung von Handlungen
- verbale Erläuterungen von visuellen oder taktilen Materialien
- unterstützende Gebärden
- Psychologische Begleitung
- Kompensationsstrategien
- Validation
- Person-zentrierter Umgang (positive person work)
- Ermutigung (encouragement)
- nonverbale Kommunikation

Einrichtungen für Menschen mit einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung

- Kontextgestaltung
- Optische, taktile und akustische Orientierungshilfen
- eindeutige Gliederungen der Räume
- bauliche Gestaltung/Architektur

Sehbeeinträchtigungsgerechte Rehabilitation, Betreuung und Pflege

- Partizipation
- Soziale Kontakte
- Kommunikationsassistenten
- Low Vision / Förderung des Sehvermögens
- Aktivitäten des täglichen Lebens (ALT)
- Lebenspraktische Fertigkeiten (LPF)
- Orientierungs- und Mobilitätstraining (O&M)
- Hilfsmittel
- Rhythmisierung im Tagesablauf
- Freizeittätigkeiten

b) Gängige Konzepte und Methoden bei demenzkranken Menschen

Kommunikation mit Demenzbetroffenen

- Validation
- Person-zentrierter Umgang (positive person work)
- Ermutigung (encouragement)
- Retrogenese
- Drei-Welten Konzept
- nonverbale Kommunikation

Demenzgerechte Einrichtungen

- bauliche Gestaltung/Architektur
- psychosoziales Milieu
- personelle Organisation
- Pflegeoase
- geschlossene oder gemischte Abteilung
- Weglaufschutz
- GPS-Uhr
- Umbauten zu Hause (Kochherd! etc.)
- Tagesstätten

Demenzgerechte Pflege und Betreuung

- Biografiearbeit
- Aktivierungstherapie, Beschäftigungstherapie
- Milieuthherapie
- Basale Stimulation
- Kinästhetik
- Validation
- Snoezelen
- Gedächtnistraining
- Tiergestützte Therapie
- Bewegung
- Musiktherapie, Tanztherapie
- Erinnerungsarbeit, Reminiszenztherapie
- Aromatherapie
- Verhaltenstherapie

Ernährung

- Fingerfood

Angehörige

- Psychoedukation
- Sozialberatung
- Angehörigenbasierte Verfahren

Medikamente

- (Wechselwirkungen, Anzahl, Schwindel, erhöhtes Sturzrisiko)

6.2. Anhang 2: Beispiele der Suchbegriffe

1) Suchbegriffe zum Themenkreis Sehbehinderung

- Sehbehinderung OR Low vision AND Age
- Sehbehinderung OR low vision AND dement* OR Alzheimer
- Hörsehbehinderung AND Age OR deaf-blind

2) Suchbegriffe die Konzepte und Methoden bei Menschen mit Demenz betreffen ergänzen mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung

3) Suchbegriffe zum Themenkreis ‚Methode/Konzept‘

- ("biographical work" OR Biografearbeit OR Biographiearbeit) AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)
- ("basic stimulation" OR "Basale Stimulation") AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)
- ("milieu therapy" OR "Milieu Therapie") AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)
- Snoezelen AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)
- (("music therapy" AND "usual care") OR (Musiktherapie AND Pflege)) AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)
- ((music AND "usual care") OR (Musik AND Pflege)) AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)
- (environment OR Umgebung*) AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)
- ("reminiscence therapy" OR Reminiszenztherapie OR Erinnerungsarbeit) AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)
- Validation AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)
- ("positive person work" OR ("Person-zentrierter Umgang")) AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)
- (encouraging OR Ermutigung) AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)
- Retrogenese AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)
- Drei-Welten-Konzept AND (Sehbehinderung OR „Low vision“ OR deaf-blind)
- ("activity therapy" OR Aktivierungstherapie OR "occupational therapy" OR Beschäftigungstherapie) AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)
- (Kinaesthetic* OR Kinästhetik) AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)
- Fingerfood AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)
- (psychoeducation OR Psychoedukation) AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)
- Pflegeoase AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)
- ("nonverbal communication" OR "nonverbale Kommunikation") AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)
- (aromatherapy OR Aromatherapie) AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)
- ("animal-assisted therapy" OR "pet therapy" OR Tiertherapie) AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)

- ("dance therapy" OR "social dancing" OR Tanztherapie) AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)
- ("behavior therapy" OR Verhaltenstherapie) AND (Sehbehinderung OR "Low vision" OR deaf-blind)

4) Konzepte und Methoden der Sehbehinderung/Hörsehbehinderung mit Alter und mit Demenz verknüpfen

- (Lebensqualität OR „Quality of live“) AND (Dement* OR demenz OR Age*)
- (Diagnostik OR diagnos*) AND (Sehbehinderung OR „Low vision“) AND (Dement* OR demenz OR Age*)
- („Zugang zu Information“ OR „access to information“) AND (Dement* OR demenz OR Age*)
- Braille AND (Dement* OR demenz OR Age*)
- Lormen AND (Dement* OR demenz OR Age*)
- (Grosschrift OR "large print") AND (Dement* OR demenz OR Age*)
- („sprachliche Begleitung von Handlungen“ OR „verbal imaging“) AND (Dement* OR demenz OR Age*)
- („sign language“) AND (Dement* OR demenz OR Age*)
- („Psychologische Begleitung“ OR „psychological support“) AND (Dement* OR demenz OR Age*) AND ("low vision")
- (Kompensationsstrategien OR compensation) AND (Dement* OR demenz OR Age*)
- (Kontextgestaltung OR context*) AND (Dement* OR demenz OR Age*)
- (Partizipation) AND (Dement* OR demenz OR Age*) AND ("low vision")
- („Soziale Kontakte“ OR „Social contact“) AND (Dement* OR demenz OR Age*)
- (Rehabilitation) AND (Dement* OR demenz OR Age*)
- (Kommunikationsassistent OR („communication assistance“)) AND (Dement* OR demenz OR Age*)
- („Low Vision“ OR Sehrestförderung) AND (Dement* OR demenz OR Age*)
- („Aktivitäten des täglichen Lebens“ OR „activities of daily living“) AND (Dement* OR demenz OR Age*)
- („Lebenspraktische Fähigkeiten“) AND (Dement* OR demenz OR Age*)
- („Orientierungs- und Mobilitätstraining“ OR (Orientation and Mobility)) AND (Dement* OR demenz OR Age*)
- (Hilfsmittel OR aid) AND (Dement* OR demenz OR Age*)
- (Freizeitaktivitäten OR „leisure time activities“) AND (Dement* OR demenz OR Age*)

6.3. Anhang 3: Zusammensetzung Expertengruppe

Felix Bohn	Fachberatung für altersgerechtes Bauen, Zürich
Fatima Heussler	Leiterin KsiA (Kompetenzzentrum Sehbehinderung im Alter), Zürich
Thomas Malarek	Bereichsleiter Wohnen, Stiftung Mühlehalde, Zürich
Christine Rex	Pflegeexpertin APN, Spitex Stadt Luzern
Heike Schulz	Zentrumsleiterin Gellert Hof & Wesley Haus, Bethesda Alterszentren AG, Basel
Brigitte Zaugg	Dozentin Berner Fachhochschule (BFH) Fachbereich Gesundheit
Franziska Zùñiga	Wissenschaftliche Mitarbeiterin / PostDoc, Institut für Pflegewissenschaft Basel
