

Zürcher Schriften zur Gerontologie

Reihen-Herausgeberschaft

Edouard Battegay
François Höpflinger
Ralph Kunz
Mike Martin
Albert Wettstein

Nr. 12

Alexander Seifert
Hans Rudolf Schelling

Im Alter eine Sehbehinderung bewältigen – Synthesebericht zur Studie COVIAGE

Vertrieb

Universität Zürich
Zentrum für Gerontologie
Pestalozzistrasse 24
8032 Zürich
Schweiz
Telefon +41 44 635 34 20
E-Mail zfg@zfg.uzh.ch
Web <http://www.zfg.uzh.ch>

Umschlagsgestaltung: Universität Zürich, Informatikdienste, MELS, Stephanie Lippert van Grondel

©2017 Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie
ISSN 1660-7651

Alexander Seifert
Hans Rudolf Schelling

Im Alter eine Sehbehinderung bewältigen – Synthesebericht zur Studie COVIAGE

Eine Studie des Zentrums für Gerontologie
in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Zentralverein für das Blindenwesen (SZB)

Im Rahmen von:
COVIAGE (Coping with visual impairment in old age)

Zürcher Schriften zur Gerontologie
© 2017 Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	6
Das Wichtigste in Kürze	7
Zusammenfassung/Résumé en français	9
1 Einleitung	10
1.1 Ausgangssituation	10
1.2 Sehbehinderung und Alter – eine Begriffsannäherung	11
2 Forschungsfragen und Ziele der Projektmodule	15
3 Methodische Gesichtspunkte	16
4 Ergebnisse	18
4.1 Merkmale der Untersuchungsgruppe	18
4.2 Die gerontologische Sicht auf die Erhaltung der Lebensqualität bei einer im Alter erfahrenen Sehbehinderung	19
4.3 Die Sehbehinderung und ihr fundamentaler Einfluss auf die Lebensqualität und die Beurteilung eines guten Lebens im Alter	22
4.4 Die strukturellen Bedingungen und der Aspekt der Selbstwahrnehmung von „Behinderung“	24
4.5 Der Vergleich zwischen frühsehbehinderten und spätsehbehinderten älteren Menschen	26
4.6 Wenn Sehen und Hören beeinträchtigt sind – Hörsehbehinderung	27
4.7 Alltagsbewältigung im Vergleich zu nicht von stärkeren Sehbeeinträchtigungen betroffenen älteren Personen	30
4.8 Das Erleben von Belastungen und Ressourcen	30
4.9 Wenn die Sehprobleme sehr viel Mühe im Alltag machen	32
5 Das Lebensereignis bewältigen	33
6 Diskussion	37
6.1 Einordnung der Ergebnisse von COVIAGE	37
6.2 Empfehlungen	38
6.3 Ausblick	40
Literaturverzeichnis	41

Danksagung

Das COVIAGE-Projektteam möchte sich bei den zahlreichen interviewten Personen sehr herzlich bedanken, da sie durch ihre Interviews und persönlichen Angaben die Studie überhaupt erst ermöglicht haben. Wir möchten uns auch bei den vielen Expertinnen und Experten bedanken, die uns im Laufe der COVIAGE-Studie begleitet sowie mit ihren wertvollen interdisziplinären und praxisnahen Inputs und Anregungen die COVIAGE-Studie deutlich bereichert haben. Wir danken auch allen Kooperationspartnern, insbesondere Herrn Prof. Nicolas Kühne und Herrn Stefan Spring, für die hervorragende und bereichernde Zusammenarbeit. Nicht zuletzt möchten wir uns ganz herzlich bei den Organisationen bedanken, die das Projekt COVIAGE überhaupt erst durch ihre finanzielle Unterstützung ermöglicht haben.

Mit finanzieller Unterstützung durch:

Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen SZB, St. Gallen
Schweizerischer Blindenbund SBb, Zürich
Zürcher Sehhilfe, Zürich
Aargauischer Blindenfürsorgeverein, Aarau
Fondation Leenaards, Lausanne

In Kooperation mit Prof. Dr. Nicolas Kühne

Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale | HES-SO
Haute école de travail social et de la santé | EESP



Das Wichtigste in Kürze

Projekt-Akronym

COVIAGE steht für „Coping with visual impairment in old age“ (Bewältigung von Sehschädigung im Alter)

Ausgangslage

Mit zunehmendem Altern wird für viele Menschen das Sehen schwieriger. Neben Beeinträchtigungen, die z. B. durch eine Brille oder einen medizinischen Eingriff korrigiert werden können, nimmt daher im Kontext der demografischen Veränderung die Zahl älterer Menschen mit schweren Sehbeeinträchtigungen zu. Das Phänomen der Sehbehinderung im Alter wird in den nächsten Jahren nicht nur medizinisch, sondern auch gesellschaftlich an Bedeutung gewinnen. Menschen, die erst im Alter ihre Sehkraft verlieren, erleben – im Vergleich zu anderen gleichaltrigen, aber nicht sehbehinderten Menschen – im täglichen Leben weitaus mehr Beeinträchtigungen und stossen auf mehr Hindernisse. Die alltäglichen Hürden können die Lebensqualität der betroffenen Personen stark beeinträchtigen. Es ist daher wichtig, wissenschaftlich strukturiert zu fragen, wie sich die Lebenssituation und die Alltagsbewältigung älterer Menschen mit einer sich erst im Alter manifestierenden Sehbeeinträchtigung darstellen.

Ziel

Ziel des COVIAGE-Projektes war es, mittels der Kombination aus Literaturrecherche sowie qualitativen/quantitativen Befragungen betroffener Personen und durch die Einbeziehung von Expertinnen und Experten die Lebenssituation von Personen darzustellen, die erst im Alter mit einer stärkeren Sehbeeinträchtigung konfrontiert wurden/werden. Zudem sollte die Alltagssituation dieser Untersuchungsgruppe aufgezeigt und es sollten von den Betroffenen angegebene Belastungen, Ressourcen und Bewältigungsstrategien mithilfe eines innerhalb der COVIAGE-Studie entwickelten Modells eruiert werden, um damit Eckpunkte für eine gerontologisch fundierte Sehbehindertenarbeit zu benennen. Im Vordergrund steht dabei die sozialwissenschaftliche und gerontologische Sicht auf das Thema. Demnach geht es weniger um das medizinische „Krankheitsbild“ im Vordergrund, sondern eher um den Umgang damit sowie die damit verbundenen sozialen, individuellen und kontextuellen Anpassungen im Alltag. Damit werden die subjektive Lebensqualität und deren Stabilisierung besonders berücksichtigt. Die Bewältigung einer Sehbeeinträchtigung wird als Anpassungsprozess verstanden, in dem betroffene Menschen versuchen, die gegebenen Belastungen der Sehbehinderung mithilfe ihrer individuellen und sozialen Ressourcen zu bewältigen.

Fragestellungen

Innerhalb von COVIAGE ergeben sich folgende Fragen:

- Wie sehen die Lebensbedingungen älterer Menschen mit stärkeren Sehbeeinträchtigungen in der Schweiz aus?
- Welche vorhandenen und gewünschten Ressourcen werden von den betroffenen Personen angegeben und als relevant für die Bewältigung der Sehbehinderung im Alter eingestuft?
- Welche Bewältigungsstrategien werden gezeigt und was wünschen sich Betroffene hinsichtlich ihrer Lebensbewältigung?
- Welche Indikatoren für eine gelungene Alltagsbewältigung lassen sich beschreiben?
- Welche allgemeingültigen Faktoren für eine gerontologisch fundierte Sehbehindertenarbeit lassen sich herausarbeiten?

Untersuchungsgruppe

Der Fokus bei COVIAGE liegt auf Personen, die erst im Alter (vorwiegend ab 70 Jahren) eine Sehbeeinträchtigung erfahren haben.

Module und methodisches Vorgehen

COVIAGE unterteilt sich in folgende drei Module:

1. Modul 1: Vorprojekt (Teil A: Literaturrecherche und Experten-Workshops; Teil B: Qualitative Befragung von 22 älteren Personen mit einer Sehbeeinträchtigung; 10 davon hatten bereits vor der Pensionierung eine Sehbeeinträchtigung)
2. Modul 2: Modellentwicklung (Teil A: Gerontologische Einordnung und Erarbeitung eines theoriegestützten Modells zur individuellen Belastungs-, Ressourcen- und Bewältigungssituation; Teil B: Weiterführende Workshops mit Expertinnen und Experten)
3. Modul 3: Bevölkerungsbefragung (Teil A: Schweizer Befragungsstudie bei 1.299 Personen ab 70 Jahren; Teil B: Ergänzende Experten-Workshops)

Zentrale Ergebnisse

Aus der Literaturrecherche, der qualitativen und quantitativen Befragung Betroffener sowie den Gesprächen mit den Expertinnen und Experten kann abgeleitet werden, dass „Sehbehinderung im Alter“ ein wichtiges und – aufgrund des demografischen Wandels – zunehmend an Bedeutung gewinnendes Thema mit geringer Schweizer Forschungsexpertise ist, das für die Betroffenen mit alltäglichen Einschränkungen und Neubewertungen der eigenen Lebensqualität verbunden ist. Das Erleben von Seheinbussen hat einen starken Einfluss auf die Ausübung alltäglicher Tätigkeiten, den Tagesablauf, die Wahrnehmung von Selbstständigkeit und Autonomie sowie auf die Mobilität und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte. Oftmals muss mehr Zeit für tägliche Aufgaben eingeplant werden oder bisherige Aktivitäten werden eingestellt. Betroffene Personen sprechen von einem spürbaren Verlust an Lebensqualität, gerade weil bisherige Aktivitäten nicht mehr vollumfänglich oder gar nicht mehr ausgeführt werden können und sie auf Hilfe angewiesen sind. Als wichtige Ressourcen für die Bewältigung der Beeinträchtigung werden vor allem informelle Hilfen von Partnerinnen und Partnern, der Familie und Freunden genannt, daneben aber auch professionelle Hilfen und Beratungen. Eine Bewältigung der Sehbehinderung kann dann eher positiv ausfallen, wenn sich die Personen proaktiv Bewältigungsstrategien aneignen und ihr Verhalten im Alltag anpassen, ausreichende Unterstützung informeller wie formeller Art erhalten und annehmen sowie wenn das Umfeld adäquat mit der Sehbehinderung umgeht. Auf der strukturellen Ebene wurde deutlich, dass nicht überall ein Netzwerk zwischen informellen Helfern, professionellen Anbietern und der Augenmedizin besteht. Hier könnten Kooperationen unter den Berufszweigen und eine Praxis der Weiterverweisung vor allem denjenigen Personen helfen, die erst am Anfang eines Lebens mit einer Sehbeeinträchtigung stehen.

Weitere Informationen

Die detaillierten Berichte zu den drei Modulen von COVIAGE sind auf Deutsch und Französisch über die Homepage des Zentrums für Gerontologie (<http://www.zfg.uzh.ch>) sowie die Homepage des Schweizerischen Zentralvereins für das Blindenwesen SZB (<http://www.szb.ch>) abrufbar.

- COVIAGE – Bericht zu Modul 1 „Im Alter eine Sehbehinderung erfahren – oder mit einer Sehbehinderung das Alter erfahren“ (Seifert & Schelling 2014)
- COVIAGE – Bericht zu Modul 2 „Gerontologische Grundlagen zur Bewältigung der Sehbehinderung im Alter“ (Seifert & Schelling 2016)
- COVIAGE – Bericht zu Modul 3 „Lebenssituation spätsehbehinderter Menschen in der Schweiz“ (Seifert & Schelling 2017)

Zusammenfassung/Résumé en français

Die COVIAGE- Studie untersuchte aus sozial-gerontologischer Sicht die Lebenssituation älterer Menschen mit einer sich erst im Alter manifestierenden Sehbeeinträchtigung. Es wurde gefragt, wie deren Lebensbedingungen, Ressourcen und Bewältigungsstrategien aussehen. Um die Forschungsfragen beantworten zu können, wurde eine Literaturrecherche, eine qualitative (22 befragte Personen) und quantitative Befragung (1.299 befragte Personen) sowie Experten-Workshops durchgeführt. Es wurde festgestellt, dass das Erleben einer stärkeren Sehbeeinträchtigung im Alter einen starken Einfluss auf die Ausübung alltäglicher Tätigkeiten, den Tagesablauf, die Wahrnehmung von Autonomie und Lebensqualität sowie auf die Mobilität und die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und sinnstiftende Freizeitaktivitäten ausübt. Eine Bewältigung der Sehbehinderung kann dann eher positiv ausfallen, wenn sich Betroffene proaktiv Bewältigungsstrategien aneignen und ihr Verhalten im Alltag anpassen, ausreichende Unterstützung informeller wie formeller Art erhalten und annehmen sowie wenn das Umfeld adäquat mit der Sehbehinderung umgeht. Durch COVIAGE werden erstmals nicht nur Erkenntnisse und Daten zur sozialen Situation von älteren Personen mit einer Sehbeeinträchtigung in der Schweiz vorgelegt, sondern die Studie soll zudem die Fachwelt aus dem Sehbehinderungswesen und der Altenarbeit dazu anregen, gemeinsam einer gerontologisch fundierten Sehbehinderungsarbeit nachzugehen. *Französische Fassung des Berichtes auf www.ucba.ch oder www.zfg.uzh.ch*

Résumé

L'étude COVIAGE a analysé du point de vue socio-gerontologique la situation de vie des personnes âgées atteintes de déficit visuel tardif. On s'est demandé à quoi ressemblaient leurs conditions de vie, leurs ressources et leurs stratégies de gestion du handicap. Pour pouvoir répondre aux questions de recherche, on a réalisé une revue de littérature, un sondage qualitatif (22 personnes interrogées) et un sondage quantitatif (1299 personnes interrogées) ainsi que des ateliers avec des experts. Il a été constaté qu'une déficience visuelle grave qui apparaît avec l'âge exerce une forte influence sur la pratique des activités quotidiennes, sur la gestion de la vie de tous les jours, sur la perception de l'autonomie et de la qualité de vie ainsi que sur la mobilité et le maintien des contacts sociaux et des activités de loisirs qui créent du sens. La gestion du déficit visuel peut être plutôt positive lorsque les personnes concernées acquièrent de façon proactive des stratégies de gestion et adaptent leur comportement quotidien, qu'ils reçoivent et acceptent un soutien suffisant, de nature informelle ou formelle, et que l'entourage s'y prend de manière adéquate avec le déficit visuel. L'étude COVIAGE présente non seulement pour la première fois des résultats et des données sur la situation sociale des personnes âgées atteintes de déficience visuelle en Suisse, mais peut aussi inciter les spécialistes du domaine des déficiences visuelles, de l'ophtalmologie et du travail auprès des personnes âgées à pratiquer ensemble un travail fondé d'un point de vue gerontologique auprès des personnes atteintes de déficit visuel. *Version française du rapport sur www.ucba.ch ou www.zfg.uzh.ch*

1 Einleitung

1.1 Ausgangssituation

Mit zunehmendem Alter wird für viele Menschen das Sehen schwieriger: „Seh- und Höreinbussen lassen sich aufgrund ihrer hohen Auftrittshäufigkeit als typische Kennzeichen des Altwerdens und Altseins bezeichnen. So ist der Grossteil von Menschen mit schweren Sehbeeinträchtigungen (ca. 70 %) 60 Jahre und älter, wobei wiederum die meisten dieser Personen (ca. 90 %) als späterblindet oder spätsehbehindert zu bezeichnen sind.“ (Tesch-Römer & Wahl 2012, S. 407). Neben Beeinträchtigungen, die z. B. durch eine (Lese-)Brille kompensiert werden können, nimmt im Kontext der demografischen Veränderung auch statistisch die Zahl älterer Menschen mit schweren Sehbeeinträchtigungen zu: „With an increasing elderly population in many countries, more people will be at risk of age-related visual impairment.“ (WHO 2013; vgl. auch Lammersdorf, Holz & Finger 2010). Der Schweizerische Zentralverein für das Blindenwesen SZB geht daher von einer generellen Zunahme der Sehbeeinträchtigungen im Alter und von einer kohortenspezifischen Zunahme des Anteils an älteren Menschen bei der Personengruppe der Sehbehinderten aus (vgl. Spring 2012). Gerade die Zunahme dieser Zahl bei Personen ab 65 Jahren lässt darauf schliessen, dass hier vorwiegend altersbedingte Seheinbussen die Beeinträchtigung ausmachen, die sich insbesondere durch sukzessive Verschlechterungen im Sehvermögen charakterisieren lassen.

Der SZB bringt in seiner jüngsten Untersuchung (Spring 2017) auch zum Ausdruck, dass viele Personen, die in stationären Alterspflegeeinrichtungen oder zu Hause gepflegt werden, eine starke Sehbeeinträchtigung aufweisen und ihr Alltag durch die Beeinträchtigung der Sinne (v. a. Sehen/Hören) stark beeinflusst wird, aber diese Themen noch etwas zurückhaltend im Pflegealltag berücksichtigt werden (vgl. Seifert & Spring 2016; Heussler, Seibl & Wildi 2016; Händler-Schuster et al. 2017; Christiaen-Colmez 2005; Taiel-Sartral et al. 1999). Fang und Kolleg(inn)en (2017) sprechen für Deutschland von einer erheblichen ophthalmologischen Unterversorgung in Seniorenheimen; für die Schweiz können wir ähnliche Versorgungsdefizite vermuten (vgl. Heussler, Seibl & Wildi 2016).

Die Beeinträchtigungen der Sinnesorgane haben aber „aufgrund ihrer Umweltrelevanzen unmittelbare Auswirkungen auf die Alltagsgestaltung im Alter und den weiteren Verlauf des Alternsprozesses“ (Tesch-Römer & Wahl 2012, S. 407; vgl. Griffon 2013). Zwar treten Seheinbussen im Alter häufiger auf, dennoch hat dieses Thema in der Gerontologie noch nicht die Aufmerksamkeit erfahren, die ihm aufgrund seiner hohen alltäglichen Bedeutsamkeit zukommen sollte (Tesch-Römer & Wahl 2012, S. 411). Begleitet wird diese eher geringe Aufmerksamkeit auch von einer unbefriedigenden Datenlage zur Beschreibung der Lebenssituation älterer Personen in der Schweiz, die erst im Alter eine Sehbehinderung erfahren.

Gerontologische und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse zur Alltagssituation und -bewältigung von Personen mit einer altersbedingten Sehschädigung fehlen in der Schweiz und haben den Schweizerischen Zentralverein für das Blindenwesen SZB dazu bewogen, eine gerontologisch-soziologische Studie zu initiieren, die Erkenntnisse zur Lebenssituation Betroffener erarbeiten und Faktoren für eine gute Bewältigungsarbeit benennen sollte. Diese Studie wurde COVIAGE (Coping with visual impairment in old age) genannt und das Zentrum für Gerontologie (in Kooperation mit der Fachhochschule Westschweiz) wurde mit ihrer Durchführung beauftragt. Der hier vorliegende Synthesebericht fasst die wichtigsten Ergebnisse der COVIAGE-Studie zusammen und stellt diese zur Diskussion.

1.2 Sehbehinderung und Alter – eine Begriffsannäherung

Wovon reden wir eigentlich, wenn wir in der Einleitung schreiben, dass das Thema „Sehbehinderung im Alter“ an gesellschaftlicher Relevanz gewonnen hat? Bereits hier zeigt sich, dass damit viele Assoziationen verbunden sind und verschiedene Begriffe eine Rolle spielen. Um eine etwas einheitlichere Vorstellung zu bekommen, sollen im folgenden Abschnitt kurz die wichtigsten Begriffe (so wie sie hier verwendet werden) beschrieben werden.

Sehbehinderung

Unter Sehbehinderung werden meist Auswirkungen einer stark verminderten Sehschärfe und/oder eine Einschränkung des Gesichtsfelds verstanden. „Visus“ ist vereinfacht eine Messgrösse für das „Scharfsehen“, das sich z. B. auf das Lesenkönnen eines normalen Zeitungsartikels (auch mit Brille oder Kontaktlinsen) auswirkt. Das scharfe Sehen allein genügt jedoch nicht, um die vielfältigen und kombinierten Funktionen des Sehens und damit auch seiner allfälligen Einschränkungen zu erfassen. Eine detailliertere medizinische Aufstellung der verschiedenen Krankheitsbilder in diesem Bereich kann der ICD-10-Auflistung unter den Punkten H53–H54 entnommen werden. Im internationalen Vergleich sowie im Vergleich verschiedener Disziplinen und Professionen zeigt sich eine unterschiedliche Verwendung u. a. der Begriffe „Sehbehinderung“, „Sehbeeinträchtigung“, „Sehschädigung“ oder „Seheinbussen“. Für die vorliegende Arbeit verwenden wir die in der Schweiz gängigen Begriffe der „Sehschädigung“ und der „Sehbehinderung“. Eine umfassende und den Lebenskontext berücksichtigende Definition von „Sehbehinderung“ wurde von Heussler, Wildi und Seibl (2016) vorgeschlagen:

„Situation einer Person mit augenmedizinisch nicht behandelbarer oder nicht behandelbarer Sehschädigung, deren Folgen auch nach Korrektur anhalten und zu Beeinträchtigungen in einem sehenden und stark visuell orientierten Umfeld führen. Behinderung entsteht in der Wechselwirkung von Person und Umwelt, sie wirkt sich aktiv wie passiv aus, d. h. die Person ist in der Ausübung von Aktivitäten behindert und wird gleichzeitig durch die Umgebungsbedingungen und das Umfeld behindert.“ (Heussler, Wildi & Seibl 2016, S. 219)

Diese Definition legt nahe, dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen sowie einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, welche die Betroffenen an einer gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindert. Zum anderen wird auch deutlich, dass hier nicht nur die Erkrankung der Organe, die das Sehen ermöglichen, im Vordergrund steht, sondern die Bewältigung des Alltages trotz Einschränkungen des Sehens. Eine gleichberechtigte Teilhabe kann dann funktionieren, wenn die Mensch-Umwelt-Passung nicht hinderlich ist und einem sehbehinderten Menschen ausreichend Ressourcen zur Bewältigung seiner täglichen Belastungen bzw. Aufgaben zur Verfügung stehen.

Hier stellt sich dann die zusätzliche Frage, wann eine Einschränkung des Sehens zu einer „Behinderung“ führt. Im Kontext des Klassifikationsmodells (ICF) kann Behinderung als ein biopsychosoziales Modell verstanden werden, das nicht nur den Körper und das Individuum berücksichtigt, sondern auch die Teilhabe am sozialen Leben sowie die Kontextfaktoren. Auf der Ebene der Körperstrukturen und Funktionstüchtigkeit derselben ist die gleichzeitige Präsenz weiterer Beeinträchtigungen zu berücksichtigen (hier v. a. das Hörvermögen). Wichtige Kontextfaktoren können der Zugang zu medizinischen Therapien, Hilfsmitteln, Beratungsangeboten und baulichen Massnahmen sowie das Vorhandensein zwischenmenschlicher Unterstützung sein. Alle diese Faktoren zusammen „können darüber entscheiden, ob und wie eine Sehschädigung im konkreten Fall behindernd wirkt oder

nicht“ (Spring 2012, S. 6). Folglich ist die reine „gesundheitliche Störung“ nicht immer mit einer „Behinderung“ gleichzustellen und für jeden Einzelnen individuell – also von den konkreten Umweltsituationen abhängig und komplex (vgl. Ahrbeck & Rath 1994). Für die vorliegende Auseinandersetzung mit dem Thema „Sehbehinderung im Alter“ wird der Begriff „Behinderung“ gerade von den betroffenen Personen, die erst im Pensionierungsalter eine Sehschädigung sukzessive erfahren, ungern verwendet, da sie diesen als Stigma wahrnehmen (Seifert & Schelling 2014).

Alter

Auf der reinen Zeitachse betrachtet, lässt sich Alter als eine sehr einfache Variable abfragen: Wie alt sind Sie? In der durchgeführten qualitativen Befragungsstudie innerhalb des COVIAGE-Moduls 1 wurde die „Altersgrenze“ durch die AHV-Grenze (64/65 Jahre) gesetzt. Somit ist „alt“, wer über 64 bzw. 65 Jahre alt ist. Damit wird aber nur eine Seite des Faktors „Alter“ berücksichtigt. Neben dem chronologischen Alter gibt es ein subjektiv wahrgenommenes „Alter“. Die Angabe des Alters in Ziffern sagt also noch nichts über die Person aus. „Altern“ ist ein Prozess, in dem „Veränderungen von Ressourcen, Zielen und regulativen Aktivitäten“ stattfinden (Martin & Kliegel 2010, S. 28).

Bei der Betrachtung des „Alters“ wird häufig die Heterogenität der Personengruppe und das individuelle Alter(n) vernachlässigt. So besteht z. B. bei den individuellen Ressourcen selten ein linearer Zusammenhang, indem im Alter bestimmte Bereiche (z. B. körperliche Kraft) gleichbleibend abgebaut werden. Vielmehr kann es zu Ab- und Zunahmen kommen, aber auch zu Stabilisierungen mit dynamischen Anpassungen. Daher sind gerade die täglich stattfindenden Anpassungsprozesse zur Stabilisierung der Lebensqualität wichtig und sollten bei der Beschreibung der individuellen Bewältigungsarbeit berücksichtigt werden.

Aber wenn es das „typische Alter“ nicht gibt, warum interessiert uns dann das „Alter“ in Bezug auf die Sehbehinderung? – Weil es doch begründbare Muster der Altersveränderungen von Ressourcen gibt, die eine Beschäftigung mit der Variable Alter in diesem Zusammenhang nötig machen. So zählt zu den Altersveränderungen von Ressourcen beispielsweise auch die sensorische Kompetenz (vgl. Martin & Kliegel 2010, S. 45). Neben sensorischen Einbussen wie der Verringerung der Seh- oder Hörfähigkeiten können gerade im höheren Alter körperliche und kognitive Erkrankungen bzw. Einbussen auftreten. Sensorische Einbussen stehen dann nicht allein da und werden von anderen Einbussen begleitet. Ältere Menschen stehen vor verschiedenen Anpassungs- bzw. Bewältigungsarbeiten im Alltag, die sie mit tendenziell sich verringernden Ressourcen meistern müssen. Auch das schlechtere Sehen muss allenfalls mit ebenfalls reduzierten körperlichen, auditiven, sozialen und kognitiven Ressourcen bewältigt werden; dies sind dann Ressourcen, die gerade für die Bewältigung des Alltags bzw. die Kompensation der Seheinbussen benötigt würden.

Das Neuerlernen von Bewältigungsstrategien, z. B. um den Alltag mit einer Sehbehinderung zu meistern, ist im Alter meist mühsamer, zeitaufwendiger und mit persönlichen Nutzenabwägungen (z. B. verdeutlicht durch die Aussage „Nutzt es noch dies zu erlernen?“) verbunden. Wird die Lerndynamik (vgl. z. B. Salthouse 1996; Wettstein, Wahl & Heyl 2015) bei älteren Menschen berücksichtigt, bedeuten die geforderten Anpassungen durch die Sehbehinderung nicht nur ein „Neuerlernen“, sondern auch ein „Erlernen“ unter erschwerten kognitiven Bedingungen. Dies führt dazu, dass neue Verhaltensweisen zeitintensiv und zum Teil mühsam erlernt werden müssen – und zwar in einer Lebensphase, in der sich einige der Betroffenen sagen: „Es lohnt sich ja nicht mehr in meinem Alter!“

Sehbehinderung im Alter – die spät erfahrene Sehbehinderung

In der vorliegenden Arbeit geht es um Menschen, die erst als ältere Personen – in diesem Fall nach ihrer Pensionierung – mit einer Sehbehinderung konfrontiert werden. Eine Sehbehinderung im Alter zu erfahren heisst nicht per se, dass der Alltag nicht bewältigt werden kann. Dennoch zeigen die Ergebnisse der COVIAGE-Studie, dass eine Sehbehinderung ein zusätzliches Erschwernis im Alter bedeutet. So kommen Wahl et al. zu dem Ergebnis, dass „spät im Lebensverlauf eintretende und irreversible schwere Sehbeeinträchtigungen den Altersverlauf zuungunsten von weiteren ‚Gewinnen‘ [z. B. Möglichkeiten für verschiedener Tätigkeiten, sozialer Erlebnisse – Anm. d. Verf.] und zugunsten von ‚Verlusten‘ [z. B. Abbau, Rückzug – Anm. d. Verf.] beeinflussen“ (1998, S. 397). Jedoch gehen die Autoren nicht automatisch von einer pauschal erhobenen „doppelten Belastung“ aus, vielmehr betonen sie die „hohe interindividuelle Variabilität des Anpassungserfolgs (bzw. -verlusts)“ (ebd.).

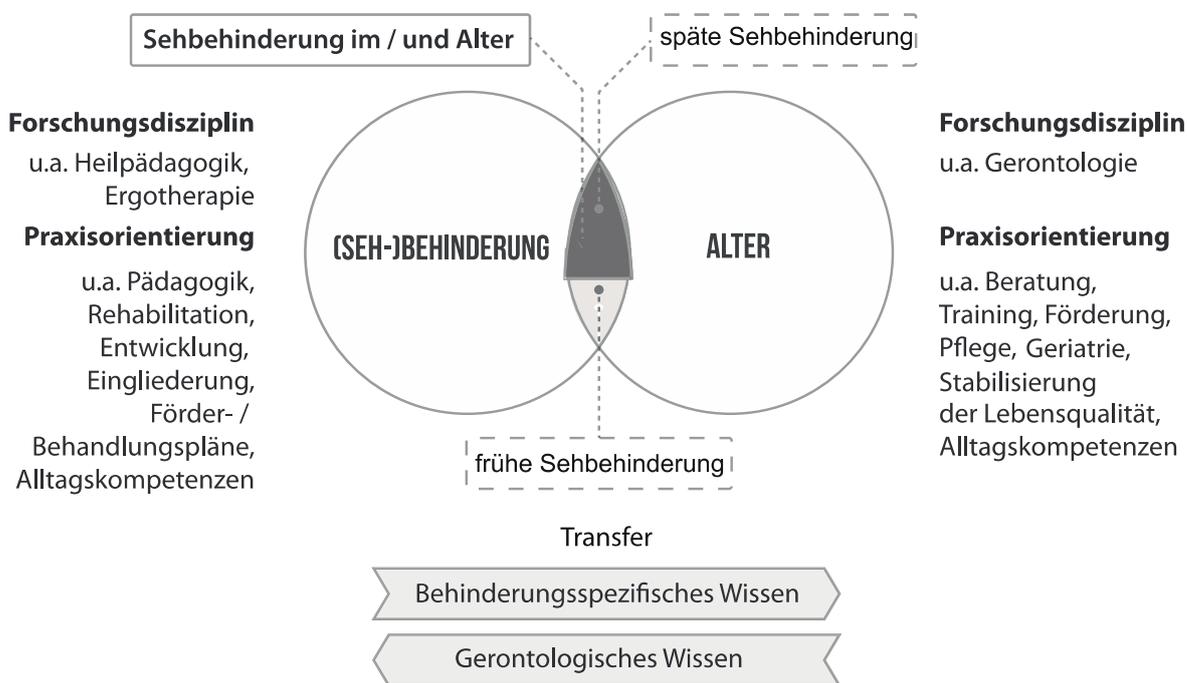


Abb. 1: Schematische Darstellung von Sehbehinderung im/und Alter

Bei der Beantwortung der Frage, inwieweit sich die Faktoren „Alter“ und „Sehbehinderung“ auf eine Bewertung der individuellen Lebensqualität auswirken, ist es wichtig zu beachten, dass diese Faktoren unterschiedliche Merkmale aufweisen. Aus der Verbindung beider Bereiche ergibt sich ein Schnittstellenbereich, der sowohl Aspekte der Sehbehinderung als auch Altersaspekte berücksichtigt (siehe Abb. 1). Zum einen sind hier Personen zu finden, die erst im Alter eine Sehbehinderung erfahren (Spätsehbehinderte), und zum anderen sind es Personen, die mit einer Sehbehinderung das Alter erfahren (Frühsehbehinderte). In beiden Fällen kommt zu einer bestehenden Herausforderung eine neue Herausforderung hinzu, wobei anthropologisch gesehen die Erfahrung des Alter(n)s universell sowie zutiefst kulturell und soziologisch verwurzelt ist, während die Erfahrung der Sehbehinderung als ein zwar verbreitetes, jedoch immer als individuelles Schicksal zu betrachtendes Phänomen anzusehen ist. Die Erfahrung einer altersüblichen oder im Altersvergleich verfrühten Sinnesbeeinträchtigung und deren Folgen werden daher durch das Alter als Grunderfahrung überlagert und nicht umgekehrt. So werden im kulturellen kollektiven Empfinden alle Menschen mit Sehbehinderung zwar auch alt, im Umkehrschluss erleiden aber nicht alle älteren Menschen auch eine Sehbehinderung.

Anhand obiger Darstellung wird aber auch deutlich, dass sich hier unterschiedliche Fachdisziplinen treffen. Auch wenn das Thema Sehbehinderung der gemeinsame Nenner ist, braucht es dennoch nicht nur eine interdisziplinäre Bereitschaft, sondern auch eine gemeinsame Sprache oder zumindest gegenseitige „Übersetzungen“ (vgl. Seifert & Kühne 2016). Denn: „Der umfassende Ansatz in der Gerontologie, der das funktionelle Sehen einschliesst, ermöglicht es, den spezifischen Bedürfnissen dieser Bevölkerungsgruppe Rechnung zu tragen und ihre Lebensqualität zu verbessern.“ (Christiaen & Nicolet 2013, S. 13) Durch das ausgedehnte Heranziehen gerontologischen Wissens in der COVIAGE-Studie, wird der Notwendigkeit Rechnung getragen, Diskussionen über Behinderungen auch lebenslaufperspektivisch zu führen.

Für das Projekt COVIAGE wurde der Fokus auf die Gruppe der „Spätsehbehinderten“ gelegt, also auf jene Personen, die erst im Alter mit einer Sehbehinderung konfrontiert wurden/werden. In der Schweiz können wir von keinen gesicherten Daten zur Sehbehinderung im Alter ausgehen. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass die betroffenen Personen nicht erfasst werden. Es liegen zwar Daten aus den Statistiken der schweizerischen Invalidenversicherung, den Leistungen der auf dem Feld aktiven Beratungs- und Betreuungsorganisationen und aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung vor, jedoch sind diese weder vollständig noch vergleichbar. Es ergibt sich auch das Problem der einheitlichen Definition, also die Frage, ab wann eine Person sehbehindert ist. Die Sozialversicherungen erfassen nur Versicherungsleistungen, weshalb hier nur Personen in den Statistiken geführt werden, die eine Leistung erhalten *und* die zudem die gesetzlichen Voraussetzungen für die Entschädigung derselben erfüllen. Bei der Gesundheitsbefragung werden keine klinischen Krankheitsbilder abgefragt, sondern eher subjektive Einschätzungen („Können Sie einen Text lesen?“). Beratungsorganisationen erhalten prinzipiell nur Informationen von Personen, die für sich einen Beratungsbedarf erkannt haben.

Auch definieren sich betroffene Personen selbst meist nicht als „sehbehindert“, sondern beschreiben ihre Lage eher mit dem Satz „Das Auge ist im Alter eben nicht mehr so gut“. Die Verschlechterung des Sehens ist meist ein sukzessiver, schleichender Prozess über mehrere Jahre hinweg. Alles, was langsam voranschreitet, wird durch das Subjekt und teilweise durch Angehörige nicht direkt wahrgenommen, auch wenn es manifest schon da ist. Damit eine deutliche Verschlechterung wahrgenommen wird, ist oft ein Ereignis notwendig. Teilweise erkennt das soziale Umfeld die Beeinträchtigung zuerst. Die betroffenen Personen passen automatisch ihren Alltag den sukzessiven Einschränkungen an und vermeiden bestimmte Aktivitäten oder entwickeln eigene Bewältigungsstrategien (z. B. Einkaufszettel deutlich grösser schreiben). Dabei erfolgt eine Auseinandersetzung und „Wahrnehmung“ der Beeinträchtigung weniger, da der Alltag dennoch bewältigt wird. Erst ein grösserer Sehverlust oder eine deutlich schlechtere Alltagsbewältigung wirken als „Hinweis“ und als Ausgangspunkt, um z. B. eine Beratung aufzusuchen – meist erst einmal fernab spezialisierter Stellen aus dem Sehbehindertenwesen, wie wir in den COVIAGE-Ergebnissen sehen werden. Dies ist besonders im Kontext des Alters relevant, da hier einige Personen sagen, das schlechte Sehen gehöre einfach zum Alter und man müsse hier nicht besonders intervenieren; oder sie fragen sich, ob sich der Einsatz und das doch als aufwendig erlebte Erlernen des Umgangs mit Hilfsmitteln bzw. neuer Bewältigungsstrategien in ihrem Alter noch lohne.

2 Forschungsfragen und Ziele der Projektmodule

Innerhalb von COVIAGE ergeben sich folgende Fragen:

- Wie sehen die Lebensbedingungen älterer Menschen mit Sehbeeinträchtigungen in der Schweiz aus?
- Welche vorhandenen und gewünschten Ressourcen werden von den betroffenen Personen angegeben und als relevant für die Bewältigung der Sehbehinderung im Alter eingestuft?
- Welche Bewältigungsstrategien werden gezeigt und was wünschen sich Betroffene hinsichtlich ihrer Lebensbewältigung?
- Welche Indikatoren für die Beeinträchtigung resp. Bewältigung der Lebenssituation (individuelle Stabilisierung der Lebensqualität) lassen sich beschreiben?
- Welche allgemeingültigen Faktoren für eine gerontologisch fundierte Sehbehindertenarbeit lassen sich herausarbeiten?

In diesen Kontext eingebettet, lässt sich das Gesamtprojekt „COVIAGE“ in drei Module unterteilen:

1. **Modul 1: Vorprojekt** (Seifert & Schelling 2014)
 - a. Desk-Research zum Thema sowie Experten-Workshops, um die belastenden Alltags- und Lebenssituationen der Betroffenen systematisiert darzulegen und bestehende Erkenntnisse zur Bewältigungsarbeit zu erarbeiten.
 - b. Qualitative Interviews mit 22 älteren Personen mit einer Sehbehinderung, um wichtige Lebensbereiche zu benennen, die durch die Seheinbussen betroffen sind, und um Kategorien zu bilden, die ein Modell der täglichen Bewältigungsarbeit abbilden können.
2. **Modul 2: Hauptprojekt Phase 1** (Seifert & Schelling 2016)
 - a. Systematisierung und Kategorisierung der bisherigen Erkenntnisse zur Lebenssituation und -bewältigung von Personen, die im Alter an einer Sehbehinderung leiden. Erarbeitung eines theoriegeleiteten individualisierten Ansatzes zur Bewältigung einer Sehbehinderung im Alter.
 - b. Erarbeitung eines theoriegestützten Modells zur Ressourcennutzung als Bewältigungsstrategie im Hinblick auf eine individuelle Verbesserung bzw. Stabilisierung der Lebensqualität im Alter.
3. **Modul 3: Hauptprojekt Phase 2** (Seifert & Schelling 2017)
 - a. Schweizer Befragungsstudie bei Personen ab 70 Jahren zur Erfassung der Lebensbedingungen und zur vertieften Überprüfung des theoretischen Modells bei betroffenen älteren Personen.
 - b. Aufzeigen der individuellen Belastungen, Ressourcen und Bewältigungsstrategien sowie ihrer Zusammenhänge im Hinblick auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden.

3 Methodische Gesichtspunkte

Die drei Module beinhalteten folgendes methodisches Vorgehen:

4. Modul 1: Vorprojekt

- a. Literaturrecherche und Desk-Research zum Thema „Sehbehinderung im Alter“.
- b. Ein Experten-Workshop mit 14 Expertinnen und Experten aus der Schweiz. Die Experten-Workshops setzten sich vorwiegend aus Expertinnen und Experten aus der Sehbehindertenarbeit (Beratungsangebote, spezialisierte Rehabilitation, Ergotherapie, soziale Arbeit, psychologische Beratung etc.) zusammen. Weitere Expertinnen und Experten stammten aus den Bereichen der Selbsthilfe, Taubblindheit, Seniorenarbeit und Ophthalmologie. Fünf Expertinnen bzw. Experten haben selbst eine Sehbehinderung und eine Expertin hat eine Hörbehinderung. Der Fokus lag auf Personen, die nicht aus der gerontologischen Disziplin stammen, sondern eher aus dem Sehbehindertenwesen.
- c. Qualitative Interviews mit 22 älteren Personen mit einer Sehbehinderung (12 Frauen, Alter: 65–91, das Durchschnittsalter lag bei 75 Jahren): Dabei wurden einerseits zehn Personen befragt, die bereits vor der Pensionierung eine Sehbehinderung aufwiesen, andererseits zwölf Personen, die erst nach der Pensionierung eine stärkere Sehbeeinträchtigung erlitten. Die befragten Personen wurden über Beratungsstellen der Sehbehindertenorganisationen rekrutiert.

5. Modul 2: Hauptprojekt Phase 1

- a. Systematisierung und Kategorisierung der bisherigen Erkenntnisse aus dem Literatur-Review und der qualitativen Erhebung sowie Erarbeitung eines theoriegestützten Modells zur Ressourcennutzung als Bewältigungsstrategie im Hinblick auf eine individuelle Alltagsbewältigung und Stabilisierung der Lebensqualität im Alter.
- b. Weiterführende Experten-Workshops mit insgesamt 21 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus dem Sehbehinderten- und Seniorenwesen. Die Zusammensetzung der Experten-Workshops entsprach dem Personenkreis aus den Expertenrunden aus Modul 1. Es wurde ein deutschsprachiger Workshop in Zürich durchgeführt und ein französischsprachiger Workshop in Lausanne.

6. Modul 3: Hauptprojekt Phase 2

- a. Schweizer quantitative Befragungsstudie bei Personen ab 70 Jahren, wohnhaft in der deutsch- und französischsprachigen Schweiz. Es konnten 1.299 Personen telefonisch befragt werden. Es konnten 368 Interviews (28 %) auf Französisch und 931 Interviews (72 %) auf Deutsch durchgeführt werden. 56 % der Befragten waren Frauen. Das Alter der befragten Personen liegt zwischen 70 und 98 Jahren; das Durchschnittsalter beträgt 78 Jahre. 22 % der befragten Personen haben einen Bildungsabschluss auf Tertiärstufe und fast alle Personen (bis auf 19) wohnen in einem Privathaushalt. 33 % der befragten Personen leben allein. Von diesen 1.299 befragten Personen konnten (über die in den Expertenworkshops entwickelten Selektionsfragen) 110 Personen identifiziert werden, die eine mit dem Alter zunehmende stärkere Sehbeeinträchtigung angaben. Von diesen 110 Personen haben 87 Personen einer intensiveren Befragung zugestimmt und daran auch teilgenommen. Die Gruppe der „Betroffenen“ beinhaltet damit 87 Personen, die entweder bei der ersten Selektionsfrage („Zum aktu-

ellen Zeitpunkt, wie würden Sie Ihre Sehfähigkeit mit Ihrer Brille oder Kontaktlinsen, falls Sie solche brauchen, einschätzen? Ist diese sehr gut, eher gut, mittelmässig, eher schlecht, sehr schlecht?“) eine stärkere Einschränkung des Sehens (eher schlecht oder sehr schlecht) angaben und zusätzlich erwähnten, dass diese Einschränkung erst im Alter aufgetreten ist, oder die bei der ersten Selektionsfrage mit „eher gut“ oder „mittelmässig“ geantwortet hatten und bei einer der nachfolgenden vier Selektionsfragen zu funktionalen Schwierigkeiten (Lesen eines Artikels, Flecken/Gesichtsfeld-einschränkungen, Gesichtserkennung auf der Strasse, Anschlagen an Gegenstände) mindestens eine Einschränkung nannten und erklärten, dass die Sehbeeinträchtigungen erst im Alter aufgetreten seien.

- b. Weiterführende Experten-Workshops mit insgesamt 23 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus dem Sehbehinderten- und Seniorenwesen. Die Zusammensetzung der Experten-Workshops entsprach dem Personenkreis aus den Expertenrunden aus Modul 1. Es wurde ein deutschsprachiger Workshop in Zürich durchgeführt und ein französischsprachiger Workshop in Lausanne.

Die detaillierten methodischen Beschreibungen sind den einzelnen Modulberichten zu entnehmen.

Innovative COVIAGE-Methodik

Die Befragungsstudie in der Schweiz (COVIAGE-Modul 3) konnte erstmals empirische Daten zu Personen ab 70 Jahren liefern, die erst im Alter eine stärkere Sehbeeinträchtigung erfahren haben. Die Ergebnisse bestätigen die auf epidemiologischen Berechnungen basierenden Prävalenzzahlen des Schweizerischen Zentralvereins für das Blindenwesen SZB (Spring 2012). Weiter wurde ein auf sechs Fragen aufbauendes, neues Instrument entwickelt und erprobt, das es erlaubt, selbst wahrgenommene Sehbeeinträchtigungen umfassender als bisher üblich zu erfassen. Der allgemein verwendeten, reduzierten Abfrage der „Schwierigkeiten beim Lesen eines Zeitungsartikels“ wurde ein alternatives Vorgehen entgegengesetzt, das der Vielfalt der Formen der Sehbeeinträchtigung besser gerecht wird (für Details siehe Modulbericht 3).

Die Bevölkerungsbefragung konnte jene Personen gut erreichen, die subjektiv eine schlechte Sehfähigkeit angeben, aber eben auch jene Personen, die zwar eine „mittelmässige“ oder „eher gute“ Sehfähigkeit, aber trotzdem funktionelle Einschränkungen nennen (Zeitungsartikel lesen, eingeschränktes Gesichtsfeld oder Flecken, Erkennen von Gesichtern, an Gegenstände anschlagen; für Details siehe Modulbericht 3). Es konnten hier gerade die Personen erreicht werden, die bisher noch kaum die Möglichkeit wahrgenommen hatten, eine Beratungsstelle aus dem Sehbehindertenwesen zu kontaktieren bzw. die von einem Angebot wie diesem bisher nichts wussten oder Hemmungen haben/hatten, ein solches Angebot zu nutzen. Es sind dies aber Personen, die vielleicht in der Zukunft das Angebot von Beratungsstellen nutzen werden. Es könnte sich aus diesen Erkenntnissen auch ein neues Verständnis über „durch Sehbehinderung bedrohte Personen“ aufbauen und in eine Art präventive Strategie münden.

4 Ergebnisse

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der COVIAGE-Studie zusammengefasst und zur Diskussion gestellt. Detaillierte Ergebnisse können den einzelnen Modul-Berichten (Modul 1: Seifert & Schelling 2014; Modul 2: Seifert & Schelling 2016; Modul 3: Seifert & Schelling 2017) entnommen werden.

4.1 Merkmale der Untersuchungsgruppe

COVIAGE konnte durch die Bevölkerungsbefragung bei Personen ab 70 Jahren in der deutsch- und französischsprachigen Schweiz mithelfen, die bisher sehr unübersichtliche Prävalenzstatistik zu einer im Alter erlittenen Sehbehinderung mit Daten zu bereichern. Innerhalb der telefonischen Befragung konnte mittels einer Wahrscheinlichkeitsauswahl der Wohnbevölkerung ab 70 Jahren eine repräsentative Stichprobe von 1.299 Personen erzielt werden. Die Verteilung der Gesamtheit der interviewten Personen entspricht der Bevölkerungsverteilung hinsichtlich der beiden Sprachregionen (72 % deutsch zu 28 % französisch) und dem Geschlecht (56 % sind Frauen).

Mithilfe der in COVIAGE neu entwickelten Selektionsfragen (siehe Kapitel 3) konnten 110 Menschen als Personen aus der Betroffenenengruppe identifiziert werden. Diese Gruppe beinhaltet Personen, die entweder bei der ersten Selektionsfrage eine stärkere Einschränkung des Sehens (eher schlecht oder sehr schlecht) angaben und zusätzlich erwähnten, dass diese Einschränkung erst im Alter aufgetreten sei, oder die bei der ersten Selektionsfrage mit „eher gut“ oder „mittelmässig“ geantwortet hatten und bei einer der nachfolgenden vier Selektionsfragen zu funktionalen Schwierigkeiten mindestens eine Einschränkung anführten und erklärten, dass die Sehbeeinträchtigung erst im Alter aufgetreten sei.

Anhand der Bevölkerungsbefragung kann gezeigt werden, dass 8.5 % der befragten Personen ab 70 Jahren zur Betroffenenengruppe gehören. In der Altersgruppe der über 85-jährigen Befragten sind es 16.5 %. Berücksichtigt werden muss hier, dass es sich um eine telefonische Befragung von mehrheitlich Personen in Privathaushalten gehandelt hat und daher auch Personen ab 95 nicht mehr repräsentativ erfasst werden konnten. Dennoch zeigen die COVIAGE-Prävalenzzahlen, die sich zum grossen Teil mit den Berechnungen des SZB (Spring, 2012) decken, dass die Anzahl der betroffenen Personen nicht zu vernachlässigen ist und die Wirklichkeit eines Teils der älteren Bevölkerung abbildet.

Anhand von Tabelle 1 kann die Verteilung der Stichprobe eingesehen werden. Es zeigt sich, dass die Prävalenz bei den befragten Personen ab 80 Jahren erwartungsgemäss höher ist als bei den 70- bis 79-jährigen. Die Personen aus der Betroffenenengruppe unterscheiden sich im Vergleich zur Referenzgruppe statistisch signifikant beim Alter und der Haushaltsform. Personen aus der Betroffenenengruppe sind eher älter und viele von ihnen leben in einer Alterspflegeeinrichtung. Hinsichtlich der anderen Merkmale (Geschlecht, Sprachregion, allein lebend) ergeben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Von den 87 Personen aus der Betroffenenengruppe, die an der weiteren Befragung teilgenommen haben, geben 33 Personen (38 %) eine doppelte Sinnesbeeinträchtigung (Seh- und Hörbeeinträchtigung) an. Diese unterscheiden sich statistisch gesehen nicht von den 54 Personen ohne doppelte Sinnesbeeinträchtigung hinsichtlich der Merkmale Geschlecht, Alter, Sprachregion, Haushaltsform und allein lebend.

Tab. 1: Standarddemografische Beschreibung der Stichprobe

Merkmal	Kategorien	Alle Befragten		Referenzgruppe (Personen ohne Sehbeeinträchtigung) N = 1189	Betroffengruppe (Personen mit Sehbeeinträchtigung) N = 110	Nur Personen mit einer doppelten Sinnesbeeinträchtigung N = 33*
		Anzahl	Prozente (gültige)			
Geschlecht	Frauen	722	55.6	54.9	62.7	60.6
	Männer	577	44.4	45.1	37.3	39.4
Altersgruppen	70-79	831	64.0	65.2	50.9	45.5
	80-89	404	31.1	31.0	31.8	39.4
	90-98	64	4.9	3.8	17.3	15.2
Sprachregion	französischsprachig	368	28.3	27.9	32.7	27.3
	deutschsprachig	931	71.7	72.1	67.3	72.7
Haushaltsform	Privathaushalt	1280	98.5	98.8	95.5	93.9
	Alterspflegeeinrichtung	19	1.5	1.2	4.5	6.1
allein lebend	allein lebend im Haushalt	420	32.9	32.4	38.1	35.5
	nicht allein lebend im H.	858	67.1	67.6	61.9	64.5
	keine Angabe	21				
Total pro Merkmal		1299	100	100	100	

* Die 33 Personen mit doppelter Sinnesbeeinträchtigung beziehen sich nur auf die 87 intensiv befragten Personen aus der „Betroffengruppe“.

4.2 Die gerontologische Sicht auf die Erhaltung der Lebensqualität bei einer im Alter erfahrenen Sehbehinderung

Im Alter eine Sehbehinderung erfahren, heisst nicht per se, dass der Alltag nicht bewältigt werden kann. Das Sehbehindertenwesen hat in Verbindung mit anderen Fachdisziplinen (Optik, Elektronik, Ergotherapie, Psychologie, Soziale Arbeit, Beleuchtungstechnik, Akustik und vielen mehr) viele kompensatorische Vorgehens- und Arbeitsweisen entwickelt und kann auf zahlreiche sehr wirkungsvolle Hilfsmittel und -techniken zurückgreifen. Das alles anzunehmen und im Leben zu integrieren, ist aber eine grosse, lebenslange Herausforderung. Deshalb muss festgestellt werden, dass erst im Alter eintretende Sinnesbeeinträchtigungen den Altersverlauf in Form einer zusätzlichen Belastung beeinflussen (vgl. Wahl et al. 1998). Marsiske et al. (2010) halten hierzu fest, dass sensorische Variablen den Grossteil der individuellen Unterschiede im Alter in den Bereichen kognitiv-motorischer Verhaltensbereiche, Selbst und Persönlichkeit sowie soziale Beziehungen erklären. Dies bedeutet, dass Personen mit einer Sehbehinderung gegenüber gleichaltrigen Personen meist mehr Einbussen durch die Sehbeeinträchtigung erfahren und hier von aussen (und teilweise in der Selbstwahrnehmung) stärker eine „Alterung“ stattfindet. Auch bei den Bereichen Ängstlichkeit/Einsamkeit und Wohlbefinden haben die sensorischen Einbussen einen grösseren Anteil an der erklärenden Varianz als das chronologische Alter (ebd., S. 423). So ist die sensorische Funktionsfähigkeit ein „persönlicher Anzeiger der eigenen Alterung“ (ebd.). Jedoch gehen Wahl und Kollegen (1998, S. 397) nicht automatisch von einer pauschal erhobenen „doppelten Belastung“ aus, vielmehr betonen sie die „hohe interindividuelle Variabilität des Anpassungserfolgs (bzw. -verlusts)“ (ebd.). So kann sich ein kumulativer Zusammenhang zeigen, dem jedoch kompensatorische Prozesse, individuelle Verhaltensweisen und Anpassungsprozesse sowie Unterstützungsangebote diesem entgegenwirken können.

Zentral bei der Frage, wie trotz der sensorischen Einbußen ein gutes Leben im Alter gelebt werden kann, ist die Frage nach der Bewertung der eigenen Lebensqualität im Alter. „Lebensqualität“ ist ein Begriff, der in der sozialwissenschaftlichen und speziell psychologischen Forschung sehr beliebt ist. Die Lebensqualität einer Person wird gerne in Fragebögen abgefragt oder in Ratgebern als Ziel eines guten Lebens formuliert. Jedoch stellten z. B. Fayers et al. fest, dass es zwar Lebensqualität und zahlreiche Modelle zur Lebensqualität gibt, aber keine formale Definition (1997, S. 394). Ein gutes Leben im Alter ist nach Lawton (1983, S. 355) durch das Zusammenspiel von vier Bereichen gegeben: a) psychologisches Wohlbefinden, b) subjektive Lebensqualität, c) Verhaltenskompetenz, d) objektive Umweltbedingungen. Im COVIAGE-Modul 1 wurde das Modell von Lawton genutzt, um die Einflüsse der Sehbehinderung im Alter auf die Lebensqualität anhand der genannten vier Bereiche zu kategorisieren (vgl. Seifert & Schelling 2014).

Lebensqualität kann dahingehend verstanden werden, dass sie sich meist aus mehreren objektiv und subjektiv wahrgenommenen Faktoren zusammensetzt. Dabei definiert meist das Individuum selbst (wenn auch im kulturellen/sozialen Kontext), welchen Wert die einzelnen Faktoren einnehmen. Neben der Zusammensetzung ist hier die Bilanzierung (Soll-Ist-Vergleich) zentral, also der Grad, mit dem ein erwünschter Zustand an körperlichem, psychischem und sozialem Wohlbefinden subjektiv auch tatsächlich erreicht wird.

Wenn wir uns vorstellen, dass im Alterungsprozess Ressourcen abnehmen, stellt sich die Frage, wie die Lebensqualität dennoch stabilisiert werden kann; insbesondere dann, wenn neben den altersbedingten Einschränkungen spezifische Hindernisse wie eben eine Sehbehinderung das alltägliche Leben beeinflussen. Hier hat sich das Modell von Baltes & Baltes (1989, 1990) für ein erfolgreiches Altern besonders verbreitet: das sogenannte SOK-Modell. Dieses Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation geht von einem Lebensspannenkonzept aus, das Gewinne, Verluste und Stabilität im Alter berücksichtigt. Die Mechanismen, die hier wirken, sind Selektion, Optimierung und Kompensation. Unter Selektion kann die Neuformulierung von Entwicklungszielen und Ausbildung von Präferenzen verstanden werden. Optimierung hingegen wird als das Erwerben oder Verbessern von Mitteln, Ressourcen und Handlungsweisen verstanden. Bei der Kompensation liegt der Fokus auf dem Erwerb neuer Potenziale oder der Anwendung von Strategien und Fertigkeiten. Ziel der Anwendung der drei Mechanismen ist es, ein zwar eingeschränktes, aber selbstwirksames Leben im Alter zu führen. Für die Stabilisierung der Lebensqualität im Alter und speziell nach dem Eintritt der Seheinsparungen ist es wichtig, die Mechanismen Selektion, Optimierung und Kompensation zu berücksichtigen und allenfalls auch in einem rehabilitativen oder psychosozialen Beratungssetting anzusprechen.

Das Mehr-Säulen-Modell (Rübsam & Martin, nach Martin & Kliegel 2010, S. 285 ff.) nimmt diese dynamische Sicht der Anpassung der Lebensqualität für ein gelingendes Altern auf und betont dabei die Ressourcen. Grundgedanke ist, dass verschiedene Ressourcen zur Stabilisierung der Lebensqualität beitragen. Dabei können die Ressourcen intra- und interindividuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein, wobei jedoch angenommen wird, dass zwischen den Ressourcen ein Gleichgewicht herrscht, das die Lebensqualität „trägt“ bzw. stabilisiert. Das Mehr-Säulen-Modell macht aber auch deutlich, dass bestimmte Ressourcen eine stärkere oder kompensatorische Rolle übernehmen können, wenn einzelne Ressourcen geschwächt sind oder gar wegbrechen. So bleibt die Lebensqualität stabil, auch wenn Ressourcen wie z. B. die Sehkraft geschwächt sind, aber beispielsweise die Partnerin bzw. der Partner bei der Alltagsbewältigung massgeblich Unterstützung leistet (Lehane, Dammeyer & Elsass 2017; Moser, Luxenberger & Freidl 2017). Für Interventionen bedeutet dies, dass auf kompen-

satorische Mechanismen von Ressourcen geachtet werden sollte, um die Lebensqualität zu stabilisieren.

Für die Beschäftigung mit dem Thema „Sehbehinderung im Alter“ sind diese Modelle der Stabilisierung der Lebensqualität zentral, da nicht nur das „Alter“, sondern auch die „Sehbehinderung“ grosse Herausforderungen für diese Stabilisierung sind. Wenn hier von einer „Stabilisierung“ der Lebensqualität gesprochen wird, wird darunter ein theoretisches Konzept (vgl. Martin, Jäncke & Röcke 2012; Scholz et al. 2015) verstanden, das weder – wie häufig üblich – von einem Abbauprozess beim Altern ausgeht und den älteren Menschen anhand seiner Verluste an Ressourcen beschreibt, noch annimmt, dass im Alter mehrheitlich Ressourcen ansteigen. Vielmehr geht dieses Konzept von einem intraindividuellen dynamischen Stabilisierungsprozess aus: „In contrast to stability or maintenance which are usually examined as outcomes, stabilisation refers to intraindividual dynamic adaption and regulation processes.“ (Scholz et al. 2015, S. 733; vgl. Martin, Jäncke & Röcke 2012) In diesem Sinne können bereits im gesunden Alter die täglichen Anpassungsprozesse und Ressourcen beobachtet und herausgearbeitet werden. Diese individuellen Bewältigungsmuster können dann für eine zukünftige Herausforderung, z. B. die Bewältigung einer Sehbehinderung im Alter, eingesetzt werden. Eine Stabilisierung der Lebensqualität ist dabei kein einmaliger Prozess; es kann eher davon ausgegangen werden, dass es im Alltag täglich zu einer individuellen Variabilität und zu Anpassungen kommt bzw. diese benötigt werden, um im längerfristigen Prozess eine Stabilisierung hervorzurufen (vgl. Röcke & Brose 2013).

Im Vordergrund steht hier auch, dass es den betroffenen Personen oft nicht um eine Bewältigung der Sehbehinderung geht, sondern um eine Bewältigung des Alltags; gerade die Alltagsbewältigung beeinflusst dann wieder die Bewertung der Lebensqualität; können bestimmte Tätigkeiten noch selbstständig oder mit Hilfe ausgeführt werden, erhöht sich das eigene Gefühl der Autonomie und damit auch die Wahrnehmung der Lebensqualität. Somit scheint es zentral, dass die Bewertung der Lebensqualität durch die noch selbst oder mit Hilfe durchführbaren Alltagsaktivitäten, durch sinnstiftende Freizeitaktivitäten, soziale Aktivitäten und partizipativen Teilhaben an der Gesellschaft beeinflusst wird.

Wird die Lerndynamik (vgl. z. B. Salthouse 1996; zur Übersicht siehe Krampe 2007) bei älteren Menschen hierbei berücksichtigt, bedeuten die jeweiligen zu erlernenden kompensatorischen Prozesse, Anpassungen und Bewältigungsstrategien, die zur Erhaltung der Alltagsaktivitäten benötigt werden, nicht nur ein „Neuerlernen“, sondern ein „Erlernen“ unter erschwerten kognitiven Bedingungen. Dies führt dazu, dass neue Verhaltensweisen zeitintensiv neu erlernt werden müssen und hinzukommend auch nicht immer die Motivation für neue Bewältigungsstrategien vorhanden ist, da sich viele sagen: „Es lohnt sich ja nicht mehr in meinem Alter!“ Jedoch sind auch hier individuelle Unterschiede in der Lernmotivation und Lernkompetenz zu berücksichtigen.

Eine Sehbehinderung im Alter zu erfahren bedeutet auch, dass aus Sicht der Entwicklungspsychologie in der Entwicklungsphase des höheren Erwachsenenalters die Sehbehinderung eine besondere Entwicklungs herausforderung darstellt (siehe Heyl 2017). Entwicklungsaufgaben im höheren Erwachsenenalter umfassen zum Beispiel Aufgaben der Anpassung an den Ruhezustand oder der Anpassung an die nachlassenden körperlichen und kognitiven Kräfte sowie die Aufrechterhaltung von Alltagskompetenzen und des Wohlbefindens. Heyl (2017) betont hierbei, dass insbesondere die Aufrechterhaltung der Alltagskompetenz und des Wohlbefindens durch eine alterskorrelierte Sehschädigung erschwert wird. Heyl (2017) zeigt auf Grundlage eigener Studien, dass kognitive Ressourcen

sowie der Persönlichkeitsfaktor Neurotizismus (emotionale Stabilität) und der Persönlichkeitsfaktor Verträglichkeit (z. B. Kooperationsbereitschaft, Freundlichkeit, Mitgefühl) für die Alltagsbewältigung an Bedeutung gewinnen, wenn eine Sehschädigung vorliegt. Nicht nur kognitive Ressourcen, sondern auch Persönlichkeitsmerkmale tragen zur Aufrechterhaltung von Alltagskompetenz bei. Daraus schlussfolgert Heyl, dass es sinnvoll wäre, nicht nur durch kognitive Trainings die kognitiven Ressourcen zu unterstützen, sondern auch die Persönlichkeitsressourcen Neurotizismus und Verträglichkeit „im Rahmen von psychosozialen Interventionsprogrammen zu stärken, um eine Aufrechterhaltung der Alltagskompetenz auch indirekt zu unterstützen“ (ebd., S. 98). Durch gezielte Interventionen zur Aufrechterhaltung der Alltagskompetenz könnte dies bei sehgeschädigten älteren Personen auch zu einer Aufrechterhaltung des subjektiven Wohlbefindens beigetragen. Demnach ist es bei einer ganzheitlichen Intervention wichtig, die Alltagskompetenzen zu berücksichtigen und nicht nur die medizinische Abklärung und Orientierung auf das Krankheitsbild. Aus den Ergebnissen der COVIAGE-Untersuchungen (Modul 1 und 3) kann gezeigt werden, dass für die betroffenen Personen insbesondere die Aufrechterhaltung von Alltagskompetenzen (und damit auch die Wahrung der Selbstständigkeit/Autonomie) sowie die Stabilisierung des subjektiven Wohlbefindens und der eigenen Lebensqualität wichtige Ziele sind.

4.3 Die Sehbehinderung und ihr fundamentaler Einfluss auf die Lebensqualität und die Beurteilung eines guten Lebens im Alter

Eine Sehbehinderung erfordert oft allgemeine, aber auch tagtägliche Anpassungen an die persönlichen Lebensumstände. So müssen sehbehinderte Menschen im Vergleich zu normalsichtigen Menschen viel mehr „Energien darauf verwenden, diejenigen visuellen Informationen aufzunehmen, die ihnen helfen, den Alltag zu bewältigen.“ (Ahrbeck & Rath 1994, S. 34) Wahl et al. (2013, S. 960) schreiben hierzu „loss of everyday functioning is a major characteristic of age-related vision impairment“. Die European Blind Union (EBU) schreibt hierzu in ihrem Positionspapier von 2014: „With a loss of vision will often come reduced mobility, reduced access to information, reduced self-regulating capacities, poor confidence to go out alone, resulting in social isolation, reduced physical and mental health, all leading to a downward spiral of dependency.“ (Suttie et al. 2014, S. 5) Dies kann dazu führen, dass die grossen zusätzlichen Anstrengungen zur Alltagsbewältigung die individuelle Lebensqualität negativ beeinflussen. So lassen sich neben den funktionellen Bereichen auch Zusammenhänge zwischen den Seheinbussen und dem psychologischen, physischen und sozialen Wohlbefinden festhalten (vgl. Rott, Wahl & Tesch-Römer 1996). Die psychosozialen Korrelationen von Einbussen des visuellen Systems und den damit verbundenen emotionalen, sozialen und verhaltenspsychologischen Folgen sind in einer Reihe von Studien untersucht worden (siehe zur Übersicht Burmedi et al. 2002a; 2002b). So zeigen ältere Menschen mit einer Sehbehinderung im Vergleich zu gleichaltrigen gut sehenden Menschen „eine verringerte Lebenszufriedenheit, reduzierte Selbstwertschätzung sowie erhöhte Depressivität“ (Tesch-Römer & Wahl 2012, S. 408; vgl. z. B. auch Wahl, Heyl & Langer 2008; Wahl et al. 2013; Rott, Wahl & Tesch-Römer 1996; Burmedi et al. 2002a; 2002b). Die Betroffenen leiden meist darunter, „was ihnen nunmehr nicht mehr oder nur noch schwer möglich ist, jedoch ihr ganzes Leben selbstverständlich möglich war und, im sozialen Vergleich, auch vielen anderen Älteren weiterhin möglich ist“ (Wahl, Heyl & Langer 2008, S. 738). Darüber hinaus lässt sich Evidenz finden, dass eine Sehbehinderung einen negativen Einfluss auf die physische und kognitive Funktionsfähigkeit älterer Menschen hat (vgl. Hajek et al. 2016). Dabei sind aber bei allen Zusammenhängen beträchtliche interindividuelle Unterschiede zu berücksichtigen, was bedeutet, dass nicht jede ältere Person mit einer Sehbehinderung depressiv ist (vgl.; Heyl 2017; McCloud et al. 2014).

Eine Sehbehinderung beeinflusst aber auch die sozialen Kontakte, weshalb die Bewältigung der Sehbehinderung auch eine soziale Komponente hat (Desrosiers et al. 2009). Darüber hinaus lebt die betroffene Person in einer physischen Umwelt, die als Ressource dienen kann, wenn sie hilft, den Alltag gut zu bewältigen, aber auch als Hindernis erlebt werden kann, wenn bauliche Barrieren die Alltagsbewältigung beeinträchtigen und die betroffenen Personen deshalb sogar umziehen müssen, was belastend wirken kann.

Zusammenfassend lässt sich zum heutigen Stand der sozialwissenschaftlichen Forschung zur Sehbehinderung im Alter sagen, dass im Grunde fast alle Lebensbereiche durch abrupte oder schleichende Seheinbussen und Sehbeeinträchtigungen betroffen sind (vgl. Tab. 2).

Tab. 2: Lebensbereiche (nach Lawton 1983), die durch eine Sehbehinderung im Alter beeinflusst werden

Psychologisches Wohlbefinden	Verhaltenskompetenz	Subjektive Lebensqualität	Umweltbedingungen
Depression Mortalität Angst Hilfsbedürftigkeit Gefühl des Alleinseins	Aktivitäten des täglichen Lebens Bedeutungsvolle Betätigungen Selbstständigkeit Freizeit Soziale Kontakte Mobilität Sturzrisiko Kognitive Ressourcen	Einschätzung der subjektiven Lebensqualität Psychosoziales Wohlbefinden	Soziales Umfeld
			Unterstützung
			Belastungen
			Autonomien
			Abhängigkeiten
			Wohlbefinden des Unterstützungsnetzwerks
Physische Umwelt			
Wohnbedingungen			
Bauliches			
Barrierefreiheit			
Beleuchtung			
Zugänglichkeit			

Anhand der Ergebnisse von COVIAGE konnte vor allem gezeigt werden, dass Personen mit einer sich erst im Alter manifestierenden stärkeren Sehbeeinträchtigung im Vergleich zu gutsehenden gleichaltrigen Personen häufiger angeben, dass sie mit ihrer Lebensqualität, der Alltagsbewältigung und der Ausserhausmobilität weniger zufrieden sind. Es konnte auch festgehalten werden, dass eine Sehbehinderung im Alter den Tagesablauf und das alltägliche Verhalten beeinflusst. Darüber hinaus beeinflusst eine Sehbehinderung auch die Bewertung der Selbstständigkeit und Autonomie negativ. Innerhalb der COVIAGE-Bevölkerungsbefragung konnte aber auch gezeigt werden, dass individuelle Belastungssituationen in der Alltagsbewältigung (z. B. Kochen, Einkaufen, Lesen, Sozialkontakte, Hobbies nachgehen, Reisen/Ausflüge unternehmen) zwar vorhanden sind, dass der Alltag aber von vielen betroffenen Personen „irgendwie“ bewältigt wird. COVIAGE konnte dabei auch nachweisen, dass die aufgezeigten Zusammenhänge sehr unterschiedlich in Form und Intensität ausfallen können. Die Individualität der „Sehbehinderung im Alter“ und die Bewertung ihrer Folgen muss aufgrund der Befragung im COVIAGE-Modul 1 und der Experten-Workshops betont werden.

Die Bewertung des Einflusses der Sehbehinderung auf die Lebensqualität verändert sich auch mit der Zeit. Direkt nach der Diagnose der Sehbehinderung ist der Verlust an Lebensqualität oftmals direkter zu spüren, da man nun bestimmte Dinge nicht mehr machen kann bzw. Zukunftsängste (z. B. Ver-

schlechterung des Sehvermögens) hat. Mit der Zeit lernen viele Personen jedoch, ihren Alltag trotz ihrer Sehbehinderung zu bewältigen und passen ihre Lebensqualität an. Dennoch ist dies immer ein dynamischer Prozess, in dem Veränderungen der Ressourcen (z. B. Versterben der unterstützenden Partnerin/des Partners) und Belastungen die Alltagsbewältigung und damit die Lebensqualität beeinflussen. Hinzukommend spielt hier auch die persönliche Dimension eine Rolle, also die Frage, wie die betroffenen Personen selbst mit der Beeinträchtigung umgehen und ihren Alltag bewältigen. Abschliessend ist zu betonen, dass die Person die Bewertung der eigenen Situation nicht im luftleeren Raum vornimmt. Die Unterstützung, die sie aus ihrem sozialen Umfeld bekommt, die Erfahrungen der Familie in Sachen Sehbehinderung und die in diesem Kontext vorherrschenden Einstellungen zur Teilhabe und Alltagsbewältigung beeinflussen die persönliche Bewertung der Situation.

4.4 Die strukturellen Bedingungen und der Aspekt der Selbstwahrnehmung von „Behinderung“

In den COVIAGE-Expertenrunden wurde deutlich, dass es gerontologisches Wissen in der Sehbehindertenarbeit benötigt, aber auch sehbehinderungsspezifisches Wissen in der Seniorenarbeit. Das Zusammenspiel von „Behinderung“ und „Alter“ betrifft nicht nur das Behindertenwesen, sondern auch die Gerontologie und verlangt einen gegenseitigen Wissenstransfer (vgl. Seifert & Kühne 2016). Darüber hinaus wurde deutlich, dass selten ein funktionierendes Netzwerk zwischen informellen Helfern, professionellen Anbietern und der Augenmedizin besteht (vgl. Seifert 2014). Innerhalb der Experten-Workshops kam es daher auch zu folgenden Wünschen hinsichtlich der strukturellen Bedingungen:

- Entwicklung und Etablierung von gerontologisch fundiertem Wissen zur Anwendung in der Beratung und Rehabilitation innerhalb des Sehbehindertenwesens. Weitergabe von sehbehinderungsspezifischem Wissen in die praktische Seniorenarbeit und gegenseitige Sensibilisierung für das Thema
- Vernetzung zwischen allen Akteuren aus dem medizinischen und psychosozialen Bereich
- Verbesserung der Sensibilität der Augenärzte und Optiker sowie niederschwellige Weitergabe von Kontaktinformationen an die Patienten („Überweisung“) von den Fachpersonen der Ophthalmologie an das Sehbehindertenwesen (Beratungsangebote, Selbsthilfegruppen etc.) bzw. an die Low-Vision-Beratung
- Bessere Information und Steigerung des öffentlichen Bewusstseins über erst im Alter entstehende Sehbeeinträchtigungen
- Implementieren des Themas Sehbehinderung in die Pflegeausbildung sowie in die Betreuungsstrategie aller Alters- und Pflegeheime sowie Schaffung von sehbehinderungsorientierten Rahmenbedingungen in den Institutionen
- Einfach und verständlich erklären, warum parallel zur medizinischen Behandlung auch eine psychosoziale und rehabilitative Unterstützung notwendig ist
- Lebensbejahende Botschaften zum Leben mit Sehbehinderung kommunizieren
- Akzeptanz von Behinderungen im Alter durch die Gesellschaft (Normalisierung und Sensibilisierung)
- Dass das Thema Thema bleibt und dass ein besserer Transfer zwischen Theorie und Praxis erfolgt (in beide Richtungen)

Aus den qualitativen Gesprächen mit den betroffenen Personen innerhalb von COVIAGE wurde deutlich, dass jene Menschen, die erst im Alter sukzessive Seheinbussen erleiden, sich nicht unmittelbar als „behindert“ sehen. Dies brachte eine befragte Frau sehr gut zum Ausdruck, indem sie sagte:

„Ich bin nicht behindert, ich sehe nur schlecht.“ Teilweise wurde von den befragten Personen innerhalb der qualitativen Befragung schlechtes Sehen grundsätzlich mit dem Altern verbunden und – insbesondere wenn die Krankheit noch nicht so viele alltägliche Einschränkungen hervorruft – gar nicht als „Sehbehinderung“ in dieser Form „wahrgenommen“. Anhand der Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung kann gezeigt werden, dass 31.2 % der 87 befragten Personen mit einer stärkeren Sehbeeinträchtigung der Aussage „Ich mag es gar nicht, wenn mich jemand als ‚sehbehindert‘ bezeichnet“ zustimmen. Gerade das Stigma „behindert“ wird mit einem hohen Verlust an Autonomie und damit auch mit einer grösseren Hilfsbedürftigkeit verbunden. So ist auch die Akzeptanz, einen „weissen Stock“ in der Öffentlichkeit zu benutzen, mit starken persönlichen Hemmungen verbunden. Von den befragten 87 Personen der COVIAGE-Bevölkerungsbefragung geben nur 6 Personen an, regelmässig einen weissen Stock zu benutzen.

Eine Selbstwahrnehmung, die „Behinderung“ kategorisch ablehnt, kann dann dazu führen, dass sich die betroffenen Personen erst spät mit ihrer Sehbehinderung auseinandersetzen und sie sich keine Unterstützung bei spezialisierten Beratungsstellen oder Behinderten-Selbsthilfegruppen einholen. So geben innerhalb der COVIAGE-Bevölkerungsbefragung nur 2 von 87 befragten Personen an, dass sie in den letzten fünf Jahren eine Beratungsstelle aus dem Sehbehindertenwesen aufgesucht haben. Untersuchungen zeigen aber auch, dass unabhängig vom Erfolg medizinisch-therapeutischer Massnahmen ein Beratungsbedarf zur Minderung von psychosozialen Folgen (wie diese im Kapitel 4.2 besprochen wurden) der Sehbehinderung besteht, jedoch nicht immer von den betroffenen Personen wahrgenommen wird (vgl. van der Aa et al. 2015; Lam & Leat 2013). Jedoch zeigen aktuelle Arbeiten aus Deutschland, dass es teilweise ein zu geringes Wissen über die Beratungsangebote bei den betroffenen Personen gibt bzw. der Zugang zu Beratungsangeboten jenseits des medizinischen Systems eher zufällig (keine oben angesprochene Überweisungslogik aus der Ophthalmologie) als nach individuellen Bedürfnislagen geschieht (Himmelsbach, Lipinski & Putzke 2016; vgl. auch Driebold, Himmelsbach & Oswald 2015).

Gerade das Merkmal der sukzessiven Verschlechterung des Sehens im Alter führt dazu, dass sich Betroffene weniger deutlich als „behindert“ einstufen. Oftmals versuchen sie ihren Alltag durch kompensatorisches oder vermeidendes Verhalten zu bewältigen. Dennoch geht dieses Leben im Grenzbereich zwischen Sehen und Nichtsehen einher mit einer hohen psychischen und sozialen Belastung (SZB, 2010, S. 24; vgl. auch Tschamper, 1995). Dabei ist nicht nur der Verlauf der Sehbeeinträchtigung sukzessive, sondern auch die persönliche Anpassung des Alltags, was aber auch bedeuten kann, dass die Personen den (vermeintlich) „grossen Schritt“ zu einer Beratungsstelle oder Hilfsmittelberatung seltener gehen; hier vielleicht eher begleitet durch Angehörige.

Es ist aus der in COVIAGE durchgeführten Bevölkerungsbefragung (COVIAGE-Modul 3) aber eben auch herauszulesen, dass nicht alle Personen ihre Alltagsbeschränkungen aufgrund der Sehprobleme selbstständig bewältigen; ein Teil von ihnen gibt an, dass sie hiermit sehr zu kämpfen haben. Vermutlich würden gerade sie von Hilfsmitteln, einer Beratung bzw. einer psychosozialen Rehabilitation neben der medizinischen Therapie profitieren. Es ist daher wichtig, dass sich hier Angebot und Nachfragerin bzw. Nachfrager begegnen. Dazu sind niederschwellige Beratungskonzepte mit gerontologischem Erfahrungswissen und eine Vernetzung mit Fachpersonen aus der ambulanten und stationären Altersarbeit, der Ophthalmologie, mit Hausärztinnen und Hausärzten sowie mit Augenoptikerinnen und Augenoptikern notwendig. Eine stärkere Kooperation käme den Betroffenen zugute (vgl. Seifert 2014). Himmelsbach, Lipinski & Putzke (2016) geben daher folgende Empfehlungen für die Praxis:

- „Um die Vielfalt der Beratungsangebote einschätzen zu können und das geeignete Angebot für die eigenen Bedürfnisse zu finden, benötigen ratsuchende Patienten ein differenziertes Vorwissen über die ‚Beratungsszene‘.
- Eine umfangreiche Aufklärung von Ärzten ist von zentraler Bedeutung, was die Verfügbarkeit und das Wissen über Beratungsoptionen für ältere Menschen anbelangt.
- Neben medizinisch-therapeutischen Angeboten sollten die psychosozialen und alltagspraktischen Folgen von Sehbeeinträchtigung im Alter stärker in den Blick geraten.“ (ebd., S. 941)

4.5 Der Vergleich zwischen frühsehbehinderten und spätsehbehinderten älteren Menschen

Der Vergleich zwischen den Personen, die früh eine Sehbehinderung erfahren haben, und Personen, die erst mit dem Alter diese Einschränkung erleben, kann mithelfen, die weiter oben angesprochene Frage der doppelten Belastung von Sehbehinderung und Alter zu beantworten. Auch Personen, die schon während mehrerer Jahre vor der Pensionierung mit einer Sehbehinderung zu leben gelernt haben (wir nennen sie im Weiteren „Personen mit Frühsehbehinderung“), erfahren typische Altersprozesse und damit verbundene Einschränkungen, die eine Anpassung des Alltags mit sich bringen können. Die bis dato gut eingeübte und selbstsichere Mobilität in der Stadt kann beispielsweise durch Alterungsprozesse und Ängste vor Stürzen eingeschränkt werden. Für die Betroffenen kommt demnach das „Alter“ zur Sehbehinderung „hinzu“. Für ältere Menschen, die erst im Alter eine stärkere Sehbeeinträchtigung erfahren, kommt die „Sehbehinderung“ im Alter „hinzu“.

Mithilfe der qualitativen Befragung innerhalb des COVIAGE-Moduls 1 konnten wir diese unterschiedlichen Zugänge auch beleuchten und sowohl frühsehbehinderte Personen als auch spätsehbehinderte Personen befragen (siehe Modulbericht 1). Beide Personengruppen sind mit ihrer aktuellen Wohnsituation (eher) zufrieden. Personen mit einer spät eingetretenen Sehbehinderung geben aber etwas häufiger an, dass ihre Wohnung nicht barrierefrei sei. Hier wurde in den Interviews deutlich, dass viele von ihnen bereits seit mehreren Jahrzehnten in ihrer Wohnung leben und erst jetzt mit der Sehbehinderung die Wohnsituation neu bewerten. Es wurde aber auch deutlich, dass die befragten Personen am liebsten in ihrem bekannten Wohnumfeld wohnen bleiben möchten – und zwar gerade weil das vertraute Quartier eine Ressource für die Alltagsbewältigung ist; hier kennen sie die Wege und die Nachbarschaft.

Die beiden untersuchten Gruppen der älteren Menschen unterscheiden sich dahingehend, dass Personen, die bereits vor dem Pensionsalter sehbehindert waren,

- a) meist ein besseres, auf die Behinderung bezogenes Ressourcennetzwerk aufweisen,
- b) meist den Akzeptanz-, Anpassungs- und Selbstwahrnehmungsprozess durchlaufen haben und
- c) selbstverständlicher – weil bereits frühzeitig erlernt – mit Bewältigungsstrategien und Hilfsmitteln umgehen.

Älteren Menschen, die erst im Rentenalter die Behinderung erleben, stehen diese oben aufgelisteten Ressourcen nicht sofort zur Verfügung; sie müssen einerseits die Diagnose und die damit verbundenen Anpassungen akzeptieren lernen und sich andererseits ein Ressourcennetzwerk aufbauen und den effektiven Einsatz von Hilfsmitteln mühsam neu erlernen. Des Weiteren müssen sie die veränderten Perspektiven und Zukunftsaussichten akzeptieren lernen.

Personen mit einer Frühsehbehinderung, die in die höhere Altersphase eintreten, sind gemäss der qualitativen Untersuchung sowohl im Verhalten als auch im Erleben deutlich besser an die Alltagsbewältigung mit einer Sehbehinderung angepasst als spätehbehinderte Menschen. Auch Wahl et al. (1998) kommen zu einem ähnlichen Ergebnis: Danach sind Personen mit einer Frühsehbehinderung, die in ihre Altersphase eintreten, sowohl im Verhalten als auch im Erleben deutlich besser angepasst als spätehbehinderte Menschen. Für Personen mit einer Frühsehbehinderung ist die „Sehbehinderung“ zum Alltag geworden und Anpassungskompetenzen konnten in unterschiedlichen Bereichen erworben und verfestigt werden. Spätehbehinderte Menschen müssen diese Kompetenzen erst erlernen. Griffon (2013) betont dabei, dass Spätehbehinderte im Vergleich zu Menschen mit einer Langzeit-Sehbehinderung einen anderen Anpassungsprozess durchlaufen und damit auch einen etwas anderen Hilfeanspruch haben, was sich auch in den Rehabilitationszielen niederschlagen sollte (siehe auch Griffon & Renoux, 2003). Dennoch haben auch Personen mit einer früh eingetretenen Sehbehinderung mit altersbedingten Einschränkungen zu leben und müssen diese bewältigen.

Demnach ergibt sich bei beiden Personengruppen eine doppelte Belastung (Sehen und Alter(n)), die sich aber unterschiedlich manifestiert. Rehabilitationsbemühungen oder psychosoziale Interventionen müssen diese unterschiedlichen Hintergründe und Ressourcenausstattungen der beiden Personengruppen berücksichtigen, um eine spezifische Unterstützung anzubieten. Für eine spätehbehinderte Person sind vermutlich vor allem Fragen zum augenspezifischen Krankheitsbild und -verlauf in einem frühem Stadium der Sehbehinderung wichtiger als bei gleichaltrigen frühsehbehinderten Personen, wo diese Fragen meist bereits besprochen wurden, hier aber nun Fragen zur Alltagsbewältigung im Alter hinzukommen.

4.6 Wenn Sehen und Hören beeinträchtigt sind – Hörsehbehinderung

Neben der Sehbeeinträchtigung konnten die Personen, die an der COVIAGE-Bevölkerungsbefragung (COVIAGE-Modul 3) teilgenommen hatten, auch zu ihrer Hörfähigkeit befragt werden, sodass das Erleben einer doppelten Sinnesbeeinträchtigung erkannt werden konnte. Die Umschreibung von erworbener Taubblindheit und Hörsehbehinderung durch die in der Schweiz zuständigen SZB-Beratungsstellen für hörsehbehinderte und taubblinde Menschen (Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen SZB) enthält drei Ebenen. Die erste Ebene lautet: *„Eine Person ist taubblind, wenn sie gleichzeitig erheblich hörgeschädigt und sehgeschädigt ist. Einige taubblinde Menschen sind gehörlos und blind, andere haben ein nutzbares Hör- und/oder Sehpotential. Die Kombination der beiden Sinnesbehinderungen führt zur Unmöglichkeit, den jeweils anderen Sinn zur Kompensation beizuziehen.“* (S. Spring vom SZB) Der SZB betont hierbei, dass die kombinierte Sinnesbeeinträchtigung nicht als Summe der beiden einzelnen Beeinträchtigungen im Seh- und Hörvermögen gesehen werden darf. Der Schlüssel zum Verständnis, dass die Hörsehbehinderung mehr als diese Summe ist, liegt in der Betonung der Kompensation zwischen den beiden Sinnen. Daraus entstehen nämlich die für die Hörsehbeeinträchtigung spezifischen Folgen, die durch den SZB folgendermassen zusammengefasst werden: *„Taubblinde Menschen können daher nicht ohne weiteres Dienstleistungen und Hilfsmittel für sehbehinderte, blinde, hörbehinderte oder gehörlose Menschen nutzen. Dies erschwert die schulische und berufliche Bildung, das lebenslange Lernen, das Gestalten der Freizeit, die Ausübung eines Berufes, die Wahrnehmung familiärer oder sozialer Aufgaben. Sowie die Möglichkeiten, sich zu erholen und neue Kräfte zu tanken. Charakteristisch für die Taubblindheit sind die Erschwernisse in der Mobilität, in der zwischenmenschlichen Kommunikation und im Zugang zur Information.“* (ebd.) Im Einklang mit der internationalen Fachwelt betont der SZB abschliessend auf einer dritten, übergeordneten Ebene die Notwendigkeit, die Situation von Personen, die (auch im Alter) nebst einer Sehbeeinträchtigung mit einer Hörbeeinträchtigung konfrontiert sind, als

„Hörsehbehinderung bzw. Taubblindheit“ zu verstehen, eine Behinderungsform mit eigenen, spezifischen Problemfeldern, die es zu beachten gilt: *„Taubblindheit wird daher als eigenständige Behinderungskategorie verstanden.“* (ebd.)

Mit diesem Verständnis im Hintergrund und in Anbetracht der im Alter stark verbreiteten Schwerhörigkeit war es für COVIAGE wichtig, die Hörsituation der interviewten Personen speziell abzufragen und den Alltagseinschränkungen, Belastungen und Ressourcen in der speziellen Untergruppe der Menschen mit Hörsehbeeinträchtigung nachzugehen.

Eine eher allgemeine Einstiegsfrage in dieses Themenfeld war die Frage, ob die interviewten Personen ein Hörgerät besäßen. 16 der 87 befragten Personen gaben an, ein Hörgerät zu besitzen; jedoch nutzt nur die Hälfte davon es regelmässig. Zentral für die Nutzung des Hörens im kompensatorischen Zusammenspiel mit einem Sehverlust ist aber auch die über das Gehör wahrgenommene Sprache in der Alltagssituation. Die Alltagssituation ist dabei selten die der „Ruhe“, sondern viel öfter die des „Umgebungs- oder Begleittlärms“. COVIAGE hat beiden Hör- bzw. Versteh-Situationen Raum gegeben, und zwar im Bewusstsein, dass das Verstehen auch bei Lärm für die Kompensation von Sehbeeinträchtigungen entscheidend ist. Die derzeitige Hörfähigkeit in einem ruhigen Umfeld wurde von den meisten der 87 befragten Personen als gut bewertet. Sieben Personen (8 %) gaben bei der Frage, wie sie ihre Hörfähigkeit, allenfalls mit Hörgerät, auf einer Skala von 0 bis 10 bewerteten, wenn eine Person in ihrer Wohnung oder an einem ruhigen Ort mit ihnen spricht, einen Wert von unter 6 an. Anders sieht es bei der Hörfähigkeit in einer „lebendigen“ Alltagssituation aus, in der die betroffene Person in einer Gruppe von mehreren Personen z. B. in einem Restaurant oder bei einer Veranstaltung zuhören muss. Hier gaben 33 Personen (38 %) einen Wert von unter 6 an.

Werden die beiden Fragen zur subjektiven Hörfähigkeit als Selektionsfragen verwendet, ergeben sich 33 Personen (38 %) aus den ursprünglich 87 befragten Personen, die eine doppelte Sinnesbeeinträchtigung aufweisen. Vergleichen wir diese Ergebnisse mit den Untersuchungen von Seifert & Spring (2016) aus dem Pflegebereich, kann aufgezeigt werden, dass ähnlich viele Personen in den stationären und ambulanten Pflegesituationen von einer doppelten Sinnesbeeinträchtigung betroffen sind. 27 % der untersuchten Bewohnerinnen und Bewohner der deutschsprachigen Alterspflegeinstitutionen, die mit dem Pflege-Assessment-System RAI-NC arbeiten, weisen eine doppelte Sinnesbeeinträchtigung (Sehen und Hören) auf (ebd.). Diese Prävalenz in der älteren Bevölkerung spricht auch für eine Notwendigkeit einer gerontologisch fundierten Beratungs- und Rehabilitationsarbeit, die beide Sineseeinbussen sowohl einzeln als auch in Kombination berücksichtigt und sich auch hörbehinderungsspezifisches Wissen aneignet.

Für die weitergehende Diskussion der COVIAGE-Befragungsergebnisse ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass hier eine telefonische Befragung durchgeführt wurde. Wir haben damit Ergebnisse von Personen, die sich dazu bereit erklärt und das Gespräch in diesem Sinne angenommen und zu Ende geführt haben. Ein Teil der Personen mit mittelschweren oder schweren Höreinsbussen fehlt hier demnach. Die Resultate gelten in diesem Sinne nur für einen Teilbereich der Menschen mit doppelter Sinnesbeeinträchtigung und dürfen nicht auf alle existierenden Situationen ausgedehnt werden.

Von den 33 Personen gaben 19 Personen (58 %) an, dass sie zuerst Probleme mit dem Sehen gehabt hätten; die anderen 14 Personen (42 %) hatten zuerst Probleme mit dem Hören. Keine der befragten 33 Personen gab an, dass beide Beeinträchtigungsformen etwa gleichzeitig aufgetreten seien. Diese Daten sind in der Forschungslandschaft neu und zeigen auf, dass die Verläufe variieren und somit

die Antwort auf die Frage „Was war zuerst da?“ unterschiedlich ausfallen kann. Da sich die Prozesse der Sinnesbeeinträchtigungen oftmals schleichend einstellen, sollte von professioneller Seite her zumindest eine jeweils zusätzliche Beeinträchtigungsform mitgedacht werden.

Zeigen sich aber nun auch Unterschiede hinsichtlich der Alltagsbewältigung bei den befragten Personen, die zusätzlich zur Sehbeeinträchtigung eine schlechtere Hörfähigkeit angaben? Seifert & Spring (2016) betonen dabei, dass für den Alltag die zusätzlichen Hörverluste nicht nur eine Einschränkung in der Kommunikation und Informationsaufnahme bedeuten, sondern auch Einschnitte in der Alltagsbewältigung, Missverständnisse, Kränkungen und einen daraus resultierenden sozialen Rückzug bedeuten können. Studien belegen, dass die Hörsehbeeinträchtigung häufig die Ausübung von Alltagsaktivitäten negativ beeinflusst (vgl. Händler-Schuster, Zigan & Imhof 2017; Tay et al. 2007; Adler et al. 2011). COVIAGE zeigt hier, dass sich zwar (unter Berücksichtigung der oben angemerkten Einschränkungen, die aus der telefonischen Befragung hervorgingen) 17 der 33 betroffenen Personen im Alltag eher bzw. sehr eingeschränkt fühlen, jedoch sich nicht unbedingt eingeschränkter fühlen als Personen, die keine zusätzlichen Hörprobleme haben. So zeigen sich auch keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich der Frage, wie zufrieden die Personen hinsichtlich ihrer allgemeinen Alltagsbewältigung sind. Hinsichtlich der sozialen Ressourcen, also der gesamthaften Unterstützung durch Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn, zeigen sich keine signifikanten Gruppenunterschiede. Auch hinsichtlich der genutzten sehbehinderungsspezifischen Hilfsmittel unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht systematisch voneinander, zumindest nicht, wenn man die Hilfsmittel ganz generell benennt. Hinsichtlich der präferierten Bewältigungsstrategien (Berner Ressourcenmodell und SOK-Modell) ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Gruppe der Personen, die beide Sinnesbeeinträchtigungen aufweisen, und Personen, die „nur“ die Sehbeeinträchtigung aufweisen. Die Verwendung der persönlichen, sozialen und formal-externen Ressourcen ist daher eher personenabhängig zu erklären.

Aufgrund der fehlenden Kompensationsmöglichkeit durch die doppelte Sinnesbeeinträchtigung ist es wichtig, auch die Kommunikationswege neu zu erlernen. Fehlen das Hören und Sehen zum Verstehen, müssen professionelle Fachpersonen und das soziale Umfeld lernen, neue Kommunikationswege einzugehen, um überhaupt eine erfolgsgerichtete Beratung, Betreuung oder Pflege ausüben zu können. Händler-Schuster, Zigan & Imhof (2017) sehen in der Anpassung der Kommunikation des sozialen Umfelds einen wichtigen Punkt in der Alltagsbewältigung. Adler, Blaser und Wicki (2016) stellen dazu einen ihrer neun Leitsätze für eine audio-visuell sensible Pflege auf.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass COVIAGE mit der telefonisch durchgeführten Befragung über einen Teil der Situationen mit doppelter Sinnesbeeinträchtigung Aussagen machen kann. So unterscheiden sich die Personen mit einer zusätzlichen Höreinschränkung zum Teil von denen ohne eine solche zusätzliche Beeinträchtigung, was damit erklärt werden kann, dass die Hörfähigkeit als Kompensationsressource für mangelnde visuelle Informationen ausfällt, was sich auf die Alltagsbewältigung und das subjektive Empfinden der eigenen Situation negativ auswirken kann. Auch wenn COVIAGE die Situation hörsehbeeinträchtigter Menschen nur bruchstückhaft erfassen konnte, so kann doch gesagt werden, dass die doppelte Sinnesbeeinträchtigung insgesamt als spezielle, zusätzliche Belastung und als Ausbleiben einer spezifischen kompensatorischen Ressource anzusehen ist, die durch COVIAGE aber in den Details nicht befriedigend erklärt/spezifiziert werden konnte.

4.7 Alltagsbewältigung im Vergleich zu nicht von stärkeren Sehbeeinträchtigungen betroffenen älteren Personen

Den Alltag aufgrund der Sehbeeinträchtigungen nicht mehr gut bewältigen zu können, ist eine zusätzliche Belastung im Alter, wie dies im Kapitel 1.2 erstmals angesprochen wurde. Die Angst vor den negativen Auswirkungen, die eine Sehbeeinträchtigung auf das Wohlbefinden und die Alltagsbewältigung haben kann, zeigte sich an der deutlichen Zustimmung von 90 % bei den 1.189 Personen ab 70 Jahren, die nicht an einer stärkeren Sehbeeinträchtigung leiden, zu der Aussage „Nicht mehr gut sehen zu können, würde mich sehr belasten“.

COVIAGE konnte zeigen, dass Personen mit einer sich erst im Alter manifestierenden stärkeren Sehbeeinträchtigung (Betroffenengruppe) mit ihrer Alltagsbewältigung unzufriedener sind als gleichaltrige Personen, die keine solche Sinnesbeeinträchtigungen (Referenzgruppe) aufweisen. Konkret konnte zum einen gezeigt werden, dass Personen aus der Betroffenenengruppe eher auf Hilfe angewiesen sind als Personen aus der Referenzgruppe. So stimmten 13 % der Personen aus der Betroffenenengruppe der Aussage „In meinem Alltag bin ich viel auf die Hilfe anderer Personen angewiesen“ zu, aber nur 4 % der Personen aus der Referenzgruppe (die Gruppenunterschiede sind statistisch signifikant). Zum anderen konnte festgestellt werden, dass Personen aus der Betroffenenengruppe im Durchschnitt eher unzufriedener mit ihrer Alltagsbewältigung im Allgemeinen sind (Mittelwerte auf einer positiv gerichteten 10er-Zufriedenheitsskala: 7.84 zu 8.64; Unterschiede sind statistisch signifikant). Deutlich zeigte sich dieser Einschnitt in der Alltagsbewältigung in der Zufriedenheit mit der Mobilität ausserhalb des eigenen Wohnhauses; hier sind Personen aus der Betroffenenengruppe unzufriedener als Personen aus der Referenzgruppe (Mittelwerte: 7.20 zu 8.52; Unterschiede sind signifikant). Diese Ergebnisse fügen sich in die in Kapitel 4.3 beschriebenen Zusammenhänge der Folgen der Sehbeeinträchtigungen auf die Alltagsbewältigung und Mobilität ein (vgl. Burmedi et al. 2002a; Rott, Wahl & Tesch-Römer 1996; Wahl, Heyl & Langer 2008; Wahl et al. 2013).

Dennoch lässt die Befragung der Betroffenenengruppe erkennen, dass viele Personen mit ihrem Alltag gut fertig werden und ihre täglichen Belastungen mittels verschiedener Ressourcen zu bewältigen versuchen. Jedoch ist auch zu sehen, dass etwa 33 % der Befragten aus der Betroffenenengruppe häufig an ihre Sehprobleme denken, dass sie durch die Einschränkungen ihren Alltag mühsamer bewältigen müssen und mit dieser Situation eher unzufrieden sind (siehe Kapitel 4.9).

4.8 Das Erleben von Belastungen und Ressourcen

Das COVIAGE-Bewältigungsmodell (siehe Kapitel 5) geht davon aus, dass Belastungen durch den Ressourceneinsatz bewältigt werden können, was wiederum zu einer Stabilisierung der Lebensqualität führt. Der Blick auf dieses Antagonistenpaar (Belastungen/Ressourcen) gewinnt daher an Relevanz und kann hier dank der COVIAGE-Ergebnisse geschärft werden.

Die Studie zeigte (siehe Kapitel 4.7), dass ältere Personen mit einer sich erst im Alter manifestierenden Sehbeeinträchtigung im Vergleich zu gut sehenden älteren Personen mit ihrer Alltagsbewältigung und Lebensqualität unzufriedener sind, was eine grosse Belastung bedeuten kann. Konkret geben 30 % der sehbeeinträchtigten Personen an, dass sie im Alltag eher bzw. sehr häufig an ihre Sehbehinderung denken. 20 % fühlen sich in ihrem Alltag durch ihre Probleme mit dem Sehen eher bzw. sehr eingeschränkt. Es werden aber auch konkrete Alltagsaktivitäten aufgrund der Sehprobleme als mühevoll bewertet. So ist hier feststellbar, dass konkrete Bereiche – wie beispielsweise das Lesen

von Texten in „normaler“ Grösse, das Autofahren, das handschriftliche Schreiben, der Besuch von Vorführungen und das Ausüben liebgehabter Freizeitaktivitäten – als mühevoll bewertet werden oder wegen der Seheinbussen sogar aufgegeben werden müssen.

Es konnte auch festgestellt werden, dass die Seheinbussen nicht nur die oben erwähnten Alltagsaktivitäten beeinträchtigen, sondern auch das psychosoziale Wohlbefinden. Dazu gehört, dass ein Teil der Befragten oft an die Sehbehinderung denkt und Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten das Gefühl der Unselbstständigkeit und fehlenden Freiheit unterstützen. Es gehört aber auch dazu, dass die befragten Personen täglich empfundene Ängste wie z. B. die Angst vor einer weiteren Verschlechterung der Sehfähigkeit oder dem Verlust der Autonomie angeben. Darüber hinaus wird auch die Abhängigkeit von anderen Personen als Zukunftsbelastung erwähnt. Diese Ängste in Bezug auf zukünftige mögliche Ereignisse beeinflussen das gegenwärtige Wohlbefinden negativ. Aus den COVIAGE-Ergebnissen geht hervor, dass es diese kleinen, alltäglichen und öfter vorkommenden Schwierigkeiten sind, welche die Lebensqualität der Befragten belasten.

Als belastend wurde auch die Situation direkt nach dem Auftreten der stärkeren Sehbeeinträchtigung bzw. Diagnose einer Augenerkrankung erlebt. Ein Teil der Befragten hoffte auf neue Therapieformen und empfand die Sehbeeinträchtigung als einen schweren Einschnitt ins Leben. Der Zeitpunkt nach einer Diagnose erscheint als Schlüsselpunkt zur Belastungsbewertung. Kurz nach der Diagnose geht es vorerst um die Verarbeitung der Information. Diese Phase ist oft geprägt durch eine Abwehrhaltung. Erst später kommt es zur Akzeptanz und kann eine auf die Sehbehinderung angepasste Alltagsbewältigung erfolgen (vgl. Ahrbeck & Rath 1994).

Werden die von einer stärkeren Sehbeeinträchtigung betroffenen Personen konkret gefragt, was ihnen hilft, den Alltag zu bewältigen, geben die meisten das persönliche soziale Umfeld und das eigene proaktive Problemlöseverhalten an, daneben aber auch die externe Unterstützung und den Gebrauch von Hilfsmitteln. Es lassen sich hier interne und externe Ressourcen unterscheiden. Zu den internen Ressourcen gehören eigene Möglichkeiten, mit neuen Situationen zurechtzukommen, dies kann z. B. ein hoher Selbstwert sein, eine proaktive Einstellung (z. B. etwas aus eigener Kraft in die Hand zu nehmen) bzw. die Selbstmotivation, den Alltag trotz Beeinträchtigungen und Belastungen gutmöglich zu bewältigen. Diese Faktoren hängen mit der Persönlichkeit, den bisherigen Lebenserfahrungen und den bisher im Leben angewendeten Bewältigungsstrategien zusammen.

Zu den externen Ressourcen gehören alle Impulse, die von aussen kommen und die unterstützend sein können. Hierbei konnte COVIAGE deutlich zeigen, dass die stärkste Unterstützung aus dem direkten sozialen Umfeld erfahren wird, also von Partnerinnen bzw. Partnern, aber auch Kindern, Verwandten und Freunden oder auch Nachbarn und Bekannten. Diese Unterstützung ist ein wichtiges Fundament in der Alltagsbewältigung und müsste demnach auch in der Ausgestaltung der Beratung/Rehabilitation unbedingt berücksichtigt werden bzw. die Angehörigen müssten über die zentrale Rolle, die sie spielen können, informiert sein. Wenn es gelingt, das soziale Umfeld zur sehbehindertengerechten Unterstützung zu befähigen, wird eine der wichtigsten externen Ressourcen der betroffenen Personen aktiviert. Dies wird auch in anderen Studien betont (vgl. z. B. Burmedi et al. 2000b; Wahl et al. 2013) und sollte daher auch für die Beratungs- und Rehabilitationspraxis genutzt werden. Es wäre für das Sehbehindertenwesen lohnend, dazu konkrete Konzepte zu entwickeln. Dabei sollten zwei Punkte berücksichtigt werden: Erstens kann die Unterstützung des sozialen Umfeldes von den betroffenen Personen auch als Belastung wahrgenommen werden, z. B. wenn Abhängigkeiten entstehen oder Autonomien nicht akzeptiert werden (vgl. Bambara et al. 2009b; Burton,

Shaw & Gibson 2015; Chacón-López et al. 2013; Strawbridge, Wallhagen & Shema 2007). Dann ist die Unterstützung eher schädlich. Zweitens sollte berücksichtigt werden, dass das soziale Umfeld bzw. die dahinter stehenden unterstützenden Personen auch ihre Belastungsgrenzen haben und die Betreuung eines Angehörigen mit Sehbehinderung eine anstrengende „Alltagsaufgabe“ ist (vgl. Bamba et al. 2009a). Hier sollten die Belastungen und insbesondere die psychosoziale Gesundheit der Angehörigen berücksichtigt und innerhalb der Beratungsarbeit angesprochen werden.

Neben dem direkten sozialen Umfeld können andere Formen der externen Unterstützung helfen, den Alltag zu bewältigen. Zu diesen zählen die professionellen Hilfsangebote aus dem Bereich der sehbehindertenspezifischen Beratung und Rehabilitation. Interessant ist, dass nur 2 der 87 befragten Personen innerhalb der COVIAGE-Befragung bereits eine Beratungsstelle aus dem Sehbehindertenwesen kontaktiert haben. Es wird erkennbar, dass die Augenärztin bzw. der Augenarzt um Rat gefragt werden oder die engere Familie eingebunden wird, aber ansonsten häufig auf fremde Hilfe verzichtet wird. Insbesondere die selbstständige Bewältigung (teilweise auch mit Hilfsmitteln) unter Einbezug des engeren sozialen Umfeldes wird von vielen Befragten gelebt; was allerdings dazu führen kann, dass sie sich kaum aktiv Unterstützung ausserhalb dieses Netzwerkes suchen. Das Fehlen einer in anderen Gesundheitsbereichen längst eingeführten Überweisungspraxis von den medizinischen Behandlungsträgern an die psychosoziale Beratung/Rehabilitation wird hier offensichtlich.

Die COVIAGE-Befragungen zeigten auch, dass die untersuchte Gruppe nicht homogen ist, es eine grosse Vielfalt der Lebenssituationen gibt und sich daraus auch nicht „die eine Empfehlung“ ableiten lässt. Es ist immer eine individuelle Abklärung vorzunehmen, bestehend aus der Abklärung des Sehvermögens und der Nutzung des Sehens (Low-Vision-Abklärung), aber auch der psychosozialen Situation. Eine darauf aufbauende individualisierte Beratung/Rehabilitation sollte ab dem Zeitpunkt, ab dem sich die Sehbeeinträchtigung auf das Leben/die Lebensqualität hindernd auszuwirken beginnt, parallel zur medizinischen Betreuung durch den Augenarzt angeboten werden.

4.9 Wenn die Sehprobleme sehr viel Mühe im Alltag machen

Auch wenn festgestellt werden konnte, dass viele der befragten älteren Personen ihren Alltag trotz Sehbeeinträchtigungen verhältnismässig gut bewältigen können, konnte innerhalb der COVIAGE-Befragung eine Untergruppe von Personen erkannt werden, die deutlich von Sehbehinderung gefährdet ist. Dazu gehören Personen, die angaben, dass ihnen die Sehprobleme sehr viel Mühe machten und sie sich im Alltag stark eingeschränkt fühlten. Um die 25 bis 30 Personen (bis zu 35 % der befragten 87 Personen) gaben an, dass die Sehbeeinträchtigung ihr Leben stark verändert hat, sie oft an ihre Sehprobleme denken und sich im Alltag sehr eingeschränkt fühlen. Diese Personen sind zwar nicht unbedingt stärker durch die Sehbeeinträchtigung eingeschränkt als andere befragte Personen, es ist aber zu erkennen, dass ihnen die Sehprobleme mehr Sorgen machen und ihren Alltag stärker belasten, als dies bei anderen befragten Personen der Fall ist.

Diese Gruppe ist über die Merkmale „Sehbehinderung hat mein ganzes Leben verändert“, „Ich denke oft an die Sehbehinderung“ und/oder „Ich fühle mich im Alltag stärker eingeschränkt als andere Gleichaltrige“ zu erkennen. Diese Personen erleben die Sehbeeinträchtigung als Stress und einschneidenden negativen Faktor. Gerade diese Personen gelten nach unserer Erkenntnis als „deutlich von Sehbehinderung gefährdet“ und sollten mit angemessenen und niederschweligen Beratungsangeboten angesprochen werden.

5 Das Lebensereignis bewältigen

Im Rahmen der COVIAGE-Studie wurde ein Modell entwickelt, das die Faktoren der Alltagsbewältigung trotz einer im Alter erfahrenen stärkeren Sehbeeinträchtigung systematisch abbildet. Wir nennen dieses Modell zur Bewältigung des kritischen Lebensereignisses „im Alter eine Sehbehinderung erfahren“ nachfolgend „COVIAGE-Modell“. Im Rahmen von Modul 2 wurde dieses Modell theoretisch entwickelt und danach in Modul 3 empirisch untersucht. Dank der Bevölkerungsbefragung und der Expertenworkshops konnte das Modell noch in Teilen optimiert, jedoch grundsätzlich bestätigt werden.

Grundannahme des COVIAGE-Modells ist, dass die Stabilisierung der Lebensqualität durch einen Anpassungs- bzw. Bewältigungsprozess zwischen Belastungen und Ressourcen geprägt ist. Im Alter – mit oder ohne Sehbehinderung – erleben wir unterschiedliche Belastungssituationen. Diese können aus der Person selbst, aus ihrem sozialen Umfeld heraus oder durch bestimmte Umweltbedingungen entstehen. Im Alltag versuchen wir, diese Belastungen mit den uns zur Verfügung stehenden persönlichen, sozialen und umweltkontextuellen Ressourcen zu bewältigen. Dem Bewältigungsprozess – im Englischen „Coping“ – kommt daher eine zentrale Rolle zu, da der Ausgang des jeweiligen Bewältigungsprozesses unmittelbar die individuelle Lebensqualität beeinflusst.

Die Lebensqualität kann am besten stabilisiert werden, wenn die Belastungen bzw. Herausforderungen mit den vorhandenen bzw. herangezogenen Ressourcen gut bewältigt werden können. In diesem Sinne gehen wir von vier zentralen Begriffen und Konzepten aus:

- Lebensqualität
- Belastungen
- Ressourcen
- Bewältigung

Die mit den COVIAGE-Ergebnissen belegbaren individuellen Unterschiede in der Wahrnehmung der Alltagsbewältigung und Lebensqualität im Kontext einer Sehbehinderung sprechen dafür, von der deterministischen Annahme auszugehen, dass jemand mit einem gewissen Krankheitsbild oder einer bestimmten Ausprägung von Sinnesbeeinträchtigungen genau diese Einbußen in seiner Lebensqualität aufweist; demzufolge ist hier zu fragen, inwieweit ein solcher Mensch mit diesen Herausforderungen umgeht und z. B. seinen Alltag oder sein Verhalten anpasst. Hornung & Gutscher gehen im Kontext der Gesundheitspsychologie davon aus, dass „nicht die pathogenetische Frage ‚was macht krank‘, sondern ‚was erhält gesund‘ – auch unter schwierigen Lebensbedingungen“ im Vordergrund stehen sollte (Hornung & Gutscher 1994, S. 65; vgl. Antonovsky 1987). Gesundheit steht daher für ein Konzept, das „in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (Hornung & Gutscher 1994, S. 65). In der Psychologie wurde bereits früh darauf hingewiesen, dass eine gute Bewältigung des Lebens im Alter durch das Gleichgewicht zwischen Anforderungen und Ressourcen beschreibbar ist. Becker und Kollegen stellten dazu das Anforderungsressourcenmodell auf, das die Gesundheit als Balanceakt zwischen Anforderungen und Ressourcen versteht (vgl. Becker 1992; Becker, Schulz & Schlotz 2004; Becker 2006). In diesem Sinne sind für die Stabilisierung der Lebensqualität hinreichende Ressourcen notwendig, um die täglichen Belastungen zu bewältigen.

COVIAGE konnte auch zeigen, dass eine Stabilisierung der Alltagskompetenz trotz Sehbehinderung dann am besten funktioniert, wenn die Person mit der Einschränkung lernt, proaktiv (u. a. motiviert

und lernbereit) damit umzugehen, eigene Bewältigungsstrategien entwickelt hat, ihr vorhandenes soziales Netzwerk einbindet und dieses Unterstützung anbietet. Darüber hinaus sollten auch die Umweltbedingungen nicht einschränkend wirken und schliesslich Experten eingebunden und Hilfsmittel genutzt werden. In diesem Sinne geht es um eine im Lebenslauf neu einzurichtende Passung von „Person – Mitwelt – Umwelt“.

Vor diesem Hintergrund kann das COVIAGE-Modell folgendermassen dargestellt werden (siehe Abb. 2):

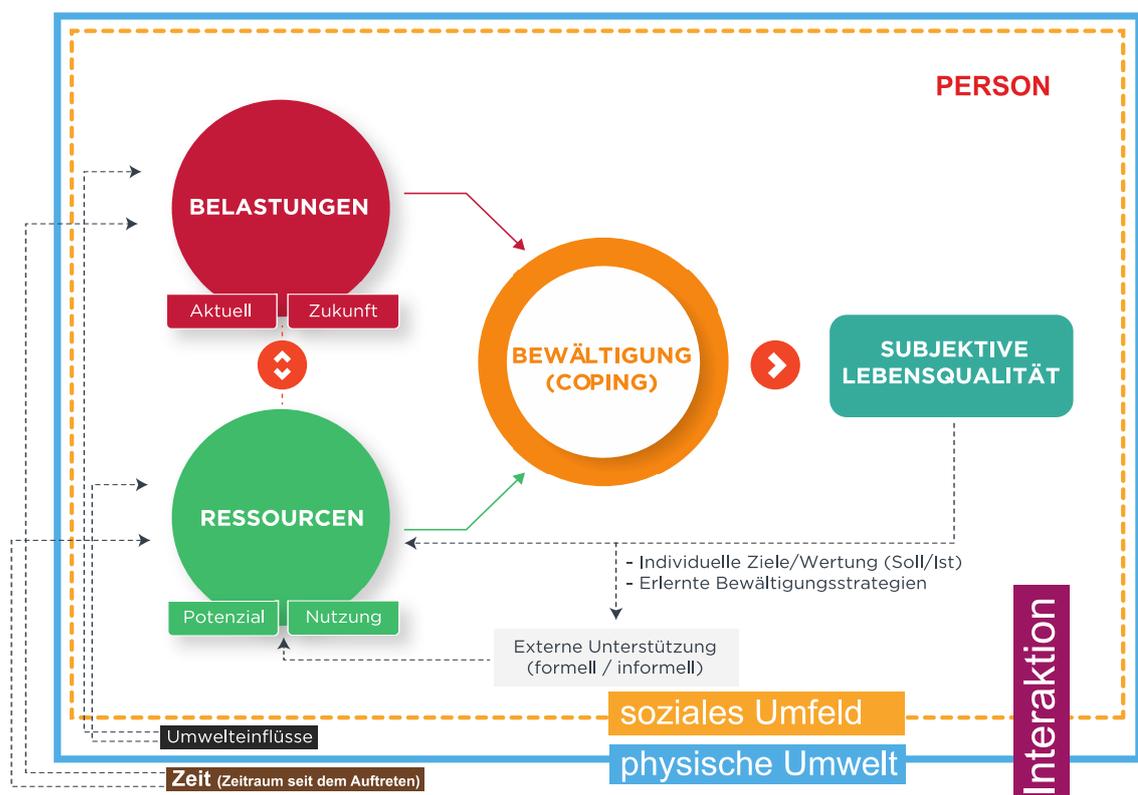


Abb. 2: COVIAGE-Modell

Grundidee des Modells ist es aufzuzeigen, durch welche Faktoren die subjektive Lebensqualität von Personen, die erst spät im Leben mit einer Sehbehinderung konfrontiert werden, beeinflusst wird. Hierbei wird davon ausgegangen, dass die Lebensqualität durch ein Gleichgewicht aus Ressourcen und Belastungen stabilisiert wird. Der Prozess dieses Gleichgewichts erfolgt durch die Bewältigung der Belastungen mit den Ressourcen.

Das Modell beinhaltet folgende Kernelemente:

- ***Person – soziales Umfeld – physische Umwelt (systemischer Charakter):*** Es wird davon ausgegangen, dass die betroffene Person mit ihrem sozialen Umfeld und ihrer Umwelt, in der sie lebt, interagiert bzw. auch auf Einflüsse hieraus reagieren muss. In Zusammenhang mit Sinnesbehinderungen kann die Antwort auf die Frage wichtig sein, ob die Person und ihr soziales Umfeld bereits Erfahrungen mit ähnlichen Situationen gemacht haben (z. B. in der Familie und im Freundeskreis). Die eigentliche Bewältigung geschieht vorwiegend innerhalb der Person, jedoch nicht isoliert von ihrer Mitwelt und den umweltbezogenen Bedingungen. So erfolgt die Bewertung der Lebensqualität, der Lebenssituation und der Bewältigungsressourcen

immer individuell unterschiedlich sowie in Reflexion und Interaktion mit dem sozialen Umfeld und unter den Bedingungen einer real existierenden Umwelt. Innerhalb der Interaktion zwischen dem Individuum und seinem sozialen Umfeld können sowohl positive Unterstützungen als auch negative Belastungen formeller und informeller Art berücksichtigt werden (Menschen mit Sehbehinderung werden integriert und unterstützt versus Gruppen und Dienstleister schliessen sie aus). Unterstützungen – wie z. B. der Kontakt zu einer Beratungsstelle, der Besuch einer Selbsthilfegruppe, die Nachbarschaftshilfe oder familiäre Unterstützung – können dann zu den Ressourcen hinzugerechnet werden bzw. können diese beeinflussen. Externe Unterstützungen werden meist dann eingefordert, wenn eine Person feststellt, dass sie ihre Lebensqualität nicht mehr stabilisieren kann bzw. wenn sie für die jeweilige Bewältigung nicht genügend Ressourcen zur Verfügung hat. Beratungsstellen innerhalb des Sehbehindertenwesens zählen demnach zu den externen Unterstützungen. Der Pfeil von der subjektiven Lebensqualität hin zu den externen Unterstützungen weist aber auch darauf hin, dass Beratungsangebote erst greifen können, wenn diese von der betroffenen Person gewollt und eingefordert werden. Das Modell geht des Weiteren davon aus, dass der Bewältigungsprozess nicht allein durch die persönlichen Belastungen/Ressourcen beeinflusst wird, sondern auch von der physischen Umwelt der Person. Dies könnte z. B. der Fall sein, wenn es in einer Wohneinrichtung „schlechtes Licht“ gibt und/oder ein Vermieter keine Anpassungen im Haus (z. B. Markierungen der Treppenstufen) zulässt.

- **Zeit und Prozesscharakter:** Auch wenn das Modell auf den ersten Blick statisch aussieht, impliziert es doch, dass eine Bewältigung bzw. Anpassung nie für sich selbst steht und z. B. die Sehbehinderung nicht mit einer einzigen Handlung „bewältigt“ werden kann. Vielmehr ist davon auszugehen, dass es zu einer dynamischen Anpassung im Alltag und über die Zeit hinweg kommt, also zu einer ständigen Ausgleichung der Belastungen mit den gegebenen Ressourcen. Hinzukommend ist die Bewältigungssituation direkt nach dem Auftreten einer Sehbeeinträchtigung vermutlich eine andere als nach Jahren der Auseinandersetzung mit der Behinderung und somit dem Erlernen von Bewältigungsstrategien. Von daher spielt hier die Zeit eine wichtige Rolle, da sich Kompetenzen im Umgang mit einer Behinderung über die Jahre aufbauen können (kumulativer Prozess); auf der anderen Seite können jedoch mit der Zeit auch Ressourcen wegfallen (z. B. durch das Versterben der Partnerin bzw. des Partners). In diesem Sinne ist es z. B. für eine Beratung wichtig, einen Betroffenen in seiner aktuellen Situation z. B. für eine Beratung „abzuholen“.
- **Belastungen:** Im Alltag von Personen mit einer Sehbehinderung können Anforderungen und kritische Belastungen auftreten, die das Leben beeinflussen. Dabei kann zwischen aktuellen (inklusive den Anforderungen aus der Vergangenheit, mit denen man sich jetzt auseinandersetzen muss) und zu erwartenden Anforderungen unterschieden werden. So kann z. B. die mangelnde Gewohnheit, die öffentlichen Verkehrsmittel zu nutzen, nach dem Auftreten einer Sehbehinderung eine tägliche Herausforderung darstellen – und die Angst vor einer Erblindung ein belastender Zukunftsgedanke/eine belastende Erwartung sein. Die Ausprägung und Wahrnehmung der Belastungen ist individuell. Die Tatsache, ob man in einem auf die Sehschwäche adaptierten Umfeld lebt oder nicht, kann für die funktionale Ausprägung der Folgen im Alltag entscheidend sein. Und auch eine von aussen hoch bewertete Belastung kann von einer Person selbst als weniger belastend bewertet werden – und umgekehrt. Ausprägungen und Bewertungen können sich daher erschwerend oder erleichternd auswirken.
- **Ressourcen:** Eine Person mit einer Sehbehinderung besitzt unterschiedliche interne und externe Ressourcen, die sie zur Bewältigung der Belastungen nutzen kann. So können beispielsweise ein proaktiver Umgang mit der Sehbehinderung (interne Ressource), ein stabiles

unterstützendes soziales Umfeld und ein gut angepasstes Lebensumfeld (externe Ressourcen) helfen, die täglichen Anforderungen im Alltag zu bewältigen. Die Ausprägung und Wahrnehmung dieser Ressourcen ist – wie die Wahrnehmung der Belastungen – sehr individuell und wird dennoch durch die Mitmenschen beeinflusst. Die Ressourcen können in potenzielle und tatsächlich genutzte unterschieden werden. So kann eine Person z. B. erlernte Bewältigungsstrategien täglich anwenden, ihr soziales Umfeld zur Unterstützung aber nicht/kaum nutzen. Es stellen sich daher folgende Fragen: „Was setzen Sie derzeit ein, um die Anforderungen zu bewältigen?“ und „Welche anderen Ressourcen könnten Sie noch nutzen, an die Sie vielleicht noch nicht gedacht haben?“ Andererseits können Ressourcen aber auch zu Belastungen werden, wenn ein Betroffener z. B. die Unterstützung eines Angehörigen als „zu nah“ empfindet oder sich von diesem abhängig fühlt.

- **Bewältigung (Coping):** Als zentraler Prozess der Stabilisierung der Lebensqualität wird im Modell der Bereich der „Bewältigung“ verstanden, bei dem die Belastungen/Ressourcen aufeinandertreffen und sich die Frage nach dem Gleichgewicht stellt. Bewältigung kann dabei als ein Prozess verstanden werden, bei dem die vorhandenen Ressourcen eingesetzt werden, um die Belastungen zu überwinden, wobei sich ein Betroffener fragt: „Kann ich die Belastungen mit den vorhandenen Ressourcen bewältigen?“ Nebst dem Individuum selbst können auch Drittpersonen (soziales Umfeld) und Umweltbedingungen zu einer Bewältigung beitragen, nämlich wenn sie ihren Beitrag zur Verringerung einer Belastung bzw. zu einer Ressource verändern bzw. leisten. Dabei sollte die Bewältigung nicht als einmaliger Prozess verstanden werden, sondern als ein kontinuierlicher Versuch, das Gleichgewicht zwischen Belastungen und Ressourcen wiederherzustellen. Wird das Gleichgewicht nicht erreicht, wirkt sich dies auf die Lebensqualität des Betroffenen aus. Es kommt zu einer Neubewertung der Situation (bzw. zu einem Neuerlernen auf Grundlage von früheren positiven Bewältigungssituationen) und damit – im Idealfall – zu einer Anpassung entweder der Bewertung der Belastungen oder der bisher genutzten Ressourcen (z. B. werden neue Ressourcen hinzugenommen).
- **Subjektive Lebensqualität:** Der zentrale Output innerhalb des Modells (abhängige Variable) ist die „subjektive Lebensqualität“. Die Betonung auf „subjektiv“ impliziert die Annahme, dass im Modell von einer persönlich bewerteten Lebensqualität ausgegangen wird, was in gerontologischen Modellen vorwiegend konstatiert wird. Dies bedeutet auch, dass die Person selbst und im Austausch mit ihrer sozialen Umwelt den Soll- und Istwert definiert und bei einer fehlenden Passung selbstständig oder mit Unterstützung von aussen Anpassungen bei den Belastungen, bei den Ressourcen und bei dem Bewältigungsprozess vornimmt (bzw. bei der Bewertung dieser Punkte).

Die bei COVIAGE hinzugezogenen Expertinnen und Experten aus dem schweizerischen Sehbehindertenwesen bestätigen die Funktionalität des COVIAGE-Modells. Es kann genutzt werden, um den Prozess der Bewältigung systematisch abzubilden und hieraus Empfehlungen für jede einzelne Klientin bzw. jeden einzelnen Klienten abzuleiten. Bei der Anwendung des Modells müssen auch immer die in den vorherigen Kapiteln beschriebenen gerontologischen Grundlagen berücksichtigt werden. Dies bedeutet, dass allfällige altersbedingte (multimorbide) Einschränkungen (körperlich, kognitiv, sozial, psychisch), die individuelle Biografie sowie die Lerndynamik im Alter beachtet werden müssen.

6 Diskussion

6.1 Einordnung der Ergebnisse von COVIAGE

Das Projekt COVIAGE hat sich in diesem Umfang erstmalig in der Schweiz mit der Lebenssituation von älteren Menschen mit einer sich erst im Alter manifestierenden Sehbeeinträchtigung strukturiert sozialwissenschaftlich auseinandergesetzt. Es kann festgehalten werden, dass das Erfahren einer Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung die Alltagsbewältigung sowie die Lebensqualität ins Wanken bringt, gerade dann, wenn Alltagsaktivitäten und sinnstiftende Tätigkeiten nicht mehr ausgeführt werden können und man selbst vermehrt auf Hilfe angewiesen ist. Ausserdem beeinflussen die Sinnesbeeinträchtigungen auch das psychische Wohlbefinden negativ, da sich ein sukzessiver Verlust von Selbstständigkeit nachteilig auf die Gefühlslage auswirkt. COVIAGE bezieht sich auf die „normale“ Bevölkerung ab 70 Jahren, die von einer Sehbeeinträchtigung betroffen ist. Diese steht nur ganz selten in Kontakt mit einer Beratungsstelle des Sehbehindertenwesens. Es zeigt sich, dass viele der befragten Personen den Alltag irgendwie meistern, entweder allein oder mit der Hilfe von Familienangehörigen (hier vor allem der Partnerin/des Partners). Hilfreich hierbei sind persönliche Einstellungen und der proaktive Umgang mit der Beeinträchtigung, aber auch die Unterstützung durch die engere Familie und die Nutzung von Hilfsmitteln.

Es wird deutlich, dass viele Personen, die einen sukzessiven Sehverlust erleiden, diesen nicht unmittelbar als Sehbehinderung wahrnehmen und sich deshalb vielleicht auch nicht aktiv um eine externe Unterstützung ausserhalb der Augenheilkunde (Ophthalmologie) bemühen. Sie bewältigen ihren Alltag „halt einfach“ – und dies meist in erster Linie durch Verzicht, z. B. den Verzicht auf bestimmte Alltagsaktivitäten oder Hobbys, im Sinne von „Es geht halt nicht mehr in meinem Alter und mit meinen Augen“. Auf der anderen Seite ist die Wahrung der Selbstständigkeit (vor allem nach aussen hin) ein wichtiges Gut; und so wird versucht, einen kleinen Kompetenzbereich unter Einbezug der engeren Familie zu bewahren und diesen Bereich als neue Grundlage für die Bewertung der eigenen Lebensqualität anzunehmen. Dies bedeutet, dass diese Personen trotz Einschränkungen eine hohe Lebensqualität angeben. Dieser Befund passt zur theoretischen Erklärung des Wohlbefindensparadoxons (Staudinger 2000), das davon ausgeht, dass viele ältere Menschen sich auch unter widrigen Umständen, wie z. B. bei sensorischen Einschränkungen, grundsätzlich wohlfühlen und eine hohe Lebensqualität angeben (vgl. Tesch-Römer & Wurm 2006). Werden die Behinderungen durch die Seheinbussen als sukzessive zunehmend erlebt, wird auch der Alltag nur sukzessive angepasst, was auch bedeuten kann, dass Betroffene den (vermeintlich) „grossen Schritt“ zu einer Beratungsstelle oder Hilfsmittelberatung seltener gehen; dies vielleicht auch relativ spät und nur auf Drängen und in Begleitung von Angehörigen.

COVIAGE belegt aber auch, dass nicht alle Betroffenen die Alltagseinschränkungen selbstständig bewältigen: Ein Teil von ihnen (25 bis 35 %) gibt an, oft an die Sehprobleme zu denken und im Alltag und allgemein sehr damit zu kämpfen zu haben. Vermutlich würden gerade sie von Hilfsmitteln, einer Beratung bzw. einer psychosozialen Rehabilitation parallel zu einer medizinischen Behandlung/Beratung profitieren. Es ist daher wichtig, dass sich hier Angebot und Nachfragerin bzw. Nachfrager begegnen.

6.2 Empfehlungen

Aus den Erfahrungen, die innerhalb des Projektes COVIAGE gemacht werden konnten, sollen nachfolgend einige Empfehlungen vorgestellt werden. Sie können im Dialog von Praxis und Wissenschaft erweitert und angepasst werden. Es lassen sich Empfehlungen auf drei Ebenen formulieren: a) Individuum, b) soziales Umfeld und physische Umwelt sowie c) Praxis und Fachwelt.

1. Ebene Individuum

COVIAGE konnte zeigen, dass Personen mit ausreichenden persönlichen und sozialen Ressourcen ihren Alltag besser bewältigen können als Personen ohne hinreichende Ressourcen. Der Alltag kann dann gut bewältigt werden, wenn die Person neben der medizinischen Abklärung/Behandlung frühzeitig und selbstmotiviert mit der sich verändernden Situation umzugehen lernt, ihr soziales Umfeld miteinbezieht sowie auch externe Unterstützungen/Hilfsangebote annimmt. Denn dies wiederum ermöglicht nicht nur den Zugang zu spezifischen Hilfsmitteln, sondern kann vor allem auch die Inanspruchnahme einer psychosozialen Beratung beinhalten.

Es können auf Grundlage von COVIAGE sechs Empfehlungsbereiche benannt werden, die nicht miteinander konkurrieren, sondern kumulativ genutzt werden sollten. Diese Bereiche sind:

1. Medizinische Abklärung und Behandlung: Es ist wichtig, bei ersten Anzeichen von Sehproblemen oder Veränderungen der Alltagskompetenz eine Fachperson aus dem augenmedizinischen Bereich anzusprechen.
2. Beratungsangebote nutzen: Neben der medizinischen Abklärung und Behandlung (und nicht erst nach Abschluss dieser) muss der Erhalt von Alltagskompetenzen gesichert und der Aufbau von spezifischen neuen Ressourcen für ein Leben mit verringertem Sehvermögen gewährleistet werden. Dies ist angebracht, wenn eine Sehstörung trotz Behandlung als permanent oder als zumindest über mehrere Monate dauernd (z. B. bis zu einer Operation) eingeschätzt werden muss. Diese patientenorientierte Strategie bedeutet die Vermittlung und Überweisung an eine Low-Vision-Abklärung. Darüber hinaus sollte die psychosoziale Beratung innerhalb von Beratungsstellen aus dem Sehbehindertenwesen bei Bedarf empfohlen werden.
3. Hilfsmittel kennenlernen: Über den Weg einer Low-Vision-Abklärung und psychosozialen Beratung können die für jede Situation angemessenen spezifischen Hilfsmittel vermittelt und kann der Umgang mit ihnen eingeübt werden.
4. Einbezug des sozialen Umfelds: Es ist wichtig, das soziale Umfeld frühzeitig mit einzubeziehen, um diese soziale Form der Unterstützung nutzen zu können. Das Umfeld muss wissen, dass die Alltagsbewältigung durch die Sehprobleme beeinträchtigt ist, es muss verstehen, wie sich dies zeigt, was als Unterstützung möglich ist und welchen Anteil es an der Bewältigung haben kann. Der Umgang mit den Sehproblemen eines Angehörigen muss meist eingeübt werden. Zudem ist das Erlernen von (neuen) Bewältigungsstrategien erforderlich; und auch hier können Beratungsstellen hilfreich sein.
5. Proaktiver Umgang: Auf der Ebene des Individuums hat sich gezeigt, dass eine frühzeitige und proaktive Auseinandersetzung mit den Sehproblemen und der damit einhergehenden Beeinflussung des Alltags die Lebensqualität positiv beeinflusst. Unter einem „proaktiven Umgang“ verstehen wir – auf Grundlage der vorliegenden Studien – eine Akzeptanz der Veränderungen sowie die aktive Suche nach neuen Bewältigungsstrategien, um der anscheinend aussichtslosen Situation etwas entgegenzuhalten. Nicht der verlustorientierte Verzicht liebgehabter Tätigkeiten, sondern differenzierte Strategien der Selektion, Optimierung

und/oder Kompensation von Aktivitäten und sinnstiftenden Tätigkeiten soll(t)e(n) eingeübt werden.

6. Bewältigungsstrategien erlernen: Nicht nur Hilfsmittel, auch das Erlernen von Bewältigungsstrategien (z. B. Wann nutze ich ein Taxi, wie erkläre ich mich immer wieder vor Fremden, wie kann ich mein Hobby trotzdem ausüben?) tragen dazu bei, mit Sehproblemen im Alter umzugehen. Im Rahmen einer Beratung in einer Beratungsstelle aus dem Sehbehindertenwesen, aber auch durch den Besuch einer Selbsthilfegruppe oder durch andere Formen des Austauschs mit anderen Betroffenen können mögliche Strategien besprochen werden.

2. Ebene soziales Umfeld und physische Umwelt

Neben der sehbehinderten Person selbst helfen, laut COVIAGE-Modell, auch das soziale Umfeld und die physische Umwelt bei der Alltagsbewältigung. Das soziale Umfeld trägt dazu bei, indem es sich auf die veränderten Kompetenzen und Anforderungen einstellt und der betroffenen Person im Alltag hilft, ihre Selbstständigkeit zu erhalten, statt Abhängigkeiten zu vergrössern. Dabei sollte die Wahrung der Selbstständigkeit im Vordergrund stehen und nicht die stellvertretende Ausübung von Alltagsaktivitäten oder die komplette Entlastung von allen Rollen. Neben der eher funktionalen Unterstützung ist auch die emotionale Unterstützung wichtig. Denn der Alltagsbewältigungsprozess bedeutet nicht nur, dass Dinge erledigt werden, sondern es müssen auch die Emotionen und allfällige Verschlechterungen des psychosozialen Wohlbefindens angesprochen werden. Neben dem sozialen Umfeld trägt auch die physische Umwelt zur Alltagsbewältigung bei. Ungenügende oder ungünstige Beleuchtung, kontrastarme Farbgestaltung, Blendung, unruhige Boden- oder Wandoberflächen, fest eingebaute oder durch bewegliche Einrichtungsgegenstände, Glastüren und ungenügend klare, kleine Beschriftungen, das sind Beispiele für eigentliche visuelle bauliche Hindernisse. Anlagen und Dienstleistungen auch mit einem verminderten Sehvermögen nutzbar zu machen, ist daher auch ein gesellschaftspolitisches und stadtplanerisches Thema.

3. Ebene Praxis und Fachwelt

COVIAGE konnte Hinweise für eine gerontologisch sensibilisierte Beratungs- und Rehabilitationsarbeit im Sehbehindertenwesen geben. Diese muss die spezifischen gerontologischen Lebensweltskontexte, Kompetenzen, Wünsche und Bedürfnisse älterer Menschen kennen und berücksichtigen. Grundlage hierfür sind u. a. Modelle für Bewältigungs- und Anpassungsstrategien im Alter, so z. B. das angesprochene SOK-Modell (Baltes & Baltes 1989, 1990), oder Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie (vgl. Heyl 2017) und Kognitionsforschung zur Lerndynamik älterer Menschen (vgl. z. B. Wettstein, Wahl & Heyl 2015).

Daneben sollte es auch einen Transfer von sehbehinderungsspezifischem Wissen in die Gerontologie und Altersarbeit geben. Innerhalb der Pflege von älteren Menschen sollten Verbesserungen der Alltagskompetenz trotz Sehbehinderung als Merkmale der Selbstpflege und Autonomie verstanden und entsprechende Potenziale ausgeschöpft werden. In der sozialarbeits- und gemeinwesenorientierten Altenarbeit sollte gegenüber sinnesbeeinträchtigten Personen eine integrative Haltung gelebt werden. Die älteren Menschen sollten dazu motiviert werden, eine sehbehinderungsspezifische Unterstützung in Anspruch zu nehmen und ggf. beim Aufsuchen einer entsprechenden Einrichtung begleitet werden.

Innerhalb der Beratungs- und Rehabilitationsarbeit sollten die oben erwähnten Empfehlungspunkte (siehe 1. Ebene Individuum) berücksichtigt werden. Die Beratungs- und Rehabilitationsstellen sollten sich neben dem semiprofessionellen Angebot (z. B. Selbsthilfeorganisationen), dem sozialen Umfeld

der betroffenen Personen und dem augenmedizinischen Sektor als Teil eines sozialen Unterstützungsnetzwerkes verstehen.

Für die meisten Betroffenen Personen steht – neben der Aufrechterhaltung der (funktionalen) Sehfunktionen – vor allem die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit, Alltagskompetenzen und Lebensqualität im Vordergrund; dies spricht für die Notwendigkeit einer psychosozial ausgerichteten Beratung, die Betroffene längerfristig begleitet und ihnen nicht nur Techniken/Hilfsmittel anbietet.

Alle beteiligten Fachpersonen sollten dringend eine niederschwellige Überweisungslogik verfolgen: Für ältere Menschen mit einer Sehbehinderung wäre es sehr hilfreich, wenn sie von den ärztlichen Instanzen (Ophthalmologie, Kliniken etc.) eine „effektive Weiterleitung“ zu einem gerontologisch kompetenten Beratungsangebot aus dem Sehbehindertenwesen erhielten.

6.3 Ausblick

Mittels der COVIAGE-Studie konnte die Lebenssituation von älteren Menschen mit einer sich erst im Alter manifestierenden stärkeren Sehbeeinträchtigung erfasst werden. Anhand bisheriger Hochrechnungen (vgl. Spring 2012; Holz et al. 2017; Wolfram & Pfeiffer 2012) und der Prävalenzerggebnisse aus COVIAGE wird deutlich, dass die Zahl älterer Menschen, die mit sensorischen Problemen ihren Alltag bewältigen müssen, in Zukunft steigen wird. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung war es wichtig, die heutige Lebenssituation Betroffener sozialwissenschaftlich abzubilden. Die COVIAGE-Studie hat hierbei erste Fragen klären können, aber auch einige nur angeschnitten oder gar nicht behandelt. Für die Untermauerung und Vertiefung der bisherigen Erkenntnisse, eine Sensibilisierung der Schweizer Forschungslandschaft für dieses Gebiet, eine Wahrnehmung des Themas in der Öffentlichkeit und um der Praxis weitere Empfehlungen/Erklärungsmodelle zur Verfügung zu stellen, ist es wichtig, die angeschobene Forschung auf diesem Gebiet mit weiteren Studien systematisch zu erweitern. Die Auswirkungen von zusätzlichen kognitiven Einschränkungen auf die Alltagsbewältigung einerseits und andererseits die Gefahr einer Fehleinschätzung von Demenz durch eine audiovisuell geprägte Demenzabklärung sind noch nicht ausreichend geklärt. COVIAGE konnte die Lebenssituation von Personen mit einer doppelten Sinnesbeeinträchtigung nur zum Teil erfassen; weitere Forschungsbemühungen auf diesem Gebiet sind wichtig. Die COVIAGE-Befragung konzentrierte sich vor allem auf die Betroffenen und weniger auf deren soziales Umfeld. Eine grössere Befragung von Angehörigen und weiterer Elemente des sozialen Umfelds wäre nützlich, um in diesem Bereich mehr zu erfahren. Der Einbezug des sozialen Umfelds für weitere Forschungsbemühungen wäre wichtig, um damit auch die Lebenssituation von Angehörigen und deren Wohlbefinden, Belastungen, Lebensqualität und Bewältigungsprozesse abzufragen – gerade im Hinblick auf die Forschungsfrage, inwieweit die gemeinsame Alltagsbewältigung die Beziehung belastet und welche Unterstützungsmassnahmen für die Angehörigen sinnvoll wären. Abschliessend ist zu betonen, dass COVIAGE vorwiegend die Situation von Personen in ihren Privathaushalten beschrieben hat, jedoch steht für viele ältere Menschen irgendwann die Frage des Umzuges in eine stationäre Alterseinrichtung an. Forschungsbedarf sehen wir hier in der Frage, wie eine gerontologisch und sehbehinderungsspezifische Betreuungs- und Pflegearbeit gestaltet und umgesetzt werden könnte. Nicht zuletzt sollten die von COVIAGE angestossenen Bemühungen einer gerontologisch fundierten Sehbehindertenarbeit weiter vorangetrieben und der Dialog zwischen Gerontologie und Sehbehindertenwesen auf wissenschaftlicher und praktischer Ebene weitergeführt werden, damit das Thema Thema bleibt.

Literaturverzeichnis

- Adler, J., Blaser, R., & Wicki, M. T. (2016). *Pflege und Betreuung von Personen mit Seh- oder Hörsehbeeinträchtigungen und einer Demenzerkrankung. Die Erarbeitung von Leitsätzen für eine Good Practice*. Zürich: Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik.
- Adler, J., Wohlgensinger, C., Meier, S., & Hättich, A. (2011). *Zur Lebenslage hörschbehinderter und taubblinder Menschen in unterschiedlichen Lebensabschnitten in der Schweiz*. Zürich: Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik.
- Adler, J., & Wohlgensinger, C. (2013). Marsmännchen sind auf der Erde einsam. Strategien von Menschen mit einer Hörsehbehinderung zur Alltagsbewältigung. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 82(2), 1-14.
- Ahrbeck, B., & Rath, W. (1994). Psychologie der Sehbehinderten. In: J. Fengler & G. Jansen (Eds.), *Handbuch der heilpädagogischen Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1989). Optimierung durch Selektion und Kompensation. *Zeitschrift für Pädagogik*, 35, 85-105.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press.
- Bambara, J. K., Owsley, C., Wadley, V., Martin, R., Porter, C., & Dreer, L. E. (2009a). Family caregiver social problem-solving abilities and adjustment to caring for a relative with vision loss. *Investigative ophthalmology & visual science*, 50(4), 1585-1592.
- Bambara, J. K., Wadley, V., Owsley, C., Martin, R. C., Porter, C., & Dreer, L. E. (2009b). Family functioning and low vision: a systematic review. *Journal of visual impairment & blindness*, 103(3), 137-149.
- Becker, P. (1992). Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: P. Paulus (Ed.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (pp. 91-107). Köln: GwG.
- Becker, P. (2006). *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Becker, P., Schulz, P., & Schlotz, W. (2004). Persönlichkeit, chronischer Stress und körperliche Gesundheit: Eine prospektive Studie zur Überprüfung eines systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12(1), 11-23.
- Berger, S., McAteer, J., Schreier, K., & Kaldenberg, J. (2013). Occupational therapy interventions to improve leisure and social participation for older adults with low vision: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(3), 303-311.
- Bergeron, C. M., & Wanet-Defalque, M.-C. (2013). Psychological adaptation to visual impairment: The traditional grief process revised. *British Journal of Visual Impairment*, 31(1), 20-31.
- Blaser, R., & Wittwer, D. (2013). *Demenzerkrankungen und Seh-/Hörsehbeeinträchtigungen. Eine Untersuchung zur wechselseitigen Beeinflussung von Demenzerkrankungen und Seh-/Hörsehbeeinträchtigungen in der Diagnostik bei älteren Menschen*. Bern: BFH/SZB.
- Boerner, K., Brennan, M., Horowitz, A., & Reinhardt, J. P. (2010). Tackling vision-related disability in old age: an application of the life-span theory of control to narrative data. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(1), 22-31.
- Briesemann, M.-A. (2009). *Die Lebenszufriedenheit von Menschen mit Sehverlust im Alter im Kontext ihrer Self-Monitoring-Orientierung: Eine empirische Untersuchung*. Berlin: Verlag Dr. Köster.

- Brody, B. L., Roch-Levecq, A.-C., Thomas, R. G., Kaplan, R. M., & Brown, S. I. (2005). Self-management of age-related macular degeneration at the 6-month follow-up: a randomized controlled trial. *Archives of Ophthalmology*, 123(1), 46-53.
- Burmedi, D., Becker, S., Heyl, V., Wahl, H.-W., & Himmelsbach, I. (2002a). Behavioral consequences of age-related low vision. *Visual Impairment Research*, 4(1), 15-45.
- Burmedi, D., Becker, S., Heyl, V., Wahl, H.-W., & Himmelsbach, I. (2002b). Emotional and social consequences of age-related low vision. *Visual Impairment Research*, 4(1), 47-71.
- Burton, A. E., Shaw, R. L., & Gibson, J. M. (2015). Living together with age-related macular degeneration: An interpretative phenomenological analysis of sense-making within a dyadic relationship. *Journal of health psychology*, 20(10), 1285-1295.
- Chacón-López, H., López-Justicia, M. D., Fernández-Jiménez, C., Chacón-Medina, A., & Polo-Sánchez, M. T. (2013). Emotional State of Family Members of Adults with Retinal Degeneration. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(3), 772-778.
- Christiaen-Colmez, M.-P. (2005). *Voir en EMS. Rapport de l'étude sur la présence des déficits visuels dans la population âgée vivant en EMS*. Genf: ABA.
- Christiaen, M. P., & Nicolet, D. (2013). Low Vision-Rehabilitation. Beitrag zur Erhaltung der Lebensgewohnheiten von sehbehinderten älteren Menschen. Retrieved 15.08.2017, <http://www.tactuel.ch/low-vision-rehabilitation/>.
- Driebold, S., Himmelsbach, I., & Oswald, F. (2015). Beratung älterer Menschen zwischen individuellen und konzeptuellen Anforderungen. Ein Fallbeispiel aus dem LOTSE-Projekt. *Psychotherapie im Alter*, 12(1), 69-80.
- Fang, P. P., Schnetzer, A., Kupitz, D. G., Göbel, A. P., Kohnen, T., Reinhard, T. et al. (2017). Ophthalmologische Versorgung in Seniorenheimen. *Der Ophthalmologe*, 114(9), 818-827.
- Griffon, P. (2013). Âgé et depuis peu handicapé de la vue. *Tactuel*, 4, 7-8.
- Griffon, P., & Renoux, P.-F. (2003). Nouvelle approche dans la prise en charge des personnes âgées présentant une déficience visuelle récente. *Ergothérapies*, 44(11), 17-28.
- Hajek, A., Brettschneider, C., Lühmann, D., Eisele, M., Mamone, S., Wiese, B. et al. (2016). Effect of Visual Impairment on Physical and Cognitive Function in Old Age: Findings of a Population-Based Prospective Cohort Study in Germany. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(11), 2311-2316.
- Händler-Schuster, D., Zigan, N., & Imhof, L. (2017). *Audiovisuelle Beeinträchtigungen im Alter. Schlussbericht*. Winterthur: ZHAW.
- Heussler, F. (2010). Sehschädigung im Alter. *NOVAcura*, 41(5), 23-25.
- Heussler, F., Seibl, M., & Wildi, J. (2016). *Menschen mit Sehbehinderung in Alterseinrichtungen: Gerontagogik und gerontagogische Pflege – Empfehlungen zur Inklusion*. Zürich: Seismo.
- Heyl, V. (2017). Blindheit und Sehbehinderung aus der Perspektive einer Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. In: VBS (Ed.), *Perspektiven im Dialog. Kongressbericht des XXXVI. Kongress für Blinden- und Sehbehindertenpädagogik Graz 2016* (pp. 89-103). Würzburg: edition bentheim.
- Himmelsbach, I. (2009). *Altern zwischen Kompetenz und Defizit: Über den Umgang mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit am Beispiel der altersbedingten Makuladegeneration*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Himmelsbach, I., Lipinski, J., & Putzke, M. (2016). Internet-Recherche nach Beratungsangeboten für ältere Menschen mit Sehbehinderung. *Der Ophthalmologe*, 113(11), 933-942.
- Hodge, S., Barr, W., Bowen, L., Leeven, M., & Knox, P. (2013). Exploring the role of an emotional support and counselling service for people with visual impairments. *British Journal of Visual Impairment*, 31(1), 5-19.

- Holz, F. G., Fang, P., Schnetzer, A., Krummenauer, F., & Finger, R. P. (2017). OVIS-Studie – Ophthalmologische Versorgung in Seniorenheimen. *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 234(S 01), S1-S12.
- Hornung, R., & Gutscher, H. (1994). Gesundheitspsychologie: die sozialpsychologische Perspektive. *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie (65-87)*. Stuttgart: Enke.
- 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.
- Kleinschmidt, J. J., Trunnell, E. P., Reading, J. C., White, G. L., Richardson, G. E., & Edwards, M. E. (1995). The role of control in depression, anxiety, and life satisfaction among visually impaired older adults. *Journal of Health Education*, 26(1), 26-36.
- Krampe, R. T. (2007). Wissenserwerb und Expertise. In: J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Eds.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Ein Lehrbuch* (pp. 221-244). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lam, N., & Leat, S. J. (2013). Barriers to accessing low-vision care: the patient's perspective. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 48(6), 458-462.
- Lammersdorf, K., Holz, F. G., & Finger, R. (2010). Sehbehinderungen und Blindheit im Alter. *Heilberufe*, 5, 11-12.
- Lawrence, V., Murray, J., & Banerjee, S. (2009). "Out of sight, out of mind": a qualitative study of visual impairment and dementia from three perspectives. *International psychogeriatrics*, 21(03), 511-518.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and Other Determinants of Well-Being in Older People. *The Gerontologist*, 23(4), 349-357.
- Lehane, C. M., Dammeyer, J., & Elsass, P. (2017). Sensory loss and its consequences for couples' psychosocial and relational wellbeing: an integrative review. *Aging & mental health*, 21(4), 337-347.
- Marsiske, M., Delius, J., Maas, I., Lindenberger, U., Scherer, H., & Tesch-Römer, C. (2010). Sensorische Systeme im Alter. In: U. Lindenberger, J. Smith, K. U. Mayer, & P. B. Baltes (Eds.), *Die Berliner Altersstudie* (pp. 403-427). Berlin: Akademie Verlag.
- Martin, M., Jäncke, L., & Röcke, C. (2012). Functional approaches to lifespan development – Toward Aging Research as the Science of Stabilization. *GeroPsych*, 25, 185-188.
- Martin, M., & Kliegel, M. (2010). *Grundriss Gerontologie: Psychologische Grundlagen der Gerontologie* (3 ed.). Stuttgart: Kohlhammer.
- McCloud, C., Khadka, J., Gilhotra, J. S., & Pesudovs, K. (2014). Divergence in the lived experience of people with macular degeneration. *Optometry & Vision Science*, 91(8), 966-974.
- McGrath, C. E., & Rudman, D. L. (2013). Factors that influence the occupational engagement of older adults with low vision: A scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 76(5), 234-241.
- Moser, S., Luxenberger, W., & Freidl, W. (2017). The Influence of Social Support and Coping on Quality of Life Among Elderly With Age-Related Hearing Loss. *American Journal of Audiology*, 26(2), 170-179.
- Renaud, J., Levasseur, M., Gresset, J., Overbury, O., Wanet-Defalque, M.-C., Dubois, M.-F. et al. (2010). Health-related and subjective quality of life of older adults with visual impairment. *Disability and rehabilitation*, 32(11), 899-907.
- Röcke, C., & Brose, A. (2013). Intraindividual variability and stability of affect and well-being. *GeroPsych*, 26, 185-199.
- Rohn, F. (2012). Einflussgrößen der Lebensqualität. *Concept Ophthalmologie*, 1, 17-19.

- Rott, C., Wahl, H.-W., & Tesch-Römer, C. (1996). Die Rolle von Seh- und Höreinbußen für den Altersprozeß. In: C. Tesch-Römer & H.-W. Wahl (Eds.), *Seh- und Höreinbußen älterer Menschen: Herausforderungen in Medizin, Psychologie und Rehabilitation* (pp. 89-106). Darmstadt: Steinkopff.
- Salthouse, T. A. (1996). The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychological review*, 103(3), 403.
- Schilling, O. K., Wahl, H.-W., & Oswald, F. (2013). Change in life satisfaction under chronic physical multi-morbidity in advanced old age: Potential and limits of adaptation. *Journal of Happiness Studies*, 14, 19-36.
- Scholz, U., König, C., Eicher, S., & Martin, M. (2015). Stabilisation of health as the centre point of a health psychology of ageing. *Psychology & health*, 30(6), 732-749.
- Seifert, A., & Kühne, N. (2016). Sehbehinderung und Alter. Vergleich zwischen früh und spät eingetretener Sehbehinderung im Zeichen einer Diskussion zu Interdisziplinarität. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 22(3), 41-47.
- Seifert, A., & Schelling, H. R. (2014). COVIAGE – Bericht zu Modul 1: Im Alter eine Sehbehinderung erfahren – oder mit einer Sehbehinderung das Alter erfahren. Zürich: Zentrum für Gerontologie.
- Seifert, A., & Schelling, H. R. (2016). COVIAGE – Bericht zu Modul 2: Gerontologische Grundlagen zur Bewältigung der Sehbehinderung im Alter. Zürich: Zentrum für Gerontologie.
- Seifert, A., & Schelling, H. R. (2017). COVIAGE – Bericht zu Modul 3: Lebenssituation spätsehbehinderter Menschen in der Schweiz. Zürich: Zentrum für Gerontologie.
- Seifert, A. (2014). Sehbehinderung im Alter. Augenärzte als wichtigste Partner im medizinisch-sozialen Netzwerk. *Optha*, 1, 44-45.
- Seifert, A., & Spring, S. (2016). Sehen, Hören und Demenz im stationären Pflegekontext. *NOVAcura*, 47(7), 48-49.
- Senra, H., Barbosa, F., Ferreira, P., Vieira, C. R., Perrin, P. B., Rogers, H. et al. (2015). Psychologic adjustment to irreversible vision loss in adults: a systematic review. *Ophthalmology*, 122(4), 851-861.
- Spring, S. (2012). *Sehbehinderung und Blindheit: Entwicklung in der Schweiz*. St. Gallen: Schweizer Zentralverein für das Blindenwesen SZB.
- Spring, S. (2017). *Sehen und hören in Spitex- und Heimpflege – Eine explorative Studie zu Sinneserkrankungen und Demenz im Spiegel des RAI-Assessments in Alters- und Pflegeheime sowie in der ambulanten Krankenpflege der Schweiz*. St. Gallen: Schweizer Zentralverein für das Blindenwesen SZB.
- Staudinger, U. M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51(4), 185-197.
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Shema, S. J. (2007). Impact of spouse vision impairment on partner health and well-being: A longitudinal analysis of couples. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(5), 315-322.
- Sutter, M. (2008). *Low Vision-Rehabilitation bei altersabhängiger Makuladegeneration unter besonderer Beachtung eines umfassenden Assessments*. Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit, Bern.
- Suttie, A. (2012). Visual impairment, blindness in an aging society. *Acta Ophthalmologica*, 90, 246.
- Suttie, A., Howley, E., Dryden, G., Magnúsdóttir, H., & Verstraten, P. (2014). *Rehabilitation and Older People with Acquired Sight Loss*. Paris: EBU.
- SZB. (2010). *Sehbehinderung im Alter. Informationen zu Sehbehinderungen, Hilfen und Massnahmen*. St. Gallen: Schweizer Zentralverein für das Blindenwesen SZB.

- Taniel-Sartral, M., Nounou, P., Rea, C., El Alamy, A., Bendeddouche, K., Boumezrag, M. et al. (1999). Visual acuity and ocular diseases in aged residents of nursing homes: study of 219 persons in Orleans. *Journal français d'ophtalmologie*, 22(4), 431-437.
- Tay, T., Wang, J. J., Lindley, R., Chia, E.-M., Landau, P., Ingham, N. et al. (2007). Sensory impairment, use of community support services, and quality of life in aged care clients. *Journal of aging and health*, 19(2), 229-241.
- Tesch-Römer, C., & Wahl, H.-W. (2012). Seh- und Höreinbußen. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer, & J. P. Ziegelmann (Eds.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (pp. 407-412). Stuttgart: Kohlhammer.
- Tesch-Römer, C., & Wurm, S. (2006). Veränderung des subjektiven Wohlbefindens in der zweiten Lebenshälfte. In: C. Tesch-Römer, H. Engstler, & S. Wurm (Eds.), *Altwerden in Deutschland* (pp. 385-446). Springer.
- Tolman, J., Hill, R. D., Kleinschmidt, J. J., & Gregg, C. H. (2005). Psychosocial adaptation to visual impairment and its relationship to depressive affect in older adults with age-related macular degeneration. *The Gerontologist*, 45(6), 747-753.
- Tschamper, I. (1995). *Belastung und Bewältigung bei einer progredienten Sehschädigung: Darstellung am Beispiel der Retinitis Pigmentosa. Lizentiatsarbeit*. Universität Zürich. Phil. Fak., Zürich.
- van der Aa, H. P. A., Hoeben, M., Rainey, L., van Rens, G. H. M. B., Vreeken, H. L., & van Nispen, R. M. A. (2015). Why visually impaired older adults often do not receive mental health services: the patient's perspective. *Quality of Life Research*, 24(4), 969-978.
- Wahl, H.-W., Heyl, V., & Langer, N. (2008). Lebensqualität bei Seheinschränkung im Alter: Das Beispiel altersabhängige Makuladegeneration. *Der Ophthalmologe*, 105(8), 735-743.
- Wahl, H.-W., Schilling, O., & Becker, S. (2005). Psychosocial adaptation to age-related macular degeneration: The role of control beliefs. *International Congress Series*, 1282, 326-330.
- Wahl, H.-W., Becker, S., Schilling, O., Burmedi, D., & Himmelsbach, I. (2005). Primäre und Sekundäre Kontrolle versus Hartnäckige Zielverfolgung und Flexible Zielanpassung. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und pädagogische Psychologie*, 37(2), 57-68.
- Wahl, H.-W., Heyl, V., Drapaniotis, P. M., Hörmann, K., Jonas, J. B., Plinkert, P. K. et al. (2013). Severe Vision and Hearing Impairment and Successful Aging: A Multidimensional View. *The Gerontologist*, 53(6), 950-962.
- Wahl, H.-W., Schilling, O., & Becker, S. (2007). Age-related macular degeneration and change in psychological control: Role of time since diagnosis and functional ability. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2), P90-P97.
- Wahl, H. W. (1998). ‚Der Raum ist eingefallen‘ – Alterskorrelierte Sehbeeinträchtigung als Lebenskrise und Herausforderung an Bewältigungsressourcen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27(2), 111-117.
- Wettstein, M., Wahl, H.-W., & Heyl, V. (2015). Cognition – Well-being relations in old age: Moderated by sensory impairment. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 28(3), 123.
- WHO. (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Geneva: WHO.
- WHO. (2013). Visual impairment and blindness. Fact Sheet N°282. Retrieved 05.07.2013, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>.
- Wolfram, C., & Pfeiffer, N. (2012). *Weißbuch zur Situation der ophthalmologischen Versorgung in Deutschland*. München: Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft.

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Schematische Darstellung von Sehbehinderung im/und Alter.....	13
Tab. 1: Standarddemografische Beschreibung der Stichprobe	19
Tab. 2: Lebensbereiche (nach Lawton 1983), die durch eine Sehbehinderung im Alter beeinflusst werden.....	23
Abb. 2: COVIAGE-Modell	34