

Masterthesis

eingereicht an der ZHAW Soziale Arbeit

Sehbehinderung im Alter - eine Krankheit oder eine Behinderung?

Relevanz der Unterscheidung für den Zugang zu Unterstützungssystemen

MAS Mastermodul Soziale Gerontologie 2017/18

Wildi Judith

ju.wildi@bluewin.ch
Datum: 06.04.2018

Abstract

Eine im Alter auftretende Sehschädigung hat Auswirkungen auf alle Lebensbereiche. Sie kann zu Beeinträchtigungen im physisch/funktionalen, psychisch/emotionalen und sozialen Bereich führen. Die Forderungen der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen an Inklusion und Teilhabe, an Zugang zu Gesundheitssystemen und an Anspruch auf Rehabilitation, auch für ältere Menschen, fordert einen neuen Umgang mit Menschen mit Behinderung im Alter. Da rechtlich im AHV-Alter das Gesundheitswesen für alle Gesundheitsbelange zuständig ist, stellt sich die Frage, welche Konsequenzen es hat, ob eine Person mit Sehbehinderung im Alter als chronisch krank oder als behindert beurteilt und behandelt wird. Dieser Fragestellung geht die vorliegende Arbeit nach.

Als Herangehensweise an die Thematik wurden zwei Schienen verfolgt: Einerseits aus theoretischer Sicht die Perspektiven der Pflege und der Sozialpädagogik skizziert und andererseits die Praxis mittels Experteninterviews beleuchtet. Rechtliche und fachliche Rahmenbedingungen und Ansätze aus den beiden Professionen werden dargestellt. Zudem werden in leitfadengestützten Gesprächen in Langzeitpflegeinstitutionen und sozialpädagogischen Einrichtungen mit Personen der beiden Professionen Daten zur Arbeitspraxis im Kontext zu Behinderung und Pflege erhoben. Diese wurden inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet.

Es zeigt sich, dass in den spezialisierten sozialpädagogischen Einrichtungen die Umsetzung der UN-BRK selbstverständlicher Teil des Alltags ist, die UN-BRK in den allgemeinen Alterseinrichtungen hingegen nicht bekannt ist. In beiden Arten von Institutionen wird der Autonomie und Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner grösste Aufmerksamkeit eingeräumt. In den allgemeinen Alterseinrichtungen zeigt sich, dass Rahmenbedingungen diese Zielsetzung teilweise erschweren. Behinderungsspezifische, rehabilitative Pflege und Betreuung im Alter ist einerseits von der Ausrichtung der Institution, als auch von den rechtlichen Grundlagen abhängig. In der spezialisierten Einrichtung sind die sehbehinderungsspezifischen Rehabilitationsangebote bekannt und werden genutzt. Die beiden Berufsgruppen unterscheiden sich in der Herangehensweise in der Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Behinderung im Alter.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Ausgangslage	1
1.2	Motivation	2
1.3	Zielsetzung	2
1.4	Fragestellung	3
1.5	Vorgehensweise	3
2	Sehbehinderung im Alter	4
2.1	Prozess des Sehens	4
2.2	Funktion des Sehens	4
2.3	Sehschädigungen im Alter	4
2.3.1	Altersbedingte Makuladegeneration	4
2.3.2	Katarakt	5
2.3.3	Glaukom	5
2.3.4	Netzhautablösung	5
2.3.5	Diabetische Retinopathie	6
2.4	Folgen für die betroffenen Personen	6
2.5	Prävalenz.....	7
2.6	Gerontagogische Pflege und Betreuung	7
3	Rahmenbedingungen	9
3.1	Rechtliche Rahmenbedingungen bei Sehbehinderung im Alter	9
3.1.1	Krankenversicherungsgesetz (KVG)	9
3.1.2	Alters- und Hinterlassenenversicherungsgesetz (AHVG)	9
3.1.3	Behindertenrechtskonvention der UNO (UN-BRK)	10
3.2	Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).....	11
3.2.1	Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen.....	12
3.2.2	Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung	13
4	Ansätze und Klassifikationen	16
4.1	Internationale Klassifikationen.....	16
4.1.1	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)	16
4.1.2	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)	16

4.2	Ansätze im Umgang mit Menschen mit Sehbehinderung im Alter	18
4.2.1	Einführung.....	18
4.2.2	Patientenedukation	18
4.2.3	Autonomie und Teilhabe	20
4.2.4	Rehabilitation	21
5	Experteninterviews.....	23
5.1	Methodisches Vorgehen	23
5.1.1	Datenerhebung und Auswahl der Befragten.....	23
5.1.2	Durchführung der Gespräche.....	25
5.1.3	Aufbereitung der Daten: Auswertungsmethode	26
5.2	Fragestellung	26
5.3	Codierleitfaden.....	26
5.4	Ergebnisse Interviews	35
5.4.1	Sehbehinderung.....	35
5.4.2	UN-BRK	38
5.4.3	Pflege-Betreuungsprozess	40
5.4.4	Selbstbestimmung.....	42
5.4.5	Entwicklung einzelner Bewohnerinnen und Bewohner	43
5.4.6	Rehabilitation	45
5.4.7	Patientenedukation	47
5.4.8	Altersbild	48
5.4.9	Zukunftsentwicklung.....	49
6	Darstellung Ergebnisse.....	53
6.1	Ergebnisse Theorie.....	53
6.2	Zusammenfassung Ergebnisse Interviews	54
6.3	Zusammenführung.....	56
7	Diskussion	57
7.1	Beantwortung der Fragestellung	57
7.2	Fazit und Ausblick.....	59
8	Literaturverzeichnis.....	61
9	Anhang A - Abkürzungsverzeichnis.....	64
10	Anhang B - Leitfaden für die Expertengespräche	66
11	Erklärung.....	68

Tabellenverzeichnis

Tabelle 5.1 - Sampling Fachpersonen	24
Tabelle 5.2 - Sampling Institutionen.....	25
Tabelle 5.3 - Übersicht Gespräche	25
Tabelle 5.4 - Codierleitfaden	34

Abbildungen

Abbildung 1.1 - Vorgehensweise	3
Abbildung 4.1 - Wechselwirkungsmodell ICF.....	17

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Viele ältere Menschen sind von chronischen Krankheiten betroffen. Viele Menschen erfahren im Alter eine Sehbehinderung. Ist eine Sehbehinderung im Alter ein Gesundheitsproblem oder eine Behinderung?

Ein Drittel der über 80-jährigen Menschen ist von einer Sehbehinderung betroffen, bei den über 90-Jährigen ist es bereits die Hälfte (Schätzung Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen, 2012). Alter und Sehbehinderung ist damit ein gesellschaftliches und gesundheitspolitisches Thema. Das Kompetenzzentrum für Sehbehinderung im Alter (KSIA) in Zürich (www.ksia.ch) hat sich zum Ziel gesetzt, Menschen mit Sehbehinderung im Alter zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung in der Langzeitpflege „zu verhelfen“. KSIA fordert ein Umdenken auf gesellschaftlicher Ebene und setzt sich auf gesundheitspolitischer Ebene für die Anerkennung des Themas ein. In Schulungen und Kursen vermittelt KSIA aus dem Blickwinkel der sozialen Arbeit, der Pflege und Betreuung und der Heilpädagogik den Ansatz der gerontagogischen Pflege.

Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz kennt zwei Unterstützungssysteme. Führt eine Erkrankung oder ein Unfall im Erwerbsalter zu einer Behinderung und zu einem Erwerbsausfall, dann gelten die gesetzlichen Grundlagen des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG). Deren Ziel ist es, eine Rehabilitation anzustreben und die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit und damit grösstmögliche Selbständigkeit und Unabhängigkeit zu ermöglichen. Tritt eine Erkrankung oder ein Unfall im Pensionsalter auf und führt ebenfalls zu bleibender Beeinträchtigung, sind das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und das Alters- und Hinterbliebenen-Versicherungsgesetz (AHVG) gesetzliche Grundlagen für das weitere Handeln. Die fachliche Zuständigkeit liegt im Bereich der Langzeitpflege. Das Krankenversicherungsgesetz fokussiert auf die Behandlung bei Krankheit sowie die Übernahme von Verrichtungen durch Fachpersonen, falls die ältere Person dazu nicht mehr fähig ist. Das Konzept Behinderung im Sinne des IVG ist für das Alter nicht vorgesehen. Dies bedeutet, dass einem älteren Menschen mit Sehschädigung nicht dieselben rehabilitativen Massnahmen und Angebote zur Verfügung stehen wie einer jungen Person. Wenn sie etwas nicht mehr selber tun kann, wird es für sie ausgeführt. Abhängigkeit statt Selbständigkeit ist das Resultat. Seit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) durch die Schweiz 2014 ist diese Ungleichbehandlung von Menschen im Alter endgültig nicht mehr vertretbar.

1.2 Motivation

In meinem Arbeitsalltag im Kompetenzzentrum für Sehbehinderung im Alter (KSIA) in Zürich bin ich im Rahmen der Fachentwicklung sehbehinderungsspezifische Pflege und Betreuung und rehabilitativ sehbehinderungsspezifische Pflege mit den angesprochenen Fragen konfrontiert. Das Interesse bezüglich der Langzeitpflege besteht darin, auf der Basis der rechtlichen Ansprüche das vorhandene Fachwissen kritisch zu prüfen, gegebenenfalls Lücken aufzuzeigen und Möglichkeiten für deren Verringerung bzw. Schliessung zu erkennen. Im Hinblick auf die Soziale Arbeit/Behindertenarbeit besteht das Interesse zu erkennen, wo die Methoden der Behindertenarbeit sinnvoll mit denjenigen der Langzeitpflege ergänzt werden können. Für die betroffenen Menschen steht eine ihrer im Alter erworbenen Sehbehinderung angemessene, fachlich kompetente Pflege und Betreuung im Zentrum des Interesses.

Darüber hinaus wird KSIA im Kontakt mit Personen aus der Pflege (Praxis und Wissenschaft) immer wieder mit dem Begriff der Patientenedukation und der Haltung konfrontiert, dass damit unser Anliegen an eine fördernde, rehabilitative Pflege und Betreuung bereits eingelöst sei. Im Rahmen unserer Kurse und Schulungen machen wir die Erfahrung, dass die rechtlichen Grundlagen oft als nicht relevant für die tägliche Arbeit mit Bewohnerinnen und Bewohnern und als viel zu kompliziert betrachtet werden. Das Bewusstsein für die Tragweite der rechtlichen Grundlagen ist nicht vorhanden. Die Bereitschaft, sich damit auseinanderzusetzen, ist entsprechend klein. Die Auswirkungen werden unterschätzt. Spannend war für mich, im Auftakt Workshop zum MAS Studiengang zu erfahren, dass meine Mitstudierenden gerade die rechtlichen Aspekte als Grundlage für die geplante Arbeit als besonders relevant und absolut notwendig erachteten.

Beide Themenbereiche möchte ich im Rahmen der vorliegenden Arbeit aus der Sicht der Theorie und aus der Sicht der Praxis prüfen.

1.3 Zielsetzung

- Rechtliche Ansprüche von Menschen mit Sehbehinderung im Alter sind beschrieben
- Forderungen aus der UN-BRK an Pflege und Betreuung sind dargelegt
- Umgang der Pflege mit den Herausforderungen an behinderungsspezifische Pflege sind beschrieben, anhand von bekannten pflegerischen Konzepten aus der Langzeitpflege und anhand von Berichten aus der Praxis
- Unterstützungssysteme aus dem Bereich Sozialpädagogik sind beschrieben, anhand von bekannten Konzepten der Behindertenarbeit und anhand von Berichten aus der Praxis
- Grenzen der einzelnen Disziplinen sind erkannt und beschrieben
- Vorschläge für Synergien sind formuliert

1.4 Fragestellung

Haupt-Fragestellung: Welche Konsequenzen hat es, ob eine Person mit Sehbehinderung im Alter als chronisch krank oder als behindert beurteilt und behandelt wird?

Teil-Fragen:

- Was bedeutet Sehbehinderung im Alter und welche Folgen hat sie für die betroffenen Personen?
- Welche rechtlichen Rahmenbedingungen sind bei Sehbehinderung im Alter relevant?
- Wie begegnet die Langzeitpflege den rechtlichen Forderungen gemäss der Behindertenrechtskonvention? Welche Konzepte stehen ihr zur Verfügung?
- Welche Konzepte stehen der Sozialpädagogik für die rehabilitative Betreuung und Begleitung zur Verfügung?
- Welche Anliegen werden durch die Ansätze der Pflege und der Sozialpädagogik abgedeckt? Wie können sie sich ergänzen?

1.5 Vorgehensweise

- Darstellung von Sehbehinderung im Alter, Bedeutung für die betroffenen Personen, Vorstellen des Ansatzes der Gerontagogik
- Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen zu Sehbehinderung im Alter
- Darstellung und Vergleich von Ansätzen aus Pflege und Sozialpädagogik zum Umgang mit den rechtlichen Ansprüchen an Pflege und Betreuung von Menschen mit Sehbehinderung im Alter
- Experteninterviews: Leitfadengestützte, deduktive Befragung von Expertinnen aus den Bereichen Pflege und Sozialpädagogik. Selektive Transkription der Interviews
- Darstellung und Vergleich der Aussagen aus den Interviews
- Beantwortung der Fragestellung aus der Perspektive der Theorie wie der Perspektive der Praxis, Kontrastierung der Ergebnisse

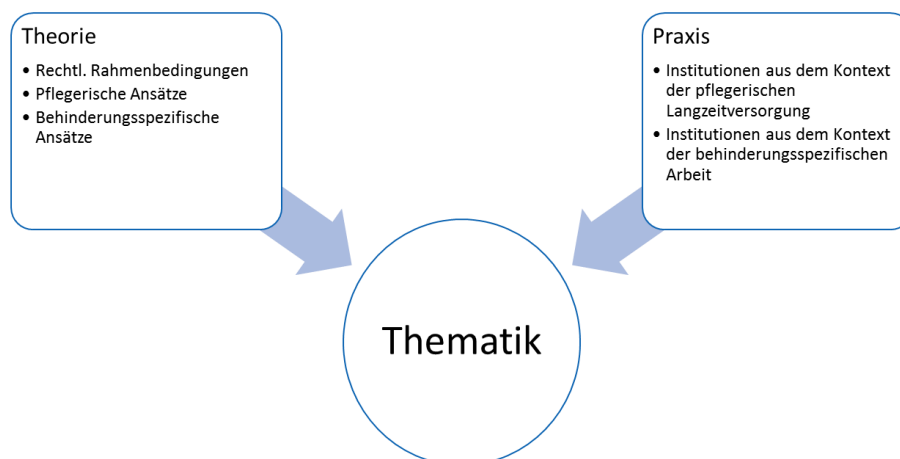


Abbildung 1.1 - Vorgehensweise

2 Sehbehinderung im Alter

2.1 Prozess des Sehens

Sehen ist ein komplexer Vorgang. Das Zusammenspiel von Auge und Gehirn führt zum Sehen. Das Auge hat die Funktion einer Kamera, die Lichtwellen treten durch Hornhaut und Linse ins Auge, treffen auf die Netzhaut, wo sie durch Fotorezeptoren in elektrische Impulse umgewandelt und via Sehnerv an das Gehirn weitergeleitet werden. Dort werden diese Impulse weiterbearbeitet und es entsteht das Bild, welches wir durch die Augen zu sehen glauben (Sutter, 2017, S. 7).

2.2 Funktion des Sehens

Die Funktion des Sehens gliedert sich in drei Aspekte:

- Wahrnehmung: Scharfsehen, Kontrastsehen, Farbsehen, Bewegungssehen
- Sozialisieren: Reaktion auf Gegenüber, Erkennen von Mimik und Gestik
- Interpretieren: Situationen einschätzen, entsprechend reagieren können

Damit wird deutlich, dass Sehen nicht nur physiologisch ein komplexer Vorgang ist, sondern durch das Sehen räumliche, soziale und situative Ordnung möglich wird. Auch Emotionen und Erinnerungen werden durch das Sehen geweckt. Da die Funktionen des Sehens so vielfältig sind, sind es auch die Folgen bei einer Sehschädigung (Heussler, Wildi & Seibl, 2016, S. 11).

2.3 Sehschädigungen im Alter

Im folgenden Kapitel werden die häufigsten Erkrankungen des Auges im Alter vorgestellt. Es ist zu beachten, dass auch Erkrankungen des Gehirns, die zu Störungen der Informationsverarbeitung führen, ebenfalls Ursache für beeinträchtigtes Sehvermögen sein können (Sutter, 2017, S. 7). Sie werden im Rahmen dieser Arbeit nicht vorgestellt, ebenso wenig neuroophthalmologische Aspekte wie Filling-in und Charles-Bonnet-Syndrom. Informationen dazu siehe Sutter (2017).

2.3.1 Altersbedingte Makuladegeneration

Eine der im Alter am häufigsten auftretenden Erkrankungen des Auges ist die Altersbedingte Makuladegeneration (AMD). Sie ist definiert durch einen Ab- und Umbau der lichtsensiblen Fotorezeptoren auf der Netzhaut im Bereich der Makula. Dort sind die für das Scharf- und Farbsehen zuständigen Zapfenzellen lokalisiert. Ein Funktionsverlust der Zapfen führt zu unscharfen, nebligen, diffusen Bildern, die vor allem im Bereich des zentralen Gesichtsfeldes dazu führen, dass Details schlechter bzw. gar nicht mehr erkannt werden können. Menschen mit einer AMD schildern, dass das, was sie fokussieren wollen, zum Beispiel ein Gesicht, sofort verschwindet. Der Zentralskotom genannte zentrale Gesichtsfeldausfall wird häufig als schwarzer

Fleck dargestellt. Das ist aus neuroophthalmologischer Sicht nicht zutreffend und irreführend. Vielmehr entsteht der Eindruck eines insgesamt unscharfen, diffusen Bildes. Fokussieren gelingt nicht mehr, die Zu-/Anordnung der vorhandenen visuellen Informationen ist erschwert, gestört. Die AMD führt zu einem kontinuierlichen Verlust des Sehvermögens im Bereich des Scharf- und Farbsehens und im Bereich des zentralen Gesichtsfelds. Die räumliche Orientierung ist in der Regel vorhanden. Es gibt eine feuchte und eine trockene Form der AMD. Eine medikamentöse Behandlung bei der feuchten Form ist möglich mit dem Ziel der Stabilisierung bzw. Verzögerung des Abbauprozesses (Bayer, 2015, S. 8ff).

2.3.2 Katarakt

Die Katarakt, umgangssprachlich bekannt unter der Bezeichnung "Grauer Star", ist eine sehr häufige Augenerkrankung im höheren Lebensalter. Die Trübung der Linse tritt häufig bereits vor dem 70. Lebensjahr auf. Sie führt zu verschwommenen Bildern, deren Qualität zunehmend abnimmt und bis zu ausschliesslicher Wahrnehmung von Hell- und Dunkelumrissen führen kann. Die Katarakt ist leicht durch einen operativen Eingriff zu behandeln, in dem die getrübe Linse durch eine Kunststofflinse ersetzt wird. Diesen Eingriff durchzuführen, empfiehlt sich auch in hohem Alter aufgrund der zu erwartenden massiv besseren Lebensqualität (Heussler et al., 2016, S. 15).

2.3.3 Glaukom

Sammelbegriff, alltagssprachlich bekannt unter dem Namen „Grüner Star“. Entsteht in der Regel durch eine Erhöhung des Augeninnendruckes und führt zu einer Schädigung des Sehnervs. Das Glaukom führt zu einem röhrenförmig eingeschränkten Gesichtsfeld. Die Detailerkennung bleibt möglich, aber die räumliche Orientierung wird massiv erschwert. Behandlungsmöglichkeiten sind drucksenkende medikamentöse oder operative Massnahmen. Früherkennung und Ausnützen der medizinischen Möglichkeiten sind wichtig, weil verlorengegangenes Sehvermögen nicht wiedergewonnen werden kann. Unbehandelt kann das Glaukom zu vollständiger Erblindung führen (Heussler et al., 2016, S. 15).

2.3.4 Netzhautablösung

Die Netzhautablösung (ablatio retinae) ist eine krankheits- oder unfallbedingte Ablösung des Pigmentepithels der Netzhaut. Symptome sind schmerzlose Lichtblitze und Doppelbilder. Nicht behandelt führt die Netzhautablösung zu Blindheit und muss aus diesem Grund zwingend frühzeitig erkannt und behandelt werden. Die Behandlung besteht darin, die abgelöste Netzhaut möglichst schnell und vollständig wieder mit der ernährenden Aderhaut zu verbinden (Heussler et al., 2016, S. 15f).

2.3.5 Diabetische Retinopathie

Die diabetische Retinopathie ist eine im Alter als Folge eines Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) auftretende Erkrankung der Netzhaut, die zu einem vollständigen Verlust der Sehfähigkeit führen kann. Die Behandlungsmöglichkeiten bestehen in prophylaktischer Hinsicht in einer guten Einstellung des Blutzuckerspiegels. Bereits entstandene Retinopathien werden mittels Lasertherapie behandelt (Heussler et al., 2016, S. 16).

2.4 Folgen für die betroffenen Personen

Die beschriebenen Sehschädigungen führen zu Beeinträchtigungen bei der betroffenen Person auf mehreren Ebenen: auf kognitiver, physischer/funktionaler und psychosozialer/emotionaler Ebene.

Die Beeinträchtigungen auf kognitiver Ebene sind dabei am schwierigsten zu verstehen. Durch einen Mangel an visuellen Eindrücken entsteht ein Defizit bezüglich Entscheidungsfähigkeit, Merkfähigkeit, nicht jedoch der Denkfähigkeit. Bei einer dementiellen Entwicklung ist durch die Veränderung in der Hirnstruktur die Denkfähigkeit eingeschränkt. Bei einer Sehbeeinträchtigung führt die Sehschädigung zu fehlenden visuellen Impulsen an das Gehirn, die entweder die Reaktion des Gehirns einschränken (kognitive Fehlleistungen), zu fehlerhaften Eindrücken einer Situation (Filling-in) oder durch die Plastizität des Gehirns zu visuellen Halluzinationen, Charles-Bonnet-Syndrom (CBS), führen (Sutter, 2017, S. 12). Beide Phänomene sind sehr irritierend für die betroffenen Personen und können bei Unkenntnis des Umfeldes (Hausärzte, Angehörige, Pflegepersonal und weitere) zu einer Verwechslungsgefahr mit Demenz führen (visuelle Pseudodemenz) (siehe Lehl & Gerstmeyer, 2004). Die korrekte Einschätzung der kognitiven Einbusen ist zentral bei der Erfassung des Pflege- und Betreuungsbedarfs mit den in der Schweiz bekannten und rechtlich verpflichtenden Instrumenten RAI (Residential Assessment Instrument) und BESA (Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem). Beide Instrumente berücksichtigen die Thematik Sehbehinderung unzulänglich und begünstigen damit eine Fehlbeurteilung Demenz. Wissen zu den umfangreichen Folgen von Sehbehinderung ist notwendig, um die Situation der betroffenen Person korrekt zu interpretieren und der Sehbehinderung angepasste Schritte zu planen. Menschen mit einer Sehbeeinträchtigung brauchen auf kognitiver Ebene diejenigen Informationen, die ihnen aufgrund der visuellen Wahrnehmungseinbusse nicht zur Verfügung stehen, um korrekte und selbständige Entscheidungen treffen zu können. Dieser Aspekt hat grundlegende Auswirkungen auf alle Lebensbereiche. Das Bewusstsein über die vielseitigen Wechselwirkungen mit anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist grundlegend für eine adäquate Pflege und Betreuung beziehungsweise Einschätzung der Situation.

Im physischen/funktionalen Bereich sind die Folgen einer Sehschädigung in praktisch allen BADL's (Basic Activities of Daily Living) und IADL's (Instrumental Activities of Daily Living) zu beobachten. Die Körperpflege und Wäschebesorgung können ebenso beeinträchtigt sein wie

die Mobilität (Sturzgefahr), Essen und Trinken und Sich-Beschäftigen, bspw. Lesen und Handarbeiten. Ausser Haus gehen, Einkäufe erledigen, Rechnungen bezahlen, telefonieren sind häufig nur noch eingeschränkt möglich. Dies sind nur exemplarisch einige Einschränkungen, die infolge einer Sehschädigung auftreten können. Sie führen jedoch zu Abhängigkeit und Unterstützungsbedarf und können auch zu Eintritten in stationäre Einrichtungen führen, die aufgrund einer Sehschädigung nicht zwingend notwendig wären.

Im psychosozial-emotionalen Bereich führt eine Sehschädigung in der Regel zu Unsicherheit und Unbehagen in sozialen Situationen, zum Beispiel bei Begegnungen auf der Strasse, in Gruppensituationen im Aktivierungs- bzw. im Wohnbereich in stationären Einrichtungen. Um diese zu vermeiden, ziehen sich betroffene Personen häufig zurück, möchten lieber allein sein. Eine Sehbehinderung zu erfahren, bedeutet im sozialen Kontext häufig Ausgrenzung, Ausschluss, nicht mehr den gesellschaftlichen Anforderungen und Normen entsprechen zu können. Dies führt zu Trauer, Krise und schlägt sich in einer erhöhten Suizidrate nieder (mündliche Information Exit Region Zürich-Tessin-Graubünden von 2013) (Heussler et al., 2016, S. 20).

2.5 Prävalenz

Sehbehinderung im Alter ist häufig. Allerdings gibt es keine verlässlichen Zahlen dazu. Gemäss einer Publikation des Schweizerischen Zentralvereins für das Blindenwesen (SZB, 2012) sind 20.5% der über 80-Jährigen sehbehindert. Die Association pour le Bien des Aveugles (ABA, 2005) weist, unter Einbezug des Kontrastsehens, 54% der Bewohnerinnen von Pflegeeinrichtungen in Genf als sehbehindert aus. Die OVIS-Studie (Ophthalmologische Versorgung in Seniorenheimen) in Bonn hat gezeigt, dass 47% der untersuchten Personen ein subjektives Sehproblem erwähnten, bei der Untersuchung ergab sich dagegen bei 61% der Personen ein behandlungsbedürftiger Befund (Fang, Schnetzer, Kupitz, Göbel, Kohnen, Reinhard, Lorenz, Horeauf, Wagenfeld, Auffarth, Schaub, Thieme, von Livonius, Alten, Robering, Brandl, Ziemssen, Krummenauer, Holz & Finger, 2017). Es ist davon auszugehen, dass ein Drittel der über 80-jährigen Bewohnerinnen und Bewohner von Alterseinrichtungen von einer Sehbehinderung betroffen sind. Bei den über 90-jährigen dürfte es mehr als die Hälfte sein. Nur ein Bruchteil der Betroffenen und ihr Umfeld sind sich dieses Umstandes aufgrund der neuroophthalmologischen Vorgänge bewusst. Die Gefahr, eine Sehbehinderung zu entwickeln, steigt mit zunehmendem Lebensalter an. Durch die demografische Entwicklung ist Sehbehinderung im Alter ein volkswirtschaftlich relevantes Thema.

2.6 Gerontagogische Pflege und Betreuung

Das Konzept der Gerontagogischen Pflege und Betreuung wurde in der Praxis eines spezialisierten stationären Kontexts entwickelt. Durch Heussler, Wildi und Seibl auf den allgemeinen Kontext stationärer Einrichtungen übertragen und 2016 im Buch "Menschen mit Sehbehinderung in Altersinstitutionen – Gerontagogik und gerontagogische Pflege, eine Anleitung zur

Inklusion" veröffentlicht. Das Buch zeigt einen möglichen Weg auf, wie Menschen mit Sehbehinderung im Alter im stationären Kontext Teilhabe, Selbstbestimmung und Selbständigkeit (zurück-) gewinnen können. Gerontagogische Pflege und Betreuung basiert auf den Erkenntnissen aus Sozial- und Heilpädagogik, der Gerontologie und Pflege und bezieht die sehbehinderungsspezifischen Rehabilitationsfächer Orientierung und Mobilität (O+M), Lebenspraktische Fähigkeiten (LPF) und Low Vision (LV) ein. Sie nutzt ein sehbehindertenfreundlich gestaltetes Umfeld, das baulich (Licht, Farbgestaltung, Wegführung) an die Bedürfnisse von Menschen mit Sehbehinderung angepasst ist und in den Abläufen (zum Beispiel Kommunikation) die Besonderheiten von Sinnesbehinderung (Grossschrift, auditive Informationskanäle, Wäscheverteilung) berücksichtigt. Der Gestaltung sozialer Beziehungen wird im gerontagogischen Milieu grösste Bedeutung zugemessen. Sehbehinderung führt häufig zu Rückzug und Isolation. Sich das Wiederaufnehmen und Pflegen von sozialen Beziehungen zuzutrauen, ist eine wichtige Zielsetzung. Die Basis dieses sehbehindertenfreundlichen Milieus ist mit den 33 Goldenen Regeln (Heussler, Seibl & Wildi, 2013) beschrieben.

Gerontagogische Pflege ist sehbehinderungsspezifisch und rehabilitativ, das heisst sie bezieht die Sehbehinderung im gesamten Pflegeprozess mit ein: Im Assessment wird Sehbehinderung als Ursache/mögliche Ursache für ein bestimmtes Bild/Verhalten in Betracht gezogen und die Vielfalt an sich gegenseitig beeinflussenden Faktoren (zum Beispiel Sehbehinderung und Stürze aufgrund Schwäche durch unzureichende Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, zurückzuführen auf visuelle Einbussen) im Bewusstsein gehalten. Prioritätensetzung und Pflegediagnosenformulierung berücksichtigen die Möglichkeiten der sehbehinderungsspezifischen Massnahmen. Die Zielsetzung wird sehbehinderungsspezifisch differenziert und entsprechende Massnahmen formuliert. Um rehabilitative Zielsetzungen zu erreichen, werden mittels Pflege trainings im kognitiv/emotionalen und funktionalen Bereich einerseits die Bereitschaft für Veränderungsprozesse über das Erkennen der Auswirkungen von Sehschädigungen unterstützt/gefördert und andererseits parallel dazu funktionale Verrichtungen wieder erlernt. Diese Prozesse brauchen sehr viel Zeit und begünstigen sich gegenseitig: funktionale Fortschritte wirken sich auf die Selbstwirksamkeitsüberzeugung aus und führen zu einer grösseren Veränderungsbereitschaft, das Erkennen von Zusammenhängen macht Mut und Erfolge fördern die Motivation für neue Lernschritte. Gerontagogische Betreuung unterstützt in allen Aktivitäten sehbehindertenfreundlich.

3 Rahmenbedingungen

3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen bei Sehbehinderung im Alter

3.1.1 Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Das Krankenversicherungsgesetz regelt sämtliche Versicherungs-Belange im Umgang mit Krankheit und ihren Folgen, das Invalidenversicherungsgesetz jene mit Behinderung. Im KVG kommt der Begriff Behinderung nicht vor, weil das Bewusstsein über das Entstehen einer Behinderung im Alter zum Zeitpunkt der Niederschrift nicht vorhanden war. Eine im AHV-Alter auftretende Sehbehinderung fällt nicht in den Zuständigkeitsbereich des IVG.

Art. 25 (des KVG) Allgemeine Leistungen bei Krankheit hält in Absatz 1 fest: "Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihren Folgen dienen"¹. Die Leistungen umfassen Behandlung und Untersuchungen, die durch Ärztinnen, Chiropraktoren und Personen, die im Auftrag von Ärzten und Chiropraktorinnen die Leistung erbringen. Das KVG verlangt in Art. 32 Abs. 1: "Die Leistungen ... müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein" (ebd.). Das bedeutet, dass die Wirkung forschungsgestützt nachgewiesen, ihren eigentlichen Zweck erfüllen und kostenmässig vertretbar sein muss. Eine Gesetzeslücke besteht darin, dass der bei Sehschädigung im Alter notwendige spezifische Betreuungs- und Pflegebedarf nicht als versicherbare Behandlungsleistung gilt (Heussler et al., 2016, S. 87).

3.1.2 Alters- und Hinterlassenenversicherungsgesetz (AHVG)

In Art. 33 des AHVG wird die Regelung der Rentenberechnung bei einer vorbestehenden IV-Rente beschrieben (Besitzstandswahrung). In Art. 43 wird bezüglich Hilfsmitteln im Abs. 1 geregelt, unter welchen Voraussetzungen Bezügerinnen und Bezüger von Altersrenten Anspruch auf ein Hilfsmittel für die Fortbewegung, die Herstellung des Kontakts mit der Umwelt und der Selbstsorge haben. Und schliesslich hält Art. 101 Beiträge zur Förderung der Altershilfe in Abs. 1 die gesetzliche Regelung von Leistungsaufträgen an gesamtschweizerisch tätige gemeinnützige private Institutionen fest, welche Aufgaben zugunsten Betagter leisten, wie zum Beispiel "a) Beratung, Betreuung, Beschäftigung; b) Kurse, die der Erhaltung oder Verbesserung der geistigen oder körperlichen Fähigkeiten, der Selbstsorge sowie der Herstellung des Kontaktes der Umwelt dienen ..."². Im Hinblick auf Sehbehinderung im Alter ist zu beachten, dass diese Leistungen als präventive Angebote zur Aufrechterhaltung der Selbständigkeit dienen. Sobald Pflegeleistungen im Rahmen des KVG bezogen werden, besteht kein Anspruch an Leistungen durch das AHVG (Doppelfinanzierungsverbot).

¹ SR 832.10 Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)

² Alters- und Hinterlassenenversicherung. BG 831.10

3.1.3 Behindertenrechtskonvention der UNO (UN-BRK)

Die Schweiz hat 2014 die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen, nachfolgend UN-BRK genannt, ratifiziert, das heisst zu geltendem Recht erklärt. Die UN-BRK beschreibt 25 Aspekte, die die Vertragsstaaten als Basisvoraussetzungen anerkennen. Diese umfassen Themen wie die vollständige Anerkennung von Grundfreiheiten und alle Menschenrechte für Menschen mit Behinderung, die Besorgnis darüber, dass Menschen mit Behinderung trotz bestehender Dokumente und Verpflichtungen immer noch Hindernissen bezüglich ihrer Teilhabe als gleichberechtigte Mitglieder der Gesellschaft und Verletzungen der Menschenrechte gegenüberstehen. Die Vertragsstaaten teilen die Erkenntnis, "dass das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern" (Website des Bundesrates zur UN-BRK, Stand 9. Juni 2017, S. 1f, abgerufen am 4.1.18 unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20122488/>). Angesprochen werden die Wichtigkeit der individuellen Autonomie und Unabhängigkeit sowie die Freiheit, Entscheidungen zu treffen. In der UN-BRK wird festgehalten, dass Behinderung kein Alter hat, sich also nicht wie im geltenden Schweizerischen Recht ausschliesslich auf das Kindes-, Jugend- und Erwerbsalter beziehen darf.

Mit dem Beitritt zum Übereinkommen hat sich die Schweiz verpflichtet, "Hindernisse zu beheben, mit denen Menschen mit Behinderungen konfrontiert sind, sie gegen Diskriminierungen zu schützen und ihre Inklusion und ihre Gleichstellung in der Gesellschaft zu fördern" (ebd., S.1, abgerufen am 4.1.18). Dies muss altersunabhängig geschehen (siehe Art. 25, 28). Die Verpflichtung schliesst die Aufhebung von diskriminierenden Gesetzen, Verordnungen und Praktiken ein.

In Art. 4 wird die Forderung "der Schulung von Fachkräften und anderem mit Menschen mit Behinderungen arbeitendem Personal auf dem Gebiet der in diesem Übereinkommen anerkannten Rechte zu fördern, damit die aufgrund dieser Rechte garantierten Hilfen und Dienste besser geleistet werden können" (ebd., S. 6). Dieser Aspekt ist für Menschen mit Sehbehinderung im Alter relevant, da wie im Kapitel 2 ausgeführt, die Thematik kaum bekannt ist. Von den 50 Artikeln, in denen auf die unterschiedlichsten Lebens- und Gesellschaftsbereiche hingewiesen wird, die im Zusammenhang mit Behinderung eine Rolle spielen, interessieren im Zusammenhang mit der Fragestellung dieser Arbeit vor allem die Artikel 25 Gesundheit und Artikel 26 Habilitation und Rehabilitation.

Gemäss Art. 25 treffen die Vertragsstaaten alle geeigneten Massnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu Gesundheitsdiensten, einschliesslich gesundheitlicher Rehabilitation, haben, insbesondere solche, "die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, soweit angebracht, einschliesslich

Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen" (Art. 25 b). Die Vertragsstaaten sorgen dafür, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung versorgen. Dafür ist deren Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung zu schärfen (Art. 25 d). Art. 26 verpflichtet die Vertragsstaaten zu wirksamen und geeigneten Massnahmen, "um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmass an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren" (Art. 26, Absatz 1). Um dies zu erreichen, müssen umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme zur Verfügung gestellt werden, insbesondere in den Bereichen Gesundheit, Beschäftigung, Bildung und Sozialdienste.

Heussler (2014) beschreibt, welche Konsequenzen die Ratifizierung der UN-BRK für Menschen mit Sehbehinderung im Alter und ihr Anrecht auf Leistungen in der Alterseinrichtung hat. Behinderungsspezifische Leistungserbringung und deren Finanzierung sind zum einklagbaren Recht geworden. Bisher scheint die Bedeutung dieser Aussage im Gesundheitswesen noch nicht angekommen zu sein. Die Erfahrung aus den Schulungen von KSiA zeigt, dass im Schweizerischen Gesundheitswesen weder das Vorhandensein noch die Bedeutung der UN-BRK wahrgenommen werden.

3.2 Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) gibt medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen zu unterschiedlichen Themen heraus. Diese richten sich an Ärzte, Pflegepersonal und Therapeutinnen, gelten als verbindlich für die ärztliche und pflegerische Behandlung und Betreuung und werden unterstützt durch den Schweizerischen Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer der Schweiz (SBK). Die Richtlinien formulieren Weisungen, die als verbindlich gelten, wo die SAMW weisungsbefugt ist. Wo sie keine Weisungsbefugnis hat, macht die SAMW im Rahmen von Empfehlungen Hinweise, wie die Richtlinien umgesetzt werden sollen, welche Rahmenbedingungen notwendig sind, zum Beispiel gegenüber der Politik und Institutionen.

In den folgenden Unterkapiteln werden aus zwei für die Fragestellung dieser Arbeit relevanten SAMW-Richtlinien die Kernanliegen wiedergegeben. Eine neu erschienene Richtlinie wird ebenfalls erwähnt.

Die medizin-ethischen Richtlinien und Empfehlungen zur Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen (SAMW, 2013) sind seit Dezember 2017 nicht mehr auf der

Frontseite der Website der SAMW zu finden. Sie wurden abgelöst durch die Richtlinie zur Betreuung von Menschen mit Demenz (SAMW, 2017b). In den Richtlinien zur Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung (SAMW, 2017a) wird aber weiterhin auf diese Richtlinie Bezug genommen.

3.2.1 Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen

Die Richtlinie Behandlung und Betreuung von älteren und pflegebedürftigen Menschen (SAMW, 2013) beschreibt, dass die Behandlung und Betreuung älterer und pflegebedürftiger Menschen im Spannungsfeld von diversen Faktoren stattfindet. Der Konflikt zwischen „notwendiger Fürsorge und der Respektierung der Autonomie einer älteren Person und ihrem Wunsch nach Ruhe“ (ebd., S. 5) wird benannt. Als Herausforderungen in Institutionen der Langzeitpflege werden das Spannungsfeld zwischen Privatheit gegenüber Öffentlichkeit und die Diskussion um steigende Kosten im Gesundheitswesen angeführt. Drei Zielsetzungen werden verfolgt: Alter und Pflegebedürftigkeit dürfen nicht zur Vorenthaltung indizierter Massnahmen führen, Entscheidungshilfen für schwierige Situationen geboten und im Rahmen von Empfehlungen wichtige Rahmenbedingungen für eine gute Behandlung und Betreuung älterer, pflegebedürftiger Personen aufgezeigt (ebd., S. 5).

Die Grundsätze des Anspruchs auf Respektierung der Menschenwürde und Selbstbestimmung erfordern verbindliche Entscheidungsverfahren und Strukturen, die einen Entscheidungsprozess unter Berücksichtigung der Selbstbestimmung und Würde des älteren Menschen ermöglichen. Dabei ist darauf zu achten, dass die ältere Person ihren Willen äussern kann, ausreichend Zeit für wichtige Entscheidungen hat und dass sie Entscheidungen ohne Druck fällen kann.

Es wird darauf hingewiesen, dass die ältere, pflegebedürftige Person den Anspruch hat, von den zuständigen Fachpersonen über diagnostische, präventive, pflegerische oder therapeutische Massnahmen informiert zu werden, "damit sie den Massnahmen frei und aufgeklärt zustimmen kann. Die Information muss in geeigneter Weise gegeben werden, d.h. verständlich, differenziert - mit allfälligen Entscheidvarianten – und der Situation angepasst“ (ebd., S. 11). Gemäss Ausführungen zu Gesundheitsförderung und Prävention gehört es zu den ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Aufgaben, "der älteren, pflegebedürftigen Person Massnahmen vorzuschlagen und zu ermöglichen, die ihr erlauben, ihre physischen und psychischen und sozialen Kompetenzen und Ressourcen zu erhalten oder zu fördern“ (ebd., S. 13). Risiken, wie Sturz, Depression, Ernährungsstörungen sind bei älteren pflegebedürftigen Personen häufig, diese frühzeitig zu erkennen und gemäss Information und Zustimmung durch die ältere Person, mit zweckmässigen präventiven Massnahmen anzugehen, gehört zu den Aufgaben von Ärztinnen, Pflegenden, Therapeuten.

Explizit gehören gemäss der SAMW-Richtlinie rehabilitative Angebote zum empfohlenen Spektrum:

Es ist ärztliche, pflegerische und therapeutische Aufgabe, der älteren, pflegebedürftigen Person jene Behandlung (u.a. Physiotherapie, Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, zahnärztliche Behandlung, Versorgung mit Hörgeräten) und Betreuung (u.a. soziale Kontakte, Ernährung, Mobilisation, Aktivitäten, Tagesstruktur) vorzuschlagen und zu ermöglichen, die ihr erlauben, ihre physischen und psychischen und sozialen Kompetenzen und Ressourcen soweit als möglich zu erhalten oder wiederzuerlangen (ebd., S. 13).

Äussern ältere pflegebedürftige Menschen den Wunsch nach Suizid, sind die Fachpersonen aufgefordert, neben dem Gespräch palliative, therapeutische und/oder psychiatrische Massnahmen zum Schutz und zur Unterstützung der betreffenden Person zu ergreifen. Abhängigkeiten der älteren, pflegebedürftigen Person, die das Risiko der Suizidalität erhöhen können sind einzubeziehen.

In den Empfehlungen an Institutionen der Langzeitpflege (S. 18ff) wird unter anderem hingewiesen auf die Einhaltung von Rahmenbedingungen zur Wahrung von Intim-/Privatsphäre, Schutz der persönlichen Freiheit und Würde, Aufrechterhaltung der sozialen Kontakte und politischen Rechte, Mitbestimmung bei der Alltagsgestaltung und Beschwerderecht. Die Sicherstellung dieser Rechte gehört also zu den Aufgaben der Langzeitversorgung.

Oben wurde bereits erwähnt, dass die im Kapitel 3.2.1 besprochenen Richtlinien und Empfehlungen im Dezember 2017 durch die neu herausgegebenen medizinisch-ethischen Richtlinien zur Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz (SAMW, 2017b) ersetzt wurden. Die Inhalte beider Richtlinien sind komplett verschieden, es ist aus diesem Grund nicht nachvollziehbar, weshalb dies so geschieht. Für die älteren pflegebedürftigen Menschen ist dieses Vorgehen als grosser Verlust anzusehen.

3.2.2 Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung

Gemäss Richtlinie Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung (SAMW, 2017a) bezeichnet Behinderung

die erschwerenden Auswirkungen eines angeborenen oder erworbenen Gesundheitsproblems auf die alltäglichen Aktivitäten der betroffenen Person und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die Behinderung resultiert aus dem Wechselspiel zwischen körperlicher Schädigung, funktioneller Beeinträchtigung und sozialer Einschränkung der betroffenen Person sowie den behindernden oder fördernden Umständen und den Erwartungen ihres Lebensumfelds. Ihre Ausprägung und ihr subjektives Erleben werden moduliert durch Persönlichkeitsmerkmale des einzelnen Menschen mit Behinderung (S. 7).

Dies entspricht dem Ansatz des ICF (siehe auch Kapitel 4.1.2). Gefordert sind die Anerkennung und Unterstützung des Rechts auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortung sowie die Beseitigung von Hindernissen für die freie Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Es wird darauf hingewiesen, dass eine Behinderung in direktem Zusammenhang mit einer Behandlung stehen kann, dann sollen präventive, kurative, rehabilitative und palliative Massnahmen die Auswirkungen der Beeinträchtigung beseitigen oder vermindern (ebd., S. 5). Es ist aber auch möglich, dass die Behinderung die Behandlung und Betreuung nur indirekt beeinflusst, die Gesundheitsstörungen also zwar in keinem direkten Zusammenhang mit einer Behinderung stehen, aber diese für den Verlauf der Krankheit oder die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten eine Rolle spielt. Deshalb ist die Vorgehensweise der besonderen Situation anzupassen (ebd., S. 5). Eine angemessene medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung unterstützt sie in ihrem Streben nach Selbstbestimmung und sozialer Teilhabe.

Unter Autonomie wird verstanden, dass eine Person ihre Lebenssituation erfassen, Entscheidungen in Übereinstimmung mit ihren Werten und Überzeugungen zu treffen und ihren Willen ausdrücken kann (ebd., S. 8). Für die Betreuenden und Behandelnden bedeutet das, auch Teilfähigkeiten bezüglich Autonomiefähigkeit zu ermitteln und diese bei der Entscheidungsfindung einzubeziehen. Auf Wunsch der Person können nahe stehende Personen einbezogen werden. Auf jeden Fall sind für die Kommunikation genügend Zeit und die nötigen Hilfsmittel einzusetzen.

Die medizinische Behandlung und Betreuung hat sich an den Auswirkungen ihrer Massnahmen und den Partizipationsmöglichkeiten der betroffenen Person zu orientieren. Zur Unterstützung dient die ICF-Klassifikation der WHO (siehe Unterkapitel 4.1.2).

Die Behandlung und Betreuung hat den Fokus immer auf die Auswirkungen auf die Lebensqualität zu setzen, speziell auf das subjektive Erleben der betroffenen Person. Die Gewichtung der unterschiedlichen Aspekte von Lebensqualität (physisch, emotional, intellektuell, spirituell, sozial und ökonomisch) sind aus der Sicht der Person vorzunehmen (ebd., S. 9f).

Im Hinblick auf Kommunikation wird betont, dass bei Personen mit spezifischen Bedürfnissen bezüglich Kommunikationsweise darauf zu achten ist, dass zum Beispiel

wegen einer Seh- oder Hörbehinderung benötigte Hilfsmittel optimal eingesetzt werden die Umgebungsbedingungen (Lichtverhältnisse, Hintergrundlärm) für ein Gespräch günstig sind); ... von Anfang an der unter Umständen vermehrte Zeitbedarf des Menschen mit Behinderung zur Aufnahme, Verarbeitung und Vermittlung von Informationen eingeplant wird; der Patient auch bei erschwelter Kommunikation immer direkt angesprochen und auf keinen Fall über seinen Kopf hinweg diskutiert und entschieden wird (ebd., S. 12f).

Bei der Information über die Diagnose gilt es,

ein realistisches Bild der Beeinträchtigung und ihrer Folgen zu vermitteln. Dazu muss genügend Zeit zur Verfügung stehen, damit die betroffenen Personen die Nachricht verarbeiten und erste Fragen stellen können. ... Sie sollen in verständlicher Form über die

Beeinträchtigung, ihre Auswirkungen und allfällige Therapien aufgeklärt werden, insbesondere auch auf existierende Selbst- und Fachhilfen resp. Informationsmöglichkeiten und die Möglichkeit psychologischer Unterstützung (ebd., S. 14).

Bezüglich Behandlung und Betreuung sind möglichst präzise Abklärungen der Ursachen einer Schädigung beziehungsweise Beeinträchtigung wesentlich, da dies allen beteiligten Personen (Betroffene, Angehörige, behandelnde und betreuende Fachpersonen) ermöglicht, präventive, kurative und rehabilitative Behandlungspläne zur direkten Beeinflussung der Beeinträchtigung spezifisch zu gestalten. So können Komplikationen und Zusatzerkrankungen besser verhütet, erkannt und behandelt werden; die Tatsache der Beeinträchtigung lässt sich besser in die Lebensgeschichte einordnen und verarbeiten (ebd., S. 17). Als Reaktion auf eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung beziehungsweise die durch diese bedingten Lebensumstände können psychische Störungen ergeben. Solche sind jedoch auch ohne erkennbaren Zusammenhang mit einer Behinderung möglich (ebd., S. 19).

Als Rehabilitation werden alle medizinischen Massnahmen nach einer Krankheit oder einem Unfall verstanden, welche die Auswirkungen von nicht heilbaren Folgeschäden so weit als möglich verhindern. Für Menschen mit Behinderung hat Rehabilitation deshalb eine ganz besondere Bedeutung:

Körperliche, psychische und soziale Fähigkeiten und Möglichkeiten sollen möglichst weitgehend wiedererlangt, entwickelt und erhalten werden. Das Rehabilitationsteam mit spezifischer Schulung und Erfahrung und der Patient mit seinen persönlichen Lebensvorstellungen und -wünschen müssen gemeinsam das Rehabilitationspotential abschätzen und individuelle Rehabilitationsziele erarbeiten. Rehabilitation ist grundsätzlich langfristig angelegt und braucht deshalb genügend Zeit (ebd., S. 19f).

In der Richtlinie wird hingewiesen auf die Berücksichtigung der erhöhten Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung im Hinblick auf personelle und bauliche Ressourcen, bei der Gestaltung von Abgeltungssystemen für medizinische Leistungen, bezüglich Garantie für die Finanzierung von Langzeittherapien in der für die Erhaltung der Lebensqualität notwendigen Intensität; auch, wenn kein Eingliederungsnutzen erwartet werden kann, sowie die Förderung der Zusammenarbeit mit Organisationen der Fach- und Selbsthilfe für Menschen mit Behinderung. Wert gelegt wird auch auf die Förderung der Aus- und Weiterbildung des ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personals in behinderungsspezifischen Belangen, insbesondere in der Anwendung der ICF-Klassifikation der WHO, sowie die Förderung von Forschung im Bereich von behinderungsspezifischer Prävention, Therapie und Rehabilitation (ebd., S. 32f).

4 Ansätze und Klassifikationen

4.1 Internationale Klassifikationen

4.1.1 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)

ICD-10 ist ein Klassifikationssystem für Krankheiten. Es wird als bio-medizinisches Modell genutzt zur Diagnosestellung und Zuordnung von Erkrankungen. Die Erkrankungen des Auges und der Augenanhangsgebilde werden im Kapitel VII (H00-H59) aufgeführt. Sehstörungen und Blindheit finden sich unter H53-H54 (Abgerufen am 04.01.18 unter: <https://www.dimdi.de/statistik/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/#VII>).

Bis 1980 wurde das ICD auch im Zusammenhang mit Beeinträchtigten und Behinderungen verwendet. Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) später vorgelegte ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps/Internationale Klassifikation der Schädigungen, Beeinträchtigungen und Behinderungen) ergänzt die ICD. Sie sollte die Beziehungen zwischen Schädigungen, dem persönlichen Leben und Lernen und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in strukturierter Form erfassen und aufzeigen. ICIDH ermöglicht das Aufzeigen von Auswirkungen von Schädigungen (Impairment) und Funktionseinschränkungen (Disability) auf die Teilnahme und Teilhabe (Handicap) einer Person (INSOS, 2009, S. 14). Das Modell geht jedoch von einem kausalen Zusammenhang zwischen den einzelnen Aspekten aus, und zwar nur in einer Richtung. Dies entspricht nicht der Wirklichkeit und zeigt die behindernden Aspekte, die Bedeutung des sozialen Umfeldes für eine Behinderung nicht auf (ebd., S. 15).

4.1.2 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Die ICF-Klassifikation der WHO, 2001 von der Vollversammlung verabschiedet, ist ein Instrument zur Klassifikation der Phänomene Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Die ICF basiert auf dem Konzept der Funktionalen Gesundheit und ist ein in der Behindertenarbeit gebräuchliches Modell für eine umfassende Betrachtung von sechs zentralen Elementen und ihrem Zusammenwirken: Gesundheit, Krankheit, Behinderung, Umfeld, Gesellschaft und deren Relationen aus verschiedenen Blickwinkeln. Spannend ist das Modell, weil es wechselwirkend ist.

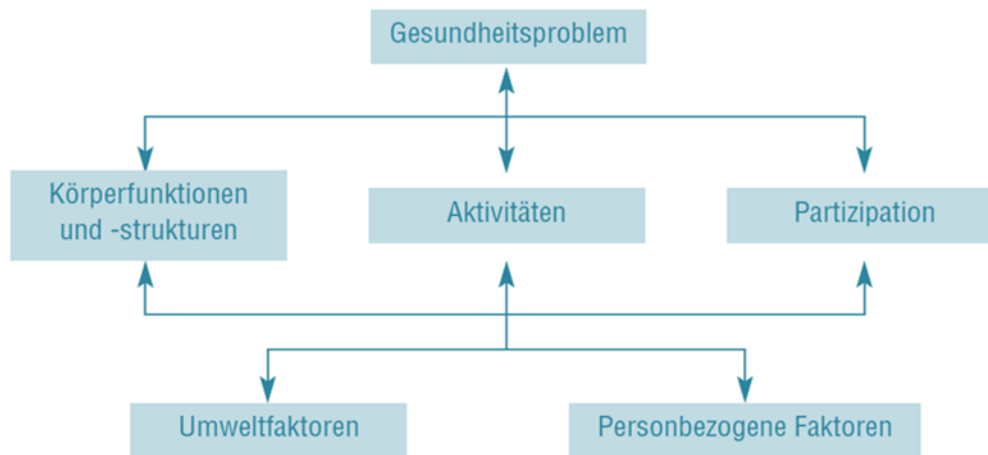


Abbildung 4.1 - Wechselwirkungsmodell ICF

Quelle: <http://www.insos.ch/assets/Downloads/Broschuere-Konzept-Funktionale-Gesundheit.pdf>

Was unter den einzelnen Elementen zu verstehen ist, wird in INSOS (2009, S. 26) erläutert.

Das Konzept der funktionalen Gesundheit bietet eine gemeinsame Sprache auf individueller, institutioneller und gesellschaftlicher Ebene und ist generell anwendbar im Gesundheitswesen, auch für spezifische Gruppen wie den Altersbereich und Menschen mit Beeinträchtigung. "Das Konzept der funktionalen Gesundheit ist ein Modell, mit welchem Zusammenhänge und Wirkungen von Gesundheitsproblemen, Beeinträchtigungen und Behinderungen verständlich gemacht werden" (ebd., S. 7).

Als funktional gesund gilt eine Person nach dem ICF-Konzept dann, wenn

1. ihre körperlichen Funktionen (einschliesslich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen allgemein anerkannten Normen entsprechen
2. sie all das tun oder kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (betrifft den Bereich der Aktivitäten)
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung erwartet wird (betrifft den Bereich der Partizipation).

Bezugspunkt für die Bewertung ist immer die Gleichaltrigengruppe ohne eine entsprechende Gesundheits- oder Integrationsproblematik. Zusammenfassend ist eine Person dann funktional gesund, wenn wie möglichst kompetent und mit einem möglichst gesunden Körper an möglichst normalisierten Lebensbereichen teilnimmt und teilhat (ebd., S. 72).

Heute orientiert sich professionelle Bedarfsplanung und Prozessgestaltung immer häufiger am Konzept der funktionalen Gesundheit und damit auch am Ziel einer kompetenten Teilnahme und Teilhabe (Partizipation) von Menschen mit Beeinträchtigungen. Der Wandel zeigt sich unter anderem in der Neukonzeption der Klassifikation von Beeinträchtigung und Behinderung der WHO, bei der neuesten Revision des IV-Gesetzes und in der UN-Behindertenrechtskonvention.

Das bedeutet ein eigentliches Umdenken: "Der Bedarf an Leistungen wird nicht mehr von einer spezifischen Schädigung oder Leistungsminderung abgeleitet, sondern davon, was eine Person mit einer bestimmten Beeinträchtigung braucht, um möglichst gesund, kompetent und unbehindert an normalisierten Lebensbereichen teilnehmen und teilhaben zu können" (ebd., S. 11). Nicht mehr Integration 'um jeden Preis' ist das Ziel, sondern die Gestaltung von Lebensbereichen und Lebenssituationen, "in denen sich Menschen mit Beeinträchtigung kompetent und gesund erleben können" (ebd., S. 11).

4.2 Ansätze im Umgang mit Menschen mit Sehbehinderung im Alter

4.2.1 Einführung

Sinnesbehinderungsspezifische Pflege und Betreuung ist aus den in Kapitel 2 genannten Gründen nicht flächendeckend bekannt und wird nicht umgesetzt. Nachfolgend werden drei Ansätze aus den Bereichen der Pflege und der Sozialpädagogik skizziert, die aus Sicht der jeweiligen Professionen einen relevanten Zugang zur Thematik ermöglichen.

4.2.2 Patientenedukation

Kernkompetenzen der Pflege im Kontext von Patientenedukation sind: Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention. Gesundheitskompetenz trägt dazu bei, "informierte Entscheidungen zu treffen und dadurch eine aktive Rolle für die Gesundheit zu übernehmen, um diese aufrechtzuerhalten, zu fördern oder wiederherzustellen" (Hacker, Slobodenka & Titzer, 2017, S. 24). Pflegefachpersonen leisten einen Beitrag zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz von Menschen mit chronischer Erkrankung, wenn diese unterstützt werden, ihr Leben eigenverantwortlich zu bewältigen und ungünstige Krankheitsverläufe zu verhindern. Es geht um die aktive Gestaltung der eigenen Gesundheit. Im Rahmen von Angehörigen- und Patientenedukation nehmen Pflegepersonen eine zentrale Rolle ein, da sie durch die Erfassung und Förderung der Gesundheitskompetenz gezielt Einfluss auf die Entwicklung derselben nehmen können (ebd., S. 26). Das Ziel der Gesundheitsförderung besteht darin, Gesundheit und Wohlbefinden zu erhöhen. Gesundheitsförderung basiert auf dem salutogenetischen Modell nach Antonovsky, welches nach den Einflüssen fragt, warum Menschen trotz krankmachender Faktoren gesund bleiben. Antonovsky entwickelte dazu das Konzept des Sense of Coherence (SoC) oder Kohärenzgefühl und meint damit das Einstellungsmuster einer Person, wie sie die Welt betrachtet. Damit einher geht das Vertrauen auf das ausreichende Vorhandensein von Ressourcen zur Bewältigung von Lebensanforderungen. Das Kohärenzgefühl wird als Hauptfaktor für die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum bezeichnet (ebd., S. 27). SoC nennt drei zentrale Elemente:

- **Verstehbarkeit:** die Fähigkeit einer Person, sich bestimmte Ereignisse im Leben zu erklären.

- Handhabbarkeit: die persönliche Überzeugung und das Selbstvertrauen über Ressourcen zu verfügen und Kompetenzen nutzen und mobilisieren zu können. Dies bezieht sich nicht nur auf Ressourcen der Person, sondern auch des Umfelds.
- Bedeutsamkeit: das Ausmass, in dem das Leben als emotional sinnvoll empfunden wird und es sich lohnt, Energie darin zu investieren.

Diese drei Faktoren stehen in wechselseitigem Zusammenhang zueinander. Sind alle drei Komponenten stark ausgeprägt, ist das Empfinden über die Welt kohärent. Dem Faktor Bedeutsamkeit kommt eine Schlüsselrolle zu: Das Interesse, die hohe subjektive Bedeutung ist ein Motivator um aktiv nach Ressourcen zu suchen. Das Kohärenzgefühl spiegelt sich im Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit und im Wissen um die individuelle Gestaltungskompetenz wider.

Dies ist ein zentraler Aspekt in der pflegerischen Beratung von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Als Widerstandsressourcen werden ausreichend finanzielle Mittel, Bildungs- und Entscheidungsspielräume bezeichnet. Ein Mangel dieser Faktoren wird als Widerstandsdefizit bezeichnet. Beide beeinflussen das Kohärenzgefühl. Aufgabe der Pflege ist es diese Widerstandsressourcen und -defizite wahrzunehmen und durch gezielte Interventionen zu beeinflussen (ebd., S. 32). Das Ziel pflegerischer Gesundheitsberatung ist das Regulations- und Leistungspotential für Gesundheit systematisch herauszuarbeiten, um das Kohärenzgefühl von Menschen bei akuter Krankheit oder beim Eintritt einer chronischen Erkrankung bzw. Bewältigung chronischer Gesundheitsprobleme zu stärken (ebd., S. 29). Patientenedukation findet im Rahmen von Information, Schulung und Beratung statt um neues Wissen und neue Strategien im Umgang mit Gesundheitsstörungen zu erarbeiten. Edukation unterstützt die Betroffenen in ihren Fähigkeiten der individuellen Problemlösung, eigenständiger Bewältigung von Situationen und der Gestaltung des Alltags unabhängig von professioneller Hilfe (ebd., S. 39ff).

Kozisnik (2016, S. 99ff) beschreibt Pflegeberatung im Kontext der Pflegediagnostik: Im Rahmen von Beratung und Edukation bezüglich einer aktuellen Pflegediagnose geht es darum, den Patientinnen und Patienten bezüglich ihrer Gesundheit und ihres Behandlungsplans anzuleiten und zu motivieren, sich an der eigenen Pflege zu beteiligen. Anleitung, Schulung und Beratung sind Interventionen im Kontext einer aktuellen Pflegediagnose. Sie erhöhen das Wissen über ein Problem und fördern Problemlösefähigkeiten. Als Beispiel wird ein Anziehtraining bei Menschen mit einem Selbstversorgungsdefizit im Bereich Kleiden aufgeführt, welches hilft, das Defizit zu verringern oder auch zu beheben.

In der pflegeprofessionellen Beratung älterer Menschen sind gemäss Riedel (2013, S. 45) Bedürfnisse nach Selbstverantwortung, Selbst- und Mitbestimmung, Wohlbefinden, subjektiver Lebensqualität und nach Selbststeuerungsfähigkeiten und Selbstbefähigung handlungsleitend. Es geht um die Berücksichtigung und den Einbezug von individuellen Bedürfnissen, Ressourcen, Bewältigungspotentialen der älteren und auch pflegebedürftigen Menschen und ihrer individuellen Werteorientierung. Der Beratungsverlauf soll Optionen aufzeigen, um der älteren Person

eine aktive Gestaltung und Kontrolle der persönlichen und sozialen Lebenswelt und ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Die Stabilisierung der Autonomie und der Erhalt des psychischen und physischen Wohlbefindens muss das Ziel sein. Patientenedukation wird als zentrales Handlungsfeld professionell Pflegenden betrachtet. Die Pflegenden haben den Auftrag die relevanten Informationen, das notwendige Wissen zur Verfügung zu stellen, dass das Gegenüber in der Lage ist, seine Aktivitäten zu bewältigen (ebd., S. 53). Professionelle Beratung ist komplex, anspruchsvoll und verlangt ein hohes Mass an fachlicher, interaktiver und sozialer Kompetenz. "Professionelle Beratung fordert die Bereitschaft, dem Gegenüber/dem älteren Menschen respektvoll und empathisch zu begegnen, seine Situations- und Lebensbewertung wie auch seine Entscheidungsautonomie anzuerkennen und die individuellen Bewältigungsprozesse und subjektiven Entwicklungspotentiale den objektiven Ressourcenverlusten gegenüberzustellen" (ebd., S. 63).

Unter dem Titel Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege und Gesundheitsversorgung älterer Menschen betont Hasseler (2013, S. 71) den Paradigmenwechsel von einer am Defizit orientierten, zu einer an den Ressourcen, Potentialen und Kompetenzen orientierten Sichtweise des Alters. Beispielsweise gehört zu den Perspektiven einer kompetenzorientierten und gesundheitsförderlichen Pflege ein selbständiges, selbstverantwortliches Leben und ein persönlich zufriedenstellendes Leben gestalten zu können. Je nach Grad der Pflegebedürftigkeit sind realistische Pflegeziele zu definieren. Auch Hasseler betrachtet das Modell der Salutogenese als Rahmenmodell für die Arbeit mit älteren und pflegebedürftigen Menschen als geeignet.

4.2.3 Autonomie und Teilhabe

Autonomie und Teilhabe wird im Kontext der Sozialen Arbeit, auch im Alter, nicht in Frage gestellt. Schweppe (2005) beschreibt das Ziel der Sozialen Altenarbeit in der Ermöglichung von Autonomie und Selbstbestimmung im Alter. Dies erfordert die Entwicklung sowohl von individuellen Vorstellungen über das eigene Altern als auch die Umsetzung dieser Lebensentwürfe. Durch entsprechende Strukturen, Räume und Gegebenheiten in der Lebensumwelt soll dies ermöglicht werden. Die Ressourcen und Entwicklungspotentiale sind gemäss dieser Ansicht bei den älteren Menschen selbst vorhanden, müssen jedoch in deren Lebensumwelt aktiv erschlossen werden. Individuelle Biografieverläufe und die daraus erwachsenden Kompetenzen und Ressourcen beeinflussen die Gestaltung und Bewältigung der Phase des Alterns. Unterschiedliche Formen der Begleitung, Unterstützung oder Hilfe sind zu unterschiedlichen Zeitpunkten notwendig. Die individuellen Lebensentwürfe im Alter stehen dabei in Beziehung zur eigenen biografischen Geschichte, aber auch zur sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Lebensumwelt, an die sie anknüpfen können müssen, um subjektiv als befriedigend und sinnvoll erlebt werden zu können. Winkler (2005) ergänzt, dass in den Konzepten der Sozialen Altenarbeit allen Menschen die Ausbildung ihrer Individualität als ein grundlegendes Recht zugestanden

wird. Die Ermöglichung von Autonomie und Selbstbestimmung im Rahmen dieses lebenslangen Prozesses erfordert gerade in Bezug auf ältere Menschen, einen Blick dafür zu entwickeln, unter welchen Bedingungen individuelle Lebensentwürfe im Alter gelebt werden können. Zum einen muss die Integrität und Individualität des Einzelnen bewahrt werden, zum anderen müssen gesellschaftliche Rahmenbedingungen für eine gleichberechtigte Teilhabe von älteren Menschen geschaffen werden. Dieser Anspruch an Teilhabe gilt für Menschen mit einer Sehbehinderung im Alter verstärkt und wird in der gerontagogisch gestalteten Alterseinrichtung gemäss Heussler et al. wie folgt berücksichtigt: "Soziale Kontakte selbst zu wählen und zu unterhalten und die Beteiligung am politischen und gesellschaftlichen Leben zu gestalten, sowohl innerhalb wie ausserhalb der Alterseinrichtung, ist für Menschen mit sensorischen Einschränkungen im Alter stark erschwert" (2016, S. 59). Diese Bewohner bedürfen der strukturellen (von den Zuständigkeiten und Abläufen her) und kulturellen (von der Haltung her) Einbeziehung in die Institution. Dieses Einbeziehen bildet den Boden für die aktive Teilhabe der Person. Ob sie diese Möglichkeiten nutzen will oder nicht, bleibt ihr überlassen.

4.2.4 Rehabilitation

Die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation gewinnen aufgrund der demographischen Entwicklung, der Zunahme von chronischen und degenerativen Erkrankungen und der Frage nach der Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen zunehmend an Bedeutung. Im Pflegealltag richtet sich der Fokus von rehabilitativen und präventiven Massnahmen in erster Linie auf die pflegebedürftigen Menschen mit dem Ziel, Gesundheit zu erhalten, bzw. Krankheitsverläufe positiv zu beeinflussen und "die soziale Integration von Menschen mit Behinderung zu fördern" (Lauber & Schmalstieg, 2018, S. 3). Rehabilitative und präventive Ansätze sind auch für die Gesunderhaltung von Pflegepersonen wichtig: Kenntnisse über Möglichkeiten der eigenen Gesundheitsförderung sind dabei genauso wichtig, wie das pflegerische Fachwissen über effektive präventive und rehabilitative Konzepte für pflegebedürftige Menschen. Sie helfen berufliche Herausforderungen zu bewältigen, steigern die Berufszufriedenheit und vermindern beruflich bedingten Stress.

Als Rehabilitation werden alle medizinischen, schulisch-beruflichen und sozialen Massnahmen bezeichnet, die darauf ausgerichtet sind, eine Funktionsstörung nicht zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensumstände werden zu lassen bzw. die Auswirkungen auf ein Minimum zu reduzieren. Das Ziel der Rehabilitation ist die **soziale Integration** [Hervorhebung im Original] des Menschen mit Behinderung (ebd., S. 36).

Behinderung wird gemäss der ICF definiert (ebd., S. 37, siehe auch Kapitel 4.1.2 dieser Arbeit). Als Grundsatz und Handlungsprinzip gelten im Zusammenhang mit der Rehabilitation bei älteren Menschen, eine nicht ausschliesslich auf die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit ausgerichtete Rehabilitation (diese würde alte und chronisch kranke Menschen von den

Rehabilitationsmassnahmen ausschliessen), sondern das Ziel, Menschen zu befähigen, mit ihrer Krankheit umzugehen (ebd., S. 39ff).

Rehabilitation geschieht in multiprofessioneller Zusammenarbeit aus Medizin, Pflege, Physio-, Ergo- und Logotherapie, Sozialarbeit, Psychologie mit der Bewohnerin, dem Bewohner und den Angehörigen. Zu Rehabilitation älterer Menschen führen Gödecker-Geenen und Hegeler (2010, S. 130) aus, dass die Betrachtungsweise von Rehabilitation auf der Basis des Verständnisses des ICF von grosser Bedeutung sei, da bei dieser Zielgruppe häufig ein multifaktorielles Geschehen vorliegt, welches eine mehrdimensionale Betrachtung erfordert. Den Aufgabenbereich der Sozialpädagogik in der Rehabilitation älterer Menschen wird im Rahmen des sozialen Beratungs- und Unterstützungsprozesses beschrieben. Zentral ist der emotionale Beistand für den Patienten, die Analyse und Reflexion der Lebenssituation des Betroffenen (psychosoziale Diagnostik) und die Erstellung eines Rehabilitationsplans bezüglich der psychosozialen Aspekte. Das Ziel des Beratungsprozesses ist die Wiedererlangung oder Verbesserung von körperlichen und geistigen Fähigkeiten, die Auseinandersetzung mit der Erkrankung und deren Folgen (Beeinträchtigungen) und die Auswirkungen auf den Alltag und die zukünftige Lebenssituation (ebd., S. 135). Als Kernkompetenz der sozialen Arbeit wird die Netzwerkarbeit im Umfeld des geriatrischen Patienten genannt (ebd., S. 137).

Die vorgestellten Ansätze werden im Kapitel 6.1 kommentiert.

5 Experteninterviews

Um die Fragestellung aus der Perspektive der Praxis anzugehen, wird mittels Experteninterviews der Frage nachgegangen, wie Sehbehinderung im Alter von unterschiedlichen Berufsgruppen in unterschiedlichen Praxisfeldern der Langzeitpflege wahrgenommen und beurteilt wird, wie die Umsetzung der Forderungen der UN-BRK gestaltet wird und welche Methoden und Arbeitsweisen in der Praxis umgesetzt werden.

5.1 Methodisches Vorgehen

5.1.1 Datenerhebung und Auswahl der Befragten

Die Datenerhebung orientiert sich an der Methode des problemzentrierten Interviews nach Mayring, welches als offene, halbstrukturierte Befragung gilt. "Das Interview lässt den Befragten möglichst frei zu Wort kommen, um einem offenen Gespräch nahe zu kommen. Es ist aber zentriert auf eine bestimmte Problemstellung, die der Interviewer einführt, auf die er immer wieder zurückkommt" (2002, S. 67).

Die Grundgedanken des problemzentrierten Interviews sind:

- "Das Problemzentrierte [sic] Interview wählt den sprachlichen Zugang, um seine Fragestellung auf dem Hintergrund subjektiver Bedeutungen, vom Subjekt selbst formuliert, zu eruieren.
- Dazu soll eine Vertrauenssituation zwischen Interviewer und Interviewten entstehen.
- Die Forschung setzt an konkreten gesellschaftlichen Problemen an, deren objektive Seite vorher analysiert wird.
- Die Interviewten werden zwar durch den Interviewleitfaden auf bestimmte Fragestellungen hingelenkt, sollen aber offen, ohne Antwortvorgaben, darauf reagieren" (ebd., S. 69).

Das problemzentrierte Interview eignet sich "überall dort also, wo schon einiges über den Gegenstand bekannt ist, überall dort, wo dezidierte, spezifischere Fragestellungen im Vordergrund stehen, ..." (ebd., S. 69). Bei mehreren Interviews wird aufgrund der Standardisierung durch den Leitfaden die Vergleichbarkeit erleichtert.

Die Auswahl der Befragten für die vorliegende Untersuchung ergibt sich aus dem Ansatz der Arbeit: pflegerische Perspektiven und Ansätze aus dem Bereich der Sozialpädagogik zu erfassen und sie einander gegenüberzustellen. Vertreterinnen und Vertreter, Führungsverantwortliche, mit Ausnahme einer Person Fachverantwortliche aus den jeweiligen Berufsgruppen wurden gewählt. Tabelle 5.1 bietet eine Übersicht über die Gesprächspartnerinnen (Details zu Abkürzungen und Kurzformen, siehe Abkürzungsverzeichnis im Anhang A).

Gespr.-Partner	Berufsgruppe	Funktion	Werdegang	Alter	Anstellung aktuell
GP 1	Pflege (pfl)	Bereichsleitung Wohnen im Seniorenalter	Diplom Pflege, Langzeitpflege als Herzangelegenheit, Stationsleitung, Pflegegedienstleitung, Heimleitung	55	3 Jahre
GP 2	Pflege (pfl)	Leitung Wohnen Alter, GL-Mitglied	Lange Jahre Bildung Pflege Grund- und Weiterbildung, Schulleitung, Management-Weiterbildung, Weiterbildung Gerontologie/Geriatrie. Politische Tätigkeit kommunale und kantonale Ebene	60	3 Jahre
GP 3	Pflege (pfl)	Pflegeexpertin	Stv. Pflegedienstleitung, Ausbildung Pflegeexpertin 2006/07, Bachelor Pflege, Kinaesthetistrainerin	54	12 Jahre
GP 4	Pflege (pfl)	Bereichsleitung Pflege, Mitglied erweiterte GL	Dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, Gerontologin SAG, Bereichsleitung Pflege seit 18 Jahren, MAS Management	51	3 Jahre
GP 5	Sozialpädagogik (soz)	Bereichsleitung Wohnen im Erwerbsleben	Tiefbauzeichner, Sozialpädagoge FH, 20 Jahre Erfahrung mit Menschen mit geistiger Behinderung, div. Leitungsfunktionen	ca. 40	1.5 Jahre
GP 6	Sozialpädagogik (soz)	Bereichsleitung	Heimerzieherin, Sozialpädagogin, 20 Jahre Erfahrung im stationären Rahmen, Sozialarbeit Beratungsstellen Sehbehindertenbereich, Low Vision Trainerin	54	3 Jahre
GP7	Heilpädagogik (hp)	Gesamtleitung Wohnen	Universitäres Studium Heilpädagogik, immer tätig im sozialpädagogischen Feld	60	7 Jahre

Tabelle 5.1 - Sampling Fachpersonen

Die Interviews wurden in fünf verschiedenen Institutionen durchgeführt, drei davon mit sozialpädagogischer Ausrichtung, zwei Institutionen der generellen Langzeitpflege. Die Tabelle 5.2 zeigt im Überblick Art, Angebot und Zielgruppe der Institution, Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner und Ausbildungshintergrund der Mitarbeitenden.

	Art	Anz. Bewohner	Angebot/Zielgruppe	Mitarbeitende
Inst. 1	Sozialpädagog. Institution	82 (31 indiv. Wohnen, 61 gemeinschaftl. Wohnen)	Wohnen für blinde, sehbehinderte und mehrfachbehinderte Menschen. Altersspanne: 18 Jahre bis Lebensende, Aufenthaltsdauer: wenige Jahre bis 20/40 Jahre	Dipl. Pflegefachpersonen, FaGe, DNI und FA SRK, FaBe, Pflegehelferinnen und -helfer SRK. Im indiv. Wohnen eine Heilpädagogin. Im gemeinschaftl. Wohnen: zusätzlich Sozial- und Heilpädagoginnen und -pädagogen
Inst. 2	Sozialpädagog. Institution	60 Wohnen im Seniorenalter 22 Wohnen im Erwerbsalter	Altersspanne 50-101 Aufenthaltsdauer: unterschiedlich, kurz bis mehrere Jahre Altersspanne: 30-67 Aufenthaltsdauer: 10 und mehr Jahre	Pflegefachpersonen, FaBe Sozialpädagogen, FaBe, FaGe
Inst. 3	Sozialpädagog. Institution	7	Wohn- und Berufsabklärung für sehbehinderte und blinde Menschen und Menschen mit Hirnverletzung, Intensivrehabilitation, Altersspanne: 22-49 Aufenthaltsdauer: wenige Monate bis wenige Jahre	Sozialpädagoginnen, eine mit Weiterbildung Orientierung und Mobilität (O+M), eine mit Weiterbildung Low Vision (LV), eine in Weiterbildung Lebenspraktische Fähigkeiten (LPF)
Inst. 4	Institution Langzeitpflege	195 im Altersbereich	Altersspanne 65-100 Jahre, einzelne auch jünger. Aufenthaltsdauer 4-5 Jahre	Dipl Pflegefachpersonen, FaGe und wenige FaBe, Hilfspersonal mit SRK-Grundkurs, Quereinsteigerinnen, 1 Sozialpädagogin.

	Art	Anz. Bewohner	Angebot/Zielgruppe	Mitarbeitende
		60 im Behinder- tenbereich (nicht im Verantwor- tungsbereich der befragten Per- son)	Aufenthaltsdauer: mehrere Jahre, Jahrzehnte	Sozialpädagoginnen und -pädagogen, FaBe, FaGe, Hilfspersonal
Inst. 5	Institution Lang- zeitpflege	150	Alterspanne 70-100 Jahre, Aufenthaltsdauer: sehr unter- schiedlich, Monate bis mehrere Jahre	Dipl. Pflegefachpersonen, viele FaGe und einige FaBe, Pflegehelferinnen SRK, Assis- tenzpersonal

Tabelle 5.2 - Sampling Institutionen

5.1.2 Durchführung der Gespräche

Die Gespräche wurden telefonisch vereinbart. Am Telefon wurde das Anliegen erklärt: im Rahmen der Masterarbeit neben der theoretischen Bearbeitung der Frage nach Sehbehinderung im Alter als chronische Krankheit oder Behinderung die Arbeitsweise von Fachpersonen der Sozialpädagogik und der Pflege im behinderungsspezifischen und im pflegerischen Setting zu erfragen und einander gegenüberzustellen. Es wurden Gespräche in fünf Institutionen in der Deutschschweiz durchgeführt. Sieben Personen nahmen im Rahmen von vier Einzelgesprächen und einem Gruppengespräch teil (siehe Tabelle 5.3). Alle Gespräche fanden im Januar 2018 statt. Die Gespräche dauerten zwischen 55 und 65 Minuten. Alle Gesprächsteilnehmenden erklärten mündlich ihr Einverständnis mit der Aufzeichnung in einer Audiodatei.

	TN	Funktion	Beruf	Institution	Termin
Gespräch 1	3	- Gesamtleitung Wohnen (GLW) - Bereichsleitung Wohnen im Er- werbsalter (BLE) - Bereichsleitung Wohnen im Senio- renalter (BLS)	Heilpädagogin Sozialpädagogin Pflegefachfrau	Sozialpäd. Institution	09.01.18
Gespräch 2	1	Leitung Wohnen Alter (LWA)	Pflegefachfrau	Sozialpäd. Institution	17.01.18
Gespräch 3	1	Bereichsleitung (BL)	Sozialpädagogin	Sozialpäd. Institution	12.01.18
Gespräch 4	1	Bereichsleitung Pflege (BLP)	Pflegefachfrau	Langzeit- bereich	26.01.18
Gespräch 5	1	Pflegeexpertin (PE)	Pflegefachfrau	Langzeit- bereich	22.01.18

Tabelle 5.3 - Übersicht Gespräche

Allgemeine Bemerkungen zur Gesprächssituation: Die Gesprächsteilnehmenden waren sehr präsent, konzentriert und interessiert am Interview. In vier von fünf Gesprächen lösten die Fragen einen spontanen Redefluss aus, die Interviewerin konnte kaum Rückfragen stellen, die Anzahl Fragen waren für den in Aussicht gestellten Zeitrahmen eher zu viel. Der Gesprächsverlauf war sehr lebhaft. In einem Interview fragte die befragte Person häufig nach, der Erklärungsbedarf durch die Interviewerin war hoch, wiederholtes Nachfragen führte zu einem höheren Gesprächsanteil der Interviewerin als in den übrigen Gesprächen. Generell war das Interesse an den Fragen gross, die Fragen wurden als interessant, anregend, wichtig und für den eigenen Arbeitsbereich als relevant betrachtet.

5.1.3 Aufbereitung der Daten: Auswertungsmethode

Alle Gespräche wurden auf der Basis der Audiodatei selektiv transkribiert. Die Auswertung der Gespräche erfolgte gemäss der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002). Deren Grundgedanke ist die systematische Analyse von Texten, indem "das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet" wird (ebd., S. 114). Das Vorgehen erfolgte gemäss Mayring in den Analyseschritten:

1. Definition der Kategorien: Explizite Definition, welche Textbestandteile einer Kategorie zugerechnet werden.
2. Ankerbeispiele: Konkrete Textstellen, die exemplarisch für eine Kategorie gelten sollen.
3. Codierregeln: Formulierung von Regeln zur eindeutigen Zuordnung von Textstellen, wo Abgrenzungsprobleme zwischen Kategorien bestehen

5.2 Fragestellung

Für die Befragung der Expertinnen und Experten wurden folgende leitenden Fragen erarbeitet:

1. Wie wird in Ihrem Bereich, Betrieb die Forderung der UN-BRK umgesetzt? (Relevante Textstelle vorlegen bzw. bereits im Vorfeld zugeschickt). Hat es Anpassungen gegeben?
2. Wie gestalten Sie den Pflege-Betreuungsprozess?
3. Wie werden Ziele formuliert? Mit den Klientinnen und Klienten vereinbart?
4. Wie gewährleisten Sie die Selbstbestimmung der Klientinnen/Klienten?
5. Welches Altersbild "lebt" in Ihrer Institution? Wie wirkt es sich auf die Mitarbeitenden (MA) und deren Arbeit aus?
6. Welche Entwicklungen bezüglich der Bewohnenden (BW)/Klientinnen können Sie in Ihrer Institution bzw. Ihrem Bereich beobachten? Worauf führen Sie diese zurück?
7. Welche Ziele möchten Sie in der Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen, Klientinnen/Klienten in Zukunft erreichen? Welche Ideen möchten Sie umsetzen? Wo sehen Sie Entwicklungsbedarf?
8. Welche Erfahrungen machen Sie mit rehabilitativen Ansätzen? Welche Methoden werden in der Institution angewandt? Ggf.: Ist Patientenedukation bekannt und umgesetzt?
9. In welchen Bereichen wünschen Sie sich Unterstützung? Wie sollte diese aussehen?

Der Leitfaden ist im Anhang B einzusehen.

5.3 Codierleitfaden

Die Kategorien der Codierung sind begründet durch die Fragestellung der Arbeit und verdichtet anhand der Leitfragen des Interviews. Mittels Formulierung und Definition von Hauptcodes, welche anhand von Unter-codes differenziert werden, wurden die Transkripte gesichtet, Fundstellen eruiert und zugeordnet. Im Verlauf der Bearbeitung wurde der Hauptcode Sehbehinderung mit drei Unter-codes ergänzt. Im Hauptcode UN-BRK erwiesen sich die Formulierungen der

Untercodes als zu unspezifisch und verlangten nach den eingefügten Codierregeln. Im Bereich Rehabilitation wurde im Verlauf des Codierens der Untercode Haltung in Bezug auf Menschen im hohen Alter eingefügt. So entstand ein sehr umfangreiches Auswertungsdokument, welches im Verlauf der weiteren Bearbeitung auf die Tabelle 5.4 Codierleitfaden reduziert wurde. Als Ankerbeispiele wurden aussagekräftige Textstellen gewählt, die den Code repräsentieren. Zwei Beispiele wurden gewählt, wenn die Aussagen in den Interviews grosse Unterschiede zeigten und ein Beispiel allein die Kategorie nicht exemplarisch wiedergeben konnte.

Bei den Ankerbeispielen wird jeweils mit Kürzeln angegeben, welcher Profession (pfl = Pflegefachperson, soz = Sozialpädagogin, hp = Heilpädagoge, siehe Tabelle 5.1) und welcher Funktion (BL = Bereichsleitung, BLE = Bereichsleitung Wohnen im Erwerbsalter, BLP = Bereichsleitung Pflege, BLS = Bereichsleitung Wohnen im Seniorenalter, GLW = Gesamtleitung Wohnen, LWA = Leitung Wohnen im Alter, PE = Pflegeexpertin, siehe Tabelle 5.3) die Person zuzuordnen ist, die die zitierte Äusserung in welchem Institutionsgespräch (I1 - I5, siehe Tabelle 5.2) gemacht hat, zum Beispiel: (pfl/BLP) I4/45-48: Pflegefachperson/Bereichsleitung Pflege im Gespräch in Institution 4, Zeilen 45-48 des Transkripts.

Hauptcodes	Untercodes (Ausprägung)	Definition	Ankerbeispiel/Fundstelle	Codierregeln
Sehbehinderung		Klienten mit SB erkannt, Anzahl nennen können	Wir haben es nie gemessen, oder gezählt, aber dass bei Menschen im Alter jemand eine Seh- oder Hörbehinderung hat, sehr ausgeprägt. Dass eine Beeinträchtigung da ist, ist sehr ausgeprägt. Wenn ich schätzen müsste sind es vermutlich 80-90%. Vielleicht sogar noch mehr. Dass jemand auf eine Art, irgendeine Art eine Einschränkung hat. (pfl/BLP) I4/45-48	Schätzung gilt auch
	Medizinische Abklärung SB	Wissen darüber explizit benannt	Für die Aufnahme braucht es ein Arzzeugnis und für Leute mit Seheinschränkung ein Augenarztzeugnis. (pfl/LWA) I2/219-220 Medizinisch abgeklärt, das ist sehr unterschiedlich. Wir haben eine ärztliche Versorgung und einige kommen schon mit Hilfsmitteln bspw., die dann schon abgeklärt sind. Andere werden dann da konsiliarisch an einen Augenarzt verwiesen. Oder Ohren abgeklärt. Das gibt es, nicht extrem häufig, einfach wenn eine Problematik dahinter liegt, die sehr störend ist für die Pflege. Es gibt auch Leute die gehen regelmässig von hier aus zu den Spezialisten, die sie vorher schon gehabt haben. Das ist möglich. (pfl/BLP) I4/49-54	
	Thema und Auswirkungen in Institution	Nennen können	Im Alltag zeigt es sich: sie hören schlechter, halt was man auch sonst so kennt von anderen Alters- und Pflegeheimen. ...wie gut es geht miteinander, diejenigen die nichts sehen kommen gut aneinander vorbei, zwei die nicht gut sehen auch, Leute die nicht gut hören auch, es funktioniert. (pfl/BLS) I1/ 61-65 Bezüglich der Sehbehinderung, ich mag mich erinnern an eine Situation, wo eine Bewohnerin eine starke Einschränkung hatte, da haben wir gemerkt, dass uns als Institution nicht wirklich etwas zur Verfügung steht, was die Pflege	

Hauptcodes	Untercodes (Ausprägung)	Definition	Ankerbeispiel/Fundstelle	Codierregeln
			unterstützen würde um der Bewohnerin optimale Pflege und Betreuung zu geben. (pfl/PE) I5/68-78	
UN-BRK	Kernanliegen bekannt	Aspekte nennen; Bezug zu Art. 25 Gesundheit und 26 Rehabilitation und Habilitation	Das ist eigentlich das Kernanliegen in unserem OE Projekt, dass wir den Wandel vollziehen möchten weg vom Schubladisierungsdenken, dieser Mensch hat diese und diese Bedürfnisse und gehört in diese Kategorie hin zu einer konsequenten Bedarfsorientierung die von uns dann möglichst flexibel bedient werden kann. (hp/BLW) I1/127-130	Art. 25/26 in I1 nachgefragt, in I4 und I5 eingeführt
	Detaillkenntnisse	Inhalte nennen	Ja, ich kann sagen, dass die BRK bekannt ist, ein zentraler Teil ist, der uns gedanklich, wo wir auch extrem froh sind, dass wir eine prinzipielle Abstützung haben in unserer Arbeit grad um die Interdisziplinarität voranzutreiben, den Teilhabegedanken voranzutreiben, der Wandel in der Sichtweise ist eigentlich sehr explizit im Gang bei uns, aber nicht unter dem grossen Schild UN-BRK, aber es fliesst natürlich stark ein. (hp/BLW) I1/89-94	Wenn implizit genannte Begriffe der UN-BRK genannt sind, hier codiert
	Anerkennung Wichtigkeit	Aussagen diesbezüglich	Wir hatten Kadertagung im 2017 aufgrund der BRK zum Thema Inklusion mit einer Fachperson ... Referat, Workshops, es ging darum die eigene Haltung zu hinterfragen, was ist Inklusion, bzw. auch Partizipation, können die Leute auch wirklich mitbestimmen? Oder so die Fragestellung, möchte ich eigentlich selber hier wohnen? Solchen Fragestellungen sind wir nachgegangen. Und jetzt im Verlauf des Jahres haben wir den Auftrag in allen Abteilungen und Gebieten uns konkrete Fragestellungen und Überlegungen zu machen, wie wir	Umsetzungsgedanke hier codiert

Hauptcodes	Untercodes (Ausprägung)	Definition	Ankerbeispiel/Fundstelle	Codierregeln
			diesen Zielsetzungen näher kommen können. Wie wir das im Alltag umsetzen können. (pfl/LWA) I2/230-237	
Pflege- Betreuungs- prozess		Systematisches Vorgehen in Erfassung, Planung, Durchführung, Evaluation	Der Begleit-, Unterstützungs-, Betreuungsprozess ist so, dass wir eine Anfangsphase, eine Mittelphase und eine Austrittsphase haben und wir machen in den ersten drei, vier Wochen, meistens zeigt sich das aber schon im Informationsgespräch, wenn sich jemand dann auch entscheidet zum Herkommen, entscheidet sich schon, an welchen Themen eine Person arbeiten will. (soz/BL) I3/192-196	
	Zielformulierung	Mit / ohne Klient	<p>Bezugsperson gestaltet zusammen mit dem Klient die Entwicklungsplanung (soz/BLE) I1/219</p> <p>Sehr unterschiedlich. Manchmal ist es nicht möglich, wenn es ein Mensch mit schwerer Demenz ist, aber wir haben auch Leute, die praktisch selbständig sind, wo durchaus, wo man das mit ihnen bespricht: also das, so möchten wir den Weg mit Ihnen gehen. Das ist, also wir haben auch RAI Einstufungen von 2-11. Das ist sehr unterschiedlich. Wir haben gerontopsychiatrische Leute, da ist es auch nicht immer möglich, etwas zu besprechen. Aber wenn möglich ja, wenn nicht, dann nicht. Manchmal sind es auch stellvertretend Angehörige, aber auch nicht immer. (pfl/BLP) I4/159-165</p>	
Selbstbestimmung		Ausprägung, Stellenwert der Selbstbe-	Und wenn wir jetzt kommen und sagen äussere dich dazu, kann das durchaus auch eine Überforderung darstellen. Es braucht da einen feinen Umgang und Zugang zu dieser Thematik, dass es nicht kippt. (soz/BLE) I1/254-256	

Hauptcodes	Untercodes (Ausprägung)	Definition	Ankerbeispiel/Fundstelle	Codierregeln
		stimmung, Autonomie des BW	im Bereich medizinischer Teil haben wir Leute, die eigentlich gegen jeglichen Rat des Arztes lange das Insulin verweigert haben, und Schoggi essen wollen. Wir sind hier kein Gefängnis, es ist Selbstverantwortung, und wenn jemand so oder nicht so will, an einem Tag sagt, dass er die Medikamente nicht will, wenden wir keinen Zwang an. (pfl/LWA) I2/290-294	
Entwicklung einzelner BW		Beobachtete Entwicklungen von einzelnen BW und Begründung	<p>wir wollen das Bedürfnis des einzelnen, ein Entwicklungsbedürfnis wie wir das an diesem Bsp. erlebt haben, stärker, wenn das Bedürfnis auftaucht, dann soll es möglich sein, dann soll nicht unser Schubladendenken und das finanztechnische Schubladendenken, vorherrschend sein, sondern dann soll das Bedürfnis des Klienten vorherrschend sein. Und an diesem Beispiel konnten wir das beweisen. Und das denke ich, sind schöne Entwicklungswege. (hp/GLW) I1/391-395</p> <p>Wir haben manchmal auch Leute, die sehr selbständig sind. Eben im 2 der RAI Stufen, die machen praktisch alles selbständig. Ausser, dass sie das Essen erhalten und Medikamentenabgabe und gewisse Hilfestellungen, ganz kleine brauchen. Und diese Leute sind extrem stabil, haben ihr Umfeld, gehen mal Essen, gehen weg, haben einen sehr grossen Radius, oder. Dann gibt es sehr viele Leute die sehr reduziert und krank kommen, das sind dann die, die halt häufig innert kürzester Zeit sterben. Ich glaube Einzelne können sich wie nicht, bezüglich der Einschränkungen im Heim, es gibt Einzelne die sich sehr gut verhalten und ausnutzen und grad die ganz Selbständigen haben Nischen</p>	

Hauptcodes	Untercodes (Ausprägung)	Definition	Ankerbeispiel/Fundstelle	Codierregeln
			gefunden, wissen wie aufs Postauto, wie sich ein Taxi bestellen oder so, und andere können mit den Einschränkungen, wenn sie später kommen, nicht mehr so gut umgehen. Einige sind unglücklich und andere haben sich arrangiert mit den Möglichkeiten die sie haben und nutzen die auch aus, ins Kafi, gehen weg. (pfl/BLP) I4/282-295	
Rehabilitation		Befähigende, fördernde Massnahmen	es gibt Physiotherapie, dass jemand wieder gehen lernt, nach einem Sturz, einer Fraktur. Alle diese Massnahmen werden ausgeschöpft. Dass man des rehabilitative Potential sieht und ausschöpft. Das ist eine klare Haltung. (pfl/LWA) I2/393-395 Ja, es ist eine gute Mischung hier: Reha, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, dass alle Themen, alle Wünsche und Anliegen, alle Ziele auch alle Schwierigkeiten, es ist ein Puzzle, das zusammengesteckt wird. (soz/BL) I3/299-301	
	Haltung bzgl. Menschen im hohen Alter	Notwendigkeit, Unterstützungswürdigkeit von Reha im hohen Alter	Aber da gibt es so einen Moment wo jemand sagt, ich mag nicht mehr, ich will nicht mehr. Und da wieder gut hinschauen, was ist es, oder wofür will jemand seine Energie einsetzen? Und das auch nicht zu bewerten, sondern jemandem seine Sichtweise auf die Sache belassen. (pfl/LWA) I2/395-398	
Patientenedukation		Befähigung zum selbstbestimmten Umgang mit	Patientenedukation ist mir ein Begriff und es ist im Zusammenhang mit LPF und beim Instruieren, aber das machen die Fachleute, zum Beispiel die sprechende Uhr einführen oder den Milestone, all diese Sachen. (pfl/LWA) I2/424-427	I1/Nicht gefragt I3/nicht gefragt

Hauptcodes	Untercodes (Ausprägung)	Definition	Ankerbeispiel/Fundstelle	Codierregeln
		Krankheit und Behinderung		
Altersbild		Meinung, Haltung gegenüber alten Menschen, Auswirkungen auf Arbeitsalltag	Also mein Altersbild ist: Alt ist nicht gleich krank. Das ist ganz wichtig. Die Menschen leben heute viel länger gesund, und auch ohne Unterstützungsbedarf. Und ein alter Mensch ist, wo jetzt ins Pflegeheim kommt, weil er Hilfe und Betreuung braucht, hat eine lange Biografie, die er mitbringt. Auch ein Mensch mit Beeinträchtigung... dieser Mensch ist auf jeden Fall ... vollwertig, ... respektvoller Umgang, egal welchen Alters und welcher Beeinträchtigung. Und das gilt für die alten Menschen auch. ...sie (die MA) arbeiten gerne hier, gerade wegen diesem respektvollen Umgang. (pfl/LWA) I2/310-322	
Zukunftsentwicklung, Entwicklungsperspektiven der Institution		Konkrete oder vage Ideen, Vorstellungen, Pläne	<p>Ich bin überzeugt, es passiert schon viel, es findet eine starke Fokusverschiebung statt, bei euch in der Betreuung und Pflege. Man ist sich da schon stark am Annähern, das muss jetzt noch durch praktische Erfahrung... wir machen jetzt immer mehr auch disziplinenübergreifende Arbeitsgruppen zu bestimmten Themen. Das sind gute Orte wo man Verständnis füreinander entwickeln kann und sich gegenseitig befruchten. Ich denke auch an die Lebensqualitätskonzeptionsgruppe wo wir gemischt waren, das ist wichtig, dass da eine kritische Diskussion gemeinsam in Gange kommt. (hp/GLW I1/495-502</p> <p>...ist der sozialpäd. Auftrag den wir im individuellen Wohnen auch sehen müssen und den Leuten die Möglichkeit geben sich zu entwickeln, das ist etwas ganz Wichtiges. Und auch der Austausch, wir haben ein Wohnen für</p>	

Hauptcodes	Untercodes (Ausprägung)	Definition	Ankerbeispiel/Fundstelle	Codierregeln
			verschiedene Zielgruppen, aber dass wir einen gemeinsamen Wert und gemeinsame Normen haben. Auch immer wieder schauen, welche Zielgruppe haben wir, welche Leute haben wir und was bedeutet das für den Skill-Grade-Mix. Aber das ist ja selbstverständlich, dass das immer angepasst wird. (pfl/LWA) I2/375-383	
	Unterstützungsbedarf für Entwicklung	Wünsche	<p>auf der politischen Ebene Unterstützung brauchen, wir brauchen finanztechnische offenere Bedingungen, wir haben das chronische Dilemma, dass wir mit der Pflegefinanzierungsregelung die Betreuungsarbeit zu wenig finanziert wird und zu wenig wertgeschätzt ist. Das ist der grösste Wunsch. (hp/BLW) I1/426-429</p> <p>Wir sind ja von Partizipation und Inklusion ausgegangen. Da merke ich, da habe ich wie keine ... In der palliativ care da gibt es Konzepte, das muss ich machen und weiss danach wie umsetzen. Aber da habe ich noch keine, oder noch nicht gefunden... (pfl/LWA) I2/485-488</p>	

Tabelle 5.4 - Codierleitfaden

5.4 Ergebnisse Interviews

Die Interviews wurden entlang der Codes und Unter-codes ausgewertet und anhand von Ankerbeispielen illustriert. Interessiert haben Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Institutionen, den Berufsgruppen, Klientinnen und Klienten/Bewohnerinnen und Bewohnern. Die sozialpädagogischen Institutionen werden auch agogische oder spezialisierte Institutionen genannt. Für die Institutionen der Langzeitpflege wird synonym auch die Bezeichnung generelle Altersinstitution oder Pflegeinstitution verwendet. Die Kommentare zu den Ergebnissen sind vertikal gekennzeichnet.

5.4.1 Sehbehinderung

Sehbehinderung wird in den sozialpädagogischen Institutionen als grosses Thema betrachtet. Die spezifische Nachfrage von betroffenen Personen als potentielle Bewohnende wird beschrieben. Bei einer kleinen Anzahl von Bewohnenden (bis 12) kann eine genaue Anzahl Betroffener angegeben werden, ebenso wird differenziert zwischen sehbehinderten und blinden Bewohnenden.

Wir haben mehr Blinde als Sehbehinderte. ... Ja. Wir haben sieben Plätze. Der Grossteil ist immer blind, seit ich da bin. (soz/BL) I3/77-79

Bei uns ist es ein grosses Thema, viele Anfragen von Interessierten, ev. zukünftige Bewohner, die sagen, habe eine Diagnose wo das Augenlicht beeinträchtigt ist, und ich habe die Idee, ich komme dann zu Ihnen. (pfl/BLS) I1/56-58

In Institutionen mit mehr als 30 Bewohnenden wird die Anzahl in Messgrössen (drei Viertel) angegeben oder das Thema als gross beschrieben. Es wird einerseits von einer zunehmenden Verschlechterung von Sehen und Hören bei den bereits in der Institution lebenden Bewohnenden berichtet, andererseits auf die Unterschiede im Umgang damit hingewiesen, je nachdem ob eine Sehbehinderung im Anschluss an ein Leben mit intakter Sehfähigkeit auftritt oder bereits vorbestehend war.

Das ist wirklich ein Unterschied. ... Der Mann mit Trisomie 21 der zunehmend sehbehindert wird und das sehr bedauert, das sehr stark realisiert, dass er immer weniger sieht.... Und er findet einen anderen Umgang als jemand der im Alter mit Retinitis pigmentosa konfrontiert ist. (pfl/LWA) I2/129-133

In einer Institution der Langzeitpflege wird der Anteil an Bewohnenden mit Seh- oder Hörbehinderung auf 80-90%, gegebenenfalls sogar höher geschätzt. Eine andere Institution der Langzeitpflege nennt das Vorkommen von Seh- und Höreinschränkungen als relativ häufig und misst es am teilweisen Vorhandensein von Hörgeräten und Brillen.

Beide Arten von Institutionen, die sozialpädagogischen wie die der Langzeitpflege berichten über eine hohe Anzahl von Menschen mit Sehbehinderung. Hörbehinderung wird im Bereich Alter beider Arten von Institutionen automatisch zur Sinnesbehinderung gezählt. Bezüglich Definition, was eine Sehbehinderung in Abgrenzung zu einer Beeinträchtigung bzw. einer Fehlsichtigkeit ist, besteht Ungenauigkeit, auch in einer der spezialisierten Einrichtungen.

Medizinische Abklärung

Medizinische Abklärungen werden in der spezialisierten Institution vorausgesetzt und mittels Arztzeugnis beim Eintritt in Erfahrung gebracht. Kontinuierliche Kontrollen beim Spezialisten werden vor allem in den Institutionen mit jüngeren Menschen als sehr wichtig erachtet. Das erweckt den Anschein, als ob medizinische Betreuung durch Spezialisten in diesen Institutionen als Grundsatz angesehen wird.

In den generellen Altersinstitutionen werden unterschiedliche Formen der medizinischen Betreuung beschrieben: bei Vorhandensein von Hilfsmitteln wird die Abklärung durch einen Spezialisten angenommen, konsiliarische Besuche beim Spezialisten sind möglich, vor allem wenn diese vor dem Eintritt bereits gemacht wurden. Eine Abklärung beim Augen- oder Ohrenarzt wird angestrebt, wenn die Problematik bei der Pflege störend ist, was aber nicht häufig vorkommt. Eine Lücke wird bescheinigt, da die Bewohnenden nur teilweise in Kontakt mit Spezialisten stehen.

Teils, teils. ... Ich würde sagen, da würde Nachholbedarf bestehen, da genauer abzuklären. Um dann das richtige Hilfsmittel, die richtige Brille oder die richtige Hörhilfe zu haben. Ein Faktor ist auch, wie gut sie vorher, vor dem Eintritt in die Institution zu sich geschaut haben, es gibt Leute die sich schnell ein Hörgerät anpassen lassen, oder eine Lesebrille kaufen. Und es gibt Leute die sich lange wehren dagegen. (pfl/PE) 15/49-54

Der Fokus auf die fachmedizinische Betreuung durch einen Ophthalmologen ist in der spezialisierten Einrichtung vorhanden. In der Langzeitpflegeinstitution gibt es unterschiedliche Formen des Kontakts zu Spezialistinnen, Nachholbedarf wird formuliert bzw. dem Bewohner überlassen.

Thema in und Auswirkungen auf die Institution

Es zeigt sich in einer spezialisierten Einrichtung, dass sich Sehen und Hören bei den Bewohnenden verschlechtert. Das problemlose Nebeneinander von blinden und sehbeeinträchtigten Menschen wird betont. Sehberatung wird organisiert, damit Unterstützung, zum Beispiel durch Orientierung und Mobilität, schnell möglich wird.

In einer anderen spezialisierten Institution wird die Kombination von Sehbehinderung und Demenz als anspruchsvoll beschrieben, ebenso das Nebeneinander von Menschen mit geistiger

Beeinträchtigung und Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung. Es braucht unterschiedliche Angebote, dass sich beide Gruppen angesprochen fühlen.

Da ist eine geistige Beeinträchtigung da, und da braucht es Angebote die für Leute ohne kognitive Beeinträchtigung, also das ist ein Beispiel, das Chorsingen ertragen Menschen, die kognitiv nicht beeinträchtigt sind, schlecht, wenn da Leute mit geistiger Beeinträchtigung dabei sein, die Musik mehr lustbetont erleben, empfinden und das so ausdrücken wollen, dann passt das mit der Vorstellung einer alten Frau was schönes Singen bedeutet nicht zusammen. Da muss man zwei Angebote machen, damit beide was davon haben. Wir nennen das Integration mit Sorgfalt, das ist mir auch noch wichtig. (pfl/LWA) I2/145-152

Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung werden vor dem Eintritt darauf angesprochen und aufmerksam gemacht, dass in der Institution Mitbewohnende mit geistiger Beeinträchtigung leben. Als Herausforderung wird beschrieben, dass Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung mehrfachbehinderte Mitbewohnende erziehen wollen.

In der generellen Alterseinrichtung wird davon ausgegangen, dass auftauchende Probleme mit dem Sehen und Hören meist mit einem Hilfsmittel kompensiert werden können und danach nicht mehr im Fokus stehen, weil die Beeinträchtigung durch das Hilfsmittel behoben ist. Mit den Hilfsmitteln könne vieles gelöst werden. Verschlechterungen von Seh- und Hörfähigkeit werden nicht als grosses Problem wahrgenommen, in Einzelfällen wird nach Lösungen gesucht. Unruhiges, aggressives Verhalten von Bewohnenden wird als grössere Schwierigkeit angesehen.

Sicher nicht ein Grosses, welches uns täglich beschäftigt. Oder welches wir aufnehmen würden. Problematische Sachen sind eher Unruhe bspw., aggressives Verhalten von Bewohnenden, es ist sicher nicht im Zentrum von dem, wo wir sagen, da müssen wir etwas machen, das ist es nicht. Einzelne Leute sind sehr betroffen und da versuchen wir dann Lösungen zu finden. (pfl/BLP) I4/64-68

Sehbehinderung ist in der sozialpädagogischen Einrichtung Alltag. Das kombinierte Auftreten von Sehbehinderung mit kognitiver Beeinträchtigung bietet eine Herausforderung für eine Institution. In der Langzeitpflegeeinrichtung werden Probleme mit dem Sehen und Hören mit Hilfsmitteln als gelöst betrachtet und bedürfen keiner weiteren Aufmerksamkeit. Herausforderndes Verhalten steht im Vordergrund.

5.4.2 UN-BRK

Kernanliegen bekannt

Art. 25/26 der UN-BRK sind in einer sozialpädagogischen Institution (auf Nachfrage) explizit bekannt und werden als Kernanliegen bezeichnet.

Eine Person in der Langzeitpflegeinstitution formuliert Gedanken zur Finanzierung von rehabilitativen Leistungen, die aus den Ansprüchen aus Art. 25/26 entstehen.

Ein älterer Mensch im AHV Alter, kann er die Leistungen beziehen, wer bezahlt? Die IV zahlt nicht mehr, die Krankenkasse in der Regel auch nicht, und dadurch, dass es bei uns eine Vollpauschale ist, können z.B. auch ältere Menschen, Physio, gewisse Sachen machen, was sich vielleicht auch darauf bezieht. Was wir nicht haben ist Ergo, die einzelne Sachen auffangen könnte. Bei uns haben beide Gruppierungen [die im Altersbereich und die im Behindertenbereich] das gesamte Angebot. (pf/BL) I4/114-119

In der zweiten Pflegeinstitution sind die Kernanliegen aus Art. 25/26 nicht bekannt.

Also wenn du mir das so erzählst, dämmert es mir irgendwo. Aber dass bei uns irgendwas passiert ist: nein, in keiner Art und Weise. Nein. (pfl/PE) I5/87-88

Art. 25 und 26 werden auf Nachfrage in einer sozialpädagogischen Institution klar benannt. In den Langzeitpflegeeinrichtungen ist die UN-BRK nicht bekannt.

Detailkenntnisse

Die UN-BRK wird in der spezialisierten Einrichtung als zentrales Element betrachtet, als prinzipielle Abstützung und leitend im Alltag, wenn auch nicht immer explizit unter dieser Bezeichnung. Das Anrecht auf Autonomie, lebenslanges Lernen und Entwicklung sowie Teilhabe sind wichtige Anliegen. Das bedeutet aber auch eine Anstrengung für die Betroffenen Ein Mensch mit Beeinträchtigung kann sich nicht alles erlauben und soll mit Unterstützung an sein Potential herangeführt werden.

Die Eigenständigkeit und dass die Menschen das an Pflege und Betreuung haben, aber auch Freizeit, Beschäftigung was ihnen entspricht, das ist ein ganz wichtiger Gedanke. (pfl/LWA) I2/246-248

Der Eintritt von Personen mit Sehbehinderung in die berufliche Arbeitswelt mit sinnhafter Tätigkeit wird als äusserst anspruchsvoll, teilweise nicht möglich betrachtet. Diese Forderung der UN-BRK wird als nicht eingelöst erlebt.

Was ich persönlich feststelle und beobachte ist, dass der Eintritt in die berufliche Welt sehr schwierig ist. Dass der sehr, sehr schwierig ist und wenn ich vergleiche in meiner Berufstätigkeit von 2001 bis heute 2018 im Blinden- und Sehbehindertenwesen nach meinem Ermessen ist es für blinde und sehbehinderte Leute immer schwieriger geworden, sich beruflich zu betätigen, eine Anstellung zu finden und zwar eine Anstellung, die, wo sie nicht 6, 7, 8 Stunden etwas zusammenstecken oder in ein Couvert verpacken, sondern auch die Möglichkeit erhalten, dass ihre Ressourcen, ihre Möglichkeiten sauber abgeklärt werden und dann mit ihnen einen Bereich sucht, wo sie tätig sein können. Und wenn man dann wüsste in welche Richtung es gehen könnte, die Bereitschaft eines Arbeitgebers, der sie einstellen würde. Das ist für mich ein wichtiger Punkt, der schwieriger geworden ist. (soz/BL) I3/125-135

Obwohl die UN-BRK in den Langzeitpflegeinstitutionen nicht explizit bekannt ist - dies wird mit der Sozialisierung aus der Pflege heraus begründet -, werden in einer von ihnen Überlegungen zur Umsetzung der UN-BRK im öffentlichen Raum gemacht, zum Beispiel die Umrüstung von Bahnhöfen und Zügen, der Einbezug bei Umbauten und Renovationen. Bezüglich Gestaltung der eigenen Institution wird nur der Bewegungsaspekt genannt.

Ich kenne die Konvention nicht grundsätzlich, also ich kenne sie nicht, aber ich gehe davon aus, es geht darum, dass sich die Menschen im Alltag bewegen können sollten, wenig, also möglichst keine Grenzen haben bzgl. Beweglichkeit und so weiter und das ist natürlich in einem Heim häufig gegeben. Dass man sich mit einem Rollstuhl bewegen kann. (pfl/BLP) I4/85-88

In allen sozialpädagogischen Institutionen sind Detailkenntnisse über die Inhalte der UN-BRK vorhanden und es wird eine breite Palette von Beispielen genannt. In der generellen Altersinstitution gilt die UN-BRK nicht explizit als Leitlinie, mögliche Ansprüche werden durch eine Bereichsleitungsperson vermutet.

Anerkennung, Wichtigkeit

Die UN-BRK ist in den sozialpädagogischen Institutionen ein präsender Teil der Umsetzung im Alltag, zum Beispiel in einer Institution durch die Auseinandersetzung mit der Lebensqualitätskonzeption von Curaviva oder in der Gestaltung der Weiterbildung. Im Rahmen von Weiterbildungen werden wohnbereichs- und professionsübergreifende Möglichkeiten für den Dialog geschaffen.

Aktive Weiterbildungskultur: da sind wir fest bestrebt, den Geist der UN-BRK aufzunehmen und versuchen umzusetzen. (hp/BLW) I1/105-107

In einer anderen spezialisierten Institution legt die Leitungsperson (Pflege) grossen Wert darauf, wie Menschen mit Beeinträchtigung angesprochen werden:

Und wieso soll ich, diese Person die ein Leben gehabt hat mit Beruf und Familie und jetzt eine Beeinträchtigung hat siezen, das ist in der Alterspflege absolut klar und wieso soll ich den Menschen mit Beeinträchtigung jetzt nicht siezen im Alter? Das ist wirklich, das ist, also wenn man diese Integration will dann würde man die einen duzen, die Behinderten duzen und die Nichtbehinderten siezen und dann die Demenzen vielleicht auch duzen – nein, und ich glaube das ist eine Riesengefahr. (pfl/LWA) I2/200-205

In derselben sozialpädagogischen Institution wird von einer Kadertagung zum Thema UN-BRK berichtet, in der es um die aktive Auseinandersetzung mit den Themen Inklusion und Partizipation ging. Integration ist im Betrieb ebenfalls ein Thema wegen der grossen Anzahl von Mitarbeitenden mit Beeinträchtigung, die in der Institution arbeiten, in Küche, Reinigung und auch im Bereich Wohnen.

Dass Menschen mit Behinderungen dieselben Ansprüche haben wie ihre Altersgenossen ohne Behinderung wird im Zusammenhang mit jüngeren Personen mit Sehbehinderung so ausgedrückt:

Sie möchten eigentlich das gleiche Leben wie die andern auch. Sie möchten das Gleiche leben. (soz/BL) I3/148-149

In den Langzeitpflegeeinrichtungen werden keine Aussagen zu Wichtigkeit bzw. Umsetzung gemacht, da die UN-BRK nicht bekannt ist.

In den sozialpädagogischen Einrichtungen ist die UN-BRK ein präsender und wichtiger Aspekt in strategischen und operativen Überlegungen zur Ausrichtung und Gestaltung der Institutionen.

Dies wird von Angehörigen aller Professionen so geschildert. Für die Langzeitpflegeinstitutionen ist die UN-BRK nicht leitend in ihren Überlegungen.

5.4.3 Pflege-Betreuungsprozess

In allen sozialpädagogischen Institutionen wird mittels systematischer Erfassung der Betreuungs- und Pflegebedarf erhoben. Mit dem Bedarfs- und Leistungserfassungssystem von BESA und mit Assessment, Bedarfseinschätzung, Zielsetzung und Durchführung von RAI.

Assessment, wir arbeiten mit RAI, Bedarfseinschätzung, Zielplanung, Durchführung, haben grad das elektronische System eingeführt, und wo wir alle halbe Jahre überprüfen und Anpassungen vornehmen. (pfl/LWA) I2/262-265

In der Entwicklungsplanung werden Ziele formuliert, in Haupt- und Teilziele gegliedert. Eine Institution nennt ihr Vorgehen Begleit-, Unterstützungs- und Betreuungsprozess. Der Pflegeprozess wird im Transdoc oder sonstigen elektronischen Systemen dokumentiert und gesteuert. Zielfestlegungen werden periodisch, halbjährlich im BESA und RAI oder im Minimum jährlich überprüft, teilweise auch alle drei Monate oder laufend.

In den Langzeitpflegeinstitutionen werden mittels RAI oder BESA die Problematiken und Ressourcen aufgenommen, Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnenden erfragt und integriert.

Ganz klassisch: da werden Problematiken und Ressourcen aufgenommen, danach werden diese angegangen und überprüft. Das ist der klassische Vorgang, wie die Pflege das macht. ... Mit RAI. (pfl/BLP) I4/133-136

In allen befragten Institutionen werden Pflege- und Betreuungsbedarf systematisch erhoben, dokumentiert und evaluiert. Dabei kommen unterschiedliche Bezeichnungen zum Einsatz: Im Bereich Alter, egal ob in der sozialpädagogischen Institution oder in der generellen Langzeitpflege, kommt stärker der Aspekt der Bedürfnisorientierung zum Ausdruck, im Bereich der Betreuung im Erwerbsalter eher die Begrifflichkeit Entwicklung.

Zielvereinbarung

Zielvereinbarungen werden in der sozialpädagogischen Institution nach Möglichkeit mit den Bewohnenden vereinbart.

Bei der Zielformulierung ist es teilweise abgesprochen mit den Leuten, die sich daran beteiligen können, was ihre Ziele sind. Und teilweise ist es das nicht. (pfl/LWA) I2/271-272

Im Bereich des Erwerbsalters ist dies immer der Fall, in den Bereichen des Wohnens im (Senioren-) Alter nicht immer.

wir arbeiten so, dass wir mit ihnen ihre Ziele und Wünsche erreichen. Wir arbeiten so, mit allem was dazu gehört. Mit allem. Wir kennen diesbezüglich wenig Grenzen. (soz/BL) I3/160-162

Nach Möglichkeit werden die Ziele in den Langzeitpflegeinstitutionen mit den Bewohnenden besprochen. Dies ist nicht möglich bei Menschen mit schwerer Demenz oder teilweise auch bei Menschen mit gerontopsychiatrischer Problematik. Manchmal werden stellvertretend Angehörige beigezogen.

In beiden Arten von Institutionen wird nach Möglichkeit die Zielsetzung mit den Bewohnenden vereinbart bzw. besprochen. Dies ist aufgrund von Krankheitsbildern (Demenz,

Gerontopsychiatrie) nicht immer möglich. Im Bereich Erwerbsalter der sozialpädagogischen Institutionen werden die Ziele immer gemeinsam mit den Bewohnenden vereinbart.

5.4.4 Selbstbestimmung

Selbstbestimmung hat einen hohen Wert in der agogischen Arbeit. In einem sozialpädagogisch geleiteten Team wird über die Möglichkeiten der Selbstbestimmung (zum Beispiel Stockwerksitzungen, Planungsgruppen für Freizeitaktivitäten) der Klienten reflektiert. Eine Aussensicht durch jährliche Standortgespräche mit Klienten, Angehörigen und Beiständen wird als wichtig erachtet. Die eigene systemische Wirkung wird sorgfältig hinterfragt:

Indem wir unsere eigene systemische Grundhaltung reflektieren. Oder, wir müssen immer wieder überlegen, wie wirken wir, wie stellen wir eine Frage, dass wir nicht determinierend, bestimmend auf jemanden zugehen, sondern zurückhaltend, anregend, also ganz viel von dem ist Reflexionsarbeit und Haltungsarbeit, ... da ist unsere Rolle eher, dass wir die Leute gluschtig machen für Selbstbestimmung, dass wir sie manchmal fast überlisten müssen dazu oder provozieren, dass jemand mit der Zeit aus der Tendenz von dieser Chronifizierung heraus kommt. Und überhaupt Freude entwickelt. (hp/BLW) 11/254-256

Selbstbestimmung hat auch herausfordernde Aspekte: Normalisierung heisst nicht nur Rechte sondern auch Pflichten, es bedeutet auch die Konsequenzen zu tragen für das eigene Verhalten und die eigenen Entscheidungen. Das kann auch eine Überforderung bedeuten.

Im Seniorenbereich einer spezialisierten Einrichtung wird ein Generationenwechsel beobachtet. Die Bewohnenden äussern zunehmend ihre Bedürfnisse und Anliegen.

In einer spezialisierten Einrichtung haben kognitiv nicht beeinträchtigte Bewohnende am "Bewohner-Höck" die Möglichkeit, sich mit der Leitung auszutauschen. Im Bereich Aktivierung wird genau nachgefragt, was gewünscht wird, oder es werden Angebote gemacht und deren Wirkung beobachtet. Die Entscheidung, was die Bewohnenden anziehen, was und wieviel sie essen wollen, ist sehr wichtig. Entscheidungen im medizinischen Bereich, zum Beispiel das Verweigern von Insulin trotz Anraten des Arztes, wird toleriert.

Eine möglichst hohe Selbstbestimmung ist im Leitbild einer der generellen Altersinstitutionen verankert. Grenzen gibt es bei Selbst- und Fremdgefährdung. Einschränkungen erwachsen teilweise aus rechtlichen Aspekten. Die Bereichsleitung Pflege könnte sich mit einer Situation arrangieren, das Recht verbietet sie jedoch und für den Bewohner ist die Konsequenz einschneidend. Autonomie bzgl. Essenszeiten, aufstehen und ins Bett gehen sind gross. Es wird versucht, mit individuellen Lösungen ein Höchstmass an Autonomie zu erreichen, wie etwa ein Öfeli im Zimmer, ein Kühlschrank. Das erfordert die Mitarbeit des technischen Dienstes. Es darf nicht sein, dass der Ablauf des Betriebs die Bewohnenden steuert.

Ah, die Autonomie der Bewohnerinnen. Ich glaube unser Auftrag ist, dass dies möglichst stattfinden kann. Dass sie möglichst hoch ist. Das ist der Auftrag vom Heim. Dass es nicht der individuelle Ablauf vom Heim gibt, sondern der individuelle Ablauf vom Bewohner im Heim. So gut wie möglich. Das funktioniert nicht immer zu 100%, das ist ein Ziel. (pfl/BLP) I4/216-219

Das Bewusstsein, dass dies zu Herausforderungen für das Pflegeteam führen kann, ist vorhanden. Eingegriffen wird, wenn es gefährlich wird. Es wird geschildert, dass Selbstbestimmung einen hohen Stellenwert hat, ihr ein grosser Platz eingeräumt wird.

Selbstbestimmung ist ein sehr wichtiger Aspekt in beiden Arten von Institutionen. Zahlreiche Aussagen in den Interviews belegen das. Das Bewusstsein für die Wichtigkeit von Selbstbestimmung ist in der agogischen Arbeit sehr hoch; argumentiert wird hier vor allem auf der strukturellen, übergeordneten Ebene betreffend Gefässen, Reflexion, Institution. Auch im Bereich der Langzeitpflege ist das Bewusstsein für Aspekte der Selbstbestimmung und Autonomie hoch. Hier zeigt sich das einerseits in vielen praktischen Beispielen, andererseits in Beispielen der Zusammenarbeit mit anderen Diensten der Institution und rechtlichen Bedingungen, die als hindernd erlebt werden.

5.4.5 Entwicklung einzelner Bewohnerinnen und Bewohner

In einer sozialpädagogischen Institution werden zwei Beispiele von Entwicklungsprozessen langjähriger Bewohnerinnen des Heims erzählt: Eine von ihnen kann wieder fast selbständig in einer Aussenwohnung leben. Eine andere hat sich nach dem Übertritt in den Altersbereich entschieden, wieder in einer überschaubaren Grösse von Wohngruppe mit möglichst viel Selbstbestimmung wohnen zu wollen. Mit sozialpädagogischer Unterstützung lebt diese Person jetzt sehr eigenständig wieder im Bereich Erwerbsleben. Unterstützt wurden diese Prozesse durch einen Gesinnungs- und Haltungswechsel in der Institution, wo viel Akzeptanz für individuelle Prozesse und Bedürfnisse vorhanden ist.

Beobachtungen wie Aufblühen, an Gewicht zunehmen, spazieren gehen zu zweit werden als positive Entwicklungen wahrgenommen, nicht jedoch mit der Institution in Verbindung gebracht.

Sie blüht wieder auf, sie mag wieder viel mehr, sie mag wieder essen, eine Frau die zunimmt, sind das Beobachtungen wo ich auch ein Stück weit finde, ja schön. ...Und wenn zwei miteinander jeden Tag spazieren gehen, ist das etwas Wunder-schönes. (pfl/BLS) I1/361-366

In einer anderen spezialisierten Institution werden Entwicklungsschritte bezüglich der eigenen Einschränkung als immer möglich beschrieben, in beide Richtungen: Verzweiflung oder Gelassenheit. Der Kontakt mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, der sich in dieser Einrichtung aus der institutionellen Konstellation ergibt, kann Veränderungs- und Lernprozesse

ermöglichen. Auch der Kontakt mit Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund bietet in dieser Institution immer wieder Anlass zu Veränderungen und Entwicklungsschritten.

Es können zum Beispiel Leute, die nie Kontakt hatten zu Menschen mit Beeinträchtigung einen Weg finden, wie man mit so jemandem umgehen könnte. Oder empathischer werden, so. ... , dass sie Entwicklungsmöglichkeiten, dass die Palette so ein wenig grösser wird. ... Wenn sie im Bistro sind, ist das immer ein Leben, ist nicht so still wie in einer Institution mit ausschliesslicher Alterspflege, und auch das schätzen, dass es nicht so still ist (pfl/LWA) I2/350-355

Eine agogische Institution schildert den Hauptgewinn im Erreichen von Selbstvertrauen:

Das Selbstvertrauen in sich selber, ich kann etwas, ich bin was, ich komme mit dem Geld zurecht, welches ich zur Verfügung habe, bei den meisten ist das nicht viel, sie haben gelernt einzuteilen, gelernt was die Sachen kosten, ja. Selbstvertrauen, sich selber etwas zutrauen, das haben sie gelernt. Das ist die Quintessenz von den meisten Bewohnerinnen und Bewohnern, die wir beobachten. (soz/BL) I3/240-244

Es wird erzählt, dass dieser Prozess ausgelöst und unterstützt wird durch kontinuierliche Begleitung und sofortiges Reagieren, wenn Schritte im Lernprozess nicht funktionieren.

In einer Langzeitpflegeinstitution wird von grossen Unterschieden bezüglich der einzelnen Bewohnenden berichtet. Diejenigen, die früh eintreten in RAI Stufe 2, finden Nischen, haben einen grossen Radius, gehen selbständig aufs Postauto, rufen sich ein Taxi, gehen auswärts oder auch in die Cafeteria. Diejenigen, die sehr krank eintreten, sterben häufig bald. Es wird als abhängig von der Person wahrgenommen, wie sie sich mit der Situation im Heim zu leben arrangiert: Einige nutzen die Möglichkeiten, andere können sich nicht damit abfinden. In einer anderen generellen Altersinstitution wird beobachtet, dass sich Bewohnerinnen und Bewohner durch die regelmässigen Mahlzeiten, die sozialen Kontakte auf der Gruppe und dem Umfeld wieder stabilisieren bzw. dass kognitive Einschränkungen wieder zurückgehen. Das lässt die Arbeit als sinnvoll erleben. In einem Beispiel wird erzählt, dass wegen institutionellen Schwierigkeiten keine Entwicklung im Bereich Pflege mehr stattgefunden habe, dass aber mehr möglich gewesen wäre, wenn die personellen Ressourcen geschickter eingesetzt worden wären.

Eindrückliche Beispiele von Veränderung und Entwicklung bei Bewohnenden werden in beiden Arten von Institutionen durch alle Berufsgruppen beschrieben. Die Veränderungen sind einerseits von den betroffenen Personen abhängig. Andererseits hat die Grundhaltung der Institution einen grossen Einfluss, ob und wie Menschen ihr Entwicklungspotential nutzen können oder nicht.

5.4.6 Rehabilitation

Rehabilitation wird in einer sozialpädagogischen Institution als Antwort auf etwas in der Vergangenheit Vorgefallenes oder ein akutes Ereignis bezeichnet: eine Fraktur, ein Schlaganfall. In einer solchen Situation kommt die Physiotherapie in die Institution und instruiert die Pflegenden, damit gemeinsam das Ziel erreicht werden kann. Im Rahmen der Entwicklungsplanung wird als Beispiel ein Orientierungs- und Mobilitäts-Training genannt. Als weiteres Beispiel wird der Lernprozess, sich selber Kaffee herauszulassen genannt. Der Einsatz von sehbehinderungsspezifischen Hilfsmitteln wurde erst auf Nachfrage nach spezifischer Sehbehinderten-Rehabilitation genannt.

O+M, Orientierung und Mobilitäts-Training, wo wir im Rahmen von der Entwicklungsplanung immer wieder kommt, als Wunsch formuliert: ich würde gerne in der Stadt in den und den Laden, würdet ihr mich darin unterstützen. Das kann so eine Thematik sein. Oder in dem Sinne im Rahmen von Selbständigkeit, wenn sich jemand den Kaffee selber herauslässt, ist das auch ein Teil Reha. (soz/BLE) I1/407-412

In einer weiteren sozialpädagogischen Einrichtung wird die Physiotherapie nach einer Fraktur als wichtige Rehabilitationsmassnahme bezeichnet, damit jemand wieder gehen lernt. Generell ist Rehabilitation in dieser Institution ein Thema: Alle Mitarbeitenden sind in Sehbehinderten-Rehabilitation geschult, zur Institution gehört eine Beratungsstelle, die unkompliziert gerufen werden kann, wenn die Mitarbeitenden in einer Situation überfordert sind.

Aber danach in komplexeren Situationen, dass eine Fachperson kommt, Mobilität und Training, es gab eine Situation, da musste eine Bewohnerin das Zimmer wechseln und da waren die Mitarbeitenden überfordert, ihr die neue Orientierung zu lehren. Da können wir ganz unproblematisch die Leute beiziehen. (pfl/LWA) I2/408-412

Bei einer Bewohnerin mit Taubblindheit wurde mit der spezialisierten Beratungsstelle des SZB zusammengearbeitet.

Der Stellenwert der Rehabilitation ist in der dritten sozialpädagogischen Institution sehr gross: Ohne sehbehinderungsspezifische Rehabilitation wie Orientierung und Mobilität und Lebenspraktische Fähigkeiten würde das Konzept keinen Sinn machen. Das Zusammenspiel der Fächer wird als zentral angesehen.

In einer Institution der Langzeitpflege werden Physiotherapie, Aktivierung und Pflege als die Professionsgruppen genannt, die rehabilitativ tätig sind. Physiotherapie wird nicht näher beschrieben, sondern scheint gesetzt. Aktivierung wird in Gruppen und im Einzelsetting angeboten, wo spezifische Fertigkeiten auch geübt werden können. Die Pflege arbeitet rehabilitativ, wenn sie zum Beispiel ein Gehtraining durchführt oder die Bewohnerinnen und Bewohner selbst

etwas durchführen lässt, statt es zu übernehmen. Finanziell wird solches Verhalten nicht belohnt:

Also, wir haben die Physio ja sowieso. Und dann haben wir ein relativ grosses Aktivierungsteam welches auch Einzelbetreuung macht. Da hat es sicher einen Aspekt von Rehabilitation drin. Sie macht Gedächtnisgruppen, aber auch Einzelfertigkeiten wo sie üben. Und die Pflege hat das natürlich auch. Im weitesten Sinne, wenn jemand Gehtraining hat, oder halt im Kleinen aufgefordert wird etwas zu machen, etwas selbständig auszuführen, und nicht alles übernommen wird. Der Anreiz ist ja anders, je mehr wir machen, desto mehr Geld kriegen wir. Das ist ja auch ein Problem. Aber ein anderes. Aber ich glaube es sind diese drei Gruppen am meisten rehabilitativ tätig. ... Physio, Aktivierung und Pflege. (pfl/BLP) 14/351-359

In dieser Institution wird die Ergotherapie punktuell beigezogen oder die Bewohnenden gehen extern in eine Ergotherapie. Personen die nach einem Spitalaufenthalt zur Übergangspflege ins Heim kommen, weil die Krankenkasse einen Rehabilitationsaufenthalt nicht bezahlt, haben intensivere Therapien. Das wird von der zuständigen Bereichsleitung Pflege aber fachlich nicht als Rehabilitation bezeichnet.

Auch in einer anderen Institution der Langzeitpflege wird ein Beispiel zur gleichen Thematik erzählt:

Rehabilitation ist nicht der Hauptauftrag, sagen wir es mal so. Nicht explizit vorhanden. Aber gäll, kann mich erinnern, Frau Schlaganfall, Krankenkasse keine Reha bezahlt, das ist Realität in der Langzeitpflege, ist zurückgekommen, Magensonde, bettlägerig, kaum mobilisierbar, schlussendlich gut erholt, wieder gegessen, selbständig in Speisesaal laufen. Gute körperliche Voraussetzung, aber ohne Unterstützung der Betreuung und Pflege nicht möglich. Da haben verschiedene Faktoren reingespielt. (pfl/PE) 15/299-305

Physiotherapie scheint in beiden Arten von Institutionen die zentrale Trägerin von Rehabilitation zu sein. Das gilt nicht für die Institution 3. Diese zeichnet sich durch eine explizit sehbehinderungsspezifische Rehabilitation aus. Die Physiotherapie wird gerufen, wenn es um Rehabilitationsprozesse im Rahmen von Frakturen und nach Schlaganfällen geht. In einer sozialpädagogischen Institution kommt die Sehbehinderten-Rehabilitation im Bereich Erwerbsleben zum Tragen, im Altersbereich nur mittels Hilfsmittel. In der anderen spezialisierten Institution hat die Schulung durch und die Zusammenarbeit mit einer Beratungsstelle des Sehbehindertenwesens einen hohen Stellenwert. Hier wird deutlich, dass das rehabilitative Potential erkannt und ausgeschöpft werden kann. Innerhalb der spezialisierten Einrichtungen werden Unterschiede sichtbar. Im Vergleich dazu ist im Bereich der Langzeitpflege die Sehbehinderten-Rehabilitation nicht

bekannt. Rehabilitation hat in den nicht spezialisierten Institutionen einen unterschiedlich hohen Stellenwert. In der einen werden verschiedene Berufsgruppen beschrieben, die rehabilitativ tätig sind, in der anderen wird Rehabilitation ausschliesslich der Pflege überlassen. Auch im Bereich der Langzeitpflege ist wenig Übereinstimmung vorhanden, wer wie rehabilitativ tätig ist. Den Institutionen der Langzeitpflege gemeinsam sind die Aussagen darüber, dass das Finanzierungssystem der Krankenkassen die rehabilitative Arbeitsweise nicht fördert und Menschen im Alter diskriminiert.

Haltung gegenüber Rehabilitation bei alten Menschen

In einer spezialisierten Einrichtung wird darauf hingewiesen, dass nicht einfach hingenommen wird, wenn Bewohnende sagen, sie mögen und wollen nicht mehr, sondern dass überprüft werden soll, wofür jemand seine Energie einsetzen möchte.

Eine interviewte Person war lange in der ambulanten Beratung im Sehbehindertenwesen tätig. Ihre Erfahrung zur Rehabilitation von alten Menschen fasste sie folgendermassen zusammen: Die Lebensgeschichte von alten Menschen zu kennen, hilft zu verstehen, warum sich die Personen in der Beratung so verschieden verhalten.

Und dass dadurch auch vieles verständlich wird in der Beratung. Warum macht jemand mit, warum nicht, warum ist jemand positiv und denkt, doch mit dieser Lupe oder Lupenbrille oder mit dem Lesegerät schaffe ich das. Und andere Menschen, die sich eher auf andere verlassen. Ja, und diese Voraussetzungen und Meinungen, von den Leuten auch zu akzeptieren, wenn man selber eine andere Lösung sehen würde oder weiss. (soz/BL) 13/357-362

Die Erfahrung aus der Beratungsstelle zeigt, wie unterschiedlich ältere Menschen auf das Rehabilitationsangebot reagieren. Der Anspruch auf Rehabilitation für ältere Menschen wird von keiner Institution zur Diskussion gestellt. Die (Finanz-) Realität spiegelt allerdings ein anderes Bild. Der Umgang mit alten Menschen und Rehabilitation erfordert besondere Sorgfalt: das Einbeziehen ihrer eigenen Entscheidung, der Umgang mit Grenzen.

5.4.7 Patientenedukation

Es wurde nur in einer sozialpädagogischen Institution danach gefragt (12). Die Methode ist der Interviewpartnerin (Pflege) bekannt, wird in der Institution aber nicht exakt nach Vorgabe der Methode durchgeführt. Die Interviewpartnerin erkennt Anteile in der Instruktion von Hilfsmitteln bzw. wie mit Personen gesprochen wird, wenn es um ihre Gesundheitsförderung/-erhaltung geht. Sie macht auf die Schwierigkeiten in Situationen mit multifaktoriellen Belastungen aufmerksam.

Im Bereich der Langzeitpflege ist Patientenedukation den befragten Personen aus der Pflege bekannt, wird jedoch nicht als Methode in der Praxis umgesetzt.

Patientenedukation: Ich kenne sie natürlich schon, aber nein, nein. Würde in Ausbildung damit konfrontiert, habe mich aber nie tiefer damit befasst. Ich würde sagen, das ist ein Stiefkind. (pfl/PE) I5/306-308

Keine der befragten Institutionen der Langzeitpflege arbeitet mit Patientenedukation. Genannt werden dagegen Kinaesthetics, Bobath, Validation, Basale Stimulation als eingesetzte Methoden zur Unterstützung von Menschen mit Einschränkungen. In einer Institution werden Konzepte genannt zu Demenz, Menschen im Alter, Gerontopsychiatrie und Palliativ-Pflege, die die Rahmenbedingungen für die Pflege regeln.

... ein Konzept mit Menschen mit Demenz, ein Konzept Menschen im Alter, wird grad überarbeitet, Konzept für Menschen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung, da sind die Rahmenbedingungen beschrieben, wie wir es ungefähr wollen. Und dann haben wir die Palliativpflege geregelt (pfl/BLP) I4/392-396

Patientenedukation ist den befragten Personen aus der Pflege in der spezialisierten und generellen Altersinstitution bekannt, wird jedoch nicht als Methode in der Praxis umgesetzt.

In den Langzeitpflegeeinrichtungen werden Kinaesthetics, Validation, Bobath und Basale Stimulation eingesetzt. Eine der Institutionen beschreibt mit diversen Konzepten Rahmenbedingungen.

5.4.8 Altersbild

In einer sozialpädagogischen Institution wird von der Pflegefachperson ein Kulturwechsel angesprochen: vom alten, armen, kranken Menschen zum mündigen, selbständigen alten Menschen. Die Fachperson Sozialpädagogik möchte lieber vom Menschen- denn vom Altersbild reden. Für sie steht nicht die fürsorgliche Haltung im Vordergrund, sondern die Rolle der Entwicklungsbegleitung, eher in der Art eines Coachings.

... lieber vom Menschenbild als vom Altersbild reden ... unsere Haltung und unsere Rolle nicht in erster Linie im fürsorglichen, sondern eher mehr in der Entwicklungsbegleitung, in der Unterstützung und in der Coaching-Haltung wo möglich und wo angezeigt. (soz/BLE) I1/290-294

Für die Fachperson Sozialpädagogik wird das Alter dann relevant, wenn es um die Pflege geht. In einer anderen spezialisierten Institution wird das Altersbild von der Bereichsleitung Wohnen im Alter (Pflege) mit den Worten: alt ist nicht gleich krank beschrieben. Ihre Einschätzung ist, dass Menschen heute viel länger gesund und ohne Unterstützungsbedarf zu Hause leben. Wenn Menschen ins Heim kommen, gilt ein respektvoller Umgang, zum Beispiel wird das Duzen von alten Menschen nicht toleriert. Die Bereichsleitung legt Wert auf die Tatsache, dass alle

Bewohnerinnen und Bewohner vollwertige Menschen sind, egal mit welcher Beeinträchtigung sie leben. Alle müssen mit Respekt behandelt werden, was sich zum Beispiel in einer bewussten und sorgfältigen Sprache ausdrückt.

In einer Langzeitpflegeinstitution beschreibt die Bereichsleitung Pflege das Altersbild als extrem im Wandel begriffen. Sie erlebt die Pflegenden als sehr bestrebt, alles zu tun, um den älteren Menschen Autonomie und Spielraum zu geben. Gleichzeitig beobachtet sie auch bei den Pflegenden und anderen Berufsgruppen Personen, denen nicht klar ist für wen sie arbeiten.

Die Pflegenden sind von ihrer Sozialisation und ihrer Ausbildung her ein bisschen voraus, im Sinne von, sie versuchen alles zu machen, dass es zu dieser Autonomie kommt. Dass die älteren Menschen einen grossen Spielraum haben, aber wir haben, bei den Pflegenden auch, aber bei den anderen Diensten wo es noch nicht klar ist, wofür man denn eigentlich arbeitet. Das wäre das Ziel, dass allen Berufsgruppen klar ist, wofür wir da sind. Und wer eine hohe Lebensqualität haben muss. (pfl/BLP) 14/244-249

Folgendes Beispiel verdeutlicht dieses Anliegen: Es ist wichtig, dass wenn etwas kaputt ist, zum Beispiel das Telefon, dass dieses am nächsten Tag repariert wird und nicht erst in einer Woche, denn das Telefon ist wichtig. Es hat sich viel verändert, der alte Mensch wird ernst genommen, geachtet, ihm Autonomie zugestanden, auf ihn eingegangen. Die Autonomie und die Wünsche sind wichtige Aspekte.

In beiden Arten von Institutionen wird ein Wandel des Altersbildes erlebt und besonders von den Pflegefachpersonen betont. Der alte Mensch wird als mündig und selbständig, auch in der Abhängigkeit als vollwertiger Mensch beschrieben, dem mit Respekt begegnet wird. Die Autonomie und der Spielraum für alte Menschen werden nicht von allen Berufsgruppen gleichermaßen berücksichtigt; eine Institution beschreibt konkreten Handlungsbedarf bezüglich Beachtung von Bedürfnissen von alten Menschen. Die anderen Institutionen bleiben in der Beschreibung vage.

5.4.9 Zukunftsentwicklung

In einer spezialisierten Einrichtung wird ein Kulturwechsel angestrebt:

Das ist unser Thema, das ist ein Stück weit der Kulturwechsel in dem wir stecken. Das ist jeden Tag ein Kampf, oder. Zum Sagen, sich hinsetzen mit jemandem etwas lesen ist mehr wert als den Rücken waschen, jeden Tag. Andererseits sagt die Pflege auch: die Sozpäds, die reden nur den ganzen Tag. (pfl/BLS) 11/487-490

Eine Fokusveränderung der Pflegenden wird in dieser Institution wahrgenommen. Diese wird durch interdisziplinäre Arbeitsgruppen unterstützt, welche das Verständnis füreinander fördern.

Ein neues individuelles, altersgruppendurchmischtes Wohnangebot wird entwickelt, das Bedürfnis der Person soll entscheidend sein, nicht die Kategorie der Finanzierung.

In einer anderen spezialisierten Einrichtung zeigt sich, dass die Kultur im Behinderten- und im Altersbereich sehr verschieden ist. Sie zeigt sich zum Beispiel darin, dass im Altersbereich den ganzen Tag in weisser Berufskleidung gearbeitet wird, obwohl die RAI-Stufen tiefer sind als im Behindertenbereich. Da braucht es noch Überzeugungsarbeit, da der Widerstand vor allem von den pflegesozialisierten Mitarbeitenden gross ist. Ebenfalls zeigt sich, dass der sozialpädagogische Auftrag im Altersbereich noch nicht wahrgenommen und gesehen wird. Die Führungsperson sucht nach einem Modell für gemeinsame Fallbesprechungen mit den Bewohnenden, damit nicht so viel im Büro über die Bewohnerinnen gesprochen wird, sondern mit ihnen. Und sie legt Wert darauf, achtsam zu sein, wenn bei Schwerstbeeinträchtigten von aussen das Gespräch durch Angehörige, gesetzliche Vertreter nicht eingefordert wird. Sie stellt sich die Frage, wie das mit dem Personal, was zur Verfügung steht, gemacht werden kann. Nicht alle Mitarbeitenden sind gewohnt und ausgebildet analytisch zu denken.

Eine gesicherte Auslastung würde in der dritten agogischen Institution als grosse Entlastung erlebt werden. Es wurde und wird viel getan, damit die Institution bekannt ist und die Qualität hoch gehalten werden kann. Bezüglich der Klientinnen und Klienten wird gewünscht, dass diese berufliche Chancen erhalten.

In einer Langzeitpflegeeinrichtung wird in allen Konzepten eine hohe Lebensqualität und Wohlbefinden als oberstes Ziel angestrebt. Die Bereichsleitung Pflege ist der Meinung, dass diesem Ziel alles untergeordnet werden müsste. Es sind Themen, die die ganze Institution betreffen, nicht nur die Pflege. Es bräuchte so wenig, ein Bier am Abend, draussen sein, wenn die Sonne scheint, nicht um 20 Uhr ins Bett.

Wir haben in allen Konzepten, die wir haben, als oberstes Ziel: Wohlbefinden. Eine hohe Lebensqualität und Wohlbefinden. Ich finde, dem muss man alles unterordnen. Und es sind dann genau die Dinge, die mich sehr stören, wenn dann von der Administration oder einem anderen Bereich, so ein Querschläger kommt, wo man merkt, das ist jetzt sehr einschneidend für die Bewohnerinnen, das hat jetzt gar nichts mit Lebensqualität zu tun. Aber mit Finanzen. Es kollidiert ja manchmal auch mit den Finanzen, was man hat und was man ausgeben kann. (pfl/BLP) I4/301-308

In der anderen Institution der Langzeitpflege wird zum Ausdruck gebracht, dass eine möglichst individuelle Betreuung möglich bleiben sollte.

Das Ziel muss bleiben, dass möglichst individuell auf die BW eingegangen werden kann, dass sie ihre Bedürfnisse äussern können, dass man darauf eingehen kann, dass Wünsche berücksichtigt werden, dass auch mal etwas Aussergewöhnliches aufgefangen werden könnte. Es gibt viele Menschen, die nicht in ein Schema reinpassen, da muss man offen darauf reagieren. Auch mal etwas Unkonventionelles umsetzen können. (pfl/PE) I5/242-247

Der Einsatz und Umgang mit dem Personal werden als wesentliche Aspekte genannt.

Unterstützungsbedarf

In einer spezialisierten Institution werden von der Politik flexible, tolerante Finanzierungssysteme gewünscht, die die erweiterten Wohnangebote ermöglichen. Das chronische Dilemma, dass mit der Pflegefinanzierungsregelung die Betreuungsarbeit zu wenig finanziert und damit zu wenig wertgeschätzt wird, wird geäussert. Gesucht wird von dieser Institution praxisnahe und pragmatische Weiterbildung, die für den sehbehinderten Klienten direkt nutzbar ist. Es wird ein kritischer Blick auf die hochentwickelten Angebote des Sehbehinderten- und Blindenwesens geworfen. Ein ausgelastetes Haus wird gewünscht, dies hat sich in der vergangenen Zeit verändert. Ein weiterer Wunsch wäre der Abbau von Formalismen, die sehr viel Zeit und Energie in Anspruch nehmen. Die gewonnene Zeit könnte den Klientinnen und Klienten zugutekommen. Ein Umdenken der Pflege mit mehr Fokus Betreuung wird gewünscht.

In einer anderen spezialisierten Einrichtung wird Offenheit des Berufsverbandes bezüglich der Weiterbildung "Langzeitpflege und Begleitung" gefordert. Ausgehend von Partizipation und Inklusion werden Modelle für deren Umsetzung, ebenfalls Vorgehensweisen für Fallbesprechungen mit den Klientinnen gesucht.

Die agogische Institution wünscht sich, dass die Ausbildung in der Sehbehinderten- und Blindenrehabilitation in der Schweiz wieder in einer sozialverträglichen Art machbar werden sollte. Eine Führungsperson in der Langzeitpflege wünscht sich von allen Mitarbeitenden, auch von den Kolleginnen und Kollegen vom Leitungsteam eine Haltung und ein Bewusstsein dafür, dass die Bewohnerin, der Bewohner im Zentrum der Arbeit stehen. Und sie wünscht sich mehr Fachpersonen.

Und wenn ich jetzt wünschen könnte so, dann wäre es sicher hilfreich, wenn wir genügend Fachpersonal hätten. Das ist halt immer so eine Schwierigkeit, die die Pflege hat, und wenn ich wünschen könnte, dann hätte ich am liebsten keine Absenzen. Lacht! Oder ein System welches verhebt, dass es nicht so belastend ist. Das reisst die Qualität so runter. (pfl/BLP) I4/423-427

Von derselben Person würden kurzfristige, situative und individuelle Weiterbildungen für ein Team als hilfreich betrachtet werden.

Die Pflegeexpertin wünscht sich vollste Unterstützung der Vorgesetzten und ein sorgfältiger Umgang mit den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner und dem Personal.

Es braucht Raum, dass sorgfältig geschaut wird, was brauchen die Bewohnerinnen? Aber dass dann auch von den Führungspersonen geschaut wird, was braucht es dann für Personal. Wie viel braucht es für eine individuelle Pflege, die angestrebt ist. Man kann nicht immer nur sparen, streichen und immer mehr Leistung erwarten.
(pfl/PE) 15/324-328

Fragen der Finanzierung wurden in einer sozialpädagogischen, eine gute Auslastung in zwei spezialisierten Institutionen angesprochen. Die Ausrichtung des Personals, die Zusammenarbeit zwischen den Professionen wurden in beiden Arten von Institutionen angesprochen, mit je einem anderen Fokus: einerseits die Zusammenarbeit Pflege und Sozialpädagogik, andererseits die interdisziplinäre und bereichsübergreifende Ausrichtung auf den Bewohner, die Bewohnerin. Der Wunsch nach ausreichender Anzahl ausgebildetem Fachpersonals wird in beiden Arten von Institutionen angesprochen. Einerseits im Bereich der Pflege, hier wird der Berufsverband direkt genannt, andererseits der Zentralverein im Sehbehindertenwesen für die Gestaltung und Anerkennung der Weiterbildungen. Das Überdenken von Auswirkungen von Kürzungsmassnahmen auf die Pflege und Betreuung wird in einer Langzeitpflegeinstitution gewünscht. Unterstützung im Rahmen von Weiterbildungsmassnahmen werden in beiden Arten Institutionen formuliert: Diese sollten punktuell auch kurzfristig organisiert werden können und werden möglichst praxisnah und pragmatisch gewünscht.

6 Darstellung Ergebnisse

6.1 Ergebnisse Theorie

Die Ausführungen im Theorieteil zeigen, dass Sehbehinderung im Alter gemäss den rechtlichen Rahmenbedingungen im Zuständigkeitsbereichs des Krankenversicherungsgesetzes liegt und nicht den Bestimmungen des Invalidenversicherungsgesetzes unterliegt. Dies zeigt, dass Sehbehinderung im Alter im Schweizerischen Recht als Krankheit und nicht als Behinderung beurteilt wird. Die UN-BRK macht deutlich, dass behinderungsspezifische Leistungserbringung auch im Alter gefordert wird und dass der Anspruch an umfassende Massnahmen im Bereich Gesundheit und Rehabilitation gestellt wird. Die Schweiz ist durch die Ratifizierung der UN-BRK aufgefordert, Massnahmen zu treffen, um diese Forderungen einzulösen. Die Richtlinien der SAMW machen deutlich, dass bezüglich Behandlung und Betreuung von Menschen im Alter keine Einschränkungen aufgrund des Alters zulässig sind. In den Richtlinien der SAMW zur Betreuung von Menschen mit Behinderung wird festgehalten, dass behinderungsspezifische Pflege und Betreuung gemäss dem Verständnis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zu erbringen sind. Das Bewusstsein für die behindernde Wirkung des Umfeldes ist ein wichtiger Aspekt. Im Modell der funktionalen Gesundheit werden zentrale Elemente und ihre Wechselwirkung aufgezeigt und eröffnen dadurch ein umfassendes Verständnis von Behinderung. Im Gegensatz dazu wird klar, dass durch die medizinische Klassifikation der ICD und der ICDH die Entstehung von Behinderung nicht dargestellt werden kann.

Als Ansätze der behinderungsspezifischen Pflege und Betreuung von Menschen mit Sehbehinderung im Alter werden Patientenedukation, Autonomie und Teilhabe und Rehabilitation vorgeschlagen. Patientenedukation basiert auf dem salutogenetischen Verständnis und dem Kohärenzgefühl nach Antonovsky. Gesundheitsförderung als pflegerische Aufgabe steht im Fokus und unterstützt Betroffene in ihren Fähigkeiten der individuellen Problemlösung, der eigenständigen Bewältigung von Situationen und der Gestaltung des Alltags unabhängig von professioneller Hilfe. Dies geschieht durch Information und Beratung. Eine Sichtweise der Kompetenzorientierung und Entwicklungspotential bezüglich älteren Menschen wird als Paradigmawechsel in der Pflege betrachtet und hat Auswirkungen auf die Gestaltung des Beratungsprozesses mit älteren Menschen. Ältere Menschen werden als selbstbestimmte, kompetente und eigenständige Gesprächspartner betrachtet. Die Anerkennung und Unterstützung von Autonomie und Teilhabe, der Einbezug des Lebensumfeldes, sind zentrale Aspekte in der sozialpädagogischen Arbeit mit älteren Menschen. Rehabilitation wird im pflegerischen wie auch sozialpädagogischen Kontext mit derselben Grundlage beschrieben. Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wird als Basis für das Verständnis von Rehabilitation beigezogen. Damit wird der Zugang zu Rehabilitation auch für ältere Menschen mit

chronischer Krankheit geöffnet, weil nicht ausschliesslich das Wiedererlangen der Funktionsfähigkeit im Zentrum steht, sondern die soziale Teilhabe der behinderten Person. Der Multimorbidität von älteren Menschen wird Rechnung getragen.

6.2 Zusammenfassung Ergebnisse Interviews

Die Ergebnisse aus den Interviews zeigen, dass Sehbehinderung in den spezialisierten Institutionen ein Alltagsthema ist, welches in einer Einrichtung in der Kombination mit geistiger Beeinträchtigung eine Herausforderung darstellen kann. In den beiden Langzeitpflegeeinrichtungen werden Probleme mit dem Sehen und Hören als sehr häufiges Phänomen geschildert. Es wird in einer Institution als ein Problem betrachtet, das mit Hilfsmitteln weitgehend gelöst werden kann und so keine weiterführenden Massnahmen notwendig sind. In der anderen Institution wird ein Handlungsbedarf signalisiert.

Die UN-BRK ist in allen spezialisierten Institutionen detailliert bekannt, wird im Rahmen von strategischen und operativen Entscheidungen als handlungsleitend beschrieben und im Alltag als wichtige Leitlinie geschätzt. Die Artikel 25 und 26 sind in einer Institution explizit bekannt und werden als Grundlage für neue Entwicklungen in der Institution beschrieben. In beiden Institutionen der Langzeitpflege ist die UN-BRK nicht bekannt. Es wurde sichtbar, dass die Professionszugehörigkeit weniger eine Rolle spielt als die Ausrichtung der Institution: Pflegefachpersonen in den sozialpädagogischen Institutionen ist die UN-BRK bekannt, nicht jedoch den Pflegefachpersonen in der generellen Altersinstitution.

Der Pflege- und Betreuungsprozess wird in allen befragten Institutionen mit unterschiedlichen Instrumenten systematisch erfasst, dokumentiert und evaluiert. Jede Profession arbeitet mit den ihr gebräuchlichen Bezeichnungen: in der sozialpädagogischen Arbeit ist es der Entwicklungsplan in der Arbeit mit Bewohnenden im Erwerbsalter, im Bereich des Wohnens im Alter sind es die Instrumente von RAI oder BESA. Zielsetzungen werden in den sozialpädagogischen Institutionen im Bereich Erwerbsalter immer mit den Klientinnen und Klienten gemeinsam definiert. In den Bereichen Wohnen im Alter in den spezialisierten Institutionen wie auch in den Langzeitpflegeinstitutionen werden die Ziele nach Möglichkeit mit den Bewohnerinnen und Bewohner festgelegt. Als Hinderungsgrund wird zum Beispiel Demenz genannt.

Selbstbestimmung ist in beiden Arten von Institutionen ein sehr grosses Anliegen und viele Aussagen wurden diesbezüglich gemacht. Berufsangehörige aus Sozial- und Heilpädagogik argumentieren eher aus einer fachlichen Perspektive (Meta-Ebene), während die Pflegefachpersonen anhand von vielen Alltagsbeispielen das Anliegen nach Autonomie für die Bewohnerinnen und Bewohner beschreiben. Hier zeigt sich die Prägung durch die Profession in der Art der Argumentation.

Entwicklungsprozesse werden in beiden Arten von Institutionen beobachtet und geschildert. In zwei sozialpädagogischen Institutionen werden im Bereich Erwerbsleben Entwicklungsschritte hin zu einem beinahe selbständigen Leben beschrieben. Der Gewinn von Selbstvertrauen wird

als grundlegende Erfahrung erkannt. Dass ein Wechsel vom Wohnen im Seniorenalter in den Bereich Wohnen im Erwerbsalter auch als pensionierte Person möglich war, wird mit dem Wandel der Haltung in der Institution beschrieben: einer grösseren Offenheit gegenüber den Bedürfnissen der Klienten und Klientinnen. In einer anderen spezialisierten Institution wird die Chance auf einen Lernprozess von Bewohnerinnen und Bewohnern bezüglich des Zusammenlebens und des Umgangs mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung genannt. Dieser Prozess muss durch die Institution sorgfältig begleitet werden und es müssen unterschiedliche Angebote zur Auswahl stehen. In allen Wohnbereichen für alte Menschen (spezialisierte und generelle Altersinstitution) werden Entwicklungen in beide Richtungen beschrieben. Einerseits in einer Verbesserung oder Stabilisierung des Gesundheitszustandes durch regelmässige Mahlzeiten und soziale Kontakte, andererseits wird bei einem späten Eintritt in bereits fortgeschrittenem Krankheitsstadium eine schnelle Verschlechterung und ein baldiger Eintritt des Todes beobachtet. Es werden Bewohnende beschrieben, die sehr selbständig sind und ihren Aktionsradius nutzen, zum Beispiel mit dem Postauto wegfahren, soziale Kontakte auch ausserhalb der Institution pflegen. Der Anspruch auf Rehabilitation ist in beiden Arten von Institutionen auch für Menschen im hohen Alter unbestritten. Die Finanzierung stellt eine grosse Hürde dar. In den generellen Alterspflegeinstitutionen wird die fehlende Finanzierung durch die Krankenkassen beanstandet. Die in der Institution angebotenen rehabilitativen Massnahmen werden von diversen Berufsgruppen ausgeführt, vor allem aber durch die Pflege. Physiotherapie ist die am häufigsten genannte Berufsgruppe im Zusammenhang mit Rehabilitation. Dies wird von allen Befragten einheitlich so gesagt. In den spezialisierten Institutionen sind Angebote der Sehbehinderten-Rehabilitation bekannt und werden genutzt. In einer Institution wird Orientierungs- und Mobilitätstraining ausdrücklich für Bewohnende im Erwerbsalter genannt. Bewohnerinnen im Seniorenbereich werden mit Hilfsmitteln versorgt. In einer anderen spezialisierten Einrichtung stehen die Angebote der Sehbehinderten-Rehabilitation allen Bewohnenden zur Verfügung. In der dritten agogischen Institution bilden die sehbehinderungsspezifischen Rehabilitationsfachgebiete den Kern des Angebotes und gelten als unverzichtbar.

Die Frage nach Patientenedukation wurde ausschliesslich drei Pflegefachpersonen gestellt. Allen Interviewpartnerinnen war der Begriff bekannt. In einer sozialpädagogischen Einrichtung werden Ansätze von Patientenedukation in der Umsetzung in der Praxis erkannt, jedoch festgestellt, dass diese den theoretischen Ansprüchen nicht genügen. In beiden Langzeitpflegeeinrichtungen wird Patientenedukation nicht umgesetzt. Dafür werden Methoden wie Kinaesthetics, Basale Stimulation, Bobath eingesetzt. In einer Institution werden Konzepte als Rahmen für die tägliche Arbeit genannt (zum Beispiel ein Palliativ-Pflege-Konzept, ein Konzept für den Umgang mit Menschen mit Demenz).

Das Altersbild wird von allen Pflegefachpersonen als im Wandel beschrieben. Alte Menschen werden (in der Regel) als eigenständige, kompetente und mündige Persönlichkeiten betrachtet.

In einer Langzeitpflegeeinrichtung wird darauf hingewiesen, dass nicht alle Pflegenden diesen Schritt bereits gemacht haben und dass auch andere Dienste diesbezüglich noch Entwicklungsbedarf haben. Der wertschätzende Umgang mit alten Menschen wird in einer sozialpädagogischen Institution über eine sorgfältige Sprache und bewusste Anrede gesteuert. In einer anderen spezialisierten Einrichtung wird von der Fachperson Sozialpädagogik vorgeschlagen, das Wort Altersbild lieber mit dem Wort Menschenbild zu ersetzen. Der Begriff Alter wird erst im Zusammenhang mit Pflege als relevant beurteilt.

Bezüglich Zukunftsentwicklung wird in zwei spezialisierten Institutionen ein Kulturwandel gewünscht. Die Wahrnehmung und Umsetzung des sozialpädagogischen Auftrags auch im Altersbereich der Institution, damit einhergehend eine Fokusverschiebung der Pflege in Richtung Betreuung. Eine gesicherte Auslastung ist in zwei der spezialisierten Institutionen ein wichtiges Anliegen. Auch in einer generellen Langzeitpflegeeinrichtung wird ein Bewusstseinsprozess gewünscht, der die Lebensqualität der Bewohnerin, des Bewohners ins Zentrum stellt. In beiden Arten von Institutionen besteht der Wunsch nach gut ausgebildetem Personal.

6.3 Zusammenführung

Die rechtlichen Grundlagen des KVG und IVG welche die Finanzierung von Pflege und Betreuung und der behinderungsspezifischen Aspekte regeln sind für die Praxis ein wichtiger Gesichtspunkt, der gerne flexibler gehandhabt würde. Als Referenzmodell wird das Modell der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als Grundlage in den Richtlinien der SAMW, in der Literatur der Pflege und Sozialpädagogik für Rehabilitation verwendet. Die UN-BRK ist für die spezialisierten Einrichtungen eine Grundlage der täglichen Arbeit, in der generellen Altersinstitution ist sie nicht bekannt. Der im Theorieteil angesprochene Wandel in der Pflege, das sich verändernde Altersbild wird in der Praxis ebenfalls mehrfach betont.

7 Diskussion

7.1 Beantwortung der Fragestellung

Eine Sehbehinderung, die im Alter auftritt, hat für die betroffenen Personen Auswirkungen auf alle Bereiche des Lebens: Alltagsaktivitäten wie die Haushaltsführung, die Körperpflege und die Nahrungsaufnahme sind betroffen, die Pflege von sozialen Kontakten und Freizeitaktivitäten können eingeschränkt sein, der Bewegungsradius wird verringert, im psychisch-emotionalen Bereich kann Trauer oder depressive Verstimmung ausgelöst werden und die Person in eine Krise stürzen. Eine Sehbehinderung hat Auswirkungen auf die kognitiven Fähigkeiten einer Person: trotz intakter Denkfähigkeit sind Merk- und Konzentrationsfähigkeit durch die verminderte oder fehlende visuelle Information eingeschränkt. Dieser Umstand wird, auch von Fachpersonen, häufig als Demenz fehlinterpretiert. In den Interviews zeigte sich, dass Sehbehinderung im Alter in den spezialisierten Institutionen ein Alltagsthema darstellt. Die Konsequenzen für die betroffenen Personen werden in Abhängigkeit vom Zeitpunkt des Auftretens geschildert. Die Kombination mit anderen Beeinträchtigungen, zum Beispiel kognitive Beeinträchtigung, stellt eine besondere Herausforderung dar. In den generellen Alterseinrichtungen wird eine Beeinträchtigung des Sehens, aufgrund der vorhandenen Hilfsmittel (zum Beispiel Brillen und Lupen) als sehr häufig wahrgenommen. Die Kombination von Seh- und Höreinschränkung wird oft beobachtet.

Relevante Rahmenbedingungen bei Sehbehinderung im Alter sind die im Schweizerischen Recht verankerten Gesetze der Krankenversicherung und der Alters- und Hinterlassenenversicherung. Die 2014 von der Schweiz ratifizierte UN-BRK fordert die Schweiz auf, Massnahmen zu treffen, um altersunabhängig behinderungsspezifische Diskriminierung in jeglicher Form zu vermeiden. Die Forderung nach behinderungsspezifischer Pflege und Betreuung hat Konsequenzen. Die durch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften herausgegebenen Richtlinien zur Behandlung und Betreuung von älteren und pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderung bilden eine wichtige Grundlage für diese geforderte behinderungsspezifische Pflege und Betreuung. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ist eine zunehmend auch im Gesundheitswesen anerkannte Fachbasis für ein umfassendes Verständnis von Behinderung.

Wie begegnet die Langzeitpflege den rechtlichen Forderungen gemäss der Behindertenrechtskonvention? In den befragten Institutionen ist die UN-BRK nicht bekannt und aus diesem Grund nicht handlungsleitend. Die Sehbeeinträchtigung wird nicht als Behinderung wahrgenommen. Selbstbestimmung, Selbständigkeit, Lebensqualität, Beachtung der Bedürfnisse und Wünsche der Bewohnenden sind wichtige Anliegen. In der Langzeitpflege wird mit den Methoden von Kinaesthetics, Validation, Bobath und Konzepten der Palliativ-Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz gearbeitet. Der Anspruch an Rehabilitation auch für alte Menschen ist

unbestritten, die fehlende Finanzierung wird als Problem bezeichnet. Patientenedukation wird in der Praxis nicht umgesetzt.

Autonomie und Teilhabe sind wichtige Anliegen in der sozialpädagogischen Arbeit. Die Forderungen der UN-BRK sind in den sozialpädagogischen Institutionen bekannt und handlungsleitend. Selbstvertrauen gewinnen durch Ausprobieren, Erfahrungen machen, scheitern und wieder probieren dürfen ist eine wichtige Grundhaltung.

Pflege und Sozialpädagogik haben in Bezug auf den alten Menschen das gleiche Anliegen: Beide verfolgen das Ziel, Menschen im Alter grösstmögliche Selbstbestimmung, Autonomie, Gesundheit und Wohlbefinden erfahren zu lassen. Die beiden Professionen sprechen vom Gleichen, verstehen jedoch nicht das Gleiche darunter. Dieselben Begrifflichkeiten werden anders gefüllt - und anders gefühlt. Die beiden Professionen unterscheiden sich in ihrer Haltung ihrem Handeln gegenüber und in der Vorgehensweise. Eine unterschiedliche berufliche Sozialisation ist spürbar. Aus der Optik Sozialpädagogik hat der Einbezug des Umfeldes und dessen Gestaltung eine grosse Wichtigkeit. Aus der Optik Pflege wird eher die Person fokussiert, im Bewusstsein, dass diese eingebettet ist in ihr Umfeld. Die Person passt sich dem Umfeld an, nicht das Umfeld wird behinderungsspezifisch gestaltet. Eine Ausnahme bildet hier das selbstverständliche Vorhandensein von Bewegungsfreiheit, zum Beispiel für Rollstuhlbenützer in der Institution. Die Pflege im Alterswohnbereich von sozialpädagogischen Institutionen wird beeinflusst durch die Kultur der Behinderung in der Institution. Ein anderes, neues Denken und Handeln wird gefordert: Fördern und unterstützen - anstelle von sorgen für und übernehmen. Wenn die beiden Professionen miteinander im Dialog sind, können sie voneinander lernen. Die Pflege ist angehalten, sozialpädagogisches Handeln zu lernen um Menschen mit Behinderung im Alter gerecht zu werden. Die Priorisierung der Pflege muss überdenkt werden, Betreuung soll an erster Stelle stehen, Pflege an zweiter. Eine medizinisch-pflegerisch fachkompetente Versorgung der Bewohnenden stellt die Grundlage dar. Die Pflege verändert ihre Rolle weg vom fürsorglichen Handeln hin zu Entwicklungs-Begleitung und Coaching.

Die Haupt-Fragestellung lautet: Welche Konsequenzen hat es, ob eine Person mit Sehbehinderung im Alter als chronisch krank oder als behindert beurteilt und behandelt wird?

Sehbehinderung im Alter ist beides: Krankheit und Behinderung. Eine Sehschädigung ist in der Regel eine chronische Krankheit (langandauernd, nicht heilbar, progressiv), die sich als Behinderung auswirkt. Bei den Altersstufen Kind/Jugendlich/Erwerbsalter wird eine Sehschädigung als Behinderung wahrgenommen und mit umfassenden Rehabilitationsangeboten abgedeckt. Bei Menschen im Rentenalter wird eine Sehbeeinträchtigung als Krankheit betrachtet, das Rehabilitationspotential steht nicht im Vordergrund. Dies wird durch die rechtlichen Rahmenbedingungen zementiert und ist auch eine Frage des Altersbildes. Das Ausmass der Auswirkungen, deren "Einordnung" und Behandlung und Umgang verändern sich je nach Berufsfokus. Wenn

im pflegerischen Kontext das Bewusstsein für Behinderung und ihre Dimensionen fehlt, fehlen auch die Möglichkeiten oder Angebote der spezifischen Rehabilitation und Umfeldgestaltung.

7.2 Fazit und Ausblick

Zu Beginn des Arbeitsprozesses wollte ich die Fragestellung im Rahmen einer Theoriearbeit bearbeiten. Im Arbeitsverlauf erforderte die Integration der Sicht der Praxis eine Anpassung. Diese Änderung führte dazu, dass ich mich in der Folge hauptsächlich auf die Interviews und deren Auswertung konzentrierte. Der Anteil der bearbeiteten Theorie musste reduziert werden und auch bezüglich Differenzierung in der Bearbeitung musste ich Abstriche machen. Das ist unbefriedigend. Auf der anderen Seite war der Prozess der Datenaufbereitung und -analyse extrem spannend und lehrreich. In der Phase des Transkribierens wurde mir bewusst, wie viel Inhalt in einem Gespräch nicht aufgenommen, überhört und erst bei der Niederschrift wieder bewusst, oder auch ganz neu gehört wird. In der Phase der Analyse fiel es mir sehr schwer, eine Auswahl der Ankerbeispiele zu treffen. Es hätte so viele treffende Aussagen gegeben, um die Ergebnisse zu illustrieren. Ich habe es als persönliche Übung betrachtet, diese vielen Ankerbeispiele nicht in den Anhang zu verschieben, sondern mich wirklich auf eine begrenzte Anzahl und diejenigen mit der höchsten Aussagekraft zu beschränken. Wissenschaftliches Vorgehen ist streng und spannend. Der Umgang mit dem umfangreichen Material, welches in Interviews in sehr angenehmer und wohlwollender Atmosphäre entstanden ist, war herausfordernd. An dieser Stelle bedanke ich mich herzlich für die Bereitschaft und Offenheit aller Gesprächspartnerinnen und -partner. Die Interviews zu führen, war ein echter Gewinn für mich. Zu erfahren, dass die Thematik dieser Masterthesis in der Praxis auf Interesse stösst, Entwicklungen, die angedacht sind aufnimmt, war eine sehr positive Erfahrung.

Fachlich habe ich speziell durch die Bearbeitung der Richtlinien der SAMW und des ICF profitiert. Das Verständnis für Aspekte von Teilhabe, Selbstbestimmung, Partizipation und andere ist mir aus der Perspektive der früh erworbenen oder angeborenen Behinderung klar geworden. Aus der Sicht der Rechte und Ansprüche von Menschen mit Behinderung hat sich mir ein anderer Blickwinkel eröffnet, was ich für meinen Aufgabenbereich im Kompetenzzentrum für Sehbehinderung im Alter (KSIA) als sehr hilfreich erachte. Mir ist klar geworden, warum für die Kurs teilnehmenden aus dem Bereich Pflege die Thematik teilweise nicht nachvollziehbar ist und auch nicht klar, was denn in Zukunft anders gemacht werden soll. Ich denke, dass das Modell der ICF diesbezüglich eine hilfreiche Basis für das Behinderungsverständnis in den Kursen bieten kann. Ansprüche von Menschen mit Sehbehinderung im Alter sind diejenigen von behinderten Menschen.

Das umfangreiche Datenmaterial konnte ich im Rahmen dieser Arbeit nicht erschöpfend bearbeiten. Um breiter abgestützte Resultate zu erhalten, wäre es notwendig, mit einer deutlich grösseren Anzahl Institutionen die Befragung durchzuführen.

Im Rahmen der Literaturbearbeitung fällt auf, dass viele Begrifflichkeiten unterschiedlich definiert und genutzt werden und dadurch eine klare Trennung bezüglich der Konzepte der Pflege und der Sozialpädagogik nicht so eindeutig gezogen werden kann, wie ich das zu Beginn der Arbeit gedacht habe. Mehr Differenzierung wäre nur im Rahmen einer ausschliesslichen Theoriearbeit realistisch gewesen. Patientenedukation beinhaltet hilfreiche Anteile für einen ermächtigenden Umgang mit einer Sehbehinderung im Alter, greift jedoch für eine sinnesbehinderungsspezifische Pflege und Betreuung zu kurz. Es fällt auf, dass pflegerische Konzepte zunehmend nicht die Krankheit in den Vordergrund stellen, sondern Gesundheitsaspekte betonen. Ein wichtiges Anliegen, auch für Menschen mit Sehbehinderung im Alter.

Ich bedanke mich bei allen Personen, die mir während der Entstehung dieser Masterthesis mit Rat und Tat, Geduld und Nachsicht beigestanden sind und mich unterstützt haben. An dieser Stelle möchte ich mich bei Barbara Baumeister für ihre Begleitung bedanken und dafür, dass sie mich aus der Reserve gelockt hat.

8 Literaturverzeichnis

- ABA Association pour le Bien des Aveugles et malvoyants. (2005). *Voir en EMS: Rapport de l'étude sur la présence des déficits visuels dans la population agée vivant en EMS*. Etude conduite par Marie-Paule Christiaen-Colmez en collaboration avec Guy Donati et M. Markus W. Braun. Genève: ABA.
- Bayer (2015). *Für mehr Klarsicht. Informationsbroschüre zur altersbedingten Makuladegeneration*. Zürich: Bayer (Schweiz) AG.
- DIMDI. ICD-10-GM Version 2017. *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. 10. Revision. German Modification. Version 2017. Abgerufen am 04.01.18 unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/#VII>
- Fang, P.P., Schnetzer, A., Kupitz, D.G., Göbel, A.P., Kohnen, T., Reinhard, T., Lorenz, B., Hoerauf, H., Wagenfeld, L., Auffarth, G., Schaub, F., Thieme, H., von Livonius, B., Alten, F., Robering, A., Brandl, C., Ziemssen, F., Krummenauer, F., Holz, F.G. & Finger, R.P. (2017). Ophthalmologische Versorgung in Seniorenheimen. Die OVIS-Studie. In: *Der Ophthalmologe*. 22. August 2017. DOI 10.1007/s00347-017-0557-0
- Gödecker-Geenen, N. & Hegeler, H. (2010). Soziale (Alten-)Arbeit in der Rehabilitation. In K. Aner & U. Karl (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 129-137). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hacker, M., Slobodenka, S. & Titzer, H. (2017). *Edukation in der Pflege*. Wien: Facultas.
- Hasseler, M. (2013). Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege und Gesundheitsversorgung älterer Menschen. In M. Hasseler, M. Meyer & T. Fischer (Hrsg.), *Gerontologische Pflegeforschung. Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven für die Praxis* (S. 71-72). Stuttgart: Kohlhammer Altenpflege.
- Heussler, F. (2014). "Ich bin nicht krank, aber ich sehe nicht gut!" Behindertenrechtskonvention und Menschen mit Sehbehinderung im Alter im Heim. *tactuel Die Fachzeitschrift für das Blinden, Taubblinden- und Sehbehindertenwesen* (2/2014), S. 11-12.
- Heussler, F., Seibl, M. & Wildi, J. (2013). *Goldene Regeln: Sehbehinderung im Alter angemessen begegnen – 33 Regeln mit Kommentaren*. Zürich: KSIA.
- Heussler, F., Wildi, J. & Seibl, M. (2016). *Menschen mit Sehbehinderung in Alterseinrichtungen. Gerontagogik und gerontagogische Pflege – Empfehlungen zur Inklusion*. Zürich: Seismo.

- INSOS – Nationaler Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Behinderung (2009). *Das Konzept der Funktionalen Gesundheit. Grundlagen, Bedeutung und Einsatzmöglichkeiten am Beispiel der Behindertenhilfe*. Fachbeiträge von Prof. Dr. Daniel Oberholzer, mit einem Vorwort von Bundesrat Pascal Couchepin. Bern/ Lausanne: INSOS. Abgerufen am 04.01.18 unter: <http://www.insos.ch/assets/Downloads/Broschuere-Konzept-Funktionale-Gesundheit.pdf>
- Kozisnik, P. (2016). Pflegeberatung im Kontext der Pflegediagnostik. In R. Jurkowitsch & G. Schröder (Hrsg.), *Edukation und Kommunikation im Gesundheitswesen. Aufgaben - Möglichkeiten – Umsetzung* (S. 99-108). Wien: Facultas.
- Lauber, A & Schmalstieg, P. (2018). *Prävention und Rehabilitation. verstehen und pflegen 4. Professionelle Pflege in allen Altersstufen*. (4. Auflage). Stuttgart/New York: Thieme.
- Lehrl, S. & Gerstmeyer, K. (2004). Systematische Fehleinschätzung von Altersdemenz durch kataraktbedingte Minderung der Informationsverarbeitung. *Der Ophthalmologe, Vol 101* (2), 164-169.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (5. Auflage). Weinheim & Basel: Beltz.
- Riedel, A. (2013). Pflegeprofessionelle Beratung älterer Menschen. In M. Hasseler, M. Meyer & T. Fischer (Hrsg.), *Gerontologische Pflegeforschung. Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven für die Praxis* (S. 44-63). Stuttgart: Kohlhammer Altenpflege.
- SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.). (2013). *Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen*. 7. Auflage. Basel: SAMW. Abgerufen am 22.12.17 unter: <http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>
- SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.). (2017a). *Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung*. 3. Auflage. Basel: SAMW. Abgerufen am 22.12.17 unter: <http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>
- SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.). (2017b). *Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz*. Basel: SAMW. Abgerufen am 15.01.18 unter: <http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>
- Schweppe, C. (2005). Alter und Sozialpädagogik – Überlegungen zu einem anschlussfähigen Verhältnis. In C. Schweppe (Hrsg.), *Alter und Soziale Arbeit, Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder* (S. 32-46). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

- Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen SZB (Hrsg.) (2012). *Sehbehinderung und Blindheit: Entwicklung in der Schweiz*. Eine Publikation zur Frage "Wie viele sehbehinderte, blinde und hörsehbehinderte Menschen gibt es in der Schweiz?". St. Gallen: SZB.
- Sutter, F. (2017). *Netzhautdegenerationen: Ein anderes Sehen* (4. Aufl.). Zürich: Retina Suisse.
- Website des Bundesrates zur *UN-Behindertenrechtskonvention – Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung* (Stand 9. Juni 2017), abgerufen am 4.1.18 unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20122488/>
- Winkler, M. (2005). Sozialpädagogik im Ausgang der Freiheit. Versuch einer Annäherung an üblicherweise nicht gestellte Fragen. In C. Schweppe (Hrsg.), *Alter und Soziale Arbeit, Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder* (S. 6-31). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

9 Anhang A - Abkürzungsverzeichnis

ABA	Association pour le Bien des Aveugles et malvoyants
AHVG	Alters- und Hinterlassenenversicherungsgesetz
AMD	Altersbedingte Makuladegeneration
BADL	Basic Activities of Daily Living
BL	Bereichsleitung
BLE	Bereichsleitung Wohnen im Erwerbsalter
BLP	Bereichsleitung Pflege
BLS	Bereichsleitung Wohnen im Seniorenalter
BW	Bewohnerin, Bewohner, Bewohnende
bzw.	beziehungsweise
CBS	Charles-Bonnet-Syndrom
Dipl.	Diplomiert
DNI	Pflegefachfrau Diplommiveau I
FA SRK	Fähigkeitsausweis Schweizerisches Rotes Kreuz
FaBe	Fachangestellte Betreuung
FaGe	Fachangestellte Gesundheit
GL	Geschäftsleitung
SAG	Schule für Angewandte Gerontologie
GLW	Gesamtleitung Wohnen
hp	Heilpädagogik
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
Inst.	Institution
IVG	Invalidenversicherungsgesetz
KSIA	Kompetenzzentrum für Sehbehinderung im Alter
KVG	Krankenversicherungsgesetz
LPF	Fachgebiet Lebenspraktische Fähigkeiten
LV	Fachgebiet Low Vision
LWA	Leitung Wohnen im Alter
MA	Mitarbeiterin, Mitarbeiter, Mitarbeitende
MAS	Master of Advanced Studies

O+M	Fachgebiet Orientierung und Mobilität
OVIS	Ophthalmologische Versorgung in Seniorenheimen
PE	Pflegeexpertin
pfl	Pflege
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SB	Sehbehinderung
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer
soz	Sozialpädagogik
SRK-Grundkurs	Pflegehelferin Schweizerisches Rotes Kreuz
Stv.	Stellvertretende
SZB	Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen
UN-BRK	Behindertentrechtskonvention der Vereinten Nationen
WB	Weiterbildung
WHO	Weltgesundheitsorganisation

10 Anhang B - Leitfaden für die Expertengespräche

(Version 2, 15.12.17)

Einstieg:

Kurze Vorstellung JW, Zeit-Rahmen des Gesprächs festlegen, Einholen Erlaubnis für Audioaufnahme für Transkription.

Thema, Ziel und Absicht der Masterarbeit ausführen um eine Basis für die Fragen zu schaffen.

Eisbrecherfragen:

Zur Person:

- Wie lange sind Sie bereits in Ihrer Funktion tätig? Beruflicher Werdegang, Ausbildungen, Alter?

Zur Institution:

- Wie viele BW, Klienten, Betreute etc. wohnen in Ihrer Institution? Altersspanne? Durchschnittliche Aufenthaltsdauer?
- Sind Sie Führungsperson/Vorgesetzte? Welche Berufsgruppen sind in Ihrem Bereich tätig?

Zu Sinnesbehinderung (Seh- und Hörbehinderung):

- Wie häufig kommen Sinnesbehinderungen in Ihrer Institution vor? Wie zeigt es sich?
- Sind die betroffenen Personen medizinisch abgeklärt?
- Ist Seh- und Hörbehinderung ein Thema in Ihrer Institution?

Leitende Fragen:

1. Wie wird in Ihrem Bereich, Betrieb die Forderung der UN-BRK umgesetzt? (Relevante Textstelle vorlegen bzw. bereits im Vorfeld zugeschickt). Hat es Anpassungen gegeben?
2. Wie gestalten Sie den Pflege-Betreuungsprozess?
3. Wie werden Ziele formuliert? Mit den Klientinnen und Klienten vereinbart?
4. Wie gewährleisten Sie die Selbstbestimmung der Klientinnen/Klienten?
5. Welches Altersbild "lebt" in Ihrer Institution? Wie wirkt es sich auf die MA und deren Arbeit aus?
6. Welche Entwicklungen bzgl. der BW/KlientInnen können Sie in Ihrer Institution, bzw. Ihrem Bereich beobachten? Worauf führen Sie diese zurück?
7. Welche Ziele möchten Sie in der Pflege und Betreuung der BW, Klientinnen/Klienten in Zukunft erreichen? Welche Ideen möchten Sie umsetzen? Wo sehen Sie Entwicklungsbedarf?
8. Welche Erfahrungen machen Sie mit rehabilitativen Ansätzen? Welche Methoden werden in der Institution angewandt? Ggf. Ist Patientenedukation bekannt und umgesetzt?
9. In welchen Bereichen wünschen Sie sich Unterstützung? Wie sollte diese aussehen?

Abschluss:

Angebot für Ergänzung machen: Möchten Sie noch etwas anfügen, ergänzen?

Bedanken für das Interview.

Weiteres Vorgehen skizzieren: Gespräche die noch anstehen, bereits stattgefunden haben.

Angebot für Information über Erkenntnisse machen. Form noch offen.

Bedanken, kleines Präsent übergeben und verabschieden.

Unterlagen für das Interview:

- Buch KSiA
- BRK-Auszug
- Präsent
- Vorstellung JW Stichworte
- Leitfadenfragen
- Block
- Aufnahmegerät und Ersatzbatterien

11 Erklärung

Hiermit erkläre ich, die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst zu haben und keine anderen als die im Literaturverzeichnis aufgeführten Quellen benutzt zu haben.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____