

Zeitschrift: Curaviva : Fachzeitschrift
Herausgeber: Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz
Band: 89 (2018)
Heft: 11: Religion & Spiritualität : Deutungen der sichtbaren und der unsichtbaren Welt

Artikel: Sehbehinderung im Alter wird manchmal irrtümlich für eine Demenz gehalten : die grosse Gefahr einer Fehldiagnose
Autor: Loher, Marion
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-834442>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 16.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Sehbehinderung im Alter wird manchmal irrtümlich für eine Demenz gehalten

Die grosse Gefahr einer Fehldiagnose

Sehbehinderungen im Alter sind häufig, bleiben oft aber unerkannt oder werden verschwiegen. Die Folgen sind kognitive, funktionale und emotionale Einbussen, die auch mit einer demenziellen Entwicklung verwechselt werden können. Die Konsequenzen sind gravierend.

Von Marion Loher

Im Alter werden die Augen schwächer, die Sehfähigkeit lässt nach. Das ist selbst Laien bekannt und gehört zum Alterungsprozess wie Falten, schütteres Haar und weniger Leistungsfähigkeit. Gleichzeitig sind diese nicht pathologischen Veränderungen ein Grund, weshalb Augenerkrankungen im Alter oftmals weder von den Betroffenen selbst noch von den Angehörigen erkannt werden. Probleme beim Sehen werden als normal empfunden und als unvermeidliche Altersbeschwerden hingenommen.

Sehbehinderungen im Alter sind jedoch häufig. Gemäss einer Publikation des Schweizerischen Zentralvereins für das Blindenwesen von 2012 sind 20,5 Prozent der über 80-jährigen Schweizerinnen und Schweizer sehbehindert. Ein grosser Teil von ihnen lebt wegen der starken Seheinschränkungen in Alters- und

Pflegeeinrichtungen. Die häufigsten Erkrankungen, die im fortgeschrittenen Alter zu einer Sehbehinderung führen, sind: altersbedingte Makuladegeneration (AMD, feuchte und trockene Form), Katarakt (Grauer Star), Glaukom (Grüner Star), Netzhautablösung und Diabetische Retinopathie.

«Betroffene sprechen meistens aus Scham oder aus Angst vor dem, was auf sie zukommen könnte, nicht über ihre Beeinträchtigung – oder einfach deshalb, weil sie es selbst gar nicht

realisieren», sagt Fatima Heussler. Die Gerontologin leitet seit acht Jahren das Kompetenzzentrum für Sehbehinderung im Alter (KSiA) in Zürich. Das Kompetenzzentrum vermittelt spezifisches Fachwissen zu Sehbehinderungen im Alter an Fachpersonen des Gesundheitswesens und der Altersarbeit, getragen wird es vom gemeinnützigen Verein für Menschen mit Sehbehinderung im Alter. Zusammen mit ihren beiden Mitarbeiterinnen Judith Wildi und Magdalena Seibl hat Fatima Heussler ein Buch zum Thema «Menschen mit Sehbehinderung in Alterseinrichtungen» geschrieben und herausgegeben.

Mit dem Gehirn sehen

Die Expertin sagt: «Bilder entstehen nicht im Auge, sondern im Gehirn. Deshalb sind neuroophthalmologische Erkenntnisse wichtig für das Verständnis von Sehschädigungen und ihren Folgen.» Dabei nennt sie zwei Phänomene, die im Zusammenhang mit einer erworbenen Sehschädigung auftreten können.

Zum einen das «Filling-in»: Das Gehirn ergänzt fehlende Informationen mit noch vorhandenen visuellen Informationen. Das Fehlende erscheint nicht als schwarzer oder weisser Fleck, die Betroffenen nehmen ein ganzes, allerdings unscharfes Bild wahr und «sehen» deshalb nicht, was sie nicht sehen. Der betagte Mann beispielsweise sieht wegen seines zentralen Gesichtsfeldausfalls zwar unscharf

den Tisch vor sich, aber nicht das Glas, das direkt vor ihm steht. Er erkennt nicht, dass ihm eine Information fehlt, weil kein schwarzer oder weisser Fleck da ist, und er ist überzeugt, dass er kein Getränk bekommen hat.

Zum anderen ist es das Charles-Bonnet-Syndrom (CBS). Dabei handelt es sich um eine visuelle Halluzination, analog dem Phantomschmerz oder dem Tinnitus. Das Gehirn produziert eigene Bilder. «Betroffene berichten von Menschen im Zimmer,

Beim «Filling-in» ergänzt das Hirn Leerstellen, beim Charles-Bonnet-Syndrom erfindet es.

>>

Löchern im Boden oder gar absurden Dingen wie Chinesen auf einem Baum», sagt Fatima Heussler. «Die Phantombilder des CBS an sich sind nicht furchterregend, aber die Vorstellung, «verrückt» zu werden – oder die entsprechenden Zuschreibungen von Dritten –, können belastend sein.»

Ein weiteres Phänomen ist die zeitliche Desorientierung aufgrund einer Störung der Melatoninproduktion. Das Hormon Melatonin steuert den Tag-Nacht-Rhythmus, der vom Lichteinfall durch die Augen abhängig ist. «Kommt wegen einer trüben Linse oder Ähnlichem nicht mehr genügend Licht ins Auge, wird die Melatonin-Bildung gestört und der Tag-Nacht-Rhythmus gerät aus dem Gleichgewicht», erklärt die Expertein. Das könne dazu führen, dass jemand in der Nacht aufwache und frühstücken möchte.

Gravierende Konsequenzen

Die Folgen dieser Phänomene sind, dass Betroffene von ihrem Umfeld für verwirrt und fahrig gehalten werden, weil sie zeitlich und örtlich desorientiert wirken. Hinzu kommt, dass eine Sehbehinderung oft von Wut, Trauer und Depression begleitet wird. Alle Symptome, die auch auf eine demenzielle Entwicklung hinweisen können. «Eine Sehschädigung, die nicht behandelt wird, kann zu Einbussen der kognitiven Leistung führen», sagt Fatima Heussler. «Das erscheint wie eine Demenz.»

Doch nicht nur Angehörige denken bei solchen Symptomen rasch an Demenz. Auch Fachleute halten alte Menschen mit Sehbehinderung oft für dement. «Während in fachlichen Kreisen und in der Öffentlichkeit das Thema Demenz seit einigen Jahren stark präsent ist, sind die Auswirkungen einer im Alter neu auftretenden Sehschädigung noch zu wenig bekannt», sagt die Fachfrau. «Die Gefahr einer Fehlbeurteilung ist gross.» Und die Konsequenzen sind gravierend: falsche Behandlung, Diskriminierung, Verlust der Selbstständigkeit, Entmündigung.

Nach Staroperation «verschwindet Demenz»

Siegfried Lechl und Kristian Gerstmeyer haben im Rahmen einer Studie die kognitive Leistung und den Demenzgrad von Patienten mit Grauem Star vor und nach der Operation untersucht. Sie stellten fest, dass bei den Patienten mit einer Demenzausprägung diese nach der Operation ganz weg oder mindestens deutlich reduziert war. Das bedeutet aber nicht, dass Demenz durch eine Katarakt-Operation geheilt werden könne, schreibt Magdalena Seibl, wissenschaftliche Mitarbeiterin am KSIA, in einem Fachartikel. Vielmehr sei die Ableitung «Demenz» aus den Testergebnissen zur kognitiven Leistung falsch gewesen, da die Patienten nach der Operation ihre kognitiven Fähigkeiten wiedererlangten. Genauer genommen: Nach dem operativen Eingriff verschwanden die Anzeichen von Altersdemenz, weil die Betroffenen gar nie an einer solchen erkrankt waren.

«Personen mit Demenz sind nicht mehr fähig, kognitive Leistungen zu erbringen», sagt Fatima Heussler. «Bei Personen mit einer Sehbehinderung hingegen ist die kognitive Leistungsfähigkeit noch vorhanden. Sie können die Leistung aber nicht

mehr erbringen, da ganz viele Informationen fehlen, wie beispielsweise beim zentralen Gesichtsfeldausfall.» Eine auf Demenz ausgerichtete Pflege sei deshalb die falsche Therapie.

Trotzdem erhält anscheinend eine grosse Zahl von älteren Menschen mit einer Sehbehinderung und mit Pflegebedarf eine Behandlung, die auf Demenz fokussiert, statt auf Unterstützung für ein selbstständiges Leben mit der Sinnesbehinderung. Betroffen dürften etwa bis zu 15 Prozent der sehbeeinträchtigten Pflegebedürftigen sein. Diesen Schluss erlaubt die Studie

«Sehen und Hören in Spitex und Heimpflege» des Schweizerischen Zentralvereins für das Blindenwesen SZB von 2017. Auf der Grundlage von 40 000 Datensätzen aus dem Datenerfassungsinstrument RAI wurde untersucht, wie viele der Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen sowie der zuhause gepflegten Personen an einer Seh-, Hör- oder Hörsehbehinderung leiden. Mit der Untersuchung wurde unter anderem aufgezeigt, in welchen Dimensionen ein vermindertes Sehvermögen und Demenz bei diesen Gruppen auftreten.

«Sehen und Hören in Spitex und Heimpflege» des Schweizerischen Zentralvereins für das Blindenwesen SZB von 2017. Auf der Grundlage von 40 000 Datensätzen aus dem Datenerfassungsinstrument RAI wurde untersucht, wie viele der Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen sowie der zuhause gepflegten Personen an einer Seh-, Hör- oder Hörsehbehinderung leiden. Mit der Untersuchung wurde unter anderem aufgezeigt, in welchen Dimensionen ein vermindertes Sehvermögen und Demenz bei diesen Gruppen auftreten.

Schlechtes Sehen führt zu falschen Demenztestergebnissen

In der Studie heisst es: Bei 53 Prozent der untersuchten Heimbewohner und bei 9 Prozent der durch die Spitex gepflegten untersuchten Menschen werde anhand klarer Beobachtungsmerkmale oder einer medizinischen Diagnose von kognitiven Beeinträchtigungen mit «moderater Auswirkung» berichtet. Bei weiteren Patientinnen und Patienten werde von kognitiven Beeinträchtigungen mit milden Auswirkungen (Heime: weitere 13 Prozent, Spitex: weitere 20 Prozent) berichtet. «Bei Personen, die schlecht sehen oder schlecht hören, erfolgt dies deutlich öfter als bei Personen ohne Sinnesbeeinträchtigungen», schreiben die Autoren. «Dies führt uns zu einer kritischen Betrachtung der eingesetzten Beobachtungsmerkmale und zur Empfehlung, bei diesen Personen die Demenzabklärung in einem spezifischen Verfahren durchzuführen.» Sie schlussfolgern: «Menschen mit Seheinsbussen, für die eine Demenzabklärung als nötig erachtet wird, riskieren eine Fehleinschätzung.» Ihnen wird empfohlen, das Sehvermögen vorgängig ärztlich abzuklären und sich mit diesen Ergebnissen an eine Memory-Klinik zu wenden.

«Dies führt uns zu einer kritischen Betrachtung der eingesetzten Beobachtungsmerkmale und zur Empfehlung, bei diesen Personen die Demenzabklärung in einem spezifischen Verfahren durchzuführen.» Sie schlussfolgern: «Menschen mit Seheinsbussen, für die eine Demenzabklärung als nötig erachtet wird, riskieren eine Fehleinschätzung.» Ihnen wird empfohlen, das Sehvermögen vorgängig ärztlich abzuklären und sich mit diesen Ergebnissen an eine Memory-Klinik zu wenden.

nissen an eine Memory-Klinik zu wenden. Von den üblichen Screening-Verfahren wie beispielsweise dem Mini-Mental-Status-Test oder dem Uhrentest raten die Autoren der Studie für eine Abklärung bei Seheinsbussen ab. Diese Untersuchungen seien «ungenügend». Die Gerontologin Fatima Heussler erklärt, weshalb: «Beim Mini-Mental-Status-Test kön-

Auch Fachleute halten Senioren mit Sehbehinderung für dement. Die Folge: Fehlbehandlungen.

Beim Mini-Mental-Status-Test erreicht man bei einer Sehbehinderung knapp mehr als bei Demenz.

Studie: «Sehen und hören in Spitex- und Heimpflege 2017.

Eine explorative Studie zu Sinneserkrankungen und Demenz im Spiegel des RAI Assessments in Alters- und Pflegeheimen sowie in der ambulanten Krankenpflege der Schweiz», von Stefan Spring, Forschungsbeauftragter Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen SZB, Zürich.



Sehbehinderung im Alter: Manchmal deuten sogar Fachleute die Auswirkungen fälschlicherweise als Demenzerkrankung.

Foto: SZB

nen insgesamt 30 Punkte gemacht werden. Wer 18 Punkte erreicht, hat eine mittlere Demenz.

Menschen mit einer unbekanntem oder verschwiegenen starken Sehschädigung können 20 Punkte schaffen, sind also sehr nahe bei einer mittleren Demenz und dementsprechend nahe an einer Fehldiagnose.» Die Expertin empfiehlt denn auch, vor jeder Demenzabklärung die Sehkraft separat medizinisch testen zu lassen. «Solche Untersuchungen sind im Vergleich kostengünstiger», sagt sie. Eine Demenz wird damit zwar nicht ausgeschlossen, eine Fehlbeurteilung allerdings schon.

Eine sehbehindertenspezifische Betreuung

Mit der Studie macht der Schweizerische Zentralverein für das Blindenwesen SZB auf einen dringenden Handlungsbedarf aufmerksam. Senioren, die in Alters- und Pflegeheimen oder zuhause betreut werden, sollen eine Pflege erhalten, die auf ihre Sinnesbeeinträchtigung Rücksicht nimmt und darauf ange-

passt ist, schreiben die Autoren. Dasselbe fordern auch Fatima Heussler und ihre Mitarbeitenden am KSiA. «Wenn mit der sehbehinderungsspezifischen rehabilitativen Unterstützung frühzeitig begonnen wird, können kognitive Einbußen minimal gehalten werden. Die Selbstständigkeit kann verbessert und die Lebensqualität erhöht werden», so die Gerontologin.

Doch wie können Pflegefachkräfte, Angehörige und Betroffene der Sehbehinderung im Alter angemessen begegnen? Antworten geben Fatima Heussler, Judith Wildi und Magdalena Seibl mit ihren 33 goldenen Regeln, die sie in ihr Buch aufgenommen haben. «In erster Linie geht es darum, mit den Betroffenen zu reden, ihnen das zu sagen, was für sie wichtig ist. Das schafft Sicherheit und Klarheit, und sie haben die Möglichkeit, sich in einer Situation zu orientieren, zu reagieren und Kontakt aufzunehmen», sagt Fatima Heussler.

Entlastung für Mitarbeitende

Sie nennt ein paar Beispiele: Betroffene sollten möglichst unter Nennung des eigenen Namens angesprochen werden, damit sie nicht verwirren müssen, wer nun mit ihnen spricht. Zudem sollte immer über weitere Anwesende im Raum informiert, nicht mit anderen Personen nonverbal kommuniziert und das Essen nach der Uhr gerichtet werden. «Die Regeln helfen, ein sehbehindertenfreundliches Umfeld zu schaffen, in dem die behindernden Umweltfaktoren reduziert werden und die Sehbeeinträchtigung mit ihren Folgen normal ist.»

Das sehbehindertenspezifische Schaffen funktioniert am besten, wenn es interdisziplinär erfolgt. «Und wenn es funktioniert», fügt die Expertin hinzu, «dann bedeutet es auch eine Entlastung für die Mitarbeitenden sowie

eine Steigerung der fachlichen Sicherheit und eine Minderung der Personalfuktuation. Zudem erwarten wir eine Stabilisierung der Langzeitpflegekosten, wenn nicht gar eine Senkung der Kosten.»

Letzteres wäre vor allem darauf zurückzuführen, dass Fehlbeurteilungen von Demenz statt Sehbehinderung seltener werden und die Selbstständigkeit von betagten Menschen mit einer Sehbehinderung gesteigert wird. Damit kann nicht nur den Betroffenen geholfen, sondern auch das Gesundheits- und Sozialsystem entlastet werden. ●

Buchhinweis: Fatima Heussler, Judith Wildi und Magdalena Seibl (Hrsg.): Menschen mit Sehbehinderung in Alters-einrichtungen. Gerontagogik und gerontagogische Pflege – Empfehlungen zur Inklusion, Seismo Verlag, Zürich 2016.
