



STIFTUNG KATH. FAMILIEN-
UND ALTENPFLEGEWERK

Abschlussbericht

Modellprojekt

„Verbesserung der stationären Versorgung (Pflege und Betreuung) von sehbehinderten Pflegebedürftigen“

Stand Januar 2015



Landeshauptstadt
München



Zentrum Bayern
ZBFS Familie und Soziales



Kuratorium
Deutsche Altershilfe

gefördert durch
Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege



Festhalten,



was verbindet.

Bayerische Demenzstrategie

Modellprojekt

**„Verbesserung der stationären Versorgung (Pflege und
Betreuung) von sehbehinderten Pflegebedürftigen“**

Abschlussbericht

Projektdauer: Juli 2011 – Juni 2014

Erstellt von

Anita Götzer, MSc und Jutta Bachleitner, Dipl.Soz.-Päd.

unter der Beratung von

Prof. Dr. Ralf Twenhöfel

für die

Stiftung Kath. Familien- und Altenpflegewerk München

Januar 2015

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Vorwort..... | 5 |
| 1 Relevanz des Themas..... | 5 |
| 2 Projektbeschreibung..... | 7 |
| 2.1 Projektinhalt und Projektziel..... | 8 |
| 2.2 Projektphasen | 8 |
| 2.3 Teilnehmende Einrichtungen | 9 |
| 2.4 Projektgrundsätze | 10 |
| 3 Konzeptentwicklung | 10 |
| 3.1 Begriffsklärung | 11 |
| 3.2 Literaturrecherche | 12 |
| 3.3 Praxisrecherche | 15 |
| 3.4 Bauliche / räumliche Anforderungen – Zusammenarbeit mit Architekten | 16 |
| 3.5 Fachärztliche Versorgung – Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Augenärzte .. | 17 |
| 3.6 Erhebungsinstrumente | 18 |
| 4 Entwicklung des Fortbildungscurriculums | 19 |
| 4.1 Medizinische Grundlagen..... | 21 |
| 4.2 Orientierung und Mobilität, Lebenspraktische Fähigkeiten..... | 22 |
| 4.3 Kommunikation..... | 23 |
| 4.4 Tagesstrukturierung | 24 |
| 4.5 Pflegeplanung | 24 |
| 4.6 Rechtliche Grundlagen..... | 25 |
| 5 Durchführung und Evaluation der Fortbildung | 26 |
| 5.1 Projekt- und Situationsbeschreibung | 26 |
| 5.2 Methodische Vorgehensweise | 29 |
| 5.3 Evaluationsvorgehen..... | 32 |

| | | |
|-------|---|----|
| 6 | Projektergebnisse..... | 33 |
| 6.1 | Darstellung der Ergebnisse..... | 34 |
| 6.1.1 | Selbsteinschätzung der Teilnehmenden..... | 34 |
| 6.1.2 | Evaluation der Fortbildungseinheiten..... | 35 |
| 6.1.3 | Gruppeninterviews..... | 38 |
| 6.1.4 | ExpertInneninterviews..... | 42 |
| 6.2 | Interpretation der Ergebnisse..... | 43 |
| 6.3 | Diskussion der Ergebnisse..... | 46 |
| 7 | Öffentlichkeitsarbeit..... | 48 |
| 8 | Ausblick..... | 49 |
| 9 | Danksagung..... | 51 |
| | Literaturverzeichnis..... | 52 |
| | Verzeichnisse..... | 56 |
| | Anhang..... | 57 |

Vorwort

Für die meisten Menschen ist ein Nachlassen der Sehkraft mit zunehmendem Alter etwas ganz Normales. Insbesondere im vertrauten, häuslichen Umfeld gelingt es ihnen lange Zeit, die damit einhergehenden Einschränkungen zu kompensieren. Symptome, wie die Einengung des Blickfeldes oder graue Flecken, die das Sehzentrum verdecken und zum Beispiel auf eine altersbedingte Makuladegeneration (AMD) hindeuten können, werden häufig ignoriert. Unbehandelt führen sie aber letztendlich zur vollständigen Erblindung.

Kommen nun bei den Betroffenen zu einer Sehbeeinträchtigung auch noch dementielle Veränderungen hinzu, die eine zunehmende Pflegebedürftigkeit mit sich bringen, ist ein Umzug in eine stationäre Einrichtung der Altenpflege oft unumgänglich. Die damit häufig einhergehenden Orientierungs- und Wahrnehmungsstörungen werden dann vielfach einer Demenz zugeschrieben, an eine Sehbeeinträchtigung wird von den in der Pflege Tätigen meist nicht gedacht. Es ist aber davon auszugehen, dass dementielle Veränderungen durch Sehbeeinträchtigungen beschleunigt werden können.

Begründen lässt sich diese Annahme dadurch, dass der Anteil visueller Wahrnehmungen an der menschlichen Sinneswahrnehmung schätzungsweise 85 Prozent beträgt (vgl. Fisch 2000, S. 15). Dies macht deutlich, wie wichtig es für ältere und pflegebedürftige Menschen ist, dass Sehbeeinträchtigungen erkannt und bei der Begleitung, Unterstützung und Versorgung durch die in der Pflege Tätigen berücksichtigt werden.

1 Relevanz des Themas

Die Zahlen der WHO vom August 2014 besagen, dass weltweit schätzungsweise 285 Millionen Menschen unter einer Sehbeeinträchtigung leiden, 65% davon gehören zur Altersgruppe der über 50-jährigen, die derzeit 20% der Weltbevölkerung ausmacht (WHO 2014). Allein in Deutschland wird es bis zum Jahr 2030 gegenüber heute 7,5 Millionen mehr über 60-jährige geben (vgl. Wolfram

2012, S. 55). Gemäß der Projektionen für DALYs, einem Berechnungsprogramm, das Aussagen zur Schwere von verschiedenen Erkrankungen in der Bevölkerung und deren gesellschaftlichen Bedeutung ermöglicht, werden in Europa in der Zeitspanne von 2008 bis 2030 altersbedingte Augenerkrankungen wie altersbedingte Makuladegeneration und Glaukom eine Steigerung von über 13% erfahren und damit eine hohe Relevanz für die Bevölkerungsgesundheit haben (vgl. Wolfram 2012, S. 5-6). Nach Aussagen der Deutschen Seniorenliga e. V. leiden derzeit etwa 4,5 Millionen Menschen an einer AMD, die in Europa die häufigste Ursache für den Verlust der zentralen Sehschärfe ist. Im Allgemeinen sind Menschen über 60 Jahre betroffen, bei den über 75-jährigen sind rund 40 Prozent der Menschen betroffen (vgl. DSL 2014). Dass das Thema „Sehen im Alter“ für die Wissenschaft zunehmend an Bedeutung gewinnt, zeigen aktuelle Veröffentlichungen in Zeitschriften wie etwa der Artikel „Früherkennung: Starke Seheinschränkungen im Alter oft vermeidbar“ (vgl. AMD-Netz, 2014).

Auf einer Fachtagung des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes e.V. (DBSV) in Bonn im Juni 2014 wurde deutlich, dass die Versorgungssituation älterer Menschen mit Sehproblemen als besorgniserregend einzustufen ist. In der dort abgegebenen „Bonner Erklärung“ wurde der weitere Handlungsbedarf festgeschrieben und es wurden zwei übergeordnete Ziele benannt (DBSV 2014):

- Ziel 1: Vermeidbaren Sehverlust verhindern
- Ziel 2: Menschen mit Sehverlust optimal unterstützen

Ein im September 2014 erfolgter Aufruf des Aktionsbündnisses „Sehen im Alter“, das auf der oben genannten Fachtagung zur Bearbeitung verschiedener Handlungsfelder ins Leben gerufen worden war, macht deutlich, dass im Bereich der Aus- und Fortbildung zum Thema Sehen und Augenerkrankungen ein dringender Handlungsbedarf besteht.

Noch allerdings spiegelt sich dieser Bedarf in den aktuellen Fortbildungskatalogen der Fort- und Weiterbildungsinstitutionen in Deutschland nicht wider. In den neu erstellten Lehrplänen für die angedachte generalistische Ausbildung im Bereich der Pflegeberufe erfährt diese Thematik keine besondere Aufmerksamkeit. Dies gilt

auch für die neu entwickelten bzw. überarbeiteten nationalen Expertenstandards zum Thema `Erhaltung und Förderung der Mobilität` und `Sturzprophylaxe` (vgl. DNQ¹). Beides sind Bereiche, auf die Sehbeeinträchtigungen einen großen Einfluss haben.

Eine bereits im Vorfeld des Projektes durchgeführte Befragung, im Sinne einer Vorerhebung, in insgesamt fünf stationären Einrichtungen der Altenpflege ergab, dass von 70 Befragten, die in der Pflege tätig sind, 58 noch nie eine diesbezügliche Fortbildung besucht haben.

Im Rahmen dieser Befragung wurden die in der Pflege Tätigen unter Anderem aufgefordert, abzuschätzen, wie viele ihrer Bewohner und Bewohnerinnen von Sehbeeinträchtigungen betroffen sind. Das Ergebnis lag bei 1,3 Prozent. Eine weitere Befragung, die drei Monate nach Durchführung einer 40-stündigen Fortbildung erfolgte, ergab einen Wert von über 25 Prozent und macht deutlich, dass die in der Pflege Tätigen für dieses Problemfeld im Allgemeinen wenig sensibilisiert sind.

2 Projektbeschreibung

Wie bereits dargelegt, konnte durch die insgesamt steigende Lebenserwartung über die letzten Jahre in fast allen westlichen Industrieländern eine Zunahme der altersbedingten Blindheit und Sehbehinderung dokumentiert werden. Die Auswirkungen dieser Entwicklung – insbesondere auch auf die Pflegeeinrichtungen – sowie mögliche Wechselwirkungen hinsichtlich einer dementiellen Erkrankung der Pflegebedürftigen, waren Anlass für dieses Projekt.

Gefördert wurde das Projekt durch die Landeshauptstadt München, das Zentrum Bayern Familie und Soziales, das Kuratorium Deutsche Altershilfe und die Stiftung Katholisches Familien- und Altenpflegewerk.

Die Projektdauer betrug insgesamt 3 Jahre. Das Projekt endete im Juni 2014.

¹ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

2.1 Projektinhalt und Projektziel

Projektinhalte waren zum einen die Beratung der teilnehmenden Einrichtungen durch Architekten hinsichtlich möglicher baulicher Veränderungen im Hinblick auf eine sehbehindertengerechte Ausstattung, zum anderen die Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen durch eine 40-stündige Fortbildungsreihe, gestaltet von einem multiprofessionellen Projektteam.

Langfristig ist es Ziel des Projektes, die Selbständigkeit und die Orientierung von sehbeeinträchtigten älteren Menschen in stationären Einrichtungen durch eine Optimierung des Wohnumfeldes zu fördern. Des Weiteren soll bei den in der Pflege Tätigen durch die Fortbildungsinhalte eine Wissenserweiterung und Kompetenzstärkung erreicht werden, die eine bewohnerorientierte, das Orientierungsvermögen von Pflegebedürftigen der Zielgruppe optimaler Weise verbessernde, zumindest aber stabilisierende Pflege gewährleisten. Dies ist zugleich eine Form der Prävention und kann eine Verzögerung hinsichtlich des Ausbruchs und Verlaufs von Demenzerkrankungen bei dem betreffenden Personenkreis bewirken.

2.2 Projektphasen

Phase 1: Juli 2011 bis März 2012

- Konzeptentwicklung
- Literatur-, Praxisrecherche
- Curriculumsentwicklung
- Kontaktaufnahme mit den teilnehmenden Heimen
- Zusammenstellen eines multiprofessionellen Teams
(u. a. AugenärztInnen, ArchitektInnen, OptikerInnen, Low-vision-BeraterInnen im pflegerischen Bereich, RehabilitationslehrerInnen)

Phase 2: April 2012 bis Juli 2013

- Ist-Erhebung und Analyse in vier Pflegeheimen (3 Träger)
- Projektumsetzung in vier Pflegeheimen
(Begehung durch Architekten, Fortbildungsdurchführung)
- Zwischenevaluation

Phase 3: August 2013 bis Juni 2014

- Ist-Erhebung und Analyse in drei weiteren Pflegeheimen
- Projektumsetzung ebd.
(Begehung durch Architekten, Fortbildungsdurchführung)
- Evaluation
- Öffentlichkeitsarbeit
- Abschlussbericht

2.3 Teilnehmende Einrichtungen

| Projektphase 2 | |
|---|---|
| Magdalenenheim | Christoph-Dorner-Straße 8 84028 Landshut |
| Heilig-Geist-Spital Alten- und Pflegeheim | Altstadt 97 84028 Landshut |
| Heiliggeistspital-Stiftung Freising | Heiliggeistgasse 5 85354 Freising |
| Fischer's Seniorenzentrum | Haager Str. 40 85435 Erding |

| Projektphase 3 | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| Kreszentia-Stift | Isartalstraße 6 80469 München |
| Marienstift | Klugstraße 144 80637 München |
| Residenza Seniorenzentrum | Murnauer Straße 267 81379 München |

Tabelle 1: Übersicht der teilnehmenden Einrichtungen

2.4 Projektgrundsätze

- Die Teilnahme ist für die Einrichtungen hinsichtlich der externen Unterstützung kostenfrei. Interne Kosten fallen für die teilnehmenden Einrichtungen in Form von Freistellungen von Mitarbeitern für Schulungen, Gespräche etc. an.
- Die heiminternen Rahmenbedingungen (u.a. Personal, zeitliche Rahmenbedingungen der Fortbildungen) werden projektseitig weitgehend berücksichtigt.
- Vertraulichkeit über Heiminterna seitens des Projektträgers wird zugesichert und eingehalten.
- Es wird zwischen einem unverzichtbaren Kernbestand an Projektaufgaben (u.a. 40-stündige Fortbildung) und im Rahmen des Projekts optionalen Aufgaben (z.B. kostenaufwändige Baumaßnahmen) unterschieden.
- Es wird ein „ganzheitlicher“ Projektansatz vertreten: Sehbehinderungen müssen in Zusammenhang mit anderen Behinderungen gesehen werden (z.B. Demenz, Hörbeeinträchtigungen), wobei es leicht zu Zielkonflikten kommen kann. Diesbezüglich konnten wir allerdings auf keine bestehenden Untersuchungen zurückgreifen.
- Interdisziplinarität: Beteiligung von Pflegekräften, ÄrztInnen, ArchitektInnen, OptikerInnen, BlindenberaterInnen, OrthoptistInnen, JuristInnen → Aufbau eines multiprofessionellen Teams.

3 Konzeptentwicklung

Mangelndes Fachwissen und damit fehlende Kompetenzen bezüglich der Versorgung und Unterstützung der beschriebenen Pflegebedürftigen rühren vor allem daher, dass Pflegepersonen im Rahmen der regulären Ausbildung in der Altenpflege bei einem Zeitbudget von 40 Unterrichtsstunden für den gesamten Bereich „Behinderung“ diesbezüglich nur wenige Kenntnisse erwerben. Eine Recherche im Fortbildungsbereich des Bundeslandes Bayern, sowohl über das Internet, als auch durch direkte telefonische Anfragen bei den Bildungsträgern zu Beginn des Projektes, ergab außerdem, dass es derzeit bezüglich der dargestellten Problematik nahezu keine Fortbildungsangebote, insbesondere in Form von Inhouse-Schulungen, gibt. Die wenigen angebotenen Fortbildungsprogramme haben den Schwerpunkt „Beratung“ oder

sprechen die Betroffenen direkt als Fortbildungsteilnehmende an. Jetzt am Ende des Projektes finden sich vereinzelte Angebote, die speziell die Problematik in der Versorgung sehbeeinträchtigter älterer Menschen aufgreifen. Diese haben aber zumeist einen sehr geringen Stundenumfang. So bietet die Blindeninstitutsstiftung Würzburg, ebenfalls im Rahmen eines Forschungsprojektes, den in der Pflege Tätigen in den beteiligten Einrichtungen eine 8-stündige, praxisbezogene Fortbildung an.

Die dargestellte Ausgangslage macht deutlich, dass es für die erfolgreiche Durchführung des Projektes notwendig war, ein umfassendes Projektkonzept zu entwickeln.

3.1 Begriffsklärung

„Sehverlust“, „Sehbehinderung“, „Sehverschlechterung“, „Sehbeeinträchtigung“, „Sehfunktionseinschränkung“, „Seheinbuße“, „Seheinschränkung“, „Sehschwäche“, die Zahl der Begrifflichkeiten in der Fachliteratur scheint im deutschsprachigen Raum nahezu endlos, ohne dass es hierzu jeweils klare Definitionen gäbe. Die WHO unterscheidet gemäß der ICD-10-Auflistung folgende vier Stufen der Sehfunktion:

1. normal vision
2. moderate visual impairment
3. severe visual impairment
4. blindness

Der Begriff „impairment“, der in der englischsprachigen Fachliteratur verwendet wird, bedeutet zunächst ganz allgemein „Beeinträchtigung“. Die Kombination aus ´moderate visual impairment` und ´severe visual impairment` findet sich in der Fachliteratur unter dem Begriff „low vision“ wieder (vgl. WHO 2014).

Insbesondere in der Schweiz wird in der Fachliteratur hauptsächlich der Begriff der „Sehbehinderung“ verwendet, der sich auf eine Beeinträchtigung der Sehfähigkeit bezieht. Sie kann zum Beispiel durch eine verminderte Sehschärfe, eine Reduzierung des Gesichtsfeldes, eine erhöhte Blendempfindlichkeit oder Störungen der Farbwahrnehmung gekennzeichnet sein. In Deutschland regelt das Sozialgesetzbuch (SGB XII), wann von einer Sehbehinderung gesprochen werden kann. Demnach gilt eine Person als „sehbehindert“, wenn sie auf dem besser sehenden Auge unter Einsatz einer Sehhilfe 30 % oder weniger von dem erkennt, was jemand mit

uneingeschränktem Sehvermögen erkennen kann. Weitere Abstufungen liegen bei 10 beziehungsweise 5 Prozent.

Diese sehr enge Festlegung erfasst aber nur einen Bruchteil der in ihrer Sehfähigkeit eingeschränkten älteren Menschen. Von verschiedenen Augenärztinnen und Augenärzten wird darauf hingewiesen, dass von Betroffenen eine noch kaum messbare Visusminderung bereits als einschränkend bzw. beeinträchtigend empfunden werden kann.

Aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht allerdings ist diese eindeutige, an messbaren Größen festgemachte Definition in Bezug auf mögliche Ansprüche Betroffener, dem sogenannten Nachteilsausgleich oder der Kostenbeteiligung der Krankenkassen bei Sehhilfen, von großer Relevanz.

Im Rahmen des Projektes muss rückblickend gesagt werden, dass eine konsequente Anwendung des Begriffes „Sehbeeinträchtigung“, der eine wesentlich größere Gruppe von in ihrer Sehfunktion eingeschränkten Personen erfasst, sinnvoll gewesen wäre. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf den Personen, die erst im Alter eine Sehbeeinträchtigung erfahren. Es wird von der sogenannten „erworbenen“ Sehbeeinträchtigung gesprochen, da davon Betroffene oft durch kognitive Einschränkungen, etwa bei dementiellen Erkrankungen, nicht mehr in der Lage sind, Bewältigungsstrategien selbständig zu entwickeln oder zu erlernen.

3.2 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche fand überwiegend in den Monaten Juli 2011 bis März 2012 statt. Jedoch wurde während der gesamten Forschungszeit kontinuierlich weiter recherchiert.

Kernpunkte der Recherche waren:

- Definition von Sehbehinderung und Blindheit
- Verschiedene Arten von altersbedingten Sehbehinderungen
- Hilfsmittel für Sehbehinderte und Blinde
- Räumliche Anforderungen an eine sehbehindertengerechte Einrichtung
- Soziale Aspekte der Sehbehinderung und Umgang mit sehbehinderten Menschen

Zunächst galt es in erster Linie den aktuellen Wissensstand hinsichtlich Sehbehinderung und Blindheit insbesondere in Bezug auf die Zielgruppe der Pflegebedürftigen zu erheben. Dabei konnte festgestellt werden, dass sehbehinderte ältere Pflegebedürftige in der deutschsprachigen Fachliteratur allenfalls am Rande Erwähnung finden. Auch mögliche Wechselwirkungen zwischen Demenz und Sehbehinderung sind in Deutschland bisher wissenschaftlich nicht untersucht.

Mehrere Publikationen des Schweizerischen Zentralvereins für das Blindenwesen zur Problematik sehbehinderter Menschen in Einrichtungen der Altenpflege machen die Relevanz des Themas ebenfalls deutlich. In der Studie ‚Sehbehinderung im Alter – komplex und vielfältig‘ untersuchen die Autoren u.a., welche Faktoren eine Rolle spielen, um Lebensqualität im Alter mit einer Sehbehinderung zu erhalten (vgl. SBZ, 2010).

Insbesondere der Zusammenhang zwischen Sehbehinderung und Demenz, der auch aus pflegewissenschaftlicher Sicht sehr interessant ist, wird in einem aktuellen Synthesebericht des Schweizerischen Zentralvereins für das Blindenwesen anschaulich dargestellt (vgl. Blaser et al., 2013).

Ferner entwickelt und evaluiert derzeit die Universität Frankfurt in ihrem Projekt ‚Lotse‘ ein ‚Interventionskonzept zur Beratung und Begleitung älterer Menschen mit Sehbehinderung und Blindheit‘.

Neben speziellen Studien, die sich aber vornehmlich auf jüngere Menschen mit Sehbeeinträchtigungen beziehen, sind es vor allem Broschüren der verschiedenen Verbände, die sich der Bedürfnisse sehbeeinträchtigter älterer Menschen annehmen. Sie zeigen aber nur in Teilen den Unterstützungsbedarf auf, der erforderlich ist, um alten Menschen trotz Pflegebedürftigkeit und gesundheitlicher Einschränkungen, hier im Speziellen trotz der Beeinträchtigungen des Sehvermögens, zu Lebensqualität zu verhelfen. Der Schwerpunkt liegt eher bei Vorschlägen für die Gestaltung des Wohn- und Lebensbereiches sehbeeinträchtigter älterer Menschen. Ein gutes Beispiel hierfür ist eine sehr umfangreiche Broschüre des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes e.V., mit dem Titel „Sehbehinderte Menschen in Alterseinrichtungen“ (DBSV 2012).

Dennoch lassen sich aus der Fachliteratur ganz allgemein nachfolgende Überlegungen ableiten, die im Umgang mit sehbeeinträchtigten alten Menschen von hoher Bedeutung sind und aus denen heraus sich notwendige Fortbildungsinhalte generieren lassen.

- Eine im Alter erworbene Sehbeeinträchtigung kann beim betroffenen älteren Menschen zu Zorn, Aggressivität, Angst, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit führen (vgl. Evans et al. 2007, S.283 ff; Hayman et al. 2007, S.1024 ff; Hodge et al. 2013, S. 6; Kämmerer et al. 2006, S. 97; Kempen et al. 2012, S. 1405 ff; Tolman et al. 2005, S.747 ff; Rovner et al. 2009, S. 12 ff).
- Alle Tätigkeiten, die eine sehbeeinträchtigte Person selbständig oder mit Unterstützung erledigen kann, sollten nicht unbedacht und voreilig von den in der Pflege Tätigen übernommen werden (vgl. Bookwala 2011, S. 605 ff; Good et al. 2008, S. 519 ff).
- Sehbeeinträchtigte alte Menschen haben einen Anspruch auf vollständige Teilhabe am sozialen Leben. Der Kontakt mit sehenden Mitmenschen muss von Seiten der in der Pflege Tätigen gezielt unterstützt und gefördert werden (vgl. Bennett et al. 2013, S. 25; Kempen et al. 2014, S. 1041; King et al. 2006, S.185 ff; Verstraten et al. 2005, S. 317 ff; Wahl et al. 2001, S. 108 ff; Wang et al. 2008, S. 816 ff).
- Sehbeeinträchtigte Personen haben das Recht auf eine umfassende Versorgung mit technischen Hilfsmitteln und auf fachkompetente Unterstützung bei der Nutzung und Anwendung der selbigen (vgl. Blaser et al. 2013, S. 13; Walther 2014, S. 162 ff).

Es geht vornehmlich um Lebensqualität, Selbständigkeit und Selbstwertgefühl, um Würde und Unterstützung bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien, um soziale Teilhabe und Unterstützungsleistungen, auch in Form von Hilfsmitteln.

Nachdrücklich wird dies ebenfalls von WAHL in einer aktuellen Veröffentlichung gefordert (Wahl et al. 2013, S.958):

„In policy and practical terms, we clearly confirmed, that loss of everyday functioning is a major characteristic of age-related vision impairment (but not hearing impairment), relating to survival. Therefore, investing in maintaining everyday functioning in vision impairment-specific rehabilitation programs seems absolutely crucial.“

Lebensqualität zu erhalten, indem Selbstbestimmung ermöglicht wird und Selbständigkeit gefördert wird, ist eine der Kernkompetenzen der Pflege.

3.3 Praxisrecherche

Im August 2011 fand eine mehrtägige Hospitation im Heim für blinde Frauen in München statt. Hier konnten wir in einen direkten Kontakt mit sehbehinderten und blinden Menschen sowie dem betreuenden und pflegenden Fachpersonal treten. Auffallend war, dass es im Umgang mit Hilfsmitteln zwischen Bewohnerinnen, die von Geburt oder Jugend an blind sind und Bewohnerinnen, die erst im Alter erblindet sind, deutliche Unterschiede gibt. Sind Erstgenannte schon seit vielen Jahren mit den diversen Hilfsmitteln wie Lupen, Tastuhren, Braille-Schrift usw. vertraut, tun sich Menschen mit Sehbehinderungen bzw. Erblindungen im Alter sehr schwer, neue Techniken zu erlernen.

Dies hängt zum einen mit der meist schon schlechten körperlichen Verfassung der Bewohnerinnen zusammen, zum anderen kommen oftmals noch weitere Erkrankungen wie z.B. eine beginnende oder bereits vorhandene Demenz hinzu. Zudem erschwert die nachlassende Auffassungs- und Konzentrationsfähigkeit im Alter den Umgang mit neuen Hilfsmitteln. Insofern sind Menschen mit einer altersbedingten Sehbehinderung in besonderem Maße auf ein spezifisch geschultes Fachpersonal angewiesen.

Im Heim für blinde Frauen hatten wir ferner die Möglichkeit, uns mit baulichen bzw. räumlichen Anforderungen an eine sehbehindertengerechte Einrichtung vertraut zu machen.

3.4 Bauliche / räumliche Anforderungen – Zusammenarbeit mit Architekten

Das für sein Know-how im Bereich der Planung und Ausstattung von sehbehindertengerechten Pflegeeinrichtungen (u.a. das Heim für blinde Frauen) bekannte Architekturbüro Haindl und Kollegen GmbH in München erstellte nach einer Einführung in unser Projekt Kriterien, die eine für sehbehinderte und blinde ältere Menschen geeignete Einrichtung erfüllen sollte:

- Barrierefreiheit
- Gleichmäßige und blendfreie Beleuchtung
- Handläufe im gesamten Gebäude und im Garten
- Akustische Signale, z.B. Informationen über Lautsprecheranlagen
- Kontrastreiche Raumgestaltung
- Taktile Hinweise zur Orientierung

Im Einzelnen erfasst der daraus entwickelte Kriterienkatalog, der im Anhang (siehe Anlage 5a+b) zu finden ist, schwerpunktmäßig folgende Bereiche:

- Allgemeine Anforderungen
- Wohnraum (Zimmer), Einzelzimmer, Mehrbettzimmer
- Nasszelle individuell oder gemeinschaftlich
- Flur vor Wohnraum
- Gemeinschaftsraum (Wohnbereich, Küche, Balkon)
- Pflegebad
- Aufzug
- Treppenhaus
- Foyer übergeordnet, Information
- Zugang zum öffentlichen Raum
- Freianlagen, Gärten

Auf Grundlage dieses Kriterienkatalogs machte das Architekturbüro Haindl und Kollegen GmbH in jedem teilnehmenden Heim eine Begehung vor Ort, um die jeweiligen baulichen Gegebenheiten zu inspizieren und hinsichtlich einer sehbehindertengerechten Ausstattung zu bewerten. In einer anschließenden Präsentation wurden jedem Haus Möglichkeiten der Verbesserung im Detail

aufgezeigt. Dabei wurde unterschieden zwischen Maßnahmen, die direkt umsetzbar sind, da sie mit wenig Kostenaufwand verbunden sind, und Maßnahmen, die längerfristig geplant werden müssen, da sie erhebliche bauliche Veränderungen voraussetzen. Kleinere Veränderungen wie zum Beispiel Kontrastmarkierungen wurden von den Heimen umgehend umgesetzt. Insgesamt gestaltete sich die Zusammenarbeit mit dem Architekturbüro Haindl und Kollegen GmbH äußerst erfreulich.

Es sollte nach Projektabschluss weitere Gespräche geben, in denen die Ergebnisse aus den Pflegekonzepten dieses Projektes in die baulichen Themen einfließen können. Bei Haindl und Kollegen GmbH gibt es weitere Kontakte zu Blindeneinrichtungen, die bei einer Fortschreibung des Kriterienkataloges zur fachlichen Beratung hinzugezogen werden können. Die technischen Ausstattungen der Sanitär- und Elektroinstallationen sollten mit kompetenten Fachplanern erarbeitet werden, die Erfahrung im Bauen für Menschen mit Sehbehinderungen besitzen.

3.5 Fachärztliche Versorgung – Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Augenärzte

Über die ärztliche Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen gibt die 2005 erschienene SÄVIP-Studie Aufschluss (vgl. SÄVIP-Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, 2005, S.11):

„Zur Situation der ärztlichen Versorgungsdichte in Pflegeheimen liegen nur wenige Informationen vor. Der 4. Altenbericht der Bundesregierung kritisiert insbesondere die mangelnde Facharztbetreuung und hat die Frage der Einführung von „Heimärzten“ aufgeworfen. Es muss vermutet werden, dass vielerorts die medizinische Versorgung von Patienten in Heimen nicht ausreichend ist. Auf der einen Seite sind gerade Bewohner von Pflegeheimen in ihrer Fähigkeit eingeschränkt, Ärzte in ihren Praxen aufzusuchen oder den „Hausbesuch“ im Heim anzufordern. Die Angehörigen glauben andererseits vielfach, dass die Verantwortung für die ärztliche Versorgung dem Heim obliegt, während das Heim die freie Arztwahl der Bewohner zu beachten hat. Diese komplizierte Versorgungsverantwortung kann in der Praxis zur Unterversorgung von Heimbewohnern mit ärztlichen Leistungen führen.“

Die nachfolgenden Zahlen machen deutlich, dass hinsichtlich der augenärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen älteren Menschen in stationären Einrichtungen der Altenpflege eine gravierende Mangelversorgung festzustellen ist (vgl. SÄVIP-Studie, 2005, S.31):

„Die augenärztliche Betreuung der Heimbewohner liegt (...) im Argen. 32 % der Heime blieben im letzten Jahr völlig ohne augenärztliche Besuche. 16 % haben keine Angaben gemacht. In 23,4 % wurden 1-3 Besuche pro Jahr berichtet. Eine nennenswerte Versorgung von 4-9 mal/Jahr erhalten 22 % der Heime und bei 5 % waren es 10-49 Besuche/Jahr. Angesichts der Bedeutung des Erhalts des Sehvermögens als notwendige Voraussetzung zur Kommunikationsfähigkeit, Orientiertheit und z.B. als Kofaktor der Sturzursachen und auch aufgrund der altersbedingten Häufigkeit von Augenerkrankungen (z.B. 7 % Glaukome) besteht in der ophthalmologischen Betreuung ein gravierendes Versorgungsdefizit.“

Die anfangs sehr vielversprechenden Kontakte mit dem Berufsverband der Augenärzte und der Kassenärztlichen Vereinigung konnten im Rahmen des Projektes nicht vertieft werden, da offensichtlich trotz großen Interesses kein zusätzliches zeitliches Budget seitens der Augenärzte vorhanden ist.

Aufgegriffen wurde diese Problematik von Prof. Dr. Bertram, 1. Vorsitzender des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands, im Rahmen der Fachtagung „Sehen im Alter“ in Bonn. Er benennt einen weiteren triftigen Grund, der Augenärzte von Besuchen in stationären Einrichtungen der Altenpflege abhält. Für eine gründliche Untersuchung der Augen, die über eine Basisuntersuchung hinausgeht und die der Erkennung von ernsthaften Augenerkrankungen dienen soll, sind technische Geräte unverzichtbar. Diese stehen allerdings nur in den Praxen zur Verfügung. Sein Vorschlag, in Kooperation mit den Pflegeeinrichtungen Gruppentransporte zu organisieren, scheitert derzeit an der Finanzierung der Fahrtkosten (vgl. Prautzsch 2014, S.17).

3.6 Erhebungsinstrumente

Um in den verschiedenen Phasen des Projektes Daten erheben zu können, wurden folgende Instrumente entwickelt, die im Anhang zu finden sind:

- Fragebogen zur Standortbestimmung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den jeweiligen Einrichtungen (s. Anlage 1)
- Checkliste zur Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für Sehbeeinträchtigungen der Bewohner sowie zur Ermittlung von sehbehinderten HeimbewohnerInnen mit hohem Unterstützungsbedarf (s. Anlage 2)

- Evaluationsbogen zur Auswertung der einzelnen Fortbildungen (s. Anlage 3)
- Gesprächsleitfaden für Gruppen- und Experteninterviews (s. Anlage 4+5)

4 Entwicklung des Fortbildungscurriculums

Bei der Auswahl der Fortbildungsinhalte gilt es einerseits zu berücksichtigen, dass die derzeitige Personalsituation in den Einrichtungen der Altenpflege einen nur sehr geringen Spielraum für die Freistellung von den in der Pflege Tätigen lässt. Eine auf 40 Stunden ausgelegte Fortbildung verlangt von den teilnehmenden Personen Durchhaltevermögen, insbesondere dann, wenn die Fortbildung von ihnen nach dem Dienst besucht werden muss.

Andererseits müssen die vermittelten Inhalte die an der Fortbildung Teilnehmenden befähigen, die dargelegten Bedarfe und Bedürfnisse der sehbeeinträchtigten alten Menschen zu berücksichtigen, um die subjektiv empfundene Not der Betroffenen zu wenden.

Berücksichtigen bedeutet, dass etwa basierend auf dem Strukturmodell von Monika Krohwinkel für jedes ABEDL[®] im Detail hinterfragt werden muss, welche Auswirkungen die Sehbeeinträchtigung darauf hat und wo sich für die Betroffenen Verbesserungsmöglichkeiten entwickeln lassen. Im Sinne einer rehabilitativen Pflege gilt es verlorengegangene oder vermiedene Aktivitäten bewusst zu machen und so möglichst wiederzubeleben, sei es beispielweise im Bereich der Selbstpflegekompetenz oder bezogen auf die Pflege sozialer Kontakte. In diesem Zusammenhang muss hier den an der Fortbildung Teilnehmenden das nötige Wissen vermittelt werden, um für jede einzelne sehbeeinträchtigte Person eine individuelle Pflegeplanung erstellen zu können.

Berücksichtigen kann auch bedeuten, zu wissen, dass an Demenz erkrankte Menschen meist nicht mehr in der Lage sind, aktiv Neues dazu zu lernen, um eine Sehbeeinträchtigung bewältigen zu können. Dies gilt insbesondere für den Einsatz von Hilfsmitteln; selbst Brillen werden von an Demenz erkrankten Menschen oft nicht mehr toleriert, wenn sie diese nicht schon früher getragen haben. Den an der Fortbildung

Teilnehmenden müssen daher alternative Hilfsmittel aufgezeigt werden und deren Handhabung muss geübt werden.

Mehrere Studien des Deutschen Zentrums für neurodegenerative Erkrankungen haben gezeigt, dass auch im hohen Alter im Gehirn ständig neue Nervenzellen entstehen. Deren Teilungsaktivität und Überlebenswahrscheinlichkeit wird durch Bewegung und eine reizvolle Umgebung grundlegend beeinflusst. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, wie wichtig es ist, insbesondere an Demenz erkrankten, sehbeeinträchtigten Bewohnern körperliche Aktivität zu ermöglichen und ihnen durch den Einsatz von Lichtkonzepten, Farben und Kontrasten visuelle Reize zu geben, die letztendlich die Lernfähigkeit fördern und damit den Betroffenen die Chance geben, ggf. mit Unterstützung der Pflegepersonen, Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Hierfür brauchen die an der Fortbildung Teilnehmenden Anregungen bezüglich der Alltagsgestaltung und Tagesstrukturierung.

Besonders gefordert ist die Pflege, wenn Sehbeeinträchtigungen zu Antriebschwäche, depressiver Verstimmung, Isolation und letztlich zum Verlust des Lebenswillens führen. Hier gilt es, psychosoziale Unterstützung zu leisten und für die Betroffenen ein Lebensumfeld zu schaffen, in dem sie sich als wertvoller und ernstgenommener Teil der Gemeinschaft fühlen können. Dies setzt voraus, dass die in der Pflege Tätigen über Wissen bezüglich der Auswirkungen verschiedener Sehbeeinträchtigungen verfügen, um erkennen zu können, dass die beschriebenen Verhaltensweisen und Gemütszustände auf eine Sehbeeinträchtigung zurück zu führen sind.

Diese Forderungen und die Erkenntnisse bezüglich des Lernens, das ARNOLD und GÓMEZ TUTOR als einen Vorgang beschreiben, *„bei dem relativ dauerhaft eine Verhaltensänderung oder ein Zuwachs an Wissen eintritt, die nicht durch angeborenen Verhaltensreflexe oder Reifung, sondern durch Übung oder Erfahrung, also durch die aktive Bearbeitung eines Inhaltes durch das Individuum, erklärbar ist. Bedeutsam ist hierbei, dass der Vorgang des Lernens nicht beobachtbar ist.“*, führen zu der nachfolgend vorgestellten inhaltlichen Struktur der Fortbildung (Arnold/ Gómez Tutor 2007, S. 62):

| Fortbildungseinheiten | Inhalte | Zeitwerte |
|--------------------------------|---|------------------|
| ★ Medizinische Grundlagen | <ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen Anatomie und Physiologie • Fehlsichtigkeit und Augenerkrankungen | 4 UE |
| ★ Orientierung und Mobilität | <ul style="list-style-type: none"> • Sinnesschulung • Körper- und Raumwahrnehmung, Raumerkennung, Raumerkundung • Körperschutztechniken • Mobilitätsschulung • Umgebungs- und Umweltgestaltung • Sehbegleitung | 10 UE |
| ★ Lebenspraktische Fähigkeiten | <ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Körperpflege / An- und Auskleiden • Einnehmen, ggf. Zubereiten von Mahlzeiten • Umgang mit speziellen Hilfsmitteln • Umgang mit technischen Geräten allgemein • Suchtechniken | 10 UE |
| ★ Kommunikation | <ul style="list-style-type: none"> • Nonverbale und paraverbale Kommunikation • Soziale Kompetenz • Behinderungsmanagement | 4 UE |
| ★ Tagesstrukturierung | <ul style="list-style-type: none"> • Freizeitgestaltung • Beschäftigung | 4 UE |
| ★ Pflegeplanung | <ul style="list-style-type: none"> • Besonderheiten bei den Aktivitäten des tägl. Lebens • Pflegediagnosen | 4 UE |
| ★ Rechtliche Grundlagen | <ul style="list-style-type: none"> • Rechte und Hilfen für sehbeeinträchtigte ältere Menschen | 4UE |
| Gesamt: | | 40 UE |

Tabelle 2: Fortbildungsinhalte

4.1 Medizinische Grundlagen

Die auf vier Unterrichtsstunden festgelegte Fortbildungseinheit „Medizinische Grundlagen“ hat vier Themenschwerpunkte: Neben der Anatomie des Auges und der Physiologie des Sehens, sind dies alterstypische Formen von Fehlsichtigkeit und

Augenerkrankungen. Ziel ist es, den an der Fortbildung Teilnehmenden neben einem Grundverständnis für den Vorgang des Sehens insbesondere Informationen zu den Symptomen und den Auswirkungen der verschiedenen Formen von Fehlsichtigkeit und Augenkrankheiten zu vermitteln. Damit sollen sie befähigt werden, anhand der Symptome bei den von ihnen betreuten Menschen mögliche Sehbeeinträchtigungen zu erkennen und diese von dementiellen Veränderungen zu unterscheiden. Umfangreiches Bildmaterial dient insbesondere bei den Teilnehmenden, die noch keinerlei Vorkenntnisse haben, dazu, diese zusätzlich auf emotionaler Ebene anzusprechen, um so eine bessere Verankerung des Gehörten zu erreichen.

4.2 Orientierung und Mobilität, Lebenspraktische Fähigkeiten

Die Inhalte der beiden Fortbildungseinheiten „Orientierung und Mobilität“ und „Lebenspraktische Fähigkeiten“, die mit jeweils 10 Unterrichtsstunden angesetzt sind, werden von den Fachdozentinnen und Fachdozenten vornehmlich durch Selbsterfahrung und praktisches Handeln vermittelt. Degenerative Gelenkveränderungen, Lähmungen nach einem Apoplex oder Schmerzen, um nur einige zu nennen, führen bei vielen alten Menschen zur Einschränkung ihrer Mobilität. Kommt dann noch eine Sehbeeinträchtigung hinzu, sind die meisten Menschen so verunsichert, dass ihnen die Motivation zur Bewegung völlig verloren geht.

Es sind an erster Stelle Techniken der Sehenden Begleitung, die an das tägliche Handeln der an der Fortbildung Teilnehmenden anknüpfen. Sie sind von großer Bedeutung für den Erhalt der Mobilität älterer Menschen in stationären Einrichtungen. Verschiedene Körperschutztechniken werden mit dem Ziel vermittelt, dass die Fortbildungsteilnehmenden durch ihre dabei erworbene Beratungskompetenz Bewohnerinnen und Bewohner etwa vor gravierenden Folgen von Stürzen auf Grund einer Seheinschränkung bewahren können. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf dem Thema Orientierung, verstanden als die Notwendigkeit, die Umwelt mit allen noch verfügbaren Sinnen wahrzunehmen und den eigenen Körper zur umgebenden Umwelt in Bezug stellen zu können. Hierbei werden insbesondere die Bedeutung und Einsatzmöglichkeiten von optischen, taktilen und akustischen Leitlinien, die der besseren Orientierung dienen können, vermittelt.

Täglich wiederkehrende Aktivitäten, wie zum Beispiel die morgendliche Körperpflege und das Einnehmen der Mahlzeiten, strukturieren nicht nur den Tag alter Menschen in stationären Einrichtungen, sie dienen, selbständig durchgeführt, vor allem der Stärkung des Selbstwertgefühles und des Selbstbewusstseins. Sehbeeinträchtigte Menschen bedürfen hier einer besonders genauen und klaren Unterstützung, um sich ihre Alltagskompetenzen bewahren zu können oder diese durch das Nutzen geeigneter Hilfsmittel wiederzuerlangen. Ziel der Fortbildungseinheit „Lebenspraktische Fähigkeiten“ ist es vornehmlich, die Teilnehmenden dafür zu sensibilisieren, wie belastend die Einbuße der Selbständigkeit sein kann und sie in der Nutzung unterschiedlichster Unterstützungsmöglichkeiten sicher zu machen. Dass Erhalt und Förderung der Selbständigkeit letztendlich zu einem geringeren Unterstützungsbedarf und damit zu einem Zeitgewinn führen können, soll den Teilnehmenden insbesondere durch die vielen Übungen mit Selbsterfahrung deutlich werden.

Da sich die an der Fortbildung Teilnehmenden während dieser beiden Fortbildungseinheiten sehr viel gegenseitig unterstützen müssen und aufeinander angewiesen sein werden, ist davon auszugehen, dass sich Teams bilden werden, die durch ihr unterschiedliches Vorwissen und ihre Erfahrungen einen Wissenszuwachs bei jedem Einzelnen bewirken können.

4.3 Kommunikation

Einschränkungen der Wahrnehmungs-, Ausdrucks- und Kommunikationsfunktion des Auges prägen die Alltagskommunikation sehbeeinträchtigter Personen stark. Dies ist besonders dann der Fall, wenn die Sehbeeinträchtigung erst in einem höheren Lebensalter erworben wurde, Bewältigungsstrategien erlernt werden müssen und gegebenenfalls noch eine Hörbeeinträchtigung hinzukommt. Ziel der vierstündigen Fortbildungseinheit „Kommunikation“ ist es zum einen, den Teilnehmenden deutlich zu machen, wie häufig sie im täglichen Umgang mit den älteren Menschen Elemente der nonverbalen Kommunikation nutzen. Zum anderen soll verdeutlicht werden, was es für den Umgang miteinander heißt, wenn paraverbale Kommunikation nicht wahrgenommen werden kann. Die an der Fortbildung Teilnehmenden lernen

Hilfsmittel mit Sprachwiedergabe aus dem Bereich der Unterstützten Kommunikation kennen, die die Eigenständigkeit der Sehbeeinträchtigten fördern können. Sie werden befähigt, die Möglichkeiten und Grenzen der elektronischen Kommunikationshilfen zu erkennen und somit zu beurteilen, welche Hilfsmittel für wen geeignet sind.

4.4 Tagesstrukturierung

Im Rahmen der Fortbildungseinheit „Tagesstrukturierung“, die sich ebenfalls über vier Unterrichtsstunden erstreckt, wird aufgezeigt, welche hohen Stellenwert Hobbys und deren Ausübung für Betroffene haben können. Dabei werden Möglichkeiten der zeitlichen Orientierung, die den Betroffenen helfen können, sich den Tag einzuteilen, ebenso vorgestellt, wie verschiedenste Gesellschaftsspiele und Handwerks-techniken, die speziell für sehbeeinträchtigte ältere Personen geeignet sind. In Kleingruppen von 3-4 Personen machen sich die Teilnehmenden mit den Spielen vertraut und üben unter Einsatz von Simulationsbrillen, die ihre Sehfähigkeit in unterschiedlicher Weise beeinträchtigen, einfache Handwerkstechniken ein. Die Teilnehmenden erkennen die große Bedeutung der selbständigen Tagesgestaltung für das subjektive Empfinden von Lebensqualität und Anerkennung.

4.5 Pflegeplanung

„Pflegeplanung“, wird hier als Möglichkeit verstanden, den Unterstützungsbedarf für jede von Sehbeeinträchtigungen betroffene Person individuell im Detail zu erfassen und Maßnahmen zu planen. Es sind vier Unterrichtsstunden geplant. Anhand von konkreten Beispielen aus der täglichen Praxis, wenden die Teilnehmenden ihre bis dahin erworbenen Kenntnisse zielgerichtet an. Sie definieren die aus einer Sehbeeinträchtigung resultierenden Probleme differenziert, können realistische Ziele unter Berücksichtigung möglicher weiterer gesundheitlicher Einschränkungen der Betroffenen entwickeln und legen Maßnahmen fest, die das Erreichen dieser Ziele ermöglichen sollen. Abschließend leiten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den individuellen Planungen allgemeingültige Ziele ab. Diese sollen sich auf die Bereiche der Förderung sowie der medizinischen und pflegerischen Versorgung und Hilfsmittelversorgung beziehen. Des Weiteren definieren sie Ziele bezüglich der psychosozialen

Begleitung von älteren Menschen, die auf Grund einer kürzlich erworbenen Sehbeeinträchtigung in eine Lebenskrise geraten sind. Der Schutz vor Isolation und Einsamkeit soll im Zielkatalog ebenso erfasst werden, wie die Gewährleistung von Sicherheit. Die Teilnehmenden entwickeln ein Bewusstsein dafür, wie wichtig eine differenzierte Maßnahmenplanung und konsequente Durchführung der selbigen für den Erhalt der Lebensqualität und der Würde der von einer Sehbeeinträchtigung betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner ist. Es werden in den einzelnen teilnehmenden Einrichtungen die jeweils angewandten Pflegeplanungs- und Pflegedokumentationssysteme berücksichtigt.

4.6 Rechtliche Grundlagen

Die letzte, vier Unterrichtsstunden umfassende Fortbildungseinheit beschäftigt sich mit „Rechtlichen Grundlagen“, die bezogen auf sehbeeinträchtigte Bewohnerinnen und Bewohner in Altenpflegeeinrichtungen von besonderer Bedeutung sind. Ausgehend von Artikel 1 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland, der besagt, dass die Würde des Menschen unantastbar ist, sollen die an der Fortbildung Teilnehmenden erkennen, dass nahezu jede Handlung in der täglichen Praxis in Verbindung zu einem Gesetz zu bringen ist. So regelt das Bürgerliche Gesetzbuch unter anderem die rechtliche Betreuung und die Aufsichtspflicht, das Strafrecht greift zum Beispiel bei fahrlässigem Handeln und das Sozialrecht wird beispielsweise bei Fragen zur Hilfsmittelversorgung und zur Kostenübernahme herangezogen. Durch eine Steigerung ihrer Beratungskompetenz sollen die Teilnehmenden dazu befähigt werden, Betroffene bezüglich ihrer Rechte und möglicher Hilfen zu beraten.

Diese letzte Fortbildungseinheit ist ähnlich wie die erste Einheit sehr theorielastig, die Teilnehmenden werden jedoch im Sinne einer Selbsterfahrung gebeten, gut die Hälfte der Zeit eine Augenbinde zu tragen, um ihnen die eigenen Grenzen in Bezug auf Konzentrationsfähigkeit und Wissenserwerb unter erschwerten Bedingungen aufzuzeigen.

Die Reihenfolge der Fortbildungseinheiten wird bewusst so gewählt. Erlangen die Teilnehmenden in den ersten drei Fortbildungseinheiten zunächst ein theoretisches und durch die vielen Selbsterfahrungsanteile ein intensives praktisches Grund-

verständnis für die Thematik, kann erwartet werden, dass ihnen nach dieser Sensibilisierungsphase ein Perspektivenwechsel möglich ist. Die neu erlangten oder vertieften Erkenntnisse dienen dann dazu, in den folgenden vier Fortbildungseinheiten die Handlungs- und Beratungskompetenzen der Teilnehmenden zu stärken.

5 Durchführung und Evaluation der Fortbildung

5.1 Projekt- und Situationsbeschreibung

Das Projekt wurde, wie oben beschrieben, in insgesamt sieben stationären Einrichtungen der Altenpflege durchgeführt.

Fünf der Einrichtungen beteiligten sich sehr erfolgreich an den Fortbildungsmaßnahmen, die Rückmeldungen waren durchweg sehr positiv, hervorgehoben wurde immer auch die Praxisrelevanz.

Die nachfolgende Auflistung gibt zunächst einen kurzen Überblick über die an Projektphase 2 teilnehmenden Heime:

| | |
|---|--|
| <p>Heilig-Geist-Spital Alten- und Pflegeheim Magdalenenheim in Landshut</p> | <p>Die Fortbildungen konnten entsprechend den Vorgaben (verbindliche Teilnahme Einzelner an allen Fortbildungsmodulen, Umsetzung mit der Zielgruppe Führungskräfte, Fachkräfte, Pflegehelfer) durchgeführt und im Juni 2013 erfolgreich abgeschlossen werden.</p> |
| <p>Fischer's Seniorenzentrum in Erding</p> | <p>Die Fortbildungen konnten aufgrund von Personalmangel nicht entsprechend den Vorgaben durchgeführt werden. In diesem Zusammenhang wird eine nicht refinanzierte Nachqualifizierung nach Projektende angestrebt.</p> |
| <p>Heiliggeistspital-Stiftung in Freising</p> | <p>Die Fortbildungen wurden als solche sehr gelobt und als gewinnbringend bewertet, allerdings bestand die Teilnehmerschaft ausschließlich aus Betreuungskräften und entsprach damit nicht der angestrebten Zielgruppe. Im Herbst 2016 wird die gesamte Dokumentation im Haus auf EDV umgestellt. In diesem Zusammenhang wird eine Unterstützung bei der Implementierung</p> |

| | |
|--|--|
| | eines „Sehbehindertenstandards“ als mögliche Ergänzung zum Projekt als hilfreich erkannt. Dann erscheint auch eine weitere Schulung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen incl. der Leitungsebene sinnvoll. |
|--|--|

Tabelle 3: Übersicht Projektteilnehmer in Projektphase 2

Für die an der Projektphase 3 beteiligten Einrichtungen (Kreszentia-Stift, Marienstift, Residenza) werden die Durchführung und Evaluation der Fortbildungsmaßnahme im Folgenden detailliert dargestellt.

Die drei genannten stationären Einrichtungen der Altenpflege sind in freier Trägerschaft und befinden sich in der Landeshauptstadt München. In diesen Einrichtungen leben 80 bis 120 Pflegebedürftige, der Altersdurchschnitt liegt in zwei der Einrichtungen bei etwa 83 Jahren, in der dritten Einrichtung werden auch jüngere pflegebedürftige Menschen betreut, dort liegt der Altersdurchschnitt bei 75 Jahren. Die gewählten Einrichtungen sind den Verfasserinnen seit Jahren als Träger der praktischen Ausbildung in der Altenpflege und als Kooperationspartner einer Berufsfachschule für Altenpflege und Altenpflegehilfe sehr gut bekannt.

Die jeweiligen Einrichtungsleitungen wurden im Vorfeld umfassend über das Projekt informiert und konnten von der Sinnhaftigkeit dessen überzeugt werden. Insbesondere versprachen sie sich durch das Vorhalten speziell für die Versorgung sehbeeinträchtigter Pflegebedürftiger geschulten Personals einen gewissen Marktvorteil.

Es wurden mit den Einrichtungen im Projektauftrag die zu erreichenden Ziele, nämlich die Sensibilisierung und fachliche Qualifizierung der an der Fortbildung Teilnehmenden, festgeschrieben. Die unter anderem hierfür notwendige konsequente Freistellung der Teilnehmenden für die Fortbildungsstunden wurde ebenso im Projektauftrag festgelegt, wie auch der zeitliche Gesamtrahmen. Alle drei Einrichtungen erklärten sich bereit, eine Durchführung der Fortbildungen innerhalb von vier Monaten zu ermöglichen, sowie geeignete Schulungsräume und gängige technische Ausstattung zur Verfügung zu stellen.

Die Fortbildung wurde gezielt als Inhouse-Schulung geplant. Die an der Fortbildung Teilnehmenden sind allesamt seit mehr als zwei Jahren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der jeweiligen Einrichtungen. Ihnen sollte das eigene, eigentlich gut bekannte Arbeitsumfeld, durch den Einsatz von das Sehvermögen einschränkenden Simulationsbrillen, unter erschwerten bzw. veränderten Bedingungen erfahrbar gemacht werden. So sollte eine Sensibilisierung, ein Bewusstmachen der Probleme, die für sehbeeinträchtigte Bewohnerinnen und Bewohner entstehen können, erreicht werden.

Die Samplestruktur der Fortbildungsgruppe wurde ebenfalls schriftlich festgelegt. Die Gruppe umfasste pro Einrichtung jeweils 15 Personen, von denen $\frac{1}{3}$ Leitungspersonen mit einer Fachkraftausbildung und einer entsprechenden Weiterbildung, $\frac{1}{3}$ Fachkräfte mit einer 3-jährigen Ausbildung und $\frac{1}{3}$ angelernte Hilfskräfte waren. Überlegungen, eine weitere Festlegung beispielsweise bezüglich der Berufserfahrung oder der sprachlichen Fertigkeiten vorzunehmen, wurden angesichts der derzeitigen Rahmenbedingungen in der Altenpflege wieder verworfen². Es bestand die Gefahr, dadurch die Auswahl der möglichen Fortbildungsteilnehmer und Fortbildungsteilnehmerinnen zu sehr einzuschränken.

Diese Samplestruktur nach vorab festgelegten Kriterien wurde gewählt, da davon ausgegangen wurde, dass sich die Bedürfnisse bezüglich der Fortbildungsinhalte zwar teilweise unterscheiden würden, andererseits aber alle Teilnehmenden an der Versorgung der sehbeeinträchtigten Pflegebedürftigen beteiligt sind, wenn auch an unterschiedlichen Stellen, und daher über spezielle Kenntnisse verfügen sollten. Das unterschiedliche Vorwissen, das die Teilnehmenden damit auch in die Gruppe bringen würden, die verschiedenen Blickwinkel, die sie auf die pflegerische Versorgung haben würden, wurden von der Projektleitung als Bereicherung für alle Teilnehmenden betrachtet.

² Gemäß einer aktuellen Erhebung des Statistischen Bundesamtes liegt der Anteil der Pflegepersonen mit Migrationshintergrund in der Altenpflege derzeit bei 19,5 Prozent (vgl. Afentakis 2014, S.175).

Um eine spätere Vergleichbarkeit der erhobenen Daten erreichen zu können, war es notwendig, die Zusammensetzung der Fortbildungsgruppen sehr restriktiv und genau festzulegen. Dies galt ebenso für die zeitliche Durchführung der Fortbildung.

Die an der Fortbildung Teilnehmenden wurden im Vorfeld der Fortbildungsmaßnahme bei einem gemeinsamen Gespräch ebenfalls umfassend informiert. Befragt nach etwaigen Befürchtungen bezüglich der Maßnahme, äußerten elf Personen Bedenken auf Grund der Planung als 8-Stunden-Einheiten. Nachdem sechs derer, die Bedenken hatten, aus der gleichen Einrichtung kamen, wurde dort nur mit 4-Stunden-Einheiten geplant, ohne dass die Fortbildungsinhalte davon tangiert worden wären.

In allen drei Einrichtungen wurden die Inhalte von denselben Dozentinnen und Dozenten vermittelt, denen allen die Methoden des problemorientierten Lernens bekannt sind.

Da, wie eingangs beschrieben, das Bewusstsein für die Häufigkeit von Sehbeeinträchtigungen bei älteren Menschen in stationären Einrichtungen eher gering ist, erhielten die Teilnehmenden im Anschluss an die ersten drei Fortbildungseinheiten eine Checkliste, die in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Rohrschneider³ erstellt worden ist. Mit Hilfe dieser Liste sollten sie bei den von ihnen gepflegten Bewohnerinnen und Bewohnern in Erfahrung bringen, in wieweit deren Sehvermögen möglicherweise beeinträchtigt ist. Die Checkliste diente als zusätzliches Hilfsmittel, um die an der Fortbildung Teilnehmenden zu sensibilisieren.

5.2 Methodische Vorgehensweise

Um eine Aussage über den subjektiv empfundenen Lernerfolg machen zu können, wurden die Teilnehmenden bereits im Rahmen der Projektvorstellung gebeten, ihren Kenntnisstand bezüglich der Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Sehbeeinträchtigungen auf einer Skala von 1 (= „kein Wissen“) bis 10 (= „fühle mich kompetent“) einzuschätzen. Eine erneute Einschätzung durch die Teilnehmenden

³ Prof. Dr. Klaus Rohrschneider, Sektionsleiter Ophthalmologische Rehabilitation, Universitätsaugenklinik Heidelberg, kr@uni-hd.de

erfolgte vor Beginn der geplanten Gruppeninterviews, das heißt jeweils sechs Wochen nach Beendigung der Fortbildungsmaßnahme.

Nach jeder der sieben Fortbildungseinheiten wurden die an der Fortbildung Teilnehmenden gebeten, einen kurzen Evaluationsbogen auszufüllen. Sechs Wochen nach der 40-stündigen Fortbildung wurden in jeder der drei Einrichtungen Gruppeninterviews durchgeführt, an denen alle diejenigen, die an der Fortbildung teilgenommen hatten, beteiligt waren. Mit Hilfe halbstrukturierter Leitfragen wurden Informationen bezüglich der Fortbildungsinhalte, der Lehrmethode, der Dozentinnen und Dozenten und des Lernerfolges gesammelt. Die Antworten wurden im Einverständnis mit den Teilnehmenden mittels eines Tonträgers aufgezeichnet. Zusätzlich war in zwei Einrichtungen eine unbeteiligte Person mit anwesend, die die Reihenfolge der Antworten schriftlich festgehalten hat, was die spätere Zuordnung der Antworten beim Transkribieren der Aufzeichnungen erleichterte. Im Rahmen der Gruppeninterviews wurden die Ergebnisse der quantitativen Erhebung gleich nach den Fortbildungseinheiten mit aufgegriffen und dort, wo es Auffälligkeiten gab, im Detail hinterfragt.

Der Leitfaden für das Gruppeninterview gliedert sich in folgende vier Themenfelder, zu denen jeweils zwei bis vier Schlüsselfragen gestellt wurden:

- Themenfeld 1: Inhalt
- Themenfeld 2: Lehrmethode
- Themenfeld 3: DozentInnen
- Themenfeld 4: Lernerfolg

Drei Monate nach Fortbildungsende wurde pro Einrichtung mit jeweils einer Person aus der Leitungsebene, die auch an den Fortbildungseinheiten teilgenommen hatte, ein sogenanntes Expertinneninterview⁴ in Form eines Einzelinterviews geführt. Als Expertinnen und Experten werden in diesem Zusammenhang Personen bezeichnet, die umfassendes und besonderes Wissen über soziale Sachverhalte haben und eine bestimmte Gruppe repräsentieren (vgl. Mayer 2011, S.196). Zwei der Interviewpartnerinnen haben eine Weiterbildung zur Pflegedienstleitung absolviert, die dritte zur

⁴ Es handelte sich bei allen Interviewten um Frauen.

Wohnbereichsleitung. Alle drei sind seit mehr als sieben Jahren in der Pflege tätig, zwei haben ihre Führungsposition in der Einrichtung seit über drei Jahren inne. Die Wohnbereichsleiterin übernahm ihre Aufgabe vor knapp zwei Jahren, ist aber zuvor schon vier Jahre auf dieser Station tätig gewesen. Gezielt wurden hier die Leitungspersonen gewählt, da sie die Verantwortung für die Implementierung der Fortbildungsinhalte mittragen. Bezogen auf ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können sie die Wirksamkeit der vermittelten Inhalte beurteilen. Schwerpunkt der Interviews waren halbstrukturierte Fragen zum Transfer- und Organisationserfolg. Die Herausforderung für die Interviewerin lag insbesondere darin, eine sachliche und themenzentrierte Fragehaltung beizubehalten. Auch diese Interviews wurden im Einvernehmen mit den Gesprächspartnerinnen auf einem Tonträger aufgezeichnet.

Im Leitfaden für das Expertinneninterview werden die Themenbereiche aus den Gruppeninterviews zum Teil wieder aufgegriffen, die Perspektive ist eine andere. Es galt zu klären, inwieweit die in der Fortbildung vermittelten Inhalte notwendig und geeignet sind, um die TeilnehmerInnen für das Thema der Sehbeeinträchtigung zu sensibilisieren und zu einer Verbesserung der fachlichen Qualifizierung zu führen:

- Themenfeld 1: Inhalt
- Themenfeld 4: Lernerfolg
- Zeitaufwand
- Veränderung

Die drei Gruppeninterviews hatten in zwei der Einrichtungen eine durchschnittliche Dauer von vierzig Minuten, in der dritten Einrichtung mussten einige der Teilnehmenden früher auf ihre Stationen zum Dienst, und ein Notfall im Haus verkürzte das Interview auf eine halbe Stunde. Die Expertinneninterviews dauerten zweimal eine halbe Stunde, beim dritten Expertinneninterview gelang es der Interviewenden nicht immer, die Gesprächspartnerin konsequent beim Thema zu halten, so dass die Zeitspanne hier fünfundvierzig Minuten betrug. Alle sechs Interviews wurden transkribiert, wobei zum besseren Verständnis eine Übertragung des Gesagten in normales Schriftdeutsch vorgenommen wurde. Satzbau und Satzbezüge wurden beibehalten, auch wenn sie Fehler aufwiesen (vgl. Kuckartz 2014, S.136). Sämtliche persönlichen Angaben der an den Interviews Teilnehmenden wurden anonymisiert,

genannte Namen, bezogen auf Personen oder die Institutionen, wurden nicht transkribiert.

5.3 Evaluationsvorgehen

Basierend auf den wörtlich transkribierten Interviews wurden mit Hilfe inhaltsanalytischer Verfahren die für die Projektauswertung relevanten Aussagen herausgezogen. Dieses Verfahren wurde gewählt, da es bei diesem Projekt vorrangig um den Nachweis der Wirksamkeit der Fortbildungsinhalte und –form geht.

Hierfür wurden zunächst auf Basis der Themenfelder des Interviewleitfadens Kategorien gebildet, denen die Aussagen zugeordnet wurden. In der Literatur wird hier von einem deduktiven Vorgehen gesprochen. In einem zweiten Schritt wurden die noch nicht kategorisierten Aussagen der Interviewten zusätzlich abgeleiteten Kategorien zugewiesen. Diese Art der Vorgehensweise wird als induktiv bezeichnet.

Im Weiteren wurden die gewonnenen und kategorisierten Aussagen analysiert, interpretiert und hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Fortbildungsinhalte und die Art der Vermittlung bewertet. KUCKARTZ macht deutlich, dass die Inhaltsanalyse der Interviews nicht als Instrument der Datenerhebung verstanden werden darf, sondern vielmehr der Datenauswertung dient (vgl. Kuckartz 2014, S. 34). Dies erklärt auch die Notwendigkeit der quantitativen Erhebung gleich nach den Unterrichtseinheiten, deren Ergebnisse der Untermauerung der interpretierten Interviewaussagen dienen.

Ausgehend von der hermeneutischen Grundhaltung, dass es kein Textverständnis ohne Vorverständnis gibt, wurden Erkenntnisse über den Wissenserwerb und den Wissenstransfer in der Pflege genutzt, um die verschiedenen Sinnschichten, die die Aussagen der an der Fortbildung Teilnehmenden haben, zu erkennen und damit ein über das Wortverständnis hinausgehendes Verstehen zu erreichen (vgl. Kuckartz 2014, S. 29).

Des Weiteren gilt es zu beachten, dass es für die Interpretation der Interviews von Wichtigkeit sein kann, unter welchen Bedingungen diese geführt wurden, wobei damit nicht etwa die räumlichen Bedingungen gemeint sind, sondern vielmehr Fragen nach der Beziehung zwischen der Interviewerin und den am Interview Teilnehmenden. Auch

die Frage nach der sozialen Erwünschtheit und den gegenseitigen Erwartungen darf bei der Interpretation nicht außer Acht gelassen werden (vgl. Kuckartz 2014, S. 31).

6 Projektergebnisse

Ausgehend von den unten aufgestellten Hypothesen erfolgt eine differenzierte Darstellung der Forschungsergebnisse:

- „Die Versorgung sehbeeinträchtigter Pflegebedürftiger erfordert von den Pflegepersonen zusätzliche Kompetenzen, die bei nichtsehbeeinträchtigten Personen nicht erforderlich sind.“
- „Das für die Versorgung sehbeeinträchtigter Pflegebedürftiger erforderliche pflegfachliche Wissen liegt in den Einrichtungen der Altenpflege nur in Ansätzen vor.“
- „Das Bewusstsein für die Problematik in der Versorgung sehbeeinträchtigter Pflegebedürftiger ist bei den Pflegepersonen gering.“
- „Es besteht bei den Pflegepersonen eine Diskrepanz zwischen dem notwendigen und dem vorhandenen Wissen bzgl. der Versorgung sehbeeinträchtigter Pflegebedürftiger.“
- „Der Wissenserwerb und –transfer in bildungsheterogenen Teams erfordert eine besondere Vorgehensweise bei der Erstellung eines FB-Curriculums.“
- „Ein neu entwickeltes FB-Curriculum kann inhaltliche und methodische Defizite enthalten/aufweisen.“
- „Experten werden bei der Umsetzung des in der Fortbildung Erlernten weitere Verbesserungsmöglichkeiten erkennen.“
- „Es ergeben sich neue Erkenntnisse, die es möglich machen das FB-Curriculum den Bedürfnissen der in der Pflege Tätigen und der sehbeeinträchtigten Pflegebedürftigen weiter anzupassen.“
- „Die konsequente Fortbildung von Pflegepersonen in Einrichtungen der Altenpflege führt zu einer bewohnerorientierteren Versorgung sehbeeinträchtigter Pflegebedürftiger.“

6.1 Darstellung der Ergebnisse

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der beiden quantitativen Erhebungen und der beiden Befragungen im Einzelnen dargestellt.

6.1.1 Selbsteinschätzung der Teilnehmenden

Die an der Fortbildung Teilnehmenden, die alle länger als zwei Jahre in der Pflege tätig sind, wurden vor Beginn der Fortbildung und sechs Wochen nach Beendigung derselben befragt, wie sie ihren Kenntnisstand bezüglich der Versorgung sehbeeinträchtiger Menschen selbst einschätzen würden.

Insgesamt wurden 45 Bögen abgegeben, 3 davon waren leer. Die Einschätzung erfolgte an Hand einer Skala, die von "1" (= „Kein Wissen“) bis zu "10" (= „fühle mich kompetent“) reicht. Die folgende Abbildung zeigt die kumulierten Werte je Einschätzungsgrad:

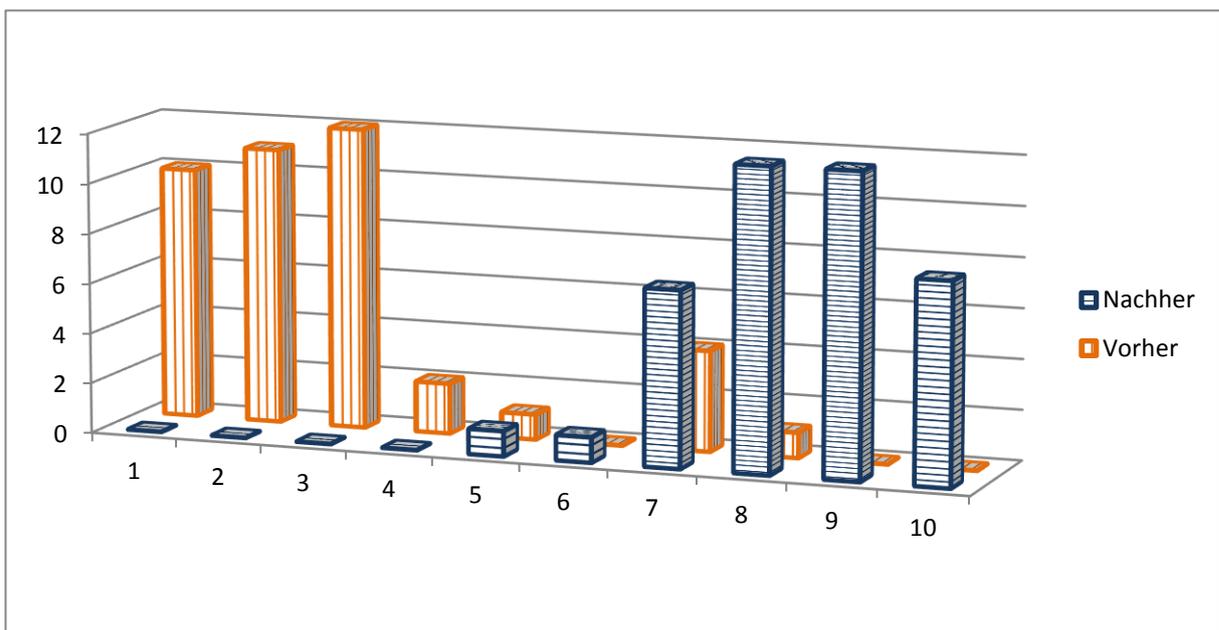


Abbildung 1: Selbsteinschätzung „Fachliche Qualifizierung“

Ein Vergleich der Mittelwerte (arithmetisches Mittel) der Selbsteinschätzungen vor und nach der Maßnahme, zeigt eine sehr deutliche Verbesserung von 2,86 auf 8,4. Einzelne Teilnehmende sahen bei sich einen Kompetenzgewinn von bis zu 8 Punkten.

Werden die Ergebnisse mittels eines Balkendiagramms verglichen, wird sehr deutlich, dass der Anfangsstand bei der Mehrzahl der Teilnehmer im Bereich 1 – 3 lag. Nach

der Maßnahme haben sich fast alle im Bereich 7 oder besser eingestuft. Kein Teilnehmer sah sich selbst noch im Bereich 1 bis 4.

6.1.2 Evaluation der Fortbildungseinheiten

Die Evaluationsbögen wurden durch die an der Fortbildung Teilnehmenden jeweils im Anschluss an die Fortbildungseinheiten ausgefüllt. Zu jeder Unterrichtseinheit wurden immer die gleichen sieben Aussagen zur Bewertung vorgestellt:

- **Nutzen:** Aus der Fortbildung konnte ich einen hohen Nutzen für meine berufliche Tätigkeit ziehen.
- **Themenzugang:** Ich habe einen anderen/ergänzenden Zugang zu diesem Thema bekommen.
- **Zeitl. Umfang:** Der zeitliche Umfang der Fortbildung war für mich völlig ausreichend.
- **Vortragsqualität:** Die Dozentin/der Dozent hat sich deutlich und verständlich ausgedrückt.
- **Vermittlung:** Die Inhalte wurden von ihr/ihm lebendig und engagiert vermittelt.
- **Fragemöglichkeit:** Es war mir möglich, meine Fragen und Bedenken anzubringen.
- **Einbringung:** Meine Beiträge und Fragenstellungen wurden ernst genommen.

Die an der Fortbildung Teilnehmenden konnten diese Aussagen folgendermaßen bewerten:

| Symbol | Bedeutung |
|--------|-------------------------------|
| ++ | Aussage trifft genau zu |
| + | Aussage trifft eher zu |
| 0 | Aussage trifft teils teils zu |
| - | Aussage trifft eher nicht zu |
| -- | Aussage trifft zu |

Tabelle 4: Bewertungsskala für Evaluationsbogen

Die Ergebnisse dieser Befragung wurden in einem ersten Schritt kumuliert und in Übersichtstabellen je Unterrichtseinheit zusammengefasst:

| Aussage | ++ | + | 0 | - | -- |
|------------------|-----------|----------|----------|----------|-----------|
| Nutzen | 38 | 7 | | | |
| Themenzugang | 34 | 9 | 1 | | |
| Zeitl. Umfang | 33 | 12 | | | |
| Vortragsqualität | 35 | 10 | | | |
| Vermittlung | 40 | 4 | 1 | | |
| Fragemöglichkeit | 37 | 6 | 2 | | |
| Einbringung | 37 | 7 | | | |
| Summe | 254 | 55 | 4 | 0 | 0 |
| Prozent | 81,15 | 17,57 | 1,28 | 0,00 | 0,00 |

Tabelle 5: Kumulierte Auswertung am Beispiel „Medizinische Grundlagen“

Aus den einzelnen Angaben der Befragung (++, +, 0, -, --) wurde ein Zahlenwert als gewichtetes arithmetisches Mittel nach folgender Regel gebildet:

Ein "++" wurde als "2" gewertet, ein "+" als "1", eine "0" als "0", ein "-" als "-1", ein "--" als "-2". Entsprechend der Häufigkeit der Nennungen, gingen diese Werte in den Mittelwert ein. Das Gesamtergebnis stellt sich wie folgt dar:

| | Medizin | OuM | LPF | Komm. | Tag-Str. | Pfl-plan. | Recht | |
|-------------------------|----------------|-------------|-------------|--------------|-----------------|------------------|--------------|-------------|
| Nutzen | 1,84 | 1,76 | 1,36 | 1,11 | 1,50 | 1,67 | 1,36 | 1,51 |
| Themenzugang | 1,75 | 1,87 | 1,58 | 1,31 | 1,50 | 1,56 | 1,36 | 1,56 |
| Zeitl. Umfang | 1,73 | 1,80 | 1,58 | 1,49 | 1,73 | 1,64 | 1,20 | 1,60 |
| Vortragsqualität | 1,78 | 1,87 | 1,73 | 1,56 | 1,82 | 1,84 | 1,72 | 1,76 |
| Vermittlung | 1,87 | 1,91 | 1,73 | 1,43 | 1,71 | 1,80 | 1,62 | 1,73 |
| Fragemöglichkeit | 1,78 | 1,91 | 1,73 | 1,51 | 1,73 | 1,87 | 1,64 | 1,74 |
| Einbringung | 1,84 | 1,86 | 1,73 | 1,66 | 1,84 | 1,86 | 1,69 | 1,78 |
| Gesamt | 1,80 | 1,85 | 1,63 | 1,44 | 1,69 | 1,75 | 1,51 | 1,67 |

Tabelle 6: Gesamtergebnis Evaluationsbogen

Aus diesen Daten kann eine Gesamtübersicht je Thema und Fragestellung gewonnen werden, die sich folgendermaßen als Balkendiagramm darstellen lässt:

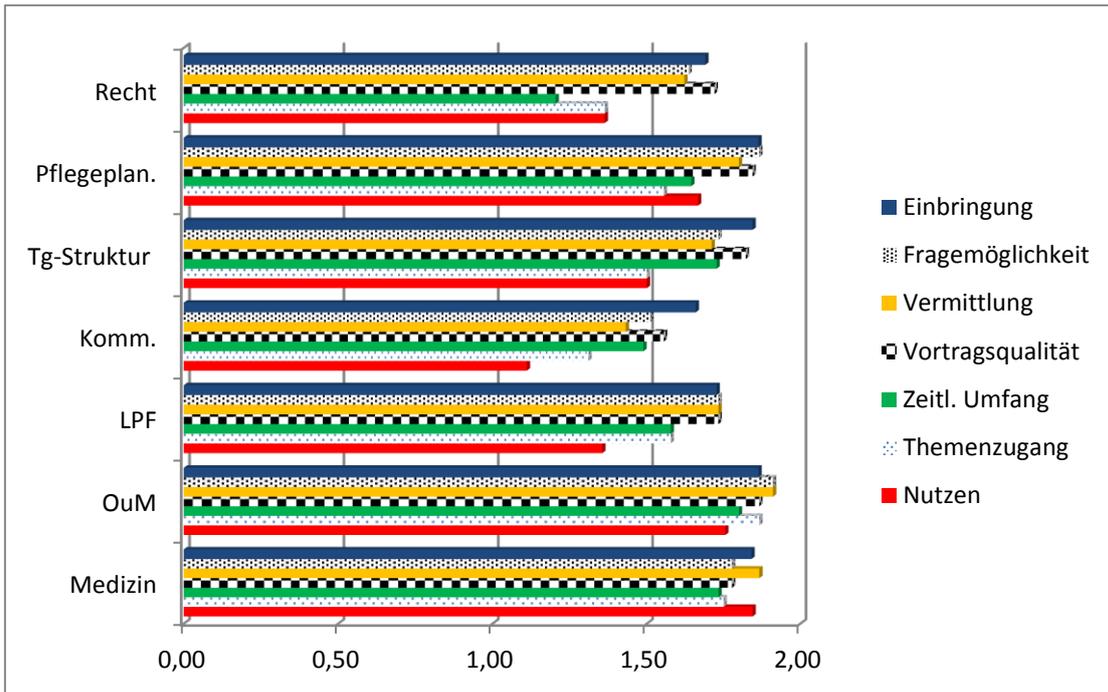


Abbildung 2: Gesamtergebnis Evaluationsbogen

Zur besseren Übersichtlichkeit lassen sich die Ergebnisse auf eine Darstellung, bezogen auf die Fortbildungseinheiten und eine aussagenbezogene Darstellung aufteilen:

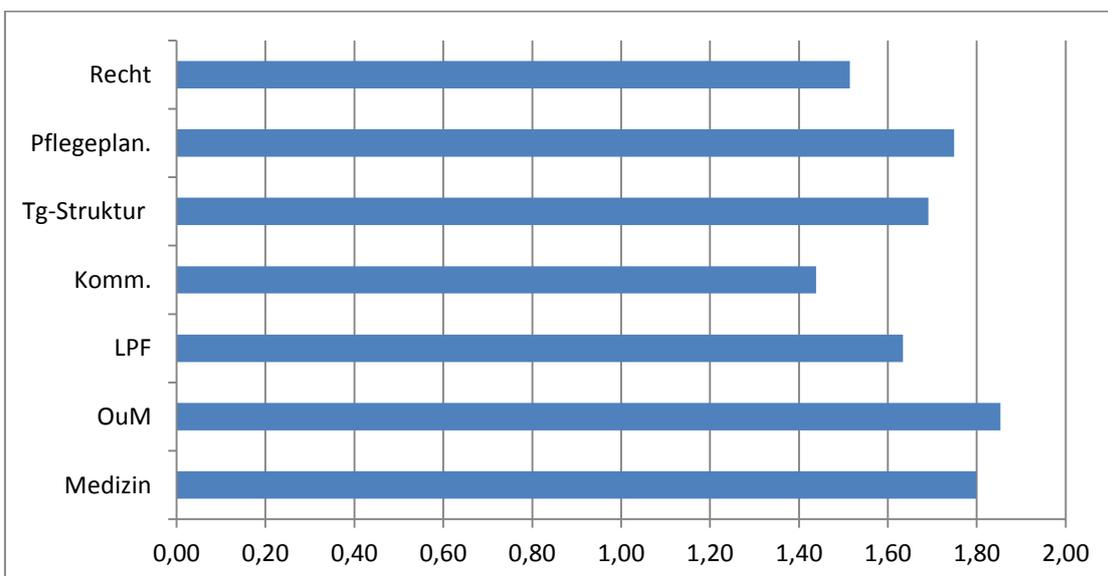


Abbildung 3: Darstellung je Fortbildungseinheit

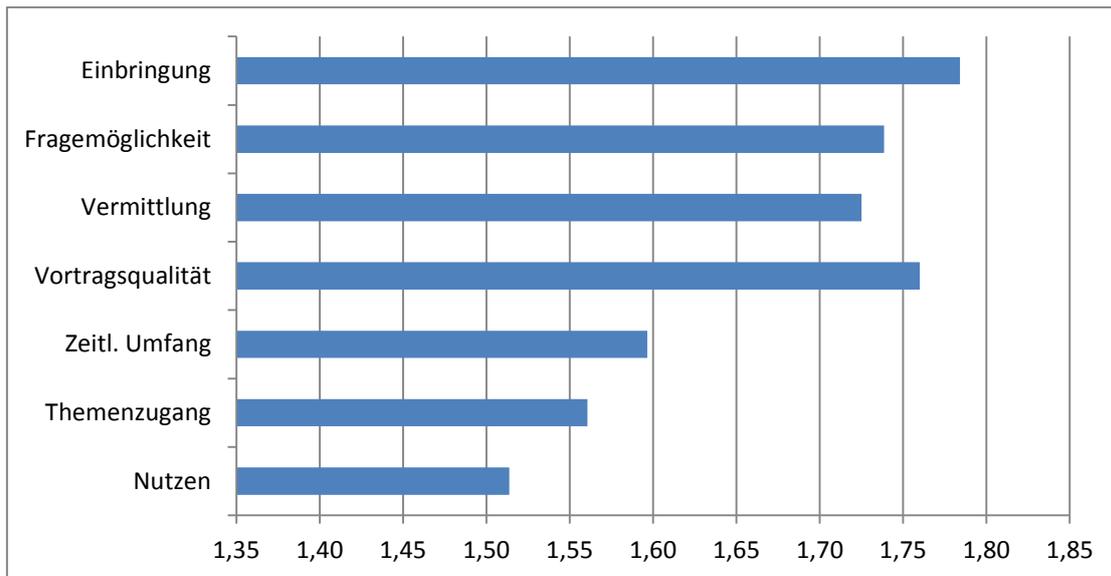


Abbildung 4: Darstellung je Aussage

6.1.3 Gruppeninterviews

Basierend auf den vier Themenfeldern der Gruppeninterviews stellen sich die Ergebnisse, verstärkt durch wörtlich zitierte Einzelaussagen folgendermaßen dar:

Inhalt

Insgesamt wurden die Inhalte der Fortbildungseinheiten von den Teilnehmenden sehr differenziert bewertet.

„Das Modul Tagesstrukturierung war sehr anschaulich, da es eine Menge praktische Aspekte beinhaltet. Es wurden verschiedene Sachen vorgestellt, die man mehr oder weniger in der Praxis anwenden kann. Also mehr geeignet war alles, was mit Orientierungshilfen zu tun hatte, weniger geholfen haben mir die Spiele, weil dazu hat sowieso keiner wirklich Zeit und viele habe ich auch überhaupt nicht gekannt und dann spielt man sie auch nicht mit den Leuten.“

Keine der Fortbildungseinheiten wurde als überflüssig empfunden, die Fortbildungseinheiten `Rechtliche Grundlagen` und `Tagesstrukturierung` werden kontrovers betrachtet:

„-und die ganzen Spiele und die Hilfsmittel, die wo es so gibt, das habe ich garnicht gewusst und die sind so einfach aber auch so spitze zum Hernehmen und das hätte

ich schon viel früher wissen müssen, da hätte ich den Leuten schon ganz anders helfen können“

„-die waren aber doch vor allem für Kinder, oder?“

„-nein die könnte man schon gut für unsere Leute hernehmen, weil die kennen die ja auch schon und gerade die Dementen, die wollen ja was machen, was sie auch kennen.“

Sehr gut wurden die Einheiten 'Orientierung und Mobilität' und 'Lebenspraktische Fähigkeiten' angenommen:

„Diese Übung, diese praktische Übung, dieses Simulationstraining, dass man sich in den Blinden hineinversetzen kann, wie das ist wenn man blind oder sehbehindert ist. Man kann sich das ja ungefähr vorstellen, aber da konnte ich es mir dann richtig vorstellen, wie das ist. Ich habe ... fand ich unangenehm, wenn mir das passieren würde. Da ist es mir teilweise kalt den Rücken runter gelaufen. ... Da sieht man wie wertvoll das Sehen ist eigentlich, das ist das wichtigste Organ überhaupt eigentlich.“

Auch die übrigen Fortbildungseinheiten wurden durchwegs positiv bewertet:

„Ich finde, da war jetzt nichts dabei, wo ich nicht was gelernt habe. Die Selbsterfahrung war schon das Wichtigste, da hat man ein richtiges Gefühl für alles bekommen, aber verstehen kann ich das nur, weil das dann auch theoretisch erklärt worden ist, was ich da gefühlt habe. Anstrengend ist es schon gewesen. Aber ich habe viel mehr gelernt wie in den ganzen Demenzschulungen, die waren immer so theoretisch und hier war ich in meinem Haus mit meinen Leuten und alles kann ich brauchen.“

Lehrmethode

In allen drei Einrichtungen wurde von den Teilnehmenden die Methode der Selbsterfahrung als besonders gewinnbringend hervorgehoben:

„- Eindeutig Selbsterfahrung da habe ich so viel mitgenommen, was bedeutet es für den Alltag, das war einfach vom Gefühl her überwältigend“

„- ... ja das mit dem Gefühl war schon wichtig, das vergisst man nicht mehr“

„- weil das auch irgendwie bei jedem Thema mit dabei war, da war dann auch nichts trocken.“

Nachfolgende Aussage macht dies ebenfalls sehr differenziert deutlich:

„Die Module „Orientierung und Mobilität“ sowie „Lebenspraktische Fähigkeiten“ orientierten sich an der Praxis und waren darauf ausgelegt, dass man Alltagssituationen eines Menschen mit einer Sehbeeinträchtigung selbständig erfährt. Das war zwar teilweise richtig gruselig mit diesen Simulationsbrillen, aber es war auch nützlich, um den Alltag aus der Perspektive der Betroffenen zu erleben und Veränderungen im Umgang und der Unterstützung anzustreben.“

Dennoch war es den Teilnehmenden in der Fortbildungseinheit `Rechtliche Grundlage` fast zu viel der Selbsterfahrung:

„... aber das mit den Augenbinden in Recht, das war irgendwie doof, ich hab mich garnicht konzentrieren können ich habe alles andere gehört, ich war schon richtig dement. Und dann bin ich auch richtig aggressiv geworden nein abnehmen wollte ich die Binde nicht, das haben ja die anderen auch nicht gemacht, es stimmt aber schon, vom Gefühl her war es schon eine tolle Methode von der Dozentin.“

Die Fortbildungseinheit `Medizinische Grundlagen` fand bei den Teilnehmenden ebenfalls großen Anklang, wie nachfolgendes Zitat aufzeigt:

„Das Modul „Medizinische Grundlagen“ war zwar sehr theoretisch, aber grundlegend für das Verständnis der Erkrankungen. Außerdem erklärte sich mit diesem Wissen, das weitere Vorgehen in den späteren Modulen.“

DozentInnen

Dass das wertschätzende Verhalten der Dozentinnen und Dozenten einen entscheidenden Einfluss auf das Lernen der Teilnehmenden hat, lässt sich mit folgenden Zitaten belegen:

„Der eine Dozent, der hat uns ganz ernst genommen, auch wenn ich gesagt habe, dass für was keine Zeit ist. Da hat der dann richtig überlegt, was wir da machen könnten.“

„Die haben da ja richtig drin gelebt in dem Thema und so toll erklärt, da verstehst du dann auch die Theorie.“

Vereinzelt gab es kritische Anmerkungen:

„Also, dass man da alles mitmachen musste, was doch irgendwie man ja vielleicht nie braucht, war schon krass.“

Insgesamt überwiegen die positiven Beurteilungen.

Lernerfolg

Insbesondere bezogen auf den Lernerfolg, gab es sehr umfangreiche und tiefgründige Aussagen:

„Ich beziehe den Aspekt Sehbeeinträchtigung jetzt viel öfter mit ein, da waren auch die Checklisten richtig gut, die nehme ich oft her wenn ich unsicher bin, aber alleine schon, dass ich auf Grund vom Verhalten von denen überhaupt in die Richtung denke und es dann auch noch zuordnen kann, das ist schon toll.“

„Ich merke da auch den größten Nutzen, diese Ganzheitlichkeit von viel theoretischem Wissen und es war schon viel, und dann das passende Gefühl dazu. Ich sehe Dinge, die andere nicht wahrnehmen und die sagen dann, dass ich jetzt besonders mit den Dementen ganz anders rede und zum Beispiel beim Führen so locker wirke. Denen gebe ich dann die Checkliste, damit sie halt wenigstens vom Kopf her auch mal in die Richtung Sehbeeinträchtigung denken.“

„Das allerwichtigste, was ich mitgenommen habe ist, dass Menschen die sehbeeinträchtigt sind viel, viel mehr Zeit für alles brauchen. Wir von der Pflege haben da immer zu wenig Geduld und nehmen den alten Menschen immer zu schnell was ab. Jetzt traue ich mich schon auch mal, was anderes zu machen, ein Bett oder sowas, und lasse den Bewohner dann einfach mal machen. Das ist schon schwer auszuhalten, aber so als Ganzes genommen bleibt mir dann doch mehr Zeit für andere Dinge.“

Es ließen sich noch eine Reihe mehr Aussagen zum Lernerfolg aufführen; da das Thema auch bei den Experteninterviews aufgegriffen wurde, finden sich dort weitere Aussagen.

Bemerkenswert ist, dass das Gruppeninterview in der dritten Einrichtung, auf Grund der von Anfang an sehr umfassenden Antworten der Teilnehmenden, nicht wie in den beiden anderen Einrichtungen während des Interviews in die vier Themenbereiche aufgeteilt werden konnte. Es wäre sonst zu mehrfachen Wiederholungen von bereits Gesagtem gekommen. Eine Zuweisung erfolgte dann bei der ersten Auswertung des Interviews.

6.1.4 ExpertInneninterviews

Obgleich für die Interviews selbst und für die anschließend erfolgte Auswertung derselben eine Gliederung in vier Themenfelder genutzt wurde, werden im Folgenden einige der wichtigsten Aussagen der Expertinnen zusammenfassend aufgezeigt. Übereinstimmend bewerten die Expertinnen die Inhalte als stimmig und für das Gesamtverständnis notwendig:

„Nein ohne Grundkenntnisse geht nichts, auch wenn man eine Ausbildung hat, weil man frischt immer was auf und nur Selbsterfahrung ohne Grundwissen ist nicht sinnvoll. Ich finde, es gehört immer Theorie dazu, um dann praktische bzw. fallbezogene Übungen zu machen. Aber wenn ich keine Theorie habe, ist es schwierig für mich... Der wissenschaftliche Hintergrund muss sein. Grundwissen muss sein, man muss wissen, mit was man es zu tun hat oder wie entwickelt sich so etwas. Man muss wissen, wie sich bestimmte Krankheiten weiterentwickeln, um zum Beispiel sagen zu können, bei dem lohnt sich ein Augenarzt-Termin und bei dem nicht. Es macht schon einen Unterschied. Das spielt schon in der täglichen Planung eine Rolle.“

Den Lernerfolg ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schätzen die Expertinnen überwiegend als hoch ein und machen das in ihren Aussagen sehr differenziert deutlich:

„Es sind die kleinen Aufmerksamkeiten gegenüber den sehbeeinträchtigten Bewohnern, die mir bei meinen Kolleginnen auffallen, die scheinbar schon sehr schnell zur Selbstverständlichkeit geworden sind. Da mal ein Handgriff angeleitet statt abgenommen, die andere Art, wie sie die Leute führen. Und was mir noch so auffällt, die reden viel mehr mit den Leuten, auch wenn sie dement sind und das weiß man ja, dass reden gerade für Demente unglaublich wichtig ist.“

Die Auswirkungen des Lernerfolges auf die pflegebedürftigen Menschen werden von einer Expertin mit einem Beispiel verdeutlicht:

„Ja, ich habe da ein gutes Beispiel, wo meinen Mitarbeitern was aufgefallen ist und die gesagt haben, dass das so ist, wie wir es in der Fortbildung gelernt haben. Eine Bewohnerin, die ganz dement ist, die hat jetzt auch eine Brille, das hat der Sohn so gewollt, wie wir ihm gesagt haben, dass die Mutter wohl schlecht sieht, und die ist jetzt ganz still im Aufenthaltsraum. Früher ist die immer gelaufen und oft auch hingefallen,

aber jetzt ist das so, dass man meint, die schaut den anderen im Raum zu, was die machen, die sucht jetzt nichts mehr.“

Nach übereinstimmenden Aussagen der Expertinnen fühlen sich die Teilnehmenden sensibilisiert. Insbesondere der Erfolg im Kleinen bei den einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern fällt ihnen auf.

Der Zeitaufwand von vierzig Stunden wird ebenfalls als stimmig und adäquat bewertet. Die organisatorische Planung als 8-Stunden Einheiten wird unterschiedlich gesehen. In einer der Einrichtungen wurde von vornherein mit 4-Stunden Einheiten agiert.

Befragt nach den Veränderungen, die erforderlich sind, um das Gelernte adäquat umsetzen zu können, wurden vorrangig die baulichen Veränderungen genannt. Die knappe Personalsituation fällt ebenso ins Gewicht wie das Thema der mangelnden augenärztlichen Versorgung:

„Dass die Augenärzte da nicht ins Haus kommen ist für meine Mitarbeiter demotivierend. Wenn sich an die Beobachtung keine Verbesserung anschließt, verlieren die Mitarbeiter auch wieder das Interesse am Thema.“

6.2 Interpretation der Ergebnisse

Im Folgenden sollen die wichtigsten Ergebnisse der verschiedenen Erhebungen und Befragungen zusammengeführt und die Kernaussagen gedeutet werden. Dabei werden zunächst die Zielsetzungen in den einzelnen Fortbildungseinheiten kritisch betrachtet.

Die zwingende Notwendigkeit der Vermittlung von medizinischem Grundlagenwissen wird von den Teilnehmenden durchwegs erkannt. Durch die Art der Vermittlung, basierend auf umfangreichem Bildmaterial, konnten alle Teilnehmenden trotz ihrer unterschiedlichen Bildungsvoraussetzungen einen Gewinn aus der Einheit ziehen.

Es konnte im Vorfeld davon ausgegangen werden, dass die sehr praxisorientierten Inhalte der zweiten und dritten Fortbildungseinheit von den Teilnehmenden gut angenommen werden würden. Wie in theoretischen Überlegungen zur Wissensvermittlung in bildungsheterogenen Gruppen dargelegt wird, müssen Bildungsinhalte so aufbereitet sein, dass sie von allen Teilnehmenden gleichermaßen angenommen

werden können. In den Aussagen der Teilnehmenden spiegelt sich wieder, dass dies hier gelungen ist. Nahezu einvernehmlich machen die Teilnehmenden deutlich, dass der angestrebte Sensibilisierungsprozess erfolgreich angestoßen werden konnte.

Kommunikation erscheint zunächst etwas so Selbstverständliches zu sein, dass es zu hinterfragen wäre, ob es nutzbringend sein kann, dieses Thema solitär als eigene Fortbildungseinheit zu planen. Die Ergebnisse zeigen, dass von den Teilnehmenden erkannt werden konnte, welchen hohen Stellenwert gerade in der Begleitung sehbeeinträchtigter älterer Menschen ein bewusstes Einsetzen verschiedener sprachlicher Mittel hat.

Die Fortbildungseinheit Tagesstrukturierung konnte nicht alle Teilnehmenden erreichen. Dies liegt daran, dass die dabei vorgestellten Maßnahmen nur von einem Teil der Teilnehmenden in der täglichen Praxis umgesetzt werden kann, die übrigen haben dafür nach eigenen Angaben keine Zeitressourcen oder sind mit anderen Aufgaben betraut. Eine Sensibilisierung für der Problematik der Freizeitgestaltung sehbeeinträchtigter älterer Menschen wurde dadurch erreicht, dass alle sich mit der Thematik auch praktisch auseinandersetzen konnten.

Eine differenzierte Planung der pflegerischen Interventionen wird nicht von allen, die an der Fortbildung teilgenommen haben, vorgenommen. Dennoch konnten alle einen Nutzen aus der Fortbildungseinheit ziehen, da in jeder der Einrichtungen die Daten und die Situation einer dort lebenden sehbeeinträchtigten Person für die Planung herangezogen wurden. Die sehr detailreiche Aufgliederung wurde von den Teilnehmenden als gewinnbringend begrüßt. Da derzeit, wie oben beschrieben, die Pflegeplanungen in den Einrichtungen umgestellt werden, muss dieser Teil der Fortbildung sicherlich neu überarbeitet werden. Doch unabhängig davon, welches System sich letztendlich durchsetzt, empfinden die in der Pflege Tätigen die klare Struktur der ABEDLs® als hilfreich.

Die Fortbildungseinheit, in der den Teilnehmenden die rechtlichen Grundlagen vermittelt wurden, wird insgesamt sehr unterschiedlich bewertet. Ein Grund dafür ist die Art der Inhaltsvermittlung. Um eine weitere Sensibilisierung der Teilnehmenden zu erreichen, wurden diese dazu angehalten, während der Unterrichtsstunden Augenbinden zu tragen. Dieses Vorgehen wurde von einigen Teilnehmenden als Zwang empfunden, dessen Nutzen sie nicht erkennen konnten. Inhaltlich waren die

Ausführungen anderen Teilnehmenden nicht ausführlich genug, während eine dritte Gruppe ganz generell Zweifel daran hatte, ob dieses Thema für sie in irgendeiner Weise relevant sei.

Interessant ist die unterschiedliche Bewertung des Nutzens der vermittelten Inhalte jeweils gleich nach den Fortbildungseinheiten und sechs Wochen nach Beendigung der Fortbildungsmaßnahme. Erschien den Teilnehmenden der Nutzen zunächst noch etwas geringer -der Wert lag unter 1,5-, zeigte sich in den Gruppeninterviews und bei den Expertinneninterviews eine deutlich bessere Einschätzung. Erst die direkte Anwendung des neu Erlernten in der Praxis hat die Teilnehmenden dessen Nutzwert erkennen lassen. Dass das Thema „Zeitmangel“ die Teilnehmenden den Nutzen hat kritisch hinterfragen lassen, wird in einigen Aussagen in den Gruppeninterviews deutlich.

Nach den beiden 10-Stunden Fortbildungen, die handlungsorientiert waren und Handlungskompetenz haben erwerben lassen und damit auch der Sensibilisierung dienten, setzten die Teilnehmenden mit Erfolg die ausgehändigten Checklisten ein, die dazu dienen, noch nicht erkannte Sehbeeinträchtigungen bei den pflegebedürftigen älteren Menschen zu identifizieren. Sie dienen des Weiteren den Teilnehmenden dazu, die Umsetzbarkeit des Gelernten und Selbsterlebten spürbar zu machen, wie die folgende Aussage verdeutlicht: *„Ich erkenne nun beim Bewohner die Defizite und habe sie nicht nur einfach ohne Bezug ab.“* Die Anschlussfähigkeit der Fortbildungsinhalte lässt sich damit ebenfalls verdeutlichen: *„Ich habe das Gefühl, dass ich weiß, dass das, was ich beim Bewohner wahrnehme, beobachtungswürdig ist und ich weiß dann auch das Beobachtete einzuschätzen und fachlich zu erklären, weil ich es Gelerntem zuordnen kann.“* Mit dieser Aussage lassen sich die theoretischen Erkenntnisse zum Wissenserwerb bestätigen.

Während der Zeitumfang bei der quantitativen Erhebung von einigen als offenbar zu knapp bewertet wurde, konnte dies in den Interviews nicht bestätigt werden. Die übrigen Ergebnisse glichen den Erkenntnissen, die sich aus den Interviews ergeben haben. Insgesamt untermauern die Ergebnisse der quantitativen Erhebung die Aussagen in den Interviews.

Aus den Aussagen der Teilnehmenden lässt sich zusammenfassend ableiten, dass sie Problemlösungsstrategien entwickelt haben. Sie können des Weiteren auf deklaratives Wissen in konkreten Anwendungssituationen in der Praxis zurückgreifen.

Der eingesetzte Evaluationsbogen weist zwei Mängel auf: Zum einen ist die erste Aussage ungenau, da nicht zwischen Wissenszuwachs und der beruflichen Anwendbarkeit differenziert wird, was im Pre-Test in einer anderen Einrichtung nicht aufgefallen ist. Allerdings setzt Nutzbarkeit Wissenszuwachs voraus, sodass sich durchaus Ergebnisse ableiten lassen. Im Interview wurde dieser Punkt nochmals speziell hinterfragt. Der zweite Mangel bezieht sich auf die 3. Aussage. Diese ist einschränkend, da nur gesagt werden kann, dass es zu wenig Zeit gewesen ist. Auch hier konnte durch die Befragung im Interview Klarheit geschaffen werden.

6.3 Diskussion der Ergebnisse

Wissensvermittlung in bildungsheterogenen Gruppen birgt immer die Gefahr, dass an der Fortbildung Teilnehmende das Gefühl bekommen könnten, dass ihr bisheriges Handeln in der Praxis falsch gewesen sein könnte, was zu einer inneren Abwehr gegen Neues führen könnte. Die Dozentinnen und Dozenten wurden im Vorfeld der Fortbildung explizit auf diese Problematik hingewiesen. Nach eigenen Angaben haben sie versucht, dies bei der Vermittlung der Inhalte zu berücksichtigen. Die nachfolgende Aussage zeigt, dass diese Problematik vor weiteren Fortbildungen nochmals aufgegriffen und überdacht werden muss:

„... mir kommt das jetzt so vor, dass ich früher vielen nicht gerecht geworden bin, dass ich viel falsch gemacht habe und da bin ich richtig dankbar, dass ich gelernt habe mit kleinen Veränderungen viel bewirken kann. Und eigentlich müsste ich jetzt auch alle aufsuchen und mich bei ihnen entschuldigen...“

Dennoch zeigt die Aussage auch, dass mit den Fortbildungsinhalten ein Wissenszuwachs erreicht werden konnte, der die Teilnehmenden stärken kann.

Theorien zu Wissenserwerb und Wissenstransfer machen deutlich, dass Wissen auch dazu vermittelt wird, um die tägliche Pflegepraxis zu verändern. Dies ist aus Sicht der an der Fortbildung Teilnehmenden mit Hilfe der vermittelten Inhalte gelungen, was sich mit den oben aufgeführten Aussagen belegen lässt.

Trotz der Entwicklung eines geschlossenen Curriculums ist durch die Verortung der Fortbildung als Inhouse-Schulung insbesondere bei den Einheiten `Orientierung und Mobilität` und `Lebenspraktische Fähigkeiten` ein kleiner Spielraum für Individuelles geblieben, da an die vor Ort herrschenden Rahmenbedingungen angeknüpft werden musste.

Inwieweit die Persönlichkeiten der Dozentinnen und Dozenten einen Einfluss auf die Nachhaltigkeit des von den Teilnehmenden erworbenen Wissens haben, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht klären.

Ganz generell muss auch hinterfragt werden, ob in den Einrichtungen die Anschlussfähigkeit der erworbenen Kenntnisse und der erlangten Erkenntnisse umfassend gewährleistet ist oder ob es hier einer Veränderung innerhalb der Einrichtungen bedarf. Dies könnte in Form der Schaffung von interdisziplinären Teams ebenso geschehen, wie durch eine Veränderung der baulichen Gegebenheiten.

Der Bezug zum Thema Demenz und zu der daraus resultierenden Problematik bei der Versorgung sehbeeinträchtigter älterer Menschen, wurde von den Teilnehmenden immer wieder hergestellt. Dies aufzugreifen ist umso wichtiger, als im Vorfeld der Fortbildung von allen Beteiligten immer wieder hervorgehoben worden war, wie angenehm es doch sei, dass es bei diesem Projekt nicht um das Thema Demenz gehen würde. Die derzeitige Fokussierung der Diskussion und der staatlichen Förderprogramme⁵ auf das Krankheitsbild der Demenz führt bei den in der Pflege Tätigen zu einer gewissen Sättigung. Die Gefahr, dass dadurch andere, sich unter Umständen wechselseitig verstärkende Problemlagen der betreffenden Zielgruppe leichthin ausgeblendet werden, ist groß. Das betrifft insbesondere solche Problemlagen, die aus einer im weiteren Sinne zusätzlichen Behinderung oder absehbar eintretenden Beeinträchtigung der Pflegebedürftigen resultieren, wie es für Pflegebedürftige mit einer Sehbeeinträchtigung als Behinderung oder drohender Sehbeeinträchtigung derzeit der Fall ist.

Zum Beispiel die in den Jahren 2008 bis 2013 durchgeführte und mit 1.120000 Millionen Euro geförderte berufsübergreifende „Personalentwicklungsmaßnahme Demenz“ der Landeshauptstadt München http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/fachinformationen-pflege/personalentwicklungsmassnahme_demenz.html

Es ist daher als Erfolg zu werten, dass die an der Fortbildung Teilnehmenden von sich aus erkannt haben, dass es möglicherweise einen kausalen Zusammenhang zwischen einer Sehbeeinträchtigung und fortschreitenden demenzbedingten Veränderungen bei älteren Menschen gibt.

In diesem Zusammenhang ist die Aussage einer an der Fortbildung teilnehmenden Leitungsperson geeignet, das Thema abzurunden:

„Ich möchte mich bedanken, dass wir als Einrichtung an dem Projekt teilnehmen durften. Ich bin froh, dass unsere Mitarbeiterinnen für das Thema Sehbeeinträchtigung sensibilisiert worden sind. Das, was mir in letzter Zeit viel zu viel geworden ist, das ist das Thema Demenz. Also alles, was ich aufgeschlagen habe, jedes Projekt, das an mich herangetragen wurde: „Essen bei Demenz, Umgang mit Demenz, Beschäftigung bei Demenz“ und der Schwerpunkt ist einem da schon bei den Ohren raus gekommen, dass das einfach mal ein anderer Fokus war, die dementiell erkrankten Bewohner zwar mit im Boot waren aber eben nicht an vorderster Stelle, dass man mal anders an Bewohner heran geht, dass es eben nicht nur Demenz im Altenheim gibt als Problematik. Dafür Dankeschön, haben wir gerne mitgemacht.“

Letztendlich kann aus Sicht der Verfasserinnen gesagt werden, dass das entwickelte, umgesetzte und evaluierte Curriculum geeignet ist, um die Pflegepersonen, die in Einrichtungen der Altenpflege tätig sind, für die Zielgruppe der sehbeeinträchtigten pflegebedürftigen Menschen zu sensibilisieren und ihre Befähigung, diese fachlich qualifiziert zu versorgen, aus Sicht der an der Fortbildung Teilnehmenden zu verbessern.

7 Öffentlichkeitsarbeit

Im Verlauf des gesamten Projektes gab es immer wieder Veröffentlichungen in Fachzeitschriften und der Tagespresse.

Exemplarisch hierfür sei ein Artikel im Landshuter Wochenblatt vom 19. April 2013 aufgeführt (s. Anlage 6).

In der Zeitschrift 'Altenheim' des Vincentz-Verlages, Ausgabe Februar 2014, wird auf Seite 12 in der Studie 'Bauliche Bedarfe sehbehinderter Bewohner im Heim' Bezug zu unserem Projekt genommen und auf notwendige bauliche Standards hingewiesen (www.altenheim.net).

Ein Regionalsender drehte in einer der teilnehmenden Einrichtungen einen etwa 5-minütigen Film, der dann im Vorabendprogramm gesendet wurde.

Zum Erfolg der Fachtagung 'Sehen im Alter: Neue Herausforderungen – gemeinsame Antworten' des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes e.V. (DBSV) in Bonn im Juni 2014 konnten wir mit dem Vortrag von Anita Götzer 'Sehbeeinträchtigungen erkennen und berücksichtigen' und in einer Expertenrunde mit dem Thema 'Wissen verbreiten – Aus- und Fortbildung' beitragen.

Der Vortrag und unser Projekt werden ausführlich auf den Seiten 'Sehen im Alter' vorgestellt.

<http://www.sehenimalter.org/projekte/schnittstelle-sehen-und-pflege/215-modellprojekt-fortbildung-in-muenchen>)

Ferner sind wir in Zusammenarbeit mit dem auf der Fachtagung in Bonn von DBSV und BAGSO gegründeten Aktionsbündnis, das mit seiner Bonner Erklärung vermeidbaren Sehverlust verhindern und Menschen mit Sehverlust eine optimale Unterstützung sichern will.

<http://www.sehenimalter.org/aktionsbueundnis/bonner-erklaerung>

8 Ausblick

Wie eingangs dargestellt, rücken die defizitären Versorgungsstrukturen sehbeeinträchtigter Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen der Altenpflege immer mehr in den Fokus der Träger dieser Einrichtungen und der die Versorgungsqualität überprüfenden Behörden. Es ist daher geplant mit Hilfe der Ergebnisse des Projektes Fördergelder zu akquirieren, um zum einen die 40-stündige In-house-Fortbildung in möglichst vielen Einrichtungen durchführen zu können.

Zum anderen ist an ein weiteres Praxisforschungsprojekt gedacht, im Rahmen dessen geklärt werden soll, inwieweit von Seiten der betroffenen Pflegebedürftigen eine Veränderung oder gar Verbesserung ihrer Versorgung erlebt wird.

Des Weiteren muss unter anderem, resultierend aus den Ergebnissen der genannten Studien, die Erstellung eines Leitfadens erwogen werden, der Qualitätsmerkmale für den Umgang mit sehbeeinträchtigten und blinden Pflegebedürftigen auflistet und der als Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen der Altenpflege gesehen werden kann. Für die Einrichtungen der Altenpflege könnte dann z. B. ein gemeinsam mit dem DBSV entwickeltes Gütesiegel auf der Grundlage von Versorgungsstandards ein Anreiz sein, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu schulen.

Weitere Forschungen zum Spannungsfeld Sehbeeinträchtigung und Demenz sind aus unserer Sicht erst dann möglich und sinnvoll, wenn die hier evaluierte Fortbildungsmaßnahme flächendeckend oder zumindest in den an Forschungsprojekten beteiligten Institutionen durchgeführt worden ist, denn ein „Erkennen“ und „Einschätzen“ der Situation setzt, wie verdeutlicht, das „Kennen“ bei den in der Pflege Tätigen voraus. Diese sind es, die der Forschung die notwendigen Daten werden liefern müssen, da sie am nächsten an den betroffenen Menschen dran sind.

Bezugnehmend auf das Thema Lebensqualität ist weitere Forschung zum oben genannten Spannungsfeld für beide Gruppen von Betroffenen, Sehbeeinträchtigte und Demente, von außerordentlicher Bedeutung.

In diesem Zusammenhang wäre auch zu überlegen, ob nicht der Einsatz von speziell ausgebildeten Multiplikatoren gewinnbringend für die Institutionen und damit letztendlich auch für die betroffenen Pflegebedürftigen sein könnte.

Eine intensive Einbindung der Heimbeiräte in den jeweiligen Einrichtungen könnte gerade auch in Bezug auf notwendige bauliche Veränderungen und Maßnahmen von entscheidender Bedeutung sein.

Ein Ausbau der interdisziplinären Zusammenarbeit zum Beispiel mit ArchitektInnen, AugenärztInnen, OptikerInnen und Low-Vision-ExpertInnen erscheint uns in Kombination mit qualifizierenden Maßnahmen unabdingbar, um die Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und damit die Lebensqualität sehbeeinträchtigter älterer Menschen in Zukunft gewährleisten zu können!

9 Danksagung

Das Projektteam möchte sich an dieser Stelle ganz besonders für die Unterstützung durch die Qualitätsbeauftragte Sehen des Blindeninstitutes München **Frau Rösl-Thies** bedanken. Durch die Vermittlung äußerst kompetenter Dozentinnen und Dozenten hat sie erheblich zum Gelingen des Projektes beigetragen.

Des Weiteren gilt der Dank des Projektteams **Herrn Prof. Dr. Twenhöfel**, der in unzähligen Projektsitzungen das Prozedere immer wieder kritisch hinterfragt und viele kreative Ideen in die Diskussionen eingebracht hat. Ihm ist es auch zu verdanken, dass das Projekt die nötige finanzielle Unterstützung durch die genannten Institutionen erhalten hat.

Literaturverzeichnis

AMD-Netz (2014): Früherkennung: Starke Seheinschränkungen im Alter oft vermeidbar, <http://www.amd-netz.de/content/news/174>, [13.06.2014]

Arnold, Rolf/ Gómez Tutor, Claudia (2007): Grundlinien einer Ermöglichungsdidaktik, Ziel Verlag, Augsburg

Bennett, Jonathan/ Riedel, Matthias (2013): Was beeinflusst die Lebenszufriedenheit im hohen Alter? Repräsentative Studie zur ambulanten Altenpflege und –betreuung in der Deutschschweiz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 46 (1), S. 21-26

Blaser, R./Wittwer, D./Berset, J./Becker, S. (2013): Demenzerkrankungen und Seh-/Hörbeeinträchtigungen - Synthesebericht, Berner Fachhochschule, Bern

Bookwala, Jamila (2011): Marital quality as a moderator of the effects of poor vision on quality of life among older adults. In: The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 66B (5), S. 605-616

DBSV (2014): Sehen im Alter, Bonner Erklärung <http://www.sehenimalter.org/aktionsbuendnis/bonner-erklaerung> [27.10.2014]

DSL (2014): Augenkrankheiten im Alter, <http://www.deutsche-seniorenliga.de/themen-initiativen/gesundheitsfitness/22-augenkrankheiten-im-alter.html>, [03.06.2014]

Evans, J.R./Fletcher, A./Wormald, R. (2007): Depression and anxiety in visually impaired older people. In: Ophthalmology 114 (2), S. 283-288

Fisch, Joachim (2000): Licht und Gesundheit – Das Leben mit optischer Strahlung, Technische Universität Ilmenau, Eigenverlag

Good, G.A./LaGrow, S./Alpass, F. (2008): An age-cohort study of older adults with and without visual impairments: Activity, independence, and life satisfaction. In: Journal of visual impairment and blindness, 102 (9), S. 517-527

Hayman, K.J./Kerse, N.M./LaGrow, S./Wouldes, T./Robertson, M.C./Campbell, A.J. (2007): Depression in older people: visual impairment and subjective ratings of health. In: Optometry and Vision Science, 84 (11), S. 1024-1030

Hodge, S./Barr, W./Bowen, L./Leeven, M./Knox, P. (2013): Exploring the role of an emotional support and counselling service for people with visual impairments. In: The British Journal of Visual Impairment, 31 (1), S. 6-7, <http://jvi.sagepub.com/content/31/1/5> [16.08.2014]

Kämmerer, A./Wahl, H.W./Becker, S./Kaspar, R./Himmelsbach, I./Holz, F. et al. (2006): Psychosoziale Unterstützung von älteren Menschen mit einer chronischen Sehbeeinträchtigung. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 14 (3), S. 95-105

Kempen, G.I.J.M./Ballemans, J./Ranchor, A.V./van Rens, G.H./Rixt Zijlstra, G.A. (2012): The impact of low vision on activities of daily living, symptoms of depression, feelings of anxiety and social support in community-living older adults seeking vision rehabilitation services. In: Quality of Life Research, 21 (8), S.1405-1411

Kempen, G.I.J.M./Ranchor, A.V./Ambergen, T./Rixt Zijlstra, G.A. (2014): The mediating role of disability and social support in the association between low vision und depressive symptoms in older adults. In: Quality of life research 23 (3), S. 1039-1043

King, E.A./Gilson, S.E.L./Peveler, R.C. (2006): Psychosocial needs of elderly visually impaired patients – pilot study of patients´ perspectives. In: Primary Care Mental Health, 4, S. 185-197

Kuckartz, Udo (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 2., durchgesehene Auflage, Beltz Juventa, Weinheim und Basel

Mayer, Hanna (2011): Pflegeforschung anwenden, Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung, 3., aktualisierte und überarbeitete Auflage, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien

Prautzsch, Jeanette (2014): Diskutieren im Netz des Sehens, Wie kommen betagte Patienten zum Augenarzt?, In: Gegenwart 09, S. 16-18

Rovner, B.W./Casten, R.J./Leiby, B.E./Tasman, W.S. (2009): Activity loss is associated with cognitive decline in age-related macular degeneration. In: Alzheimer's and Dementia, 5 (1), S.12-17

SÄVIP (2005): Hallauer/ Bienstein/ Lehr/ Rönsch (Hrsg), Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen,: Vincentz Verlag, Hannover

SZB (2010): Sehbehinderungen im Alter. Informationen zu Sehbehinderungen, Hilfen und Maßnahmen, Schweizer Zentralverein für das Blindenwesen, Zürich

Tolman, J./Hill, R.D./Kleinschmidt, J.J./Gregg, C.H. (2005): Psychosocial adaption to visual impairment and its relationship to depressive affect in older adults with age-related macular degeneration. In: The Gerontologist, 45 (6), S.747-753

Verstraten, P.F.J./Brinkmann W.L.J.H./Stevens, N.L./Schouten, J.S.A.G. (2005): Loneliness, adaption to vision impairment, social support and depression among visually impaired elderly. In: International Congress Series 1282, S. 317-321

Wahl, H.-W./Heyl, V./Drapaniotis, P.M./Hörmann, K./Jonas, J.B./ Plinkert, P.K. et al. (2013): Severe vision and hearing impairment and successful aging: A multidimensional view. In: The Gerontologist, 53(6), S. 950-962

Wahl, H.-W./Heyl, V./Mollenkopf, M./Oswald, F./Schilling, O./Wetzel, D. (2001): Vision and outdoor mobility of older adults in two german rural settings. In: H.-W. Wahl & H.-E. Schultze, J.P. (Hrsg.), On the special needs of blind and low vision seniors: Research and practice concepts, IOS Press, Amsterdam

Walthes, Renate (2014): Einführung in die Pädagogik bei Blindheit und Sehbeeinträchtigung, 3., überarbeitete Auflage, UTB Band 2399, Ernst Reinhardt Verlag, München

Wang, Shu-wen/ Boerner, Kathrin (2008): Staying connected: re-establishing social relationships following vision loss: the Blue Mountains Eye Study. In: Clinical rehabilitation and visual science, 22(9), S. 816-824

WHO 2014: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf [18.07.2014]

Wolfram, Christian/ **Pfeiffer**, Norbert (2012): Weißbuch zur Situation der ophthalmologischen Versorgung in Deutschland, Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft, München

Verzeichnisse

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Übersicht der teilnehmenden Einrichtungen..... | 9 |
| Tabelle 2: Fortbildungsinhalte..... | 21 |
| Tabelle 3: Übersicht Projektteilnehmer in Projektphase 2..... | 27 |
| Tabelle 4: Bewertungsskala für Evaluationsbogen | 35 |
| Tabelle 5: Kumulierte Auswertung am Beispiel „Medizinische Grundlagen“ | 36 |
| Tabelle 6: Gesamtergebnis Evaluationsbogen..... | 36 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Selbsteinschätzung „Fachliche Qualifizierung“ | 34 |
| Abbildung 2: Gesamtergebnis Evaluationsbogen | 37 |
| Abbildung 3: Darstellung je Fortbildungseinheit | 37 |
| Abbildung 4: Darstellung je Aussage..... | 38 |

Anhang

| | |
|---|----|
| 1. Fragebogen Einrichtungen..... | 58 |
| 2. Checkliste Bewohner..... | 59 |
| 3. Evaluationsbogen Fortbildung..... | 60 |
| 4. Gesprächsleitfaden | |
| a. Gruppeninterview..... | 61 |
| b. Experteninterview..... | 62 |
| 5. Kriterienkatalog bauliche Anforderungen..... | 63 |
| 6. Zeitungsartikel..... | 66 |

Fragebogen im Rahmen des Projektes „Verbesserung der stationären und teilstationären Pflege und Betreuung von sehgeschädigten Heimbewohnern“

Mit steigendem Durchschnittsalter in den Einrichtungen der Altenhilfe, nimmt auch die Zahl der BewohnerInnen mit einer Sehschädigung stetig zu.

Um Informationen über den Stand der Versorgung dieser Personengruppe auf Ihrer Station zu erhalten, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

| Name der Einrichtung: | Station: | bearbeitet von: Name: _____ Funktion: _____ |
|-----------------------|---|--|
| 1. | Wie viele BewohnerInnen leben derzeit auf Ihrer Station? | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> |
| 2. | Mit welchen Arten von ständigen (d.h. durch Korrekturhilfen nicht behebbaren, ggf. nur linderbaren) Sehschädigungen bei BewohnerInnen haben Sie im Laufe Ihrer pflegerischen Arbeit bereits Erfahrungen sammeln können? (Mehrfachnennungen möglich) | <input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Katarakt <input type="checkbox"/> Makuladegeneration <input type="checkbox"/> Diabetische Retinopathie <input type="checkbox"/> Gesichtsfeldeinschränkungen (z.B. nach Apoplex) <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> sonstige |
| 3. | Wie viele BewohnerInnen mit einer ständigen Sehschädigung werden derzeit auf Ihrer Station versorgt? | <input type="checkbox"/> mehr als 7 Personen <input type="checkbox"/> 4-6 Personen <input type="checkbox"/> 1-3 Personen <input type="checkbox"/> keine |
| 4. | Sind Sie in der Lage, Orientierungsprobleme, die bei Ihren BewohnerInnen aus einer Demenzerkrankung resultieren, von solchen zu unterscheiden, deren Ursache eine Sehschädigung ist? | <input type="checkbox"/> ja, sofort <input type="checkbox"/> das ist im Einzelfall schwierig <input type="checkbox"/> Unterscheidungsmerkmale sind nicht bekannt |
| 5. | Werden in der Pflegeplanung / Pflegedokumentation Einschränkungen bei BewohnerInnen durch eine Sehschädigung in differenzierter Weise berücksichtigt? | <input type="checkbox"/> ja, vollkommen ausreichend <input type="checkbox"/> eher nicht |
| 6. | Gibt es in Ihrer Einrichtung Grundsätze, Leitlinien, pflegerische Standards o.ä., die bei der Pflege und Betreuung von BewohnerInnen mit einer Sehschädigung zu beachten sind? | <input type="checkbox"/> ja. Wenn ja, um welche handelt es sich dabei? <input type="checkbox"/> weiß nicht <input type="checkbox"/> nein |
| 7. | Haben Sie bereits einmal eine Fortbildung besucht, in der das Thema „Pflege und/ oder Betreuung von BewohnerInnen mit einer Sehschädigung“ behandelt worden ist? | <input type="checkbox"/> ja, es handelte sich um eine spezielle Fortbildung zum Thema <input type="checkbox"/> ja, aber das Thema kam dabei nur am Rande zur Sprache <input type="checkbox"/> nein |

Januar '14 © Götzer



HERZLICHEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!!!



Checkliste: Symptome einer Sehbehinderung

im Rahmen des Projektes

„Verbesserung der stationären und Pflege und Betreuung von sehbeeinträchtigten HeimbewohnerInnen“

| | | |
|------------------------------------|---|---------------------|
| Name der Einrichtung: | Station: | Erfassungszeitraum: |
| Name des Bewohners/der Bewohnerin: | bearbeitet von: Name: _____ Funktion: _____ | |

Mit steigendem Durchschnittsalter in den Einrichtungen der Altenhilfe nimmt auch die Zahl der BewohnerInnen mit einer Sehbeeinträchtigung stetig zu. Bei o.g. Bewohner/Bewohnerin treffen folgende Auffälligkeiten zu. Bitte kreuzen Sie an.

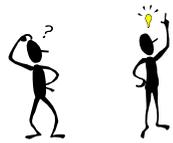
Der Bewohner/die Bewohnerin

- hat eine Brille, trägt diese aber nicht
- kann trotz Brille keinen normalen Zeitungstext mehr lesen
- kann eine Person auf eine Distanz von 5-10 Metern nicht erkennen
- erkennt keine schwachen Kontraste
- nimmt sehr auffällige Abstände zum Fernseher oder zu anderen beobachteten Objekten ein

- kann sich vor allem in unbekanntem Räumlichkeiten nur schwer orientieren
- hat ein steifes, unnatürliches Gehen (Hochheben der Füße als ob Treppen gestiegen werden)
- stolpert häufig, rempelt an Tische an

- kneift häufig die Augen zu, blinzelt häufig, reibt sich die Augen
- hält keinen Blickkontakt, Blick ist deutlich nach oben gerichtet
- hat beim Sehen eine schiefe Kopfhaltung
- klagt häufig über Kopfschmerzen
- schützt sich deutlich vor Licht (Hand/Arm)
- greift häufig daneben
- läuft mit nach vorne gestreckten Armen/Händen

- hat häufig rote Augen
- hat ein Augenzittern
- hat sichtbare Veränderungen an den Augen wie Grauschimmer in der Pupille, Schielen, trübe Augen bzw. Hornhauttrübung



Evaluationsbogen - Fortbildung

| | | |
|--|-----------------------------------|--------------|
| <u>Name der Referentin/des Referenten:</u> | <u>Sehbeeinträchtigtenprojekt</u> | <u>Datum</u> |
|--|-----------------------------------|--------------|

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit folgende Aussagen aus Ihrer Sicht zutreffen!

| | | | | | |
|-----------------|----------------------|--------------------|------------------|---------------------------|-----------------------|
| Legende: | ☺☺ = trifft genau zu | ☺ = trifft eher zu | ☹ = teils, teils | ☹☹ = trifft eher nicht zu | ☹☹☹ = trifft nicht zu |
|-----------------|----------------------|--------------------|------------------|---------------------------|-----------------------|

| | | ☺☺ | ☺ | ☹ | ☹☹ | ☹☹☹ |
|----|--|----|---|---|----|-----|
| 1. | Aus der Fortbildung konnte ich einen hohen Nutzen für meine berufliche Tätigkeit ziehen. | | | | | |
| 2. | Ich habe einen anderen/ergänzenden Zugang zu diesem Thema bekommen. | | | | | |
| 3. | Der zeitliche Umfang der Fortbildung war für mich völlig ausreichend. | | | | | |
| 4. | Die Dozentin/der Dozent hat sich deutlich und verständlich ausgedrückt. | | | | | |
| 5. | Die Inhalte wurden von ihr/ihm lebendig und engagiert vermittelt. | | | | | |
| 6. | Es war mir möglich meine Fragen und Bedenken anzubringen. | | | | | |
| 7. | Meine Beiträge und Fragenstellungen wurden ernst genommen. | | | | | |
| 8. | Was mir noch fehlte: | | | | | |

01-14/©Götzer



HERZLICHEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!!



Leitfaden Gruppeninterview:

| | |
|-----------------------------|--|
| ➤ Themenfeld 1: Inhalt | <ul style="list-style-type: none">○ Welche Inhalte der Fortbildung waren für Sie besonders aufschlussreich/lehrreich?○ Gibt es Inhalte, die Sie sich noch gewünscht hätten? |
| ➤ Themenfeld 2: Lehrmethode | <ul style="list-style-type: none">○ Was hat Ihnen an der Art und Weise, wie die Inhalte vermittelt wurden besonders gefallen?○ Welche Vorgehensweise hat Ihnen ggf. Probleme bereitet? |
| ➤ Themenfeld 3: DozentInnen | <ul style="list-style-type: none">○ Wie würden Sie die Ausdrucksweise der jeweiligen DozentInnen beschreiben und bewerten?○ Wie wurde von den jeweiligen DozentInnen mit Ihren Fragen, Bedenken und Beiträgen umgegangen? |
| ➤ Themenfeld 4: Lernerfolg | <ul style="list-style-type: none">○ Welchen persönlichen Nutzen konnten Sie aus der Fortbildung für Ihre berufliche Tätigkeit ziehen?○ Inwiefern hat sich Ihr Zugang zum Thema 'Sehbeeinträchtigung im Alter' verändert?○ Als wie nützlich hat sich die Checkliste erwiesen?○ Was war für Sie persönlich die wichtigste Erkenntnis? |



Leitfaden Experteninterview

| | |
|---|--|
| <p><u>Thema:</u> Es gilt zu klären, inwieweit die in der Fortbildung vermittelten Inhalte notwendig und geeignet sind, um die TeilnehmerInnen für das Thema der Sehbeeinträchtigung zu sensibilisieren und zu einer Verbesserung der fachlichen Qualifizierung zu führen.</p> | |
| <p>Angaben zum Berufsabschluss und zur derzeitigen beruflichen Position und zur Berufserfahrung (Jahre), der interviewten Person.</p> | |
| <p>➤ Themenfeld 1: Inhalt</p> | <ul style="list-style-type: none">○ Welche Inhalte der Fortbildung haben aus Ihrer Sicht dazu beigetragen, Ihre MitarbeiterInnen für die Bedürfnisse sehbeeinträchtigter alter Menschen zu sensibilisieren?○ Wo sehen Sie bzgl. der Versorgung sehbeeinträchtigter alter Menschen noch weiteren Fortbildungsbedarf?○ Welche Inhalte sollten noch vertieft werden, um die Versorgungsqualität und damit auch die Lebensqualität der betroffenen Bewohner zu verbessern?○ Welche Fortbildungsinhalte halten Sie für weniger nutzbringend? |
| <p>➤ Themenfeld 4: Lernerfolg</p> | <ul style="list-style-type: none">○ Wie hat sich aus Ihrer Sicht der Umgang Ihrer Mitarbeiter mit dem Thema Sehbeeinträchtigungen im Alter seit der Fortbildung verändert?○ Können Sie hierzu konkrete Beispiele nennen, die zeigen, dass die Inhalte der Fortbildung in der Praxis angewendet werden?○ Welche Rückmeldungen gab es seit der Fortbildung von Seiten sehbeeinträchtigter BewohnerInnen bzw. von deren Angehörigen bzgl. der Versorgungsqualität?○ Wie schätzen Sie die Nutzbarkeit der FB- Inhalte für die bildungsheterogene TN-Struktur ein? |
| <p>➤ Zeitaufwand</p> | <p>➤ Wie schätzen Sie den zeitlichen Aufwand von 40 FB-Stunden im Vergleich zu den erkennbaren Veränderungen, die die FB bewirkt hat, ein?</p> |
| <p>➤ Veränderung</p> | <ul style="list-style-type: none">➤ Welche Veränderungen der Rahmenbedingungen (in der Pflege, von Seiten der Organisation, räumlich, ...) sind aus Ihrer Sicht notwendig, um die Versorgungsqualität und damit auch die Lebensqualität der betroffenen Bewohner zu verbessern?➤ Welche Anregungen und Vorschläge haben Sie noch für die Fortbildung, bzw. generell für die Fortführung des Projektes, auch in anderen Einrichtungen? |



Kriterienkatalog bauliche Voraussetzungen:

Allgemeine Anforderungen

- generelle Berücksichtigung der DIN 18040
- keine frei stehenden Stützen - Stützen im Bestand mit Möblierung oder "Abstandshalter" umbauen
- kontrastreiches Farbkonzept zur Zonierung und Funktionsmarkierung (z.B. Blau und Gelb)
- Altersblinde Menschen lernen in der Regel die Brailleschrift nicht mehr, jedoch sollte diese neben "Tastschriften" ergänzend verwendet werden
- Elektroschalterprogramm mit Taktilen-Symbolen verwenden
- Lichtkonzeption sollte generell mit stärkeren Luxzahlen arbeiten und auf indirektes, blendfreies Licht zurückgreifen
- alle "dienenden Oberflächen" wie z.B. Handläufe, Tischoberflächen, Fensteröffnungsflügel, Beschläge und Armaturen sollten kontrastreich gestaltet sein
- Beschriftungen gut sichtbar - es gibt spezielle Beschilderungssysteme für Blindeneinrichtungen (z.B.: Raumschilder zw. 145 cm und 160 cm an der Seite der Türklinke in erhabener Profilschrift und Brailleschrift)
- Durchsagemöglichkeit und akustische Alarmierung in allen Bereichen vorsehen
- verglaste Wände an Verkehrsflächen sind mit kontrastreichen Sicherheitsmarkierungen zu versehen
- Jeweils mit Hell / Dunkelanteilen, um wechselnde Lichtverhältnisse zu berücksichtigen)
- geometrisch einfache Wegeführung
- stringentes, lückenloses Orientierungskonzept
- Themensammlung zu den Funktionsbereichen

Wohnraum (Zimmer), Einzelzimmer, Mehrbettzimmer

- Mehrbettzimmer möglichst vermeiden, wenn dies nicht möglich ist sollten die Individualbereiche besonders markiert werden (z.B. geometrische Formen). Bei Mehrbettzimmern verschließbare Abstellmöglichkeiten z.B. für Körperpflegemittel, vorsehen.
- Verschattungs- und Verdunklungsmöglichkeiten an den Fenstern vorsehen, um Blendungen zu vermeiden.
- Ausreichend Bewegungsfläche (am besten beidseitig) des Bettes vorsehen.
- Individuelle Terrasse oder Balkon wünschenswert.
- Überwachung der Zimmer mit Rauchmeldern.
- Ausreichend Stromanschlüsse z. B. für Lesegeräte etc. vorsehen.

Nasszelle individuell oder gemeinschaftlich

- Die individuelle Nasszelle ist insbesondere für sehbehinderte und blinde Menschen besonders wichtig, da nur so die eigene Körperhygiene gewährleistet werden kann und der Betreuungsaufwand deutlich geringer ist.
- Die aktuellen Standards und Möglichkeiten der technischen Ausstattung sollte mit erfahrenen Fachplanern (Sanitär, Elektro) geplant werden.
- Berücksichtigung der DIN18040, Teil2

Flur vor Wohnraum

- Bodenmarkierungen z.B. Belagswechsel hell/dunkel vor Zimmertüren und weiteren Funktionsräumen.
- Handläufe beidseitig und durchgehend vorsehen - vor Innenecken großzügig verspringen.
- Sockelleisten kontrastreich absetzen um Übergang Boden zu Wand zu markieren.

Gemeinschaftsraum (Wohnbereich, Küche, Balkon)

- Hörbibliothek
- In Küche keine glatten, spiegelnden Oberflächen. Gerätebedienung manuell mit großen Griffen
- keine Sensortasten. Keine Ceranfelder.
- Großzügige Balkone mit "gesicherten" Blumenkästen zum bepflanzen.
- Räume für Freizeitgestaltung die auf die Bedürfnisse der Sehbehinderungen Rücksicht nehmen.
- Nach Möglichkeit die Option schaffen ein Pflegebett auf eine Terrasse oder ein Balkon zu fahren.

Pflegebad

- Musik zur Entspannung anbieten
- Berücksichtigung der DIN18040, Teil1 + 2

Aufzug

- akustische Stockwerksanzeige und Warnsignale
- große tastbare Zahlen, kontrastreich abgesetzt
- keine glatten, spiegelnden Oberflächen
- Kontrastmarkierung vor der Aufzugstür
- Klappsitz vorsehen

Treppenhaus

- Deutliche Stufenmarkierungen und Belagswechsel mit wechselnder Oberflächenstruktur.
- Bodenindikator vor Treppenaufgang.
- Handläufe beidseitig mit Stockwerksmarkierung am Handlauf.
- Treppenpodeste können im Einzelfall gegen' versehentliches Herunterstürzen gesichert werden. Problem Fluchtwegsicherung und allgemeine Bedienbarkeit - hier gibt es aber Sonderlösungen.
- Keine gewendelten Treppen.
- Unterlaufen von Treppenläufen baulich verhindern.

Foyer übergeordnet, Information

- Tastbare Übersichtspläne mit Gebäudegrundriss, Symbolen und Legende zur Orientierung.
- Kennzeichnung von Informationsstandorten durch Bodenindikatoren.
- Abzweigungen und Wegekrenzungen durch taktile Beschilderung kennzeichnen.
- Gefahrenstellen (z.B. Vitrinen, Feuerlöscher, Telefonhauben) sind durch Beleuchtung und Kontraste taktil ertastbar sein.
- Freistehende Stützen sind zu vermeiden. Wenn unumgänglich durch Farbkontraste und Bodenindikatoren markieren.
- WC's in den Gemeinschaftsflächen deutlich mit großen, taktile erfassbaren Piktogrammen markieren.
- Nach Möglichkeit je Geschoss ein übergeordnetes Rollstuhl-WC.
- Informationsdienst ggf. eigener Raum für die Information und Schulung von Angehörigen, die an Altersblindheit leiden.

Zugang zum öffentlichen Raum

- Bodenleitsystem von Straße zur Wohnung: Im Außenbereich zur Orientierung Piktogramme 40 x 40 cm mit mindestens 10 cm Schriftgröße vorsehen.
- Fluchtwege in das Beschilderungssystem integrieren z.B. Lichtleisten verwenden.
- Zugangstüren zum öffentlichen Raum mit elektrischem Drehtürantrieb mit automatischer Steuerung. Alternativ mit gut markierten Öffnungstastern.
- Karusselltüren sind zu vermeiden.
- Ganzglastüren sind mit kontrastreichen Markierungen zu versehen.

Freianlagen, Gärten

- Durch Handlauf geführter Rundweg mit Zugang zu Hochbeeten zum Tasten und riechen.
- Brunnen mit akustischem Effekt.
- Ausreichend Sitzgelegenheiten zum Verweilen.

Sehen, wie es ist, nichts zu sehen

Projektstart: Mitarbeiter der Stiftungsheime machen Selbstversuch

Wie es ist, sehbehindert oder blind zu sein, das haben die Beschäftigten des Heiligen Geistspitals und Magdalenenheims im Rahmen ihres vergangene Woche gestarteten Zertifizierungskurses „Verbesserung der stationären Pflege und Betreuung von sehbehinderten Bewohnern“ am eigenen Leib erfahren. Ziel dieses dreijährigen Projektkurses ist, die Situation für sehbehinderte Bewohner in den Altenheimen zu verbessern. Das Projekt findet an insgesamt vier Alten- und Pflegeheimen in Bayern statt.

Dass die beiden Stiftungshäuser bei diesem Projekt teilnehmen können, macht besonders Stiftungsverwalter Dieter Groß und den Ein-

richtungsleiter der beiden Alten- und Pflegeheime, Heinz Sedelke, stolz. Beide erwarten sich viele neue Erkenntnisse für die künftige Arbeit mit sehbehinderten Bewohnern. Die theoretische aber auch praktische Schulung der Beschäftigten umfasst Themen wie das Krankheitsbild der Sehbehinderung und Blindheit, Orientierung und Mobilisationsmöglichkeiten, rechtliche Grundlagen sowie die Möglichkeiten der Hilfestellung durch das Pflegepersonal.

Den Beschäftigten wurde bereits am ersten Schulungstag deutlich bewusst gemacht, wie problematisch das Alltagsleben für sehbehinderte oder blinde Menschen sein

kann: Mit Hilfe von Simulationsbrillen erfuhren sie, wie sich Menschen und speziell ältere aber auch junge Personen fühlen, wenn die Sehfähigkeit eingeschränkt beziehungsweise vollkommen fehlt.

Im Vorfeld des Projektes besuchten zudem erfahrene Architekten die beiden Stiftungsheime, um die baulichen Gegebenheiten der beiden Altenheime zu dokumentieren.

Das Projekt wurde von der Stiftung des Katholischen Familien- und Altenpflegewerkes München initiiert. Förderer des Projektes sind die Stadt München, das Zentrum Bayern Familie und Soziales und das Kuratorium Deutsche Altenhilfe.



Mit Simulationsbrillen ausgestattet schlüpfen Beschäftigte der beiden Stiftungsheime im Beisein ihres Referenten und von Einrichtungseiter Heinz Sedelke (links) beim Projektkurs in die Rolle eines sehbehinderten Bewohners.