

Rapport final de l'étude « PROVIAGE »

Lacunes dans les soins psychosociaux et la recommandation pour les personnes âgées en situation de handicap visuel

Une étude réalisée à la demande de Retina Suisse et de l'Union centrale suisse pour le bien des aveugles UCBA

(traduction partielle par l'UCBA)

Alexander Seifert et Andreas Pfeuffer

Olten, 28.09.2023

Impressum

Mandat et financement de l'étude :

- Union centrale suisse pour le bien des aveugles UCBA
- Retina Suisse

Étude réalisée par :

Institut Integration und Partizipation, Hochschule für Soziale Arbeit,
Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW)

Direction du projet : Alexander Seifert

Collaborateur de projet : Andreas Pfeuffer

Partenariat de collaboration :

Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO)
(Clarisse Mottaz, Romain Bertrand et Nicolas Kühne)

Sondage réalisé par :

DemoSCOPE

2023, Olten

Proposition de citation :

Seifert, A., & Pfeuffer, A. (2023). Rapport final de l'étude « PROVIAGE » – Lacunes dans les soins psychosociaux et la recommandation pour les personnes âgées en situation de handicap visuel. Olten : HSA FHNW.

Inhaltsverzeichnis (traduction partielle)

Pour des raisons de coûts, nous avons dû renoncer à une traduction complète. Nous renvoyons les lecteurs intéressés à la version originale allemande et à la brochure spécialisée qui paraîtra mi-2024.

Danksagung	5
Management Summary zum Gesamtprojekt	7
Résumé de l'ensemble du projet	9
Management Summary dell'intero progetto	11
1 Ausgangslage und Zielsetzung	13
2 Phasenmodell des Gesamtprojekts PROVIAGE	15
3 Hinführungen zur Thematik	16
3.1 Sehbeeinträchtigung im Alter und psychosoziale Versorgung	16
3.2 Psychosoziale Versorgung und Überweisung	18
4 Ergebnisse des Deskresearch	22
4.1 Vorgehen bei der Literatursuche	22
4.2 Ergebnisse des Deskresearch nach Sprachregionen	22
4.2.1 Deutschsprachige Schweiz	22
4.2.2 Weiterer deutschsprachiger Raum	23
4.2.3 Französischsprachiger Raum	26
4.2.4 Englischsprachiger Raum	29
4.3 Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften	34
4.3.1 Fazit des Deskresearch	36
5 Ergebnisse der Expertinnen-/Experten-Workshops	38
5.1 Durchgeführte Workshops	38
5.2 Erkenntnisse aus den Workshops	38
5.3 Fazit zu den Workshops	41
6 Ergebnisse der nationalen Befragungsstudie	43
6.1 Ausgangslage der Befragung	43
6.2 Die befragten Personen	43
6.2.1 Erste Stichprobe – Befragung von Personen ab 70 Jahren	43
6.2.2 Zweite Stichprobe – professionelle Stakeholderinnen/Stakeholder	44
6.3 Ergebnisse zu den befragten älteren Personen	45
6.3.1 Lebenssituation im Vergleich zwischen nicht betroffenen und sehbeeinträchtigten Personen	45

6.3.2	Generelle Bereitschaft, sich Rat und Unterstützung zu holen	46
6.3.3	Die Kompetenz, mit schwierigen Situationen im Alltag umzugehen	47
6.3.4	Krankheitsbilder und die Häufigkeit von Arztbesuchen	47
6.3.5	Einschränkungen im Alltag	48
6.3.6	Ressourcen im Alltag	50
6.3.7	Wenn Hilfe gesucht wird, wohin wenden?	50
6.3.8	Bekannte und genutzte Beratungsangebote	51
6.3.9	Zufriedenheit mit den Beratungsangeboten und Informationsquellen	52
6.3.10	Werden Empfehlungen für Beratungsangebote ausgesprochen?	52
6.3.11	Gründe für die Nichtnutzung der Beratungsangebote	53
6.4	Die Antworten der Fachpersonen	54
6.4.1	Wichtigkeit des Beratungsangebots	54
6.4.2	Grundkenntnisse und Kontakt zu Beratungsstellen	55
6.4.3	Kontakt zwischen den Fachgruppen	55
6.4.4	Kenntnis von der Existenz einer Beratungsstelle	56
6.4.5	Überweisungspraxis	58
6.4.6	Kriterium für eine Überweisung	60
6.4.7	Zeitpunkt für eine Überweisung	61
6.4.8	Zuständigkeiten bei der Überweisung	61
6.4.9	Wahrgenommene Hürden	62
6.4.10	Erwartungen an die Beratungsstellen	63
6.4.11	Form der Überweisung und Guidelines	63
6.5	Fazit zur nationalen Befragung	64
7	Recommandations	68
7.1	Introduction aux recommandations	68
7.2	Recommandations	71
7.2.1	Connaissances de base et points de vue	71
7.2.2	Contacts et échanges d'informations	72
7.2.3	Pratique concrète de recommandation	73
7.2.4	Minimiser les obstacles à l'entrée	74
8	Perspectives	76
9	Literatur	77

Danksagung

Die vorliegende Dokumentation bildet den Schlussbericht des Projekts «PROVIAGE» (Psychosoziale Versorgungs- und Überweisungslücken bei Sehbehinderung im Alter), das im Oktober 2021 gestartet wurde. Dieses Projekt wurde von der Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz (HSA FHNW) wissenschaftlich durchgeführt und kooperierte mit der Fachhochschule Westschweiz (HES-SO; namentlich Clarisse Mottaz, Romain Bertrand und Nicolas Kühne). Das Projekt evaluierte die Versorgungs- und Überweisungslücken von der medizinischen Versorgung (v. a. Ophthalmologie, Allgemeinmedizin) hin zur nicht-medizinischen Versorgung (v. a. psychosoziale Beratung) bei Menschen mit einer Sehbehinderung, die diese Beeinträchtigung erst im Alter erfahren haben.

Wir danken sowohl den Teilnehmenden der Expertinnen-/Experten-Workshops als auch den Teilnehmenden der nationalen Befragung für ihre wertvolle Auskunftsbereitschaft und Zeit; die uns dabei unterstützt hat, die Ausgangssituation und Problembeschreibung kritisch zu beleuchten, um damit Lösungsansätze zu formulieren. Zudem danken wir dem Kooperationspartner HES-SO – namentlich Clarisse Mottaz, Romain Bertrand und Nicolas Kühne – für die hilfreichen Besprechungen und die Literaturarbeit in der französischen Sprachregion. Ebenso danken wir dem Schweizerischen Zentralverein für das Blindenwesen (SZBLIND) und der Vereinigung Retina Suisse für die inhaltliche, finanzielle und organisatorische Unterstützung des Projekts. Unser Dank gilt gleichermassen den oben genannten Personen und all den Ratgebenden, die dieses Projekt mit konstruktiver Kritik begleitet haben.

Management Summary zum Gesamtprojekt

Ausgangssituation und Ziel

In der Schweiz gibt es Beratungsstellen für Menschen mit einer Sehbeeinträchtigung, die Betroffene psychosozial und rehabilitativ bei der Bewältigung der Sehbeeinträchtigung unterstützen können. Die meisten Menschen mit einer Sehbeeinträchtigung entwickeln diese erst in ihrem späteren Alter (ab 60 Jahren). Aus verschiedenen Quellen ist jedoch bekannt, dass solche Beratungsangebote nur von wenigen älteren Personen genutzt werden. Ziel des Projekts PROVIAGE war es daher, die Versorgungs- und Überweisungslücken zwischen medizinischer und nicht-medizinischer Versorgung (d.h. Beratungsstellen) bei älteren Personen mit einer Sehbeeinträchtigung zu eruieren, strukturiert nachzuzeichnen sowie Lösungsansätze zur Minimierung dieser Lücken zu sammeln und zu bewerten, um Empfehlungen für die Schweizer Versorgungssituation geben zu können.

Methode

Neben einem umfangreichen und strukturierten Desk Research in nationalen und internationalen Datenbanken fanden vier Workshops mit Expertinnen und Experten aus der Ophthalmologie, Allgemeinmedizin, Optometrie und sozialen Beratungsangeboten statt. Ergänzt wurden diese Workshops durch Einzelinterviews mit Personen, die nicht an den Workshops teilnehmen konnten, sowie einen zusätzlichen Workshop mit einer Gruppe von Zürcher Hausärztinnen und Hausärzten. Zur systematischen und damit auch empirisch belegbaren Erkenntnisgewinnung wurde eine nationale Befragungsstudie bei professionellen Stakeholderinnen und Stakeholdern sowie älteren Menschen durchgeführt. Auf der Basis der Ergebnisse aus den vorgenannten Projektaktivitäten wurden Handlungsempfehlungen für eine Schliessung der identifizierten Überweisungslücken erarbeitet.

Ergebnisse

Unter Rückgriff auf (inter-)nationale Forschungsergebnisse konnte gezeigt werden, dass die Notwendigkeit wie auch Effektivität psychosozialer Beratung in der Schweiz und auch in anderen Ländern anerkannt sind. Jedoch zeigt der Blick in die Fachliteratur sowie die Schweizer Praxis auch, dass das Überweisungs-geschehen als lückenhaft angesehen wird; dies in erster Linie, weil die Professionsangehörigen aus dem medizinischen Bereich weniger über das Vorhandensein sowie die spezifischen Leistungen von psychosozialen Beratungsangeboten wissen und teilweise auch nicht die Vorteile einer psychosozial unterstützten Rehabilitation sehen. Die Workshops sowie die Daten der umfangreichen nationalen Befragung von älteren Personen und Fachgruppen aus dem ophthalmologischen, optometrischen und allgemeinmedizinischen Bereich sowie dem psychosozialen Beratungsbereich untermauern diese Befunde aus der Literatur und zeichnen – aus Sicht der Praxis – ebenfalls das Bild einer «Lücke» im Versorgungsnetzwerk. Dies gerade deswegen, weil einige der betroffenen älteren Personen bisher mit psychosozialen Beratungsangeboten nicht erreicht werden konnten bzw. da sie – trotz bestehenden Bedarfs – nicht die entsprechenden Informationen zu vorhandenen Beratungsangeboten bekommen haben. Für diese Lücken konnten unterschiedliche Gründe ausgemacht werden, die sich auf Dimensionen wie fehlendes Wissen, geringe Bekanntheit, zurückhaltende Überweisungspraxis, mangelnden Informationsaustausch und Kontaktpflege

sowie inadäquate Formen, Zeitpunkte und Kriterien der Überweisung und das abschreckende Image der Beratungsstellen beziehen.

Empfehlungen

Aus dem Desk Research, der nationalen Befragung sowie den Diskussionen mit den Expertinnen und Experten innerhalb der Workshops lassen sich Empfehlungen auf vier Ebenen ableiten:

- a) Basiswissen und Einstellungen
- b) Kontakte und Informationsaustausch
- c) Konkrete Überweisungspraxis
- d) Eintrittshürden

Auf der ersten Ebene geht es um das vermittelbare Wissen und die dadurch beeinflussten Einstellungen gegenüber einer psychosozialen Beratung. Hier ist es wichtig, dass das Wissen über die psychosozialen Belange der Patientinnen/Patienten in die Aus- und Weiterbildung von medizinischen Fachpersonen integriert wird und die medizinischen Fachpersonen für die Wirksamkeit einer Beratung bei einer Beratungsstelle sensibilisiert werden. Auf der zweiten Ebene geht es um die Kontakte und die Informationsaustausche. Kontakte zu Beratungsstellen sind essenziell und sollten daher gefördert und initiiert werden. Hierfür ist es wichtig, einen Erstkontakt zwischen medizinischen Fachpersonen und den Beratungsstellen aufzubauen und kontinuierlich zu pflegen. Dazu zählt aber auch ein regelmässiger Informationsaustausch über die Patientinnen und Patienten. Auf der dritten Ebene wurden konkrete Punkte der Überweisungspraxis besprochen und festgehalten, dass eine Überweisung nicht erst dann erfolgen sollte, wenn alle medizinischen Mittel ausgeschöpft wurden. Demzufolge sollte der Besuch einer Beratungsstelle bereits frühzeitig empfohlen werden. Dennoch sollte dabei bedacht werden, dass es neben der Wahrnehmung der Fachpersonen für den «richtigen Zeitpunkt» auch die Wahrnehmung der Patientinnen/Patienten gibt, die sich vielleicht noch nicht in der Lage sehen oder noch keine Notwendigkeit erkennen, eine Beratungsstelle aufzusuchen. Als konkrete «Überweisungsform» wurde ein kurzes Formular für den gegenseitigen Austausch von den Fachgruppen favorisiert. Als eine letzte Ebene lässt sich die Ebene «Eintrittshürden» anführen. Hierzu gehören die Erreichbarkeit der Angebote, das Image der Beratungsstelle und die öffentliche Sensibilisierung. Die Beratungsangebote sollten nahräumlich und regional gut erreichbar sein, die Beratungsstellen sollten allfällige Eintrittshürden durch die Namensgebung der Beratungsstelle minimieren, während die breite Öffentlichkeit dahingehend sensibilisiert werden sollte, dass der Besuch einer Beratungsstelle etwas ganz normales ist und nicht nur für «Behinderte oder Blinde» zu empfehlen ist und betroffene ältere Menschen durch die Unterstützung der Beratungsstellen ihre Alltagsbewältigung positiv beeinflussen können.

Schlussbemerkung

Die in diesem Bericht offerierten Empfehlungen sollten nach Abwägung Berücksichtigung finden, damit die Versorgungslücken geschlossen werden und alle betroffenen älteren Personen in den Genuss der Angebote der Beratungsstellen kommen können.

Résumé de l'ensemble du projet

Situation initiale et objectif

Il existe en Suisse des services de consultation pour personnes atteintes de déficience visuelle qui peuvent apporter une aide psychosociale et réadaptative aux personnes concernées pour gérer leur déficience visuelle. La plupart des personnes atteintes de déficience visuelle la développent à un certain âge (à partir de 60 ans). Plusieurs sources indiquent toutefois que ces offres de conseil ne sont utilisées que par un petit nombre de personnes âgées. Le but du projet PROVIAGE était donc d'identifier les lacunes dans les soins et la recommandation entre soins médicaux et non médicaux (c'est-à-dire services de consultation) pour les personnes âgées atteintes de déficience visuelle, de les décrire de façon structurée ainsi que de recueillir et d'évaluer des approches de résolution visant à minimiser ces lacunes, afin de pouvoir donner des recommandations pour la situation des soins en Suisse.

Méthode

Outre une recherche documentaire approfondie et structurée dans des bases de données nationales et internationales, quatre ateliers ont eu lieu avec des expertes et des experts de l'ophtalmologie, de la médecine générale, de l'optométrie et des offres de conseil social. Ces ateliers ont été complétés par des interviews individuelles de personnes qui n'ont pas pu y participer et par un atelier supplémentaire avec un groupe de médecins de famille zurichois. Pour obtenir des connaissances systématiques et donc démontrables empiriquement, un sondage national a été réalisé auprès d'intervenantes et d'intervenants professionnels ainsi que de personnes âgées. Sur la base des résultats des activités précitées, des suggestions d'action ont été élaborées afin de combler les lacunes de recommandation identifiées.

Résultats

Le recours aux résultats de recherche (inter)nationaux a permis de montrer que la nécessité et l'efficacité du conseil psychosocial sont reconnues en Suisse et dans d'autres pays. L'examen de la littérature spécialisée et de la pratique suisse montre toutefois aussi que la pratique de recommandation est considérée comme lacunaire, en premier lieu parce que les professionnels du domaine médical connaissent moins l'existence et les prestations spécifiques des offres de conseil psychosocial et ne voient en partie pas non plus les avantages d'une réadaptation incluant un conseil psychosocial. Les ateliers ainsi que les données du grand sondage national auprès de personnes âgées et de spécialistes des domaines de l'ophtalmologie, de l'optométrie, de la médecine générale et du conseil psychosocial étayaient ces résultats de la littérature et brossent également, du point de vue de la pratique, le tableau d'une lacune dans le réseau de soins, justement parce que certaines des personnes âgées concernées n'ont pas pu être atteintes par des offres de conseil psychosocial ou qu'elles n'ont pas reçu les informations appropriées sur les offres de conseil existantes – bien qu'elles en aient besoin. Pour ces lacunes, on a pu discerner différentes raisons qui se rapportent à des dimensions telles que manque de connaissance, notoriété limitée, réticences à la recommandation, manque d'échanges d'informations et d'entretien des contacts, formes, moments et critères de recommandation inadéquats ainsi qu'image dissuasive des services de consultation.

Recommandations

La recherche documentaire, le sondage national et les discussions avec les expertes et les experts au sein des ateliers permettent de déduire des recommandations à quatre niveaux :

- a) connaissances de base et points de vue ;
- b) contacts et échanges d'informations ;
- c) pratique concrète de recommandation ;
- d) obstacles à l'entrée.

Au premier niveau, il s'agit des connaissances transmissibles et des points de vue sur lesquels elles influent en matière de conseil psychosocial. À ce niveau, il est important que la connaissance des intérêts psychosociaux des patientes et des patients soit intégrée à la formation et au perfectionnement du personnel médical et que celui-ci soit sensibilisé à l'efficacité du travail d'un service de consultation. Au deuxième niveau, il s'agit des contacts et des échanges d'informations. Les contacts avec les services de consultation sont essentiels et devraient donc être promus et initiés. À cet effet, il est important d'établir un premier contact entre le personnel médical et les services de consultation et d'entretenir continuellement le contact. Mais les échanges réguliers d'informations au sujet des patientes et des patients comptent aussi à cet effet. Au troisième niveau, des points concrets de la pratique de recommandation ont été discutés et on a retenu qu'une recommandation ne devrait pas avoir lieu seulement lorsque tous les moyens médicaux ont été épuisés. Par conséquent, la visite d'un service de consultation devrait déjà être recommandée de bonne heure. Il faudrait toutefois tenir compte du fait qu'il y a non seulement la perception des spécialistes quant au « bon moment », mais aussi celle des patientes et des patients, qui ne se voient peut-être pas encore en situation de consulter un service de conseil ou n'en perçoivent pas encore la nécessité. Comme « forme concrète de recommandation », les groupes spécialisés sont favorables à un bref formulaire pour les échanges mutuels. Comme dernier niveau, on peut citer les « obstacles à l'entrée », qui incluent l'accessibilité des offres, l'image du service de consultation et la sensibilisation du public. Les offres de conseil devraient être faciles d'accès à l'échelle locale et régionale. Les services de consultation devraient minimiser les éventuels obstacles à l'entrée dus à leur dénomination, tandis que le grand public devrait être sensibilisé au fait que la visite d'un service de consultation est quelque chose de tout à fait normal, qu'elle n'est pas recommandée uniquement « aux handicapés et aux aveugles » et que les personnes âgées concernées peuvent exercer une influence positive sur leur gestion du quotidien grâce au soutien des services de consultation.

Remarque finale

Les recommandations proposées dans ce rapport devraient être prises en considération après examen afin que les lacunes de soins soient comblées et que toutes les personnes âgées concernées puissent bénéficier des offres des services de consultation.

Management Summary dell'intero progetto

Situazione iniziale e obiettivo

In Svizzera esistono servizi di consulenza che possono sostenere le persone, sul piano psicosociale e riabilitativo, nel far fronte a una menomazione visiva. La maggior parte delle persone con una menomazione visiva la sviluppa solo in età avanzata (a partire dai 60 anni). Da varie fonti si evince tuttavia che solo pochi anziani usufruiscono di queste offerte di consulenza. L'obiettivo del progetto PROVIAGE era quindi di individuare le lacune nella presa a carico e nell'invio tra professionisti medici e non medici (ossia i servizi di consulenza) degli anziani con una menomazione visiva, di descrivere tali lacune in modo strutturato, nonché di raccogliere e di valutare piste di soluzione per minimizzarle, al fine di formulare raccomandazioni per la presa a carico in Svizzera.

Metodo

Oltre a un'ampia e strutturata *desk research* (ricerca a tavolino) in banche dati nazionali e internazionali, sono stati organizzati quattro workshop con esperti di oftalmologia, medicina generale, optometria e dei servizi di consulenza sociale. I workshop sono stati completati da interviste individuali con persone che non hanno potuto partecipare ai workshop stessi e da un workshop supplementare con un gruppo di medici di famiglia zurighesi. Per acquisire conoscenze in modo sistematico e quindi anche empiricamente dimostrabile è stato condotto uno studio nazionale, intervistando portatori di interessi professionali nonché persone anziane. Sulla scorta dei risultati delle attività appena descritte sono state elaborate raccomandazioni di azione per colmare le lacune identificate nella presa a carico e nell'invio dei diretti interessati.

Risultati

Attingendo ai risultati di progetti di ricerca nazionali e internazionali è stato possibile dimostrare che la necessità e l'efficacia della consulenza psicosociale sono riconosciute sia in Svizzera che in altri Paesi. Tuttavia, l'esplorazione della letteratura specializzata e della prassi svizzera rivela che i processi di invio dei pazienti sono considerati lacunosi, innanzitutto perché i professionisti medici non conoscono molto le offerte di consulenza psicosociale e le loro prestazioni specifiche, e in parte perché non vedono i vantaggi del sostegno psicosociale durante la riabilitazione. Sia i workshop che i dati dell'ampia indagine nazionale tra gli anziani e i gruppi di esperti di oftalmologia, optometria e medicina generale confermano quanto emerso dalla letteratura, evidenziando a loro volta – dal punto di vista della prassi – una lacuna nella rete di presa a carico, proprio perché a oggi alcuni degli anziani interessati non hanno potuto essere raggiunti con le offerte di consulenza psicosociale e, malgrado un fabbisogno reale, non hanno ricevuto le informazioni pertinenti sulle offerte di consulenza disponibili. All'origine di queste lacune sono stati identificati vari motivi, che si riferiscono a dimensioni come la mancanza di conoscenze, la scarsa notorietà, una prassi timida in materia di invio dei pazienti, l'assenza di scambio d'informazioni e di cura dei contatti, nonché forme, tempi e criteri di invio inadeguati e l'immagine dissuasiva dei servizi di consulenza.

Raccomandazioni

I risultati della *desk research*, dell'indagine nazionale e delle discussioni con gli esperti nei workshop consentono di formulare raccomandazioni a quattro livelli:

- a) conoscenze di base e atteggiamenti
- b) contatti e scambi di informazioni
- c) modalità concrete di invio dei pazienti
- d) ostacoli all'accesso

Il primo livello riguarda le conoscenze trasmissibili e l'influsso delle conoscenze trasmesse sugli atteggiamenti nei confronti della consulenza psicosociale. È importante integrare le conoscenze sui problemi psicosociali dei pazienti nella formazione e nel perfezionamento dei professionisti medici e sensibilizzarli sull'efficacia delle consulenze offerte dai vari servizi specifici. Il secondo livello riguarda invece i contatti e gli scambi di informazioni. I contatti con i servizi di consulenza sono essenziali e andrebbero quindi promossi e avviati. A tale scopo è importante instaurare un primo contatto tra i professionisti medici e i servizi di consulenza e successivamente curare continuamente i contatti. Ciò presuppone però anche scambi di informazioni sui pazienti. Per quanto attiene al terzo livello sono stati discussi punti concreti della prassi di invio dei pazienti e si è giunti alla conclusione che questi ultimi non vanno inviati ai servizi di consulenza solo dopo aver esaurito tutte le possibilità offerte dalla medicina. Una presa di contatto con un consultorio andrebbe quindi raccomandata già prima. Occorre tuttavia tener presente che, accanto alla percezione degli specialisti quanto al «momento giusto», vi è anche la percezione dei pazienti, che magari non si vedono ancora nella situazione di rivolgersi a un servizio di consulenza o non ne vedono la necessità. Quale «forma di invio» concreta, la preferenza dei gruppi interpellati è andata a un breve formulario di confronto tra i professionisti. L'ultimo livello è quello che riguarda gli «ostacoli all'accesso». Vi rientrano l'accessibilità delle offerte, l'immagine del servizio di consulenza e la sensibilizzazione dell'opinione pubblica. Le offerte di consulenza dovrebbero essere di prossimità e raggiungibili facilmente a livello regionale, i servizi di consulenza dovrebbero ridurre al minimo eventuali ostacoli all'accesso attraverso una loro designazione calzante, mentre il grande pubblico andrebbe sensibilizzato sul fatto che rivolgersi a un servizio di consulenza è qualcosa di assolutamente normale e non è consigliato solo «ai disabili o ai ciechi» e che, con il sostegno di tali servizi, le persone anziane possono influenzare in modo positivo la gestione della quotidianità.

Osservazione conclusiva

Le raccomandazioni formulate nel presente rapporto andrebbero ponderate e prese in considerazione per colmare le lacune nella presa a carico e consentire a tutte le persone anziane interessate di beneficiare delle offerte dei servizi di consulenza.

1 Ausgangslage und Zielsetzung

Ziel des dem aktuellen PROVIAGE-Projekt vorangegangenen Projekts COVIAGE (Seifert, 2021; Seifert & Schelling, 2017) war es, Informationen über die Lebensqualität, Lebensbedingungen und Alltagsbewältigung älterer Menschen mit einer Sehbehinderung in der Schweiz zu erheben, und zwar direkt von diesen Personen selbst. Innerhalb der mehrstufigen Projektarbeit wurden sowohl Personen mit einer erst im Alter erlittenen stärkeren Sehbeeinträchtigung als auch Personen ohne eine solche Beeinträchtigung befragt. Innerhalb des Projektes wurde mittels der Kombination aus Literaturrecherche und qualitativen/quantitativen Befragungen sowie durch die Einbeziehung von Expertinnen und Experten erstmals in der Schweiz die Lebenssituation von Menschen umfassend abgebildet, die erst im Alter mit einer stärkeren Sehbeeinträchtigung konfrontiert wurden. Dabei wurde nicht nur deren Alltagssituation aufgezeigt, sondern es wurden zudem ihre Belastungen, Ressourcen und Bewältigungsstrategien eruiert, um diese in ein Bewältigungsmodell zu integrieren. Im Vordergrund stand dabei die sozialgerontologische Sicht auf das Thema. Demnach ging es weniger um die Erfassung medizinischer Krankheitsbilder, sondern um den Umgang damit sowie die damit verbundenen sozialen, individuellen und kontextuellen Anpassungen im Alltag.

Die in der COVIAGE-Studie befragten Personen sprachen von Einschnitten bezüglich ihrer Lebensqualität und Alltagsaktivitäten, was sich insbesondere auch im Vergleich zur entsprechenden Einschätzung von frühsehbehinderten und nicht sehbeeinträchtigten Personen zeigte (Seifert & Kühne, 2016). Als wichtige Ressourcen für die Bewältigung dieser Beeinträchtigungen wurden vor allem informelle Hilfen z. B. der Familie genannt. Von den Befragten hatten zwar viele regelmässigen Kontakt zu ihren Augenärztinnen und Augenärzten, jedoch gaben nur 2.5 % von ihnen an, Kontakt zu einer Beratungsstelle aus dem Sehbehindertenwesen zu haben (Seifert & Schelling, 2017). Das heisst, dass sie auch nur wenig psychosoziale Beratung nachgefragt bzw. vermittelt bekommen haben. Dennoch zeigte das Projekt COVIAGE, dass psychosoziale Beratung und Unterstützung für die medizinisch begleitete Therapie und Rehabilitation sowie die allgemeine Alltagsbewältigung von hohem Nutzen ist; bei einer (erst im Alter erlittenen) Sehbehinderung ist nicht nur die medizinische Kontrolle und Therapie wichtig, die Betroffenen müssen sich zudem an die neuen Alltagssituationen und Barrieren gewöhnen und lernen, ihre Ressourcen optimal zur Alltagsbewältigung einzusetzen (Seifert, 2014).

Hier zeigte COVIAGE, dass zu diesen Ressourcen vor allem solche psychosozialer Art (psychische Stärkung und soziale Unterstützung) gehören (Seifert, 2021). Diese können am besten durch eine psychosoziale Beratung und Unterstützung angeregt werden (Himmelsbach, 2009; Kämmerer et al., 2006; Köberlein-Neu, Seifert & Himmelsbach, 2018). Eine professionelle und durch Selbsthilfeorganisationen gewährte psychosoziale Unterstützung (Himmelsbach, Lipinski & Putzke, 2016) fördert die schrittweise Bewältigung einer bleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigung und erhöht die Lebensqualität der Betroffenen sowie ihrer näheren Bezugspersonen (Heyl & Wahl, 2001; Wahl & Heyl, 2021). So konnte im Rahmen des Projekts COVIAGE auch gezeigt werden, dass eine optimale Versorgung dann stattfindet, wenn das medizinische Netzwerk mit dem nicht-medizinischen beratenden Netzwerk zusammenarbeitet; welches so die oftmals längerfristige Therapie/Rehabilitation unterstützt.

Die Fachdiskussion zu den Ergebnissen der COVIAGE-Studien hat zudem verdeutlicht, dass die psychosoziale und rehabilitative Unterstützung viel früher, als es heute der Fall ist, einsetzen müsste (Wahl & Heyl, 2021). In anderen analogen medizinischen Kontexten ist sie direkt an die Diagnosestellung geknüpft (Kardiologie, Onkologie, Unfallmedizin u. a. m.) und bietet verschiedene psychosoziale Interventionen (z. B. Kruse, Grinschgl, Wöller, Söllner & Keller, 2003; Strauß, Tefikow & Rosendahl, 2013); nicht so in der Ophthalmologie. Hier fehlt es an einer strukturierten Zusammenarbeit des gesamten professionellen Netzwerks, also an einer Überweisungslogik von der Ophthalmologie hin zur psychosozialen Beratung und vice versa. Dazu sind nicht nur Konzepte der Zusammenarbeit und der «Überweisung» notwendig, sondern auch ein Verständnis davon, dass psychosoziale Unterstützungen betroffenen Menschen bei der Alltagsbewältigung helfen können und neben den Augenärztinnen und Augenärzten auch andere Professionen involviert sein müssen (z. B. Optometrie, Allgemeinmedizin, soziale Beratungsstellen im Altersbereich).

Die im Rahmen von COVIAGE und durch andere internationale Studien aufgezeigte Notwendigkeit der Verankerung einer systematischen Überweisungslogik und einer Zusammenarbeit der professionellen Stakeholderinnen und Stakeholder ist Grundlage der hier vorzustellenden Studie. Es geht also um die Frage, wie eine Person ab 70 Jahren in den Genuss des ganzheitlichen Angebots einer medizinischen und psychosozial-rehabilitativen Unterstützung kommen kann. Wir fokussieren auf Personen ab 70 Jahren da Studien darauf hinweisen, dass gerade die erst im Alter (vermehrt) erfahrenen visuellen Einschränkungen ab 70 Jahren häufiger auftreten und die Alltagsbewältigung beeinflussen (Finger & Holz, 2012; Fink et al. 2020; Spring, 2019). Einerseits soll dargelegt werden, wie sich die bisherigen Versorgungssysteme und die Versorgungsrealität (Zusammenarbeit zwischen medizinischer und psychosozialer Praxis) in der Schweiz darstellen, andererseits soll aufgezeigt werden, wie sich allfällige Lücken unter Berücksichtigung bereits vorliegender oder neu erarbeiteter Empfehlungen zur Zusammenarbeit schliessen lassen.

2 Phasenmodell des Gesamtprojekts PROVIAGE

Das Projekt PROVIAGE setzte sich drei Hauptziele und gliederte sich entsprechend in drei Phasen:

1. Systematisierung der bisherigen Erkenntnisse zur psychosozialen Versorgungsrealität von in der Schweiz wohnhaften Personen, die im Alter an einer Sehbehinderung leiden.
2. Bestandsaufnahme der Versorgungslücken (Überweisungslücken) in der Schweiz, wobei a) die Versorgungslandschaft der psychosozialen Beratung sowie b) die bestehende Überweisungslogik und Überweisungsrealität zwischen medizinischer und psychosozialer Beratung (Versorgungsanbietern) abgebildet wird.
3. Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für eine Schliessung möglicher Versorgungs- und Überweisungslücken.

Die drei der Zielerreichung dienenden Phasen gliedern sich wie folgt:

- Phase 1: Systematisierung der bisherigen Erkenntnisse zur Versorgungsrealität
- Phase 2: Bestandsaufnahme der Versorgungslandschaft und -lücken in der Schweiz
- Phase 3: Erarbeitung von Handlungsempfehlungen

3 Hinführungen zur Thematik

3.1 Sehbeeinträchtigung im Alter und psychosoziale Versorgung

Sehverlust gilt als Hauptursache für eine Behinderung im Alter (Zimdars, Nazroo & Gjonça, 2012). So ist ein Grossteil von Menschen mit schweren Sehbeeinträchtigungen 60 Jahre und älter, wobei wiederum die meisten dieser Personen als spätsehbehindert oder späterblindet gelten (Tesch-Römer & Wahl, 2012). Neben den Beeinträchtigungen, die z. B. durch eine Sehhilfe kompensiert werden können, nehmen im Kontext der demografischen Veränderung auch statistisch die Zahlen der älteren Menschen mit einer Sehbehinderung zu (Finger & Holz, 2012; Fink et al. 2020; Spring, 2019). Gerade die Zunahme dieser Zahlen bei älteren Menschen lässt darauf schliessen, dass hier vorwiegend altersbedingte Seheinbussen das Gros der Beeinträchtigungen ausmachen, die sich insbesondere durch sukzessive Verschlechterungen im Sehvermögen charakterisieren lassen (Hennighausen, Strotzka & Krupp, 2020). Für die zukünftige augenärztliche Versorgungsplanung ist es daher wichtig, nicht nur die altersbedingt steigende Anzahl betroffener Personen zu berücksichtigen, sondern auch die begrenzten Versorgungskapazitäten (Schuster, Wolfram, Pfeiffer & Finger, 2019).

Die Beeinträchtigungen der Sinnesorgane haben «aufgrund ihrer Umweltrelevanzen unmittelbare Auswirkungen auf die Alltagsgestaltung im Alter und den weiteren Verlauf des Alternsprozesses» (Tesch-Römer & Wahl, 2012, S. 407). Trotz der hohen Bedeutung einer frühzeitigen und adäquaten Versorgung der betroffenen Personen (Fletcher, 1999) lassen sich in der Schweiz und international Lücken in der medizinischen und rehabilitativen Versorgung erkennen, so auch speziell in der stationären Alterspflege (Fang et al., 2017; Heussler, Wildi & Seibl, 2016; Kampmann & Lutz, 2021; Larsen, Islomova, Schnetzer, Holz & Finger, 2021). Dies zeigt, dass von einer Sehbehinderung im Alter betroffene Personen zum Teil nicht als Sehbehinderte wahrgenommen bzw. erkannt werden und es dadurch zu einer Unterversorgung kommen kann.

Neben dem Erkennen einer Sehbehinderung bei älteren Menschen ist es elementar, dass für eine ganzheitliche Versorgung nicht nur eine medizinische Diagnose vorgenommen, sondern auch das Leben mit einer Sehbehinderung thematisiert wird und bei Einschnitten im Wohlbefinden und in der Lebensqualität zusätzlich psychosoziale Angebote (z. B. Beratungsangebote aus dem Sehbehindertenwesen) unterbreitet werden. Hier ist die Zusammenarbeit zwischen der Ophthalmologie und den psychosozialen Beratungsangeboten wichtig (Seifert, 2014) und somit also nicht nur die Frage, welche Augenerkrankung vorliegt, sondern die Frage, wie der Alltag mit einer Sehbehinderung bewältigt wird. Warum dieser ganzheitliche Ansatz wichtig ist, wird aus der aktuellen Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO deutlich, die Behinderung nicht als eine *Eigenschaft* der betroffenen Person ansieht, sondern als *Effekt* einer «behinderten» Beziehung zwischen der betroffenen Person und ihrer Umwelt (WHO, 2020). Hiermit werden die Umweltbedingungen betont und der Fokus wird auf die Alltagsaktivitäten und die soziale Teilhabe gelegt.

Damit nimmt auch die psychosoziale Versorgung der betroffenen Personen an Bedeutung zu, da es nicht nur um eine Krankheitsdiagnose geht, sondern auch um die Frage, ob sich die betroffene Person in ihrer Alltagsbewältigung subjektiv behindert fühlt und, wenn ja, inwieweit dies durch

psychosoziale Unterstützung abgemildert werden kann. Mit psychosozialer Versorgung ist meist die professionelle Unterstützung bei psychologischen und sozialen Fragen gemeint; es geht also darum, wie die Patientin/der Patient bei «belasteten» Fragen im Alltag unterstützt werden kann. Dass diese psychosoziale Versorgung wichtig ist, wird aktuell auch vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) bestätigt, das in seinem aktuellen Bericht zusammenfasst, dass Investitionen in zielführende Massnahmen zur Prävention, Behandlung und Rehabilitation von Sehbeeinträchtigungen sowie zur Unterstützung Betroffener nicht nur individuelles Leid mindern können, sondern auch dazu beitragen, die gesamtgesellschaftlichen Kosten zu verringern (Höglinger, Guggisberg & Jäggi, 2022).

Dabei ist es wichtig, die psychosozialen Belastungen möglichst frühzeitig zu erfassen bzw. zu identifizieren und – dem ermittelten Bedarf entsprechend – individuell ausgerichtete Beratungs- oder Unterstützungsangebote zu unterbreiten (Weis & Giesler, 2016). Die psychosoziale Versorgung geht dabei von dem in der «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF) genutzten bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit (Ewert, 2012) aus, das postuliert, dass neben den biologischen Funktionen auch das soziale Umfeld und die psychische Einstellung zum eigenen Leben eine wichtige Rolle bei der Bewältigung von Krankheit spielen (Büttner & Quindel, 2013).

Auch in anderen medizinischen Bereichen (z. B. Onkologie) ist die psychosoziale Versorgung elementar, selbst wenn dieses Angebot zum Teil als lückenhaft betrachtet wird, da es nicht immer vorhanden ist, von den Patientinnen und Patienten jedoch gewünscht wird (Lehmann-Laue et al., 2019; Singer et al., 2011; Weis & Giesler, 2016). Hingegen belegt eine aktuelle Studie aus Deutschland (Pichler, Herschbach, Frank, Mumm & Dinkel, 2022) innerhalb der Onkologie auch, dass mehr als die Hälfte der psychisch belasteten Patientinnen und Patienten keine psychoonkologische Versorgung in Anspruch nimmt. Hinsichtlich individueller Barrieren zeigt sich, dass der Zeitpunkt sowie die Art und Weise, wie Patientinnen und Patienten ihre psychische Belastung wahrnehmen, und auch das Vorhandensein persönlicher sowie sozialer Ressourcen das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen; dies wurde auch in der COVIAGE-Studie bestätigt (Seifert & Schelling, 2017). Die Studie von Pichler et al. (2022) hat zudem nachgewiesen, dass viele Patientinnen und Patienten nicht ausreichend über die Modalitäten und Wirkweisen einer psychoonkologischen Versorgung informiert sind und dass sich strukturelle Barrieren durch die fehlende Finanzierung einer psychoonkologischen Versorgung sowie in der Erfassung und Dokumentation des Versorgungsbedarfs zeigen. Daher resümieren die Autoren der oben genannten Studie, dass in der Versorgung eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit bedeutsam ist; also eine Zusammenarbeit zwischen den medizinischen und nicht medizinischen Versorgungsangeboten (Pichler et al., 2022).

Zum Teil mag die mangelnde Inanspruchnahme auch daran liegen, dass die psychosoziale Belastung von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten nicht immer erkannt wird und einige Fachpersonen unzureichend über psychoonkologische Versorgungsangebote und -strukturen informiert sind (Singer et al., 2016). Immerhin werden in Zertifizierungskriterien für Kliniken inzwischen Bestandteile der sogenannten S3-Leitlinie «Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten» aufgegriffen, ein Screening psychosozialer Belastungen wird als erforderlich angesehen und die Dokumentation der erhobenen Belastung als verbindlich erklärt. Psychoonkologische/Psychotherapeutische

Leistungen sind zwar mit OPS-Ziffern differenziert kodierbar, wirken sich allerdings nicht auf die Vergütung aus (Singer et al., 2016).

Andererseits wird durch das neue Healthy-Ageing-Modell der WHO (2015) die Lebensqualität im Alter als ein dynamischer, vom Individuum mitgesteuerter Prozess verstanden, der massgeblich durch die Bedürfnisse und Ziele des Individuums geprägt ist und zudem durch die Umweltbedingungen mit beeinflusst wird. Dadurch, dass der Fokus auf die individualisierte Erhaltung der Lebensqualität im Alltag gerichtet wird und nicht auf die Abwesenheit von Krankheit, wird auch die Bedeutung des Kontextes hervorgehoben – also der Situation, in der sich eine Person befindet. Aus dieser Sicht wird der subjektive Selbstbericht von Behinderung durch Seheinbussen betont, also die Frage, wie eine Person ihren Alltag erlebt und inwieweit sie in der Alltagsausübung eingeschränkt wird. Aus der aktuellen Forschungsliteratur ist deutlich herauszulesen (Himmelsbach, 2009; Köberlein-Neu et al., 2018), was im Projekt COVIAGE auch empirisch untermauert werden konnte (Seifert, 2021): dass nämlich die Selbsteinschätzung des Sehvermögens von mannigfaltigen Faktoren abseits der reinen Organfunktion bestimmt wird. Dadurch lassen sich Rückschlüsse auf die Versorgungssituation erst dann aus Selbstberichten ableiten, wenn das Sehvermögen als multifaktorieller Zustand begriffen und auch empirisch durch den Einsatz verschiedener Erhebungsinstrumente – so wie dies im Projekt COVIAGE mit den sechs Schlüsselfragen am Anfang des Interviews versucht wurde – gelebt wird. Aber nicht nur die Einschätzung des eigenen Sehens ist multidimensional, sondern auch die mit der Sehschwäche möglicherweise einhergehenden Einschränkungen im Alltag. So konnte innerhalb von COVIAGE gezeigt werden, dass neben der medizinischen Abklärung vor allem die persönliche Einstellung (z. B. proaktiver Umgang mit der Einschränkung im Alltag) in Kombination mit der psychosozialen Unterstützung des sozialen und/oder professionellen Umfelds zu einer nachhaltigen und gelungenen Alltagsbewältigung befähigt (Seifert, 2021).

Für die Versorgungspraxis bedeutet dies, dass nicht nur die in der Augenheilkunde agierenden Fachpersonen über die psychosozialen Belange der betroffenen älteren Personen Bescheid wissen, über das Angebot an Beratungsstellen informiert sind und entsprechend zu ihnen überweisen, sondern auch, dass die betroffenen Personen selbst den Bedarf an Beratung wahrnehmen und ihre allfälligen Einschränkungen bei der Alltagsbewältigung durch die Sehprobleme nicht nur medizinisch-therapeutisch zu bewältigen versuchen.

3.2 Psychosoziale Versorgung und Überweisung

Viele Augenerkrankungen im Alter gelten als Volkskrankheiten, und die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen stellt insbesondere in einer alternden Gesellschaft eine grosse Herausforderung dar – und zwar nicht nur für die Augenheilkunde (Schuster & Finger, 2018). Die Versorgungsforschung betrachtet generell, wie die Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen erfolgt und wie sie verbessert werden kann. Dabei wird von der Augenheilkunde (Ophthalmologie) jeweils meist nur die medizinische Versorgung angesprochen und weniger die Versorgung mit psychosozialen Angeboten, die jedoch nicht minder wichtig für eine Alltagsbewältigung ist (Heyl & Wahl, 2001, 2001; Himmelsbach, 2021; Himmelsbach, Spiegel, Wolski & Neß, 2021; Köberlein-Neu et al., 2018).

Auch wenn die psychosoziale Versorgung elementar für die Alltagsbewältigung ist und als Ergänzung zur medizinischen Abklärung, Behandlung und Therapie als Ergänzung angesehen werden sollte, ist sie lückenhaft. Dabei mangelt es, wie ebenfalls bereits erwähnt, nicht unbedingt an psychosozialen Beratungsangeboten aus dem Sehbehindertenbereich (Spring, 2020; SZBLIND, 2022a, 2022b), sondern eher an der Zusammenarbeit von medizinischer und nicht-medizinischer Versorgung. Diese könnte sich jedoch als wesentlicher Schlüssel für eine flächendeckende Versorgung erweisen (Himmelsbach, 2021). Die Schweiz besitzt im internationalen Vergleich gut ausgebaute psychosoziale Unterstützungsangebote, die meist unter der Bezeichnung «Beratungs- und Rehabilitationsstelle für (erwachsene) Menschen mit Sehbehinderung» bekannt sind (Spring, 2020).

Wie in Abbildung 1 verdeutlicht, sind diverse Fachpersonen Teil des Versorgungsnetzwerks älterer Personen mit Sehproblemen. Auf der einen Seite sind dies – im medizinischen Bereich – die Augenärztinnen und Augenärzte bzw. die Hausärztinnen und Hausärzte, mit zum Teil auch Berührungen zu anderen Fachdisziplinen (z. B. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde). Zwischen dem medizinischen und dem nicht-medizinischen Bereich ist auch die Optometrie zu verorten; ältere Personen kontaktieren zunächst meist die Optikerin bzw. den Optiker, wenn sich ihr Sehvermögen verschlechtert oder eine Sehhilfe angepasst werden muss. Auf der anderen Seite – also im nicht-medizinischen Bereich – befinden sich die Beratungsangebote, etwa aus dem Sehbehindertenwesen oder von Seniorenorganisationen und anderen psychosozialen Beratungsangeboten (z. B. Sozialberatung, psychologische Beratungsstellen). In der Abbildung ist das Versorgungsnetzwerk mit den möglichen Fachstellen idealtypisch dargestellt. Hier muss jedoch angemerkt werden, dass nicht nur eine Fachperson (z. B. die Augenärztin/der Augenarzt) die alleinige Ansprechperson für den älteren Menschen ist; die Fachpersonen variieren je nach Versorgungsnetz. Allen Netzwerken gemein ist aber, dass nur aktivierte Kontakte zur Nutzung der Angebote führen. Dies bedeutet: Wenn ich nicht weiss, dass eine Beratungsstelle existiert bzw. mir keine Stelle empfohlen wird, dann weiss ich auch nicht, dass ich dort beraten werden und Hilfe bekommen könnte.

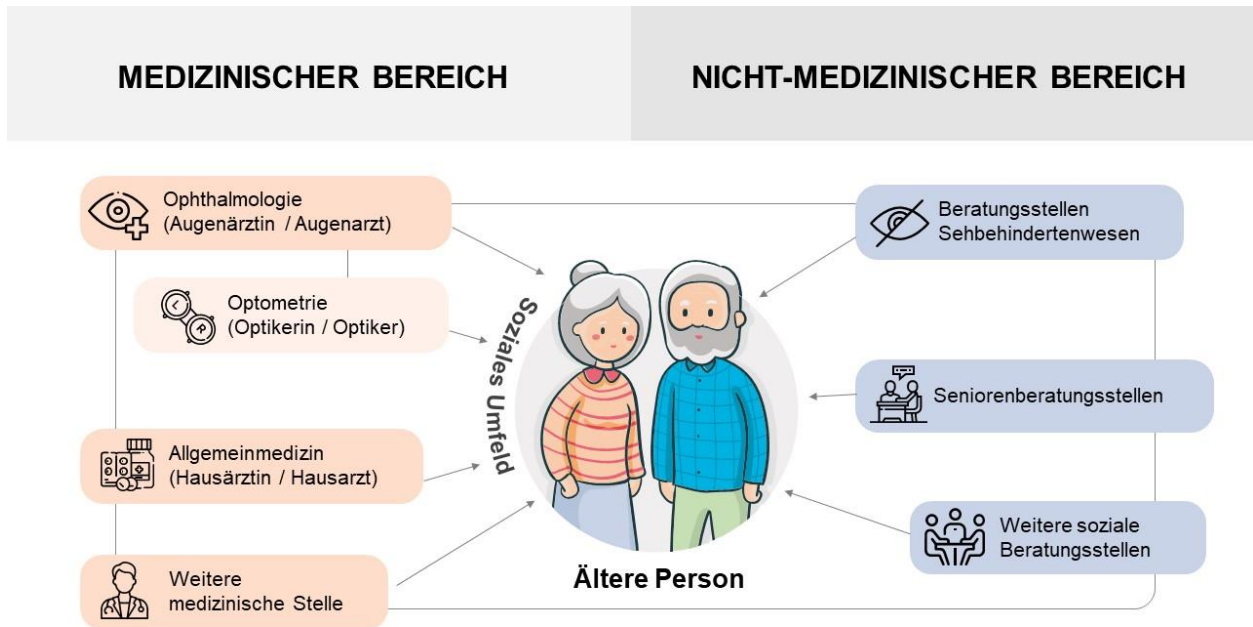


Abb. 1: Mögliches professionales Netzwerk für ältere Menschen mit Sehbehinderung

Wenn von einer «Überweisung» von einer medizinischen hin zu einer nicht-medizinischen Stelle gesprochen wird, sollte zwischen formaler und non-formaler Überweisung unterschieden werden. Bei einer formalen Überweisung gibt es rechtliche Grundlagen und formalisierte Abläufe. Von non-formaler Überweisung wird gesprochen, wenn der Ablauf eher nicht formalisiert und dadurch individuell verhandelbar ist. Dies bedeutet, dass die Qualität einer non-formalen Überweisung stark davon abhängt, von wem sie in welcher Form getätigt wird. Um eine non-formalisierte Variante der Überweisung ohne bindenden oder nachprüfbareren Charakter würde es sich beispielsweise dann handeln, wenn einer älteren Person nur der Flyer einer Beratungsstelle in die Hand gedrückt wird.

Auch wenn obige Abbildung zum Versorgungsnetzwerk nahelegt, dass es in der Schweiz doch viele Fachstellen gibt, die – für sich betrachtet – ihren Part der Versorgung durch ihre Angebote gut gewährleisten, mangelt es doch zum Teil an einer Kommunikation untereinander. Damit fehlt dann auch – unter Betrachtung der Ausgangssituation aus der Perspektive einer älteren betroffenen Person – die mögliche Information, dass es noch andere Angebote gibt. Dabei könnten gerade diese Überweisungen oder Informationsweitergaben dieses Wissen über weitere (Hilfs-)Angebote vermitteln; also über Angebote, die bei der Bewältigung des Alltags helfen und – im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells – alle Aspekte einer Sehbeeinträchtigung berücksichtigen (neben den medizinischen (bio) auch die psycho-sozialen Hilfsangebote).

Aus der COVIAGE-Studie wissen wir, dass fachlicher Rat zuerst bei der Augenärztin/dem Augenarzt gesucht wird – und nur selten bei einer Beratungsstelle (Seifert & Schelling, 2017). Es lässt sich aus der COVIAGE-Studie folgende Rangordnung der wichtigsten Ansprechpersonen aus dem professionellen Bereich ableiten:

1. Augenärztin/Augenarzt
2. Hausärztin/Hausarzt

3. Augenoptikerin/Augenoptiker
4. Beratungsstellen aus dem Sehbehindertenwesen
5. Selbsthilfegruppe
6. Beratungsstellen von Seniorenorganisationen

Neben dem fachlichen Rat von Ärztinnen und Ärzten wäre jedoch auch die Beratung über Rehabilitationsmöglichkeiten bzw. über den Zugang zu diesen durch eine Beratungsstelle für Sehbehinderte wichtig (Seifert, 2014). Allerdings gaben in der COVIAGE-Studie (Seifert & Schelling, 2017) nur drei von 87 Personen in der ersten Nennung Beratungsstellen aus dem Sehbehindertenwesen an; zusätzliche drei Personen erwähnten diese Stellen in der zweiten Nennung. Bei den sechs Personen, die angaben, dass sie überhaupt fachlichen Rat bei Beratungsstellen aus dem Sehbehindertenwesen suchen, handelt es sich um vier Frauen und zwei Männer in allen Altersgruppen, wobei fünf der sechs Personen allein leben. Ebenfalls fünf der sechs Personen schätzen ihre subjektive Sehfähigkeit als eher oder sehr schlecht ein. So fühlen sich auch fünf Personen durch ihre Sehprobleme im Alltag sehr oder eher eingeschränkt, eine Person fühlt sich teilweise eingeschränkt. Die Personen hatten bereits seit mindestens drei Jahren Probleme mit dem Sehen. Vier der sechs Personen gaben eine Altersabhängige Makuladegeneration (AMD) als Krankheitsbild an, eine Person eine Retinitis pigmentosa, eine weitere machte keine Angabe zum Krankheitsbild. Von den sechs Personen gab interessanterweise nur eine Person an, dass sie in den letzten fünf Jahren eine Beratung oder ein anderes Angebot einer Beratungsstelle für sehbehinderte Menschen (Sehbehindertenwesen) genutzt hat. Um konkret herauszufinden, wie viele der befragten 87 Personen sich in den letzten fünf Jahren an eine Beratungsstelle aus dem Sehbehindertenwesen gewendet haben, wurde dies mit einer zusätzlichen Frage erhoben. Insgesamt bejahten nur zwei der 87 Befragten diese Frage. Diese zwei Personen haben dies ein- bis zweimal in den letzten fünf Jahren getan und beide waren mit der Beratung «zufrieden». Beide Personen gaben an, dass sie eher schlecht sähen, eine AMD hätten, mehrere Alltagseinschränkungen vorlägen und sie sich aufgrund ihrer Probleme mit dem Sehen allgemein eher bzw. sehr im Alltag eingeschränkt fühlten. Aus den Daten lassen sich, aufgrund der geringen Fallzahl, keine Verallgemeinerungen der Nutzung von Beratungsstellen direkt ableiten, daher war es wichtig im vorliegenden PROVIAGE Projekt dieser Frage genauer nachzugehen.

Dennoch weisen die Erkenntnisse der COVIAGE-Studie bereits darauf hin, dass zwar Beratungsangebote in der Schweiz vorhanden sind, es jedoch oftmals zu keiner Überweisung und damit nicht zur Inanspruchnahme einer psychosozialen Beratung kommt. Diese ersten Ergebnisse wurden mit dem hier vorliegenden Projekt vertieft und die Versorgungslücken evaluiert.

4 Ergebnisse des Deskresearch

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der Projektphase 1 zusammengefasst.

4.1 Vorgehen bei der Literatursuche

Bei dem ersten im Rahmen des Projekts zu bearbeitenden Hauptziel «Systematisierung und Kategorisierung der bisherigen Erkenntnisse zur psychosozialen Versorgungsrealität» stand in der ersten Projektphase neben dem ersten Workshop mit Expertinnen und Experten, einem zusätzlichen Workshop mit Hausärztinnen und Hausärzten in Zürich sowie einzelnen, online geführten Interviews mit Expertinnen und Experten, die nicht am Workshop teilnehmen konnten, ein Deskresearch im Zentrum. Mithilfe dieses systematischen Literaturstudiums wurde die bestehende Versorgungs- und Überweisungsrealität in der Schweiz erhoben und hinsichtlich ihrer räumlichen, thematischen und disziplinären Ausrichtung kategorisiert.

Im Fokus des Deskresearch stand die bereits definierte Zielgruppe: in der Schweiz wohnhafte Personen, die erst im höheren Alter (im Fokus standen Personen ab 70 Jahren) eine Sehbehinderung erleiden. Für sie wurde eine Systematisierung und Kategorisierung der bisherigen Erkenntnisse zur psychosozialen Versorgungsrealität mit dem zeitlichen Fokus ab dem Jahr 2000 und dem sprachlichen Fokus auf den deutsch-, französisch- und englischsprachigen Raum angestrebt. Das Deskresearch wurde zwischen den Projektpartnern HETSL/HES-SO und HSA FHNW so aufgeteilt, dass das HES-SO-Team die Recherche für die französischsprachige Schweiz sowie die französischsprachige Literatur und ebensolche Websites (v. a. Frankreich, Belgien, Kanada) von im Themenfeld agierenden Organisationen und Institutionen übernahm, das FHNW-Team hingegen die Recherche für die deutschsprachige Schweiz, den deutschsprachigen Raum (v. a. Deutschland und Österreich) und die globale englischsprachige Literatur. Die Recherche sollte die bestehende Versorgungs- und Überweisungsrealität in der Schweiz aufzeigen, des Weiteren aber auch eruieren, wie sich diese in anderen Länderkontexten darstellt. Zudem sollte mit ihrer Hilfe aufgedeckt werden, ob sich die Problematik – im Vergleich zur Schweiz – andernorts ähnlich darstellt und ähnlich thematisiert wird. Vor allem aber sollte ermittelt werden, welche Barrieren und Lösungswege für die Überweisungsproblematik dort thematisiert werden.

4.2 Ergebnisse des Deskresearch nach Sprachregionen

4.2.1 Deutschsprachige Schweiz

Die Frage, wer für die Low-Vision-Beratung zuständig ist, wird mindestens seit den 1990er-Jahren diskutiert, etwa in einem Artikel des St. Galler Ophthalmologen P. Bischoff aus dem Jahr 1990, der in puncto Zuständigkeit der «ersten Stufe» der Low-Vision-Beratung für den Besuch einer Augenärztin/eines Augenarztes plädiert (Bischoff, 1990). Die Beratungen könnten im Anschluss durch eine Orthoptistin bzw. einen Orthoptisten vorgenommen werden; evtl. sollte eine Weiterüberweisung an spezialisierte Low-Vision-Fachpersonen erfolgen (Bischoff, 1990). Jedoch wird bereits hier deutlich, dass die Frage «Wer überweist wohin?» keine neue ist und bereits in den 1990er-Jahren die Überweisungs-lücken aufzeigte – also jene (fehlenden) Überweisungen von der medizinischen hin zu einer Low-Vision-Beratung oder zu einer psychosozialen Beratung.

Damit fehlt es auch an einer systematischen Überweisungslogik und Zusammenarbeit zwischen Ophthalmologie, Hausarztpraxen, Optometrie und Beratungsstellen.

So haben z. B. Peltenburg et al. (2004) eine Befragung zur Einleitung eines Qualitätsentwicklungsprojektes in der Hausarztpraxis zur Erhaltung des Sehvermögens im Alter durchgeführt; allerdings wurden dabei nur Überweisungen von Hausärztinnen bzw. Hausärzten an Augenärztinnen bzw. Augenärzte erhoben, sodass diese Publikation keinerlei Hinweise auf eine Low-Vision- bzw. psychosoziale Beratung enthält. Diese «Überweisungslogik» – also die Zuweisung von der Allgemeinmedizin hin zur Spezialmedizin, in diesem Fall der Ophthalmologie (Wistuba, 2018) – wird auch in anderen Quellen immer wieder betont. Dennoch lässt sich in den zugänglichen Publikationen keine weitere Thematisierung des Problems in der Schweiz identifizieren.

Anhand der Ergebnisse der SZBLIND Erhebung «Auf Sehbehinderung und Hörsehbehinderung spezialisierte Beratung in der Schweiz» können für die Schweiz konkrete Angebotsangaben für die auf Sehbehinderung spezialisierte Beratungsstellen gegeben werden (Spring, 2020). Nach dieser Übersicht sind 17 Organisationen in diesem Bereich tätig. Sie führen an 47 Standorten Beratungsstellen und beschäftigen 264 Mitarbeitende. Die Beratungsstellen bieten ihre Dienstleistungen Menschen mit Sehbehinderung jeglichen Alters sowie deren Angehörigen an. Die Altersverteilung von Klientinnen und Klienten der Beratungsstellen zeigt, dass insgesamt 84 % der Klientinnen und Klienten über 50 Jahre und 66 % über 70 Jahre alt sind. Somit gehören ältere Personen zu einer der Hauptzielgruppen von Beratungsangeboten. Jedoch kann der Bericht keine Auskunft darüber geben, da dies auch nicht zentral erfasst wird, von welchen (medizinischen) Stellen die älteren Personen zu den Beratungsangeboten überwiesen wurden.

Laut einer durch die DemoSCOPE AG durchgeführten Erhebung im Auftrag der Sehbehindertenhilfe Basel haben sich von denjenigen Personen, die angegeben haben, dass sie sich selbst schon einmal über das Thema Sehbehinderung informiert haben (persönlich Betroffene wie auch Personen, die durch jemanden im Umfeld indirekt betroffen sind), im Jahr 2021 28 % bei der Augenärztin/dem Augenarzt erkundigt (2017: 24 %), 18 % haben im Internet recherchiert (2017: 17 %), 17 % in Zeitungen, Zeitschriften oder der Fachliteratur (2017: 22 %) und 12 % haben sich an eine spezielle Beratungsstelle bzw. eine spezielle Organisation gewendet (2017: 12 %). Weit abgeschlagen, zwischen 6 und 3 %, rangiert das Einholen von Informationen bei Familienangehörigen, im Spital bzw. der Augenklinik, bei Hausärztinnen/Hausärzten, Optikerinnen/Optikern oder Beratungsstellen wie z. B. Pro Infirmis und Procap. Augenärztinnen und Augenärzte sowie passive Informationskanäle werden demnach am meisten konsultiert, wohingegen spezialisierte Organisationen als Ansprechpartner nicht prioritär im Bewusstsein potenziell betroffener Personen sind (Sehbehindertenhilfe Basel, 2021).

4.2.2 Weiterer deutschsprachiger Raum

Dass Beratungsstellen eine sinnvolle Ergänzung zu medizinischen Therapien sind, bekräftigte erst vor Kurzem das deutsche Bundesministerium für Gesundheit indem es schreibt «Beratungsangebote, Sehhilfen, Hilfsmittel und Umgestaltungen des Wohnraums können helfen den Alltag bei Sehproblemen zu erleichtern.» (Bundesministerium für Gesundheit, 2021. S. 1).

Die Situation im weiteren deutschsprachigen Raum unterscheidet sich dabei nicht sonderlich von der in der Schweiz, auch wenn die Notwendigkeit der Behandlung durch Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten oder das Training durch speziell ausgebildete «Personal Coaches» empfohlen wird. Angeraten werden zudem die psychologische Beratung, die Sozialberatung sowie die Beratung durch Reha-Fachkräfte im Hinblick auf lebenspraktische Fähigkeiten, der Besuch von Selbsthilfegruppen und die Kontaktaufnahme zu Blinden- und Sehbehindertenverbänden. Ebenso werden psychosoziale Interventionsprogramme angeführt, um eine Aufrechterhaltung der Alltagskompetenz indirekt zu unterstützen. Des Weiteren wird auf die Bedeutung von Orientierungs- und Mobilitätstrainings sowie von Trainings der Lebenspraktischen Fähigkeiten (LPF), bei dem alltagspraktische Kompetenzen zur Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit vermittelt werden, hingewiesen und es wird die Wirksamkeit psychosozialer Interventionsprogramme zur Reduktion von Depressivität/Angstsymptomen bei älteren sehbehinderten/blinden Menschen betont (von Livonius, 2014). Diese Interventionsprogramme, die u. a. durch Beratungen vermittelt werden können, streben in erster Linie eine Verbesserung der Lebensqualität sehbehinderter Patientinnen und Patienten an (von Livonius, 2018). Dass jedoch zu diesen Angeboten hin eine Überweisungslücke besteht und dass diese gegebenenfalls überbrückt werden sollte, wird praktisch nicht thematisiert.

Im weiteren deutschsprachigen Sprachraum (ausserhalb der Schweiz) ist auch wenig über die konkrete Nutzung (Nutzungszahlen und Anzahl der nicht erreichten Personen) der Beratungsangebote für ältere Menschen mit einer Sehbehinderung bekannt. Zur Inanspruchnahme von Massnahmen der Rehabilitation und Teilhabe liegen keine aussagekräftigen Daten vor (Robert Koch-Institut, 2017). Auch sind über das verfügbare Netz an Beratungsangeboten für ältere Menschen mit Blindheit und Sehbehinderung kaum systematische Übersichten vorhanden. Himmelsbach et al. (2016), die davon ausgehen, dass unabhängig vom Erfolg medizinisch-therapeutischer Massnahmen «bei drohender oder tatsächlich eingetretener Sehbehinderung ein hoher Beratungsbedarf zur Minderung von psychosozialen Folgen» besteht, konnten mittels einer Internetrecherche anhand von patientennahen umgangssprachlichen Suchbegriffen insgesamt 189 Beratungsangebote in Deutschland auffinden. Die Inhalte dieser Beratungsangebote beziehen sich überwiegend auf medizinisch-therapeutische Angebote oder Hilfsmittel, etwa 30 % der Angebote widmen sich auch oder ausschliesslich psychosozialen Themen.

Von Lang und Heyl (2021) zeigen – unter Verweis auf andere Studien (Hüsler & Schmid, 2013; Seifert, 2014) – auf, dass ältere Menschen mit Blindheit und Sehbehinderung von sich aus weniger Unterstützung bei Organisationen der Blinden- und Sehbehindertenhilfe suchen. Hier komme der Augenärztin bzw. dem Augenarzt eine Schlüsselrolle zu. Sie bzw. er verfüge über ärztliche Autorität und sei in der Regel eine wichtige Kontaktperson für ältere Menschen mit Sehbehinderung. Die Augenärztin bzw. der Augenarzt könne daher die Weichen stellen und Betroffene an die entsprechenden Beratungsstellen weiterleiten (von Livonius, 2014). Jedoch wird auch betont, dass jeweils der «richtige Zeitpunkt» gewählt werden muss, um eine Person für ein Beratungsangebot zu gewinnen. So betont Glofke-Schulz (2007), dass der Zeitpunkt, zu dem geeignete Massnahmen ergriffen und Hilfen zur Verfügung gestellt werden, den Erfolg einer Rehabilitation und damit das Gelingen der Behinderungsbewältigung entscheidend beeinflusst. Gehen dabei wertvolle Monate oder gar Jahre verloren, ist die Gefahr von Entmutigung,

Resignation, Motivationsmangel und erlernter Hilfslosigkeit gross. Hat sich jemand erst einmal in seiner Hilfslosigkeit eingerichtet, dürfte sie/er immer schwerer zu motivieren sein, aktiv neue Bewältigungsstrategien zu erlernen (Glofke-Schulz, 2007).

Die umfangreichste Studie zur Thematik ist eine Analyse medizinisch-sozialer Netzwerke am Beispiel des Sektors der altersbedingten Makuladegeneration (AMD) von Wistuba (2018), die neben den Patientinnen/Patienten die ophthalmologischen Fachpersonen (niedergelassene Augenärztinnen/Augenärzte und Klinikärztinnen/Klinikärzte), die Fachpersonen nicht medizinischer Versorgungsleistungen (wie Fachpersonen aus der Optometrie und Rehabilitationsarbeit) sowie die Anlaufstellen der Blinden- und Sehbehindertenvereine bzw.-verbände in Nordrhein-Westfalen einbezieht und zwischen diesen Sektoren die sektorinternen und -externen Rollenbeziehungen untersucht. Am Beispiel der AMD wird darin auf Basis einer Systemanalyse Verbesserungsbedarf in der Versorgung identifiziert und aufgezeigt, dass ein übergeordnetes medizinisch-soziales Netzwerk die beste Alternative ist, um den Grad der Erreichung von Systemzielen zu verbessern.

Für PROVIAGE interessant sind in der Untersuchung von Wistuba (2018) vor allem die Beziehungen zwischen medizinischem und «sozialem» Sektor: In der Beziehung zwischen Medizinerinnen und Medizinern sowie sozialen Akteurinnen und Akteuren bestehen auf beiden Seiten bestimmte Erwartungshaltungen. Die Fachpersonen aus dem Sozialbereich erwarten etwa, dass sich Augenärztinnen und Augenärzte mit sozialen Organisationen im Allgemeinen und deren Leistungsspektren im Speziellen auseinandersetzen. Dies ist beispielsweise möglich, indem sie Veranstaltungen besuchen, auf denen sich soziale Organisationen vorstellen, oder Materialien sichten, die ihnen soziale Organisationen zusenden. Soziale Organisationen erwarten zudem, dass Medizinerinnen und Mediziner als Koordinationspersonen fungieren, indem sie ihre Patientinnen und Patienten durch einen direkten Hinweis oder durch die Mitgabe von Informationsmaterial auf soziale Organisationen aufmerksam machen. Eine notwendige Bedingung für dieses Verhalten ist allerdings, dass Fachpersonen aus dem medizinischen Bereich die sozialen Angebote kennen (Wistuba, 2018). Den Ergebnissen der Befragung von Wistuba zufolge überschätzen alle sozialen Organisationen ihren Bekanntheitsgrad sowohl bei Augenärztinnen und Augenärzten als auch bei Patientinnen und Patienten deutlich. Dies wird auch anhand der in der Schweizer COVIAGE-Studie sichtbaren Nutzung von Beratungsstellen bei von einer Sehbehinderung betroffenen älteren Menschen untermauert, da hier nur ein geringerer Teil bereits eine Beratungsstelle aus dem Sehbehindertenwesen genutzt hat (Seifert, 2021).

Der über den Bekanntheitsgrad hinausgehende Hinweis von Augenärztinnen und Augenärzten auf soziale Organisationen erfolgt laut Wistuba (2018) entweder durch das Aushändigen von Informationsmaterial in der Praxis bzw. der Klinik oder durch die direkte Empfehlung einer sozialen Organisation an die Patientin/den Patienten. Mit Blick auf Informationsmaterialien wird festgestellt, dass die Blinden- und Sehbehindertenvereine und Pro Retina Deutschland vergleichsweise präsent sind. Während 26 % der befragten Augenärztinnen und Augenärzte Informationsmaterial von deutschen Blinden- und Sehbehindertenvereinen ausliegen haben, beträgt der Wert bei Pro Retina nur 19 %. Bei der Frage, inwieweit Augenärztinnen und Augenärzte gezielt soziale Organisationen empfehlen, zeigt sich eine Abweichung zwischen dem von sozialen Organisationen erwarteten Verhalten und dem tatsächlichen Verhalten der

augenärztlichen Fachpersonen. Dem Fazit Wistubas zufolge zeigt sich hier, dass der medizinische Sektor mit dem sozialen Sektor relativ wenig intensiv zusammenarbeitet (Wistuba, 2018). Dennoch sind beide Seiten der Ansicht, dass «eine intensivere Zusammenarbeit zwischen den beiden Sektoren die Wirtschaftlichkeit der Versorgung steigern würde und darüber hinaus für Mediziner, soziale Organisationen und in besonderem Masse für Patienten hilfreich wäre» (Wistuba, 2018: 63).

Die Befragung Wistubas (2018) zeigt, dass Informationsdefizite über soziale Organisationen und der Zeitmangel von Augenärztinnen und Augenärzten die grössten Hinderungsgründe für eine intensivere Zusammenarbeit sind. Weiterhin sind Augenärztinnen und Augenärzte der Ansicht, dass es zu wenige soziale Organisationen in der Umgebung ihrer Praxis gibt und der Nutzen einer Kooperation unklar ist. Etwa die Hälfte der Fachpersonen aus den sozialen Organisationen (46 %) meint, dass Augenärztinnen und Augenärzte kein Interesse an einer Zusammenarbeit hätten. Darüber hinaus sind sich soziale Organisationen darüber im Klaren, dass die personelle Ressourcenknappheit (56 %) innerhalb der sozialen Organisationen eine zu geringe räumliche Präsenz begründet.

Nach Wistuba (2018) könnten Augenärztinnen und Augenärzte, die nicht ausreichend über soziale Organisationen informiert sind, Patientinnen und Patienten eben nicht auf entsprechende Angebote hinweisen. Die Untersuchung Wistubas zeigt, dass in Nordrhein-Westfalen Lücken in der Versorgung bestehen, die zum Teil Folge der Weiterleitung sind. «Im Kern betreffen diese die Aspekte Aufklärungsarbeit, Transparenz, Weiterleitung von Patienten, Flächendeckung sozialer Angebote, Sicherstellung der Mobilität der Patienten, Koordination und Effizienz sowie (bedingt) Sicherstellung der Versorgungsqualität im sozialen Sektor.» (Wistuba, 2018: 74) Die mangelnde Weiterleitung lasse sich durch die fehlende Transparenz erklären (Wistuba, 2018: 76). Dass Augenärztinnen und Augenärzte ihren eigenen Angaben zufolge circa 10 % ihrer Zeit mit sozialer Beratung verbringen, lässt sich Wistuba zufolge primär auf ihre Informationsdefizite in Bezug auf die sozialen Beratungseinrichtungen und deren Leistungsspektren zurückführen. Er folgert daraus, dass Augenärztinnen und Augenärzten nicht bewusst ist, welches Entlastungspotenzial durch den Hinweis auf soziale Organisationen besteht (Wistuba, 2018). Eine bessere Koordination der Versorgung von AMD in einem Versorgungsnetzwerk könnte laut Wistuba (2018) vielfältige positive Effekte für die davon betroffenen älteren Personen haben, so wie dies auch in anderen Studien gezeigt wird (Himmelsbach, 2021; Kämmerer et al., 2006; Köberlein-Neu et al., 2018; Seifert, 2014).

4.2.3 Französischsprachiger Raum

Für den französischsprachigen Raum gibt es kein definiertes Wort für die «Überweisung» einer Patientin/eines Patienten an die Fachperson einer anderen Disziplin, die keine Fachärztin/kein Facharzt ist. Dies weist von vornherein auf eine fehlende Stabilisierung der französischen Begriffe für diese Problematik in der Literatur hin. Die Bedeutung der Rehabilitation im Allgemeinen bei sensorischen und insbesondere visuellen Beeinträchtigungen wird in der Literatur jedoch weitgehend hervorgehoben (Coopérative d'ingénierie sociale CISAME, 2015; Fondation Asile des aveugles, 2019). Psychosoziale Beratung oder die Intervention einer Sozialarbeiterin/eines Sozialarbeiters gehören zu den Dienstleistungen, die in der Rehabilitation angeboten werden; sie

werden als wichtige Elemente der Rehabilitation und der Aufrechterhaltung der Alltagsbewältigung im hohen Alter angesehen (Sax, 2016).

Für den geeigneten Zeitpunkt, zu dem eine Patientin/ein Patient von der Ärztin/von dem Arzt – und in unserem Fall der Augenärztin/dem Augenarzt – an eine psychosoziale Beratung und Rehabilitation überwiesen wird, existieren praktisch kaum Publikationen im französischsprachigen Raum. Jedoch wurde parallel zum PROVIAGE Projekte auch eine kleinere Studie aus der französischsprachigen Schweiz zum Thema des richtigen Zeitpunktes der Überweisung aus Sicht der ophthalmologischen Fachpersonen und der Beratungsstellen veröffentlicht (Goldschmidt, Mottaz & Bertrand, 2022). Die Autorinnen Goldschmidt und Mottaz sowie der Autor Bertrand konnten mithilfe einer qualitativ-deskriptiven Studie im Kanton Waadt Daten sammeln. Es zeigt sich, dass kein Konsens zwischen den befragten Reha-Fachpersonen und den Augenärztinnen und -ärzten besteht, wann Menschen mit AMD eine Low-Vision-Rehabilitation beginnen sollten. Für die Augenärztinnen und -ärzte ist der passende Zeitpunkt dann gekommen, wenn eine betroffene Person infolge unzureichender Sehschärfe nicht mehr lesen kann, während die Reha-Fachpersonen den Zeitpunkt der Diagnose einer AMD als den geeignetsten erachten.

Gemäss den Empfehlungen für gute Praxis der französischen Gesundheitsbehörde (Haute Autorité de Santé, 2012) ist die Überweisung an einen psychosozialen Dienst Aufgabe der Augenärztin/des Augenarztes. Dieses Vorgehen wird von der Französischen Ophthalmologischen Gesellschaft unterstützt, die feststellt, dass die Augenärztin/der Augenarzt die Verantwortung für das Screening, die Ankündigung, die Überweisung an Rehabilitationseinrichtungen und die Nachsorge von Erblindungserkrankungen hat (Société Française d'Ophtalmologie, 2017). Es gibt jedoch keine Angaben dazu, wann oder wie diese Adressierung durchgeführt werden soll. Es wird aber auch erwähnt, dass Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner nicht systematisch an Augenärztinnen und Augenärzte überweisen, wenn dies erforderlich ist (ebd.).

Mehrere Organisationen schlagen immerhin Strategien vor, um die rehabilitative Versorgung von Menschen mit einer Sehbehinderung zu verbessern. Die CISAME hat eine grosse Menge an Literatur rund um die Rehabilitation von sensorischen Beeinträchtigungen bei älteren Menschen zusammengetragen (Coopérative d'ingénierie sociale CISAME, 2015). Auch andere medizinische Disziplinen, die bei der Orientierung in der Rehabilitation und der psychosozialen Beratung auf ähnliche Schwierigkeiten stossen können, wie die Onkologie oder die Diabetologie, liefern interessante Ansätze. Beispielsweise ist die Organisation in multidisziplinären Netzwerken ein grundlegendes Element, das immer wieder genannt wird (Coopérative d'ingénierie sociale CISAME, 2015; Fondation Asile des aveugles, 2019; Société Française d'Ophtalmologie, 2017). Empfohlen wird zudem eine bessere Information der Gesundheitsfachkräfte über die Auswirkungen von Krankheiten auf die Lebensqualität und über die Möglichkeiten der Rehabilitation (Coopérative d'ingénierie sociale CISAME, 2015; Fondation Asile des aveugles, 2019; Rivest et al., 2020), eine klare Definition der Rollen und eine Identifizierung der verschiedenen zuständigen Gesundheitsfachkräfte für die Patientinnen und Patienten (Diabète programme cantonal, 2019; Fondation Asile des aveugles, 2019) sowie eine frühzeitige Bewertung der Lebensqualität (Bobillier, 2013). Die Inbetriebnahme einer Rufnummer, mit der Patientinnen und Patienten direkt an die richtigen Stellen weitergeleitet werden könnten, ist

ebenfalls ein Ansatz, der weiterverfolgt werden sollte (Coopérative d'ingénierie sociale CISAME, 2015).

Insbesondere die französische Vereinigung zur Unterstützung blinder und sehbehinderter Menschen Valentin Haüy (AVH) hat kürzlich einen Leitfaden herausgegeben (Routon & Ferrant, 2021), der in Zusammenarbeit mit dem Verein DMLA und der Société francophone de basse-vision (ARIBa) verfasst wurde. Dieser Leitfaden befasst sich über die medizinischen Aspekte hinaus mit dem täglichen Leben mit Sehverlust. Insbesondere werden praktische Ratschläge zur Unterstützung der Selbstständigkeit der Personen gegeben. Neben der Anpassung der Wohnung und der Nutzung technischer Hilfsmittel empfiehlt der Leitfaden, dass Menschen mit AMD eine Low-Vision-Rehabilitation und psychosoziale Unterstützung erhalten und bedauert, dass die Rehabilitation noch zu sehr von der breiten Öffentlichkeit ignoriert werde (Routon & Ferrant, 2021, S. 8). Nach Ansicht dieser Studie umfasst die Rehabilitation in erster Linie die Überwachung des AMD-Verlaufs durch die Ophthalmologie sowie die Bereitstellung von optischen Hilfsmitteln durch eine spezialisierte Optikerin/einen spezialisierten Optiker. Es wird eine stärker alltagsorientierte Betreuung vorgeschlagen; insbesondere wird die Begleitung durch eine Ergotherapeutin/einen Ergotherapeuten empfohlen, um die Person bei der Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens zu unterstützen.

Für den französischsprachigen Raum konnte praktisch keine Literatur gefunden werden, die sich direkt mit dem Thema der Überweisung von älteren Menschen mit einer Sehbehinderung an eine psychosoziale Beratung befasst. In Frankreich wird die Frage der Überweisung zwischen Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmedizinern und Fachärztinnen/Fachärzten, Krankenhäusern und ambulanten Diensten sowie Apothekerinnen und Apothekern zumindest angesprochen (Société Française d'Ophtalmologie, 2018). Low Vision und visuelle und/oder sensorische Defizite werden in den Jahresberichten, Versorgungsnetzen und Verbesserungsprojekten jedoch auch hier kaum hervorgehoben. Die Netzwerke konzentrieren sich vor allem auf die Bereiche psychische Gesundheit, Menschen mit mehreren chronischen Krankheiten (zu denen auch sensorische Beeinträchtigungen gehören), Diabetes, Frauen und Schwangerschaft, Pädiatrie und Krebs.

Aber es besteht zumindest ein Interesse am psychosozialen Hintergrund von Menschen mit einer Sehbehinderung im Allgemeinen, jedoch gibt es keine Hinweise auf eine Überweisung. Es wird kein oder nur einen sehr geringen Zusammenhang zwischen Low Vision und dem sozialen Umfeld gesehen; allein die Fondation Asile des aveugles, die mit den Lebensläufen von Personen mit Sehbehinderungen arbeitet, macht einen solchen Zusammenhang aus (Fondation Asile des aveugles, 2019). Das regionale Gesundheitsprojekt der Region Hauts-de-France weist darauf hin, dass eine Überweisung zur medizinischen Rehabilitation erforderlich ist, geht aber nicht auf die soziale Seite der Rehabilitation ein (PRS & ARS, 2018). Die Französische Gesellschaft für Augenheilkunde (Société Française d'Ophtalmologie, SFO) misst der Überweisung von Personen mit einer Sehbehinderung zur Rehabilitation grundsätzlich durch die Augenärztin/den Augenarzt eine hohe Bedeutung bei. Sie weist auch auf die Bedeutung von Netzwerken hin und bezieht zudem den Sozialdienst mit ein. Die SFO spricht somit das gleiche Problem an, ohne jedoch eine Lösung vorzuschlagen (Société Française d'Ophtalmologie, 2018).

4.2.4 Englischsprachiger Raum

Im Gegensatz zum deutschen und französischen Sprachraum wird das Thema der psychosozialen Versorgungs- und Überweisungslücken bei einer Sehbehinderung mindestens seit den 1980er-Jahren in der Versorgungsforschung im englischsprachigen Raum häufig behandelt. Dies betrifft insbesondere die Forschung in den Vereinigten Staaten, Kanada und Australien. Allerdings steht dabei nur in wenigen Arbeiten die Gruppe der älteren Menschen mit einer erst im Alter auftretenden Sehbehinderung im Fokus. Dennoch betonen aktuelle Studien den Erfolg von Low-Vision-Beratungen bei älteren Personen. So kommt eine amerikanische Studie zu dem Ergebnis, dass der Zugang zu Low-Vision-Diensten bei Patientinnen und Patienten mit neovaskulärer AMD zu einer deutlichen Verbesserung der Sehkraft und der Lebensqualität führte (Cimberle, 2023).

Im Folgenden wird auf bestimmte Aspekte aus der englischsprachigen Literatur näher eingegangen, die zur Beantwortung unserer Forschungsfragen beitragen.

4.2.4.1 Die Frage des Wissens über die Angebote

Eine Pionierrolle kommt der US-amerikanischen Soziologin Susan L. Greenblatt zu, die schon in den 1980er-Jahren in mehreren Forschungen darauf hingewiesen hat, dass sehbeeinträchtigte Menschen, bei denen keine medizinische oder chirurgische Behandlung zur Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung des Sehens (mehr) möglich ist, im Rehabilitationssystem vollkommen verloren sind, wenn ihre Ophthalmologinnen bzw. Ophthalmologen nicht entsprechende Überweisungen tätigen. Sie betonte die entscheidende Rolle der Ophthalmologie im Behandlungs- und Unterstützungsprozess von sehbeeinträchtigten Personen. Sie setzte sich dafür ein, dass die sozialen, die Umwelt betreffenden und die psychologischen Faktoren, die auf ältere Personen mit chronischen Sehbeeinträchtigungen einwirken, zu obligatorischen Inhalten der Ausbildung von Augenärztinnen und Augenärzten werden sollten. Zudem fordern sie, dass in deren Zeitplanung auch Raum für die Erstellung von Überweisungen und die Kooperation mit anderen Gesundheitsprofessionen vorhanden sein sollte (Greenblatt, 1988b, 1988a, 1990, 2005). Das Wissen der Augenärztinnen und Augenärzte wurde bei ihr zur zentralen Stellschraube, um die Anzahl von Überweisungen zu erhöhen.

Für die Barrieren für Überweisungen machen Adam und Pickering (2007) aus Kanada ebenfalls mangelndes Wissen über Rehabilitationsdienste verantwortlich. Oft liege eine falsche Auffassung bezüglich der Überweiskriterien vor. Sie fordern daher eine Ausbildungskampagne bezüglich Rehabilitationsdiensten (Adam & Pickering, 2007). Basilious et al. (2015) setzen dagegen beim mangelnden Wissen von kanadischen Hausärztinnen und Hausärzten bezüglich der Glaukom-Risikofaktoren an, das zu einer lückenhaften Überweisungspraxis führe. Abhilfe könne mit entsprechendem Ausbildungsmaterial geschaffen werden (Basilious et al., 2015).

Pollard et al. (2003) setzen ebenfalls am Wissen über Low Vision Services (LWS) und an der Überweisungspraxis zu diesen Diensten in Australien an, allerdings aus der Perspektive der betroffenen Patientinnen und Patienten. Jene Personen sähen sich oft selbst nicht als sehbeeinträchtigt an, sie hätten ein mangelndes Wissen bezüglich der Existenz von Low Vision Services (LWS) sowie überhaupt falsche Vorstellungen von Low Vision. Der Nutzen von LWS werde nicht erkannt, da die betroffenen Personen denken würden, sie müssten vollkommen blind sein, um entsprechende Leistungen in Anspruch nehmen zu können. Dazu kämen

Transportprobleme und das Fehlen einer effektiven Kommunikation zwischen Patientinnen/Patienten und Augenärztinnen/Augenärzten bezüglich der Überweisung. Überweisungen erfolgten oft erst am Ende eines Behandlungsprozesses, und oft werden nicht-medizinische Belange gar nicht mit den Patientinnen und Patienten besprochen (Pollard et al., 2003). Spafford et al. (2010) nennen als Gründe für die Nichtinanspruchnahme von Low Vision Services v. a. mangelndes Wissen, mangelnde Information seitens der Ophthalmologin/des Ophthalmologen, aber auch ein starkes Selbstständigkeitsstreben, eine Relativierung der Sehbeeinträchtigung im Verhältnis zu anderen Beeinträchtigungen und schlicht die Akzeptanz des Sehverlusts bei den Patientinnen und Patienten (Spafford et al., 2010).

Overbury und Wittich (2011) führten ihre in Montreal realisierte Untersuchung zur Inanspruchnahme von Low-Vision-Rehabilitationsleistungen in einer Umgebung durch, die eigentlich ideal für das Bewusstsein von Patientinnen und Patienten und für die Überweisung durch die augenmedizinischen Stellen ist. Es lag eine hohe Versorgungsdichte vor, die Patientinnen-/Patientenpopulation war eher gut gebildet, gehörte zur Mittelklasse und war relativ gut informiert über medizinische und damit zusammenhängende Dienstleistungen. Dennoch wussten nur 54 % der Studienteilnehmenden von diesen Rehabilitationsangeboten oder machten davon Gebrauch. Zahlreiche Patientinnen und Patienten, die von den Angeboten wussten, traten nicht mit der Einrichtung in Kontakt. Overbury und Wittich schlussfolgerten daher, dass es noch weitere Barrieren für die Nichtinanspruchnahme geben müsse als mangelndes Wissen (Overbury & Wittich, 2011; vgl. auch Mwilambwe et al. 2009). Diese weiteren Barrieren sollen im Folgenden noch näher ausdifferenziert werden.

4.2.4.2 Kommunikation und Kooperation

Die Unterbrechung in der Überweisungskette von der Allgemeinmedizin zur Ophthalmologie in Australien untersuchten Dickson et al. (1996). Sie stellten fest, dass nur etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten, die von der Hausärztin/dem Hausarzt eine Überweisung zur Ophthalmologin/zum Ophthalmologen bekommen hatten, tatsächlich deren/dessen Dienste in Anspruch nahmen. Sie machen dafür in erster Linie eine unzureichende Kommunikation zwischen Allgemeinmedizin und Ophthalmologie verantwortlich. Viele Hausärztinnen und Hausärzte wüssten nicht, ob ihre Patientinnen und Patienten die Überweisung befolgt haben, andere äusserten sich kritisch gegenüber den ophthalmologischen Fachpersonen, die nichts zurückmelden würden. Dickson et al. empfehlen den Einbezug von Flowcharts in die Akten der Patientinnen und Patienten (Dickson et al., 1996), um eine Überweisung verbindlicher und nachprüfbarer zu machen.

Wittich et al. (2013) beklagen in einer kanadischen Studie ebenfalls ein Kommunikationsproblem, nämlich dass die Low-Vision-Rehabilitationsstellen nur beschränkt Rückmeldungen an die behandelnden Augenärztinnen und Augenärzte geben würden, nachdem diese die älteren Personen überwiesen hätten. Gäbe es systematischere Rückmeldungen, könnten mehrere indirekte positive Wirkungen erzielt werden: Augenärztinnen und Augenärzte würden durch Patientinnen und Patienten, die von Low Vision Services zurückkehren, sowie durch den dort erstellten Bericht für die Patientenakte auf das Vorhandensein dieser Dienste aufmerksam gemacht werden, was wiederum zu einer verstärkten Sensibilisierung beitrage. Zudem könnten die ophthalmologischen Fachpersonen in einem Gespräch über den Erfolg des Rehabilitationsprozesses Rückschlüsse auf den gegenwärtigen funktionalen Status der

Patientinnen und Patienten ziehen. Schliesslich würde die Verbindung zwischen den Low-Vision-Rehabilitationsstellen und den ophthalmologischen Fachstellen gestärkt werden, was zu einem optimalen Informationsaustausch führen würde (Wittich et al., 2013).

4.2.4.3 Zuständigkeit

Der Erfolg von Low-Vision-Beratung beruht, wie Wittich et al. (2013) betonen, auf dem komplexen Zusammenspiel zahlreicher Professionen und macht daraus ein Musterbeispiel für eine echte multi- und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Damit stellt sich jedoch auch die Frage nach den primären Verantwortlichkeiten in der Überweisungskette. In einer aktuellen Studie besteht Konsens dahingehend, dass zur Verbesserung des Versorgungskontinuums den Ophthalmologinnen/Ophthalmologen und Optometristinnen/Optometristen die Hauptverantwortung im Überweisungsprozess zukommen sollte (Alam et al. 2021).

Bei der Frage, wer bei der Behandlung einer Diabetischen Retinopathie für die Überweisung an die Rehabilitationsdienste zuständig sein sollte, verweisen Bernbaum und Albert (1996), die auch den Mangel an Wissen bei den Medizinerinnen bzw. Medizinern und einen entsprechenden Mangel an Ausbildungsinhalten im Studium feststellten, auf diejenige Gesundheitsprofession, die zuerst die Sehbeeinträchtigungen oder psychologischen Folgeerkrankungen identifiziert. Lehrinhalte zur Rehabilitation sollten daher in die ophthalmologische Ausbildung, aber auch von anderen Professionen (z. B. Diabetologie), die mit der Behandlung von Diabetes befasst sind, aufgenommen werden (Bernbaum & Albert, 1996).

In einem kanadischen Pilotprojekt konnten Wittich et al. (2013) feststellen, dass die Präsenz von Optometristinnen und Optometristen an bestimmten Tagen in spezialisierten Augenkliniken und Abteilungen von Krankenhäusern und die Vornahme von Erstuntersuchungen sowie die Verabreichung von Basis-Rehabilitationsleistungen an dem Ort, an dem die Patientinnen und Patienten ihre reguläre medizinische Versorgung bekommen, für viele die Weiterüberweisung an die Hauptberatungsstellen für Low Vision gewährleisteten (Wittich et al, 2013). Die direkte Präsenz der Optometristinnen und Optometristen fördere also auch das Bewusstsein und den Zugang zu Low Vision.

4.2.4.4 Kriterien für die Überweisung und Zeitpunkt der Überweisung

Eine falsche Auffassung bezüglich der Kriterien der Überweisung stellen Adam und Pickering (2007) auf der Basis einer Umfrage für Kanada fest. Zahlreiche Augenärztinnen und Augenärzte sehen denjenigen verminderten Grad der Sehschärfe als angemessenes Kriterium für eine Überweisung an, welcher der gesetzlichen Definition von Blindheit entspricht. Sie fordern daher verstärkt die Vermittlung von Informationen bezüglich der Überweiskriterien, sodass Überweisungen sehr früh im Krankheitsprozess stattfinden, d. h. möglichst in zeitlicher Nähe zur Diagnose und sobald die Patientinnen und Patienten Einschränkungen in der Alltagsbewältigung angeben (Adam & Pickering, 2007). Ebenfalls gingen Kaleem et al. (2018) dieser Frage nach: Ein Drittel der befragten Augenärztinnen und Augenärzte gab an, dass ihre Patientinnen und Patienten Probleme mit dem Sehverlust entweder leugnen oder keine entsprechenden Probleme anführen würden. Allerdings ist nicht klar, inwieweit sie dazu befragt wurden. Kaleem et al. (2018) empfehlen daher, Standardfragen zu stellen, um sicherzustellen, dass die Klagen von Patientinnen und Patienten nicht übergangen werden. Als weiterer Grund wurde ebenfalls von fast einem Drittel der Befragten genannt, dass sie nicht genügend Zeit zur Verfügung hätten; ein

weiteres Drittel erklärte, dass Patientinnen und Patienten sich entsprechende Hilfsmittel bzw. Low Vision Services nicht leisten könnten. Dies weist den Autoren der Umfrage zufolge darauf hin, dass beide Seiten nicht über allfällige finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten im Bilde sind. Schliesslich geht ein Fünftel der Antwortenden innerhalb der Studie davon aus, dass die Patientinnen und Patienten der Überweisung nicht Folge leisten (Kaleem et al., 2018).

Marinoff (2012) stellte in ihrer in den USA durchgeführten Untersuchung der von Eye Care Professionals für eine Überweisung definierten Kriterien fest, dass diese häufig mit einer Überweisung abwarten, bis es zu einem ernsten Sehverlust bei den Betroffenen kommt. Eye Care Professionals liessen es zu, dass Patientinnen und Patienten bedeutende funktionale Einschränkungen erfahren, bevor sie zu Rehabilitationseinrichtungen Zugang bekommen. Der Hauptgrund für die Überweisung zu Low-Vision-Beratungsstellen wird zwar in den Schwierigkeiten der Patientin/des Patienten in Aktivitäten des täglichen Lebens gesehen, allerdings zeige sich, dass die Patientinnen und Patienten häufig erste bedeutende Schwierigkeiten wie eine stark reduzierte Sehschärfe oder Gesichtsfeldverluste erleiden, bevor es zu einer Überweisung komme. Marinoff fordert daher einen Paradigmenwechsel, im Zuge dessen die funktionalen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten Priorität vor der gemessenen Sehschärfe bekommen (Marinoff, 2012).

Overbury und Wittich (2011) stellten hierzu in ihrer Studie über Barrieren beim Zugang zu einer Rehabilitation fest, dass ophthalmologische Fachpersonen, die ihre Patientinnen und Patienten regelmässig zur Rehabilitation überweisen, dies auch schon in früheren Stadien im Krankheitsverlauf tun; umgekehrt seien diejenigen, die ihre Patientinnen und Patienten erst in einem späteren Stadium überweisen, auch diejenigen, die grundsätzlich nur sporadisch Überweisungen vornehmen (Overbury & Wittich, 2011). Hierzu betont Fletcher (1999), dass die Low-Vision-Behandlung wirksamer sei, wenn sie frühzeitig im Verlauf einer fortschreitenden Krankheit begonnen werde.

Alam et al. (2021) fordern daher die Entwicklung klarer Überweiskriterien und definierter Überweispfade. Überweisungen sollten demnach hauptsächlich auf den Auswirkungen nicht mehr korrigierbarer Sehbeeinträchtigungen auf funktionale Aspekte sowie auf das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten basieren; klinische Messungen der Sehschärfe sollten sekundär von Belang sein. Wichtig sei es, die Personen in einem sehr frühen Stadium über Low-Vision-Services aufzuklären und sie in die Entscheidungsfindung bezüglich der Überweisung miteinzubeziehen. Konsens bestand bezüglich der Forderung, dass den Ophthalmologinnen und Ophthalmologen sowie Optometristinnen und Optometristen die Hauptverantwortung im Überweisungsprozess zukommen sollte (Alam et al. 2021).

Um die niedrige Überweisungsrate zu Low Vision Services zu ergründen, gingen Lovie-Kitchin et al. (1996) den Kriterien nach, die australische Optometristinnen und Optometristen dafür zugrunde legten. Es zeigte sich, dass die Überweisungsrate von diesen Kriterien abhängt sowie von der wahrgenommenen Erreichbarkeit und Qualität der Low-Vision-Dienste. Das Kriterium, das am häufigsten genannt wurde, ist neben der Fähigkeit der Patientinnen und Patienten, Aktivitäten des täglichen Lebens auszuführen, der Grad des Sehschärfeverlustes. Demzufolge erfolgt eine Überweisung erst, wenn die Sehschärfe bzw. das Gesichtsfeld an der Schwelle zur gesetzlichen Blindheit angekommen ist. Um die Nutzung von Low Vision Services zu verbessern,

schlagen Lovie-Kitchin et al. (1996) in ihrer Studie daher eine verbesserte Kommunikation zwischen Optometristinnen und Optometristen sowie Ophthalmologinnen und Ophthalmologen und den Low-Vision-Services vor. Auch sollte gegenseitig über die Überweisung und die Rehabilitationsfortschritte informiert werden, nachdem die Überweisung vorgenommen wurde.

4.2.4.5 Stigma und abschreckende Wirkung

Pollard et al. (2003) konstatieren, dass das Image der Low Vision Services in Australien eine Zugangsbarriere darstellt: Die Services werden dort als Organisationen für Blinde und nicht für Personen mit milden oder mässigen Sehbeeinträchtigungen angesehen. Zu dieser Sichtweise trage auch die Werbung mit Personen mit Assistenzhunden und Langstöcken bei (Pollard et al., 2003). Auch die Verwendung von Hilfsmitteln, die von aussen sichtbar sind, wird als stigmatisierend empfunden, wie die Review-Studie von Lam und Leat betont (Lam & Leat, 2013). Dass Beratungsstellen teilweise eine «abschreckende Wirkung» haben, da die betroffenen älteren Personen sich nicht als «sehbehindert» definieren und daher nicht zu einer Beratungsstelle für «Sehbehinderte» gehen, konnte auch mit der COVIAGE-Studie gezeigt werden (Seifert, 2021).

4.2.4.6 Modelle für Barrieren und ermöglichende Faktoren

Lam und Leat (2013) identifizierten in ihrer Review-Studie zahlreiche Barrieren für den Zugang zu Low Vision Services aus der Sicht der Individuen. Diese Barrieren umfassen u. a. ein mangelndes Verständnis von Low Vision, eine mangelhafte Kommunikation durch die Eye Care Professionals, einen Mangel an Bewusstsein für das Problem, Transportprobleme, finanzielle Schwierigkeiten, das Verlangen nach Selbstständigkeit, eine negative gesellschaftliche Sicht auf Sehbeeinträchtigungen oder Sehhilfen und eine niedrigere Gewichtung von Sehproblemen gegenüber anderen Einschränkungen des täglichen Lebens (Lam & Leat, 2013).

O'Connor et al. (2008) differenzieren in einer Untersuchung zu einem neu errichteten Low Vision Rehabilitation Service in Australien zwischen Barrieren und erleichternden Faktoren aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten einerseits, aus der Perspektive der Dienstleister andererseits. Aus der Sicht der Patientinnen und Patienten spielte als erleichternder Faktor die Nähe des medizinischen Behandlungszentrums zu einem Centre for Vision Independence (CVI) eine Rolle sowie der Umstand, eine Überweisung und entsprechende Informationen über das CVI und seine Leistungen erhalten zu haben. Einige Patientinnen und Patienten, die der Überweisung Folge leisteten, beabsichtigten auch, dort Low-Vision-Hilfsmittel zu erwerben. Als Barrieren wirkten sich in erster Linie Probleme bezüglich des Transports aus oder der Umstand, über niemanden als Begleitperson zu verfügen, des Weiteren mangelnde Informationen hinsichtlich der Lage und der Öffnungszeiten des CVI sowie gesundheitliche Probleme. Ein hoher Prozentsatz der Befragten verweigerte den Besuch aufgrund der Wahrnehmung, keine Low-Vision-Dienstleistungen zu benötigen bzw. keinen weiteren Nutzen daraus ziehen zu können. Auf der Seite der Versorger wurde besonders die Kommunikation zwischen den Beteiligten bzw. wurden häufige Feedbacks seitens des CVI als ermöglichender Faktor hervorgehoben, was Überweisungen weiterer Patientinnen und Patienten hin zu den LVS fördern würde. Schliesslich wurden mangelndes Wissen bzw. mangelnde Sensibilisierung aufseiten der Professionellen des Gesundheitswesens wie auch der Patientinnen und Patienten sowie eine unzureichende Kommunikation zwischen ihnen als Barrieren genannt (O'Connor et al., 2008).

Andere Autoren haben versucht, Barrieren und erleichternde Faktoren stärker zu systematisieren und zu Modellen zu verdichten. So haben Southall und Wittich (2012) ein Modell der Barrieren für eine Überweisung zur Low-Vision-Rehabilitation erarbeitet. Dieses Modell weist drei Ebenen auf: das Individuum, das Healthcare Setting und die Gesamtgesellschaft. Entsprechend identifizierten sie Barrieren

- auf der Ebene der Person (allgemeine Wahrnehmung von Rehabilitation: man kommt mit seinen funktionalen Einschränkungen selbst klar; gradueller Verlust der Sehkraft führt zu gradueller Akzeptanz),
- auf der Ebene des Health Care Settings (Zeitmangel bei den Ärztinnen und Ärzten für Beratung; zu wenig «Werbung» für eine Low-Vision-Rehabilitation; Einstellung, dass Patientinnen und Patienten selbst verantwortlich sind für die Informationssuche)
- und auf der Ebene der Gesellschaft (Mangel an Struktur und Koordination innerhalb der Überweisungsprozedur; Mangel an gedrucktem Informationsmaterial; Vorurteile in der Gesellschaft bezüglich Sehbeeinträchtigung und Blindheit; Angst vor Stereotypen; man sieht sich nicht als «blind» an; Bedeutung des zeitlichen Verlaufs der Beeinträchtigung und ihrer Verarbeitung).

Sie fordern daher, die Bedeutung des zeitlichen Verlaufs der Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Ein Interventionsplan müsse in die persönliche und soziale Umwelt der Patientin/des Patienten passen (Southall & Wittich, 2012).

Kaldenberg (2019) entwickelte ebenfalls eine Übersicht über «barriers» und «facilitators» für die Inanspruchnahme von Low Vision Rehabilitation Services auf der Basis von Fokusgruppen sowie einer Umfrage unter 64 älteren Personen mit verschiedenen Augenerkrankungen in den USA. Sie identifizierte dabei fünf Ebenen:

- **Public policy:** Bürokratie und Unterstützung bei der Finanzierung
- **Community:** Mangelndes Wissen, Stigmatisierung und Stereotypen bezüglich Sehbeeinträchtigungen
- **Organizational:** Mangel an Diensten, an Wissen bei der Augenärztin/beim Augenarzt (Unklarheit über die Rolle als Überweiserin bzw. Überweiser), an Versorgungskoordination (mangelnde Kommunikation zwischen den Fachpersonen), an Transportmitteln, an individualisierter Versorgung
- **Interpersonal:** Mangel an Unterstützung und an Wissen bei anderen Personen in der eigenen Umgebung
- **Individual:** Mangel an eigenem Wissen, Mangel an Einsicht in den Sehverlust, Zeit- und Finanzierungsprobleme, Bereitschaft, die Dienste in Anspruch zu nehmen.

Diese Bereiche wurden auch in der nationalen Befragung in der zweiten Projektphase von PROVIAGE berücksichtigt, da sie aufzeigen, dass es nicht nur *einen* Hinderungsgrund für die Nichtinanspruchnahme von Beratungsstellen gibt und die Lösung zur Schliessung der Überweisungslücken mehrdimensional ist.

4.3 Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften

Im Zuge der Recherche zeigte sich noch ein weiterer möglicher Interventionsansatz, der weder in den Workshops noch in den Einzelinterviews zur Sprache kam. Eine Quelle, um sich einen

Überblick über die für Fach- und Allgemeinärztinnen und -ärzte für bestimmte Krankheitsbilder geltenden normativen Regelungen zu verschaffen, stellen die (gegebenenfalls evidenzbasierten) Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften dar. Das sind systematisch entwickelte Hilfen zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die Leitlinien sind rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung (siehe z. B. <https://www.guidelines.fmh.ch/>).

Leitlinien geben zwar nicht die Versorgungsrealität wieder, legen aber Verhaltensstandards und -erwartungen fest, deren Vorliegen oder Nichtvorliegen – etwa in dem hier interessierenden Bereich der Überweisung von Patientinnen und Patienten an psychosoziale Beratungsstellen – auf jeden Fall Rückschlüsse über die Bedeutung ermöglicht, die diesen in einem bestimmten Fach- und Länderkontext beigemessen wird. In den wenigsten Behandlungsleitlinien wird auf die psychosoziale Beratung Bezug genommen. Die Publikation «Terminologie und Leitlinien für das Glaukom» der Europäischen Glaukomgesellschaft (EGS) von 2015 beispielsweise enthält keinerlei Hinweise auf den Nutzen psychosozialer Beratung. Auch Wistuba (2018) weist für den Bereich der AMD darauf hin, dass es zur Verringerung von Schnittstellenproblemen erforderlich ist, «ganzheitliche, d. h. die gesamte Versorgung betreffende, Patientenpfade zu definieren. Ein optimaler Patientenpfad sähe beispielsweise folgendermassen aus: Bei ersten Anzeichen der Erkrankung wird ein potenzieller AMD-Patient von seinem Hausarzt an einen niedergelassenen Augenarzt überwiesen. Dieser wiederum überweist den Patienten – in Abhängigkeit der Erkrankungsform – an eine spezialisierte Augenklinik. Dort wird der Patient, sofern er an der feuchten Form der AMD erkrankt ist, therapiert und darüber informiert, zu welchem Zeitpunkt eine Anpassung von Sehhilfen sinnvoll ist. Sofern in der Augenklinik keine Anpassung vergrößernder Sehhilfen erfolgt, verweisen Klinikärzte auf entsprechend spezialisierte Augenoptiker. Unabhängig davon weisen Klinikärzte oder niedergelassene Ärzte ihre Patienten auf soziale Organisationen hin, die sie in den Bereichen Mobilität, psychologische Beratung, sozialrechtliche Beratung etc. unterstützen und so zu einer Verbesserung ihrer Lebensqualität beitragen können.» (Wistuba, 2018: 83)

De Boer et al. (2005) haben für den europäischen Raum eine evidenzbasierte Behandlungsleitlinie für die Überweisung sehbeeinträchtigter Personen an Low-Vision-Dienste entwickelt. Sie stellten zunächst eine für die Niederlande geltende Leitlinie auf, die der Aussage der Autoren zufolge aber auch für andere europäische Länder gelten könnte (De Boer et al., 2005). Die zentralen Aussagen dieser Leitlinie sind:

- die komplette Diagnose sollte der Patientin/dem Patienten übermittelt werden; zusätzlich dazu schriftliche Informationen bezüglich der Diagnose;
- ein zweiter Termin sollte angesetzt werden, bei dem die Diagnose, die Behandlungsoptionen und die Existenz von Beratungsangeboten möglichst in Anwesenheit einer weiteren Person (z. B. Partnerin/Partner) diskutiert werden sollten;
- Aushändigung einer schriftlichen Überweisung mit einer Kopie an die Hausärztin/den Hausarzt und andere beteiligte medizinische Fachpersonen;
- zusätzliche Angebote nutzen: Optometristinnen und Optometristen beraten bezüglich Sehhilfen; Rehabilitationszentren trainieren den Gebrauch der verbleibenden

Sehkraft; Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie Low-Vision-Fachpersonen trainieren Aktivitäten des täglichen Lebens; soziale Arbeit bietet Beratung an; v. a. bei älteren Personen Berücksichtigung von möglichen Depressionen.

In eine ähnliche Richtung weist das «Vision Rehabilitation Preferred Practice Pattern» der American Academy of Ophthalmology auf (Fontenot et al., 2018). Die American Academy of Ophthalmology hat eine Reihe dieser Leitlinien (Preferred Practice Pattern® guidelines) entwickelt, in denen die Kriterien und Komponenten einer qualitativ hochwertigen Behandlung aufgezeigt werden. Zu den weiteren Fachleuten neben den Augenärztinnen und Augenärzten, die in den Rehabilitationsprozess einbezogen werden können, gehören den Guidelines zufolge zertifizierte Therapeutinnen und Therapeuten für Sehschwäche, zertifizierte Spezialistinnen und Spezialisten für Orientierung und Mobilität, zertifizierte Therapeutinnen und Therapeuten für die Rehabilitation des Sehvermögens, zertifiziertes technisches Personal für Hilfsmittel, Lehrerinnen und Lehrer für Sehbehinderte sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Es wird damit ein multidisziplinärer Teamansatz empfohlen, um die durch den Sehverlust verursachten Behinderungen und psychologischen Probleme multidisziplinär anzugehen.

So betrachten die gerade angesprochenen Guidelines auch die Rolle der Integration von psychosozialen Rehabilitationen in die medizinische Therapie: Die Augenärztin/Der Augenarzt spielt eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, dass die von ihr/ihm betreuten Patientinnen und Patienten trotz des Sehkraftverlustes ihre Lebensqualität erhalten. Ziel ist es, die Betreuung durch die Spezialistin/den Spezialisten für Sehrehabilitation in das Kontinuum der augenärztlichen Versorgung einzubinden, so wie auch die Schlaganfall- oder orthopädische Rehabilitation in den Versorgungsprozess integriert ist. Dieses Ziel kann unterstützt werden, indem gewährleistet wird, dass die Augenärztinnen und Augenärzte die Vorteile einer umfassenden Sehrehabilitation zu schätzen wissen. Kaleem et al. (2019) berichten, dass einer Erhebung unter Mitgliedern der American Glaucoma Society (AGS) zufolge die Antwortenden, die mit den Leitlinien der American Academy of Ophthalmology (AAO) vertraut waren, tendenziell auch entsprechend häufiger Überweisungen vornahmen.

4.3.1 Fazit des Deskresearch

Die Literaturarbeit hat gezeigt, dass die Notwendigkeit und Effektivität psychosozialer Beratung im weitesten Sinne in der Schweiz und auch in anderen Ländern anerkannt sind. Erstaunlicherweise wird im deutsch- und französischsprachigen Raum aber kaum thematisiert, dass es diesbezüglich eine Überweisungslücke vom medizinischen Feld zu den Beratungsstellen gibt. Ganz anders verhält es sich im englischsprachigen Raum, v. a. in den Vereinigten Staaten, Kanada oder Australien, wo es mindestens seit den 1990er-Jahren schon entsprechende Forschungsprojekte und Publikationen gibt, die Vorschläge enthalten, wie diese Überweisungslücke überbrücken lässt. Zusammenfassend können folgende Hauptthemen herausgefiltert werden:

- das Wissen von Hausärztinnen und Hausärzten sowie Augenärztinnen und Augenärzten über psychosoziale Belange der Patientinnen und Patienten sowie das Vorhandensein und die Leistungen der psychosozialen Beratungsangebote

- die Frage der Zuständigkeit für Überweisungen (Wer ist die Hauptkoordinationsperson?) sowie mangelnde Koordination und Kommunikation zwischen den Fachpersonen (medizinischer wie nicht-medizinischer Bereich)
- die Kriterien für Überweisungen (Grad und Art der Sehbeeinträchtigung, Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens) und den Zeitpunkt der Überweisung
- das Image von psychosozialer Beratung bzw. deren stigmatisierende oder allfällige abschreckende Wirkung.

5 Ergebnisse der Expertinnen-/Experten-Workshops

5.1 Durchgeführte Workshops

Parallel zum Gesamtprojekt wurden Workshops und Einzelinterviews mit Vertreterinnen und Vertretern aus den Bereichen Augenheilkunde, Hausarztmedizin, Beratungsstellen des Blinden- und Sehbehindertenwesens, der sozialen Arbeit sowie der Seniorenberatung durchgeführt. Damit sollte v. a. die jeweilige Perspektive auf die Thematik am Versorgungsgeschehen beteiligter Fachpersonen eingefangen werden. Insgesamt bestanden die Workshops aus 17 Expertinnen und Experten aus der Schweiz (5 aus der französischsprachigen Schweiz und 12 aus der Deutschschweiz) aus folgenden Fachbereichen:

1. Beratungsstellen aus dem Sehbehindertenwesen (6 Personen, meist Stellenleitende oder Mitarbeitende der Beratungsstellen)
2. Seniorenberatungsstellen (3 Personen, meist Mitarbeitende oder Stellenleitende aus der Sozialberatung)
3. Ophthalmologie (3 Personen aus Augenkliniken (leitende Fachärztinnen / Fachärzte) sowie weitere 2 Personen aus privaten Praxen)
4. Allgemeinmedizin (2 leitende Fachpersonen aus der Hausarztmedizin in den Workshops; zusätzlich wurde ein 1-tägiger Workshop in einer Zürcher Hausarztgruppe durchgeführt)
5. Optometrie (1 Person, Leiterin eines optometristischen Fachgeschäfts mit Low-Vision Beratungserfahrung)

Es haben insgesamt vier Workshops von 2021 bis 2023 stattgefunden. Diese Workshops wurden jeweils zu den Meilensteinen des Projekts angesetzt; so hat der erste Workshop nach dem Desk Research stattgefunden, der zweite vor der Datenerhebung zur Besprechung des Fragebogens, der dritte nach der Datenerhebung zur Besprechung der Ergebnisse und der letzte Workshop wurde genutzt, um die Empfehlungen zu diskutieren. Zusätzlich wurde die Thematik bei einer internen Weiterbildung von Hausärztinnen und Hausärzten in einer Gemeinschaftspraxis mit zehn praktizierenden Ärztinnen und Ärzten vorgestellt und diskutiert. Des Weiteren fanden vier online geführte Einzelgespräche mit Personen aus dem Bereich der Augenheilkunde und des Sehbehindertenberatungswesens, die nicht am ersten Workshop teilnehmen konnten, statt. Zusätzlich gab es ein Telefonat mit einer in Bern ansässigen Optometristin, die für den zweiten Workshop eingeladen wurde.

5.2 Erkenntnisse aus den Workshops

Die Ergebnisse werden im Folgenden in Form einer aufzählenden Synthese – getrennt nach Fachgebiet – wiedergegeben.

Augenheilkunde:

- Generell wird aus Sicht der Augenheilkunde darauf hingewiesen, dass für eine Sozialanamnese im Praxisalltag kaum Zeitressourcen zur Verfügung stehen. Psychosoziale Probleme werden eher wenig besprochen und sind kaum Bestandteil der medizinischen Abklärungsprozedur.
- Angesichts des Zeitproblems während der Behandlung (zeitliche Taktung) in der Augenarztpraxis könnte die Erstinformation der Patientinnen und Patienten und die

Verweisung an die Beratungsstellen an die Praxisassistentinnen und -assistenten delegiert werden. Diese bekommen in ihrer Ausbildung zum Teil bereits entsprechende Lehrinhalte vermittelt und haben vor und nach der eigentlichen medizinischen Behandlung direkten Kontakt zu den Patientinnen und Patienten.

- Es ist unerlässlich, dass Augenärztinnen und Augenärzte wissen, an wen sie ihre Patientinnen und Patienten gegebenenfalls verweisen können und was andere Stellen an Beratung jeweils anbieten. Dies kann dadurch gefördert werden, dass Beratungsstellen aktiv auf die Praxen zugehen und ihre Leistungen präsentieren, was z. B. alle zwei Jahre geschehen sollte; ebenso könnten die Leistungen der Beratungsstellen auch Teil des Curriculums während der Facharztausbildung werden.
- Als effektiv hat sich für das Überweisungsgeschehen erwiesen, wenn Augenärztinnen und Augenärzte die Beratungsstellen kontaktieren und über eine Patientin/einen Patienten mit Beratungsbedarf informieren, die Beratungsstellen ihrerseits dann die Patientinnen und Patienten per Telefon kontaktieren und ein Feedback nach erfolgter Beratung an die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt geben.
- Die Form bzw. das Medium der Überweisung spielt eine gewichtige Rolle: Informelle Empfehlungen sind nicht nachverfolgbar, eine schriftliche Verschreibung dagegen schon eher. Grundsätzlich wird eine einfach zu handhabende Lösung gewünscht; z. B. ein kleines Formular, das zum Austausch mit der Beratungsstelle genutzt wird; jedoch sollte das Ausfüllen dieses Formulars mit einem geringen Zeitaufwand verbunden sein und es sollte zudem ein Feedback gegeben werden.
- Die alleinige Ausgabe eines Flyers der Beratungsstellen wird als problematisch angesehen, da Betroffene nach einer Diagnose oft überfordert sind und es nicht immer der «richtige Zeitpunkt» ist, sich an eine Beratungsstelle zu wenden.
- Der richtige Zeitpunkt für die Überweisung stellt eine Schlüsselfrage dar. Eine zu frühe Überweisung überfordert die Patientinnen/Patienten bzw. führt zu der Behauptung, dass die Sehprobleme doch noch keine psychosozialen Probleme mit sich bringen würden («Ich sehe doch nur schlecht!»). Überweisungen sollten daher weder zu früh noch zu spät erfolgen.

Hausarztmedizin:

- Sehbeeinträchtigungen stellen keinen Gegenstand einer routinemässigen Abklärung dar. Ohne dass die Patientin/der Patient Leidensdruck äussert, fallen entsprechende Probleme nicht auf. Die Augen sind zwar unter dem Radar der Hausärztin/des Hausarztes, jedoch machen sie auch «nur» einen Teil des gesamten Körpers bzw. der gesamten Person aus («Burden of disease» (Murray & Lopez, 1996) ist gross).
- Hausärztinnen und Hausärzte sehen sich jedoch als wichtige Multiplikatorinnen/Multiplikatoren in der Gesundheitsversorgung älterer Personen (und dies bereits oft auch schon länger im Lebensverlauf) – gerade auch in ländlichen Regionen. Damit sind sie eine wichtige Anlaufstelle für Informationen zu nicht-medizinischen (psychosozialen) Beratungsangeboten.
- Ein Anmeldeformular für eine Beratung würde jedoch eine gewisse Verbindlichkeit schaffen, die Anmeldung bei einer Beratungsstelle bekäme so einen anderen Stellenwert.

- Die Kommunikation zwischen Augenärztinnen/Augenärzten und Hausärztinnen/Hausärzten ist wenig ausgeprägt. Die Hausärztinnen/Hausärzte bekommen meist keinen Bericht, wenn die Patientin/der Patient in augenärztlicher Behandlung war. Jedoch wären die Hausärztinnen und Hausärzte froh, wenn es einen solchen gäbe.
- Die oben genannte Kommunikation ist insbesondere dann ein Problem, wenn die ophthalmologischen Fachpersonen Medikamente etwa wegen eines hohen Augendrucks verschreiben, aber diese Medikamente von den Patientinnen und Patienten nicht als solche wahrgenommen und auch nicht als solche deklariert werden («Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein?»).

Optometrie:

- Die Fachpersonen aus der Optometrie (Optometristinnen/Optometristen und Optikerinnen/Optiker) sehen sich als wichtige Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der Versorgung von älteren Personen mit einer Sehbeeinträchtigung; dies gerade auch aus dem Grund, dass sie meist den Erstkontakt bzw. einen regelmässigen Kontakt zu den älteren Personen pflegen.
- Auch haben optometrische Fachpersonen mehr Zeit für ein ausführliches Gespräch mit Erläuterungen über die Beratungsstellen als ihre Kolleginnen/Kollegen aus der Ophthalmologie. Diese Ressource könnte für eine Empfehlung zu einer Low-Vision-Beratung bzw. einer regionalen Beratungsstelle genutzt werden.
- In der optometrischen Ausbildung finden Lehrinhalte zur psychosozialen Beratung bereits statt, jedoch könnte dies sicherlich ausgebaut werden, und nicht alle Fachgeschäfte beschäftigen z. B. auf Low-Vision spezialisierte Fachpersonen.
- Auch wenn die optometrischen Fachpersonen einen Flyer für eine Beratungsstelle aushändigen können und dies auch zum Teil bereits machen, wäre es gut, wenn auch die Augenärztin/der Augenarzt zum Aufsuchen einer Beratungsstelle rät.

Beratungsstellen:

- Beratungsstellen berichten, dass «Überweisungen» überwiegend informell geschehen. Einerseits wird der Erstkontakt von den betroffenen Personen selbst oder von ihren Familienangehörigen initiiert; wobei als Medium häufig ein von der Augenarztpraxis ausgehändigtes Prospekt, ein Flyer oder eine persönliche Empfehlung fungiert.
- Erfahrungen von Beratungsstellen machen deutlich, dass regelmässige Besuche von Beratungsstellen bei den Augenarztpraxen das Beratungsangebot dort bekannt machen. Daher ist auch der persönliche Kontakt wichtig – im Sinne eines sich stetigen «In-Erinnerung-Bringens».
- Als effektiv erwiesen sich Beratungsstunden der Beratungsstellen direkt vor Ort in den Augenarztpraxen. Entsprechende Modelle wurden aber bereits aus verschiedenen Gründen (Raumbedarf, Wechsel der Praxisleitung, Corona-Pandemie, fehlende Kapazitäten) wieder beendet.
- Beratungsstellen legen ein Register der überweisenden Praxen an, von denen Patientinnen und Patienten geschickt werden oder nicht. Eine Fokussierung auf Nicht-

Überweiser bei Informationsaktivitäten könnte bei Augenarztpraxen ein Bewusstsein für die Notwendigkeit einer Überweisung schaffen.

- Beratungsstellen empfehlen ebenfalls, in der Ophthalmologie tätige Praxisassistentinnen und -assistenten als Schlüsselpersonen für die Erstinformation und Weiterverweisung an die Beratungsstellen einzusetzen. So gibt es in Zürich seit 2021 eine Zusatzausbildung für ophthalmologisch-medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten, bei der ein halber Tag für Informationen zu Beratungsstellen vorgesehen ist.
- Bezüglich des Zeitpunkts einer Überweisung an Beratungsstellen wird bemängelt, dass diese von medizinischer Seite oft erst im Stadium des starken Sehverlustes erfolgt. Der richtige Zeitpunkt sollte daher bedacht werden. Andererseits könnten Patientinnen und Patienten bei einer zu frühen Überweisung überfordert sein. Es kommt daher auf den «richtigen Zeitpunkt» im Verlauf einer Sehbehinderung an. Wann ist die Person selbst bereit bzw. wann ist der «Leidensdruck» (z. B. nicht mehr einfach kompensierbare Alltagseinschränkungen) eher hoch und wann ist die Person damit auch bereit, Hilfe anzunehmen?
- Die Namen und Bezeichnungen der Sehbehindertenberatungsstellen könnten einen stigmatisierenden oder abschreckenden Effekt auf mögliche Nutzerinnen und Nutzer haben. Vor allem das Wording «blind» und «sehbehindert» ist schwer anzunehmen für ältere Personen, die von sich selbst sagen, dass sie nur schlecht sehen.

5.3 Fazit zu den Workshops

Für das Gesamtprojekt lässt sich aus den Beiträgen in den Workshops und Interviews eine Reihe von Hauptthemen herausfiltern. Dies betrifft:

- das Wissen von medizinischen Fachpersonen über die psychosozialen Beratungsstellen und ihre Dienstleistungen,
- die Vermittlung dieses Wissens (etwa über Praxisbesuche der Beratungsstellen oder als Elemente des Curriculums in der Facharztausbildung),
- die Kommunikation zwischen den medizinischen Fachpersonen untereinander sowie zwischen diesen und den Beratungsstellen im Behandlungs- bzw. Beratungsverlauf,
- den richtigen Zeitpunkt für die Überweisung an die Beratungsstellen,
- die Form bzw. das Medium der Überweisung (mündlicher Hinweis, Überweisungsformular, Flyer oder E-Mail durch Praxen an Beratungsstellen und direkte Ansprache der Klientinnen und Klienten per Telefon),
- die mögliche Delegation innerhalb der ärztlichen Praxen der Erstberatung und Informationsvergabe bezüglich der Beratungsstellen an die Praxisassistentinnen/-assistenten,
- die möglicherweise stigmatisierenden oder abschreckenden Bezeichnungen der Beratungsstellen.

Grundsätzlich machten die Diskussionen mit den Fachpersonen, die an den Workshops und Interviews teilgenommen haben, deutlich, dass sich eigentlich jeder verantwortlich fühlen sollte, sich einerseits über die psychosozialen Belange der Patientinnen und Patienten zu informieren und andererseits einen regelmässigen Austausch sowohl mit anderen medizinischen

Fachpersonen als auch mit den Beratungsstellen zu pflegen, um den Patientinnen und Patienten eine lückenlose Versorgung anzubieten. Demnach sollte es nicht um die Frage gehen, welche Fachperson nun allein zuständig für eine Überweisung ist, sondern dass sich – solange diese Überweisung sowieso informell erfolgt – alle Fachpersonen aus der Allgemeinmedizin, Ophthalmologie, Optometrie usw. zuständig fühlen, die Patientin/den Patienten an Beratungsangebote (von Low-Vision- und Hilfsmittel-Beratungen bis hin zu psychosozialen Beratungen) heranzuführen.

Ein wichtiger Punkt in den Workshops war auch, dass die älteren betroffenen Personen am Schluss noch immer selbst bestimmen, ob und wann sie eine Beratungsstelle besuchen wollen. Auch wenn Ärztinnen/Ärzte und weitere Fachpersonen die richtigen Informationen weitergeben, viel Aufwand usw. betreiben, kann es sein, dass die Betroffenen einfach (noch) nicht so weit sind. Daher sollte in die Sensibilisierung von Fachpersonen und relevanten Organisationen sowie in die Kommunikation zwischen Fachpersonen und Beratungsstellen weiter investiert werden.

6 Ergebnisse der nationalen Befragungsstudie

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der Projektphase 2 präsentiert.

6.1 Ausgangslage der Befragung

Die hier besprochenen Ergebnisse stammen aus der nationalen Befragungsstudie innerhalb der 2. Projektphase von PROVIAGE. In dieser Phase sollte durch eine nationale Befragung bei a) Augenärztinnen/Augenärzten, b) Hausärztinnen/Hausärzten, c) Optikerinnen/Optikern, d) Beratungsstellen des Sehbehindertenwesens, e) Beratungsstellen der Seniorenorganisationen und f) betroffenen älteren Personen die Versorgungs- und Überweisungsrealität in der Schweiz empirisch erhoben werden. Aus Kostengründen wurde eine Onlinebefragung (CAWI: Computer Assisted Web Interview) der professionellen Stakeholderinnen/Stakeholder und eine telefonische Befragung (CATI: Computer Assisted Telephone Interview) der älteren Personen anvisiert.

Die beiden Fragebögen¹ (ältere Personen und Fachpersonen) wurden anhand der Ergebnisse des Desk Researchs, der Vorerfahrungen aus dem COVIAGE Projektes und der ersten beiden Workshops in Deutsch erstellt und durch das Schweizer Befragungsinstitut DemoSCOPE ins französische und italienische übersetzt und programmiert. Die Fragebögen wurden den Expertinnen und Experten sowie dem gesamten Projektteam zur Diskussion vorgelegt und allfällige Anpassungen wurden vorgenommen. Die Online-Befragung der Fachgruppen hatte eine durchschnittliche Befragungsdauer von 12 Minuten. Bei den an einer Sehbehinderung betroffenen älteren Personen lag die Befragungszeit im Schnitt bei 24 Minuten. Die Adressen für die älteren Personen wurden durch DemoSCOPE nach einem Zufallsverfahren (Random-Sample) aus dem Datenpool AZdirect gezogen, welcher die Schweizer Adresslandschaft gut abbildet (ähnlich dem Telefonbuch) und auch in anderen zahlreichen repräsentativen nationalen Studien genutzt wurde. Die Adressen der Fachpersonen wurden durch (online) zugängliche Listen der jeweiligen Fachgruppen bzw. Fachgesellschaften (welche das Gesamtangebot in der Schweiz darstellen) zufällig ausgewählt.

6.2 Die befragten Personen

Die Befragung von Personen ab 70 Jahren (Telefoninterviews) und der oben genannten Fachpersonen (Onlinebefragung), durchgeführt vom Befragungsinstitut DemoSCOPE, fand vom 06.10.2022 bis zum 29.11.2022 in der gesamten Schweiz (auf Deutsch, Französisch und Italienisch) statt. Die Befragung wurde auf Personen ab 70 Jahren eingegrenzt, da wir Personen inkludieren wollten, die bereits etwas Pensionierungserfahrung mitbringen und da statistisch die Prävalenz der Sehbeeinträchtigungen ab 70 Jahren noch einmal deutlich zunimmt (Spring, 2019).

6.2.1 Erste Stichprobe – Befragung von Personen ab 70 Jahren

Grundgesamtheit der Stichprobe war die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz ab 70 Jahren. Es wurden insgesamt **1611 Personen** im Alter von mindestens 70 Jahren vollständig befragt. Hinsichtlich der Sprachregionen verteilt sich die Stichprobe wie folgt: Deutschschweiz: 1024 (64.4 %); Romandie: 394 (24.8 %); Tessin: 173 (10.9 %). Die Stichprobe beinhaltet 64.9 %

¹ Die Fragebögen können bei dem Autoren angefragt werden (alexander.seifert@fhnw.ch)

Frauen und 35.1 % Männer. Die Altersverteilung weist im Vergleich zur Bevölkerungsstatistik eine leichte Übervertretung der Altersgruppe 70 bis 85 und somit eine entsprechende leichte Untervertretung der Gruppe ab 85 Jahren auf. Mit 254 Personen ab 85 Jahren konnten aber auch die Hochbetagten gut erreicht werden. In der vorliegenden Stichprobe sind die jüngsten Personen (aufgrund der methodischen Festlegung) 70 Jahre alt, die älteste befragte Person ist 94 Jahre alt (Durchschnitt: 78 Jahre). Es konnten insgesamt 154 Personen erreicht werden, die eine erst im Alter aufgetretene stärkere Sehbeeinträchtigung angaben. Jene Personen konnten durch unsere sechs Selektionsfragen herausgefiltert werden.

Innerhalb der Stichprobe konnten somit folgende Gruppen befragt werden:

1. Nicht betroffene ältere Personen (n = 1402)
2. Aus ihrer eigenen subjektiven Sicht sehbehinderte ältere Personen (n = 209), davon
 - a. Frühsehbehinderte, Personen, die vor dem 60. Lebensjahr die stärkeren Sehbeeinträchtigungen erfahren haben (n = 55) und
 - b. **Spätsehbehinderte**, Personen, die nach dem 60. Lebensjahr die stärkeren Seheinschränkungen erfahren haben (**n = 154**).

Ausgewählte Merkmale der realisierten Stichprobe – getrennt nach Zielgruppe – können der Tabelle 1 entnommen werden.

Tab. 1: Merkmale der Stichprobe		Nicht Betroffene (n = 1402)		Spätsehbehinderte (n = 154)	
		Anzahl	Prozente	Anzahl	Prozente
Geschlecht	Frau	913	64.1	101	65.6
	Mann	489	34.9	53	34.4
Altersgruppen	70–79 Jahre	858	61.2	64	41.6
	80–89 Jahre	531	37.9	87	56.5
	90+	13	0.9	3	1.9
Sprachregion	Deutsch	888	64.2	105	68.6
	Französisch	350	25.3	30	19.6
	Italienisch	146	10.5	18	11.8
Wohnform	Privathaushalt	1393	99.4	154	100.0
	Stationäre Alterspflege	6	0.4	0	0
	Weiss nicht/Keine Angabe	3	0.2		

6.2.2 Zweite Stichprobe – professionelle Stakeholderinnen/Stakeholder

Die Befragung der älteren Personen wurde ergänzt durch eine Onlinebefragung von Fachpersonen in diesem Feld. Es konnten insgesamt **309 Personen** vollständig befragt werden. Hinsichtlich der Sprachregionen verteilt sich die Stichprobe wie folgt: Deutschschweiz: 215 (69.6 %); Romandie: 73 (23.6 %); Tessin: 21 (6.8 %).

Es konnten fünf Hauptzielgruppen befragt werden:

1. Augenärztinnen und Augenärzte (n = 123) (davon 47 % mit eigener Praxis)
2. Hausärztinnen und Hausärzte (n = 16)
3. Optikerinnen und Optiker (n = 126)
4. Mitarbeitende von Seniorenberatungsstellen, wie z. B. Pro Senectute (n = 23)
5. Stellenleitende von Beratungsstellen aus dem Sehbehindertenwesen (n = 21)

Dies entspricht folgenden Rücklaufquoten:

1. Augenärztinnen und Augenärzte (9.2%)
2. Hausärztinnen und Hausärzte (1.5%)
3. Optikerinnen und Optiker (18.8%)
4. Mitarbeitende von Seniorenberatungsstellen (20.2%)
5. Stellenleitende von Beratungsstellen aus dem Sehbehindertenwesen (95.5%)

In der realisierten Stichprobe konnten – wie konzeptionell geplant – ausreichend viele Fachpersonen erreicht werden, jedoch konnten nur 16 Hausärztinnen und Hausärzte von geplant 50 Personen in diese Zielgruppe einbezogen werden. Daher müssen die Daten zu dieser Fachgruppe mit Rücksicht auf die geringere Fallzahl interpretiert werden. Die Rekrutierung dieser Fachgruppe gestaltete sich als sehr schwierig, da ihre Teilnahmebereitschaft leider deutlich geringer als die der anderen Fachgruppen war.

6.3 Ergebnisse zu den befragten älteren Personen

6.3.1 Lebenssituation im Vergleich zwischen nicht betroffenen und sehbeeinträchtigten Personen

Ein erster Vergleich der Daten (Mittelwerte) macht deutlich, dass die von einer stärkeren Sehbeeinträchtigung betroffenen Personen (hier «Spätsehbehinderte» genannt) etwas geringere Zufriedenheitswerte (Skala 1 «überhaupt nicht zufrieden» bis 10 «völlig zufrieden») bei der allgemeinen Lebensqualität («alles in allem mit ihrem Leben») angeben, als dies nicht sehbehinderte Personen tun: Mittelwert 8.24 (Standardabweichung: 1.53) zu 8.47 (Standardabweichung: 1.58). Jedoch ist dieser Unterschied statistisch nicht signifikant und auch die älteren Personen mit bzw. trotz ihren Seheinschränkungen bewerten ihre Lebensqualität als eher hoch. Dies kann zum Teil auch mit dem im Alter häufiger vorzufindenden Zufriedenheitsparadoxon (Staudinger, 1997) erklärt werden, welcher davon ausgeht, dass ältere Personen trotz höheren Einschränkungen (z.B. körperlicher Art) dennoch eine hohe Lebensqualität vorweisen, da sie im aktuellen Kontext ihre Lebensqualität bewerten und sich z.B. sagen, dass sie sich im Vergleich zu anderen noch fit und gut fühlen.

Statistisch signifikant bewerten spätsehbehinderte Personen ihre allgemeine Gesundheit sowie ihre Fähigkeit, den Alltag selbstständig zu bewältigen und ihre Ausserhausmobilität schlechter als nicht betroffene Personen (Tab. 2). Demnach fühlen sie sich subjektiv eingeschränkter in ihrem Alltag als Personen, die keine starken Sehbeeinträchtigungen aufweisen. Bei der Bewertung der Unterstützung durch das soziale Umfeld ergeben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Tab. 2: Bewertung der eigenen Lebenssituation im Vergleich nach Zielgruppe

Wie zufrieden sind Sie ...		Nicht betroffene Personen	Frühseh-behinderte	Spätseh-behinderte	Signifikanztest Nicht betroffene Personen vs. Spätseh-behinderte	Signifikanztest Frühsehbehinderte vs. Spätseh-behinderte
Mittelwerte	... alles in allem mit Ihrem Leben?	8.47	8.07	8.24	t = 1.72, p = .042	t = 0.68, p = .247
	... mit Ihrer Gesundheit?	7.84	7.05	7.21	t = 4.23, p < .001*	t = 0.55, p = .290
	... mit der Unterstützung durch Ihr soziales Umfeld?	8.68	8.60	8.55	t = 0.83, p = .201	t = 0.18, p = .429
	... mit Ihrer Fähigkeit, den Alltag selbstständig zu bewältigen?	9.04	8.47	8.47	t = 4.61, p < .001*	t = 0.01, p = .496
	... mit Ihrer Mobilität ausserhalb Ihres eigenen Wohnhauses?	8.65	7.75	7.60	t = 6.68, p < .001*	t = 0.42, p = .338

Skala: 0 «überhaupt nicht zufrieden» bis 10 «völlig zufrieden». Signifikanztest: T-Test (* = signifikant p < 0.001)

Diese Ergebnisse decken sich mit denen früherer Studien (Seifert, 2021); dennoch wird anhand der Daten auch deutlich, dass jene Personen, die bereits vor dem 60. Lebensjahr mit einer Sehbehinderung ihr Leben bewältigen mussten, nun im Alter von mindestens 70 Jahren noch etwas unzufriedener mit ihrem Leben sind (Mittelwert 8.07) als die Angehörigen der anderen beiden Zielgruppen. Dennoch sind die Unterschiede zu allen Bewertungen der aktuellen Lebenssituation zwischen den Frühsehbehinderten und Spätsehbehinderten statistisch nicht signifikant (Tab. 2).

6.3.2 Generelle Bereitschaft, sich Rat und Unterstützung zu holen

Um herauszuarbeiten, ob jene Personen, die erst im Alter eine stärkere Sehbeeinträchtigung erfahren haben, generell bei weniger Personen um Hilfe ersuchen als frühsehbehinderte Personen, wurden den Befragten fünf entsprechende Aussagen – entliehen von den Berliner Social Support Skalen (Schwarzer & Schulz, 2003) – vorgelegt (Tab. 3). Auch wenn sich die Mittelwerte zwischen den beiden Gruppen (Spät- und Frühsehbehinderte) zahlenmässig unterscheiden und auf den ersten Blick dafür sprechen, dass Spätsehbehinderte etwas offener sind, Hilfe anzufragen, sind diese Unterschiede jeweils nicht statistisch signifikant und daher nicht gruppenspezifisch (Tab. 3). Damit zeigen die Daten, dass beide Gruppen grundsätzlich bereit sind, Hilfe nachzufragen und sich einen Rat einzuholen, so z. B. bei einer Beratungsstelle des Sehbehindertenwesens.

Tab. 3: Bereitschaft, Hilfe anzunehmen im Vergleich nach Zielgruppe

		Frühsehbehinderte	Spätsehbehinderte	Signifikanztest
Mittelwerte	Wenn es kritisch wird, hole ich mir gerne Rat von anderen.	2.87	3.16	t = 1.75, p = .040
	Wenn ich niedergeschlagen bin, treffe ich mich mit anderen, damit sie mich aufmuntern.	2.22	2.32	t = 0.52, p = .303
	Wenn ich Sorgen habe, suche ich das Gespräch.	2.89	3.07	t = 1.07, p = .143
	Wenn ich nicht weiterweiss, frage ich andere, was sie an meiner Stelle tun würden.	2.63	2.70	t = 0.35, p = .361
	Wenn ich Hilfe brauche, bitte ich andere darum.	2.93	3.13	t = 1.31, p = .096

Skala: 1 «stimmt nicht» bis 4 «stimmt genau». Signifikanztest: T-Test (* = signifikant p < 0.001)

6.3.3 Die Kompetenz, mit schwierigen Situationen im Alltag umzugehen

Mithilfe der Selbstwirksamkeitsskala («Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU)») (Beierlein, Kovaleva, Kemper, & Rammstedt, 2014) konnte erfasst werden, wie die befragten älteren Personen mit einer Sehbeeinträchtigung, die mit Schwierigkeiten und Hindernissen im täglichen Leben verbunden ist, umgehen. Auch hier zeigt der Vergleich zwischen Früh- und Spätsehbeeinträchtigten zwar kleine Unterschiede nach dem Komma beim Mittelwert, jedoch sind diese nicht statistisch signifikant. Demnach schätzen beide Gruppen ihre Selbstwirksamkeit als eher hoch ein und zeigen damit, dass sie verschiedene Ressourcen im Alltag nutzen, um mit den Schwierigkeiten des täglichen Lebens zurechtzukommen (Tab. 4). Dennoch – so zeigen es die Ausführungen in den nachfolgenden Kapiteln – nutzen nur wenige von ihnen hierfür Beratungsstellen als eine erste Instanz, um Hilfe anzufragen.

Tab. 4: Selbstwirksamkeit im Vergleich nach Zielgruppe

		Frühsehbehinderte	Spätsehbehinderte	Signifikanztest
Mittelwerte	In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen.	4.02	4.14	t = 0.79, p = .214
	Die meisten Probleme kann ich aus eigener Kraft gut meistern.	4.00	4.20	t = 1.33, p = .091
	Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut lösen.	3.64	3.67	t = 0.21, p = .415

Skala: 1 «trifft gar nicht zu» bis 5 «trifft voll und ganz zu». Signifikanztest: T-Test (* = signifikant p < 0.001)

6.3.4 Krankheitsbilder und die Häufigkeit von Arztbesuchen

Von der Studienzielgruppe, also jenen Personen ab 70 Jahren, die erst im Alter eine stärkere Sehbeeinträchtigung erfahren haben, gaben 103 (66.9 %) an, dass sie eine spezifische Augenerkrankung haben; dies ist vorwiegend eine AMD und nachrangig ein Katarakt oder Glaukom (Tab. 5).

Tab. 5: Krankheitsbilder der befragten älteren Personen

		Spätsehbehinderte
Prozente	Altersabhängige Makuladegeneration (AMD)	46.6
	Katarakt (Grauer Star)	28.2
	Glaukom (Grüner Star)	16.5
	Netzhautablösung	6.8
	Diabetische Retinopathie	1.9
	Retinitis pigmentosa	-
	Starke Kurzsichtigkeit	-

Anmerkungen: Mehrfachnennungen waren möglich

Diese Zielgruppe besucht im Schnitt ein- bis zweimal im Jahr eine Augenärztin bzw. einen Augenarzt, jedoch häufiger eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt (Tab. 6). Dies zeigt auch, dass die Hausärztin bzw. der Hausarzt häufiger die Gelegenheit hat, die betroffene ältere Person zu sehen und ggf. den Gang zu einer Beratungsstelle zu empfehlen. Jedoch wurde in den Workshops und der Literaturarbeit deutlich, dass Augen- bzw. Sehprobleme auch dann, wenn die Hausärztinnen und Hausärzte die älteren Personen häufiger behandeln, nur einen Bruchteil der Behandlungsgründe ausmachen.

Tab. 6: Häufigkeit von Arztbesuchen

		Augenärztin/Augenarzt		Hausärztin/Hausarzt	
		Anzahl	Prozente	Anzahl	Prozente
Häufigkeiten	Nie	3	2.0	2	1.3
	Alle 5 Jahre	9	6.0	1	0.7
	Alle 2 Jahre	11	7.3	5	3.3
	Ein- bis zweimal im Jahr	77	51.0	70	46.4
	Häufiger	51	33.8	73	48.3

6.3.5 Einschränkungen im Alltag

Von den befragten Spätsehbehinderten gaben 27 % an, dass sie sich durch ihre Probleme mit dem Sehen im Alltag eher oder sehr eingeschränkt fühlen (Tab. 7). Der Vergleich zwischen Früh- und Spätsehbehinderten zeigt, dass sich Spätsehbehinderte durch ihre Sehprobleme im Alltag statistisch signifikant (Chi-Quadrat-Test: $X^2 = 10.45$, $p = .033$) eingeschränkter fühlen als Frühsehbehinderte. Dies spricht dafür, dass Frühsehbehinderte bereits über die Jahre hinweg gelernt haben, mit ihren Sehproblemen gut umzugehen, während Spätsehbehinderte hier erst noch Bewältigungsstrategien erlernen müssen – wobei gerade Beratungsstellen behilflich sein könnten (Seifert & Kühne, 2016).

Tab. 7: Einschränkungen im Alltag

		Frühsehbehinderte	Spätsehbehinderte
Prozente	Gar nicht eingeschränkt	30.9	18.8
	Eher nicht eingeschränkt	30.9	21.4
	Teils, teils	27.3	33.1
	Eher eingeschränkt	10.9	18.8
	Sehr eingeschränkt	0.0	7.8

Doch in welchen Bereichen haben Spätsehbehinderte besondere Mühe im Alltag? Um diese Frage zu beantworten, wurden den Befragten typische Alltagstätigkeiten zur Bewertung vorgelegt (Tab. 8). Hierbei konnten sie jeweils angeben, ob ihnen diese Tätigkeit viel oder gar keine Mühe macht oder ob sie diese Tätigkeit wegen der Sehprobleme gar nicht mehr ausführen können. Am mühevollsten wurde das Lesen von kleingedruckten Texten erlebt, gefolgt vom Bedienen technischer Geräte (z. B. Computer oder Mobiltelefon).

Tab. 8: Mühevolle Tätigkeiten von Spätsehbehinderten

		Gar keine Mühe	Etwas Mühe	Sehr viel Mühe	Aktivität kann wegen Sehproblemen nicht mehr ausgeübt werden
Prozente	Lesen von Kleingedrucktem	18.3	23.5	40.5	16.3
	Hausarbeiten	76.0	12.3	3.9	1.9
	Schreiben mit der Hand	62.3	18.2	4.5	8.4
	Fernseher bedienen	77.9	12.3	4.5	1.3
	Computer bedienen	39.6	14.9	5.8	1.9
	Mobiltelefon bedienen	57.1	21.4	6.5	2.6
	Tägliche Körperhygiene	74.7	15.6	5.8	0.0
	Einkaufen gehen	67.1	17.8	4.6	3.3
	Autofahren	30.7	11.1	1.3	17.6
	Bus, Tram und Bahn nutzen	55.2	13.0	3.2	4.5
	Hobbys nachgehen	58.4	17.5	2.6	10.4
	Ausflüge und Reisen	48.7	11.0	1.9	9.1
	Vorführungen und Ausstellungen besuchen	46.8	9.7	0.6	11.7

Anmerkungen: Mehrfachnennungen waren möglich

Auch wenn viele der in Tabelle 8 aufgelisteten Alltagsaktivitäten zwar nur mit etwas Mühe erledigt werden können, so werden sie dennoch täglich ausgeführt, da sie für eine selbstständige Lebensführung in den eigenen vier Wänden elementar sind (z. B. Körperhygiene oder einkaufen

gehen). Dennoch ist hervorzuheben, dass bestimmte Aktivitäten, wie z. B. das Lesen von kleingedruckten Texten (z. B. Medikamentenbeilagen, Nährstoffangaben auf Lebensmittelverpackungen), das Autofahren oder der Besuch von Veranstaltungen und Aufführungen, aber auch liebgewonnene Hobbys wegen der Sehprobleme gar nicht mehr ausgeübt werden. Dies kann dazu führen, dass Menschen soziale Anlässe ausserhalb ihrer Wohnung zunehmend meiden und sich auf diese Weise immer mehr zurückziehen, was eine soziale Isolation und das Entstehen von Einsamkeitsgefühlen zur Folge haben kann (Brunes, Hansen, & Heir, 2019).

6.3.6 Ressourcen im Alltag

Mühevollle Alltagsaktivitäten können durch die Unterstützung von Familienmitgliedern oder Freunden bewältigt werden. Daher ist es auch wichtig zu fragen, welche sozialen Ressourcen die Befragten im Alltag haben und auch nutzen (Tab. 9). Insgesamt bekommen die Befragten viel sozialen Rückhalt, dies vor allem von ihren Kindern und ihrer Partnerin/ihrem Partner. Aber auch Freunde und Nachbarn können wichtige soziale Unterstützungen bieten, wenn sie um Hilfe gefragt werden. So bewerten die Befragten nicht nur Hilfsmittel und medizinische Abklärungen als sehr hilfreich, sondern vor allem auch die Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld.

Tab. 9: Soziale Ressourcen im Alltag

		Spätsehbehinderte
Mittelwerte	Ich habe einen Partner/eine Partnerin, der/die mich sehr unterstützt im Alltag.	3.62
	Ich habe Kinder, die oft für mich da sind.	4.18
	Meine Freunde sind für mich da, wenn ich Hilfe benötige.	4.09
	Meine Nachbarn helfen mir viel im Alltag.	3.08

Skala: 1 «stimme gar nicht zu» bis 5 «stimme voll und ganz zu»

6.3.7 Wenn Hilfe gesucht wird, wohin wenden?

Wenn die von einer Sehbehinderung betroffenen älteren Personen einen Rat wegen ihrer Probleme mit dem Sehen benötigen – an wen wenden sie sich zuerst? Die Ergebnisse dieser Befragung zeigen, dass zunächst Augenärztinnen und Augenärzte angesprochen werden und erst danach Familienmitglieder. In seltenen Fällen wird auch noch die Hausärztin/der Hausarzt aufgesucht. Noch seltener wird eine andere Person oder eine Beratungsstelle aus dem Sehbehindertenwesen kontaktiert (Tab. 10).

Werden die spätsehbehinderten Personen anschliessend noch gezielt gefragt, ob sie sich bei Sehproblemen auch an eine Beratungsstelle aus dem Sehbehindertenwesen wenden würden, dann fällt das Ergebnis eher schlecht aus: Nur 2.6 % der Befragten bejahten diese Frage und würden sich demnach nicht nur an eine ophthalmologische Fachpraxis wenden, sondern auch an eine Beratungsstelle.

Tab. 10: An wen wenden sich die älteren Personen, wenn sie einen Rat wegen ihrer Sehprobleme wünschen?

		Spätsehbehinderte
Prozente	Augenärztin/Augenarzt	68.0
	Familienangehörige oder Freunde	17.6
	Hausärztin/Hausarzt	7.2
	Beratungsstellen aus dem Sehbehindertenwesen	1.3
	Beratungsstellen von Seniorenorganisationen	1.3
	Augenoptikerin/Augenoptiker	1.3
	Apothekerin/Apotheker	0.7

6.3.8 Bekannte und genutzte Beratungsangebote

Von den befragten Spätsehbehinderten gaben 51 Personen (33.1 %) an, dass sie eine Beratungsstelle für sehbeeinträchtigte Personen kennen. Davon erklärten aber nur 18 Personen (11.7 %), dass sie in den letzten fünf Jahren auch eine solche Beratungsstelle genutzt haben. Die Personen, die bereits eine Beratungsstelle kontaktiert hatten, besuchten diese oftmals (44.4 %) nur ein- bis zweimal in den letzten fünf Jahren. Die Empfehlung, eine Beratungsstelle zu kontaktieren, erfolgte in der Hälfte aller Fälle durch die behandelnde Augenärztin/den behandelnden Augenarzt (Tab. 11).

Tab. 11: Von wem ist die Überweisung hin zu einer Beratungsstelle erfolgt?

		Personen, die bereits eine Beratungsstelle besucht haben (n = 18)
Prozente	Augenärztin/Augenarzt	50.0
	Familienangehörige oder Freunde	33.3
	Hausärztin/Hausarzt	0.0
	Seniorenberatungsstellen	0.0
	Augenoptikerin/Augenoptiker	0.0
	Apothekerin/Apotheker	0.0
	Andere (nicht näher benannt)	16.7

Wird geschaut, ob die Nutzung einer Beratungsstelle auch die Bewertung der eigenen Lebenssituation beeinflusst, wird deutlich, dass zwischen der Nutzung eines solchen Angebots und der subjektiven Bewertung der Alltagsbewältigung («Fähigkeit, den Alltag selbstständig zu bewältigen», siehe Kapitel 6.3.1) ein statistisch signifikanter – wenn auch sehr schwacher – Zusammenhang ($r = 0.138$, $p = .048$) besteht. Dies bedeutet, dass die Personen, die eine Beratungsstelle besucht haben, ihre Alltagsbewältigung etwas positiver bewerten als Personen, die dies noch nicht getan haben.

6.3.9 Zufriedenheit mit den Beratungsangeboten und Informationsquellen

Die 18 Personen, die in den letzten fünf Jahren bereits eine Beratungsstelle aus dem Sehbehindertenwesen besucht haben, fühlten sich dadurch eher bzw. sehr unterstützt und gaben an, ihren Alltag nun besser bewältigen zu können; die Zustimmung lag hier bei 61.1 %. Dies spricht dafür, dass die Beratung einen grossen Gewinn für das alltägliche Leben bedeutet. Auch waren 88.9 % der Befragten mit der Beratung «sehr zufrieden», die restlichen 11.1 % waren immerhin «zufrieden».

Die Befragten empfanden die Beratung als vorteilhaft; sie gaben u. a. an, dass ihnen Hilfsmittel für den Alltag (z. B. Lupe, Vergrösserungsgeräte) nähergebracht und Fragen z. B. zur finanziellen Unterstützung (z. B. Hilflosenentschädigung) sowie zur Alltagsbewältigung kompetent beantwortet wurden. Als nachteilig angesehen wurde die Tatsache, dass – auch wenn es auf der Hand liegt – eine Beratung natürlich keine (medizinischen) Wunder vollbringen kann und eine Alltagsbewältigung mit Sehproblemen oftmals mühsam bleibt.

Tab. 12: Wie wurde sich über die Beratungsstelle vorab informiert?

Personen, die bereits eine Beratungsstelle besucht haben (n = 18)		
Prozente	Flyer/Broschüre der Beratungsstelle	11.1
	Informationen von anderen bekommen	11.1
	Gar nicht vorher informiert	77.8
	Internet	0.0

Die Frage, ob man sich schon früher Hinweise zum Besuch einer Beratungsstelle gewünscht hätte, bejahten nur 6.3 % der Befragten. Offenbar haben sie den Hinweis zur Beratung – zumindest in ihrer subjektiven Wahrnehmung – meist zur richtigen Zeit erhalten. Informiert haben sich die Personen, die bereits einmal in einer Beratungsstelle waren, grösstenteils nicht vor dem Besuch; wenn Informationen eingeholt wurden, dann doch eher über den Flyer der Beratungsstelle oder durch Gespräche z. B. mit der Augenärztin/dem Augenarzt oder einer anderen Person (Tab. 12).

6.3.10 Werden Empfehlungen für Beratungsangebote ausgesprochen?

Von den 136 Spätsehbehinderten, die noch nicht bei einer Beratungsstelle waren, gaben nur 16 Personen (11.8 %) an, dass sie bereits einmal eine Empfehlung zum Besuch einer Beratungsstelle erhalten hatten.

Nur zwei Personen bekamen diese Empfehlung von der behandelnden Augenärztin/dem behandelnden Augenarzt (Tab. 12). Meistens waren es Familienangehörige und Freunde, die auf die Existenz einer Beratungsstelle hinwiesen, manchmal waren es auch die Augenoptikerin/der Augenoptiker oder die Hausärztin/der Hausarzt.

Tab. 13: Wer hat den Hinweis auf eine Beratungsstelle gegeben?

Personen, die noch keine Beratungsstelle besucht haben, aber bereits einen Hinweis darauf erhalten haben (n = 16)		
Prozente	Augenärztin/Augenarzt	12.5
	Familienangehörige oder Freunde	43.7
	Hausärztin/Hausarzt	12.5
	Augenoptikerin/Augenoptiker	12.5
	Andere	18.8

6.3.11 Gründe für die Nichtnutzung der Beratungsangebote

Als Hauptgrund für die Nichtnutzung einer Beratungsstelle gaben die Befragten an, dass sie noch nicht «sehbehindert» seien und eine Beratungsstelle daher nicht die richtige Adresse für sie sei (Tab. 14). Nachrangig wurde auch geäußert, dass sie noch von niemandem auf eine Beratungsstelle hingewiesen wurden.

Tab. 14: Gründe für die Nichtnutzung

(Mehrfachnennungen möglich)	Anzahl	Prozente
Zu hoher Zeitaufwand	0	–
Habe Bedenken, dass es etwas kostet.	1	0.7
Niemand hat mir je etwas von einer Beratungsstelle gesagt.	20	14.7
Die Beratungsstelle ist zu weit weg.	3	2.2
Die können mir auch nicht helfen.	5	3.7
Bin doch (noch) nicht «sehbehindert». Daher ist es nicht die richtige Stelle für mich.	63	46.3
Andere Gründe	54	39.7

Bei den «Anderen Gründen» wurde u. a. angegeben, dass bis jetzt noch kein Bedarf für die Nutzung einer Beratungsstelle gesehen wurde (es sei nicht nötig) oder keine Zeit da war bzw. die Lust gefehlt habe, dorthin zu gehen. Ausserdem habe die Augenärztin/der Augenarzt bisher keinen Besuch empfohlen bzw. sei der Hinweis, überhaupt einmal eine Beratungsstelle aufzusuchen, noch von niemandem gegeben worden.

Auf die Frage «Was würde Sie am meisten motivieren, eine Beratung bei einer Beratungsstelle für sehbehinderte Menschen anzunehmen?» kamen Antworten wie z. B.: der Aufwand ist zu gross, der Zeitpunkt ist noch nicht der richtige, die Beratung wird erst genutzt, wenn medizinisch alles ausgeschöpft ist. Erwähnt wurde auch, dass man zunächst «Vertrauen» aufbauen oder «Mut» schöpfen müsse, um zu einer Beratungsstelle zu gehen. Zudem wurde aber auch wieder erklärt, dass man ja selbst noch nicht «sehbehindert» sei.

6.4 Die Antworten der Fachpersonen

6.4.1 Wichtigkeit des Beratungsangebots

Werden die Fachpersonen gefragt, wie viel Prozent ihrer Klientinnen und Klienten über 65 Jahre alt sind, ergibt sich ein Mittelwert über alle Fachgruppen von 56 %; 15 % dieser älteren Menschen haben eine schwerere Sehbeeinträchtigung (also eine andauernde, sich im Alltag auswirkende Einschränkung). Aufgeteilt nach den Fachgruppen verteilt sich die Zahl der älteren Klientinnen und Klienten wie folgt: In den Praxen der Augenärztinnen und Augenärzte sind 60 % Personen über 65 Jahre als Klientinnen und Klienten anzutreffen, Optikerinnen und Optiker kümmern sich mehr um jüngere Personen und die Seniorenberatungsstellen – naturgemäss – vorwiegend um Personen ab 65 Jahren (Tab. 15). Bei den Beratungsstellen aus dem Sehbehindertenwesen liegt der Anteil der älteren Personen bei etwa 71 %. Bei den Seniorenberatungsstellen wird der Anteil der älteren Personen mit einer stärkeren Sehbeeinträchtigung im Schnitt bei 23 % gesehen. Beratungsstellen wie Pro Senectute und andere aus dem gerontologischen Bereich begegnen daher nicht nur älteren Personen, sondern auch sehr vielen anderen Menschen, die sie als stark sehbeeinträchtigt wahrnehmen. Damit sollte die Weitergabe der Information, dass es auch Beratungsstellen aus dem Sehbehindertenwesen gibt, gerade im Setting einer Seniorenberatung berücksichtigt werden.

Tab. 15: Selbsteinschätzung der Anteile der betreuten älteren Klientinnen und Klienten

		Augenärztin/ Augenarzt	Hausärztin/ Hausarzt	Optikerin/ Optiker	Beratungsstellen: Senior/-innen	Beratungsstellen: Sehbehinderung
Anzahl befragte Personen		123	16	126	23	21
Mittelwerte der genannten Prozente	Prozentualer Anteil von Personen ab 65 Jahren	60.75	43.33	43.10	95.52	71.33
	Prozentualer Anteil derjenigen mit stärkerer Sehbe- einträchtigung	16.20	15.40	11.33	23.31	<i>nicht erfragt</i>

Wie gezeigt werden konnte, beraten bzw. behandeln die Fachpersonen zu einem gewissen bis grösseren Teil ältere Menschen. Hier kommt die Frage auf, ob sie dabei auch psychosoziale Aspekte als wichtig erachten. Die Antworten auf diese Frage zeigen, dass alle befragten Fachpersonen darauf Wert legen, ältere sehbehinderte Personen über den medizinischen Abklärungsbedarf hinaus in lebenspraktischen, psychologischen und sozialen Belangen zu beraten. Auf einer Skala von 1 «sehr unwichtig» bis 5 «sehr wichtig» ergibt sich über alle Fachgruppen ein Mittelwert von 4.35, wobei Augenärztinnen und Augenärzte diesen Aspekt höher bewerten als z.B. Hausärztinnen und Hausärzte (Tab. 16).

Tab. 16: Wichtigkeit des Beratungsangebots

		Augenärztin/ Augenarzt	Hausärztin/ Hausarzt	Optikerin/ Optiker	Beratungsstellen: Senior/-innen	Beratungsstellen: Sehbehinderung
Prozente	Sehr unwichtig	10.6	6.3	8.1	26.1	9.5
	Eher unwichtig	0.8	0.0	0.8	0.0	0.0
	Teils, teils	0.8	6.3	1.6	4.3	0.0
	Eher wichtig	11.4	31.3	24.4	13.0	9.5
	Sehr wichtig	76.4	56.3	65.0	56.5	81.0

6.4.2 Grundkenntnisse und Kontakt zu Beratungsstellen

56.6 % der befragten Fachpersonen gaben an, dass sie während ihrer Ausbildung oder einer Weiterbildung etwas über die psychosozialen Aspekte einer Sehbeeinträchtigung erfahren haben. Zwischen den Berufsgruppen verteilt sich dieser Anteil der «Ja»-Antworten wie folgt:

- Augenärztin bzw. Augenarzt (68.3 %)
- Hausärztin bzw. Hausarzt (25.0 %)
- Optikerin bzw. Optiker (50.0 %)
- Mitarbeitende von Seniorenberatungsstellen (52.2 %)

Damit haben Augenärztinnen und Augenärzte häufiger als andere Fachpersonen in ihrer Aus- oder Weiterbildung psychosoziale Lehrinhalte vermittelt bekommen; dennoch verneinten etwa 32 % von ihnen diese Frage, sodass sie über weniger Vorwissen über die psychosozialen Belange älterer Personen mit Sehproblemen verfügen. Bei den Optikerinnen und Optikern z. B. ist es auch je die Hälfte, die dieses Vorwissen hat bzw. eben nicht hat. Auch hier wird zum Teil ein Bedarf in der Aus- und Weiterbildung erkennbar. Zwischen dem Alter der Befragten und dem spezifischen Vorwissen lässt sich keine statistisch signifikante Korrelation erkennen, sodass nicht gesagt werden kann, dass der Aspekt der psychosozialen Belange erst in den letzten Jahren (z. B. nach Anpassungen des Curriculums) zugenommen hat.

Neben dem theoretischen Vorwissen, das in einer Aus- oder Weiterbildung erlangt werden kann, ist es auch wichtig, eigene Erfahrungen mit den Angeboten einer Beratungsstelle zu machen. Von allen Befragten gaben allerdings nur 39.2 % an, dass sie bereits einmal eine Beratungsstelle aus dem Sehbehindertenwesen besucht haben. Zwischen den Berufsgruppen verteilt sich dieser Anteil der «Ja»-Antworten wie folgt:

- Augenärztin bzw. Augenarzt (48.8 %)
- Optikerin bzw. Optiker (36.5 %)
- Mitarbeitende von Seniorenberatungsstellen (30.4 %)

6.4.3 Kontakt zwischen den Fachgruppen

Neben dem Kontakt zu den Beratungsstellen ist es – wie in der Literaturarbeit und während der Workshops öfter angesprochen – wichtig, auch herauszuarbeiten, ob und inwieweit Kontakte zwischen den Fachgruppen gepflegt werden (Tab. 17). Konkret gaben die befragten Augenärztinnen und Augenärzte an, dass sie am intensivsten mit Hausärztinnen/Hausärzten und

Optikerinnen/Optikern Kontakt pflegen, zum Teil aber auch mit Beratungsstellen. Selbst wenn gerade der Austausch über patientenbezogene Informationen den Kontakt zu den anderen Fachgruppen fördert, ist dennoch auch erkennbar, dass diese Kontakte nicht sehr intensiv sind und je nach Person stark variieren.

Tab. 17: Kontakt zwischen den Fachpersonen

		<i>Kontakt zu</i>				
		<i>Augenärztin/ Augenarzt</i>	<i>Hausärztin/ Hausarzt</i>	<i>Optikerin/ Optiker</i>	<i>Beratungsstellen: Senior/-innen</i>	<i>Beratungsstellen: Sehbehinderung</i>
Befragte Fachgruppe	<i>Augenärztin/ Augenarzt</i>	–	3.19	3.10	2.24	2.85
	<i>Hausärztin/ Hausarzt</i>	2.94	–	1.94	2.56	1.50
	<i>Optikerin/ Optiker</i>	3.40	1.77	–	1.81	2.24
	<i>Beratungsstellen: Senior/-innen</i>	1.91	2.87	2.35	–	2.43
	<i>Beratungsstellen: Sehbehinderung</i>	3.90	1.95	3.62	2.90	–

Skala: 1 «überhaupt nicht intensiv (Kontakt besteht nicht)» zu 5 «sehr intensiv (sehr guter Kontakt)»

Optikerinnen und Optiker haben den intensivsten Kontakt zu Augenärztinnen und Augenärzten und erst nachrangig zu Beratungsstellen aus dem Sehbehindertenwesen. Dennoch haben diese Beratungsstellen einen eher intensiven Kontakt zu Optikerinnen und Optikern. Grundsätzlich könnte aber auch der Kontakt zwischen den Beratungsstellen für Seniorinnen/Senioren und jenen aus dem Sehbehindertenwesen intensiviert werden, da beide von eher nicht so intensiven Kontakten berichteten, obwohl sie vielleicht über ähnliche soziale Themen mit den älteren Personen sprechen, so z. B. über die Finanzierung von Hilfsmitteln.

Grundsätzlich kann aber für alle Fachgruppen gesagt werden, dass eher wenig Kontakt zu den Beratungsstellen aus dem Sehbehindertenwesen besteht. Die Mittelwerte liegen hier auf der Skala von 1 «überhaupt nicht intensiv» zu 5 «sehr intensiv» bei jeweils unter 3, bei den Hausärztinnen und Hausärzten sogar unter 2.

6.4.4 Kenntnis von der Existenz einer Beratungsstelle

Werden die Augenärztinnen und Augenärzte sowie die Optikerinnen und Optiker gefragt, welche Beratungsstellen für sehbeeinträchtigte Personen sie kennen, werden viele verschiedene Stellen genannt, die aber vorwiegend aus dem eigenen regionalen Umfeld kommen. Dennoch wird auch deutlich, dass zum Teil (z.B. Retina Suisse Zürich) Augenärztinnen und Augenärzte – in der Selbstauskunft – etwas häufiger Kenntnis über Beratungsstellen vor Ort haben als Optikerinnen und Optiker (Tab. 18). Jedoch gibt es auch Beratungsstellen, die häufiger von den Optikerinnen und Optikern genannt wurden. Allerdings muss dabei darauf hingewiesen werden, dass insgesamt zwar 249 Personen aus diesen beiden Fachgruppen befragt werden konnten, aber natürlich nicht alle Fachpersonen aus allen kleinräumlichen Settings der Schweiz. Dennoch ist

festzuhalten, dass zum Teil nur sehr bedingt Kenntnisse über die Angebote von Beratungsstellen vorhanden sind.

Tab. 18: Kenntnisse über Beratungsangebote		Grundsätzliche Kenntnis		Regelmässiger Kontakt		Zusammenhang zwischen Kontakt und Überweisung ^a
		Augenärztin/ Augenarzt	Optikerin/ Optiker	Augenärztin/ Augenarzt	Optikerin/ Optiker	
Angaben in Prozenten						
Kenntnis	Aargauer Sehhilfe	13.8	7.1	4.9	0.0	r = .712, p < .001
	Beraten B	14.6	15.1	8.9	9.6	r = .778, p < .001
	Fokus-plus Olten	8.9	6.3	4.9	0.0	r = .862, p < .001
	FSZ – Fachstelle Sehbehinderung Zentralschweiz	16.3	13.5	11.4	6.1	r = .903, p < .001
	OBVITA Sehberatung	6.5	10.3	4.1	0.0	r = .671, p < .001
	Retina Suisse Zürich	44.7	25.4	6.5	0.9	r = .651, p < .001
	SBV – Beratungsstelle Chur	2.4	4.8	2.4	0.9	r = .810, p < .001
	SBV – Beratungsstelle Zürich	16.1	7.9	5.7	1.8	r = .614, p < .001
	Sehbehindertenhilfe Basel	13.8	8.7	9.8	1.8	r = .756, p < .001
	Sichtbar Aarau	5.7	0.8	3.3	0.9	r = .764, p < .001
	Sichtbar Brig	2.4	1.6	1.6	0.0	r = .010, p = .887
	Sichtbar Linth	1.6	4.8	1.6	0.0	r = .628, p < .001
	Sichtbar Schaffhausen	1.6	0.8	1.6	0.0	r = .990, p < .001
	Sichtbar Winterthur	4.1	4.8	0.0	0.9	r = .443, p < .001
	Sichtbar Zürich	7.3	2.4	2.4	0.9	r = .490, p < .001
	Zürcher Sehhilfe	21.1	4.0	12.2	0.9	r = .885, p < .001
	Association genevoise pour le Bien des Aveugles	7.3	4.0	3.3	1.8	r = .892, p < .001
	CENTREVUE Peseux	4.9	4.8	3.3	1.8	r = .933, p < .001
	Retina Suisse Lausanne	21.1	14.3	0.8	0.9	r = .007, p = .920
	Service de consultation FSA de Fribourg	5.7	7.1	1.6	2.6	r = .864, p < .001
Service de consultation FSA de Sion	6.5	6.3	3.3	2.6	r = .852, p < .001	
Service social de la Fondation Asile des Aveugles	13.0	19.8	8.1	9.6	r = .815, p < .001	
Unitas Tenero	7.3	4.8	5.7	0.0	r = .830, p < .001	

^a Signifikanztest: Zweiseitige Pearson-Korrelation

Bei der Anschlussfrage, ob die Fachpersonen einen regelmässigen Kontakt zu diesen Beratungsstellen pflegen, wurde schnell deutlich, dass dies nur selten der Fall ist (Tab. 18). Zwar sind die Beratungsstellen – wenn überhaupt – bekannt, aber ein regelmässiger Kontakt (z. B. in Form gegenseitiger Telefonate für Fallbesprechungen oder eines fachlichen Austauschs) besteht kaum. Dabei könnte gerade ein regelmässiger Kontakt sicherlich die Überweisungsbereitschaft stärken.

Zwischen der Kontaktpflege zu einer Beratungsstelle und der Intensität der Überweisung hin zu einer Beratungsstelle besteht bei allen Beratungsstellen – bis auf zwei Ausnahmen – ein statistisch signifikanter Zusammenhang (siehe einzelne Angaben in Tab. 18). Demnach überweisen jene Augenärztinnen und Augenärzte, die bereits Kontakt zu einer Beratungsstelle pflegen, ihre Patientinnen und Patienten auch eher dorthin. Demzufolge unterstützt eine gute Kontaktpflege zwischen Fachgruppen und Beratungsstellen die Überweisungspraxis.

Des Weiteren wurde erfragt, ob die Fachgruppen über vertiefte Informationen über die Angebote und Beratungsformen der Beratungsstellen verfügen. Während mehr als die Hälfte der Augenärztinnen und Augenärzte diese Frage mit «eher ja» beantwortete, waren es bei den Optikerinnen und Optikern aber nur 29 % (Tab. 19). Eher keine bzw. gar keine Informationen zu den Beratungsangeboten haben bei den Optikerinnen und Optikern 62 % und bei den Beratungsstellen für Seniorinnen und Senioren 43 %. Gerade dieses Bescheidwissen über die Angebote wäre jedoch – wie bereits in der Literaturarbeit angedeutet – sicherlich ein wichtiger Ansatzpunkt, sodass die ophthalmologischen Fachgruppen nicht nur über die reine Existenz einer Beratungsstelle informiert wären, sondern auch deren Angebote kennen würden, um ihre Klientinnen/Klienten konkret beraten zu können. Beispiel: «Falls Sie Fragen zu diesem Hilfsmittel oder diesem psychosozialen Thema haben, können Sie zu dieser Beratungsstelle gehen.»

Tab. 19: Kenntnis über Angebote und Beratungsformen von Beratungsstellen aus dem Sehbehindertenwesen

		Augenärztin/ Augenarzt	Optikerin/ Optiker	Beratungsstellen: Senior/-innen
Prozente	Ja sehr (viele Informationen)	17.1	8.8	14.3
	Eher ja	57.7	29.2	42.9
	Eher nein	24.4	43.4	42.9
	Gar keine Informationen	0.8	18.6	0.0

6.4.5 Überweisungspraxis

Werden alle Fachpersonen berücksichtigt, so haben 72.8 % von ihnen in den letzten zwölf Monaten eine ältere Person oder mehrere ältere Personen an eine Beratungsstelle aus dem Sehbehindertenwesen überwiesen. Zwischen den Berufsgruppen verteilt sich dieser Anteil der «Ja»-Antworten wie folgt:

- Augenärztin bzw. Augenarzt (95.9 %)
- Hausärztin bzw. Hausarzt (12.5 %)
- Optikerin bzw. Optiker (58.8 %)
- Mitarbeitende von Seniorenberatungsstellen (61.9 %)

Die Fachpersonen, die in den letzten zwölf Monaten eine Überweisung getätigt haben, haben im Schnitt acht Personen weitergeleitet; im Schnitt haben sieben davon das Angebot auch genutzt. Somit besteht hier ein positiver Zusammenhang, der sich auch in einer statistisch signifikanten Korrelation ($r = 0.946$, $p < .001$) zwischen Überweisung und aktiver Nutzung zeigt. Demzufolge erhöht sich die Chance der Nutzung einer Beratungsstelle, wenn häufig auch überwiesen wird. Dennoch nutzt, wie bereits erwähnt, ein Teil der überwiesenen Personen die Angebote dann doch nicht – vielleicht auch deswegen, weil die Überweisung auf der subjektiven Einschätzung der Fachpersonen beruht. Hier können zum Teil aber auch die von den befragten älteren Personen angegebenen Gründe (siehe Kapitel 6.3.11) zum Teil als Erklärung herangezogen werden. Die Überweisungspraxis ist jedoch ebenso zwischen den Fachgruppen unterschiedlich ausgeprägt: So geben Augenärztinnen/Augenärzte häufiger an, bereits überwiesen zu haben als z. B. Optikerinnen und Optiker. Dennoch ist auch erkennbar, dass die Quote jener älteren Personen, die dann tatsächlich eine Beratung in Anspruch nehmen, bei einer von Optikerinnen/Optikern getätigten Überweisung im Schnitt ähnlich erfolgreich ist als bei einer Weiterleitung durch Augenärztinnen/Augenärzte (Tab. 20). Einzig bei den Beratungsstellen aus dem Altersbereich ist erkennbar, dass hier die Erfolgsquote der Nutzung nach einer Überweisung (Empfehlung) im Schnitt weniger hoch ist.

Tab. 20: Überweisungspraxis

		Augenärztin/ Augenarzt	Optikerin/ Optiker	Beratungsstellen: Senior/-innen
Mittelwerte (Anzahl Personen)	In den letzten zwölf Monaten überwiesen	11	4	5
	Haben das Beratungsangebot genutzt	9	4	4
Signifikanztest (Lineare Regression zwischen Überweisung und Nutzung, getrennt nach Fachgruppen)		Beta = 0.945, $p < .001$	Beta = 0.930, $p < .001$	Beta = 0.993, $p = .078$

Leider haben nur 56 % der Augenärztinnen/Augenärzte eine Rückmeldung der Beratungsstellen oder Patientinnen/Patienten nach einer Überweisung erhalten. Somit fehlt es oftmals an einem gegenseitigen Austausch zwischen den Fachgruppen. Dies zeigt sich insbesondere auch bei den von Optikerinnen/Optikern überwiesenen Fällen (Tab. 21).

Tab. 21: Rückmeldung nach Überweisung erhalten?

		Augenärztin/ Augenarzt	Optikerin/ Optiker	Beratungsstellen: Senior/-innen
Prozente	Ja	55.7	20.0	15.4
	Teils, teils	34.8	27.7	38.5
	Nein	9.6	52.3	46.2

Von den Fachpersonen, die bereits überwiesen haben, findet die Mehrheit, dass es den Patientinnen und Patienten etwas gebracht hat: 34 % von ihnen gaben an, dass es sehr viel

gebracht hat, 62 % bewerteten dies immerhin mit «eher ja» und nur 4 % verneinten diese Frage. Zwischen den Fachgruppen lassen sich nur geringere Unterschiede erkennen (Tab. 22).

Tab. 22: Hat der Besuch der Beratungsstelle den Klientinnen/Klienten etwas gebracht?

		Augenärztin/ Augenarzt	Optikerin/ Optiker	Beratungsstellen: Senior/-innen
Prozente	Ja	36.9	23.8	44.4
	Eher ja	60.4	66.7	55.6
	Eher nein	2.7	9.5	0.0

Die Vorteile der Beratung – angegeben in offenen Kommentaren – bei einer spezialisierten Beratungsstelle sahen alle Fachgruppen vor allem in der fachlichen Kompetenz, die sie selbst nicht anbieten können; so z. B. in der Beratung zu Low Vision, Hilfsmitteln, finanziellen Fragen oder aber auch zu allgemeinen Strategien in Bezug auf die Alltagsbewältigung. Der Aspekt der psychosozialen Beratung wurde hierbei kaum explizit genannt – und wenn doch, dann eher in Form von «den Patientinnen/Patienten zuhören». Als Nachteile wurden u. a. der zu hohe Aufwand für die Patientinnen/Patienten sowie die eher abschreckenden Bezeichnungen, die mit Beratungsstellen assoziiert werden («blind», «sehbehindert»), genannt. Verbunden damit ist eine Art «Verweigerungshaltung» vonseiten der Patientinnen und Patienten, auch weil sie zunächst versuchen, alles an medizinischen Therapien und Lösungen auszuschöpfen. Zudem erwarten Patientinnen/Patienten teilweise zu viel von einer Low-Vision-Beratung bzw. vom Einsatz von Hilfsmitteln, was wiederum zu Enttäuschungen und damit einem Abbruch der Beratung führen kann.

6.4.6 Kriterium für eine Überweisung

Als ein wichtiges Kriterium für eine Überweisung zu einer Beratungsstelle wurden von den Augenärztinnen und Augenärzten Einschränkungen im täglichen Leben genannt (Tab. 23). Daneben sind aber auch ein bestimmter Grad der Seheinschränkung sowie die Feststellung, dass mit medizinischen Therapien keine Verbesserung des Sehens mehr erreicht werden kann, für eine Weiterleitung ausschlaggebend. Nur selten stellen finanzielle Fragen das Hauptkriterium für eine Überweisung dar – und wenn doch, dann eher noch für die Hausärztinnen und Hausärzte. Soziale oder psychologische Probleme sind für Hausärztinnen und Hausärzte eines der wichtigsten Kriterien für eine Überweisung, mehr noch als für die Optikerinnen und Optiker. Für Letztere ist es – ähnlich wie bei den ophthalmologischen Fachkolleginnen/Fachkollegen – ein bestimmter Visus oder die Einschränkung im alltäglichen Leben, der bzw. die zu einer Überweisung motiviert.

Tab. 23: Kriterien für eine Überweisung

		(Mehrfachnennungen möglich)	Augenärztin/ Augenarzt	Hausärztin/ Hausarzt	Optikerin/ Optiker
Prozente	Bestimmter Grad der Seheinschränkung (Visus/Sehschärfe)		87.0	43.8	77.0
	Einschränkungen im alltäglichen Leben der Patientin/des Patienten		91.9	87.5	74.6
	Soziale oder psychologische Probleme im Alltag der Patientin/des Patienten		55.3	75.0	35.7
	Die Patientin/Der Patient hat finanzielle Fragen.		26.0	43.8	22.2
	Mit Therapien kann eine Verbesserung des Sehens nicht mehr erreicht werden.		74.8	56.3	46.0

6.4.7 Zeitpunkt für eine Überweisung

Der richtige Zeitpunkt für eine Überweisung wird von den Augenärztinnen und Augenärzten dann gesehen, wenn die Patientin bzw. der Patient Probleme mit dem Sehen im Alltag hat oder sich hieraus alltägliche Einschränkungen ergeben. Jedoch bejaht nur etwa ein Drittel der befragten Fachpersonen die Aussage «Es ist nie zu früh» (Tab. 24).

Demnach orientieren sich die Fachpersonen einerseits an unterschiedlichen Kriterien zur Bewertung des «richtigen Zeitpunkts», andererseits werden Überweisungen insgesamt tendenziell erst später ausgesprochen – nämlich dann, wenn z. B. Einschränkungen in der Alltagsbewältigung deutlich sichtbar werden oder die Patientinnen/Patienten den Wunsch nach einer Weiterleitung selbst explizit äussern.

Tab. 24: Richtiger Zeitpunkt für eine Überweisung

		(Mehrfachnennungen möglich)	Augenärztin/ Augenarzt	Hausärztin/ Hausarzt	Optikerin/ Optiker
Prozente	Es ist nie zu früh.		29.3	31.3	31.7
	Wenn die Verschlechterung des Sehens einen bestimmten Wert erreicht hat (Visus/Sehschärfe).		48.0	25.0	42.1
	Wenn die Patientin/der Patient Probleme mit dem Sehen im Alltag hat.		75.6	50.0	55.6
	Wenn die Patientin/der Patient soziale oder psychologische Probleme durch die Sehprobleme hat.		57.7	43.8	41.3
	Wenn keine weiteren medizinischen/therapeutischen Möglichkeiten mehr bestehen.		42.3	31.3	34.9
	Wenn die Person über Einschränkungen im alltäglichen Leben klagt.		73.2	43.8	53.2
	Wenn die Person den Wunsch dazu äussert.		68.3	50.0	38.9

6.4.8 Zuständigkeiten bei der Überweisung

Die Professionellen wurden zudem gefragt, wer für eine Überweisung zu einer Beratungsstelle zuständig sein bzw. eine entsprechende Empfehlung aussprechen sollte. Als Hauptansprechpersonen wurden am häufigsten die Augenärztinnen und Augenärzte genannt,

am seltensten die Patientinnen/Patienten und deren Angehörige. Jedoch sieht sich auch jede Fachgruppe selbst in der Verantwortung – zumindest zu einem gewissen Anteil (Tab. 25). Die Beratungsstellen aus dem Sehbehindertenwesen selbst sehen die Verantwortung für eine Überweisung vorwiegend bei den Augenärztinnen/Augenärzten und danach bei den Optikerinnen/Optikern sowie vielleicht noch den Hausärztinnen/Hausärzten.

Tab. 25: Zuständige Person für Überweisung

(Mehrfachnennungen möglich)		Augenärztin/ Augenarzt	Hausärztin/ Hausarzt	Optikerin/ Optiker	Beratungsstelle: Senior/-innen	Beratungsstelle: Sehbehinderung
Prozente	Augenärztin/Augenarzt	99.2	87.5	89.7	100.0	100.0
	Hausärztin/Hausarzt	55.3	75.0	59.5	95.7	61.9
	Optikerin/Optiker	52.0	43.8	83.3	65.2	81.0
	Seniorenberatungsstellen	34.1	43.8	37.3	82.6	61.9
	Die Patient/-innen selbst	39.0	50.0	24.6	60.9	52.4
	Deren Angehörige	30.1	43.8	28.6	56.5	52.4
	Andere Personen	1.6	6.3	1.6	0.0	9.5

6.4.9 Wahrgenommene Hürden

Neben der Frage nach der Zuständigkeit wurde die Frage nach Hürden gestellt, die mit einer (potenziellen) Überweisung einhergehen können (Tab. 26).

Tab. 26: Hürden der Überweisung

(Mehrfachnennungen möglich)		Augenärztin/ Augenarzt	Hausärztin/ Hausarzt	Optikerin/ Optiker	Beratungsstellen: Senior/-innen
Prozente	Ich habe zu wenig Zeit dafür.	23.6	12.5	4.8	0.0
	Betroffene Person kann sich die Beratung finanziell nicht leisten.	11.4	12.5	14.3	8.7
	Ich habe keine Informationen zu Beratungsangeboten vor Ort.	11.4	68.8	31.0	30.4
	Ich habe keinen Kontakt zu Beratungsstellen.	6.5	50.0	24.6	13.0
	Es gibt hier vor Ort keine Beratungsstellen.	4.9	18.8	19.8	26.1
	Ich sehe keinen Nutzen darin.	0.0	0.0	0.0	0.0
	Die Überweisung (Empfehlung) auszusprechen, ist nicht meine Aufgabe.	0.0	0.0	3.2	4.3
	Die betroffenen älteren Personen sind nicht zugänglich dafür.	28.5	12.5	21.4	26.1
	Die betroffenen älteren Personen fühlen sich durch Blinden- und Behindertenberatungsstellen abgeschreckt.	29.3	6.3	40.5	17.4

Diesbezüglich gaben die Augenärztinnen/Augenärzte am häufigsten an, dass die betroffenen älteren Personen für ein solches Angebot nicht zugänglich seien und sie sich durch

«Behindertenberatungsstellen» abgeschreckt fühlten; jedoch gaben 24 % der Augenärztinnen/Augenärzte auch an, dass sie keine Zeit für eine Überweisung hätten. Bei den Hausärztinnen/Hausärzten sind die fehlenden Informationen über Beratungsangebote vor Ort ein grosses Problem, und die Optikerinnen/Optiker haben nach eigenen Angaben das Gefühl, dass sich die betroffenen älteren Personen von Behindertenberatungsstellen nicht «angesprochen» fühlen. Eine wichtige Erkenntnis aus dieser Frage ist aber auch, dass keine der Fachpersonen die Aussage «Ich sehe keinen Nutzen darin» bestätigt hat, was im Umkehrschluss für eine positive Bewertung des potenziellen Beratungsangebots spricht.

6.4.10 Erwartungen an die Beratungsstellen

Die Fachpersonen wurden ferner gefragt, was sie von einer Beratung bei einer Beratungsstelle aus dem Sehbehindertenwesen erwarten (Tab. 27).

Tab. 27: Erwartungen

(Mehrfachnennungen möglich)		Augenärztin /Augenarzt	Hausärztin/ Hausarzt	Optikerin/ Optiker	Beratungsstelle: Senior/-innen
Prozente	Unterstützung der medizinischen Therapie	23.6	37.5	27.8	47.8
	Entlastung für mich	22.0	31.3	6.3	21.7
	Hilfe für die Patientinnen/Patienten in lebenspraktischen Dingen	91.1	100.0	76.2	82.6
	Hilfe für die Patientinnen/Patienten in psychosozialen Fragen	87.8	100.0	77.0	73.9

Nach eigenen Angaben erwarten sie dabei vor allem, dass ihre Patientin bzw. ihr Patient in lebenspraktischen und psychosozialen Fragen unterstützt wird. Sie hoffen weniger auf eine Entlastung in Bezug auf ihre eigene Arbeit; vielmehr werden die Beratungsangebote als Ergänzungen zur medizinischen Therapie wahrgenommen.

6.4.11 Form der Überweisung und Guidelines

Die Augenärztinnen und Augenärzte sowie die Stellenleiterinnen und Stellenleiter der Beratungsstellen aus dem Sehbehindertenwesen wurden gefragt, welche Überweisungsform sie sich am ehesten wünschen (Tab. 28). Es stellte sich heraus, dass die Fachpersonen aus der Ophthalmologie den Weg über ein kurzes Formular oder einen Flyer favorisieren, was auch den Beratungsstellen entgegenkommen würde. Die Beratungsstellen favorisieren auch ein kurzes Formular mit der Krankengeschichte der Patientin/des Patienten. Weniger attraktiv – vielleicht auch deswegen, da es diese Möglichkeit momentan in der Schweiz noch nicht gibt und es somit an diesbezüglichen Erfahrungen mangelt – erscheint die Überweisung in Form eines Überweisungsträgers, der über das Tarifsysteem der Krankenkassen abgerechnet werden kann. Mündliche Empfehlungen werden nur von etwas weniger als 23 % der Befragten als bevorzugte Form angesehen; vermutlich auch deswegen, da diese mündlichen Formen weniger «nachdrücklich» bzw. «verbindlich» erscheinen und auch keine Kommunikation zwischen den Fachpersonen ermöglichen – wie dies z. B. bei einem Formular der Fall wäre.

Tab. 28: Form der Überweisung

		(Mehrfachnennungen möglich)	Augenärztin /Augenarzt	Beratungsstellen: Sehbehinderung
Prozente	Sie (Augenärztin/Augenarzt) tätigen die Überweisung mit einem Überweisungsträger und erhalten eine Abrechnung (via Krankenkasse).		20.3	19.0
	Sie füllen ein kurzes Formular mit der Krankengeschichte der Patientin/des Patienten aus, das an die Beratungsstelle gesandt wird.		60.2	76.2
	Sie händigen den Flyer einer Beratungsstelle aus.		68.3	47.6
	Sie empfehlen mündlich eine Beratungsstelle.		22.8	19.0

Die Frage, ob es aus Sicht der Fachpersonen ophthalmologischer Guidelines bedarf, welche die Handhabung der Überweisung an eine Beratungsstelle beinhalten und den Ablauf damit vorgeben, bejahten 44.4 % der Befragten; jedoch verteilt sich dieser Anteil etwas unterschiedlich zwischen den Fachgruppen (Tab. 29). So bejahen eher die Beratungsstellen selbst die Einführung solcher allfälligen Guidelines, während die Augenärztinnen/Augenärzte oder auch die Optikerinnen/Optiker hier etwas weniger davon halten.

Tab. 29: Wunsch nach Guidelines

		Augenärztin/ Augenarzt	Optikerin/ Optiker	Beratungsstellen: Sehbehinderung
Prozente	Ja	33.7	48.4	78.9
	Nein	66.3	51.6	21.1

6.5 Fazit zur nationalen Befragung

Aus den Erkenntnissen der Befragung kann abgeleitet werden, dass in der Praxis Lücken und Hürden zwischen medizinischer und nicht-medizinischer Versorgung bei der Überweisung älterer Personen mit einer Sehbeeinträchtigung bestehen. Die Daten zeigen auch, dass Fachgruppen eine ähnliche Wahrnehmung haben und Verbesserungspotenziale sehen, jedoch unterschiedliche Lösungsansätze favorisieren, um diese Lücken zu schliessen bzw. diese Hürden zu überwinden.

Grundsätzlich kann an dieser Stelle festgehalten werden:

- Ältere Personen mit einer im Alter sich manifestierenden Sehbeeinträchtigung bewerten ihre allgemeine Gesundheit, ihre selbstständige Lebensführung sowie die Ausserhausmobilität schlechter als nicht betroffene Personen.
- Dennoch sind sie im Allgemeinen bereit, Hilfe anzunehmen und Rat einzuholen.
- Die befragten älteren Personen leiden meist an einer AMD oder einer anderen im Alter häufiger auftretenden Augenerkrankung und besuchen im Schnitt ein- bis zweimal im Jahr ihre Augenärztin bzw. ihren Augenarzt.
- Von den befragten Spätsehbehinderten gaben 27 % an, dass sie sich durch ihre Probleme mit dem Sehen im Alltag eher oder sehr eingeschränkt fühlen. Gerade diese Gruppe würde vermutlich von dem Angebot einer Beratungsstelle profitieren.

- Einschränkungen erleben betroffene ältere Personen vorwiegend im Alltag, z. B. beim Lesen kleingedruckter Texte, bei der Nutzung technischer Geräte oder beim Besuch von Ausserhausveranstaltungen.
- Um den Alltag trotz bzw. mit Sehproblemen zu bewältigen, nutzen die Befragten überwiegend ihr soziales Umfeld, das eine grosse Unterstützungsressource darstellt.
- Wenn das eigene soziale Umfeld nicht mehr ausreicht, wenden sich die Befragten mit allen Belangen rund ums Sehen an Augenärztinnen/Augenärzte. Kaum jemand würde sich direkt an eine Beratungsstelle wenden.
- Von den befragten älteren Zielpersonen gaben 33 % an, dass sie eine Beratungsstelle für sehbeeinträchtigte Personen kennen. Davon gaben jedoch nur 18 Personen (11.7 %) an, dass sie innerhalb der letzten fünf Jahre eine solche Beratungsstelle aufgesucht haben.
- Zwischen der Nutzung einer Beratungsstelle und der Bewertung der eigenen Lebenssituation besteht ein positiv interpretierbarer Zusammenhang, der anzeigt, dass die Personen, die eine Beratungsstelle besucht haben, ihre Alltagsbewältigung positiver bewerten als Personen, die keine Beratungsstelle besucht haben.
- Diejenigen Personen, die bereits eine Beratungsstelle kontaktiert haben, besuchten diese oftmals nur ein- bis zweimal in den letzten fünf Jahren.
- Die Empfehlung zum Besuch einer Beratungsstelle erfolgte in der Hälfte aller Fälle durch die behandelnden Augenärztinnen/Augenärzte und in einem Drittel der Fälle durch Familienangehörige.
- Die 18 Personen, die in den letzten fünf Jahren bereits eine Beratungsstelle besucht haben, gaben mehrheitlich an, dass sie sich eher bzw. sehr unterstützt gefühlt haben und ihren Alltag dadurch besser bewältigen können.
- Von den 136 Spätsehbehinderten, die noch nicht bei einer Beratungsstelle waren, gaben nur 16 Personen (12 %) an, dass sie bereits einmal eine Empfehlung zum Besuch einer Beratungsstelle erhalten hätten.
- Als Hauptgrund für die Nichtnutzung einer Beratungsstelle gaben die Befragten an, dass sie noch nicht «sehbehindert» seien und eine solche Beratungsstelle daher nicht die richtige Adresse für sie sei oder dass sie bis jetzt von niemandem auf den Besuch einer Beratungsstelle hingewiesen wurden.

Zusammenfassend kann für die Befragung der Fachpersonen festgehalten werden:

- Fast alle Fachpersonen erachten es als wichtig, dass eine ältere sehbehinderte Person über den medizinischen Abklärungsbedarf hinaus in lebenspraktischen, psychologischen und sozialen Belangen beraten wird.
- Von allen befragten Fachpersonen gab etwas mehr als die Hälfte (57 %) an, dass sie während ihrer Ausbildung oder einer Weiterbildung Einblicke in die psychosozialen Aspekte einer Sehbeeinträchtigung erhalten hat. Demzufolge sind auch einige Fachpersonen durch ihre Aus- und Weiterbildung weniger für diese Themen sensibilisiert.
- Lediglich 39 % der Befragten gaben an, dass sie bereits einmal eine Beratungsstelle aus dem Sehbehindertenwesen besucht haben.

- Der tägliche, fachliche Kontakt von Augenärztinnen/Augenärzten erfolgt meist zu Hausärztinnen/Hausärzten sowie Optikerinnen/Optikern, jedoch weniger zu Beratungsstellen.
- So gaben auch einige Fachpersonen an, dass sie die lokalen Beratungsstellen nicht kennen würden und nur begrenzte Kenntnisse über die Angebote und Beratungsformen der jeweiligen Beratungsstelle hätten.
- Obwohl fast 73 % angaben, jemanden in den letzten zwölf Monaten an eine Beratungsstelle überwiesen zu haben, differiert sich diese Angabe stark nach den Fachgruppen und verdeutlicht, dass eine Überweisung sehr von der befragten Fachperson abhängt.
- Die Fachpersonen, die in den letzten zwölf Monaten Überweisungen vorgenommen haben, leiteten im Schnitt acht Personen weiter. Davon haben etwa sieben Personen das Angebot tatsächlich genutzt, was auf eine gute Quote hinweist. Dennoch zeigt sich, dass einige der überwiesenen Personen den Weg zur Beratungsstelle «nicht finden».
- Leider erhielten nur 56 % der Augenärztinnen/Augenärzte nach der Überweisung eine Rückmeldung der Beratungsstellen oder der Patientinnen/Patienten.
- Insgesamt findet die Mehrheit der Fachpersonen, dass der Besuch einer Beratungsstelle den Patientinnen/Patienten einen Nutzen gebracht hat.
- Augenärztinnen und Augenärzte, die Kontakte zu Beratungsstellen pflegen, überweisen auch eher zu einer solchen Beratungsstelle.
- Die Vorteile einer Beratungsstelle sahen alle Fachgruppen vor allem in der Fachberatung, die sie selbst nicht anbieten können. Als Nachteile wurden u. a. der zu hohe Aufwand für die Patientinnen/Patienten genannt sowie die eher abschreckenden Bezeichnungen, die mit Beratungsstellen assoziiert werden («blind», «sehbehindert»). Auch die falsche Erwartungshaltung der Patientinnen/Patienten und der Versuch, zunächst alle verfügbaren medizinischen Therapien und Lösungen auszuschöpfen, wirken sich nachteilig aus.
- Als ein wichtiges Kriterium für eine Überweisung nannten die Augenärztinnen und Augenärzte Einschränkungen im täglichen Leben ihrer Patientinnen/Patienten. Darüber hinaus spielt aber auch ein bestimmter Grad der Seheinschränkung eine Rolle sowie die Feststellung, dass mit medizinischen Therapien keine Verbesserung des Sehens mehr erreicht werden kann.
- Der richtige Zeitpunkt für eine Überweisung ist für die Fachpersonen dann erreicht, wenn die Patientin/der Patient im Alltag Probleme mit dem Sehen hat. Jedoch bejaht nur etwa ein Drittel der befragten Fachpersonen die Aussage «Es ist nie zu früh», was darauf hindeutet, dass die Empfehlung für die Kontaktaufnahme mit einer Beratungsstelle eher hinausgezögert bzw. nach hinten gestellt wird.
- Von allen Fachpersonen werden die Augenärztinnen/Augenärzte als Hauptansprechpersonen für eine Überweisung angesehen, während die Patientin/der Patient und deren Angehörige am seltensten genannt wurden.
- Die Augenärztinnen und Augenärzte gaben als Haupthürden für eine Überweisung an, dass die betroffenen älteren Personen für ein solches Angebot nicht zugänglich seien und sich von «Behindertenberatungsstellen» abgeschreckt fühlten; jedoch erklärten 24 % der Augenärztinnen und Augenärzte auch, dass sie keine Zeit für eine Überweisung hätten.

- Eine wichtige Erkenntnis ist zudem, dass keine der Fachpersonen die Aussage «Ich sehe keinen Nutzen darin» bestätigte, was wiederum für eine positive Bewertung des potenziellen Beratungsangebots spricht.
- Als Überweisungsform favorisieren die Fachpersonen aus der Ophthalmologie den Weg über ein kurzes Formular oder einen Flyer, was auch den Beratungsstellen entgegenkommt.
- Obwohl 79 % der Stellenleiterinnen und Stellenleiter der Beratungsstellen aus dem Sehbehindertenwesen die Etablierung von ophthalmologischen Guidelines befürworten, stimmen nur 34 % der Augenärztinnen und Augenärzte dieser Aussage zu.

7 Recommandations

Les sections suivantes présentent les résultats de la troisième phase du projet. À partir de l'expérience qui a pu être acquise dans le cadre du projet PROVIAGE, il est prévu de présenter ci-après les recommandations résultant de l'étude de la littérature spécialisée, des ateliers et du sondage national. Le dialogue entre pratique et science permettra de les pondérer, de les développer et de les adapter.

Mais il est d'ores et déjà possible de retenir un résultat clair : il faut développer la pratique actuelle de recommandation. 33 % des personnes cibles interrogées indiquent qu'elles connaissent un service de consultation pour personnes malvoyantes. Mais seuls 12 % d'entre elles indiquent qu'elles ont aussi eu recours à l'offre d'un service de ce genre au cours des cinq dernières années. Même si les spécialistes recommandent parfois de prendre contact avec un service de consultation, on ne peut pas parler en Suisse de pratique de recommandation stable et établie. Par conséquent, seules quelques-unes des personnes âgées cibles bénéficient d'un conseil adéquat dans un service de consultation du domaine du handicap visuel. Les sections suivantes ont pour but d'aborder des possibilités de remédier à cette situation de recommandation lacunaire.

7.1 Introduction aux recommandations

Les recommandations énumérées ici reflètent les résultats de l'étude de la littérature spécialisée, des ateliers organisés avec des expertes et des experts ainsi que du sondage national. On a pu dégager quatre domaines thématiques.

En premier lieu, un rôle important revient à la **connaissance** que les spécialistes ont de l'offre de conseil psychosocial et à leur **point de vue** sur cette offre. On a constaté que les ophtalmologues et les opticiens et opticiennes, au cours de leur formation, acquièrent certes des connaissances sur les besoins psychosociaux de leurs clientes et clients âgés, mais souvent ne savent pas exactement ce que proposent les services de consultation du domaine du handicap visuel ni dans quelle mesure ils ou elles peuvent envoyer de façon ciblée leurs clientes et leurs clients à ces services de consultation. Même si presque tous les spécialistes jugent important qu'une personne âgée handicapée de la vue reçoive, en plus du diagnostic médical, des conseils d'ordre pratique, psychologique ou social, seuls 39 % d'entre eux indiquent s'être déjà rendus une fois dans un service de consultation du domaine du handicap visuel. Par conséquent, les spécialistes de l'ophtalmologie ne sont pas tous au courant des offres concrètes de ces services, ce qui est toutefois aussi le cas d'autres spécialistes tels que médecins de famille et personnel des services de consultation pour personnes âgées. Il est donc important que les spécialistes soient non seulement informés des besoins médicaux des patientes et des patients, mais tiennent aussi compte de leurs aspects psychosociaux. En outre, un point de vue positif sur la pratique de recommandation des services de consultation est nécessaire – avec la conscience qu'un conseil peut compléter et soutenir le processus de traitement médical. On peut donc dire en résumé : il faut avoir des connaissances et être disposé à formuler une recommandation. Mais ce point est aussi lié à la question de la responsabilité : quel(le) spécialiste devrait présenter la recommandation aux patientes et aux patients ? Pour répondre à cette question, tant les ateliers que le sondage national ont cité en premier les ophtalmologues, bien que l'on considère que tous les spécialistes ont aussi une certaine responsabilité de recommander un service de consultation.

C'est ainsi par exemple que la recommandation donnée par l'opticienne locale ou l'opticien local pourrait être utile pour les patientes et les patients. Il est donc judicieux que la recommandation de contacter un service de consultation soit formulée par différentes instances.

Deuxièmement, les données du sondage et les discussions des ateliers ont révélé que non seulement la connaissance de l'existence et de l'offre est importante, mais aussi le fait d'entretenir des **contacts** adéquats. Les ophtalmologues ont le contact professionnel le plus régulier avec les médecins de famille ou les opticiennes ou opticiens, et vice versa, mais moins avec les services de consultation. C'est ainsi que seule une partie des ophtalmologues adressent leurs patientes et leurs patients à un service de consultation – et le plus souvent très tard lorsque c'est le cas. Cette situation est en partie due au fait qu'il n'existe guère d'**échanges d'informations** ou de communication entre les spécialistes de l'ophtalmologie et les services de consultation. Toutefois, les ophtalmologues qui entretiennent des contacts avec les services de consultation sont plus enclins à leur adresser des patientes ou des patients. Par conséquent, des échanges réguliers renforcent la pratique de recommandation. Le fait que les services de consultation se présentent aux ophtalmologues, que des visites réciproques aient lieu et/ou que des consultations soient organisées directement dans le cabinet compte aussi à cet effet. Un processus permanent d'entretien mutuel des contacts et d'échanges d'informations en faveur des patientes et des patients est prometteur.

Comme troisième thème important, on a déjà discuté de la forme concrète de la **pratique de recommandation** au quotidien dès le premier atelier réunissant les expertes et les experts. Les résultats tirés de la littérature spécialisée ainsi que du propre sondage national de PROVIAGE renvoient à trois chantiers : a) les critères d'une recommandation, b) le bon moment pour une recommandation et c) la forme de la recommandation. Les critères de la recommandation (a) ont parfois été pondérés différemment au sein des ateliers et dans le cadre du sondage. Comme critère important de recommandation, les ophtalmologues ont cité les limitations dans la vie quotidienne et un certain degré de déficience visuelle. Mais il est aussi apparu que l'on attend encore avant la recommandation : celle-ci n'est formulée que lorsque plus aucune amélioration de la vue ne peut être atteinte avec des thérapies médicales. Les limitations au quotidien sont certes considérées comme un critère important, mais les critères médicaux bénéficient d'une pondération plus forte. Il semble problématique que le conseil d'un service de consultation soit considéré comme un « dernier recours » et que les patientes ou les patients soient déçus lorsque ce « dernier recours » ne répond pas aux espoirs placés en lui, puisque les services de consultation ne peuvent pas non plus réaliser de miracles. À côté des critères, le moment de la recommandation (b) s'est aussi avéré être un indicateur important d'une bonne politique de recommandation. C'est ainsi que la recommandation ne devrait justement pas attendre jusqu'à ce qu'« il n'y ait plus rien à faire » : elle devrait au contraire déjà avoir lieu de bonne heure au cours du traitement – en complément de la thérapie médicale. L'aspect du temps inclut toutefois encore une autre perspective, à savoir celle des patientes et des patients âgés. Ce sont eux ou elles qui codécident s'ils ou elles sont prêts à accepter l'offre des services de consultation. Par conséquent, les spécialistes de l'ophtalmologie et les autres groupes professionnels doivent aussi percevoir avec sensibilité lorsque la patiente ou le patient est prêt à demander conseil à un service de consultation. Outre les critères et le bon moment, on a aussi thématiqué, dès le lancement du projet, la forme de la recommandation (c) : devrait-il plutôt s'agir d'une recommandation orale informelle, d'un formulaire standardisé pour les échanges mutuels ou

d'une recommandation formelle valorisée par le biais de la caisse maladie ? Les données du sondage national donnent une bonne indication à ce sujet : comme forme de recommandation, les spécialistes de l'ophtalmologie privilégient un bref formulaire ou un prospectus, ce qui arrangerait aussi les services de consultation. On préfère un formulaire qui garantit un échange mutuel d'informations entre les groupes professionnels médicaux et les services de consultation. C'est justement cet échange mutuel d'informations que les deux parties considèrent comme un pilier important en faveur d'une pratique de recommandation adaptée au quotidien. À cet effet, tant le formulaire que l'échange d'informations devraient être adéquats et pas trop longs afin que tous deux puissent être intégrés avec efficacité au quotidien. Une fois formés, les assistantes médicales et les assistants médicaux des cabinets d'ophtalmologie pourraient aussi jouer un rôle important.

Comme quatrième et dernier facteur d'influence, on peut mentionner les éventuels **obstacles à l'entrée**. Ces obstacles sont de diverses natures et concernent tant la patiente ou le patient individuel(le) que les groupes professionnels et la société en tant que telle. Un premier thème que l'on peut mentionner ici est l'accessibilité des offres. Cette notion désigne d'une part l'accessibilité régionale, donc la question de savoir à quelle distance une personne âgée doit se déplacer pour accéder à un service de consultation, mais d'autre part aussi la question de savoir si les offres de conseil ne pourraient pas également être proposées sous forme mobile, par exemple à la journée dans le cabinet d'un ou d'une ophtalmologue, d'un médecin de famille ou encore sous la forme d'un conseil itinérant. L'idée sous-jacente est de maintenir aussi bas que possible les obstacles au recours à un service de consultation. Il faudrait amener l'offre de conseil aux personnes âgées concernées plutôt que les personnes âgées à l'offre de conseil. De nombreuses personnes âgées évitent la visite d'un service de consultation même si cette visite est évaluée positivement par les personnes âgées interrogées qui l'ont effectuée et même si elle a aussi eu une influence positive sur leur gestion du quotidien. Du point de vue des personnes concernées et des médecins spécialisés, cette situation est en grande partie due au fait que les personnes âgées ne se perçoivent pas elles-mêmes comme « handicapées de la vue ». Ces personnes estiment parfois que la mauvaise vue tient au grand âge et non à un « handicap » – et ne font donc pas appel non plus aux offres du « domaine du handicap visuel ». Il en résulte un obstacle non visible de l'extérieur qui provient de l'évaluation subjective selon laquelle les services de consultation ne sont pas là pour elles, mais pour les personnes qui ont un « handicap ». Cet obstacle invisible empêche les personnes âgées de se renseigner sur les multiples offres des services de consultation lorsque les spécialistes médicaux (p. ex. pendant le traitement en cabinet ou lors du rendez-vous de correction optique chez l'opticienne ou l'opticien) ne les en informent pas explicitement. Non seulement les désignations plutôt dissuasives associées aux services de consultation (« aveugle », « malvoyant ») et l'image plutôt négative perçue par le public jouent ici un rôle, mais le travail du projet a aussi bien mis en évidence la nécessité de sensibiliser le public au conseil psychosocial. Les offres de conseil psychosocial ou autre que propose un service de consultation ne devraient pas être étiquetées « conseils réservés aux personnes handicapées qui ont des problèmes psychiques et sociaux ». Il faudrait au contraire expliquer que les offres de consultation peuvent apporter une contribution importante à une gestion réussie du quotidien par les personnes âgées. De petites indications au cours de la consultation, par exemple sur les moyens auxiliaires techniques, les prestations financières qui peuvent être demandées ou les stratégies de gestion, pourraient produire un effet important et durable pour toutes les personnes âgées atteintes d'une déficience visuelle grave.

7.2 Recommandations

Il est possible de formuler des recommandations à quatre niveaux :

- A. Connaissances de base et points de vue ;
- B. Contacts et échanges d'informations ;
- C. Pratique concrète de recommandation ;
- D. Minimiser les obstacles à l'entrée.

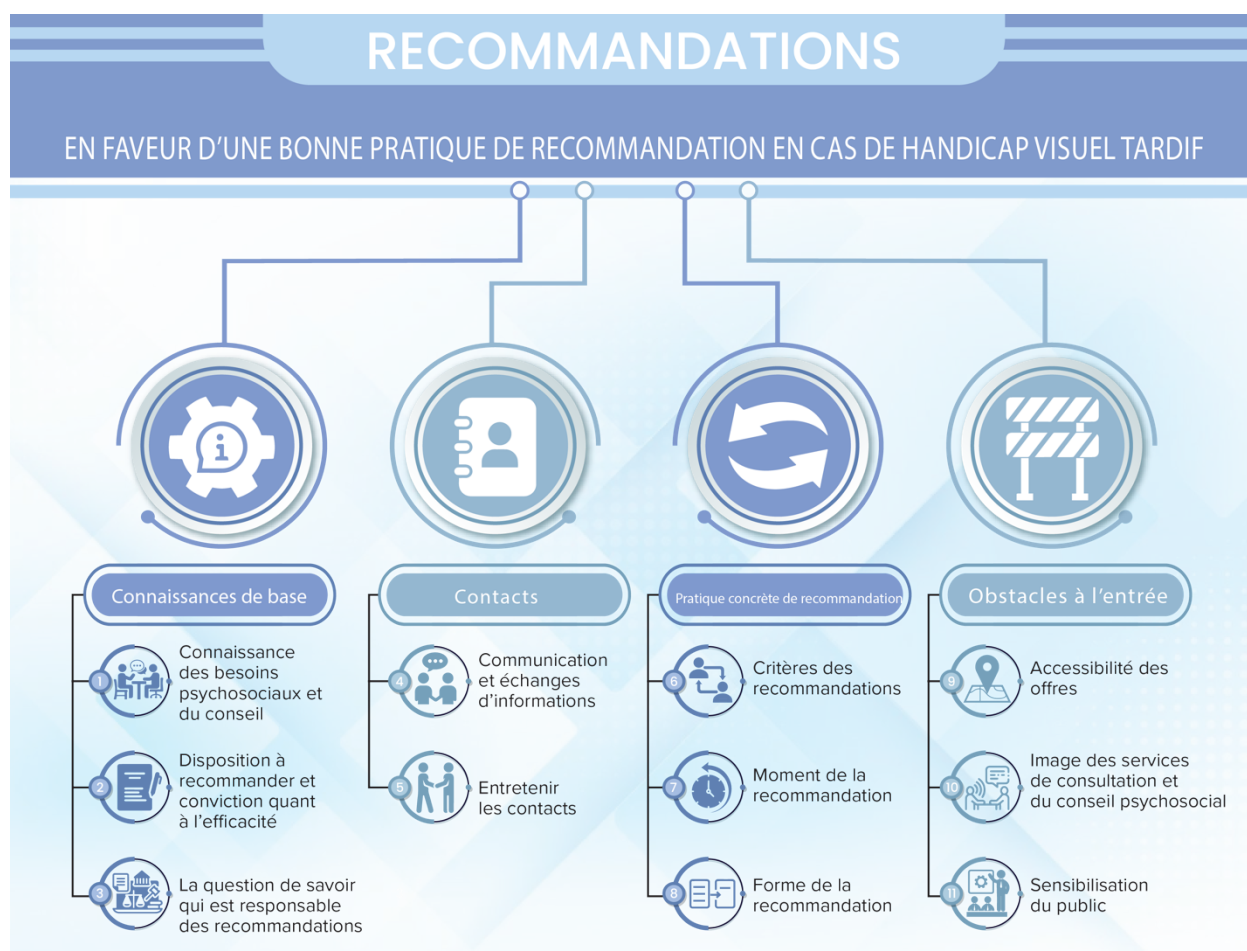


Fig. 2 : Recommandations en faveur d'une bonne pratique de recommandation en cas de handicap visuel tardif

Ces niveaux sont représentés dans la figure 2 et esquissés individuellement ci-dessous.

7.2.1 Connaissances de base et points de vue

Au premier niveau, il s'agit des connaissances transmissibles et des points de vue sur lesquels elles influent en matière de conseil psychosocial. D'une part, il est donc important d'intégrer la connaissance des intérêts psychosociaux des patientes et des patients à la formation et au perfectionnement du personnel médical et de rendre visibles les effets des consultations, afin que davantage de spécialistes incitent leurs patientes et leurs patients à visiter un service de consultation. D'autre part, ce niveau inclut la question de la responsabilité, attribuée principalement à l'ophtalmologue d'après les données du sondage. Toutefois, tous les spécialistes participant au réseau de soins des personnes âgées devraient être sensibilisés à la

nécessité de recommander à leurs clientes et à leurs clients de visiter un service de consultation (tabl. 30). Si les ophtalmologues n'ont pas le temps de le faire au quotidien, il est possible de déléguer cette responsabilité à des assistantes médicales ou à des assistants médicaux bien formés à ce sujet.

Tabl. 30 : Niveau de recommandations A : connaissances de base et points de vue

	Description	Responsabilités	Possibilités concrètes de mise en œuvre
Domaines			
1. Connaissance des besoins psychosociaux et du conseil	Les connaissances des spécialistes sur les besoins psychosociaux des patientes et des offres de conseil existantes	Spécialistes de l'ophtalmologie, de l'optométrie et de la médecine générale	<ul style="list-style-type: none"> Le thème des besoins psychosociaux et des offres des services de consultation devrait entrer dans la formation de base du personnel médical. Des offres de perfectionnement sur ce thème devraient être mises à disposition et utilisées.
2. Disposition à recommander et conviction quant à l'efficacité	Être prêt en général aux recommandations et estimer que le conseil psychosocial en vaut la peine	Spécialistes de l'ophtalmologie, de l'optométrie et de la médecine générale	<ul style="list-style-type: none"> La disposition à recommander peut être améliorée par le contact avec les services de consultation. Le personnel médical devrait se familiariser avec l'offre des services de consultation. Les spécialistes de l'ophtalmologie sont prêts à la recommandation et apprécient l'utilité du conseil psychosocial. Il devrait y avoir des messages de feed-back (p. ex. oraux ou par le biais d'un formulaire) des services de consultation sur les succès du conseil afin de rendre visible l'efficacité du conseil.
3. La question de savoir qui est responsable des recommandations	La question de savoir quel groupe professionnel est responsable de la recommandation	Les ophtalmologues, mais aussi tous les spécialistes actifs dans le réseau de soins	<ul style="list-style-type: none"> La principale recommandation devrait être formulée par des ophtalmologues. Mais chaque spécialiste (p. ex. médecin de famille, opticienne ou opticien, personnel d'autres services de consultation) devrait formuler la recommandation de visiter un service de consultation.

7.2.2 Contacts et échanges d'informations

Il ressort des données du sondage national et des discussions consécutives lors des ateliers avec des expertes et des experts que la connaissance des services de consultation, la pratique de recommandation ou la disposition de principe à recommander ne sont pas les seuls paramètres importants pour le contact avec les patientes et les patients concernés. Il s'est en outre révélé que des contacts de qualité et réguliers entre personnel médical et personnel des services de consultation ont une influence positive sur la fréquence de recommandation. Ainsi, les spécialistes sont d'une part mieux informés de l'offre des services de consultation et peuvent guider leurs patientes et leurs patients de manière ciblée vers les offres des services de consultation. Ils peuvent d'autre part voir directement l'efficacité du conseil et constater que les recommandations sont judicieuses et soutiennent les thérapies médicales. À cet effet, il est important d'établir un premier contact entre le personnel médical et les services de consultation et d'entretenir continuellement le contact, p. ex. sous forme de visites réciproques ou de soirées

de formation continue. Mais cela inclut aussi des échanges d'informations sur les patientes et les patients et sur les autres objectifs de traitement (tabl. 31).

Tabl. 31 : Niveau de recommandations B : contacts et échanges d'informations

	Description	Responsabilités	Possibilités concrètes de mise en œuvre
Domaines			
4. Communication et échanges d'informations	Établissement et entretien de la communication ainsi que des échanges d'informations entre tous les groupes professionnels impliqués et les services de consultation	Tout le monde	<ul style="list-style-type: none"> Les échanges d'informations devraient être développés, par exemple par des visites ou des appels téléphoniques réciproques. Les échanges d'informations au sujet des patientes et des patients individuels devraient être établis par un formulaire écrit.
5. Entretien les contacts	Contacts réguliers entre le personnel médical et les services de consultation	Spécialistes de l'ophtalmologie, de l'optométrie et de la médecine générale ainsi que services de consultation	<ul style="list-style-type: none"> Les services de consultation font connaître l'offre des services de consultation aux nouveaux médecins installés. Rencontres et visites régulières ou présentations et offres de formation continue réciproques

7.2.3 Pratique concrète de recommandation

Trois questions jouent un rôle décisif quant à la pratique concrète de recommandation :

- Quels critères doivent être remplis pour qu'une recommandation ait lieu ?
- Quel est le bon moment pour une recommandation ?
- Quelle est la bonne forme de recommandation ?

Il n'est certes pas toujours possible de répondre de manière exhaustive et précise à ces trois questions, mais les résultats du projet permettent de retenir les points suivants (tabl. 32) :

- Il faudrait tenir compte non seulement de critères médicaux, mais aussi de critères tels que gestion du quotidien et besoin de soutien psychosocial. Une recommandation ne devrait pas avoir lieu seulement lorsque tous les moyens médicaux ont été épuisés, mais déjà de bonne heure : cela permet d'une part de soutenir la thérapie médicale, d'autre part de consacrer justement du temps et de l'espace à des questions non médicales (lors d'une consultation professionnelle distincte).
- Par conséquent, la visite d'un service de consultation devrait déjà être recommandée de bonne heure. Il faudrait toutefois tenir compte du fait qu'il y a non seulement la perception des spécialistes quant au « bon moment », mais aussi celle des patientes et des patients, qui, en raison de problèmes urgents ou d'autres situations de détresse, ne se voient peut-être pas encore en mesure de consulter un service de conseil ou n'en perçoivent pas encore la nécessité.
- Le sondage a permis de bien clarifier la question de la « forme ». Tant les spécialistes que les services de consultation donnent leur préférence à un bref formulaire pour les échanges mutuels. Des modèles de formulaires de ce genre se trouvent par exemple sur le site du Service spécialisé de Suisse centrale pour handicapés de la vue². Mais il faudrait également sensibiliser tous les spécialistes actifs dans le réseau de soins aux personnes âgées à la nécessité de recommander la visite d'un service de consultation.

² <https://www.fs-z.ch/dienstleistungen/ueberweisungsformular>

- d) En outre, il faudrait établir à plus long terme des directives ophtalmologiques pour garantir l'importance du conseil psychosocial dans le processus de traitement. On donnerait ainsi au conseil psychosocial un certain caractère obligatoire dans le processus de thérapie et de traitement.

Tabl. 32 : Niveau de recommandations C : pratique concrète de recommandation

	Description	Responsabilités	Possibilités concrètes de mise en œuvre
Domaines			
6. Critères des recommandations	Les critères d'une recommandation (p. ex. degré de déficience visuelle ou limitations pour la gestion du quotidien)	Spécialistes de l'ophtalmologie	<ul style="list-style-type: none"> Il faudrait intégrer non seulement des critères médicaux (historique médical), mais aussi des aspects sociaux, tels que limitations au quotidien.
7. Moment de la recommandation	Le bon moment de formuler une recommandation	Spécialistes de l'ophtalmologie ainsi qu'autres spécialistes	<ul style="list-style-type: none"> La recommandation ou le conseil de visiter un service de consultation devrait être formulé(e) de bonne heure. Il faut indiquer plusieurs fois la visite d'un service de consultation (dans leur historique médical individuel, les patientes et les patients ne sont pas toujours pareillement prêts ou en mesure d'accepter l'offre de visiter un service de consultation).
8. Forme de la recommandation	La forme de la recommandation	Spécialistes de l'ophtalmologie et services de consultation	<ul style="list-style-type: none"> Un formulaire écrit de recommandation devrait être développé et utilisé partout. Ce formulaire devrait être court et intégrable dans l'exploitation régulière d'un cabinet. Des assistantes médicales ou des assistants médicaux pourraient aussi aider à remplir et à tenir à jour l'historique. Établissement de directives ophtalmologiques pour garantir l'importance du conseil psychosocial dans le processus de traitement Lancement à long terme – en plus du formulaire précité – d'un décompte de la recommandation fondé sur le TARMED

7.2.4 Minimiser les obstacles à l'entrée

Comme dernier niveau, on peut citer les « obstacles à l'entrée », qui incluent l'accessibilité des offres, l'image du service de consultation et la sensibilisation du public.

Tabl. 33 : Niveau de recommandations D : obstacles à l'entrée

	Description	Responsabilités	Possibilités concrètes de mise en œuvre
Domaines			
9. Accessibilité des offres	L'accessibilité régionale et la couverture des offres	Services de consultation et élus	<ul style="list-style-type: none"> Les services de consultation de régions rurales ou mal desservies devraient le cas échéant mettre à disposition des offres supplémentaires (p. ex. services de consultation mobiles ou utilisation commune de locaux d'un cabinet). Un soutien financier des pouvoirs publics est nécessaire dans ce cas pour maintenir le réseau de soins.
10. Image des services de consultation et du conseil psychosocial	Les mots utilisés pour désigner les services de consultation et leur éventuel effet dissuasif sur les clientes et les clients âgés	Services de consultation, mais aussi tous les autres spécialistes (ophtalmologie, optométrie, médecine générale, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Les services de consultation devraient se demander dans quelle mesure ils devraient adapter leur désignation afin qu'elle paraisse moins « restrictive » (« uniquement pour aveugles et malvoyants »). Mais les professions médicales et leur perception des services de consultation y contribuent aussi. Si les spécialistes parlent positivement de l'offre, les personnes âgées sont plus disposées à y faire appel.
11. Sensibilisation du public	La perception sociale du conseil psychosocial aux personnes âgées	Tout le monde	<ul style="list-style-type: none"> Le grand public devrait être sensibilisé au fait que la visite d'un service de consultation est « tout à fait normale » et que les personnes âgées peuvent y demander du soutien sans être tout de suite considérées comme un « cas particulier ». Il est possible d'atteindre cet objectif par des relations publiques et des campagnes. Les campagnes devraient également promouvoir la notoriété des services de consultation puisque les personnes cibles ne les connaissent guère.

C'est justement pour les personnes âgées à mobilité réduite qu'il est important que les offres de conseil soient accessibles. Étant donné que cela n'est pas toujours garanti dans les régions rurales, il faudrait y discuter par exemple de solutions mobiles (services de consultation itinérants) ou d'offres de consultation à la journée dans des cabinets d'ophtalmologues. En outre, chaque service de consultation devrait clarifier pour lui-même dans quelle mesure il souhaite présenter son offre à l'extérieur et comment il pourrait minimiser les éventuels « obstacles à l'entrée » par le choix de son nom (p. ex. « service de consultation pour handicapés de la vue »). Enfin, le grand public doit être sensibilisé au fait que le recours au conseil psychosocial en général, mais aussi plus spécifiquement l'utilisation d'offres des services de consultation du domaine du handicap visuel sont quelque chose de normal et que des offres de soutien quotidien et concret y sont proposées (tabl. 33).

8 Perspectives

L'étude PROVIAGE a permis de répertorier la pratique de recommandation d'un service de consultation du domaine du handicap visuel auprès des personnes âgées atteintes d'une déficience visuelle grave qui se manifeste avec l'âge. Le nombre de personnes âgées qui doivent gérer leur quotidien avec des problèmes sensoriels augmentera encore à l'avenir. Face à cette évolution, il était important d'examiner de près la situation actuelle des soins. L'analyse de la pratique appliquée en Suisse a toutefois révélé des lacunes importantes de recommandation. Seule une petite partie des personnes âgées concernées a déjà visité une fois un service de consultation ou s'est vu signaler l'existence d'un tel service.

On peut donc constater que les ressources de réadaptation sous forme d'offres de conseil pour les personnes atteintes de déficience visuelle en Suisse sont certes disponibles, mais qu'elles ne sont pas encore suffisamment exploitées. L'idéal serait que les prestataires de la médecine de famille, de l'ophtalmologie, de l'optométrie ainsi que les services cantonaux de consultation et de réadaptation collaborent aux soins fournis aux patientes et aux patients âgés de manière bien informée et routinière. PROVIAGE a toutefois révélé des lacunes considérables dans la recommandation : 33 % des personnes âgées atteintes de déficience visuelle indiquent certes connaître un service de consultation pour personnes malvoyantes, mais seuls 12 % d'entre elles ont aussi fait appel à l'offre d'un tel service au cours des cinq dernières années. En outre, seuls 12 % ont reçu de leur ophtalmologue une recommandation à ce sujet. Enfin, la pratique de recommandation des médecins traitants peut être qualifiée de plutôt discrète. Les raisons de ces lacunes ont été abondamment discutées dans les chapitres précédents et ont abouti à la formulation de onze domaines de recommandation (voir chap. 7). Ces recommandations devraient être prises en considération pour que les lacunes dans les soins puissent être comblées, que les personnes âgées connaissent les offres des services de consultation et qu'elles puissent aussi les exploiter.

L'étude PROVIAGE a pu tirer au clair de premières questions, mais n'a fait qu'en aborder quelques autres, voire ne les a pas du tout traitées. Il est important d'intensifier systématiquement la recherche lancée dans ce domaine par de nouvelles études afin de consolider et d'approfondir les résultats obtenus jusqu'à présent, de sensibiliser à ce domaine le paysage suisse de la recherche, de développer la perception que le public a de ce thème et de mettre à disposition des praticiens de nouvelles recommandations ou de nouveaux modèles explicatifs. PROVIAGE a pu répertorier la pratique de recommandation en Suisse, mais il est important maintenant de vérifier et d'évaluer la praticabilité des recommandations formulées.

Pour conclure, il faut souligner que PROVIAGE a décrit principalement la situation de personnes âgées vivant chez elles, mais moins la situation des soins dans les EMS. À ce sujet, nous voyons la nécessité de chercher comment une activité de soins et de recommandation gériatrique et spécifique au handicap visuel pourrait être organisée et mise en œuvre. Enfin et surtout, il faudrait continuer à développer les efforts initiés par PROVIAGE pour promouvoir la structure suisse des soins et poursuivre au niveau scientifique et pratique le dialogue entre tous les groupes professionnels impliqués, afin que ce thème important reste à l'agenda.

9 Literatur

- Adam, R., & Pickering, D. (2007). Where Are All the Clients? Barriers to Referral for Low Vision Rehabilitation. *Visual Impairment Research*, 9(2–3), 45–50. <https://doi.org/10.1080/13882350701481033>
- Basilious, A., Cheng, J., & Buys, Y. M. (2015). Comparison of glaucoma knowledge and referral practices among family physicians with ophthalmologists' expectations. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 50(3), 202–208. <https://doi.org/10.1016/j.jcjo.2015.01.006>
- Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C. J., & Rammstedt, B. (2014). Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzsкала (ASKU). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS). <https://doi.org/10.6102/ZIS35>
- Bernbaum, M., & Albert, S. G. (1996). Referring Patients With Diabetes and Vision Loss for Rehabilitation: Who is responsible? *Diabetes Care*, 19(2), 175–177. <https://doi.org/10.2337/diacare.19.2.175>
- Bischoff, P. (1990). Soll sich der Augenarzt um die Low-Vision-Beratung kümmern? *Klm. Mb!. Augenheilk.*, 1990(196), 430–432. <https://doi.org/10.1055/S-2008-1046218>
- Brunes, A., Hansen, M. B., & Heir, T. (2019). Einsamkeit bei Erwachsenen mit Sehbehinderung: Prävalenz, assoziierte Faktoren und Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheit. *Kompass Ophthalmologie*, 5(3), 110–117. <https://doi.org/10.1159/000502498>
- Bobillier, L. (2013). Evaluation de la qualité de vie en basse vieion: Étude basée sur l'utilisation de l'échelle NEI-VFQ 25. 52.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2021). Sehen im Alter: Veränderungen, Risiken und Informationen. Retrieved September 11, 2023, from <https://gesund.bund.de/sehen-im-alter>
- Büttner, C., & Quindel, R. (2013). ICF als bio-psycho-soziales Modell von Gesundheit. In C. Büttner & R. Quindel, *Gesprächsführung und Beratung* (S. 75–88). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-30212-1_5
- Cimberle, M. (2023). Low-vision services improve vision, quality of life in patients with neovascular AMD. *Ocular Surgery News*, (26/4). Retrieved from <https://www.healio.com/news/ophthalmology/20230426/lowvision-services-improve-vision-quality-of-life-in-patients-with-neovascular-amd>
- Coopérative d'ingénierie sociale CISAME. (2015). Analyse de la littérature nationale et internationale portant sur les dispositifs et pratiques spécifiques pour l'accompagnement des personnes atteintes de déficiences sensorielles dans les établissements pour personnes âgées. (Nr. Livrable 1). ANESM. Abgerufen von ANESM-Website: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/revue_de_litterature_deficiences_sensorielles_livrable1.pdf
- De Boer, M. R., Langelaan, M., Jansonius, N. M., & Van Rens, G. H. M. B. (2005). Evidence-Based Guidelines on the Referral of Visually Impaired Persons to Low Vision Services. *European Journal of Ophthalmology*, 15(3), 400–406. <https://doi.org/10.1177/112067210501500314>
- Diabète programme cantonal. (2019). Recommandations pour la pratique clinique: Prise en charge des personnes atteintes d'affections chroniques multiples. Vaud. Abgerufen von https://www.recodiab.ch/RPC_multimorbidite.pdf
- Dickson, P. R., McCarty, C. A., Keeffe, J. E., Baxter, R., Harper, C. A., Taylor, H. R., & Baxter, R. (1996). Diabetic retinopathy: Examination practices and referral patterns of general

- practitioners. *Medical Journal of Australia*, 164(6), 341–344. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1996.tb122049.x>
- Ewert, T. (2012). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als Klassifikationshilfe der langfristigen Krankheitsfolgen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55(4), 459–467. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1457-8>
- Fang, P. P., Schnetzer, A., Kupitz, D. G., Göbel, A. P., Kohnen, T., Reinhard, T., ... Finger, R. P. (2017). Ophthalmologische Versorgung in Seniorenheimen: Die OVIS-Studie. *Der Ophthalmologe*, 114(9), 818–827. <https://doi.org/10.1007/s00347-017-0557-0>
- Finger, R. P., & Holz, F. G. (2012). Versorgung von älteren Menschen mit neovaskulärer altersabhängiger Makuladegeneration. *Der Ophthalmologe*, 109(5), 474–478.
- Fink, D. J., Terheyden, J. H., Berger, M., Holz, F. G., Pfeiffer, N., Schuster, A. K., & Finger, R. P. (2022). The importance of visual health—A representative population survey. *Deutsches Ärzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0200>
- Fletcher, D. C. (Hrsg.). (1999). *Low vision rehabilitation: Caring for the whole person*. San Francisco: American Academy of Ophthalmology.
- Fondation Asile des aveugles. (2019). Rapport annuel 2019. Abgerufen von https://www.ophtalmique.ch/app/uploads/2020/07/RA_2019_BR.pdf
- Fontenot, J. L., Bona, M. D., Kaleem, M. A., McLaughlin, W. M., Morse, A. R., Schwartz, T. L., ... Jackson, M. L. (2018). Vision Rehabilitation Preferred Practice Pattern®. *Ophthalmology*, 125(1), P228–P278. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2017.09.030>
- Glofke-Schulz, E.-M. (2007). *Löwin im Dschungel: Blinde und sehbehinderte Menschen zwischen Stigma und Selbstwertung*. Gießen: Psychosozial-Verl.
- Gold, D., & Zuvela, B. (2005). The impact of health policy gaps on low vision services in Canada. *International Congress Series*, 1282, 134–138. <https://doi.org/10.1016/j.ics.2005.05.049>
- Goldschmidt, M., Mottaz, C., & Bertrand, R. (2022). Der passende Zeitpunkt – Wann sollte eine Person mit AMD an eine Low-Vision-Stelle überwiesen werden? St. Gallen: SZBLIND. Siehe auch: <https://www.tactuel.ch/der-passende-zeitpunkt/>
- Greenblatt, S. L. (1988a). Training practicing ophthalmologists to meet the needs of visually impaired and blind patients. *International Journal of Rehabilitation Research*, 11, 309–310. <https://doi.org/10.1097/00004356-198809000-00025>
- Greenblatt, S. L. (1988b). Visually impaired and blind individuals' perspectives of the rehabilitation system: A pilot study. *International Journal of Rehabilitation Research*, 11(4), 414.
- Greenblatt, S. L. (1990). Training Ophthalmology Residents to Treat Patients with Vision Loss. *Ophthalmology*, 97(1), 138–143. [https://doi.org/10.1016/S0161-6420\(90\)32635-0](https://doi.org/10.1016/S0161-6420(90)32635-0)
- Greenblatt, S. L. (2005). Ophthalmologists' Referrals Improve the Lives of Visually Impaired Patients. *Archives of Ophthalmology*, 123(6), 872. <https://doi.org/10.1001/archophth.123.6.871>
- Haute Autorité de Santé. (2012). Dégénérescence maculaire liée à l'âge: Prise en charge diagnostique et thérapeutique. Abgerufen von https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/reco2clics_degenerescence_maculaire_liee_a_lage_prise_en_charge_diagnostique_et_therapeutique_2012-12-10_15-25-41_878.pdf
- Hennighausen, U., Strotzka, S., & Krupp, S. (2020). Visuelle Beeinträchtigungen im Alter. *Geriatric-Report*, 15(4), 16–19. <https://doi.org/10.1007/s42090-020-0626-4>
- Heussler, F., Wildi, J., & Seibl, M. (2016). Menschen mit Sehbehinderung in Alterseinrichtungen: Gerontagogik und gerontagogische Pflege – Empfehlungen zur Inklusion. Zürich: Seismo.

- Heyl, V., & Wahl, H.-W. (2001). Psychosocial adaptation to age-related vision loss: A six-year perspective. *Journal of Visual Impairment & Blindness (JVIB)*, 95(12), 739–748.
- Himmelsbach, I., Lipinski, J., & Putzke, M. (2016). Internet-Recherche nach Beratungsangeboten für ältere Menschen mit Sehbehinderung. *Der Ophthalmologe*, 113(11), 933–942.
- Himmelsbach, I. (2009). Altern zwischen Kompetenz und Defizit: Über den Umgang mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit am Beispiel der altersbedingten Makuladegeneration. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Himmelsbach, I. (2021). Versorgungslandschaft in Deutschland: Landkarten und Internetangebote. In S. Lauber-Pohle & A. Seifert (Hrsg.), *Sehbeeinträchtigung im Alter* (S. 231–244). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-32302-8_13
- Himmelsbach, Ines, Spiegel, J., Wolski, L., & Neß, T. (2021). AugenBus – Mobile sozialmedizinische Beratung Sehbehinderter in Südbaden. In S. Lauber-Pohle & A. Seifert (Hrsg.), *Sehbeeinträchtigung im Alter* (S. 123–144). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-32302-8_8
- Höglinger, D., Guggisberg, J., & Jäggi, J. (2022). Hör- und Sehbeeinträchtigungen in der Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). Abgerufen von https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2022-02/Obsan_01_2022_BERICHT.pdf
- Hüsler, S., & Schmid, H. (2013). Feuchte Makuladegeneration: Verarbeitung und Bewältigung – eine Studie aus der Schweiz. *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 230(12), 1251–1256. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1351029>
- Kaldenberg, J. (2019). Low vision rehabilitation services: Perceived barriers and facilitators to access for older adults with visual impairment. *British Journal of Occupational Therapy*, 82(8), 466–474. <https://doi.org/10.1177/0308022618821591>
- Kaleem, M. A., Swenor, B. K., West, S. K., Im, L., & Shepherd, J. D. (2019). Low-Vision Services and the Glaucoma Patient. *Ophthalmology Glaucoma*, 2(3), 127–129. <https://doi.org/10.1016/j.ogla.2019.01.012>
- Kaleem, M. A., West, S. K., Im, L., & Swenor, B. K. (2018). Referral to Low Vision Services for Glaucoma Patients: Referral Criteria and Barriers. *Journal of Glaucoma*, 27(7), 653–655. <https://doi.org/10.1097/IJG.0000000000000985>
- Kämmerer, A., Wahl, H.-W., Becker, S., Kaspar, R., Himmelsbach, I., Holz, F., & Miller, D. (2006). Psychosoziale Unterstützung von älteren Menschen mit einer chronischen Sehbeeinträchtigung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 14(3), 95–105.
- Kampmann, S., & Lutz, F. (2021). Sehbehinderung und Blindheit im Alter – eine Herausforderung für die stationäre Altenpflege. In S. Lauber-Pohle & A. Seifert (Hrsg.), *Sehbeeinträchtigung im Alter* (S. 169–187). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-32302-8_10
- Köberlein-Neu, J., Seifert, A., & Himmelsbach, I. (2018). Selbstberichtetes Sehvermögen in der (gerontologischen) Versorgungsforschung und -praxis – ein Plädoyer zur Öffnung. *Der Ophthalmologe*, 115(10), 818–825. <https://doi.org/10.1007/s00347-018-0704-2>
- Kruse, J., Grinschgl, A., Wöller, W., Söllner, W., & Keller, M. (2003). Psychosoziale Interventionen bei Patientinnen mit Brustkrebs. *Psychotherapeut*, 48(2), 93–99. <https://doi.org/10.1007/s00278-003-0295-4>
- Lam, N., & Leat, S. J. (2013). Barriers to accessing low-vision care: The patient's perspective. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 48(6), 458–462. <https://doi.org/10.1016/j.jcjo.2013.02.014>

- Lang, M., & Heyl, V. (2021). *Pädagogik bei Blindheit und Sehbehinderung* (1. Auflage). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Larsen, P. P., Islomova, K., Schnetzer, A., Holz, F. G., & Finger, R. P. (2021). Ophthalmologische Versorgung im Seniorenheim: Die OVIS-Studie. In S. Lauber-Pohle & A. Seifert (Hrsg.), *Sehbeeinträchtigung im Alter* (S. 59–66). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-32302-8_5
- Lehmann-Laue, A., Danker, H., Schröter, K., Friedrich, M., Mehnert, A., & Ernst, J. (2019). Psychosoziale Versorgung von Krebspatienten in einer Krebsberatungsstelle an einem Universitätsklinikum: Empirische Ergebnisse zu Patientenmerkmalen und Versorgungsbedürfnissen. *PPmP – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 69(01), 20–28. <https://doi.org/10.1055/s-0043-124442>
- Lovie-Kitchin, J. E., Keeffe, J. E., & Taylor, H. R. (1996). Referral to low vision services by optometrists. *Clinical and Experimental Optometry*, 79(6), 227–234. <https://doi.org/10.1111/j.1444-0938.1996.tb05181.x>
- Marinoff, R. (2012). Referral Patterns in Low Vision: A Survey of Mid-South Tri-State Eye Care Providers. *Journal of Behavioral Optometry*, 23(1), 13–23.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (Hrsg.). (1996). *The global burden of disease: Summary; a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Geneva: World Health Organization [u. a.].
- Overbury, O., & Wittich, W. (2011). Barriers to Low Vision Rehabilitation: The Montreal Barriers Study. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 52(12), 8933–8938.
- Peltenburg, M., Kiener, M., Iseli, H., Trüb, P., Christen, P., Hurni, R., ... Gloor, B. (2004). Erhaltung des Sehvermögens im Alter: Eine Patienten- und Hausarztbefragung zur Einleitung eines Qualitätsentwicklungsprojektes in der Hausarztpraxis. *Praxis*, 93, 9–14. <https://doi.org/10.1024/0369-8394.93.1.9>
- Pichler, T., Herschbach, P., Frank, T., Mumm, F., & Dinkel, A. (2022). Barrieren der Inanspruchnahme psychoonkologischer Versorgung. *Der Onkologe*. <https://doi.org/10.1007/s00761-022-01140-9>
- Pollard, T. L., Simpson, J. A., Lamoureux, E. L., & Keeffe, J. E. (2003). Barriers to accessing low vision services. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 23(4), 321–327. <https://doi.org/10.1046/j.1475-1313.2003.00123.x>
- PRS, & ARS. (2018). *Schéma régional de santé: 2018-2023 projet régional de santé des Hauts-de-France*.
- Rivest, J., Desbaumes Jodoin, V., Leboeuf, I., Folch, N., Martineau, J., Beudet-Hillman, G., & Tremblay, C. (2020). Les patients-partenaires dans les soins du cancer: Une stratégie novatrice dans le dépistage de la détresse? *Canadian Oncology Nursing Journal*, 30(3), 186–192. <https://doi.org/10.5737/23688076303186192>
- Robert Koch-Institut. (2017). *Blindheit und Sehbehinderung – GBE Themenheft*. Berlin: RKI. Abgerufen von RKI-Website: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/blindheit_inhalt.html;jsessionid=FD41B65EF8E06B8656C0171C21946E18.internet072?nn=2370692
- Routon, M. et Ferrant, M. (2021). *DMLA: des solutions pour vivre pleinement*. Paris: Association Valentin Haüy
- Sax, A. (2016). Des réalités insoupçonnées. *Bulletin des médecins suisses*, 97(44), 1546.

- Schuster, A. K., & Finger, R. P. (2018). Versorgungsforschung in der Augenheilkunde. *Der Ophthalmologe*, 115(10), 816–817. <https://doi.org/10.1007/s00347-018-0693-1>
- Schuster, A. K., Wolfram, C., Pfeiffer, N., & Finger, R. P. (2019). Augenheilkunde 2019 – Wo stehen wir?: Eine Betrachtung der Versorgungssituation in Deutschland. *Der Ophthalmologe*, 116(9), 829–837. <https://doi.org/10.1007/s00347-019-0894-2>
- Schwarzer, R., & Schulz, U. (2003). Berliner Social Support Skalen. Retrieved from: http://userpage.fu-berlin.de/gesund/skalen/Berliner_Social_Support_Skalen/berliner_social_support_skalen.htm
- Sehbehindertenhilfe Basel. (2021). Sehbehindertenhilfe Basel: Bekanntheit und Zielgruppenverhalten.
- Seifert, A. (2014). Sehbehinderung im Alter. Augenärzte als wichtigste Partner im medizinisch-sozialen Netzwerk. *Optha*, 2014(1), 44–45.
- Seifert, A., & Kühne, N. (2016). Sehbehinderung und Alter. Vergleich zwischen früh und spät eingetretener Sehbehinderung im Zeichen einer Diskussion zu Interdisziplinarität. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 22(3), 41–47.
- Seifert, A. (2014). Sehbehinderung im Alter. Augenärzte als wichtigste Partner im medizinisch-sozialen Netzwerk. *Optha*, 1, 44–45.
- Seifert, A. (2021). COVIAGE – den Alltag mit einer Sehbehinderung im Alter bewältigen. In S. Lauber-Pohle & A. Seifert (Hrsg.), *Sehbeeinträchtigung im Alter* (S. 69–93). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-32302-8_6
- Seifert, A., & Schelling, H. R. (2017). Im Alter eine Sehbehinderung bewältigen – Synthesebericht zur Studie COVIAGE. Zürich: Zentrum für Gerontologie.
- Singer, S., Hohlfeld, S., Müller-Briel, D., Dietz, A., Brähler, E., Schröter, K., & Lehmann-Laue, A. (2011). Psychosoziale Versorgung von Krebspatienten: Versorgungsdichte und -bedarf. *Psychotherapeut*, 56(5), 386–393. <https://doi.org/10.1007/s00278-011-0859-7>
- Société Française d’Ophtalmologie (Hrsg.). (2017). *Déficiences visuelles*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Société Française d’Ophtalmologie. (2018). Panorama des soins d’urgence ophtalmologique: Organisation et qualité du soin non programmé. Abgerufen 12. Januar 2022, von <https://www.em-consulte.com/em/SFO/2018/HTML/B9782294753954500114.html>
- Southall, K., & Wittich, W. (2012). Barriers to Low Vision Rehabilitation: A Qualitative Approach. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 106(5), 261–274. <https://doi.org/10.1177/0145482X1210600502>
- Spafford, M. M., Laliberte Rudman, D., Leipert, B. D., Klinger, L., & Huot, S. (2010). When Self-Presentation Trumps Access: Why Older Adults With Low Vision Go Without Low-Vision Services. *Journal of Applied Gerontology*, 29(5), 579–602. <https://doi.org/10.1177/0733464809345494>
- Spring, S. (2019). Sehbehinderung, Blindheit und Hörsehbehinderung: Entwicklung in der Schweiz. Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen SZBLIND. Abgerufen von <https://www.szblind.ch/fileadmin/pdfs/forschung/Fachheft-Sehbehinderung-Schweiz-2019-de-BF-v01.pdf>
- Spring, S. (2020). Auf Sehbehinderung und Hörsehbehinderung spezialisierte Beratung in der Schweiz. St. Gallen: SZBLIND.

- Staudinger, U. M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51(4), 185–197. <https://doi.org/10.1026//0033-3042.51.4.185>
- Strauß, B., Tefikow, S., & Rosendahl, J. (2013). Psychosoziale Interventionen bei körperlichen Erkrankungen. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 63(01), 6–11. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1329995>
- SZBLIND. (2022a). Beratungsstellen. Abgerufen 18. Juni 2022, von <https://www.szblind.ch/fuer-betroffene/angehoerige/beratungsstellen>
- SZBLIND. (2022b). Beratungsstellen für sehbehinderte Menschen. Abgerufen 18. Juni 2022, von <https://www.szblind.ch/kontakte/beratungsstellen-fuer-sehbehinderte-menschen>
- Tesch-Römer, C., & Wahl, H.-W. (2012). Seh- und Höreinbußen. In H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer, & J. P. Ziegelmann (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 407–412). Stuttgart: Kohlhammer.
- von Livonius, B. (2014). Betreuung blinder und sehbehinderter Menschen mit Diabetes mellitus. *Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel*, 7(3), 90–95.
- von Livonius, B. (2018). Optische Versorgung von Sehbehinderten. *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 235(07), 847–859. <https://doi.org/10.1055/a-0599-9996>
- Wahl, H.-W., & Heyl, V. (2021). Sehbeeinträchtigung im Alter: Gerontologische Grundlagen. In S. Lauber-Pohle & A. Seifert (Hrsg.), *Sehbeeinträchtigung im Alter* (S. 13–27). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-32302-8_2
- Weis, J., & Giesler, J. M. (2016). Standards in der psychosozialen Versorgung von Krebspatienten. *Der Onkologe*, 22(3), 198–205. <https://doi.org/10.1007/s00761-015-2938-9>
- WHO. (2015). *World report on ageing and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2020). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Abgerufen von <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
- Wistuba, M. (2018). *Gestaltung medizinisch-sozialer Netzwerke: Ein Beitrag zur Versorgungsforschung am Beispiel der Altersabhaengigen Makuladegeneration (AMD)*. Bern: Peter Lang International Academic Publishers. <https://doi.org/10.3726/b13576>
- Zimdars, A., Nazroo, J., & Gjonça, E. (2012). The circumstances of older people in England with self-reported visual impairment: A secondary analysis of the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). *British Journal of Visual Impairment*, 30(1), 22–30.