



GEGENWÄRT

Magazin für
blinde und sehbehinderte Menschen
und ihre Freunde

7983

September 2014

9

DBSV 
Deutscher Blinden- und
Sehbehindertenverband e.V.

Sehen im Alter

Die Versorgungssituation älterer Menschen mit Sehproblemen ist prekär. Oft werden Diagnosen zu spät oder gar nicht gestellt. Von Therapien, Hilfsmitteln und Reha-Angeboten profitieren die Betroffenen nicht in der Weise, wie es möglich und nötig wäre. Darauf macht der DBSV mit seiner Initiative „Sehen im Alter“ aufmerksam. Ende Juni hat der Verband in Kooperation mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) zu einer interdisziplinären Fachtagung eingeladen. An der Schnittstelle von Augenmedizin, Augenoptik, Pflege, Reha und Selbsthilfe diskutierten Experten über Mängel in der Versorgung und mögliche Lösungsansätze.

Die „Gegenwart“ macht das Thema zum Schwerpunkt. Sie hat den Tagungspräsidenten interviewt und um eine Bewertung der Veranstaltung gebeten. Sie gibt Einblicke in die zentralen Handlungsfelder und fragt, wie es mit dem neu gegründeten Aktionsbündnis „Sehen im Alter“ weitergehen soll.

„Das Zusammentreffen hat Mut gemacht“

Aufbruchstimmung ging Ende Juni von der Fachtagung „Sehen im Alter“ aus. Auf Einladung des DBSV hatten sich 160 Experten verschiedener Disziplinen in Bonn versammelt. Es ging darum, sich zu vernetzen und Möglichkeiten der Zusammenarbeit auszuloten. Ein Interview mit Tagungspräsident Professor Dr. Focke Ziemssen vom Universitätsklinikum Tübingen.

Interview: **Irene Klein**

? *Herr Professor Ziemssen, Sie haben sich für die DBSV-Fachtagung „Sehen im Alter“ als Tagungspräsident zur Verfügung gestellt. Warum? Was hat Sie motiviert, sich so prominent für diese Veranstaltung zu engagieren?*

! *Wir leben in einer Wohlstandsgesellschaft, aber es gibt trotzdem Probleme, vor denen wir nicht die Augen verschließen dürfen. Gerade unter älteren Menschen gibt es viele, die unnötigerweise schlecht sehen oder mit ihrer Seheinschränkung nicht umgehen können. Sie haben nicht die Kraft oder trauen sich nicht, für ihre In-*

teressen zu kämpfen, vielleicht wissen sie auch nicht, was sie tun können. Das Angebot einer medizinischen Versorgung ist zwar gut. Aber viele Betroffene bemerken ihre Sehverschlechterung sehr verzögert oder sie kommen wegen voller Wartezimmer, weiterer Gesundheitsprobleme oder anderer Hürden zu spät zum Augenarzt. Die Auswirkungen gehen dann über die medizinische Versorgung hinaus. Ich habe es mehrfach erleben müssen, dass Menschen depressiv wurden. Ein älterer Patient hat sich sogar das Leben genommen. Daraus erwächst meine Motivation, auf der systemischen Ebene etwas ändern zu wollen.

? *Das heißt, ältere Menschen, die unter Sehverlust leiden, fallen durchs Raster. Die Angebote, die für sie bestehen, kommen nicht unbedingt bei ihnen an.*

! Ja, es gibt erheblichen Nachholbedarf. Das fängt damit an, dass Menschen, die einen irreversiblen Sehverlust haben, in Deutschland kein Recht auf eine Grundrehabilitation haben. Um die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen zu verbessern, brauchen wir bessere Stellenschlüssel und die Mitarbeiter müssen zum Thema Sehen weitergebildet werden. Häufig tritt das Problem auf, dass Begleitpersonen oder Transporte zum Arzt nicht bezahlt werden. Zum Teil errichten die Krankenkassen eher Hürden, anstatt die Versorgung zu erleichtern. Wir Ärzte müssen uns aber auch an die eigene Nase fassen. Manchen Kollegen ist nicht bewusst, dass es in ihren Verantwortungsbereich fällt, die Menschen aus den umliegenden Pflegeeinrichtungen zu betreuen.

? *Die Fachtagung „Sehen im Alter“ hatte das Ziel, alle beteiligten Fachdisziplinen zusammenzubringen, um eine gemeinsame Strategie zur Verbesserung der Versorgungssituation älterer Menschen zu entwickeln. Wie bewerten Sie die Beteiligung an der Tagung? Ist es gelungen, alle relevanten Disziplinen zu erreichen?*

! Ja, auf jeden Fall. Die Tagung war restlos ausgebucht. An den Rückmeldungen habe ich gemerkt, wie positiv der Austausch zwischen den verschiedenen Disziplinen empfunden wurde. Am Anfang wussten viele nicht so recht, was sie sich unter dem Thema „Sehen im Alter“ vorstellen sollten. Das mit Leben zu füllen, ist uns anhand konkreter Beispiele gelungen. Wir haben gezeigt, dass Stürze älterer Menschen durch eine Sehbehinderung verursacht werden können, dass aber auch weitere Faktoren beteiligt sein können: die Beeinträchtigung des Gleichgewichtssinns oder des Bewegungsapparats, das häusliche Umfeld, die Kontrastgestaltung bis hin zur Brille. Bei der Demenz ist deutlich geworden, dass Auswirkungen einer Sehverschlechterung als Anzeichen einer Demenz missverstanden werden können, dass sich aber auch andersherum kognitive Defizite

oder Depressionen hinter einer vermuteten Sehbeeinträchtigung verstecken können. Nur wenn man beides sauber diagnostiziert, kann man den Menschen helfen. Es ist wichtig, die Problematiken in ihrer ganzen Komplexität zu erkennen, um gute Lösungsstrategien zu entwickeln.

? *Was haben Sie persönlich von der Fachtagung mitgenommen?*

! Das Zusammentreffen hat mir Mut gemacht, die Arbeit fortzusetzen und an dem Thema dranzubleiben. Es hat geholfen, das Wissen der unterschiedlichen Disziplinen zusammenzutragen. Dabei ist es für mich als Arzt besonders wichtig, die Betroffenenperspektive im Blick zu haben. In den Workshops haben sich ganz klar die Themenfelder der nächsten Jahre gezeigt.



**Baut Brücken
zwischen
den Disziplinen:
Tagungs-
präsident
Professor Dr.
Focke Ziemssen**

Wir sind jetzt am Start und hatten dafür eine wunderbare Aufbruchstimmung.

Was mich negativ überrascht hat, war die Geringschätzung der Politik. Wenn ein Referatsleiter des Bundesgesundheitsministeriums in der Abschlussrunde erklärt, dass erst bei relevanteren Fragen ein Staatssekretär oder bekannter Politiker entsendet werden würde, dann bleiben mir die Worte weg. Angesichts der Pflegereform gibt es viele Forderungen, etwa zur Qualifizierung des Personals. Der DBSV und die BAGSO werden am Ball bleiben.

? *Wie können Sie innerhalb der Ärzteschaft für das Thema sensibilisieren? Nach wie vor scheinen viele Augenärzte nicht in der Lage zu*

*sein, den Kontakt zur Selbsthilfe oder zu Reha-
lehrern herzustellen ...*

! Ich glaube nicht, dass es den Ärzten an Sensibilität für das Problem fehlt. Vielen Betroffenen fällt es gerade am Anfang schwer, ihre Sehverschlechterung zu akzeptieren. Von Selbsthilfe und Reha wollen sie nichts wissen und von ihren Ärzten erwarten sie nur, dass sie alles für eine vollständige Wiederherstellung ihres Sehens tun. Viele Kollegen fühlen sich wie im Hamsterrad und stecken irgendwo im Bürokratie-Dschungel fest. Nach meiner Erfahrung mangelt es nicht grundsätzlich an Motivation. Auch unter Ärzten gibt es viele Idealisten.

? *Die Fachtagung hat ein Zeichen gesetzt. Wie soll es Ihrer Meinung nach jetzt weitergehen? Welche Erwartungen haben Sie einerseits an das neu gegründete Aktionsbündnis „Sehen im Alter“ und andererseits an Gesellschaft und Politik?*

! Man braucht sicher Ausdauer. Wir haben es zum Teil mit eingefahrenen Strukturen und Fehlentwicklungen zu tun. Für das Aktionsbündnis sind relativ viele Aufgaben zusammengekommen. Dabei geht es nicht nur um Forderungen, die viel Geld kosten. Es müssen auch konkrete Lösungen gefunden werden, indem

zum Beispiel Checklisten für Pflegeberufe erarbeitet werden, damit auch nicht Qualifizierte einschätzen können, wie beeinträchtigt ein Betroffener im Sehen ist. Wir müssen den Dialog pflegen und den Wissenstransfer zwischen den Disziplinen gewährleisten. Nicht zuletzt ist die Öffentlichkeitsarbeit wichtig. Wir müssen die Fachfragen so aufarbeiten, dass sie bei allen Betroffenen und in der Öffentlichkeit ankommen. Um in der Politik etwas zu bewegen, brauchen wir Daten zu den Versorgungslücken und wissenschaftliche Belege, wie man die Versorgung besser gestalten kann. Bestimmte Projekte lassen sich sicher innerhalb der nächsten zwölf Monate auf den Weg bringen. In der Gesundheitspolitik dagegen sind dicke Bretter zu bohren, das wird sicher ein Thema der nächsten fünf bis zehn Jahre bleiben.



Auf DBSV-Info hören Sie dieses Gespräch im Originalton.

Die Fachtagung „Sehen im Alter“ fand statt in Kooperation mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) und mit Unterstützung von Aktion Mensch, Bayer HealthCare und der Stiftung Auge.

Diskutieren im Netz des Sehens

160 Experten haben an der Fachtagung „Sehen im Alter“ teilgenommen, Vertreter unterschiedlicher Disziplinen: Augenmedizin, Pflege, Reha, Augenoptik, Selbsthilfe. Um den geballten Sachverstand zu nutzen und gleich einen ersten Versuch der vernetzten Zusammenarbeit zu starten, standen fünf Workshops zu fünf Schlüsselthemen auf dem Programm. Die Diskussionen haben gezeigt: Es gibt viel Einigkeit in der Sache.

Wie kommen betagte Patienten zum Augenarzt?

Menschen, die in Senioreneinrichtungen leben, haben nicht ausreichend Zugang zur fachärztlichen, insbesondere zur augenärztlichen Versorgung. Woran das liegt und wie man das ändern kann – diesen Fragen stellten sich die Teilnehmer von Workshop I.

Ein Drittel der Bewohner von Senioreneinrichtungen ist sehbehindert oder blind. Mehr als 40 Prozent von ihnen könnten mit Sehhilfen wie Brillen oder Lupen ein besseres Sehvermögen erzielen. Jedoch kommen Augenärzte, Optiker und Orthoptistinnen nicht regelmäßig in die Einrichtungen. Zudem wissen die Mitarbeiter der Einrichtungen wenig über Augenkrankheiten im Alter und ihre Auswirkungen. Dies sind erste

Ergebnisse aus dem Pilotprojekt „Sehen im Alter“ der Blindeninstitutsstiftung in Würzburg. 500 Personen in 20 Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen dieses Projekts interdisziplinär untersucht. Projektleiterin Sabine Kampmann stellte die ersten Erkenntnisse vor – die Defizite sind unübersehbar.

Doch weshalb kommen die Patienten nicht zum Augenarzt oder der Augenarzt nicht zu den Patienten? Professor Dr. Bernd Bertram, 1. Vorsitzender des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands (BVA), schilderte, was er selbst erlebt hat, als er Patienten in einem Seniorenheim untersuchen wollte: Das Pflegepersonal war nicht auf seinen Besuch vorbereitet, wichtige Unterlagen wie die Versichertenkarte und die Pflegedokumentation waren nicht zur Hand. Einige Patienten hatten den Termin vergessen und mussten erst gesucht werden. In der Zeit, die der Augenarzt im Seniorenheim verbrachte, hätte er in seiner Praxis deutlich mehr Patienten untersuchen können. Ein zweiter, in Bertrams Augen noch wichtigerer Grund hält Augenärzte von Hausbesuchen ab, es sei denn, es handelt sich um Notfälle: Für eine gründliche Untersuchung der Augen sind technische Geräte unverzichtbar, die nur in der Praxis zur Verfügung stehen. Um eine Augenkrankheit sicher feststellen oder ausschließen zu können, müssen die Patienten deshalb in die Augenarztpraxis kommen. Eine Basisuntersuchung, wie sie mit mobilen Geräten möglich wäre, lehnt Bertram ab, denn dabei bestehe die Gefahr, dass ernsthafte Augenkrankheiten unerkannt bleiben.

Bertram schlug vor, in Kooperation mit den Pflegeeinrichtungen Gruppentransporte zu or-

ganisieren, bei denen mehrere Personen gemeinsam in eine Praxis gebracht und nacheinander untersucht werden. Eine Person solle die Senioren begleiten und alle notwendigen Unterlagen bereithalten. Die Finanzierung der Fahrtkosten ist allerdings ein Problem – viele Senioren wollen und können von dem knappen Taschengeld, das ihnen zur Verfügung steht, dafür nichts aufbringen. Pflegeeinrichtungen sind zudem überfordert, solche Gruppentrans-



Der Weg ist das Problem: Ältere Menschen sind oft nicht mobil genug für den Besuch beim Augenarzt

porte zu organisieren – zumal die Bewohner auch zum Hausarzt, zum Zahnarzt oder zu anderen Fachärzten müssen. Darauf wies Renate Weiss von der ProSENIS GmbH hin. Sie leitet eine Pflegeeinrichtung in Braunschweig, die auf blinde und sehbehinderte Senioren spezialisiert ist. Für die Begleitung von Gruppentransporten würden schlicht die Mitarbeiter fehlen.

Wie kommt man aus diesem Dilemma heraus? Herbert Mauel vom Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste plädierte dafür, dass sich vor Ort Runde Tische mit allen Beteiligten bilden, die die Abläufe verbindlich festlegen. In der Diskussion wurde deutlich, wie komplex das Thema ist. Der Knackpunkt liegt sicherlich darin, strukturelle Lösungen zu finden, um Augenärzte und betagte Patienten zusammenzubringen.

Workshop I

„Schnittstelle Patient – Pflege – Augenmedizin und Augenoptik“

Experten:

- Prof. Dr. Bernd Bertram, Berufsverband der Augenärzte Deutschlands
- Sabine Kampmann, Blindeninstitutsstiftung Würzburg

Moderation: Dr. Ursula Hahn, OcuNet

Dabei muss vor allem geklärt werden, wer die Kosten für Transport und Begleitung übernimmt und wie die beteiligten Fachgruppen angemessen honoriert werden können. Auf der praktischen Seite ist es wichtig, dass die Pflegeeinrichtungen die notwendigen Unterlagen bereithalten (Chipkarte, Befunde, Pflegedokumentation, Brillen, Hilfsmittel) und dass die Augenärzte die Untersuchungsergebnisse in verständlicher Form an die Pflegeeinrichtung, die Angehörigen und den Hausarzt übermitteln.

Jeanette Prautzsch

Information ist der erste Schritt zur Rehabilitation

Nach einer Hüftoperation oder einem Schlaganfall gibt es eine gesicherte Reha, nicht aber nach einem Sehverlust. Obwohl es entsprechende Angebote gibt, unterbleiben Rehamassnahmen gerade bei älteren Menschen. Ein Mangel, der behoben werden muss, waren sich die Teilnehmer von Workshop II einig.

Jetzt weiß sie, warum sie seit einiger Zeit so schlecht lesen kann. Die Buchstaben verschwimmen vor ihren Augen, der Zeiger der Uhr ist merkwürdig verzerrt. Sie hat die Altersabhängige Makula-Degeneration – ein komplizierter Begriff. Irmgard L. kann ihn sich kaum merken. „Ich habe Makula“, erklärt sie deshalb ihrer Familie und ihren Bekannten. Bald bekomme sie Spritzen ins Auge, hat die Ärztin ihr erklärt. Dann würde ihre Sehkraft sich vielleicht wieder etwas verbessern oder zumindest nicht schlechter werden, aber heilen ließe sich die Krankheit nicht. Ja, und wie soll sie ihren Alltag meistern, wenn sie so schlecht sehen kann? Sie hat Angst. Sie weiß nicht, an wen sie sich wenden soll.

Wie Irmgard L. geht es vielen Menschen, die ihre Augenarztpraxis mit einer gravierenden Diagnose verlassen. Mangelnde Information war der Kritikpunkt, der immer wieder genannt wurde. In vielen Fällen erfahren die Betroffenen gar nicht, welche Reha-Angebote es gibt. Jürgen Nagel von der Deutschen Blindenstudienanstalt zählte einige Angebote auf: Schulungen in

Orientierung und Mobilität, in Lebenspraktischen Fähigkeiten und Hilfsmittel verschiedener Art. Auch Mängel im Bereich der Grundrehabilitation benannte er. Diese wurden ergänzt von den anderen Experten des Workshops: Stefanie Holzapfel vom Fachausschuss für die Belange Sehbehinderter und Dr. Michael Richter von der Rechtsberatungsgesellschaft „Rechte behinderter Menschen“ kritisierten, dass gerade ältere Betroffene keinen gesicherten Anspruch auf eine Reha haben. Die Patienten wüssten nicht, was sie tun könnten, und es fühle sich niemand verbindlich zuständig, es ihnen mitzuteilen. Es mangle an Beratung im Umgang mit Hilfsmitteln und an psychologischer und psychosozialer Beratung.

Kritisiert wurde auch die fehlende Lobbyarbeit für sehbehinderte und blinde Menschen, insbesondere für Ältere. Eine Teilnehmerin bemerkte, dass die Reha-Arbeit aktuell zu geräteorientiert sei. Gerade ältere Menschen täten sich schwer im Umgang mit technischen Geräten; andere Bedürfnisse würden zu selten erfragt und berücksichtigt. Eine Rehallehrerin stellte fest, dass für ihre Arbeit im ländlichen Raum die mangelnde Mobilität vieler älterer sehbehinderter Menschen ein Problem sei.

Welche Forderungen zu stellen sind, ergab sich schnell aus den Kritikpunkten. So müsse es einen verbindlichen Weg geben, der dem Patienten nach der Diagnose alle Handlungsoptionen eröffnet, um mit der Augenerkrankung zu leben. Patienten wie Irmgard L. dürfen von

Workshop II

„Grundreha als Komplexleistung“

Experten:

- Dr. Michael Richter, Rechtsberatungsgesellschaft „Rechte behinderter Menschen“ (rbm)
- Jürgen Nagel, Deutsche Blindenstudienanstalt (blista)
- Stefanie Holzapfel, Gemeinsamer Fachausschuss für die Belange Sehbehinderter

Moderation: Dr. Hans-Joachim Zeißig, Berufsförderungswerk Düren

ihrem Augenarzt nicht unverbindlich entlassen und ihrem Schicksal überlassen werden. Immer wieder fiel das Stichwort Beratung. Die Teilnehmer forderten eine Low-Vision-Beratung als festen Bestandteil der Grundreha. Ebenso müsse eine psychologische und psychosoziale Beratung etabliert werden. Beratungen dürften nicht nur einmalig stattfinden, sondern müssten sich über einen längeren Zeitraum erstrecken. Bei Schulungen in Orientierung und Mobilität sowie in Lebenspraktischen Fähigkeiten gelte es, bundeseinheitliche Regelungen für die Formalitäten und die Finanzierung zu vereinbaren. Nicht zuletzt müssten die Berufsgruppen, die mit sehbehinderten und blinden Menschen zu tun haben, besser miteinander vernetzt und über die Arbeit der anderen informiert werden.

Ute Stephanie Mansion

Barrierefreiheit muss praktikabel sein

Barrierefreie Wohnungen haben in Deutschland Seltenheitswert. Auch in Senioreneinrichtungen werden die Bedürfnisse von Bewohnern mit Sehproblemen oft nicht ausreichend berücksichtigt. In Workshop III suchten die Teilnehmer nach Lösungsansätzen, um zu mehr Barrierefreiheit im Wohnumfeld zu gelangen.

Um möglichst lange in der Wohnung ihrer Wahl leben zu können, brauchen ältere Menschen so viel Licht wie möglich und klar gekennzeichnete Wohnbereiche, in denen Stolperfallen wie Stufen, Treppen oder Wandvorsprünge leicht zu erkennen sind. Alle Neubauten sollten in diesem Sinne barrierefrei oder zumindest barrierearm gestaltet werden. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen verschiedene Berufsgruppen das Thema Barrierefreiheit in ihre Ausbildung integrieren. Im Workshop III plädierten die Architektin Erika Mühlthaler und die Lichtexpertin Sandra Beecken dafür, dass sowohl Architekten und Innenarchitekten als auch Pflegekräfte und Sozialarbeiter entsprechend geschult werden.

Der Weg zu einem barrierefreien Deutschland ist noch weit: Nur zehn Prozent aller Wohnungen

sind barrierefrei, für Rollstuhlfahrer ist sogar nur ein Prozent des Wohnraums geeignet. Der größte Teil des Wohnbestandes ist alt. Wie diesen den Notwendigkeiten der älter werdenden Gesellschaft angepasst werden kann, ist unklar.

Auch die Politik muss für barrierearmes Bauen und Planen sensibilisiert werden. Sowohl in der Städte- und Freiraumplanung als auch bei der Planung von Wohngebäuden müssen die Belange älterer Menschen stärker berücksichtigt werden. Nicht selten geht es dabei um Kleinigkeiten. Zum Beispiel stellen Treppen, insbesondere ein- oder zweistufige Zugänge zu Eingangstüren, erhebliche Gefahrenquellen dar. Sie mit einem Geländer sicherer zu machen, ist kein großer Aufwand.

Erika Mühlthaler tritt als Architektin und Vertreterin des Bayerischen Blinden- und Sehbehindertenbundes (BBSB) auf politischer Ebene dafür ein, dass Barrierefreiheit zum Maßstab von Bauvorhaben wird. So wünschenswert die barrierefreie Gestaltung sei, so setzen die DIN-Normen für manche Investoren zu hohe Hürden. Mühlthaler plädiert für praktikable Lösungen. Bei Neubauten, vor allem im Wohnungsbau, stünden die Kriterien Sicherheit, Orientierung und Zugang an erster Stelle, das schließe das Zwei-Sinne-Prinzip mit ein. Darüber hinaus sei die Anpassbarkeit an spätere Bedürfnisse sicherzustellen. Da der nachträgliche Umbau von Badezimmern besonders aufwändig sei, sieht Mühlthaler in deren Neubau die größte Priorität.

Bei baulichen Maßnahmen kommt es immer wieder zu Zielkonflikten. Manche Gestaltung – etwa in der Farbwahl – ist zwar für sehbehinderte Menschen hilfreich, für demenziell Erkrankte

Workshop III

„Ältere sehbehinderte Menschen in ihrem Wohnumfeld“

Experten:

- Erika Mühlthaler, Bayerischer Blinden- und Sehbehindertenbund
- Sandra Beecken, Zumtobel Lighting, Österreich

Moderation: Dr. Claudia Kaiser, BAGSO

dagegen verwirrend. Kontroversen gibt es auch über die Ästhetik von Barrierefreiheit. Hier sind Architekten gefragt, Lösungen zu finden, die sowohl der Ästhetik als auch der Sicherheit dienen.

Licht ist für das Wohlbefinden wie auch für die Sicherheit von großer Bedeutung, so Sandra Beecken vom österreichischen Licht-Unternehmen Zumtobel. Als Faustregel gilt: Mehr Licht ist besser als weniger. In Räumen sollten bei Decken- und Tischlampen mindestens 500 Lux erreicht werden. Gleichzeitig muss eine Blendung vermieden werden. In Altenheimen haben sich großflächige Lichtkörper bewährt, die Streulicht verbreiten und damit keine Schatten werfen. Entsprechend ausgestattete Räume werden von Bewohnern gerne aufgesucht.

Die Workshop-Teilnehmer sehen Investoren und Bauherren in der Pflicht, barrierefrei zu planen. Im Wohnungsbau ist der Begriff allerdings problematisch: Sind Wohnungen entsprechend ausgewiesen, ist Barrierefreiheit einklagbar. Deshalb scheuen viele Bauherren das Wort. Ein weiterer Ansporn dafür, praktikable Lösungen zu finden.

Irene Dänzer-Vanotti

Mehr Wissen für mehr Lebensqualität

In Deutschland leben über sieben Millionen, meist ältere Menschen mit Sehbeeinträchtigungen. Aktuelle Projektergebnisse deuten darauf hin, dass jeder dritte Heimbewohner betroffen ist. Über Sehbehinderung und Blindheit wissen Fachleute, die mit älteren Menschen arbeiten, jedoch oft sehr wenig. Mit Fragen der Aus- und Fortbildung befasste sich Workshop IV.

Warum wirken manche ältere Menschen selbst in bekannter Umgebung plötzlich unsicher, stoßen an, stürzen, finden Dinge nicht wieder, die sie gerade erst aus der Hand gelegt haben? Warum erkennen sie Bekannte nicht mehr, können Personen in ihrem unmittelbaren Umfeld nicht beim Namen nennen oder ziehen sich komplett zurück?

Verhaltensweisen wie diese werden schnell einer beginnenden Demenz zugeschrieben. Dass auch altersbedingte Sehveränderungen oder gar eine Sehbehinderung der Grund sein können, wird oft nicht bedacht. Bei Kranken-, Pflege- und Praxispersonal, aber auch bei Mediziner*innen ist das Wissen über die Bedeutung guten Sehens und die Auswirkungen verschiedener Augenerkrankungen wenig verbreitet. In der Ausbildung spielt das Thema kaum eine Rolle, entsprechende Fortbildungen finden nur sporadisch statt. Zu Beginn eines Projekts der Stiftung Katholisches Familien- und Altenpflegewerk hatten 58 von 70 befragten Pflegepersonen noch nie eine solche Fortbildung besucht.

Es gibt bereits Schulungsangebote, unter anderem von der Selbsthilfe und ihren Wohneinrichtungen für Senioren, von Rehal Lehrern, Fachschulen für Altenpflege und OcuNet, dem Qualitätsverbund von Augenärzten. Oft werden die Schulungen im Rahmen von Projekten entwickelt und durchgeführt. Inhalte und Umfang sind unterschiedlich. Zu den grundlegenden Schulungsinhalten gehören Tipps für den Umgang mit Betroffenen und Informationen über spezifische Angebote vom Rehatraining über die Hilfsmittelversorgung bis zur Sozial- und Rechtsberatung. Hilfreich sind Kontaktlisten mit Ansprechpartnern für alle Themen rund ums Sehen. Die Workshop-Teilnehmer waren sich einig, dass die Selbsterfahrung mit Simulationsbrille und Augenbinde besonders gut geeignet ist, um für die Belange sehbehinderter und blinder Menschen zu sensibilisieren und weiteres Interesse zu wecken.

Projekte machen aber auch Probleme deutlich: Schulungen werden oft nicht als notwendig

Workshop IV

„Wissen verbreiten – Aus- und Fortbildung“
Experten:

- Anita Götzer, Stiftung Katholisches Familien- und Altenpflegewerk
- Doris Neumann, ProSENIS GmbH

Moderation: Dr. Andreas Berke,
Höhere Fachschule für Augenoptik Köln



Ziehen an einem Strang: die Akteure der Fachtagung „Sehen im Alter“

Mit ihrem neu erworbenen Wissen leisten die Mitarbeiter Hilfe zur Selbsthilfe und erfahren dadurch auch Entlastung in ihrem eigenen Arbeitsalltag. Wenn in einer Senioreneinrichtung Gefahrenquellen erkannt und beseitigt werden, wenn Angebote an die Bedürfnisse von Men-

erachtet, sind schwer in den Arbeitsablauf zu integrieren und kosten Geld. Wie können Entscheider von ihrem Nutzen überzeugt werden? Wie müssen die Angebote gestaltet sein, damit sie in den Arbeitsalltag passen? Und was passiert, wenn die Projekte zu Ende gehen? Für die Arbeit nach der Fachtagung wurden erste Handlungsfelder abgesteckt.

Das Thema Sehen und Sehveränderungen / Sehverlust muss in Kranken- und Altenpflege fester Bestandteil der Aus- und Weiterbildung werden. Gemeinsame Schulungskonzepte sind ebenso zu entwickeln wie leicht zugängliche, zeitlich flexible Lernmöglichkeiten. Hier bieten sich zum Beispiel internetgestützte Angebote an. Die Einrichtungen brauchen Anreize, ihre Mitarbeiter zu schulen. Das könnte ein gemeinsam entwickeltes Gütesiegel auf der Grundlage von Versorgungsstandards sein. Schließlich ist die Finanzierung von Schulungsprogrammen zu regeln.

Für die Betroffenen liegt der Nutzen von Personalschulungen auf der Hand: Eine barrierefreie Gestaltung der Umgebung, eine gute Hilfsmittelversorgung und ein adäquater Umgang sehender Menschen mit Betroffenen erhält Selbstständigkeit, ermöglicht soziale Kontakte, gibt Lebensqualität zurück.

schen mit Seheinschränkung angepasst werden, dürfte das bei den Betroffenen zu mehr Zufriedenheit führen. Das gibt auch den Mitarbeitern Bestätigung. Und wenn diese in manchen Situationen überfordert sein sollten, wissen sie zumindest, wo es kompetente Hilfe gibt.

Angelika Ostrowski

Den Patienten hinter dem Auge sehen

Der Beratungsbedarf älterer Menschen mit Seheinschränkung ist hoch. Es gibt verschiedenste Beratungsangebote. Doch was leisten sie und wie lassen sich die Betroffenen am besten erreichen? Die Teilnehmer von Workshop V haben sich einen Überblick verschafft und erste Handlungsfelder aufgedeckt.

Viele Menschen stehen unter Schock, wenn sie erfahren, dass ihr Augenlicht bedroht ist. Sie empfinden die Zeit, die der Augenarzt nach der Diagnosestellung für sie aufwenden kann, als zu kurz. Zudem sind sie oft nicht in der Lage, alle Informationen des Arztes richtig aufzunehmen. In einer ausführlichen und angemessenen Beratung muss der Schock der Diagnose bearbeitet

und ausführlich über die Krankheit informiert werden.

Um Ärzte in Bereichen, die über die medizinische Versorgung hinausgehen, zeitlich zu entlasten, bildet die Ärztekammer Westfalen-Lippe in einem bundesweit einmaligen Versuch derzeit Entlastende Versorgungsassistentinnen in der Augenheilkunde aus. Die „EVA Ophthalmologica“ steht Patienten und ihren Angehörigen bei Behandlungs- und Versorgungsfragen als Ansprechpartnerin zur Verfügung und übernimmt bei Bedarf auch Hausbesuche.

Wenn die betroffenen Patienten Hilfe suchen, wissen sie oft noch nicht, wie sie zu ihrer Krankheit stehen, ob sie sich nach einer Beratung erst richtig krank fühlen statt bloß sehbehindert. Häufig hilft ein niedrighschwelliges Angebot wie die Patientensprechstunde der PRO RETINA in Bonn. Die Ratsuchenden können ohne Termin direkt vom Augenarzt zu einem 10- bis 20-minütigen Kurzgespräch kommen. Bei Bedarf wird eine ausführliche Beratung vereinbart oder der Kontakt zu Fachleuten vermittelt.

Kostenfreie Beratung bietet auch das Projekt „Blickpunkt Auge“ des DBSV. Der Name wurde bewusst gewählt, um Schwellenängste zu überwinden. Es sind qualifizierte Beraterinnen, vorwiegend selbst betroffen, die an gut erreichbaren Orten mindestens einmal monatlich beraten. In den Gesprächen haben alle Sorgen und Nöte der Betroffenen Platz; ihre besondere Empathie schöpfen die Beraterinnen aus eigenen Lebenserfahrungen. Um die Kommunikation mit dem Augenarzt befriedigender zu gestalten, werden medizinische Fachbegriffe erläutert und Fragen

für den nächsten Arzttermin formuliert. Bei der Alltagsbewältigung mit schwindender Sehkraft helfen oft schon kleine Tipps wie das Verrücken von Möbeln aus den Hauptbewegungsachsen oder die Nutzung eines kontrastreichen Tischsets.

Spezielle Beratungsangebote für Senioren mit Seheinschränkungen sind an der Frankfurter Stiftung für Blinde und Sehbehinderte und an der Deutschen Blindenstudienanstalt in Marburg entwickelt worden. Der Blinden- und Sehbehindertenverein Hamburg berücksichtigt bei seiner Seniorenarbeit insbesondere auch Menschen, die neben Augenproblemen weitere körperliche oder geistige Einschränkungen haben.

Da Patientenberatung nachweisbar die Wirkung von Medikamenten verstärkt, haben Bayer HealthCare und Novartis Begleitprogramme für Patienten mit Altersbedingter Makula-Degeneration aufgelegt. Pharmaunternehmen dürfen nur Beratungsdienstleistungen anbieten, die sich auf die Behandlung mit ihrem Produkt beziehen, nicht aber auf Fragen zum Leben mit der Krankheit. Das kostenlose Begleitprogramm umfasst einen monatlichen Anruf, beispielsweise zur Erinnerung an den nächsten Augenarzttermin, eine Beratungs-Hotline, verschiedene Broschüren und eine spezielle Webseite. Für viele Patienten kann diese fast anonyme Beratung eine Hilfe sein.

Beratungsprojekte werden meist mit Hilfe von Fördergeldern finanziert, die regelmäßig neu beantragt werden müssen. Um eine flächendeckende Beratung sicherzustellen, braucht es aber eine verlässliche Finanzierung, so das übereinstimmende Votum der Workshop-Teilnehmer. Außerdem ist mehr Wissen der Anbieter übereinander notwendig, etwa mit Hilfe einer Beratungslandkarte, die Auskunft über Umfang, Qualität und Ort der jeweiligen Angebote gibt. Auch die medizinische Fachwelt muss besser über Beratungsangebote informiert werden. Schließlich könnte eine Öffnung des Beratungsansatzes für weitere Alternsthemen bzw. eine stärkere Vernetzung verschiedener Beratungsangebote den Anliegen von Senioren mit Sehverlust besser gerecht werden.

Beate Schenk

Workshop V

„Beraten und begleiten“

Experten:

- Prof. Dr. Ines Himmelsbach, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
 - Dr. Friedel Lienert, Augenarzt in Wetter (Ruhr)
 - Franziska Diesmann, Blinden- und Sehbehindertenverein Hamburg
- Moderation: Reiner Delgado, DBSV

Der Grundstein ist gelegt

Mit der Fachtagung in Bonn hat das Projekt „Sehen im Alter“ seine Startphase beendet. Die Gründung des Aktionsbündnisses „Sehen im Alter“ markiert den Beginn der nächsten Etappe. Darin schließen sich die beteiligten Disziplinen zusammen, um vermeidbaren Sehverlust zu verhindern und Menschen mit Sehverlust optimal zu versorgen. Die Herausforderungen sind groß, aber mit der gebündelten Kraft aller kann es vorangehen.

Von **Werner Lechtenfeld**

Rückblick

Vor drei Jahren berichtete der Augenoptikermeister Rolf Zachner aus Aachen von seinen Erfahrungen in Pflegeheimen: „Augenerkrankungen bei Senioren werden oft nicht erkannt oder falsch eingeschätzt ...“ Kaum ein Pflegeheim hatte die augenmedizinische Versorgung seiner Bewohner sichergestellt. Gleichzeitig mehrten sich Anfragen von Einrichtungen, die ihre Mitarbeiter fortbilden oder sich bei der sehbehindertengerechten Gestaltung ihrer Anlage beraten lassen wollten. Der Bedarf war offenkundig.

Auf der anderen Seite starteten einige Projekte und Aktivitäten rund um das Thema Sehen – von Beratungsangeboten für Betroffene und Heime über Schulungen zum Umgang mit blinden und sehbehinderten Menschen bis zur Vergabe von Zertifikaten für sehbehindertengerechte Altersheime. Ein fachlicher Austausch zwischen diesen zum Teil gleichgelagerten Initiativen fand aber selten statt, eine gemeinsame politische Ausrichtung zeichnete sich nicht ab.

In der Gesundheitspolitik waren das Sehen im Allgemeinen und erst recht das Sehen im Alter keine Themen. Bei Gesprächen mit Politikern wurde der DBSV mit der Aussage konfrontiert: Beim Auge gibt es keine Volkskrankheiten. Dass es aber immer mehr ältere Menschen mit chronischen Augenerkrankungen gibt und dass diese oft nicht ausreichend versorgt werden, war nicht bekannt. Es fehlten Informationen, es fehlten Zahlen und Fakten und es fehlte eine gemeinsame politische Stoßrichtung.

Für den DBSV war die Zeit des Handelns gekommen. Der Verband ging im Jahr 2012 mit dem Projekt „Sehen im Alter“ an den Start und formulierte dafür folgende Ziele:

- Sehen im Alter wird zum gesundheitspolitischen Thema.
- Die Diskussionen werden gesammelt und gebündelt.
- Politische Forderungen und politische Schlagkraft werden erreicht durch die Entwicklung einer gemeinsamen Strategie.
- Der Dialog aller Kräfte wird realisiert.

Die erste Etappe

Am Anfang stand die Recherche. Welche Auswirkungen hat die mangelhafte Versorgung älterer Menschen mit Sehverlust? Warum kommen die bestehenden Angebote nicht bei den Patienten an? Welche Disziplinen haben mit dem Problem zu tun? Wer ist an dem Thema dran? Und welche Lösungsansätze gibt es bereits? Bei den ersten Projektmaßnahmen standen Analyse und Vernetzung im Vordergrund:

1. Webseite

Berichte über Projekte und Aktionen, neue Erkenntnisse aus der Forschung, Fachbeiträge, Broschüren: Informationen rund um das Thema „Sehen im Alter“ werden auf der Webseite www.sehenimalter.org veröffentlicht. So ist eine Plattform des Austauschs entstanden.

2. Netzwerk

Die Experten aus den Fachgebieten Augenmedizin, Augenoptik, Gerontologie, Pflege, Reha, Selbsthilfe wurden eingeladen, das Projekt zu unterstützen. Anhand der Rückmeldungen wurde deutlich, dass auf allen Seiten die Bereitschaft zur Zusammenarbeit besteht.

3. Expertenstandard Sturzprophylaxe

Mitten in die Recherche fiel die Überarbeitung des Expertenstandards Sturzprophylaxe, eine der Leitlinien für die Pflege. In einer ersten konzertierten Aktion konnte der DBSV Experten für Stellungnahmen gewinnen und eine

gemeinsame Positionierung koordinieren. Mit dem Ergebnis, dass das Thema Sehen in der Neufassung stärker berücksichtigt wird.

4. Basisinformationen

Mit zwei neuen Broschüren wandte sich der DBSV an Mitarbeiter von Senioren- und Pflegeeinrichtungen. Darin werden Empfehlungen für den Umgang mit sehbehinderten Menschen und für die sehbehindertengerechte Gestaltung des Wohn- und Lebensbereichs gegeben. Die Broschüren sind auf der Grundlage einer Schweizer Publikation entstanden.

5. Öffentlichkeitsarbeit

In zahlreichen Zeitschriften und Veröffentlichungen in Pflege und Augenheilkunde konnte das Projekt „Sehen im Alter“ vorgestellt werden. Aufmerksamkeit für das Thema wurde auch mit Fachbeiträgen hergestellt.

Zwischenziel – die Fachtagung

Dialog der Experten, Begegnungen über Fachgrenzen hinaus, Suche nach gemeinsamen Antworten: Die Fachtagung am 27. und 28. Juni in Bonn hat die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Gang gesetzt. 160 Experten nutzten die Chance, sich über die Versorgungssituation älterer Menschen mit Sehverlust zu informieren und auszutauschen, Verabredungen zu treffen und gemeinsam nach Handlungsperspektiven zu suchen.

Je näher der Termin rückte, desto größer wurde das Interesse an der Veranstaltung. Am Ende musste sogar 30 Interessenten abgesagt werden. Es ist gelungen, alle für das Thema relevanten Disziplinen zu erreichen. Vertreter aus den Fachbereichen, die noch keinen engen Kontakt zum DBSV hatten, meldeten sich relativ spät, als die öffentliche Aufmerksamkeit dank Pressearbeit größer geworden war. Hier steckt Potenzial für die weitere Arbeit.

Die Tagung fand in Kooperation mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) statt. In Impulsreferaten, Dialogen, Workshops und bei einer Postersession zur Präsentation von Projekten wurden die verschiedenen Facetten des Themas ausgeleuchtet und erste Lösungsansätze diskutiert. Bei der

Planung des Programms war der DBSV von namhaften Experten unterstützt worden. Professor Dr. Focke Ziemssen vom Universitätsklinikum Tübingen hatte sich als Tagungspräsident zur Verfügung gestellt; Professor Dr. Frank Holz, Direktor der Universitäts-Augenklinik Bonn, moderierte die Veranstaltung. Mit Professor Dr. Ursula Lehr und Professor Dr. Hans-Werner Wahl konnten auch die führenden Altersforscher eingebunden werden.

Die Teilnehmer kamen mit großer Offenheit für das Thema und waren neugierig auf den Austausch untereinander. Die Diskussionen waren von Engagement und Sachkunde geprägt. Insbesondere in den fünf Workshops war das Interesse zu spüren, die begonnene Arbeit fortzusetzen. Auf der praktischen Ebene sollen zum Beispiel Checklisten erarbeitet werden, die dem Personal von Senioreneinrichtungen helfen, Sehprobleme von Bewohnern frühzeitig zu erkennen und die Räumlichkeiten sehbehindertengerecht zu gestalten.

Die Schlussrunde der Fachtagung hat den Start für ein gemeinsames Handeln markiert. Vertreter verschiedener Verbände – vom Berufsverband der Augenärzte Deutschlands und Zentralverband der Augenoptiker über den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste bis zum DBSV – machten sich Angebote zur weiteren Vernetzung und gegenseitigen Beratung beim weiteren Vorgehen. Positive Signale ka-

Bonner Erklärung unterzeichnen

Unterstützen Sie das Aktionsbündnis „Sehen im Alter“! Helfen Sie, vermeidbaren Sehverlust zu verhindern und Menschen mit Sehbehinderungen optimal zu versorgen. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie deutlich, dass Sie Handlungsbedarf sehen. Sie tragen in Ihrem Bereich zur Veränderung bei. Ihr Einsatz kann bestehen in der Weitergabe von Informationen, in Fachgesprächen mit Verantwortlichen oder in einer finanziellen Unterstützung.

Mehr Infos unter www.sehenimalter.org/aktionsbueundnis

men auch aus der Politik. Um politische Schlagkraft zu entwickeln, müsse die Problematik allerdings noch konkretisiert und mit Zahlen unterfüttert werden.

Bonner Erklärung

Für die Veranstalter der Tagung unterzeichneten DBSV-Präsidentin Renate Reymann und die ehemalige Bundesgesundheitsministerin und Vorsitzende der BAGSO, Professor Dr. Ursula Lehr, die Bonner Erklärung (siehe Seite 26). „Wir möchten die Kompetenzen der einzelnen Beteiligten zusammenführen und aus vielen losen Enden ein engmaschiges Netz knüpfen“, erklärte Lehr. Alle Personen und Organisationen, die zur Vermeidung von Sehverlust und zur Versorgung sehbehinderter Menschen im Alter beitragen, sind im Rahmen des neu gegründeten Aktionsbündnisses „Sehen im Alter“ zur Mitarbeit eingeladen.

Die nächste Etappe

Der DBSV hat das Thema „Sehen im Alter“ aufgegriffen, Position bezogen und zum gemeinsamen Handeln aufgerufen. Auf der Fachtagung wurde der Grundstein für die weitere Arbeit gelegt. Nun sind die Erwartungen an den Verband groß.

Wie kann der Einstieg in die konkrete Sacharbeit gelingen? Welche Themenfelder haben welche Bedeutung? Gibt es Maßnahmen, die schon kurzfristig zu Verbesserungen führen können? Und wie sollen die politischen Herausforderungen angepackt werden? Wie lässt sich die Aufbruchstimmung der Fachtagung nutzen und das öffentliche Interesse an dem Thema aufrechterhalten? Welche Struktur braucht das Aktionsbündnis, um effizient arbeiten zu können? Und wie kann die Initiative finanziell abgesichert werden? All dies sind Fragen, mit denen sich der DBSV in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe befasst. Deren Ziel ist zunächst, einen Aktionsplan für die weitere Arbeit zu entwickeln.

Bei Krankheitsbildern wie Demenz oder Schlaganfall hat es ähnliche Initiativen gegeben. Bis diese Themen jedoch im Bewusstsein der Gesellschaft angekommen waren, dauerte es mehr als zehn Jahre. Der DBSV und seine Mit-

streiter brauchen also viel Stehvermögen. Das gilt vor allem für gesundheitspolitische Vorstöße. Um zum Beispiel die Idee einer Vorsorgeuntersuchung am Auge für Menschen über 60 Jahre zu propagieren, muss mit Zahlen belegt werden, dass sich Sehverlust tatsächlich durch Prävention vermeiden lässt. Aber auch an anderen Stellen braucht es handfeste Beweise. Im Pflegebereich etwa werden sich Fortbildungen zur Sensibilisierung für blinde und sehbehinderte Menschen nur durchsetzen lassen,



Erstunterzeichnerinnen der Bonner Erklärung: BAGSO-Vorsitzende Professor Dr. Ursula Lehr (li.) und DBSV-Präsidentin Renate Reymann

wenn es gelingt, die Heimträger von deren Nutzen zu überzeugen. Der kann darin bestehen, dass Stürze und andere Folgeerkrankungen von Sehproblemen vermieden werden, dass sich Betroffene weniger zurückziehen und so insgesamt der Pflegeaufwand sinkt.

Die Herausforderungen für das Aktionsbündnis „Sehen im Alter“ sind groß, aber der gemeinsame Wille, etwas zu ändern, ist da. Oder wie Victor Hugo es auf den Punkt gebracht hat: „Es gibt nichts Mächtigeres auf der Welt, als eine Idee, deren Zeit gekommen ist.“

Werner Lechtenfeld, Projektreferent
„Sehen im Alter“ beim DBSV



Das Projekt „Sehen im Alter“ wird seit 2012 gefördert durch Bayer HealthCare und die DAK-Gesundheit.

Bonner Erklärung

Das Risiko einer Augenerkrankung, die das Sehen bedroht, steigt mit zunehmendem Alter rapide an. Die Wissenschaft geht mittlerweile von über sieben Millionen Betroffenen in Deutschland aus. Die Dimension von Volkskrankheiten ist erreicht. Menschen, die einen Sehverlust erleiden, verlieren bis zu 80 Prozent der zuvor verfügbaren Informationen und in der Folge die Handlungsfähigkeit in beinahe allen Lebensbereichen.

Dabei gibt es Wege, den Menschen Selbstbestimmung, Aktivität und gesellschaftliche Teilhabe zu sichern: Neue diagnostische Verfahren und Therapien können in vielen Fällen Erblindung verhindern – Hilfsmittel, Rehabilitation, barrierefreie Gestaltung und Beratungsangebote können helfen, entstandenen Sehverlust zumindest teilweise auszugleichen.

Viele Personen, Initiativen, Projekte und Berufsgruppen haben sich bereits auf den Weg gemacht. Es ist Zeit für eine gemeinsame Strategie!

Aus vielen losen Enden wird ein engmaschiges Netz

Die Fachtagung „Sehen im Alter“ am 27. und 28. Juni 2014 hat Akteure zusammengeführt, die sich aus unterschiedlichen Perspektiven mit dem Thema befassen. Trotz exzellenter Konzepte einzelner besteht nach wie vor ein großer Bedarf für konkrete Verbesserungen.

Die Fachtagung soll deshalb der Beginn eines gemeinsamen, abgestimmten Handelns sein. So können die Stärken der Partner zusammengeführt und zwei gemeinsame Ziele erreicht werden: vermeidbaren Sehverlust verhindern und Menschen mit Sehverlust eine optimale Unterstützung sichern!

Ziel 1: Vermeidbaren Sehverlust verhindern

- durch Aufklärung, Prävention und Früherkennung
- durch konsequente Therapie bereits beim zuerst betroffenen Auge

- durch Sicherstellung der augenärztlichen Versorgung der Bewohner von Alten- und Pflegeeinrichtungen
- durch die systematische Beseitigung aller Hindernisse und Versorgungslücken, die einer erfolgreichen Therapie im Wege stehen

Ziel 2: Menschen mit Sehverlust optimal unterstützen

- durch barrierefreie Gestaltung von Produkten, Wohnung, Wohnumfeld und öffentlichen Räumen
- durch sofort einsetzende Reha-Leistungen bei Sehverlust
- durch angemessene Nachteilsausgleiche und Versorgung mit Hilfsmitteln
- durch mehr Unterstützung für Mobilität und Transport, beispielsweise durch Begleitsdienste
- durch die konsequente Berücksichtigung des Sehvermögens in der Altenpflege
- durch die systematische Beseitigung aller Hindernisse, die einer erfolgreichen Rehabilitation und umfassenden Versorgung im Wege stehen

Wir laden Personen und Organisationen aus allen Fachgebieten, die zur Verhinderung von Sehverlust und zur Versorgung sehbehinderter Menschen im Alter beitragen, zur Mitarbeit ein. Aus vielen einzelnen Leistungen muss ein engmaschiges Unterstützungsangebot werden, das den Menschen Folgendes bietet:

- Beratung und sinnvolle Maßnahmenpakete
- Ineinandergreifen der Leistungen
- Orientierung und Klarheit für die Betroffenen und ihre Angehörigen

Wir, die Unterzeichnenden, fühlen uns diesen Zielen verpflichtet und gründen das Aktionsbündnis „Sehen im Alter“.

Bonn, 28. Juni 2014