

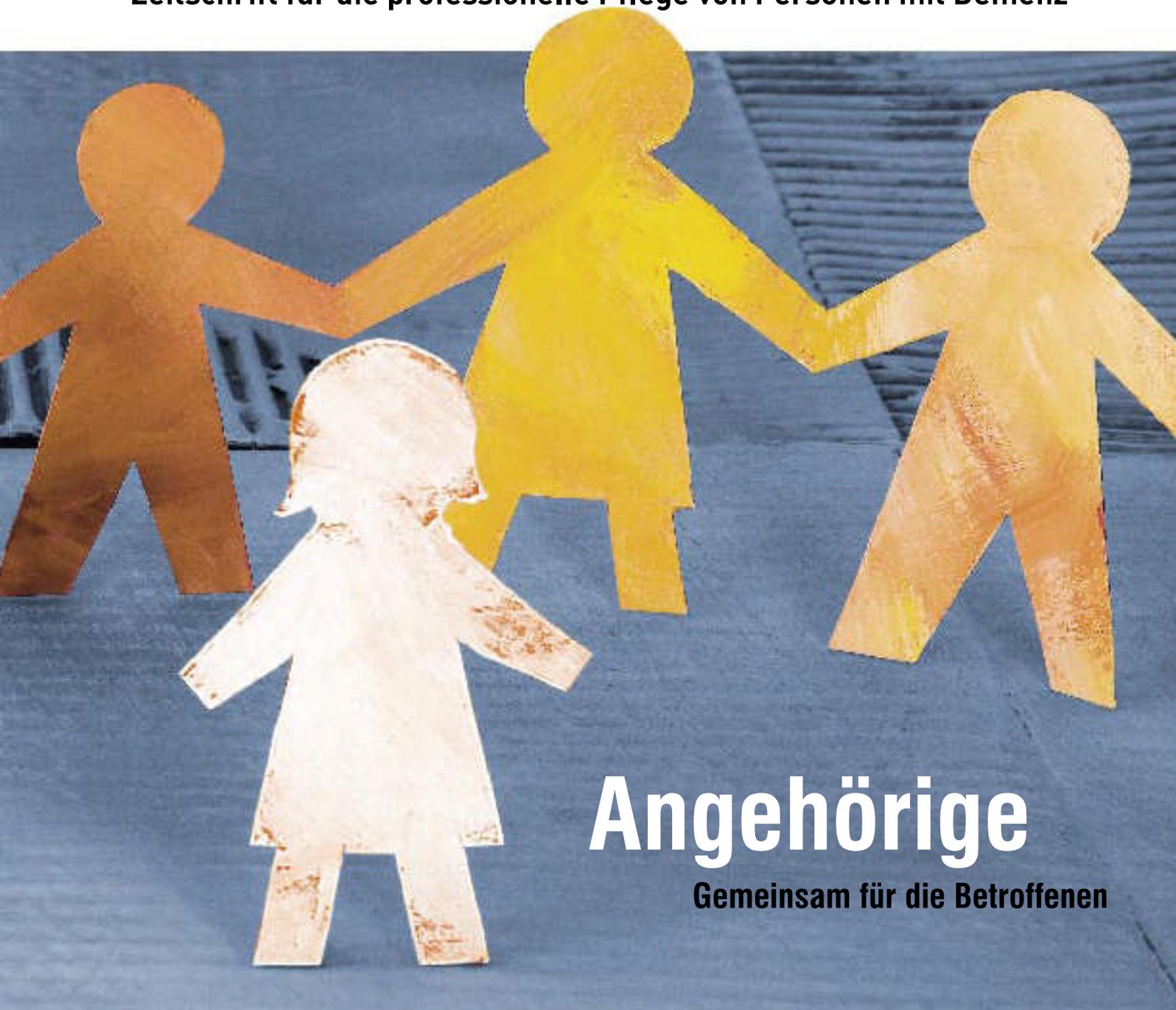
pflegen:

Postvertriebsstück
Deutsche Post AG 73276
4. Quartal 2008
Bestell-Nr. 2809

9

Demenz

Zeitschrift für die professionelle Pflege von Personen mit Demenz



Angehörige

Gemeinsam für die Betroffenen

WISSEN

Heißen Sie Angehörige willkommen auf Ihrer Station!

PRAXIS

Die Angehörigen ins Boot holen!

PRAXIS

Die Beschwerde als Chance

ZUM THEMA

Ich kann als Pflegende doch profitieren!

Demenz und Schwerhörigkeit im Alter

„Wenn der Pfleger zum ‚Flegel‘ wird“

Sowohl Schwerhörigkeit als auch Demenzerkrankungen beeinträchtigen die Kommunikationsfähigkeit der Betroffenen. Dabei wird Schwerhörigkeit bei alten Menschen nicht immer als solche erkannt, sondern oft als nachlassende geistige Fähigkeit fehlgedeutet. MECHTHILD DECKER-MARUSKA, Krankenschwester, REINER HOFMANN, Dipl.-Psychogerontologe und Dr. med. MICHAEL LERCH, Geriater, fordern hier ein verändertes Problembewusstsein in der Pflege und empfehlen dringend entsprechende Fortbildungsangebote.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels werden Hörstörungen, insbesondere die Schwerhörigkeit im Alter, sowie die demenziellen Erkrankungen in unserer Gesellschaft, zunehmend an Bedeutung gewinnen. Bereits heute leiden mehr als eine Million Deutsche an einer Demenz. In der Altersgruppe von 65 bis 69 Jahren liegt die Häufigkeit bei unter zwei Prozent, in der Altersgruppe der 80-bis 84-Jährigen bei zehn bis 17 Prozent. Von den über 90-Jährigen sind bereits über 30 Prozent an einer mittelschweren oder schweren Demenz erkrankt (Förstl et al. 2004).

Demnzerkrankung und Schwerhörigkeit nehmen zu

Etwa 13,3 Millionen Menschen in Deutschland sind von einer Schwerhörigkeit betroffen. Von diesen ist jeder dritte Mensch zwischen 60 bis 69 Jahre alt, das sind 37 Prozent, sowie jeder zweite Mensch über 70 Jahre, das entspricht 54 Prozent (Cordes 2000). In diesen beiden beschriebenen Altersgruppen wird sich die Anzahl der Betroffenen, bedingt durch eine steigende Lebenserwartung, erhöhen. Unter Berücksichtigung dieser Daten ist davon auszugehen, dass eine bestimmte Anzahl

von demenziell erkrankten Menschen zusätzlich von einer Hörstörung betroffen ist. Eine aktuelle Studie an 1556 geriatrischen Patienten bestätigte, dass ca. 1/3 (32%) der demenziell Erkrankten gleichzeitig unter Schwerhörigkeit leiden (Lerch, Decker-Maruska 2008).

Hörgeräte sind keine Verstehgeräte

Während Demenzerkrankungen in der öffentlichen und politischen Wahrnehmung zunehmend präsenter werden, schenkt die Gesellschaft der Thematik Schwerhörigkeit, insbesondere im höheren Alter, vergleichsweise wenig Beachtung. Dem liegt zugrunde, dass der Verlust der geistigen Fähigkeit um ein Vielfaches schwerer wiegend empfunden wird als die Einbuße des Hörvermögens. Unterstützt wird diese Auffassung durch die weit verbreitete Meinung, dass ein zunehmender Hörverlust zum „normalen“ Alterungsprozess gehöre.

So ist es nicht verwunderlich, dass von Angehörigen oder Nichtbetroffenen ein Hörgerät noch immer einem „Verstehgerät“ gleichgesetzt und lautes Sprechen als Kompensation für nachlassende Hörfähigkeit akzeptiert wird. Hier begreift die hörende Umwelt die besondere Situation de-

menziell erkrankter und/oder hörbeeinträchtigter Menschen nur selten in vollem Umfang.

Diese Auffassung wird oft auch von professionell Pflegenden vertreten, welche die am häufigsten mit dem betroffenen Patienten oder Bewohner in Kontakt stehende Berufsgruppe darstellt.

Analog zur steigenden Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts im höheren Alter, steigt das Aufkommen dieser Patientenklientel in der stationären Altenhilfe und im Bereich der ambulanten Pflege, da sich hier nicht selten die oftmals ebenfalls betagten oder berufstätigen Angehörigen außerstande sehen, die Versorgung des älteren Menschen im häuslichen Umfeld oder ohne professionelle Unterstützung zu gewährleisten.

Bei dieser professionellen Unterstützung demenzerkrankter und/oder schwerhöriger Menschen handelt es sich – betriebswirtschaftlich gesehen – um eine Dienstleistung. Der Leistungsempfänger, ob Patient, Bewohner oder Angehöriger, ist der Kunde, der vom Leistungsgeber, zum Beispiel den professionell Pflegenden, eine kompetente Leistungserbringung, also eine gute Pflege erwartet.

Dies wiederum setzt hinsichtlich der hier zu betrachtenden Kundengruppe einen hohen Kompetenz in Bezug auf Demenzerkrankungen und die Problematik der Schwerhörigkeit voraus. Dieses Wissen ist die grundlegendste Voraussetzung, um die besondere Lebens- und Verhaltenssituation dieser geriatrischen Klientel zu erkennen und zu verstehen und ihn dann individuell und personenzentriert zu betreuen. Dazu gehört, die vorhandenen Probleme aber auch kognitiven und auditiven Ressourcen zu erfassen und zu nutzen.

Schwerhörigkeit ist eine nahezu unsichtbare Behinderung.

Anders als mobilitätseingeschränkte oder sehbehinderte Menschen nutzen Schwerhörige keine bzw. keine sofort erkennbaren Hilfen. So werden beispielsweise Hörgeräte – wenn sie denn getragen werden – nach Möglichkeit unter den Haaren verborgen. Gestaltet sich zudem die lautsprachliche Verständigung ohne gravierende Probleme, gelingt es den Betroffenen, ihr Defizit zum Teil über einen langen Zeitraum zu verbergen.

Bleibt die Schwerhörigkeit im klinischen Pflegealltag bei der Beurteilung der kognitiven, psychischen und/oder physischen Befindlichkeit unentdeckt oder unberücksichtigt, führt dies u. a. nicht selten zur Diagnose einer kognitiven oder

Bedeutung und Funktion des Hörens

Die Bedeutung und Funktion des Hörens für das alltägliche Leben entzieht sich oftmals der bewussten Wahrnehmung guthörender Pflegeprofis. Jedoch erst der intakte Hörsinn ermöglicht das Erlernen der Sprache, das rechtzeitige – oftmals lebenswichtige – Erkennen von Gefahren sowie die Aufnahme und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte über die lautsprachliche Kommunikation. Schwerhörigkeit kann unterschiedliche Ursachen haben, die sich auf jeweils spezifische Art auf die Höreindrücke des Betroffenen auswirken.

Die Schalleitungsschwerhörigkeit

Die Schalleitungsschwerhörigkeit kann einerseits auf einer Störung im äußeren Ohr wie beispielsweise der Einengung oder Verlegung des Gehörgangs durch einen Ohrschmalzpfropf, dem sogenannten Cerumenpfropf, basieren. Andererseits kann eine Erkrankung im Mittelohr, beispielsweise die Verknöcherung der Gehörknöchelchenkette – die Otosklerose – für die Störung verantwortlich sein. In beiden Fällen ist die Schallweiterleitung zum Innenohr beeinträchtigt, sodass Schallsignale wie Worte, Töne und Geräusche lediglich „leiser gehört“ werden. Durch die sachgerechte Entfernung des Cerumenpfropfes, medikamentöse Behandlung beziehungsweise einen operativen Eingriff kann diese Form der Schwerhörigkeit in den meisten Fällen behoben oder gebessert werden.

Die Schallempfindungsschwerhörigkeit

Die im Alter häufiger vorkommende Schallempfindungsschwerhörigkeit hat ihre Ursache unter anderem in Veränderungen innerhalb des Innenohres, zum Beispiel durch Schädigung der Hörsinneszellen in der Hörschnecke oder im hinter dem Innenohr liegenden neuronalen Bereich. Der betroffene Mensch hört hier verzerrt und lückenhaft, da sich die Sprache in Aufbau, Qualität und Klangbild verändert, was oftmals zu Verständnisproblemen führt. Anstatt „Gib' mir mal die Butter“ wird „Gib' mir mal die Mutter“ verstanden. Diese Art der Hörstörung kann nur mit apparativen Hörhilfen wie Hörgeräten oder dem Cochlea Implantat, einem Hörimplantat, in gewissem Maße kompensiert werden.

Die kombinierte Schwerhörigkeit

Eine kombinierte Schwerhörigkeit liegt vor, wenn neben einer Schalleitungsschwerhörigkeit zusätzlich eine Schallempfindungsschwerhörigkeit besteht. In diesem Fall hört der Betroffene nicht nur leiser sondern zusätzlich verzerrt und lückenhaft.

Der Grad der Schwerhörigkeit

Die Einteilung der Hörminderung erfolgt nach Schweregraden. Grundlage dieser Einteilung sind Bezugswerte, die durch ein Sprachbeziehungsweise Tonaudiogramm ermittelt werden und die den Hörverlust in Prozenten angeben (Plath 1993).

Parallelen zwischen Demenz und Schwerhörigkeit

Vergleichbar der Demenz ist die Schwerhörigkeit, insbesondere die Schwerhörigkeit im Alter, ein gesellschaftliches Tabuthema. Bei intensiver Betrachtung der beiden Phänomene zeigen sich noch weitere Gemeinsamkeiten. Sowohl Demenz als auch Schwerhörigkeit,

- ▶ führen zur Verringerung der Lebensqualität,
- ▶ erschweren Pflege, Behandlung und Betreuung des Erkrankten,
- ▶ erfordern ein hohes Maß an Zeit, Geduld und Verständnis von pflegenden Angehörigen und professionell Pflegenden,
- ▶ verursachen eine Verminderung der Kommunikationsfähigkeit,
- ▶ bedürfen eines speziellen Wissens hinsichtlich der Kommunikationsbedürfnisse und -möglichkeiten,
- ▶ können von Nichtbetroffenen im Bezug auf die Lebens- und Erlebenssituation der Betroffenen nicht nachempfunden werden,
- ▶ sind schleichende Prozesse,
- ▶ ziehen Veränderungen im Bezug auf das Verhalten, die Stimmung und Persönlichkeit des Betroffenen nach sich,
- ▶ führen zur Isolation.

Zudem empfinden die Angehörigen die Auswirkungen der Erkrankung oder Behinderung auf das alltägliche Miteinander als zum Teil extrem belastend, was nicht selten in massiven innerfamiliären Konflikten endet. Der vor allem extremen psychischen Belastung der Angehörigen stehen nicht selten unzureichende eigene Ressourcen zur problemorientierten Situationsbewältigung gegenüber. Als weitere Parallele kann das „Verwischen“ der Verarbeitung und Interpretation von externen Sinneseindrücken gewertet werden. Das bedeutsamste Unterscheidungsmerkmal zwischen einer demenziellen Erkrankung und einer Schwerhörigkeit besteht darin, dass bei der Schwerhörigkeit ein kognitives Leistungsdefizit primär nicht vorliegt. Jedoch kann eine nicht erkannte Hörstörung kognitive Leistungseinbußen im Alter mit verursachen oder schon vorhandene – etwa im Anfangsstadium einer Demenz – vorliegende Defizite verstärken. Der Betroffene nimmt, aufgrund seiner Rückzugstendenzen, immer weniger auditive Reize aus der Umwelt wahr. Daraus kann resultieren, dass seine kognitiven Fähigkeiten nicht mehr gefordert und gefördert werden.

affektiven Störung (Demenz oder Depression) gefolgt von inadäquaten Pflege-, Behandlungs- und Therapiemaßnahmen.

Der Betroffene erscheint hier u. a. verwirrt, desorientiert, ängstlich, antriebsarm, verlangsamt und/oder aggressiv. Symptome, welche oftmals mit einer kognitiven Leistungsminderung und/oder emotionalen Veränderung im Sinne einer demenziellen Erkrankung, selten jedoch mit einer Hörminderung in Zusammenhang gebracht werden (vgl. Journal of American Medical Directors Association 2004).

Eine adäquate, die individuellen Kommunikationsbedürfnisse und -wünsche demenzkranker, schwerhöriger älterer Menschen berücksichtigende Versorgung bedarf zusätzlicher Kenntnisse. Sie betreffen unter anderem die Bedeutung und Funktion des Hörens, die Höreindrücke des gesunden Ohres, die Bestimmung des Hörvermögens, die Differenzierung nach Art und Grad der Höreinschränkung sowie die daraus resultierende kommunikative Beeinträchtigung und ihre Auswirkungen auf die lautsprachliche Verständigung.

Demenz und Schwerhörigkeit

Der Arzt Jan Wojnar definiert Demenz als Störungen der Gedächtnisfunktionen und der intellektuellen Leistungen, die den Erkrankten an einer normalen Interaktion mit der Umwelt hindert und in seinen Lebensaktivitäten beeinträchtigt. Sein Verhalten weicht dabei immer stärker von früheren Mustern ab. Der Mensch wirkt dadurch auf seine Umgebung häufig unverständlich und verhält sich in Situationen unangemessen und ist dann schwer verständlich (In: Höwler 2000).

Der auf Schwerhörigkeit spezialisierte Psychologe Werner Richtberg beschreibt Schwerhörigkeit wie folgt: „Schwerhörig oder taub sein heißt, mit ständiger Unsicherheit darüber zu leben, ob man andere richtig verstanden hat, ob man von anderen richtig verstanden worden ist, oder eigenes Missverstehen von anderen auch richtig gedeutet wird, – nämlich als Zeichen eines Hörproblems und nicht eines Intelligenzmangels.“

Wer seinen eigenen Ohren nicht mehr trauen kann, der wird zuweilen misstrauisch, empfindlich,

ungeduldig und leicht kränkbar, und der neigt vermehrt zu scheuer Zurückhaltung oder auch zu dominanter Durchsetzung (Richtberg 1991).“

Schwerhörigkeit kann als Demenz fehlgedeutet werden

Eine nicht erkannte Hörstörung wird im Versorgungsalltag nicht selten als kognitive Einbuße fehlgedeutet, nach dem Motto: „Der versteht nichts; der hat eine lange Leitung!“ Hier kann das Phänomen der sogenannten „Pseudo-Demenz“ z. B. aufgrund der auditiven Wahrnehmungsstörung auftreten.

Vor diesem Hintergrund ergibt sich die Notwendigkeit einer altersentsprechenden, zeitnahen multidisziplinären Diagnostik von kognitiven und auditiven Beeinträchtigungen geriatrischer Patienten.

Die praktische und folgerichtige Umsetzung dieser Forderung erfolgte 2003 am Krankenhaus St. Barbara Attendorn im Rahmen des „Service für besseres Hören, Wege zum sicheren Verstehen“ nach vorangegangenen Pilotprojekt sowie einer Projektstudie.

Im Rahmen dieser Projektstudie bestätigte sich die hohe Prävalenzrate der Schwerhörigkeit im Alter. Von 158 Patienten der geriatrischen Abteilung im Durchschnittsalter von 80,2 Jahren wiesen 113 Patienten, das sind 71,5 Prozent, eine alltagsrelevante Schwerhörigkeit auf (vgl. Wedmann/Decker-Maruska, 2004).

Das Evangelische Krankenhaus Bethanien Iserlohn sowie das Evangelische Krankenhaus Schwerte folgten 2008 und erweiterten das Attendorner Konzept im Rahmen des Hörprojektes „Hömma“ (Kontakt über: m.lerch@eks-schwerte.de) im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung von hörgeschädigten, geriatrischen Patienten.

Diagnostik und Schulung der Mitarbeiter müssen Hand in Hand gehen

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Situation stellen die Diagnose des Hörstatus mittels eines Hör screenings, bestehend aus einer Ohrspiegelung durch einen HNO-Facharzt, die Ton- und Sprachaudiometrie durch einen Hörgeräteakustiker sowie die konsequente Anwendung hörbehindertengerechter Kommunikations- und Verhaltensstrategien die Grundelemente für den handicap-adaptierten Diagnose- und Versorgungsprozesses dar. Allem

vorangehend muss dabei die Schulung der Klinikmitarbeiter sein. Ziel solcher Qualifizierungsmaßnahme sollte es sein, das Thema fachkompetent, differenziert und flächendeckend unter Einbeziehung der Selbstbetroffenkompetenz in der Aus-, Fort und Weiterbildung aller beteiligten Berufsgruppen zu vermitteln. Hier ist der Qualifizierung der Pflegefachkräfte als häufigste Kontaktperson ein besonders hoher Stellenwert beizumessen. ■

► Kontakt

MECHTHILD DECKER-MARUSKA,
Krankenschwester, Expertin in der Pflege
hörgeschädigter Menschen, Fachreferentin Pflege
E-Mail: m.decker-maruska@t-online.de

REINER HOFMANN,
Dipl.-Psychogerontologe, Hörgeschädigten-
pädagoge, Audiotherapeut
E-Mail: Reiner.G.Hofmann@t-online.de

DR. MED. MICHAEL LERCH,
MBA, Facharzt für Innere Medizin, Geriatrie,
Palliativmedizin, Rehabilitationswesen
E-Mail: lerch@bethanien-iserlohn.de

LITERATUR

- CORDES, E. (2000)
Forum Schwerhörigkeit in Deutschland – Hörscreening Studie.
In: Deutscher Schwerhörigenbund e.V. (Hrsg.): DSB Report Nr. 3
Kornel Mierau Verlag
- FÖRSTL, H. | MAELICKE, A. | WEICHEL, C. (2004)
Demenz Taschenatlas spezial.
Stuttgart: Thieme Verlag
- HÖWLER, E. (2000)
Gerontopsychiatrische Pflege.
Hagen: Brigitte Kunz Verlag
- JOURNAL OF AMERICAN MEDICAL DIRECTORS ASSOCIATION. (2004)
Hearing Aid Use in Nursing Homes.
Part 1: Prevalence Rates of Hearing Impairment and Hearing Aid Use, and Hearing Aid Use in Nursing Homes.
Part 2: Barriers to Effective Utilization of Hearing Aids.
- LERCH, M. | DECKER-MARUSKA, M. (2008)
Dementia and impaired hearing – a comorbidity often overlooked.
Poster, EFNS Congress, Madrid
- PLATH, P. (HRSG.) (1993)
Lexikon der Hörschäden.
Heidelberg: Ed. Harmsen
- RICHTBERG, W. (1991)
Hörschädigung aus psychosozialer Sicht.
Vortrag im Rahmen eines Patientenseminars. Bad Berleburg
- WEDMAN, B. | DECKER-MARUSKA, M. (2004)
Service rund um das Hören und Verstehen.
In: Deutscher Schwerhörigenbund e. V. (Hrsg.):
DSB-Report Nr. 5. Audiovision GmbH, Eigenverlag