

Thema der Facharbeit:

**Demenz und Schwerhörigkeit**  
**- Möglichkeiten gezielter**  
**pflegetherapeutischer Maßnahmen**  
**in der ganzheitlichen Pflege und**  
**Betreuung**  
**von**  
**schwerhörigen an Demenz Erkrankten -**

Verfasser:

**Eva Richter**

Im Rahmen der

**Fachweiterbildung „Gerontologische Pflege“**

von  
**KK Training**

**Hannover, den 29.09.03**

# INHALTSVERZEICHNIS

<b><u>1</u></b>	<b><u>EINLEITUNG</u></b> .....	<b><u>4</u></b>
<b><u>2</u></b>	<b><u>DEMENZ</u></b> .....	<b><u>6</u></b>
2.1	SYMPTOME UND VERLAUF.....	6
2.2	SEKUNDÄRSYMPTOME UND MÖGLICHE URSACHEN .....	7
<b><u>3</u></b>	<b><u>SCHWERHÖRIGKEIT</u></b> .....	<b><u>10</u></b>
3.1	ARTEN DER SCHWERHÖRIGKEIT.....	10
3.1.1	ALTERSSCHWERHÖRIGKEIT .....	11
3.2	AUSWIRKUNGEN VON SCHWERHÖRIGKEIT .....	12
3.2.1	DEPRIVATION .....	13
3.2.1.1	Deprivation durch Schwerhörigkeit im Alter.....	14
3.3	INTERVENTIONSMÖGLICHKEITEN.....	15
<b><u>4</u></b>	<b><u>AUSWIRKUNGEN VON SCHWERHÖRIGKEIT BEI AN DEMENZ ERKRANKTEN</u></b> .....	<b><u>16</u></b>
4.1	AUSWIRKUNGEN AUF DEN BETROFFENEN BEWOHNER UND SEIN UMFELD.....	17
4.2.	MÖGLICHE FOLGEN .....	19
<b><u>5</u></b>	<b><u>ZIELE EINER GANZHEITLICHEN PFLEGE UND BETREUUNG SCHWERHÖRIGER AN DEMENZ ERKRANKTER</u></b> .....	<b><u>20</u></b>
<b><u>6</u></b>	<b><u>INTERVENTIONSMÖGLICHKEITEN BEI SCHWERHÖRIGKEIT UND DEMENZ</u></b> .....	<b><u>22</u></b>
6.1	ÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG UND HILFSMITTELANPASSUNG VERANLASSEN .....	23
6.2	KOMMUNIKATION ERMÖGLICHEN .....	23
6.3	STIMULATION DURCH REIZE .....	25
6.3.1	AKUSTISCHE STIMULATION.....	26
6.2.1.1	Gründe für den Einsatz von Musik und Umsetzungsmöglichkeiten.....	26
6.3.1.1.1	Medizinische Resonanztherapie Musik.....	28
6.4	SOZIALE KONTAKTE ERMÖGLICHEN .....	29
6.5	BEWEGUNGSMÖGLICHKEITEN SCHAFFEN .....	30
6.6	ENTSPANNUNG ERMÖGLICHEN.....	31
6.7	BESCHÄFTIGUNGSMÖGLICHKEITEN ANBIETEN .....	32
<b><u>7</u></b>	<b><u>PFLEGETHERAPEUTISCHE MAßNAHMEN IN DER PFLEGERISCHEN PRAXIS</u></b> .....	<b><u>32</u></b>
7.1	VORAUSSETZUNGEN DER BETREUER .....	32
7.2	MATERIELLE UMGEBUNG .....	33
7.3	TAGESSTRUKTURIERENDE, FÖRDERNDE ANGEBOTE .....	34

<b>7.4 UMGANG MIT DEM BETROFFENEN .....</b>	<b>36</b>
<b><u>8 SCHLUSSWORT .....</u></b>	<b><u>38</u></b>
<b><u>LITERATURVERZEICHNIS .....</u></b>	<b><u>40</u></b>

## 1 Einleitung

Meine siebenjährige Arbeit mit Demenzkranken ist durch die ständige Suche nach Betreuungsmöglichkeiten und einem besseren Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten durch möglichst einfache Mittel, bei einer dünnen Personaldecke und ungünstigen räumlichen Gegebenheiten stationärer Alteneinrichtungen geprägt worden.

Vor einem halben Jahr stand ich vor der Aufgabe in einem neustrukturierten Wohnbereich für demenziell Erkrankte tagesstrukturierende Angebote zu entwickeln und durchzuführen. Einige Bewohner zeigten starke Verhaltensauffälligkeiten oder wirkten apathisch, auch war ihre Kommunikationsfähigkeit stark eingeschränkt, sodass eine Verständigung mit ihnen kaum möglich war. Sie schienen in keines der Angebote integrierbar zu sein. Durch permanente Lautäußerungen, bis hin zu Schreien, kam es zusätzlich zu extremer Unruhe und vielen Störungen.

Es zeigte sich, dass diese Bewohner neben ihrer Demenz auch unter einer Schwerhörigkeit leiden und (fast alle) seit mehreren Jahren keine Hörgeräte mehr tragen. Obwohl ich bereits Erfahrungen im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten hatte, war die Suche nach Interventionsmöglichkeiten für diese Bewohner eine besondere Herausforderung.

In den ersten zwei Monaten konnte ich die Hilfe eines sehr engagierten Altenpflegeschülers in Anspruch nehmen, dem ich an dieser Stelle ganz herzlich für seine Unterstützung danken möchte.

Mit seiner Unterstützung war es möglich, viele Maßnahmen zu erproben und kontinuierlich durchführen, die schließlich zu einer Verbesserung der Lebenssituation der schwerhörigen Demenzkranken führten und ihre Integration in die Tagesstruktur des Wohnbereichs ermöglichten. Deshalb bot es sich an, über dieses Thema in meiner Facharbeit zu berichten.

Für diese Facharbeit habe ich auf Literatur zurückgegriffen, die ich mir im Laufe meiner Tätigkeit selbst angeschafft habe, sowie auf Fachbücher unserer Einrichtung, Unterrichtsunterlagen und auf Internetadressen, die ich durch die Eingabe des Suchbegriffs „Demenz und Schwerhörigkeit“ ermittelte. Durch den Hinweis einer Kollegin, dass es spezielle Musik zur Beruhigung von „Schreibabys“ gibt, fand ich im Internet Ausätze über Resonanztherapie Musik, die in diese Facharbeit mit eingeflossen sind.

Um den Lesefluss nicht zu unterbrechen, habe ich immer die männliche Form (Bewohner, Mitarbeiter) gewählt, außer wenn es sich faktisch um weibliche Personen handelt.

Häufig wird das störende Verhalten oder Apathie von schwerhörigen Demenzerkrankten nicht hinterfragt und es bleibt eine differenzierte Ursachenforschung aus. Unterbleibt die Suche nach gezielten Interventionen, kann das erhebliche Folgen für die Betroffenen haben.

In dieser Facharbeit wird auf gezielte pflegetherapeutische Interventionsmöglichkeiten hingewiesen, die zur Steigerung der Lebensqualität und zum Rückgang der Verhaltensauffälligkeiten von schwerhörigen Demenzkranken führen können. Sie sollen bei der Suche nach Alternativen zu fixierenden Maßnahmen (bei häufigen Problemen, wie psychomotorischer Unruhe und Aggression) Denkanstöße und Handlungsmöglichkeiten aufzeigen.

Genauere Kenntnisse über Demenzerkrankungen und Schwerhörigkeit sowie eine ganzheitliche Betrachtungsweise sind Voraussetzungen für den Einsatz gezielter

pflegetherapeutischer Interventionen. Deshalb werden zu Beginn die Demenzerkrankungen und mögliche Symptome dargestellt. Besonders sind die Sekundärsymptome bzw. Verhaltensauffälligkeiten und mögliche Ursachen hervorgehoben, da sie zu den häufigsten Problemen gehören und durch gezielte Interventionen gemindert oder vermieden werden können. Anschließend folgt die Darstellung von Schwerhörigkeit. Bei den Arten der Schwerhörigkeit wird besonders auf die Altersschwerhörigkeit eingegangen, da sie am häufigsten in Alteneinrichtungen auftritt. Unter den Auswirkungen einer Schwerhörigkeit ist eine Deprivation am gravierendsten und ist, da auch schwerhörige Demenzkranke davon betroffen sein können, extra herausgestellt. Die Interventionsmöglichkeiten zeigen allgemeine pflegerische Umgangsmöglichkeiten mit Schwerhörigkeit auf.

Im mittleren Teil erfolgt eine genaue Betrachtung, welche Auswirkungen eine Schwerhörigkeit auf einen Demenzerkrankten und sein Umfeld haben kann und welche Folgen sich daraus ergeben.

Der Begriff der ganzheitlichen Pflege und Betreuung wird am Pflegemodell von Monika Krohwinkel sowie den Grundsätzen und Zielen der Milieuthherapie dargestellt unter Bezug auf die Bedürfnisse schwerhöriger Demenzkranker.

Hinsichtlich der Interventionsmöglichkeiten bei Schwerhörigkeit und Demenz wird auf die verschiedenen Ebenen eingegangen, auf denen pflegetherapeutisches Eingreifen erfolgen kann, um wichtige Bedürfnisse zu befriedigen. In dem Gliederungspunkt „Stimulation durch Reize“ wird besonders die akustische Stimulation mit Musik und Resonanztherapie Musik herausgestellt, da durch sie wirkungsvoll eine Höranbahnung und Beruhigung bei schwerhörigen Demenzkranken ermöglicht werden kann.

Die praktische Umsetzung von pflegetherapeutischen Maßnahmen ist unter den Aspekten der Milieuthherapie gegliedert und enthält Fallbeispiele (kursiv und eingerückt hervorgehoben), die Umsetzungsmöglichkeiten und ihre Wirkung aufzeigen sollen. Sie sind sicherlich nicht auf jede Situation übertragbar, da sie von der Beziehung zwischen Bewohner und Pflegendem sowie dem äußeren Rahmen und der Biographie des schwerhörigen Demenzkranken geprägt sind; sie können aber Hinweise geben, welche hilfreichen, wirkungsvollen Interventionen in der ganzheitlichen Pflege und Betreuung schwerhöriger Demenzkranker möglich sind.

## 2 Demenz

Der Begriff „Demenz“ bedeutet „lat. Dementia: mens = Verstand, abnehmender Verstand, erworbene Hirnleistungsschwäche.

Demenz bildet keine Krankheit, sondern eine Gruppe von Symptomen, die miteinander zusammenhängen und bei bestimmten Krankheiten auftreten<sup>1</sup>.

„Die chronische Verwirrung ist in der Regel Zeichen einer demenziellen und daher fortschreitenden (chronischen) Erkrankung. Hier liegen krankhafte Veränderungen im Gehirn vor, die zum Untergang von Nervenzellen führen. Die chronische Verwirrtheit entwickelt sich langsam fortschreitend über einen längeren Zeitraum mit wechselnder Ausprägung und mündet in der Regel in einem chronischen Dauerzustand. Das Bewußtsein bleibt erhalten, der Kranke ist ansprechbar.“<sup>2</sup>

Nach Dr. J. Wojnar (2000), verstehen wir unter „Demenz“, Störungen der Gedächtnisfunktion und der intellektuellen Leistungen, die den Erkrankten an einer normalen Interaktion mit der Umwelt hindern und in seinen Lebensaktivitäten beeinträchtigen. Sein Verhalten weicht immer stärker von früheren Mustern ab. Der Mensch wirkt dadurch auf seine Umgebung häufig unverständlich; er verhält sich in Situationen unangemessen und ist dann schwer beeinflussbar.“<sup>3</sup>

„Man unterscheidet zwischen primären und sekundären Demenzen.(...)“

Zu den **primären Demenzen** zählen :

- Die Demenz vom Alzheimerstyp (DAT, ca. 50-60 %), bei welcher Ursachen bisher nur in ersten Ansätzen bekannt sind.(...)
- Die vaskuläre Demenz (ca. 10-20 %), bei welcher entweder ein einmaliger ausgeprägter Hirninfarkt ( Apoplektischer Insult ) vorliegt oder mehrere kleinere Hirninfarkte zur sog. Multi-Infarkt-Demenz (MID) führen,
- die Mischformen (ca. 10-20 %).(...

Bei den **sekundären Demenzen** (ca. 10-15 %) liegen die Ursachen außerhalb des Gehirns, sie können aber in ihrem weiteren Verlauf auch zu Schädigung der Hirnsubstanz führen.“<sup>4</sup>

„Im pflegerischen Alltag ist es bei einer fortgeschrittenen Demenz kaum mehr möglich, ohne anamnestische Angaben (Krankheitsvorgeschichte) das vorliegende Bild einer demenziellen Erkrankung einer Ursachengruppe sicher zuzuordnen, umso mehr als auch Überschneidungen vorkommen können, wie z. B. ein vaskulärer Prozess mit einer gleichzeitigen alkoholtoxisch bedingten Demenz.“<sup>5</sup>

### 2.1 Symptome und Verlauf

„Auch der Verlauf bzw. die Entwicklung einer Demenz vermittelt meist kein allgemein gültiges Krankheitsbild, da auch die primäre Persönlichkeit des Betroffenen eine wesentliche Rolle spielt und Symptomgruppierungen erhebliche Unterschiede im Erscheinungsbild aufkommen lassen.“<sup>6</sup>

Die Voraussetzung für eine sinnvolle Pflege und Betreuung, ist deshalb die genaue Kenntnis des allgemeinen Verlaufs und der wichtigsten möglichen primären

---

<sup>1</sup> Vgl. Kors/Seunke, Gerontopsychiatrische Pflege, 1997 Ullstein Mosby, S. 122

<sup>2</sup> I. Köther u. E. Gnam, Altenpflege in Ausbildung und Praxis, 2000 ( S.512)

<sup>3</sup> Höwler, Elisabeth, Gerontopsychiatrische Pflege, 2000 Brigitte Kunz Verlag, S.130

<sup>4</sup> I. Köther u. E. Gnam, Altenpflege in Ausbildung und Praxis, 2000 ( S.514 f)

<sup>5</sup> I. Köther u. E. Gnam, Altenpflege in Ausbildung und Praxis, 2000 ( S.515)

<sup>6</sup> I. Köther u. E. Gnam, Altenpflege in Ausbildung und Praxis, 2000 ( S.515)

Symptome der Erkrankung, der Primärpersönlichkeit und der Biographie des Betroffenen.

In der Demenz-Definition nach ICD 10 sind folgende Konstellationen von Symptomen angegeben:

„Beeinträchtigung höherer kortikaler Funktionen einschließlich:

Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen.

Es finden sich andere Störungen höherer kortikaler Funktionen:

Aphasie, Apraxie, Agnosie.

Persönlichkeitsveränderungen, wie z.B. Affektlabilität, Änderung oder Akzentuierung prämorbidier Persönlichkeitsmerkmale.

Beeinträchtigung in den Lebensaktivitäten. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Die Symptomatik dauert mindestens sechs Monate an.“<sup>7</sup>

Ergänzend sind auch die differenzierte Betrachtung der folgenden Symptome und der allgemeine Verlauf zu nennen:

„Gedächtniseinbuße	-zunächst Merkfähigkeitsstörung -dann Störung des Kurzzeitgedächtnisses -zuletzt dann Einbußen des Langzeitgedächtnisses
Orientierungsstörungen	mögliche Störungen der zeitlichen, räumlichen, situativen und persönlichen Orientierung

Störung der emotionalen Kontrolle und des Sozialverhaltens, emotionale Aufnahmefähigkeit bleibt allerdings erhalten(...).“<sup>8</sup>

Sowie „nachlassende körperliche Fähigkeiten und körperlicher Abbau.“<sup>9</sup>

## 2.2 Sekundärsymptome und mögliche Ursachen

Die sogenannten „sekundär psychischen Symptome und Verhaltensauffälligkeiten“<sup>10</sup> sind besonders hervorzuheben, da sie in der Praxis zu den größten Pflegeproblemen zählen.

Sie werden als Erlebnis- und Verhaltenstörungen bei Demenzen nach Kurz (1998) wie folgt zusammengefasst:

- „Wahn (Schuld-, Eifersuchts-, Bestehlungswahn)
- Illusionäre Verkennung
- Halluzination
- Depressivität (Suizidversuche, Interessenverlust, Schlafprobleme)
- Euphorie
- Angst
- Reizbarkeit
- Apathie
- Unruhe
- Wandern
- Tag- Nacht- Umkehr

<sup>7</sup> Höwler, Elisabeth, Gerontopsychiatrische Pflege, 2000 Brigitte Kunz Verlag, S.133

<sup>8</sup> Leptin, Tilmann, „Pflegerische Ziele in der Versorgung verwirrter alter Menschen“, (S.5)

<sup>9</sup> I. Köther u. E. Gnam, Altenpflege in Ausbildung und Praxis, 2000 ( S.513)

<sup>10</sup> fidem aktuell 3/97,H.Klingensfeld (S.9)

- Aggressivität
- Enthemmung
- Verändertes Sexualverhalten, verändertes Essverhalten
- Unangemessene soziale Umgangsformen
- Ständiges Nachfragen<sup>11</sup>

Selbstverständlich kann es zu vielfältigen Mischungen und Summationen dieser hier nur zur Verdeutlichung getrennt aufgeführten Verhaltensauffälligkeiten kommen.

„Unter den Verhaltensstörungen bei Demenz ist die PMA [Psychomotorische Agitation]<sup>12</sup> die häufigste; sie wird bei etwa 50% ambulanter Patienten registriert, während die Prävalenzraten im Altenheim noch höher liegen.“<sup>13</sup>

„Psychomotorische Agitation (PMA) ist ein anhaltender Zustand veränderter psychischer und motorischer Funktion, die durch motorische Hyperaktivität und dranghaft-gespannte Affektlage gekennzeichnet ist. Typische Manifestationen sind Bewegungsdrang, fehlende Erschöpfungsreaktion, gesteigerter Sprachantrieb, aggressives Verhalten, verminderte Kontaktfähigkeit und fragmentierter Schlaf.“<sup>14</sup>

Auch wenn sich einzelne Symptome durch den Einsatz von Medikamenten abschwächen oder sogar erheblich bessern lassen, geht es nicht etwa um eine Alternative zwischen medikamentösen und nichtmedikamentösen therapeutischen Maßnahmen (...), sondern um beides zugleich.<sup>15</sup>

Im Vorfeld sollte gezielt nach möglichen Ursachen gesucht werden und „stets sollte ein nichtmedikamentöser Behandlungsversuch vorausgegangen sein (...). Erst dann sind Arzneimittel einzusetzen.“<sup>16</sup>

Pharmatherapeutisch wenig beeinflussbare Problemfelder sind Umherwandern, unangemessene Äußerungen, Schimpfen, Drohen, störende Aktivitäten (einschließlich sich wiederholender Handlungen), heftiger Drang nach sexueller Betätigung und Befriedigung (in Wort und Tat), sammeln und verstecken von Dingen, unakzeptables Benehmen (z. B. öffentliches Entkleiden, Urinieren, Kotausscheiden), Übersteigerte Inanspruchnahme der Mundzone (einschließlich Koprophagie, d.h. Einverleiben von Kot), Ziehen von Kathetern und andere mittelbar selbstgefährdende Aktivitäten.<sup>17</sup>

Verschiedenste **Ursachen** können Sekundärsymptome hervorrufen.

„Ein situativer Kontext ist bei den Formen von episodischer PMA gegeben, die in spezifischen Situationen auftreten. Beispiele sind agitierte Verhaltensweisen i.R. pflegerischer Maßnahmen bei Demenzkranken, die Situation und Vorgang nicht mehr erfassen und sich abwehrend verhalten.

Andere häufige situative Anlässe sind ein unruhiges, überstimulierendes Milieu, das die Aufnahme- und Verarbeitungsmöglichkeiten des Demenzkranken übersteigt, sowie Ablehnung durch Umstehende, häufig in Reaktion auf seine desorientiert-hilflosen Verhaltensweisen. In all diesen Situationen wird Angst und Abwehr im Kranken ausgelöst, die sich – im Sinne einer Katastrophenreaktion – als

<sup>11</sup> Der Hausarzt, Dr. phil. Dipl.- Psych. Klaus Gürtler, „Einfühlsamkeit gefragt“, (S. 2), [www.hausarzt-bda.de/bda/hausarzt/1200/58.pdf](http://www.hausarzt-bda.de/bda/hausarzt/1200/58.pdf), Stand 08.08.03

<sup>12</sup> Anmerkung des Verfassers

<sup>13</sup> Psychogeriatric 5/94, Dr.med. B.Vollhardt, , Dr.med. M. Bergener, (S.56)

<sup>14</sup> Psychogeriatric 5/94, Dr.med. B.Vollhardt, Dr.med. M. Bergener, (S.56)

<sup>15</sup> Vgl. fidem aktuell 3/97,H.Klingensfeld (S.9)

<sup>16</sup> fidem aktuell 3/97,H.Klingensfeld (S.10)

<sup>17</sup> Vgl. fidem aktuell 3/97,H.Klingensfeld (S.11)

Primitivreaktion mit Hyperaktivität, ungerichteten [sic!] Schlägen oder Fluchtverhalten manifestieren können.“<sup>18</sup>

„Der übersteigert empfundene Bewegungsdrang kann möglicherweise auf fehlende Bewegungsmöglichkeiten innerhalb der Einrichtung zurückzuführen sein. Weitere Gründe sind fehlende vertraute Beschäftigungsmöglichkeiten (Biographie beachten), fehlende Ablenkung, sich einsam fühlen und Ängste.“<sup>19</sup>

„Agitierte Verhaltensstörungen bei Demenzkranken können aus deren Unfähigkeit resultieren, Störungen des Befindens effektiv zu kommunizieren.“<sup>20</sup>

„Veränderungen in Persönlichkeit und Verhalten sind nicht nur Sekundärsymptome im Rahmen demenzieller Krankheiten, sondern werden auch ausgelöst durch Störungen und Behinderungen der Sinnesorgane (Presbyakusis, eingeschränkter Visus), des Schlaf- Wach- Rhythmus oder durch Schmerzen.“<sup>21</sup> Auch chronische Verstopfung (nicht selten in Form von Kotballen, die von Durchfällen begleitet sind) oder Zahnbeschwerden und schlecht sitzende Gebisse können zu Verhaltensauffälligkeiten beitragen.<sup>22</sup>

„Die Entstehung von störendem Verhalten kann begünstigt werden durch den Verlust von Außenreizen (sensorische Deprivation), durch eine Überflutung von Stimuli oder einer unpersönlichen Spitalatmosphäre.“<sup>23</sup> „Exzessives Rufen und Schreien kann als selbststimulierendes Verhalten auftreten, wenn die Umgebung anregungs- und zuwendungsarm ist.“<sup>24</sup>

„Verhaltensstörungen von Demenz-Patienten sind also nicht zwingend eine Folge der Demenz. Sie können auch Ausdruck einer begleitenden psychischen Erkrankung sein (Depression, Psychose), mit einem internistischen Leiden zusammenhängen (Sepsis, Organversagen, Vergiftung), oder, wie schon erwähnt auf das Konto von Sinnesbeeinträchtigungen gehen (Sehschwäche, Schwerhörigkeit). Besonders beim erstmaligen oder einem überraschenden Auftreten von Verhaltensstörungen lohnt sich die Ursachensuche.“<sup>25</sup>

„Die differenzierte Verhaltensbeurteilung des Demenzkranken, insbesondere auf interaktionelle Aspekte und Fehlkommunikation, (...) erlaubt ein differenziertes therapeutisches Eingreifen, dessen Erfolg häufig vom Milieu und effektiver Kommunikation mit dem Demenzkranken abhängig ist.“<sup>26</sup>

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Sekundärsymptome einer Demenzerkrankung durch Überforderung, gestörte Kommunikation und Interaktion, dem Gefühl von Unsicherheit, Ablehnung und Isolation, gestörter Orientierungs- und Wahrnehmungsfähigkeit, und / oder Bewegungs- und Beschäftigungsarmut, also von der Umgebung (Milieu) hervorgerufen werden. Im Vorfeld sollten immer mögliche

---

<sup>18</sup> Psychogeriatric 5/94, Dr.med. B.Vollhardt, , Dr.med. M. Bergener, (S.57 f)

<sup>19</sup> I. Köther u. E. Gnam, Altenpflege in Ausbildung und Praxis, 2000 ( S.263)

<sup>20</sup> Psychogeriatric 5/94, Dr.med. B.Vollhardt, , Dr.med. M. Bergener, (S.57)

<sup>21</sup> Ursula Hanhart, „Zugang zu auffälligem Verhalten bei demenziell veränderten Menschen im Heim“, (S. 2), [www.stadt-zuerich.ch/kap06/sad/sad02\\_3\\_downloads/sad02\\_05Verhalten\\_Demenz.pdf](http://www.stadt-zuerich.ch/kap06/sad/sad02_3_downloads/sad02_05Verhalten_Demenz.pdf), Stand 08.08.03

<sup>22</sup> Vgl. fidem aktuell 3/97, H. Kligenfeld (S.10)

<sup>23</sup> Ursula Hanhart, „Zugang zu auffälligem Verhalten bei demenziell veränderten Menschen im Heim“, (S. 1), [www.stadt-zuerich.ch/kap06/sad/sad02\\_3\\_downloads/sad02\\_05Verhalten\\_Demenz.pdf](http://www.stadt-zuerich.ch/kap06/sad/sad02_3_downloads/sad02_05Verhalten_Demenz.pdf), Stand 08.08.03

<sup>24</sup> Ursula Hanhart, „Zugang zu auffälligem Verhalten bei demenziell veränderten Menschen im Heim“, (S. 4), [www.stadt-zuerich.ch/kap06/sad/sad02\\_3\\_downloads/sad02\\_05Verhalten\\_Demenz.pdf](http://www.stadt-zuerich.ch/kap06/sad/sad02_3_downloads/sad02_05Verhalten_Demenz.pdf), Stand 08.08.03

<sup>25</sup> Müick, Dr. Dr. Herbert, Köln, AlzheimerForum, „Umgehen mit Verhaltensstörungen Demenz-Kranker“, [www.alzheimerforum.de/2/5/1/umvsvdk.html](http://www.alzheimerforum.de/2/5/1/umvsvdk.html), Stand 07.08.03

<sup>26</sup> Psychogeriatric 5/94, Dr.med. B.Vollhardt, , Dr.med. M. Bergener, (S.58)

Ursachen wie körperliches Unwohlsein, eine Beeinträchtigung der Sinnesorgane bzw. Schmerzen abgeklärt werden. Folglich sind sie durch entsprechende Interventionen nicht nur positiv beeinflussbar, sondern auch teilweise vermeidbar.

### 3 Schwerhörigkeit

„Schwerhörigkeit selbst ist keine Krankheit, sondern das wichtigste Symptom eines erkrankten Gehörs. Sie kann zusammen mit Gleichgewichtsstörungen oder Ohrgeräuschen (Tinnitus) auftreten.“<sup>27</sup> „Ältere Menschen sind dabei wesentlich häufiger betroffen als junge.“<sup>28</sup> Sie wird bewusst, „wenn man die gewohnten Klänge und Geräusche nicht mehr wie üblich wahrnimmt. Dieses Erlebnis wird dann als sehr dramatisch eingeschätzt und ist in vielen Fällen, z.B. bei Lärmschwerhörigkeit, nicht rückgängig zu machen.“<sup>29</sup>

Zur Überprüfung des Gehörs kann beim HNO-Arzt oder beim Hörgeräteakustiker ein Hörtest durchgeführt werden. Dabei werden die Töne unterschiedlicher Frequenz ermittelt, die gerade noch gehört werden. Eingetragen in ein Diagramm mit der Lautstärke (...) und der Frequenz (...), ergibt das die Hörkurve. (...) Mit Hilfe dieser Hörkurve lässt sich eine Schwerhörigkeit auch numerisch, also ihrer Abweichung vom Normalhörenden, in dB bestimmen.“<sup>30</sup> Daraus folgt die Einteilung der Schwerhörigkeit in

- **Normalhörigkeit** (Abweichung bis 20 dB),
- **Geringgradige Schwerhörigkeit** (Hörverlust über 20 dB, wenn das Ticken der Armbanduhr nicht mehr gehört wird),
- **Mittelgradige Schwerhörigkeit** (Hörverlust ab 40 dB, wenn die Grundgeräusche in Wohngebieten nicht hörbar sind),
- **Hochgradige Schwerhörigkeit** (Hörverlust von mindestens 60 dB, wenn ein Gesprächspartner nicht mehr gehört wird),
- **An Taubheit grenzende Schwerhörigkeit** (Hörverlust von 80 dB, wenn z.B. laute Musik oder die lauten Geräusche einer sehr belebten Straße nicht mehr gehört wird) und **Taubheit** (wenn praktisch nichts mehr gehört wird).<sup>31</sup>

#### 3.1 Arten der Schwerhörigkeit

„Eine Schwerhörigkeit kann in allen Teilen des Ohres, die an der Schallübertragung beteiligt sind, entstehen. (...) Liegt der Ort der Schädigung im Gehörgang oder Mittelohr, spricht man von der **Schalleitungs-Schwerhörigkeit**. Diese kann in vielen Fällen durch medizinische oder chirurgische Behandlung beseitigt oder gebessert werden. Bei der **Schallempfindungs-Schwerhörigkeit** liegt die Schädigung im Innenohr (Hörschnecke), im Hörnerven oder in bestimmten Strukturen des Gehirns. Hier ist eine Therapie nur selten erfolgversprechend.

Eine Schwerhörigkeit kann plötzlich (**akut**) auftreten, wie z.B. bei einem Hörsturz. Sie kann aber auch langsam (**chronisch**) zunehmen, wie z.B. bei einer Schwerhörigkeit durch ständigen Lärm (...).“<sup>32</sup>

<sup>27</sup> Pflegezeitschrift 1/2002, Rudolf Blankenhahn, „Regeln im Umgang mit Hörgeräten“, (S. 14)

<sup>28</sup> Dr. Boeck, „Schwerhörigkeit“, *Unterrichtsunterlagen* (S. 1)

<sup>29</sup> Dr. Boeck, „Schwerhörigkeit“, *Unterrichtsunterlagen* (S. 1)

<sup>30</sup> Dr. Boeck, „Schwerhörigkeit“, *Unterrichtsunterlagen* (S. 1)

<sup>31</sup> Vgl. Dr. Boeck, „Schwerhörigkeit“, *Unterrichtsunterlagen* (S. 1 f)

<sup>32</sup> Dr. Boeck, „Schwerhörigkeit“, *Unterrichtsunterlagen* (S. 2)

Die Therapie und die Prognose einer Schwerhörigkeit hängen entscheidend von den Ursachen ab<sup>33</sup>: Außerdem können, durch die Kenntnis der verschiedenen Ursachen, Rückschlüsse für eine Prophylaxe gezogen werden.

Ursachen für akute Schalleitungsschwerhörigkeit sind z.B. eine plötzliche Verstopfung durch Cerumen (Ohrenschmalz) oder Fremdkörper, Ohrfurunkel oder ein Barotrauma, eine akute Mittelohrentzündung oder eine Luxation der Gehörknöchelchen durch Gewaltanwendung.<sup>34</sup>

Eine akute Schallempfindungsschwerhörigkeit kann z.B. durch einen Hörsturz, starken Lärm, eine akute Entzündung des Innenohrs, durch Medikamente (wie z.B. Diuretika, Aminoglykosid- Antibiotika, Lokalanästhetika, Zytostatika), stumpfes Schädeltrauma (ohne ohrnahem Bruch), Stromschlag, Fensterruptur, oder durch extreme Stresssituationen hervorgerufen werden.<sup>35</sup>

Mögliche Ursachen für eine chronische Schalleitungsschwerhörigkeit sind z.B. der langsame Verschluss des Gehörgangs durch Cerumen, Exostose durch vermehrtes Knochenwachstum bzw. Stenosen durch Narbenbildung im Gehörgang, eine chronische Mittelohrentzündung, Otosklerose oder Geschwülste im Gehörgang bzw. Mittelohr.<sup>36</sup>

Eine chronische Schallempfindungsschwerhörigkeit kann z.B. durch eine tägliche mehrstündige Lärmbelastung (über 80 dB) über mehrere Jahre, Altersschwerhörigkeit, durch Stoffwechsel- und Kreislaufstörungen, Morbus Meniere oder eine zentrale Hörstörung (Veränderungen in den Hirnstrukturen) entstehen.<sup>37</sup>

### 3.1.1 Altersschwerhörigkeit

„Die Altersschwerhörigkeit (Presbyakusis) wird hervorgerufen durch einen Verlust an Hör- oder Nervenzellen, Durchblutungsstörungen sowie Störungen des Stützgewebes im Innenohr. (...) Der Hörverlust beginnt um das 55. Lebensjahr an beiden Ohren und nimmt mit fortschreitendem Alter zu.“<sup>38</sup> Einflüsse, wie Hypertonie, medikamentöse Nebenwirkungen (z.B. Antibiotika) und Spätfolgen chronischer/starker Lärmeinwirkung können zusätzlich zur Degeneration der Hörsinneszellen und/oder des Hörnervs beitragen.<sup>39</sup>

„Im Alter nimmt die kindliche Wahrnehmungsentwicklung quasi ihren umgekehrten Weg, die Wahrnehmungsqualitäten verändern sich, und die Differenzierungsfähigkeiten lassen nach. Grund weist auf diese Veränderungen hin (Grund 1992): (...)

50% der Männer und 30% der Frauen über 65 hören schwer. Eingeschränkt sind das Hören von hohen Tönen, das Richtungshören und das Verstehen des Gehörten. Schnelle Sprache erscheint verhallt, die Reaktionszeit auf Ansprache ist verlängert. Die Verarbeitung des Gehörten ist um so schwerer je mehr Hintergrundgeräusche verarbeitet werden müssen.“<sup>40</sup> Hierzu kommt die Abnahme der sogenannten Trennschärfe, welche für die Trennung verschiedener Frequenztypen (z.B. bei mehreren Gesprächspartnern) notwendig ist und eine gesteigerte

<sup>33</sup> Vgl. Dr. Boeck, „Schwerhörigkeit“, *Unterrichtsunterlagen* (S. 6)

<sup>34</sup> Vgl. Dr. Boeck, „Schwerhörigkeit“, *Unterrichtsunterlagen* (S. 3)

<sup>35</sup> Vgl. Dr. Boeck, „Schwerhörigkeit“, *Unterrichtsunterlagen* (S. 3 ff)

<sup>36</sup> Vgl. Dr. Boeck, „Schwerhörigkeit“, *Unterrichtsunterlagen* (S.5)

<sup>37</sup> Vgl. Dr. Boeck, „Schwerhörigkeit“, *Unterrichtsunterlagen* (S. 6)

<sup>38</sup> Völkel, Ingrid; Ehmman, Marlies, *Spezielle Pflegeplanung in der Altenpflege*, 2000 Urban & Fischer Verlag, (S. 173 f)

<sup>39</sup> Vgl. Teirich, Alexander; „Alter(n) und Behinderung“, (S. 4),

[www.uni.bamberg.de/~ba3sw1/texte/0102teirich-alexan.../teirich-alexander-altern.ht](http://www.uni.bamberg.de/~ba3sw1/texte/0102teirich-alexan.../teirich-alexander-altern.ht), Stand 08.08.03

<sup>40</sup> Vgl. o.V., „Altersbedingte Wahrnehmungsstörungen“, *Unterrichtsunterlagen* (S. 1)

Lärmempfindlichkeit.<sup>41</sup> Auch sind eventuell Ohrgeräusche, vor allem in ruhiger Umgebung möglich.<sup>42</sup>

„Obwohl Schwerhörigkeit genau gemessen werden kann, sind die individuellen Auswirkungen doch höchst unterschiedlich. Die Schwerhörigkeit schlechthin gibt es nicht, weil die Bandbreite wie auch die persönlichen Einbußen, sogar die Tagesform bei jedem Menschen unterschiedlich sein können. So ist das Phänomen Schwerhörigkeit wesentlich komplexer, als man gemeinhin annimmt.“<sup>43</sup> „Der Grad der Hörbeeinträchtigung hängt zudem häufig von weiteren Faktoren ab, wie etwa dem Vorliegen zusätzlicher Erkrankungen oder Behinderungen, etwa des Sehens. Er hängt aber auch von der geistigen Vitalität ab, vor allem jedoch vom beruflichen, sozialen und kommunikativen Umfeld des Betroffenen.“<sup>44</sup>

### 3.2 Auswirkungen von Schwerhörigkeit

„Hinsichtlich des psychologischen Aspektes dieser Behinderung ist zu sagen, dass sich Schwerhörige vor allem an Orten mit vielen verschiedenen (Neben-) Geräuschen äußerst unwohl fühlen. Ihre – aus der Behinderung resultierende – Verunsicherung und das permanente Gefühl des Ausgeschlossen – Seins vom geregelten Leben führt zu Misstrauen und zunehmender Vereinsamung. Schließlich neigen viele Hörbehinderte dazu ihre Schwäche zu verheimlichen.“<sup>45</sup> „Schwerhörigkeit haftet der Makel des Alters und der Dummheit an. (...) Viele schwerhörige Menschen fühlen sich stigmatisiert, weil die Hörbehinderung meist mit Alt-Sein und Altern gleichgesetzt wird. (...) Nur zu leicht wird das Verhalten eines Schwerhörigen, der nicht begreift, weil er schlecht hört, dem Verhalten des Dummen gleichgesetzt, der nicht begreift, was er hört.“<sup>46</sup> „Unter Umständen interpretieren Hörende das Verhalten von Hörbeeinträchtigten als launisch, unwillig, ja aggressiv und abweisend.“<sup>47</sup>

In den meisten Fällen treten typische Anzeichen bei den Betroffenen auf, die den Verdacht einer Schwerhörigkeit nahelegen:

- TV/Radio sind übertrieben laut gestellt
- Wörter werden vom Betroffenen falsch verstanden
- Es werden von dem Betroffenen andere Antworten, als es die ursprüngliche Frage erfordern würde, gegeben
- Es werden auffällig viele Fragen mit „Ja“ beantwortet
- Die Betroffenen müssen öfters nachfragen
- Betroffene drehen den Kopf in die Richtung aus der Töne kommen
- Die Ansprache von Hörbehinderten ist oft nur in Verbindung mit Blickkontakt möglich<sup>48</sup>

---

<sup>41</sup> Vgl. Teirich, Alexander; „Alter(n) und Behinderung“, (S. 4),

[www.uni.bamberg.de/~ba3sw1/texte/0102teirich-alexan.../teirich-alexander-altern.hat](http://www.uni.bamberg.de/~ba3sw1/texte/0102teirich-alexan.../teirich-alexander-altern.hat), Stand 08.08.03

<sup>42</sup> Völkel, Ingrid; Ehmman, Marlies, Spezielle Pflegeplanung in der Altenpflege, 2000 Urban & Fischer Verlag, (S. 174)

<sup>43</sup> Pflegezeitschrift 1/2002, Rudolf Blankenhahn, „Regeln im Umgang mit Hörgeräten“, (S. 14)

<sup>44</sup> Pflegezeitschrift 1/2002, Rudolf Blankenhahn, „Regeln im Umgang mit Hörgeräten“, (S. 14)

<sup>45</sup> Teirich, Alexander; „Alter(n) und Behinderung“, (S. 4), [www.uni.bamberg.de/~ba3sw1/texte/0102teirich-alexan.../teirich-alexander-altern.hat](http://www.uni.bamberg.de/~ba3sw1/texte/0102teirich-alexan.../teirich-alexander-altern.hat), Stand 08.08.03

<sup>46</sup> Pflegezeitschrift 1/2002, Rudolf Blankenhahn, „Regeln im Umgang mit Hörgeräten“, (S. 14)

<sup>47</sup> Pflegezeitschrift 1/2002, Rudolf Blankenhahn, „Regeln im Umgang mit Hörgeräten“, (S. 15)

<sup>48</sup> Vgl. Teirich, Alexander; „Alter(n) und Behinderung“, (S. 3),

[www.uni.bamberg.de/~ba3sw1/texte/0102teirich-alexan.../teirich-alexander-altern.ht](http://www.uni.bamberg.de/~ba3sw1/texte/0102teirich-alexan.../teirich-alexander-altern.ht), Stand 08.08.03

„Schwerhörigkeit isoliert und wirkt sich besonders bei der Kommunikation und in sozialen Beziehungen aus. Die Auswirkungen von Schwerhörigkeit können je nach Lebenssituation eine zunehmende Selbstüberforderung, Rückzug aus beruflichen und privaten Aktivitäten, Erschöpfung, Kompetenzverlust oder Vereinsamung sein. Schwerhörige sind viel häufiger in ärztlicher Behandlung und bekommen häufiger herz- und kreislaufunterstützende Medikamente, Schmerzmittel, Beruhigungsmittel etc. als Hörende in vergleichbaren Altersgruppen.“<sup>49</sup>

„Am Beispiel von Beethovens Ertaubung wurde versucht vier Phasen nachzuweisen, die beim Verlust des Gehörs durchlaufen werden (Peyser, zitiert nach Sopko, 1990)

- Stadium der Verheimlichung
- Stadium der Verstimmung
- Stadium des Misstrauens
- Stadium der Resignation“<sup>50</sup>

„Darüber hinaus gibt es leider nicht selten Fälle, wo eine Altersschwerhörigkeit mit einer Demenz verwechselt wird, was dramatische Folgen für den Betroffenen hat.“<sup>51</sup> Diese Verwechslung kann von den schwerwiegenden Auswirkung einer Deprivation, die u.a. durch Schwerhörigkeit entstehen kann, herrühren.

### 3.2.1 Deprivation

„Deprivation (Beraubung) bedeutet der Entzug eines bedürfnisbefriedigenden Umfelds.“<sup>52</sup> Als Reaktion des alten Menschen ergibt sich aus der Deprivation das Gesundheitsproblem Verwirrtheit.<sup>53</sup>

„Es wird zwischen drei Deprivationsformen unterschieden:

- Sensorische Deprivation: Entzug von Sinneseindrücken z.B. durch Sehbehinderung, Hörschaden, Sensibilitätsstörung, nach Kataraktoperationen (Tragen von Augenabdeckungen)
- Soziale Deprivation: Mangel an sozialen Kontakten z.B. durch soziale Isolation, fehlende familiäre Kontakte
- Kognitive Deprivation: Mangel an kognitiven Stimuli z.B. durch keine mentale Anregung, keine Beschäftigung (langer Klinikaufenthalt)

Entzug von Sinnesreizen kann schon nach wenigen Tagen zu schweren Störungen führen. Alte Menschen die von Deprivation betroffen sind, haben ein erhöhtes Verlangen nach Sinnesreizen und Körperbewegungen. Besonders die sensorische Deprivation führt zur Herabsetzung des Wachheitsgrades = Vigilanz. Diese sogenannten „aufgezwungenen Bewusstseinszustände“ kommen besonders in der stationären Altenpflege vor und können auch durch pharmakologische Substanzen z.B. Digitalis, Kortikosteroide und Dopamin verursacht werden.“<sup>54</sup>

Symptome einer sensorischen Deprivation zeigen sich dadurch, dass der alte Mensch motorische, akustische und optische Selbststimulationen ausführt z.B.

- motorisch: Schaukelbewegungen, Nesteln an der Kleidung
- akustisch: ständiges Rufen, Stimmen hören

<sup>49</sup> Pflegezeitschrift 1/2002, Rudolf Blankenhahn, „Regeln im Umgang mit Hörgeräten“, (S. 14)

<sup>50</sup> Höwler, Elisabeth, Gerontopsychiatrische Pflege, 2000 Brigitte Kunz Verlag, (S.101)

<sup>51</sup> o.V., „DSB-Ratgeber Nr.10, Hörgeschädigte Senioren“, (S. 1), [www.schwerhoerigen-netz.de/DSB/SERVICE/ratgeber/WORD/ratgeber10.doc](http://www.schwerhoerigen-netz.de/DSB/SERVICE/ratgeber/WORD/ratgeber10.doc), Stand 08.08.03

<sup>52</sup> Höwler, Elisabeth, Gerontopsychiatrische Pflege, 2000 Brigitte Kunz Verlag, (S.99)

<sup>53</sup> Vgl. Höwler, Elisabeth, Gerontopsychiatrische Pflege, 2000 Brigitte Kunz Verlag, (S.99)

<sup>54</sup> Höwler, Elisabeth, Gerontopsychiatrische Pflege, 2000 Brigitte Kunz Verlag, (S.99 f)

- optisch: illusionäre Verkennungen, Dermatozoenwahn (taktile Halluzinose)<sup>55</sup>

Darüber hinaus „ist gut bekannt, dass Reizdeprivation zu mangelhaft ausgebildeten Sinnesorganen führt, die dann wiederum die Menge der wahrgenommenen Reize steuern. Wenn sich ein Mensch – wie es im Alter häufig der Fall ist – isoliert oder seine Sinne nachlassen und er deshalb keine Anregung mehr von außen erhält, verkümmern auch viele seiner intellektuellen Funktionen.“<sup>56</sup>

„Eine weitere Folge der Deprivation sind Hospitalismusschäden. Dabei handelt es sich um schwere körperliche und geistige Störungen, die durch lange Aufenthalte in Institutionen mit deprivationsfördernden Faktoren hervorgerufen werden. Der Betroffene weist Rückzugstendenzen, Apathie, körperliche Entwicklungsstörungen und Deformationen, bizarre Verrenkungen und stereotype Schaukelbewegungen auf. Nach Jahrzehnten lässt sich oft nicht mehr unterscheiden, welche Behinderungen biologisch und welche sozial erworben sind. Die sozialen und psychologischen sind in der Regel nicht mehr revidierbar.“<sup>57</sup>

### 3.2.1.1 *Deprivation durch Schwerhörigkeit im Alter*

Schwerhörigkeit kann für einen alten Menschen zu einem Teufelskreis werden, der für den betroffenen Menschen in einer sensorischen, kognitiven und sozialen Deprivation münden kann.

Durch die Schwerhörigkeit kann die Kommunikation mit der Umwelt eingeschränkt werden: Worte werden falsch verstanden und führen zu Missverständnissen; Gesprächspartner sind gereizt, wenn sie viele Worte wiederholen müssen.<sup>58</sup> Der Betroffene schämt sich und wird, durch die falsche akustische Wahrnehmung und die herabgesetzte Anpassung, misstrauisch, aggressiv, ängstlich und neigt zu depressiven Verstimmungen.<sup>59</sup> Er resigniert, isoliert sich zunehmend und wird inaktiv: Er hat kein Interesse mehr am Fernsehprogramm oder am Lesen.<sup>60</sup> Neben dem Rückgang sozialer Kontakte erhält er keine mentale Anregung mehr, was nun zum kognitiven Abbau führt.<sup>61</sup> Das Umfeld bemerkt bei dem Schwerhörigen, dass er vergesslich ist, sich für nichts mehr interessiert oder nur noch von der Vergangenheit spricht.<sup>62</sup> Er wird mehr und mehr gemieden, so dass die soziale Deprivation ihren Lauf nimmt.<sup>63</sup> Der alte Mensch wird durch die Schwerhörigkeit immer mehr im Denken, Fühlen und Sozialverhalten behindert.<sup>64</sup> Je länger die Deprivation anhält, umso mehr kommt es aufgrund des Reizsucheverhaltens zu einer Selbststimulation des Gehirns: der alte Mensch ist verwirrt, leidet unter Wahnvorstellungen, Angst, nestelnden oder schaukelnden Bewegungen und ruft ständig die selben Phrasen.<sup>65</sup>

<sup>55</sup> Vgl. Höwler, Elisabeth, Gerontopsychiatrische Pflege, 2000 Brigitte Kunz Verlag, (S.99)

<sup>56</sup> J. Hufnagl, Die Spritze 3/1999, „Demenz: Vom Symptom...“, (S.1), [www.fachkliniken-wangen.de](http://www.fachkliniken-wangen.de), Stand 08.08.03

<sup>57</sup> Höwler, Elisabeth, Gerontopsychiatrische Pflege, 2000 Brigitte Kunz Verlag, (S.102)

<sup>58</sup> Vgl. Höwler, Elisabeth, Gerontopsychiatrische Pflege, 2000 Brigitte Kunz Verlag, (S.100)

<sup>59</sup> Vgl. Höwler, Elisabeth, Gerontopsychiatrische Pflege, 2000 Brigitte Kunz Verlag, (S.100)

<sup>60</sup> Vgl. Höwler, Elisabeth, Gerontopsychiatrische Pflege, 2000 Brigitte Kunz Verlag, (S.100)

<sup>61</sup> Vgl. Höwler, Elisabeth, Gerontopsychiatrische Pflege, 2000 Brigitte Kunz Verlag, (S.100)

<sup>62</sup> Vgl. Höwler, Elisabeth, Gerontopsychiatrische Pflege, 2000 Brigitte Kunz Verlag, (S.100)

<sup>63</sup> Vgl. Höwler, Elisabeth, Gerontopsychiatrische Pflege, 2000 Brigitte Kunz Verlag, (S.100)

<sup>64</sup> Vgl. Höwler, Elisabeth, Gerontopsychiatrische Pflege, 2000 Brigitte Kunz Verlag, (S.100)

<sup>65</sup> Vgl. Höwler, Elisabeth, Gerontopsychiatrische Pflege, 2000 Brigitte Kunz Verlag, (S.100)

### 3.3 Interventionsmöglichkeiten

In stationären Alteneinrichtungen kann ein schwerhöriger alter Mensch so unterstützt werden, dass schwere Folgeerscheinungen der Hörbehinderung vermieden werden können.

Generell ist eine eingehende fachärztliche Untersuchung zur Klärung der Ursache, die zur Schwerhörigkeit geführt hat, anzuregen. „Je nach Krankheitsursache ist meist auch eine spezielle Therapie notwendig. Diese kann von konservativen oder operativen Maßnahmen bis hin zur Anpassung eines Hörgerätes oder Einleitung einer psychotherapeutischen Behandlung gehen.“<sup>66</sup>

„Bei einem Hörverlust von mehr als 40% wird ein Hörgerät verordnet, wenn der alte Mensch in der Lage ist, die Handhabung zu erlernen.“<sup>67</sup> Hörgeräte sind meist eine grundlegende Hilfe, deren Anwendung durch Hörtraining und Nachsorge optimiert werden kann<sup>68</sup>. Aus diesem Grund sollten ausgebildete Fachkräfte zur Verfügung stehen, die nicht nur bei der Eingewöhnung, Einweisung und Nachsorge, wie Kommunikationstraining, behilflich sind, sondern auch die jährliche Wartung, regelmäßige Reinigung sowie Batteriewechsel ggf. übernehmen können.<sup>69</sup>

Trotz modernster Technik kann diese jedoch auch an ihre Grenzen stoßen, so dass das Gerät bei Störgeräuschen als zu laut empfunden wird bzw. der Betroffene nicht – wie erhofft besser versteht. Deshalb gelten bei der Kommunikation die gleichen Regeln, wie bei Schwerhörigen ohne Hörhilfe<sup>70</sup>:

Beim Umgang mit Schwerhörigen ist vor allem darauf zu achten, dass der Blickkontakt zum Dialogpartner gegeben ist.<sup>71</sup> „So hat der Beeinträchtigte – neben dem was er noch auf der auditiven Ebene empfangen kann – zusätzlich die Möglichkeit das vom Gesprächspartner geäußerte visuell (durch Ablesen von den Lippen) zu überprüfen bzw. zu ergänzen.“<sup>72</sup> „Zu bedenken ist hierbei, dass Mundablesen sehr schwer ist und eine gute Kombinationsgabe erfordert. Menschen im höheren Lebensalter können Mundabsehen meist nur begrenzt erlernen. Da viele Wörter ähnlich aussehen (Beispiel: Mutter – Butter) und viele Konsonanten gar nicht abzusehen sind, besteht immer die Gefahr von Missverständnissen. In diesen Fällen ist zeitaufwendiges Aufschreiben die einzige Möglichkeit zur Kommunikation.“<sup>73</sup>

„Darüber hinaus ist es –entgegen der weit verbreiteten Meinung von Laien – keinesfalls empfehlenswert, überdurchschnittlich laut mit den Betroffenen zu kommunizieren, in der Annahme es könnte so mehr beim Empfänger ankommen. Es reicht völlig aus, mit normaler Lautstärke aber dafür besonders deutlich zu sprechen. Auch empfiehlt es sich einfache Sätze zu bilden, sowie das Geäußerte ggf. zu wiederholen. Als besonders hilfreich ist letztendlich auch die maximal mögliche Reduktion von (ablenkenden) Nebengeräuschen anzusehen, so dass sich der

---

<sup>66</sup> Dr. Boeck, „Schwerhörigkeit“, (S. 6 f)

<sup>67</sup> Völkel, Ingrid; Ehmman, Marlies, Spezielle Pflegeplanung in der Altenpflege, 2000 Urban & Fischer Verlag, (S. 174)

<sup>68</sup> Vgl. Pflegezeitschrift 1/2002, Rudolf Blankenhahn, „Regeln im Umgang mit Hörgeräten“, (S. 15)

<sup>69</sup> Vgl. Pflegezeitschrift 1/2002, Rudolf Blankenhahn, „Regeln im Umgang mit Hörgeräten“, (S. 15)

<sup>70</sup> Vgl. Pflegezeitschrift 1/2002, Rudolf Blankenhahn, „Regeln im Umgang mit Hörgeräten“, (S. 14 f)

<sup>71</sup> Vgl. Teirich, Alexander; „Alter(n) und Behinderung“, (S. 4),

[www.uni.bamberg.de/~ba3sw1/texte/0102teirich-alexan.../teirich-alexander-altern.ht](http://www.uni.bamberg.de/~ba3sw1/texte/0102teirich-alexan.../teirich-alexander-altern.ht), Stand 08.08.03

<sup>72</sup> Teirich, Alexander; „Alter(n) und Behinderung“, (S. 4), [www.uni.bamberg.de/~ba3sw1/texte/0102teirich-alexan.../teirich-alexander-altern.ht](http://www.uni.bamberg.de/~ba3sw1/texte/0102teirich-alexan.../teirich-alexander-altern.ht), Stand 08.08.03

<sup>73</sup> o.V., „DSB-Ratgeber Nr.10, Hörgeschädigte Senioren“, (S. 4), [www.schwerhoerigen-netz.de/DSB/SERVICE/ratgeber/WORD/ratgeber10.doc](http://www.schwerhoerigen-netz.de/DSB/SERVICE/ratgeber/WORD/ratgeber10.doc), Stand 08.08.03

Behinderte voll und ganz auf seinen Gesprächspartner konzentrieren kann.“<sup>74</sup> Auch sollte mit viel Geduld langsam, mit ruhiger, tiefer Stimme, deutlich und in gleichmäßigem Tempo gesprochen werden; dabei sind die Sprache durch Mimik und Gestik zu unterstreichen und Pausen einzulegen.<sup>75</sup>

Der Betroffene sollte immer ermutigt und motiviert werden die Kommunikation mit anderen aufrecht zu erhalten, am täglichen Leben teilzunehmen und in jeder Beziehung unterstützt werden.<sup>76</sup>

Auch die Ausstattung der räumlichen Umgebung kann maßgeblich zur Vermeidung bzw. Minderung von unerwünschten Folgeerscheinungen einer Schwerhörigkeit beitragen. Gerade bei einer Beeinträchtigung der Sinnesorgane sind deprivationsfördernde Faktoren zu beseitigen.

Deprivierende Faktoren sind:

- lange Flure, fehlende Orientierungshilfen
- unangemessene Lichtverhältnisse
- hallende Akustik (keine schallschluckende Teppiche, Vorhänge, Deckenabhängung bzw. Fehlen einer Schalldämpfung von Außengeräuschen<sup>77</sup>; fehlende vertraute Geräusche)
- wenig Raum und Möglichkeiten für persönliche Möbel und Gegenstände
- das Verbleiben in den Betten ohne Anregung ihrer Sinne sowie dauernde Superweichlagerung (Entzug von Wahrnehmungsqualität, Gleichgewicht, räumlicher Orientierung)
- keine Strukturierung durch Tageskleidung (Nachthemd wird zum Taghemd) und ständige Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln aus arbeitsökonomischen Gründen
- pflegerische Maßnahmen erfolgen ohne gezielte taktile oder andere Stimulis
- Erschwerte Kommunikation bleibt reduziert.<sup>78</sup>

#### **4 Auswirkungen von Schwerhörigkeit bei an Demenz Erkrankten**

In der Praxis der stationären Altenpflege sind Pflegende häufig mit schwerhörigen an Demenz Erkrankten konfrontiert, die keine Hörgeräte mehr tragen. Zum einen sind sie vom Demenzerkrankten unauffindbar „verschleppt“ worden oder dadurch, dass sie das ungewohnte Gefühl im Ohr nicht einordnen konnten, ständig herausgenommen und schließlich dabei beschädigt worden. Selten sind die Angehörigen bereit, noch einmal viel Geld für neue Hörgeräte zu investieren, da auch eine neuerliche Anpassung nach mehreren Jahren in Frage steht.

Betrachtet man die Primär- und Sekundärsymptomatik einer Demenzerkrankung sowie die möglichen Auswirkungen, die eine Schwerhörigkeit auf einen sonst gesunden alten Menschen haben kann, wird deutlich, welche Folgen und Einschränkung der Lebensqualität für einen an Demenz Erkrankten entstehen können, der zusätzlich unter Schwerhörigkeit leidet. Die eingeschränkte Hörfähigkeit

---

<sup>74</sup> Teirich, Alexander; „Alter(n) und Behinderung“, (S. 4), [www.uni.bamberg.de/~ba3sw1/texte/0102teirich-alexan.../teirich-alexander-altern.ht](http://www.uni.bamberg.de/~ba3sw1/texte/0102teirich-alexan.../teirich-alexander-altern.ht), Stand 08.08.03

<sup>75</sup> Vgl. Völkel, Ingrid; Ehmann, Marlies, Spezielle Pflegeplanung in der Altenpflege, 2000 Urban & Fischer Verlag, (S. 49)

<sup>76</sup> Vgl. Völkel, Ingrid; Ehmann, Marlies, Spezielle Pflegeplanung in der Altenpflege, 2000 Urban & Fischer Verlag, (S. 48 f)

<sup>77</sup> o.V., „DSB-Ratgeber Nr.10, Hörgeschädigte Senioren“, (S. 6), [www.schwerhoerigen-netz.de/DSB/SERVICE/ratgeber/WORD/ratgeber10.doc](http://www.schwerhoerigen-netz.de/DSB/SERVICE/ratgeber/WORD/ratgeber10.doc), Stand 08.08.03

<sup>78</sup> Vgl. Höwler, Elisabeth, Gerontopsychiatrische Pflege, 2000 Brigitte Kunz Verlag, (S.101 f)

hat bei an Demenz Erkrankten in der pflegerischen Praxis häufig erhebliche Auswirkungen und führt zu vielfältigen Pflegeproblemen. Auch Bewohner, die mit Hörgeräten versorgt sind, zeigen unter Umständen Verhaltensstörungen und selbststimulierendes Verhalten.

„Auf zwischenmenschlicher und sozialpsychologischer Ebene hängt auch vieles davon ab, inwieweit eine Person mit Demenz noch in der Lage ist, intakte Beziehungen zu unterhalten und ihre Fähigkeiten dazu zu nutzen.“<sup>79</sup> Eine Schwerhörigkeit schränkt diese Fähigkeit erheblich ein. „Sowohl eine Demenz, als auch eine Hörschädigung verursachen eine Verminderung der Kommunikationsfähigkeit, die sich nicht nur verstärkt, sondern potenziert wird, wenn beide Ursachen zusammen kommen (...).“<sup>80</sup>

„Jede Form von Beeinträchtigung der Sinne verstärkt wahrscheinlich die Symptome von Demenz. Als Folge steht eine Person wahrscheinlich weniger in Kontakt zu seiner Umgebung und – was viel ernster ist – kommuniziert auch weniger mit anderen. Von allen sensorischen Beeinträchtigungen ist vielleicht die Taubheit diejenige, welche die meisten der bereits vorhandenen Behinderungen zusammenführt.“<sup>81</sup> Eine taube Person ist unter Umständen radikal von der sozialen Welt abgeschnitten und demnach ihres Personseins beraubt.“<sup>82</sup>

Schwerhörige Demenzkranke sind extrem gefährdet, auf allen Ebenen – der sensorischen, kognitiven und sozialen Ebene – eine Deprivation zu erleiden.

Die betroffenen Bewohner zeigen in Einrichtungen der stationären Altenpflege – ohne Einsatz besonderer Pflege- und Betreuungsangebote - häufig bereits eine Vielzahl von Verhaltensauffälligkeiten in den unterschiedlichsten Ausprägungen und benötigen demzufolge erhebliche Versorgungszeiten. Sie sind kaum noch in die Wohngruppe und tagesstrukturierende Aktivitäten zu integrieren, da sie u.a. auch von anderen an Demenz Erkrankten, aufgrund der gravierend gestörten Kommunikationsfähigkeit und störender akustischer Selbststimulation, abgelehnt werden. Auch Angehörige und das Pflegeteam sind häufig mit der Situation überfordert.

Meist ist – ohne differenzierte Betrachtung und gezielte Interventionen - nicht mehr festzustellen, welche Auswirkungen von der demenziellen Erkrankung herrühren und welche z.B. Deprivationsfolgen der Schwerhörigkeit sind. Die Durchführung eines Minimal-State-Tests oder Dem-Tect-Tests ist oft ausgeschlossen, da eine verbale Kommunikation nur begrenzt oder scheinbar gar nicht möglich ist.

Im Folgenden (unter 4.1) werde ich einige der Auswirkungen schildern, die ich in unserer Einrichtung vor Beginn gezielter Maßnahmen, bei schwerhörigen an Demenz erkrankten Bewohnerinnen beobachten konnte.

#### 4.1 Auswirkungen auf den betroffenen Bewohner und sein Umfeld

Vor einem Jahr wurden an Demenz erkrankte Bewohner auf einem Wohnbereich, der zu einem speziellen Wohnbereich für Demenzerkrankte umkonzipiert werden sollte,

---

<sup>79</sup> Kitwood, Tom, „Demenz / Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 2000 Verlag Hans Huber, (S. 64)

<sup>80</sup> o.V., „DSB-Ratgeber Nr.10, Hörgeschädigte Senioren“, (S. 4), [www.schwerhoerigen-netz.de/DSB/SERVICE/ratgeber/WORD/ratgeber10.doc](http://www.schwerhoerigen-netz.de/DSB/SERVICE/ratgeber/WORD/ratgeber10.doc), Stand 08.08.03

<sup>81</sup> Kitwood, Tom, „Demenz / Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 2000 Verlag Hans Huber, (S.59)

<sup>82</sup> Vgl. Kitwood, Tom, „Demenz / Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 2000 Verlag Hans Huber, (S.59)

zusammengefasst. Sechs von ihnen leiden unter einer mittel- bis hochgradigen Altersschwerhörigkeit und tragen (bis auf Frau W.) seit mehreren Jahren keine Hörgeräte mehr.

Vor einem Jahr zeigte sich Folgendes:

*Fr. Sch. sitzt zusammengesunken in ihrem Rollstuhl. Sie nimmt kaum Anteil an ihrem Umfeld, der Kopf ist gesenkt, sie hat keinen Blickkontakt mit anderen Bewohnern. Sie spricht kaum, wenn man sie anspricht sagt sie meist „Ja“. Nur wenn sie nicht mehr sitzen kann, ruft sie „Schwester“. Sie isst selten etwas und scheint kaum noch die Arme heben zu können, deshalb wird ihr das Essen meist angereicht.*

*Fr. K. äußert ständig ein zweisilbiges, lautes Geräusch. Sie spricht nur selten und dann sehr laut und unverständlich, in einer gleichen tiefen Stimmlage, die oft als unfreundlich oder bedrohlich interpretiert wird, auch wenn sie sehr nette Dinge sagt.*

*Fr. R. äußert häufig lange Phasen eines lauten monotonen Stöhnens. Sie spricht nur auf Ansprache wenige Worte und kurze Sätze, wie „hab' Angst“, „hab' Dich lieb“, „Mausi“, „meine Süße“.*

*Auch Fr. W. (die beidseitig Hörgeräte trägt) äußert ein ständiges „Hallo, hallo“, auf Ansprache sagt sie nur „Ja“ und „Nein“.*

*Fr. M. spricht sehr laut, häufig ist sie tags wie nachts dabei (scheinbar grundlos) laut zu rufen oder zu schimpfen. Oft äußert sie, dass sie bestohlen wurde oder ihre Handtasche verschwunden ist. Alle vier Bewohnerinnen werden, wenn sie im Aufenthaltsraum sind, von den anderen Bewohnerinnen (und sogar zeitweise von Angehörigen) beschimpft, dass sie ruhig sein sollen. Meist schon, wenn sie den Aufenthaltsraum betreten. Es gab auch schon handgreifliche Auseinandersetzungen.*

*Fr. R. verlässt dann meist den Aufenthaltsraum, läuft umher, setzt sich, wenn sie erschöpft ist, in einen Sessel außerhalb des Wohnbereichs. Sie weint in diesen Fällen häufig, äußert Angst und sucht körperlichen Kontakt zu ihr vertrauten Mitarbeitern, wenn sie angesprochen wird und will diese nicht mehr gehen lassen. Sitzt sie längere Zeit, sind ihre Augen meist geschlossen, sie stöhnt sehr laut und zeigt kaum Reaktionen auf ihr Umfeld. Oft weigert sie, sich den Aufenthaltsraum zum Essen wieder zu betreten.*

*Auch Fr. K. verlässt den Aufenthaltsraum, wenn sie beschimpft wird. Spricht man sie an, äußert sie traurig, dass es böse Menschen sind, die immer schimpfen.*

*Wird Fr. M. beschimpft, wird ihr eigenes Schimpfen immer lauter. Sie ruft dann z.B. „ich bin eine anständige Frau. Ich habe nichts getan“ oder sie ruft Namen von Familienmitgliedern oder Freunden. Häufig ruft Fr. M. ununterbrochen Tag und Nacht und schläft dann völlig erschöpft mehrere Tage. Auch Fr. W. wird lauter und ruft schneller hintereinander „Hallo, hallo“, wenn die anderen Bewohner sie beschimpfen.*

Ständig ist ein Eingreifen der Mitarbeiter/innen nötig, die versuchen zu schlichten oder zu beruhigen. Oft ist das Pflorgeteam mit den Auseinandersetzungen im Aufenthaltsraum so überfordert, weil sich auch die Beschwerden der Angehörigen anderer Bewohner/innen häufen. Fr. W., Fr. M. werden dann meist in ihr Zimmer gebracht werden, wenn es zu laut wird. Fr. W. wird ruhiger in ihrem Zimmer, Fr. M. allerdings ruft um Hilfe oder schimpft weiter. Fr. K. und Fr. R. sind nur noch während des Essens im Aufenthaltsraum, wenn zusätzlich ein/e Mitarbeiter/in anwesend ist. Auch die Angehörigen der Bewohnerinnen kommen nur noch selten, weil sie sich z.B. für das Verhalten ihrer Mutter schämen, das Verhalten nicht ertragen können oder keinen Zugang mehr zu ihnen finden können.

*Fr. K. und Fr. R. laufen die meiste Zeit allein bis zur Erschöpfung, auf dem Flur und außerhalb des Wohnbereichs, umher. Sie bleiben nie lange im Aufenthaltsraum*

*sitzen und verlassen mehrmals die Woche unbeaufsichtigt das Haus und finden nicht allein zurück. Auch Fr. M. verlässt zeitweise allein das Haus und findet nicht zurück. Alle drei Bewohnerinnen wurden in diesen Fällen völlig erschöpft vor dem Haus gefunden.*

Die Pflegekräfte sind in ständiger Sorge, dass sie das Haus verlassen können und holen sie immer wieder zurück, wenn sie sich in Richtung Ausgang bewegen.

*Fr. Ro. spricht nur, wenn sie angesprochen wird, dann spricht sie allerdings unentwegt und der Inhalt ist schwer zu erfassen, da sie unter Wortfindungsstörungen leidet und die gesuchten Worte scheinbar wahllos durch andere ersetzt. Sie versteht vieles was ihr gesagt wird falsch, was oft zu Missverständnissen führt. Sie ruft beim An- und Ausziehen (auch bei Toilettengängen) häufig um Hilfe, schlägt um sich und flüchtet aus dem Raum.*

Das hat zur Folge, dass die Mitarbeiter/innen ungern beim An- und Auskleiden und Toilettengängen helfen, ihr möglichst laut zu verstehen zu geben, was nun getan werden soll und versuchen, schnell wieder das Zimmer zu verlassen.

*Des weiteren entkleidet sich Fr. Ro. manchmal im Aufenthaltsraum oder auf dem Flur und entfernt die Knöpfe und Schulterpolster aus ihrer Kleidung. Aufgrund dessen hat Fr. Ro. nur wenig tragbare Kleidungsstücke ihrer sonst sehr gepflegten Garderobe. Dies führt häufig zu Diskussionen mit der Betreuerin. Auch fühlen sich Mitbewohner und andere Angehörige durch ihr Entkleiden peinlich berührt. Die Mitarbeiter versuchen sie deshalb so oft wie möglich von ihren Handlungen abzuhalten.*

#### 4.2. Mögliche Folgen

Ein an Demenz erkrankter Mensch ist - aufgrund seiner Beeinträchtigung im Denken, der Auffassung, Lernfähigkeit und Sprache - stark eingeschränkt, eine Schwerhörigkeit selbstständig zu kompensieren und zeigt Deprivationsanzeichen und andere Verhaltensauffälligkeiten. Bleiben geeignete Interventionen aus, führt das häufig störende Verhalten von schwerhörigen Demenzerkrankten und der starke Druck (z.B. von Angehörigen anderer Bewohner) dazu, dass das Pflegeteam, Angehörige und die Mitbewohner am Rande ihrer Belastungsgrenzen sind. Folglich werden die schwerhörigen Demenzkranken immer häufiger in ihr Zimmer gebracht und so noch mehr von einem kommunikativen Umfeld und wichtigen sozialen Kontakten isoliert. Die plötzliche Trennung von den anderen Bewohnern kann unter Umständen auch als Bestrafung oder Verschleierung irgendeiner Tat vom Demenzkranken interpretiert werden. Auch von ihren Angehörigen erhalten sie seltener Besuche.

Das Abwehrverhalten bei der Versorgung bringt die Pflegekräfte meist an ihre Grenzen und kann dazu führen, dass selbst die Zuwendung bei der grundpflegerischen Versorgung auf ein Minimum beschränkt wird und Bewohner z.B. ständig mit Inkontinenzhilfsmitteln versorgt werden.

Auch hat eine Bewohnerin bei zu lauter Ansprache kaum eine Chance, den Inhalt des Gesagten zu erfassen, da sie die Worte vermutlich nur verzerrt wahrnimmt und die Ungeduld ihres Gegenübers spürt, was sie eventuell noch misstrauischer macht.

Eine permanente Sorge, dass die Bewohner das Haus verlassen und zu Schaden kommen, hat zur Folge, dass sie ständig ermahnt werden sitzen zu bleiben und sich auch nicht mehr im Wohnbereich umherlaufen können. Die Möglichkeit zu selbständiger Bewegung wird dadurch erheblich eingeschränkt. Auch ist diese

ständige Überwachung personell kaum zu gewährleisten. Zudem werden die – sowieso geringen – Beschäftigungsmöglichkeiten (wie z.B. Knöpfe entfernen) unterbunden.

Zu häufig bleibt in der pflegerischen Praxis eine differenzierte Ursachensuche für die Verhaltensauffälligkeiten aus, da sie als direkte, wenig beeinflussbare Auswirkung der Demenzerkrankung betrachtet werden. Diese Sichtweise nimmt dem Erkrankten jede Unterstützung seine Schwerhörigkeit zu kompensieren. Die Deprivation wird mehr und mehr verstärkt und es beginnt ein Teufelskreis, in dem auch noch, als letzter Ausweg, zusätzlich auf Medikamente zurückgegriffen wird.

Den betroffenen Bewohner/innen wird nach und nach ein bedürfnisbefriedigendes Umfeld entzogen, der Wachheitsgrad nimmt ab und die vorhandene kognitive Leistungsfähigkeit lässt rapide nach. Angst und Wahnvorstellungen können auftreten oder sich verstärken. Es sind Rückzugstendenzen, Apathie und Hospitalismusschäden zu erwarten.

In vielen Einrichtungen wird zusätzlich aus Hilflosigkeit sowie zum Schutz vor Eigen- und Fremdgefährdung mit fixierenden Maßnahmen für Demenzkranke reagiert.

Die Folgen der daraus resultierenden Immobilität können für den Betroffenen erheblich sein: „Das Herz-Kreislauf-System reagiert mit einer Abnahme der maximalen Sauerstoffaufnahme und Verminderung des Herz-Minuten-Volumens, mit Blutdrucksenkung und mit der Abnahme der allgemeinen Durchblutung, besonders im Bereich des Gehirns und der Extremitäten. Die Verlangsamung des Blutstroms begünstigt die Entwicklung von Thrombosen und Embolien. Eine Veränderung der Lungenfunktion erhöht das Risiko einer Pneumonie. Die Beweglichkeit von Muskeln und Gelenken kann sich innerhalb einer Woche verschlechtern. Die Verkürzung der Muskeln führt zu Gelenkkontrakturen (Knie und Ellenbeuge) und Spitzfuß. Längere Inaktivität im Liegen oder Sitzen fördert die Entstehung von Dekubitalgeschwüren, Obstipation, Harninkontinenz und chronische Harninfekte.“<sup>83</sup>

Zu dieser erhöhten körperlichen Pflegebedürftigkeit, die zu Schmerzen und noch größerer Unselbstständigkeit führen, können, sich erhebliche psychische Verschlechterungen ergeben. Wie bereits erwähnt können Schmerzen und das unterdrückte Bedürfnis den Bewegungsdrang auszuleben, bei mangelnder Einsichts-, Einschätzungs- und Kommunikationsfähigkeit der eigenen Situation, zu Aggression, Agitation und starker Unruhe führen. Aber auch der Mangel an wertvollen Erfahrungen (körperlichen und geistigen), können den Betroffenen seelisch und sozial verkümmern lassen und Verhaltensauffälligkeiten noch verstärken.

## **5 Ziele einer ganzheitlichen Pflege und Betreuung schwerhöriger an Demenz Erkrankter**

Das Modell der Fördernden Prozesspflege von Monika Krohwinkel (1998) integriert u.a. das Pflegemodell AEDL (Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens) als Voraussetzung für eine ganzheitlich orientierte, aktivierende Pflege.<sup>84</sup>

„Das primär pflegerische Interesse richtet sich auf den Menschen bzw. seine Bezugspersonen und erfaßt die Fähigkeiten, Bedürfnisse und Probleme in den Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL).(...)

---

<sup>83</sup> I. Köther u. E. Gnamm *Altenpflege in Ausbildung und Praxis*, 2000 ( S.258)

<sup>84</sup> Vgl. I. Köther u. E. Gnamm, *Altenpflege in Ausbildung und Praxis*, 2000 ( S.199)

Die primär pflegerische Zielsetzung ist die Erhaltung, Erlangung bzw. Wiedererlangung der Fähigkeiten, die zur Realisierung und Gestaltung von Unabhängigkeit, Wohlbefinden und Lebensqualität erforderlich sind.(...)

Die primär pflegerischen Handlungen sind : mit den Personen fördernd kommunizieren, sie ermutigen, sie anleiten und beraten, sie in ihren AEDLs fördern.<sup>85</sup>

Da es immer noch keine Therapie des zugrundeliegenden biologischen Krankheitsprozesses einer Demenz gibt, rücken die Bemühungen eines verbesserten Umgangs mit den Defiziten immer mehr in den Vordergrund. Weil sie zum Rückgang wichtiger Sekundärsymptome der Demenz und – im begrenzten Umfang – zu einer besseren kognitiven Leistungsfähigkeit führen können.<sup>86</sup>

„Die Demenz führt zu einer zunehmenden Anpassungsstörung in allen Lebens- und Leistungsbereichen. Deshalb muß auf allen Ebenen – den körperlichen, seelischen und sozialen – nach hilfreichen Interventionen gesucht werden.“<sup>87</sup> Außerdem kann so eine Zusatzerkrankung – wie z.B. des Gehörs – erkannt werden, eine differenzierte Betrachtung erfolgen und die Ermittlung gezielter Maßnahmen ermöglicht werden.

„Zu den allgemeinsten Symptomen der Demenz zählt Verunsicherung, weil Wissen verloren geht und Erkennen immer häufiger mißlingt.“<sup>88</sup> Besonders durch eine zusätzliche Einschränkung der Sinnesorgane, wie z.B. Schwerhörigkeit, kann sich die Unsicherheit noch erheblich verstärken. „Deshalb ist das wichtigste Ziel aller Maßnahmen die Verstärkung des Sicherheitsgefühls des Kranken.“<sup>89</sup>

„Sich sicher fühlen und verhalten gehört nach A. Maslow zu einem Komplex von Bedürfnissen, die miteinander und mit den physiologischen Bedürfnissen [Bewegung, vitale Funktionen, Körperpflege, Nahrung, Ausscheiden, Kleidung, Schlaf, Sexualität<sup>90</sup>] in Beziehung stehen :

- **Zugehörigkeit und Liebe** : Beziehung, Kommunikation, Glauben, Vertrauen, Geborgenheit, Liebe geben und empfangen, Teilhaben.
- **Achtung** : Wertschätzung, Selbstsicherheit, Selbstachtung, Unabhängigkeit und Freiheit, Würde, Kompetenz (Leistung, Wissen, Können), Status, Anerkennung, Prestige.
- **Selbstverwirklichung** : Selbstfindung und Sinnfindung.<sup>91</sup>

Tom Kitwood stellte die Hypothese auf, dass eine konstruktive, positive Arbeit an und mit demenziellkranken Menschen ihr Personsein – je entsprechend dem Grad der Krankheitsentwicklung – erhalten und bewahren kann.<sup>92</sup> Er bezieht sich darauf, dass Menschen mit Demenz oft ein unverhülltes und beinahe kindliches Verlangen nach Liebe zeigen.<sup>93</sup> Er benennt fünf große, einander überschneidende Bedürfnisse, die sich im zentralen Bedürfnis nach Liebe vereinen: Trost, primäre Bindung,

---

<sup>85</sup> I. Köther u. E. Gnam, *Altenpflege in Ausbildung und Praxis*, 2000 ( S.200 f.)

<sup>86</sup> Vgl.fidem aktuell 2/97, H. Klingefeld (S.2)

<sup>87</sup> fidem aktuell 2/97, H. Klingefeld (S.2)

<sup>88</sup> fidem aktuell 2/97, H. Klingefeld (S.2)

<sup>89</sup> fidem aktuell 2/97, H. Klingefeld (S.2)

<sup>90</sup> Vgl. I. Köther u. E. Gnam, *Altenpflege in Ausbildung und Praxis*, 2000 (S.237)

<sup>91</sup> I. Köther u. E. Gnam, *Altenpflege in Ausbildung und Praxis*, 2000 ( S.458)

<sup>92</sup> Kitwood, Tom, „Demenz / Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 2000 Verlag Hans Huber, (S. 9)

<sup>93</sup> Vgl. Kitwood, Tom, „Demenz / Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 2000 Verlag Hans Huber, (S. 121)

Einbeziehung, Beschäftigung und Identität.<sup>94</sup> „Das Bedürfnismuster variiert entsprechend der Persönlichkeit und der Lebensgeschichte, und oft steigt die Intensität eines manifesten Bedürfnisses mit dem Fortschreiten der kognitiven Beeinträchtigung.“<sup>95</sup> Die Befriedigung der genannten Bedürfnisse ist ein wichtiges Ziel in der Begleitung an Demenz erkrankter Menschen und rückt gerade durch eine weitere Beeinträchtigung, wie Schwerhörigkeit, in den Vordergrund aller Bemühungen, um die Lebensqualität für den Betroffenen zu steigern.

In der Milieutherapie wird den o. g. Zielen einer ganzheitlichen Pflege und Betreuung (und den AEDLs) schwerhöriger Demenzerkrankter Rechnung getragen und ermöglicht ihre Verwirklichung durch konzeptionelle Rahmenbedingungen.

„Mit Milieutherapie Demenzkranker wird ein bewußtes, pflegerisch-therapeutisches Handeln beschrieben, das sich auf ein Konzept (...) zur Anpassung der materiellen und sozialen Umwelt an die krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung, des Empfindens, des Erlebens, des Verhaltens und der Kompetenzen (Reserven und Verluste) des Demenzkranken stützt.(...).

Ziel milieutherapeutischer Maßnahmen ist es, unter Einbeziehung aller Kontaktpersonen des Dementen eine Umgebung zu gestalten, in der ein menschenwürdiges, der persönlichen Lebensgeschichte angepaßtes, möglichst ungestörtes Leben geführt werden kann. Das räumliche Umfeld mit den dazugehörigen Menschen sollte zu einer „prophetischen“ Umwelt werden, um die sensorischen, emotionalen, kognitiven und physischen Einschränkungen der Erkrankten auszugleichen. Mit abnehmender Anpassungsfähigkeit der demenzkranken Menschen wächst die Bedeutung einer flexiblen, stützenden Umgebung.“<sup>96</sup> Diese konzeptionellen Rahmenbedingungen ermöglichen gezielte Maßnahmen zur Minderung und Vermeidung der Auswirkungen einer zusätzlichen Schwerhörigkeit. Des weiteren können durch ein milieutherapeutisches Umfeld deprivationsfördernde Faktoren weitestgehend ausgeschlossen werden.

„Bei der Milieutherapie lassen sich vier wesentliche Aspekte voneinander abgrenzen,(...) materielle (räumlich- sachliche) Gesichtspunkte, organisatorische Gesichtspunkte, Gesichtspunkte der Wahrnehmung, Einstellung und des Wissens der Betreuer und der Umgang mit Demenzkranken.“<sup>97</sup>

## 6 Interventionsmöglichkeiten bei Schwerhörigkeit und Demenz

In der Fachliteratur gibt es zwar viele Ausführungen, dass Schwerhörigkeit bei an Demenz Erkrankten zu Verhaltensstörungen führt, jedoch ist wenig über gezielte Interventionsmöglichkeiten veröffentlicht. Dennoch kann man sich viele Denkanstöße anderer Untersuchungen und Erfahrungen, z.B. aus den Bereichen der Basalen Stimulation, der Musiktherapie oder den Studien und Experimenten mit dem menschlichen Gehör, für die Pflege und Betreuung schwerhöriger an Demenz Erkrankter zu Nutze machen. Bedeutsam sind alle Interventionen, die auf sämtlichen Ebenen bei der Befriedigung wichtiger Bedürfnisse schwerhöriger an Demenz Erkrankter helfen können.

---

<sup>94</sup> Kitwood, Tom, „Demenz / Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 2000 Verlag Hans Huber, (S. 121)

<sup>95</sup> Kitwood, Tom, „Demenz / Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 2000 Verlag Hans Huber, (S. 121)

<sup>96</sup> fidem aktuell 2/97, H. Klingefeld, (S.3)

<sup>97</sup> fidem aktuell 2/97, H. Klingefeld, (S.3)

## 6.1 Ärztliche Untersuchung und Hilfsmittelanpassung veranlassen

Bei der Suche nach geeigneten Interventionen ist grundsätzlich zu vermeiden, „eine Störung zu behandeln, als habe sie psychische Ursachen, und demnach auch nur nach psychologischen Lösungen zu suchen, während die schwere zugrundeliegende Störung mit der physischen Gesundheit zusammenhängt.“<sup>98</sup> Deshalb sollte eine fachärztliche Untersuchung und das Ausschöpfen medizinischer Therapiemöglichkeiten der körperlichen Erkrankung, nämlich der Schwerhörigkeit, an erster Stelle der Bemühungen stehen. Auch müssen Schmerzen, Nebenwirkungen von Medikamenten und Unwohlsein durch eine weitere Erkrankung ausgeschlossen werden können.

Wenn möglich sollten an Demenz Erkrankte so früh es geht, bei der Feststellung einer Altersschwerhörigkeit, mit Hörgeräten versorgt werden und im Umgang Unterstützung erhalten. Es ist wichtig, dass immer sehr sorgfältig auf die Säuberung und die regelmäßige Wartung durch qualifiziertes Personal geachtet wird. „Ein Mensch mit Demenz realisiert vielleicht nicht, dass das Gerät nicht funktioniert oder mit Ohrenschmalz verstopft ist. Er nimmt nicht wahr, dass er das Gerät im Ohr hat und es die Hörprobleme noch schlimmer macht.“<sup>99</sup> Er vergisst vielleicht, wie man das Gerät richtig einstellt, sodass es nicht zu laut ist und auch nicht „fiept“. Vielleicht realisiert er das Quietschen auch nicht und weiß deshalb auch nicht, warum er sich nicht wohl fühlt; es kann anstrengend sein, ein Hörgerät unter diesen Umständen im Ohr zu haben.<sup>100</sup>

Auch sollte die Umgebung immer über möglichst wenig störende Nebengeräusche verfügen und keine hallende Akustik haben.

Haben schwerhörige an Demenz Erkrankte lange Zeit keine Hörgeräte getragen, sollte eingehend geprüft werden, ob eine Anpassung von Hörgeräten noch möglich ist. Es lohnt sich eine sogenannte, erheblich kostengünstigere, „Konferette“ (zwei Ohrstöpsel, die mit einem Mikrofon, welches vor der Brust hängt, verbunden ist) zur Probe einzusetzen, um Angehörige zu überzeugen.

Grundsätzlich sollte eine langsame und behutsame Höranbahnung vorgenommen werden und der Bewohner dabei aufmerksam beobachtet werden.

Wenn der betroffene Mensch kein Hörgerät hat oder keines benutzen will, kann man während eines Gesprächs einen Sprachverstärker verwenden.<sup>101</sup> „Dabei handelt es sich um ein kleines, „walkmanartiges“ Gerät, an das ein Mikrofon und ein Kopfhörer angeschlossen sind. (...) Ein Vorteil des Sprachverstärker ist es, dass das Mikrofon direkt zur sprechenden Person geführt werden kann. Im Gegensatz dazu verstärkt ein Hörgerät alle Geräusche der Umwelt (also sowohl das gesprochene Wort als auch Schritte auf dem Boden, die Türklingel, das Radio, Autos, Geräusche auf dem Flur etc.).“<sup>102</sup>

## 6.2 Kommunikation ermöglichen

„Menschen sind umweltoffen, informationshungrig und kontaktfreudig. Wird ihnen Kommunikation und Anerkennung verwehrt, stellt sich „emotionales Verhungern“ ein. Es kommt zu Hospitalismus, zu sensorischer Deprivation, Stress, körperlichem und

---

<sup>98</sup> Kitwood, Tom, „Demenz / Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 2000 Verlag Hans Huber, (S. 60)

<sup>99</sup> Powell, Jennie; Hilfen zur Kommunikation bei Demenz, 2002 Kuratorium Deutsche Altershilfe, (S. 70)

<sup>100</sup> Vgl. Powell, Jennie; Hilfen zur Kommunikation bei Demenz, 2002 Kuratorium Deutsche Altershilfe, (S. 70)

<sup>101</sup> Vgl. Powell, Jennie; Hilfen zur Kommunikation bei Demenz, 2002 Kuratorium Deutsche Altershilfe, (S. 70)

<sup>102</sup> Powell, Jennie; Hilfen zur Kommunikation bei Demenz, 2002 Kuratorium Deutsche Altershilfe, (S. 70)

psychischem Verfall, zu erlernter Hilflosigkeit und Sinnverlust, zu Krankheit und Tod.“<sup>103</sup> Da die Kommunikationsmöglichkeiten schwerhöriger an Demenz Erkrankter erheblich eingeschränkt sind, muss besonders nach geeigneten Möglichkeiten zur bestmöglichen Kommunikation gesucht werden.

Grundsätzlich sollten Verständigungsschwierigkeiten zunächst so gewertet werden, dass der Demenzkranke etwas nicht versteht, weil er schwerhörig ist und nicht etwa ausschließlich deshalb, weil er an Demenz erkrankt ist. Das heißt, dass erst einmal alle Interventionsmöglichkeiten bei einer Schwerhörigkeit angewandt werden sollten (Kommunikationsregeln und Vermeidung von depravierenden Faktoren, wie bereits unter 3.3 angegeben).

Allerdings sollte davon ausgegangen werden, dass ein an Demenz erkrankter Mensch nur sehr begrenzt Worte von den Lippen ablesen kann. „Aufgrund der Einbußen des Sprachverständnisses des Kranken dienen dann Mimik und Gesten sowie das Zeigen von oder auf Gegenstände(n) dem besseren gegenseitigen Verständnis und helfen, Unruhe zu vermeiden. Wegen der Beeinträchtigung der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit gilt es, den Kranken gut zu beobachten und auch auf Mimik und Körperausdruck zu achten, um die aktuelle Gefühlslage zu erspüren. Im Gespräch empfiehlt sich:

- Einfache, kurze Sätze machen und nur eine Mitteilung auf einmal geben,
- Zeitdruck meiden, geduldig und wiederholt anleiten und
- Nicht unnötig die Aufmerksamkeit auf Fehler lenken.“<sup>104</sup>

Des Weiteren ist das Minimieren von störenden Nebengeräuschen ein entscheidender Faktor für eine erfolgreiche Kommunikation.<sup>105</sup> Auch sollte sichergestellt sein, dass man vor dem Sprechen die Aufmerksamkeit des Betroffenen hat und diese ggf. durch eine Berührung am Arm herstellt.<sup>106</sup> Wichtig ist auch, dass der Bewohner seine Brille trägt und sie auch sauber ist.<sup>107</sup>

Bei einer mittel- bis hochgradigen, beidseitigen Schwerhörigkeit (ohne zur Verfügung stehenden Hilfsmittel) kann es sehr hilfreich sein den an Demenz Erkrankten direkt in das rechte Ohr anzusprechen. „Da das Sprachzentrum europäischer Menschen bei Rechtshändern immer und bei Linkshändern überwiegend in der linken Gehirnhälfte lokalisiert wird, erreichen Informationen des rechten Ohrs über die kreuzenden Hörbahnen direkt und viel schneller das Sprachzentrum als über das linke Ohr. Der Weg über linkes Ohr, rechte Hörrinde und Balken verzögert die bewusste Wahrnehmung des Tons so lange, als wäre man von der Schallquelle bis zu 120 m weiter entfernt.“<sup>108</sup> Sehr wichtig ist es, bei der direkten Ansprache ins Ohr, vorher Blickkontakt und die uneingeschränkte Aufmerksamkeit des Betroffenen zu haben, da man kurzzeitig sein Blickfeld verlassen muss. Dies kann sonst, durch den unvermittelt eintreffenden akustischen Reiz, zu Erschrecken führen.

---

<sup>103</sup> Neander, Klaus-Dieter, Musik und Pflege, 1999 Urban & Fischer Verlag, (S. 24)

<sup>104</sup> Der Hausarzt, Dr. phil. Dipl.- Psych. Klaus Gürtler, „Einfühlsamkeit gefragt“, (S. 2), [www.hausarzt-bda.de/bda/hausarzt/1200/58.pdf](http://www.hausarzt-bda.de/bda/hausarzt/1200/58.pdf), Stand 08.08.03

<sup>105</sup> Vgl. Powell, Jennie; Hilfen zur Kommunikation bei Demenz, 2002 Kuratorium Deutsche Altershilfe, (S. 72)

<sup>106</sup> Vgl. Powell, Jennie; Hilfen zur Kommunikation bei Demenz, 2002 Kuratorium Deutsche Altershilfe, (S. 72)

<sup>107</sup> Vgl. Powell, Jennie; Hilfen zur Kommunikation bei Demenz, 2002 Kuratorium Deutsche Altershilfe, (S. 72)

<sup>108</sup> Neander, Klaus-Dieter, Musik und Pflege, 1999 Urban & Fischer Verlag, (S. 54)

### 6.3 Stimulation durch Reize

Ein schwerhöriger an Demenz erkrankter Mensch ist, wie bereits erwähnt, erheblich gefährdet eine Deprivation, u.a. durch den Entzug von Sinneseindrücken und einer Beeinträchtigung der Wahrnehmung, zu erleiden.

Der somatische (Berührungsempfinden), vestibuläre (Gleichgewichts-Lagesinn) und vibratorische (Tiefensensibilität über Schwingungen) Wahrnehmungsbereich bilden die Basis für die orale/olfaktorische (Geschmack, Geruch), auditive (Hören), taktil – haptische (Greifen) und visuelle Wahrnehmungsentwicklung.<sup>109</sup> „Wahrnehmung ist die Verarbeitung von elektronische Impulse umgesetzten Information, die in kortikalen Zentren sinnhaft verarbeitet wird. Dort wird die Information assoziativ mit anderen Wahrnehmungsinhalten sinngesamt verknüpft und im Gedächtnis abgespeichert. Erst die Fähigkeit des Gedächtnisses, Wahrnehmungsinhalte als bekannt zu erinnern, ermöglicht uns körperliche und geistige Identität.“<sup>110</sup>

Beschränkt sich die Zuwendung in der Pflege eines Menschen mit Demenz nur auf die körperliche Versorgung, so werden ihm wichtige, bekannte Reize entzogen.

Durch eine Schwerhörigkeit, fehlen dem Betroffenen unter Umständen sinnhafte Reize der gesamten auditiven Wahrnehmungsebene. Neben dem Versuch dem schwerhörigen Demenzerkrankten wieder befriedigende akustische Reize zu vermitteln, sollten gleichzeitig verstärkt Reize auf den anderen Wahrnehmungsebenen angeboten werden. Allerdings muss dies über eine vorsichtige Eingewöhnung nach und nach erfolgen, damit eine Überforderung durch eine nicht mehr zu verarbeitenden Reizüberflutung vermieden wird.

Die Vermittlung von Reizen sollte sich nach den individuellen Vorlieben und Bedürfnissen des Betroffenen richten und kann, ohne viel Aufwand, in den pflegerischen Alltag eingebunden werden.

- Orale/olfaktorische Angebote können durch Zwischenmahlzeiten z.B. mit Schokolade oder Süßspeisen bzw. durch bekannte Gerüche, wie Kaffeeduft oder bekanntes Parfüm erfolgen.
- Auf der taktil–haptischen Ebene sollte das Hantieren mit bekannten Gegenständen, flauschigen Materialien oder Stofftieren ermöglicht werden.
- Das Durchblättern von Versandhauskatalogen, die Möglichkeit aus dem Fenster zu schauen, das Beobachten von Lichtsäulen oder Fischen in einem Aquarium eignen sich zur Vermittlung visueller Reize.

Der Kontakt zu biographisch bekannten Tieren kann einem schwerhörigen Demenzkranken Reize auf allen Ebenen liefern; durch Streicheln, der Wahrnehmung des Geruchs, das Hören der Laute und das Beobachten des Verhaltens der Tiere.

Hat sich ein schwerhöriger an Demenz Erkrankter bereits „in sich zurückgezogen“, kann der Kontakt durch körperliche Stimulation wieder aufgenommen werden. Die Basale Stimulation (nach Bienstein und Fröhlich) bietet Möglichkeiten während der pflegerischen Betreuung, z.B. durch Waschungen und Einreibungen, beruhigende oder aktivierende Reize zu vermitteln und dient der nonverbalen Kommunikation mit dem Erkrankten.

Durch eine Stimulation von Reizen ist eine erhebliche Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit zu erwarten.

---

<sup>109</sup> Vgl. Bartoszek, Gabriele; Nydahl, Peter; „Basale Stimulation“, *Unterrichtsunterlage*, (S. 2)

<sup>110</sup> Bartoszek, Gabriele; Nydahl, Peter; „Basale Stimulation“, *Unterrichtsunterlage*, (S. 2 f)

### 6.3.1 Akustische Stimulation

Das Gehör ist an der Reizaufladung, der energetischen Stimulation des Gehirns in zentraler Weise beteiligt.<sup>111</sup> „Das Gehör ist für den Menschen der am frühesten entwickelte Fernsinn. Das Gehör ist entwicklungsgeschichtlich aus dem Vibrationssinn und Körpergefühl hervorgegangen. Es ist Basis des Zeiterlebens. Das Ohr erwacht zuerst aus der Narkose. Das Ohr hebt aktiv lauschend die persönlich relevanten Ereignisse aus der Umgebung hervor. Vertraute Stimmen und Musik wirken als psychosoziale Attraktoren.“<sup>112</sup> Allerdings sind schwerhörige Demenzerkrankte oft ohne Betreuung einer gut gemeinten Dauermusikbeschallung aus dem Radio ausgesetzt. Aufgrund der kurzen Konzentrationsfähigkeit, der Unfähigkeit andere Geräusche auszublenden und der erschwerten Verarbeitungsmöglichkeit von vielen Nebengeräuschen (aufgrund der Schwerhörigkeit), kann sie zu Überforderung und somit zu Unruhe, Fluchtverhalten oder sogar Aggression führen.

Eine akustische Stimulation sollte immer gezielt, dem Bewohner angepasst und unter Betreuung durchgeführt werden, um eine unerwünschte Wirkung auszuschließen.

Es bietet sich an, neben einer angepassten Kommunikation, akustische Reize über Kopfhörer anzubieten. Das Hören mit Kopfhörer wird von den Bewohnern gut akzeptiert. „Bei Einführung des Rundfunks waren Lautsprecher mangels technischer Vervollkommenung noch wenig verbreitet und deshalb für viele Menschen zu teuer. Man hörte lange Zeit Radio ausschließlich mit Kopfhörern.“<sup>113</sup>

„Burgio hat übrigens beobachtet, dass Frauen mit Demenz auffällig ruhig werden, wenn sie unter der Trockenhaube sitzen. Dieses Phänomen hat ihn für eine entsprechende Untersuchung mit „white noise“ angeregt. Und tatsächlich haben sich etwa ein Viertel der Personen beruhigt, wenn er ihnen Naturgeräusche vorspielte“<sup>114</sup> Besonders geeignet ist eine Stimulation mit Musik. Zu beachten ist allerdings, dass eine langsame Eingewöhnung erfolgt und der eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit eines an Demenz Erkrankten Rechnung getragen wird.

#### 6.2.1.1 Gründe für den Einsatz von Musik und Umsetzungsmöglichkeiten

Gerade die Musik hat in der Pflege und Betreuung demenziell Erkrankter einen besonderen Stellenwert. Bereits seit mehreren Jahren konnte ich in der Praxis mit Musik sehr positive Erfahrungen in verschiedenen Bereichen der Betreuung (hörender) Demenzerkrankter machen.

„Musik begleitet den Menschen durch sein ganzes Leben.“<sup>115</sup> „Unsere Musikvorstellungen sind von unserer Sozialisation geprägt und führen zur musikalischen Identität des einzelnen Individuums.“<sup>116</sup>

„Sie ist eine der ursprünglich eigenen Kommunikationsformen, die bereits vor dem Sprechen erworben wird und unmittelbar - d.h. ohne Umweg über das Denken - aktiviert werden kann. Aus diesem Grunde ist der Zugang zu Demenzpatienten eher über Musik als durch Sprache möglich.“<sup>117</sup> „Im Verlauf der Demenz gehen viele Fähigkeiten verloren, die von Denkvorgängen abhängig sind. Am wichtigsten ist der

<sup>111</sup> Vgl. Neander, Klaus-Dieter, Musik und Pflege, 1999 Urban & Fischer Verlag, (S. 50)

<sup>112</sup> Neander, Klaus-Dieter, Musik und Pflege, 1999 Urban & Fischer Verlag, (S. 37)

<sup>113</sup> Neander, Klaus-Dieter, Musik und Pflege, 1999 Urban & Fischer Verlag, (S. 124)

<sup>114</sup> Ursula Hanhart, „Zugang zu auffälligem Verhalten bei demenziell veränderten Menschen im Heim“, (S. 4), [www.stadt-zuerich.ch/kap06/sad/sad02\\_3\\_downloads/sad02\\_05Verhalten\\_Demenz.pdf](http://www.stadt-zuerich.ch/kap06/sad/sad02_3_downloads/sad02_05Verhalten_Demenz.pdf), Stand 08.08.03

<sup>115</sup> fidem aktuell 3/97, H. Klingefeld (S.12)

<sup>116</sup> fidem aktuell 3/97, H. Klingefeld (S.12)

<sup>117</sup> fidem aktuell 3/97, H. Klingefeld (S.13)

allmähliche Verlust der Sprache. Musik als zusätzliche, sprachunabhängige Kommunikationsebene bleibt Dementen fast bis zum letzten Krankheitsstadium zugänglich. Musik bietet bei dieser Krankheit vielerlei Kompensationsmöglichkeiten kommunikativer und weiterer Defizite.<sup>118</sup> „Gemeinsames musikalisches Handeln hat einen starken integrativen Charakter - kann es doch über die unterschiedlichsten Arten von Einschränkungen der Beteiligten hinweg vollzogen werden.“<sup>119</sup>

„Die einfache Struktur der Musik ist einer der Gründe, Musik gut erinnern zu können.“<sup>120</sup> Außerdem bleiben, wie bereits erwähnt, die emotionalen Fähigkeiten der Dementen länger intakt, als die kognitiven.<sup>121</sup> Musik ist ein Symbol für das Gefühl während eines Ereignisses (Beispiel: der Kaiserwalzer auf der Hochzeitsfeier); dieses Symbol ist jederzeit abrufbar- bis ins hohe Alter und auch bei schwersten Gedächtnisstörungen.<sup>122</sup> Musik löst somit Erinnerungen aus und kann reaktivierte oder verstärkte Emotionalität aufgrund ihrer strukturierenden Kraft in eine begreifbare Form gießen.<sup>123</sup>

„Lieder sind Teil des Langzeitgedächtnisses und werden daher von Dementen oft vollständig erinnert. Diese Erinnerungen liefern wertvolle biographische Daten.“<sup>124</sup>

Musik hat ordnende, strukturierende Eigenschaften. „(...) Rhythmus ordnet und strukturiert die Zeit, bringt soziales Handeln, sowie die verschiedenen Reize - Hören, Singen, (Musik-) spielen, Sich bewegen (tanzen) - zum Gleichlauf und koordiniert den Hör-, Seh-, und Fühlsinn zusätzlich zu den Wahrnehmungen aus dem eigenen Körper.“<sup>125</sup> „Musik kann Körper und Seele insgesamt in Bewegung bringen. Sie hat, wie bereits erwähnt, einen emotionalen Charakter, d.h. sie löst innere Bewegung aus. Ein großer Bereich der Musik ist zudem direkt auf die Anstiftung von körperlichen Bewegungen - meist tänzerischen - ausgelegt.“<sup>126</sup>

Gelingt es also Musik auch schwerhörigen an Demenz Erkrankten zugänglich zu machen, so kann sie auch hier viele Bedürfnissen befriedigen (worauf unter 7 noch eingegangen wird) und vor allem zur Vermittlung akustischer Reize verwendet werden. Dies kann zum einen über einen Kopfhörer erfolgen oder durch direktes Singen ins Ohr.

Beim Singen in das Ohr wird, bei einer beidseitig gleich eingeschränkten Hörfähigkeit, vorzugsweise das rechte Ohr oder bei ungleicher Einschränkung natürlich das weniger betroffene Ohr, gewählt. Körpernahes Sitzen und ein leichtes Klopfen des Takts direkt am Körper kann helfen, dass der Bewohner sogar mitsingen kann.

Beim Musikhören mit Kopfhörer sollte unbedingt beachtet werden, dass eine vorsichtige Eingewöhnung stattfindet. Beim ersten Versuch sollten 5 bis maximal 15 Minuten nicht überschritten werden. Es sollte immer sehr leise begonnen und langsam lauter gestellt werden. Eine anfangs zu laute Musik kann einen Bewohner, der lange kaum akustische Reize empfangen hat, derart erschrecken, dass er künftig den Anblick des Kopfhörers mit etwas Unangenehmen verbindet und eine erneute Annäherung sehr schwer wird. Die Anpassung der Lautstärke muss jedes Mal erneut

---

<sup>118</sup> fidem aktuell 2/97, H. Klingefeld (S.13)

<sup>119</sup> fidem aktuell 2/97, H. Klingefeld (S.14 f.)

<sup>120</sup> fidem aktuell 3/97, H. Klingefeld (S.14)

<sup>121</sup> Vgl.fidem aktuell 3/97, H. Klingefeld (S.13)

<sup>122</sup> Vgl.fidem aktuell 3/97, H. Klingefeld (S.14)

<sup>123</sup> Vgl.fidem aktuell 3/97, H. Klingefeld (S.14)

<sup>124</sup> fidem aktuell 3/97, H. Klingefeld (S.16)

<sup>125</sup> fidem aktuell 3/97, H. Klingefeld (S.14)

<sup>126</sup> fidem aktuell 3/97, H. Klingefeld (S.15)

erfolgen, da auch Schwankungen im Hörvermögen, beispielsweise durch Durchblutungsschwankungen möglich sind.

Der Bewohner sollte immer genau beobachtet und nicht sich selbst überlassen werden, damit Unwohlsein und ausgelöste Gefühle immer aufgefangen werden können. Denn nicht nur die Dauer oder Lautstärke, sondern auch die Auswahl der Musikstücke ist von Bedeutung. „Die emotionale Kraft der Musik kann Vorstellungen wecken, Erinnerungen an vergessen geglaubte Erlebnisse aktivieren und verdrängte Gefühle wiederbeleben.“<sup>127</sup> Diese Gefühle müssen nicht immer positiv sein. So können z.B. Kriegserlebnisse oder der Verlust eines geliebten Menschen durch ein bestimmtes Musikstück in Erinnerung gerufen werden. Auch stellt das Hören von Musik beileibe keinen passiven Vorgang dar, sondern erfordert vom Hörenden eigene Aktivität, insbesondere in Form des sehr emotionalen Reagierens.<sup>128</sup> „Musik ist imstande, durch Auslösung bestimmter Emotionen ‚geistige‘ Bilder jeder Art zu erzeugen, realistische und phantastische bzw. sogar halluzinierende“.<sup>129</sup>

Zur Eingewöhnung haben sich besonders Musikstücke der „Medizinischen Resonanztherapie Musik“ bewährt, da sie keinen schnellen Wechsel der Lautstärke und des Rhythmus beinhalten. Durch sie konnte ich auch wichtige Informationen (aus Erfahrungen bei der Behandlung von Kindern in der Intensivmedizin) für die Anwendung und Durchführung der Musikbeschallung über Kopfhörer erhalten.

#### 6.3.1.1.1 *Medizinische Resonanztherapie Musik*

„Die medizinische Resonanztherapie Musik basiert auf Erkenntnissen, die schon Pythagoras beschrieb. Nach Auffassung der Ärzte des Altertums reagiert unser Organismus nämlich auf Musik wie ein Resonanzkörper, und durch die richtig geordnete Musik können Abläufe wieder in ihre natürliche Ordnung gebracht - also harmonisiert werden.

Die medizinische Resonanztherapie Musik greift dieses Wissen auf, und produziert Musik auf dieser Basis. Damit wurde laut WHO das erfolgreichste Anti-Stress-Mittel überhaupt geschaffen. Es wird von führenden Medizinerinnen aus vielen Bereichen wie Frauenheilkunde, Kinderheilkunde, Kopfschmerzforschung, Schlafstörungen, Intensivmedizin aber auch Rehabilitation nach Hirnschlag und Hirnblutung mit großem Erfolg angewendet.“<sup>130</sup>

„Die medizinische Resonanztherapie Musik ist keine Musik im üblichen Sinne und dient somit nicht der Unterhaltung, sondern rein medizinischen Zwecken. Die Schönheit der harmonikalen Musikpräparate zielt auf die individuelle Akzeptanz – aber jenseits des angenehmen Musikgenusses sind die in den feinen Strukturen des Mikrokosmos der Musik enthaltenen Harmoniegesetze der Natur von zentraler Bedeutung, denn sie alleine schaffen die positiven gesundheitlichen Wirkungen.

Die Vielfalt der medizinischen Leistung ergibt sich aus der harmonikalen ganzheitlichen Konzeption der einzelnen Präparate der medizinische Resonanztherapie Musik. Der Patient lässt die ihn betreffenden Musikpräparate zu bestimmten Zeiten – im Sitzen oder Liegen, mit geschlossenen Augen, idealerweise über Kopfhörer, unter Vermeidung äußerer Störungen – auf sich wirken.“<sup>131</sup>

---

<sup>127</sup> fidem aktuell 3/97, H. Klingefeld (S.12)

<sup>128</sup> Vgl.fidem aktuell 3/97, H. Klingefeld (S.12)

<sup>129</sup> fidem aktuell 3/97, H. Klingefeld (S.12)

<sup>130</sup> o.V., „Musiktherapie“, [www.rex-apotheke.ch/sanfte\\_medizin/heilendeenergien.htm](http://www.rex-apotheke.ch/sanfte_medizin/heilendeenergien.htm), Stand 22.01.03

<sup>131</sup> o.V., „Die medizinische Resonanz Therapie Musik“, [www.arkaden-apotheke-limburg.de/beratung.htm](http://www.arkaden-apotheke-limburg.de/beratung.htm), Stand 22.01.03

Anwendungsbereiche, z.B. in der Kinderintensivpflege, sind postoperative Schmerzen, Unruhe, Stress und Angst.<sup>132</sup> Auch wurde der Eindruck gewonnen, dass die Kinder entspannter und tiefer schlafen.<sup>133</sup>

Komplikationen wurden nur bei Früh- und Neugeborenen beobachtet, die sich so stark beruhigten, sodass es zu Atemaussetzern kam.<sup>134</sup>

In der Kinderintensivpflege wird in der Regel 2x täglich mit je ¼ Stunde begonnen. Nach neusten Informationen und auch aus eigenen Erfahrungen der Klinik, wird neuerdings so lange die Musik belassen, wie die Kinder sie akzeptieren. Besonders dann, wenn der Eindruck entsteht, dass sich das Kind bei der angebotenen Musik beruhigt.<sup>135</sup>

Sollte ein Kind zu Beginn mit Unruhe reagieren, wird sofort abgebrochen und es später wieder versucht, da eventuell der Zeitpunkt falsch war.<sup>136</sup> Wenn das Kind beim 3. Anlauf nicht reagiert, wird ein anderes Musikstück ausgewählt.<sup>137</sup>

Auch bei schwerhörigen demenziell Erkrankten kann diese Musik ohne Komplikationen, wie in der Kinderintensivpflege angegeben, eingesetzt werden. Besonders gut werden von ihnen die Musikpräparate „Zuneigung“ und „Lebensmut“ akzeptiert.

#### 6.4 Soziale Kontakte ermöglichen

„Das Bedürfnis nach Einbeziehung tritt bei Demenz sehr prägnant zutage, vielleicht im sogenannten aufmerksamkeitstheischenden Verhalten, in der Neigung zum Anklammern oder Umhergehen oder in verschiedenen Formen des Protests und der Zerrissenheit. (...) Sehr oft schwindet das soziale Leben von Menschen mit Demenz langsam dahin, indem das dialektische Wechselspiel zwischen neurologischer Beeinträchtigung und Sozialpsychologie seinen Lauf nimmt.“<sup>138</sup> Besonders betroffen sind Demenzkranke, die durch eine Schwerhörigkeit zusätzlich an der Teilnahme am sozialen Leben eingeschränkt sind. Wird das Bedürfnis nicht befriedigt, so wird eine Person wahrscheinlich abbauen und sich zurückziehen, bis ihr Leben nahezu vollständig in einer „Isolationsblase“ stattfindet.<sup>139</sup> „Wird das Bedürfnis indessen befriedigt, so ist eine Person unter Umständen in der Lage, sich wieder „auszudehnen“ und als jemand erkannt zu werden, der einen bestimmten Platz im gemeinsamen Leben in einer Gruppe hat.“<sup>140</sup>

---

<sup>132</sup> Vgl. Sr. Kaut, Ingeborg; Sr. Koncz; „Einsatz der medizinischen Resonanztherapie Musik“, (S. 3), <http://beginn.at/pflegeserver/kinder/mrt.htm>, (Stand 22.01.03)

<sup>133</sup> Vgl. Sr. Kaut, Ingeborg; Sr. Koncz; „Einsatz der medizinischen Resonanztherapie Musik“, (S. 3), <http://beginn.at/pflegeserver/kinder/mrt.htm>, (Stand 22.01.03)

<sup>134</sup> Vgl. Sr. Kaut, Ingeborg; Sr. Koncz; „Einsatz der medizinischen Resonanztherapie Musik“, (S. 2), <http://beginn.at/pflegeserver/kinder/mrt.htm>, (Stand 22.01.03)

<sup>135</sup> Vgl. Sr. Kaut, Ingeborg; Sr. Koncz; „Einsatz der medizinischen Resonanztherapie Musik“, (S. 1), <http://beginn.at/pflegeserver/kinder/mrt.htm>, (Stand 22.01.03)

<sup>136</sup> Vgl. Sr. Kaut, Ingeborg; Sr. Koncz; „Einsatz der medizinischen Resonanztherapie Musik“, (S. 2), <http://beginn.at/pflegeserver/kinder/mrt.htm>, (Stand 22.01.03)

<sup>137</sup> Vgl. Sr. Kaut, Ingeborg; Sr. Koncz; „Einsatz der medizinischen Resonanztherapie Musik“, (S. 2), <http://beginn.at/pflegeserver/kinder/mrt.htm>, (Stand 22.01.03)

<sup>138</sup> Kitwood, Tom, „Demenz / Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 2000 Verlag Hans Huber, (S. 124)

<sup>139</sup> Vgl. Kitwood, Tom, „Demenz / Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 2000 Verlag Hans Huber, (S. 124)

<sup>140</sup> Kitwood, Tom, „Demenz / Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 2000 Verlag Hans Huber, (S. 124)

Schwerhörige an Demenz Erkrankte sind meist völlig von sozialen Kontakten isoliert. „Das Leben wird überschattet von Unsicherheiten und Ängsten, und manche gute Erinnerung an vergangene sichere Bindungen geht unter Umständen verloren.“<sup>141</sup> Um so wichtiger ist es, neben den Kontakten zum Pflege- und Betreuungspersonal, weitere Kontakte zu ermöglichen und sie in die Aktivitäten auf dem Wohnbereich zu integrieren.

Auch sollte alles versucht werden, die Angehörigen in Kommunikationsmethoden anzuleiten und sie weitestgehend in Angebote mit einzubeziehen, um ihnen wieder positive Kontakte mit den betroffenen Bewohnern zu ermöglichen.

Des Weiteren kann ein regelmäßiges Gruppenangebot nur für die schwerhörigen Demenzerkrankten in einem störungsfreien Raum dabei helfen, dass sich die Bewohner untereinander kennen lernen. Eine normale Lebenssituation, wie das Decken eines gemeinsamen Kaffeetischs und das anschließende gemeinsame Kaffeetrinken, ist hierfür besonders gut geeignet.

Es bietet sich an, die betroffenen Bewohner auch im Aufenthaltsraum bzw. bei den Mahlzeiten zusammen sitzen zu lassen, denn sie sind nach einiger Zeit in der Lage miteinander zu kommunizieren.

## 6.5 Bewegungsmöglichkeiten schaffen

Die meisten schwerhörigen an Demenz Erkrankten zeigen ein deutliches Bedürfnis nach Bewegung, indem sie beispielsweise unentwegt umherlaufen. Die Fähigkeit zur Bewegung ist für jeden Menschen die Voraussetzung für alle Lebensaktivitäten und für ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben.<sup>142</sup> „Grundsätzlich sollte sich der Kranke so lange wie möglich viel bewegen können. Spaziergänge machen ihm nicht nur Freude, sie unterbrechen seinen Tagesablauf, unterstützen seinen Stoffwechsel und fördern den Schlaf.“<sup>143</sup>

Regelmäßige Spaziergänge, z.B. auf dem Gartengelände verschaffen dem Bewohner darüber hinaus zusätzliche Reize, wenn auf Blumen hingewiesen wird und er an ihnen riechen kann. Der Geruch von frischgemähtem Rasen kann frühere Erinnerungen und einen Bezug zur Natur wieder zum Vorschein bringen. Zudem verschafft der Spaziergang – wenn man sich einhakt – wichtige körperliche Nähe und ein Gefühl der Gemeinsamkeit.

Außerdem hilft Bewegung beim Abbau motorischer Unruhe<sup>144</sup>, unter der viele der schwerhörigen Demenzerkrankten leiden. „Das Umherlaufen („Wandern“) zählt für viele schwer Demenzkranke nicht nur zu den wenigen Möglichkeiten sich noch als aktiv und leistungsfähig zu erfahren, sondern es vermag auch durch vermehrte Ausschüttung von Nervenbotenstoffen (Neurotransmitter) zu einer deutlichen Stimmungsaufhellung führen.“<sup>145</sup> Diese Art der Bewegung ist allerdings problematisch und kann für den Betroffenen gefährlich werden. Die größten Probleme bestehen in möglichen Orientierungsstörungen und Orientierungslosigkeit, die große Verwirrung und Angst hervorrufen können, Selbstgefährdung aufgrund von Wahrnehmungsstörungen und Tendenzen, das Haus unbeaufsichtigt zu

---

<sup>141</sup> Kitwood, Tom, „Demenz / Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 2000 Verlag Hans Huber, (S. 123)

<sup>142</sup> Vgl. I. Köther u. E. Gnam, Altenpflege in Ausbildung und Praxis, 2000 ( S.257)

<sup>143</sup> I. Köther u. E. Gnam, Altenpflege in Ausbildung und Praxis, 2000 ( S.522)

<sup>144</sup> Vgl. I. Köther u. E. Gnam, Altenpflege in Ausbildung und Praxis, 2000 ( S.522)

<sup>145</sup> Evangelische Impulse 2/98, H. Klingefeld, J. Bruder (S.24)

verlassen.<sup>146</sup> Wegen zunehmender Gangunsicherheit und Haltungsveränderung bedeutet sie gleichzeitig eine ständige Sturz- und Verletzungsgefahr.<sup>147</sup> Um die selbständigen Bewegungsmöglichkeiten zu erhalten können ein Trochanterenschutz oder ggf. Sturzhelme eingesetzt werden. Häufig sind auch eine geeignete Hilfsmittelanpassung (Stock, Rollator) und Orientierungshilfen notwendig.

Hilfreich sind zusätzliche Bewegungsangebote mit einfachen gymnastischen Übungen oder einfachen Ball- und Wurfspielen, die ohne verbale Erklärungen, sondern nur durch Vorführen, leicht nachzuvollziehen sind. Sie verschaffen ein Gemeinschaftsgefühl, verhelfen zu Erfolgserlebnissen und Spaß. Außerdem können sie beim Abbau von Aggressionen helfen.

Auch können an Demenz Erkrankte - durch den Mangel an Eigenbewegung und Eigenerfahrung - ganz oder zum Teil ihren eigenen Körper (das Ich) nicht mehr fühlen, ihn vergessen haben (sich „verlieren“).<sup>148</sup> Gerade Demenzerkrankten, die sich durch ihre Schwerhörigkeit von der Umwelt zurückgezogen haben, kann – wie schon unter 6.2 erwähnt - der Ansatz über dem Körper helfen, sich wieder nach außen zu öffnen.

„Körperliche Aktivierung, Verbesserung der Körperwahrnehmung und des Körpergefühls (also der Beziehung zum eigenen Körper) und Erhalt der Beweglichkeit sind therapeutische Ziele, die sich aus der großen Bedeutung körperlicher Gesundheit für das psychische Wohlbefinden ergeben.“<sup>149</sup>

Bewegung ist somit nicht nur aktive körperliche Leistung, sondern sie beinhaltet die Wahrnehmung des Körpers, passiver Bewegungen und den Wechsel zwischen Spannungs- und Entspannungsfähigkeit und damit zusammenhängende Gefühle und Bedürfnisse.

## 6.6 Entspannung ermöglichen

Schwerhörige an Demenz Erkrankte befinden sich häufig in einem Zustand innerer Anspannung und großer Verunsicherung, da sie vielen Einflüssen ausgesetzt sind, denen sie sich selbst nur schwer entziehen können. Maßnahmen für die Entspannung und Beruhigung haben deshalb für die Betroffenen eine große Bedeutung und helfen, Unruhe und Verhaltensauffälligkeiten zu vermeiden.

Neben körperlichen Maßnahmen und dem Einsatz von Musik, sollte auch immer die Möglichkeit bestehen, einen schwerhörigen Demenzerkrankten aus einem überstimulierenden Umfeld (beim ersten Anzeichen von Unruhe) in eine störungsfreie, reizarme oder vertraute, beruhigende Umgebung zu bringen.

Ein reizarmer Raum kann einem stark erregten Bewohner unter Umständen helfen sich schnell zu entspannen. Aber auch Sessel in einer gemütlichen, geschützten, störungsfreien Nische oder das eigene Zimmer, das mit persönlichen Gegenständen und Möbeln ausgestattet ist, kann auf einen schwerhörigen an Demenz Erkrankten sehr beruhigend wirken.

Pflege- und Betreuungspersonen sollten Erfahrungen im beruhigenden Umgang und Kenntnisse über die individuellen Entspannungsmöglichkeiten der Betroffenen haben. Unter Umständen reicht es, dem Bewohner ein Stofftier in den Arm zu legen oder ihm ein paar Minuten Körperkontakt zu geben, damit er sich entspannen kann.

---

<sup>146</sup> Vgl. I. Köther u. E. Gnam, Altenpflege in Ausbildung und Praxis, 2000 ( S.263)

<sup>147</sup> Vgl. I. Köther u. E. Gnam, Altenpflege in Ausbildung und Praxis, 2000 ( S.522)

<sup>148</sup> Vgl.fidem aktuell 2/97, H. Klungenfeld (S.12)

<sup>149</sup> fidem aktuell 2/97, H. Klungenfeld (S.13)

## 6.7 Beschäftigungsmöglichkeiten anbieten

„Werden Menschen der Beschäftigung beraubt, so beginnen ihre Fähigkeiten nachzulassen, und die Selbstachtung schwindet dahin. Auch bei Demenz ist das Bedürfnis nach Beschäftigung noch vorhanden; (...).“<sup>150</sup> „Je mehr über die Vergangenheit einer Person und vor allem über ihre Quellen tiefster Befriedigung bekannt ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass Lösungen gefunden werden.“<sup>151</sup>

Auch schwerhörige an Demenz Erkrankte lassen sich gerne in Aktivitäten einbinden. Da die meisten Frauen im Haushalt ihren Beschäftigungsschwerpunkt hatten, sind hauswirtschaftliche Tätigkeiten besonders geeignet. Leichte Tätigkeiten, wie Abwaschen, Abtrocknen, Obst schälen, Tischdecken oder das Um- und Abfüllen von Lebensmitteln (z.B. Erbsen, Linsen oder Reis) werden sichtlich gerne übernommen. Aber auch der Bewohner selbst zeigt häufig durch sein Verhalten, welche Beschäftigung er (mit äußerster Konzentration und Hingabe) gerne durchführt. Beispielsweise durch das Einsammeln, Falten und Zählen von Papieren oder Servietten. Oder es ist z.B. das Auftrennen und Entfernen von Knöpfen und das Sortieren von Gegenständen zu beobachten. Es lohnt sich, den Bewohnern ausreichend Material zur Verfügung zu stellen. In der Regel können sie sich befriedigend - für sie sinnvoll - lange allein beschäftigen.

## 7 Pflēgetherapeutische Maßnahmen in der pflegerischen Praxis

Ein milieutherapeutisches Konzept bietet einen Rahmen für gezielte pflegetherapeutische Interventionen für schwerhörige an Demenz Erkrankte. Es ermöglicht einen individuell angepassten, umfangreichen und effektiven Einsatz aller Maßnahmen.

Doch auch unabhängig davon können die pflegetherapeutischen Maßnahmen (einzeln oder in Verbindung miteinander) eine große Wirkung erzielen sowie einzelnen Pflege- und Betreuungskräften helfen, einen ganz individuellen Zugang zu schwerhörigen Demenzerkrankten zu finden, ihn als liebenswerte Persönlichkeit kennen zu lernen und ihn mit Spaß und Freude respektvoll zu begleiten.

### 7.1 Voraussetzungen der Betreuer

Die „Wahrnehmung, Einstellung und das Wissen der Betreuer“ ist ein Aspekt der erfolgreichen milieutherapeutischen Dementenbetreuung und auch die Grundlage für gezielte pflegetherapeutische Interventionen bei Demenz und Schwerhörigkeit.

Allgemein beinhaltet sie: gute Beobachtungsfähigkeit, Flexibilität, die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung, konstruktive Haltung und Einstellung, sowie viel Wissen über die Krankheit, Krankheitserleben und Reaktionsformen.<sup>152</sup> Die genaue Kenntnis einer Demenzerkrankung, den Ursachen von Verhaltensstörungen, aber auch einer Schwerhörigkeit mit ihren Auswirkungen und Interventionsmöglichkeiten ermöglichen ein Einfühlen in den Erkrankten und eröffnet Handlungsmöglichkeiten.

*Die Hörgeräte von Fr. W. wurden besonders sorgfältig gereinigt und eingestellt, nachdem der Zusammenhang mit Fr. W.'s selbststimulierenden Verhalten*

---

<sup>150</sup> Kitwood, Tom, „Demenz / Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 2000 Verlag Hans Huber, (S. 124)

<sup>151</sup> Kitwood, Tom, „Demenz / Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 2000 Verlag Hans Huber, (S. 124)

<sup>152</sup> Vgl. fide m aktuell 2/97, H. Klingefeld (S.5 f)

erkannt worden war. Das hatte zur Folge, dass sich ihr „Hallo“-Rufen innerhalb kürzester Zeit erheblich in Umfang und Lautstärke reduzierte.

„Das Verständnis für herausforderndes Verhalten gelingt am ehesten über das Einfühlen in die dem Verhalten zugrundeliegenden individuellen Motive und Gefühle. Sie geben Aufschluss über die subjektiven und v.a. unbewussten Bedeutungen von Äußerungen und Handlungen.“<sup>153</sup>

*Beispielsweise lässt sich erklären, warum die schwerhörigen Demenzkranken im Aufenthaltsraum nach einiger Zeit unruhig werden und Fr. M. beginnt laut zu rufen oder schimpfen. Sie sind durch die anderen (zwölf!) Bewohner und Hintergrundgeräuschen einem ständigen Geräuschpegel ausgesetzt, der ihre Verarbeitungsmöglichkeit übersteigt und unter Umständen verzerrt wahrgenommen wird; diesem können sie sich nicht entziehen, weil sie vielleicht nicht wissen, was ihnen Unwohlsein bereitet.*

Eine Grundhaltung ständiger Neugier und ständigen Suchens sowie ein breites Verständnis für Schwankungen der Leistungsfähigkeit und des Antriebs sind Grundvoraussetzung für eine kontinuierliche Durchführung und Anpassung aller Maßnahmen.<sup>154</sup> Häufig stellt sich, besonders wenn schon eine Deprivation vorliegt, ein Erfolg erst nach einiger Zeit ein.

Mut zu ungewöhnlichem Handeln und dazu Neues auszuprobieren, genauso wie das Vermeiden von Entmutigung bei Fehlschlägen und keine zu hohen Erwartungen, garantieren bestmögliche Erfolge in der Pflege und Betreuung schwerhöriger Demenzkranker.

## 7.2 Materielle Umgebung

Die „materielle Umgebung“ (Gestaltung der Räume) in der Milieutherapie ist auf das Ausleben des Bewegungsdrangs ausgelegt, versucht die Defizite des an Demenz Erkrankten auszugleichen und das Gefühl von Sicherheit zu vermitteln. Beispielsweise sollte auf spiegelnde Bodenbeläge mit gegensätzlichen Mustern verzichtet werden, da eine Zuordnung der Bilder nicht mehr gelingt, außerdem sollte der Garten frei zugänglich sein.<sup>155</sup> Es wird Wert darauf gelegt, dass Räume und Flure über eine helle, schattenfreie und warme Beleuchtung verfügen, dass sie offen gestaltet sind und möglichst alle Sinne ansprechen; Orientierungshilfen sollten in ausreichender Größe vorhanden und durch starke Farbkontraste gut erkennbar sein.<sup>156</sup> Kellerzugänge kann man z.B. einfach durch Warnklebeband am Treppenabsatz sichern. Die Türen, die nicht geöffnet werden sollen, werden übersehen, wenn sie in der Farbe der Wände gestrichen sind. Zimmertüren kann man durch große Namensschilder mit biographischen Motiven kennzeichnen, damit sie leichter gefunden werden. Setzt man bei sturzgefährdeten Bewohnern Trochanter- Schutzhose und ggf. Schutzhelme ein, können die Bewohner sich noch lange Zeit eigenständig - mit geringem Risiko - fortbewegen.

Es bietet sich an, Sessel in regelmäßigen Abständen aufzustellen, die zum Ausruhen und zur Begegnung einladen und lange Stecken unterbrechen.

---

<sup>153</sup> Ursula Hanhart, „Zugang zu auffälligem Verhalten bei demenziell veränderten Menschen im Heim“, (S. 2 f), [www.stadt-zuerich.ch/kap06/sad/sad02\\_3\\_downloads/sad02\\_05Verhalten\\_Demenz.pdf](http://www.stadt-zuerich.ch/kap06/sad/sad02_3_downloads/sad02_05Verhalten_Demenz.pdf), Stand 08.08.03

<sup>154</sup> Vgl. fidem aktuell 2/97, H. Klingefeld (S.5 f)

<sup>155</sup> Vgl. Evangelische Impulse 2/98, H. Klingefeld, J.Bruder,(S.24)

<sup>156</sup> Vgl. Evangelische Impulse 2/98, H. Klingefeld, J.Bruder,(S.24)

Die Umgebung sollte auch über Ruheräume für störende an Demenz Erkrankte verfügen.<sup>157</sup> Bequeme Sitzgelegenheiten in geschützten Nischen auf Fluren oder in Aufenthaltsräumen können dem Erkrankten eine Rückzugsmöglichkeit aus unruhiger Umgebung sowie Entspannung bieten.

*Auf dem Flur des Wohnbereichs wurde eine kleine Sitzecke aufgestellt, in der die schwerhörigen Bewohnerinnen zeitweise gemeinsam essen können, wenn es im Aufenthaltsraum zu unruhig wird. Wenn Fr. M. im Aufenthaltsraum unruhig wird und zu schreien beginnt, dann beruhigt sie sich in der Regel schnell, wenn sie dorthin gebracht wird.*

*Zur Zeit wird ein ursprüngliches Bewohnerzimmer im Wohnbereich umgebaut, sodass ein ungestörter Raum mit Wohnzimmercharakter den schwerhörigen Demenzkranken für die Mahlzeiten oder Gruppenangebote direkt im Wohnbereich zur Verfügung steht.*

Neben einer wohnlichen Ausstattung sollte auch genug Material zur Selbstbeschäftigung vorhanden sein.

*Wenn Fr. Ro. sich zu entkleiden beginnt, kann man ihr alte Blusen zur Verfügung stellen, damit sie nicht aus ihrer eigenen Kleidung die Schulterpolster und Knöpfe entfernt. Auch nimmt sie sich häufig die Versandhauskataloge, reißt Seiten heraus, die sie dann sortiert und faltet.*

*Fr. M. guckt sich gerne die Kataloge an und erzählt, was sie sich und ihrer Tochter kaufen wird.*

### 7.3 Tagesstrukturierende, fördernde Angebote

Die „organisatorischen Gesichtspunkten“ der Milieuthherapie können einen konstanten Rahmen für gezielte Interventionen bieten, da es um eine Gestaltung der Tagesstruktur geht, die sich nach den individuellen Vorlieben und Gewohnheiten der Kranken richtet<sup>158</sup>. Hierbei hat die abgestimmte Gestaltung aller Betreuungsmaßnahmen einen hohen Stellenwert - die herkömmliche, körperliche Pflege ist zweitrangig.<sup>159</sup> Dabei ist die Freiwilligkeit der Pflegekräfte Grundprinzip.<sup>160</sup>

Verschiedene, abwechslungsreiche Angebote können schwerhörigen Demenzkranken eine individuelle Tagesstruktur geben. Bei den täglichen Aktivitäten sollten Überforderung und Unterforderung vermieden werden und an spontane Aktivitäten und Einfälle angeknüpft werden.<sup>161</sup> Es sollte deshalb während des Tagesablaufs und innerhalb eines Angebotes auf Aktivierung, genauso wie auf Entspannung, Ruhe und Freiräume für eigene Ideen, Wert gelegt werden.

In der Praxis kann ein Wochenplan entwickelt werden, der den Interventionen für schwerhörige an Demenz Erkrankte einen festen Rahmen und Kontinuität gibt. Er beinhaltet spezielle Einzelmaßnahmen und Gruppenangebote nur für die schwerhörigen demenzerkrankten Bewohner, aber auch gemeinsame Gruppenaktivitäten mit den anderen an Demenz Erkrankten.

Zu Anfang haben wir in unserer Einrichtung begonnen, möglichst täglich, mit Musik über Kopfhörer eine Höreingewöhnung bei den Bewohnerinnen durchzuführen, die selbststimulierende Laute äußerten. Jene wurde zu bestimmten Zeiten in Ruhephasen z.B. nach den Mahlzeiten für 5- 15 Minuten durchgeführt:

---

<sup>157</sup> Vgl. Evangelische Impulse 2/98, H. Klingefeld, J. Bruder, (S.25)

<sup>158</sup> Vgl. fidem aktuell 2/97, H. Klingefeld (S.5)

<sup>159</sup> Vgl. fidem aktuell 2/97, H. Klingefeld (S.5)

<sup>160</sup> Vgl. fidem aktuell 2/97, H. Klingefeld (S.5)

<sup>161</sup> Vgl. fidem aktuell 2/97, H. Klingefeld (S.5)

*Fr. R., die kaum etwas sprach, hat beim ersten Versuch angefangen unentwegt zu sprechen. Bei weiteren Versuchen stellten wir fest, dass, wenn man außerhalb des Gesichtsfelds mit Körperkontakt bei ihr sitzt, sie sich entspannte, ruhiger atmete, nur noch sehr leise stöhnte und sehr konzentriert der Musik lauschte. An manchen Tagen, wenn sie unruhig war, ist sie auch aufgestanden oder hat sich den Kopfhörer abgenommen. Doch zu einem späteren Zeitpunkt hat sie sich wieder entspannen können. Nach ca. zwei Wochen war ihr ständiges Stöhnen erheblich leiser geworden und nach ungefähr einem Monat fast vollständig verschwunden, bis auf die Momente, in denen sie sich unwohl fühlte. Auch spricht sie sehr viel, wenn man sie anspricht und wirkt allgemein aktiver.*

*Bei Fr. M., die immer sehr laut sprach und häufig schimpfte, setzte gleich zu Beginn eine starke Beruhigung ein. Sie schloss die Augen und atmete sehr ruhig. Als ich ihr den Kopfhörer abnahm, nahm sie ihn mir aus der Hand und setzte ihn sich selbständig wieder auf. Obwohl sie auf zu enge körperliche Nähe immer mit Abwehr reagierte, begann sie im Laufe der Zeit meine Hand zu halten und bat mich sogar mich in ihr Bett dicht neben sie zu setzen, während sie Musik hörte.*

*Mit Änderung ihrer Medikation und dem regelmäßigen Musikangebot konnte sie zwar nicht ihre sehr laute Sprache besser regulieren, aber sie ruft nicht mehr um Hilfe und teilt sich jetzt über Singen mit. Sie benutzt immer die selbe Melodie, und in Form des Textes äußert sie, was sie beschäftigt.*

*Für Fr. K., die ständig ein zweisilbiges, lautes Geräusch von sich gab, war anfangs keine Musik zu finden, die so laut gestellt werden konnte, dass sie diese hörte. Nur eine CD mit alten Schlagern war laut genug. Fr. K. hat, sofort als sie die Musik hörte, fröhlich gelacht, sehr konzentriert zugehört und mitgesungen. Zeitweise hat sie die Liedertexte kommentiert oder sogar getanzt. Fr. K. äußert jetzt nur noch einen einsilbiges Laut, welcher erheblich leiser ist als vorher, und sie kann sogar zeitweise längere Zeit schweigend im Aufenthaltsraum sitzen. Auch Fr. K. spricht jetzt sehr viel und teilt unaufgefordert mit, was sie möchte.*

Jetzt erhält jede Bewohnerin regelmäßig nur noch zweimal die Woche Musik über Kopfhörer (oder ggf. zusätzlich bei Unruhe) weil sie in viele andere Aktivitäten eingebunden werden konnte und eine wesentlich bessere Kommunikation möglich ist.

Um an die frühere Normalität anzuknüpfen und bekannte Reize zu vermitteln, führen wir einmal wöchentlich ein Kaffeetrinken in einem ungestörten Raum mit schallschluckendem Teppichboden und gemütlicher Ausstattung durch. Zu Beginn werden von den Bewohnerinnen Kaffeebohnen in einer alten Kaffeemühle selbst gemahlen, was alle gut beherrschen. Alle riechen an dem frischgemahlene Kaffee und gucken, ob er fein genug ist. Dies aktiviert sie und schafft eine Orientierung zu dem was folgen wird. Anschließend wird gemeinsam der Tisch gedeckt, Kerzen angezündet und Kaffee getrunken.

*Auch wenn Fr. M. auf dem Weg zu dem Raum sehr laut gesprochen hat, senkt sie nach wenigen Minuten in dem Gruppenraum ihre Stimme. Sie gibt Anweisungen beim Eindecken und lobt die viele Mühe, die sich alle gemacht haben.*

*Fr. K. ist ganz aktiv beim Tischdecken, gibt allen die Hand zur Begrüßung oder umarmt sie.*

*Fr. Ro. beginnt häufig über ihre Eltern oder Erlebnisse aus der Vergangenheit zu erzählen und weist auf Dinge im Raum hin, die ihr gut gefallen.*

*Fr. R. spricht sehr viel, isst viel mehr als sonst und hat nach einigen Wochen begonnen ihr Essen mit den anderen zu teilen.*

*Fr. Sch. die anfangs nur zusammengesunken am Tisch saß, sitzt aufrecht in ihrem Stuhl, verfolgt aufmerksam das Geschehen und isst wieder selbständig mit Appetit.*

*Durch das regelmäßige Treffen zum Kaffeetrinken, kennen sich die Bewohnerinnen jetzt sehr gut. Sie laufen gemeinsam über den Flur oder setzen sich gemeinsam in die dortigen Nischen und sprechen miteinander. Fr. K. tröstet manchmal Fr. R., wenn sie traurig ist oder geht zu Fr. Sch. und streichelt sie.*

Auch Spaziergänge im Garten sind fester Bestandteil der Tagesstruktur. Ein Altenpflegeschüler und ein Zivildienstleistender haben nach genauer Anleitung diese Aufgabe übernommen.

*Fr. R., die früher kaum Anteil an ihrer Umgebung genommen hat, zeigt während des Spaziergangs auf Pflanzen und kann sie benennen. Als eine zeitlang die Spaziergänge ausfallen mussten, nahm sie meine Hand und führte mich in den Garten. Sie zeigte mir den genauen Weg mit Hinweisen auf bestimmte Blumen, den sie sonst mit dem Zivildienstleistenden geht.*

*Fr. K. genießt es, sich während des Spaziergangs auf eine Bank zu setzen, zeigt auf den blauen Himmel und äußert, wie schön das Wetter und die frische Luft sind.*

Die schwerhörigen demenzerkrankten Bewohnerinnen nehmen mittlerweile auch an vielen gemeinsamen Angeboten mit den anderen Bewohnern teil. Dadurch, dass sich die selbststimulierenden Äußerungen erheblich gebessert haben, waren sie leichter zu integrieren. Allerdings mussten die Gruppeninhalte so umgestellt werden, dass sie durch Vormachen, aber nicht durch viele Erklärungen verstanden werden.

*Alle Bewohnerinnen nehmen sehr gerne an dem Bewegungsangebot teil. Sie lachen dabei, sind sehr konzentriert und aufmerksam. Auch Fr. Sch., die sonst sehr in sich zurückgezogen wirkt, sitzt aufrecht und beteiligt sich aktiv.*

*An dem täglichen morgendlichen Singen kann Fr. K. teilnehmen, wenn man sich auf die Armlehne setzt, sie im Arm hält, ihr direkt ins rechte Ohr singt und den Takt leicht an ihrem Körper verdeutlicht. Sie kann jedes Lied bis zur letzten Strophe mitsingen und, obwohl ihr Gesang sehr unmelodiös klingt, wird sie von den anderen Bewohnern in der Gruppe akzeptiert. Auch Fr. M. sitzt sehr ruhig dabei, wenn man ihr vorher erklärt, was jetzt gemacht wird. Sie singt oft nicht mit, hört aber aufmerksam zu.*

*Bei allen Gruppenaktivitäten in dem Wohnbereich ist Fr. W., die sonst häufig „Hallo“ ruft, sehr fröhlich und äußert kein „Hallo“. Während des täglichen Abwaschens und Abtrocknens saß sie in letzter Zeit auf ihrem Platz und rief sehr laut „Hallo“. Als ich sie fragte, ob sie helfen möchte, sagte sie „Ja“. Seitdem ist sie immer beim Abtrocknen dabei.*

*Alle schwerhörigen Bewohnerinnen nehmen meist an den Gruppenangeboten für den gesamten Wohnbereich teil. Selbst wenn sie nicht aktiv mitmachen, haben sie einen festen Platz in der Gruppe und beobachten oder kommentieren das Geschehen. Auch ihre Angehörigen nehmen manchmal an den Gruppen teil und können so positive Momente gemeinsam mit ihnen erleben.*

#### 7.4 Umgang mit dem Betroffenen

Der milieuthérapeutische Aspekt des „Umgangs mit Demenzkranken“ hat für die Pflege und Betreuung schwerhöriger Demenzerkrankter eine besondere Bedeutung: Bei der Stärkung des Sicherheitsgefühls, Unterstützung, Aktivierung, beruhigender Reizabschirmung, spontanem Reagieren auf Bedürfnisse und Verhaltensweisen, bei Stärkung des Selbstwertgefühls, beim Umgang mit Sekundärsymptomen, bei der Entwicklung neuer Vorgehensweisen, insbesondere des Verstandenwerdens und

des Verstehens.<sup>162</sup> Auch nonverbale Methoden sind im gesamten Krankheitsverlauf wichtig.<sup>163</sup>

Gerade eine angepasste Kommunikation mit dem schwerhörigen an Demenz Erkrankten ermöglicht es z.B. Abwehrverhalten zu minimieren und Wertschätzung zu signalisieren. Die Ansprache über das rechte Ohr hilft sehr bei der Kommunikation. Pflegerische Maßnahmen können so angekündigt werden, dass sie auf Anhieb verstanden werden. Missverständnisse und darausfolgende Abwehrreaktionen konnten so erheblich reduziert werden.

Bei der Verwendung von Gestik kann man beobachten, dass sie die Erinnerung an eindeutige Gesten bei dem schwerhörigen Demenzerkrankten wieder aktivieren kann, die der Betroffene dann zur Verständigung selbst einsetzt. Eine wichtige Geste ist das Händeschütteln bei der Begrüßung und Verabschiedung, da sie sofort Aufmerksamkeit herstellt und unmissverständlich signalisiert, dass derjenige ganz persönlich gemeint ist.

*Fr. K. begrüßt jemanden der ihr die Hand gibt mit einem Knicks. Erwidert man ihn, freut sie sich sehr und ist noch lange Zeit danach sehr vergnügt.*

Im allgemeinen sind alle Umgangsformen, die dem betroffenen Bewohner Freude bereiten, für schwerhörige Demenzerkrankte von Bedeutung. Auch kleine „Geschenke“ zwischendurch, wie z.B. ein Stück Schokolade, können die Stimmung anhaltend aufhellen.

„Bei Demenz dürfte das Bedürfnis nach Trost wohl besonders groß sein, wenn eine Person mit einem Gefühl von Verlust ringt, ganz gleich, ob es durch den Tod eines geliebten Menschen, das Versagen von Fähigkeiten oder das Ende eines langgehegten Lebensstils ausgelöst wird.“<sup>164</sup> Der schwerhörige an Demenz Erkrankte spürt häufig deutlich seine Isolation bzw. eine ihm entgegengebrachte Ablehnung. Der Behandlungsansatz über den Körper verbessert den Zugang zu sprachlich eingeschränkten Patienten.(...) Berührungen und Hautempfindungen sind (...) die Sprache, in der die Patienten weiterhin Botschaften empfangen können.“<sup>165</sup> Weint ein schwerhöriger Demenzkranker ist eine Umarmung, ein beruhigendes Wiegen im Arm oder ein Streicheln hilfreiche Unterstützung bei der Bestätigung, dass sein Gefühl verstanden wird (Integrative Validation nach N. Richard).

*Fr. R. und Fr. M. benötigten viel Trost, wenn sie von den anderen Bewohnern wegen ihres lauten Stöhnens oder Schimpfens beschimpft wurden oder es im Aufenthaltsraum zu unruhig war. Selbst wenn sie aus der Situation herausgebracht werden, sind beruhigende Maßnahmen nötig.*

*Fr. R. hat sich immer sehr schnell beruhigt, wenn man ihr sanft den Nacken massiert hat und ihr anschließend ein Stofftier in den Arm gelegt hat. Sie hat dann die Augen geschlossen und sehr ruhig geatmet.*

*Fr. M. hat sich oft sehr schnell beruhigt, wenn ihr der Kopfhörer mit Resonanztherapie Musik aufgesetzt wurde. Beim ersten Versuch schimpfte sie zwar weiter und rief „das ist ja Katzenmusik“; als ich ihr aber den Kopfhörer abnehmen wollte, hielt sie ihn fest und sagte, dass sie gerade schöne Musik hört. Kurz darauf entspannte sie sich und schloss die Augen.*

*Wenn sie Musik ablehnte, konnte ihr gemeinsames Anschauen eines Katalogs Ablenkung und Entspannung geben.*

---

<sup>162</sup> Vgl.fidem aktuell 2/97, H. Klingefeld (S.6 f.)

<sup>163</sup> Vgl.fidem aktuell 2/97, H. Klingefeld (S.9)

<sup>164</sup> Kitwood, Tom, „Demenz / Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 2000 Verlag Hans Huber, (S. 123)

<sup>165</sup> fidem aktuell 2/97, H. Klingefeld (S.11 f)

Basalstimulierende Körperwaschungen können beruhigen oder aktivieren. Sie sollten jedoch nur von geschulten Bezugspersonen durchgeführt werden und bieten Gelegenheit der nonverbalen und verbalen Kommunikation<sup>166</sup>.

*Fr. M. schimpft oft bei der morgendlichen Versorgung. Eine beruhigende Ganzkörperwaschung hat häufig geholfen, dass sie sich schnell wieder beruhigen konnte oder sich gar nicht erst so stark erregte.*

## **8 Schlusswort**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass pflegetherapeutische Interventionen auf verschiedenen Ebenen schwerhörigen an Demenz Erkrankten helfen können, wichtige Bedürfnisse zu befriedigen und die Identität jener zu erhalten. Sie stehen mit der Umwelt in Kommunikation, zeigen Sozialverhalten, haben Kontakte und Beschäftigungsmöglichkeiten, die ihnen Ablenkung, einen Bezug zur Vergangenheit und Erfolgserlebnisse ermöglichen. Durch ein angemessenes Angebot an Sinnesreizen zeigen sie kaum Deprivationsanzeichen und können sich bei Unruhe leichter entspannen. Dadurch, dass sie sich in ihrem Umfeld wohlfühlen und Bewegungsmöglichkeiten gegeben sind, ist keine Weglauftendenz mehr zu beobachten.

In unserer Einrichtung konnten bei den schwerhörigen an Demenz erkrankten Bewohnerinnen Verhaltensstörungen erheblich gemindert und ihnen ein hohes Maß an Lebensqualität ermöglicht werden. Selbststimulierende Äußerungen, Apathie und eine Weglauftendenz sind weitestgehend zurückgegangen. Das anfangs hohe Maß an Interventionen konnte reduziert und die Bewohnerinnen in die Tagesstruktur integriert werden. Sie benötigen heute erheblich geringere Versorgungszeiten.

Dank der Bemühungen um eine bessere Hörfähigkeit, lässt sich feststellen, dass die meisten Verhaltensstörungen überwiegend der eingeschränkten Hörfähigkeit zuzuschreiben waren. Besonders hat Fr. K. von allen Maßnahmen profitiert. Sie war anfangs eine der schwierigsten Bewohnerinnen. Jetzt zählt sie zu den beliebtesten und selbständigsten Bewohnern des Wohnbereichs.

Doch sollten die Ergebnisse nicht darüber hinwegtäuschen, dass nur die konsequente, kontinuierliche Durchführung der Maßnahmen eine beständige positive Lebenssituation erhalten kann. In Zeiten, in denen Fremdpersonal eingesetzt werden musste und viele Angebote ausgefallen sind, haben sich sehr schnell wieder Verhaltensauffälligkeiten und eine Verschlechterung des Allgemeinzustands bei den schwerhörigen an Demenz Erkrankten gezeigt.

Allerdings ist die Entwicklung von gemeinsamen Umgangsstrategien, die Weitergabe von Informationen und die Vertretung der tagesstrukturierenden Angebote noch nicht zufriedenstellend verwirklicht. Besonders bei Fr. M. ist weiterhin die Suche nach weiteren geeigneten Umgangsstrategien nötig. Leider wurde der Einsatz eines Sprachverstärkers oder einer Konferette noch nicht erprobt, deshalb konnte ich hierüber keine Erfahrungen aus der Praxis beschreiben.

Auch zukünftig wird es weitere Bemühungen, um eine bessere Pflege und Betreuung schwerhöriger an Demenz Erkrankter in unserer Einrichtung geben, da sie eine entlastende Wirkung auf das gesamte Umfeld haben. Durch den zusätzlichen Gruppenraum im Wohnbereich und der weiteren Konzeptentwicklung werden z.Z. wichtige Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung der pflegetherapeutischen Interventionen geschaffen.

---

<sup>166</sup> I. Köther u. E. Gnam, Altenpflege in Ausbildung und Praxis, 2000 ( S.218)

Es hat viel Spaß gemacht in dieser Facharbeit über einen wichtigen Bestandteil meiner täglichen Arbeit berichten zu können. Schwierig war es im nachhinein sich noch zu erinnern, aus welcher Quelle ich bestimmte Informationen für die Entwicklung aller Maßnahmen erhalten habe, da ich mich im Laufe der Zeit mit sehr viel Literatur auseinandergesetzt habe. Während des Schreibens musste ich Einiges zusammenfassen, weggelassen oder verkürzt darstellen, da sonst die Facharbeit zu umfangreich geworden wäre.

Auch wenn die Einführung von gezielten Interventionen für schwerhörige demenzerkrankte Bewohnerinnen manchmal sehr anstrengend war, hat mir das Schreiben einmal mehr verdeutlicht, dass es sich lohnt, nach geeigneten pflegetherapeutischen Interventionen für schwerhörige an Demenz Erkrankte zu suchen.

*Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf im In- oder Ausland ohne schriftliche Genehmigung der Verfasserin reproduziert, in Speichersysteme aufgenommen oder in irgendeiner Form im Ganzen oder auszugsweise verbreitet werden.  
Hannover 2005*

## Literaturverzeichnis

### Bücher :

**Kitwood, Tom** (2000), „Demenz / Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

**Köther, Ilka / Gnam, Else** (2000) : Altenpflege in Ausbildung und Praxis, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

**Kors, Bert / Seunke, Wim** (1997) : Gerontopsychiatrische Pflege, Ullstein Mosby GmbH & Co. KG, Berlin; Wiesbaden.

**Neander, Klaus-Dieter** (1999), Musik und Pflege, Urban & Fischer Verlag, München, Jena

**Powell, Jennie** (2002); Hilfen zur Kommunikation bei Demenz, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln

**Völkel, Ingrid; Ehm, Marlies** (2000), Spezielle Pflegeplanung in der Altenpflege, Urban & Fischer Verlag, München, Jena

### Fachzeitschriften :

Pflegezeitschrift 1/2002:

**Blankenhahn, Rudolf**, Pflegepraxis, „Regeln im Umgang mit Hörgeräten“

Evangelische Impulse 2/98 (1998) :

**Klingefeld, Helmut / Bruder, Dr. Jens**, Demenzerkrankungen im Alter, Milieuthapie als pflegerisch-therapeutisches Handeln, Hamburg.

fidem aktuell 2/97, Fortbildungs- und Informationszentrum für Dementenbetreuung, Nordersedt, Verlag Zehnersche Buchdruckerei, Speyer (1997) :

**Klingefeld, Helmut / Bruder, Dr. Jens**, Nichtmedikamentöse Behandlungs- und Betreuungsformen Demenzkranker im Überblick.

Fidem aktuell 3/97, Fortbildungs- und Informationszentrum für Dementenbetreuung, Nordersedt, Verlag Zehnersche Buchdruckerei, Speyer (1997) :

**Klingefeld, Helmut / Wojnar, Dr. Jan / Bruder, Dr. Jens**, Medikamentöse Therapie in der Versorgung Demenzkranker; Musiktherapie.

Geriatric Praxis 5/94 (1994) :

**Vollhardt, Dr. med. Bodo R.** , Bonn / **Bergener, Prof. Dr. med. Manfred**, Bergisch Gladbach, Psychogeriatric, Leitsymptom : Die agitierte Demenz.

### Aufsätze :

**Lepthin, Tilmann** (o.J.), Pflegerische Ziele in der Versorgung verwirrter alter Menschen, Hannover.

Internet- Seiten:

**Gürtler, Dr. phil. Dipl.- Psych. Klaus**, Der Hausarzt 12/2000, „Einfühlsamkeit gefragt“, [www.hausarzt-bda.de/bda/hausarzt/1200/58.pdf](http://www.hausarzt-bda.de/bda/hausarzt/1200/58.pdf), Stand 08.08.03

**Hanhart, Ursula**, „Zugang zu auffälligem Verhalten bei demenziell veränderten Menschen im Heim“, [www.stadt-zürich.ch/kap06/sad/sad02\\_3\\_downloads/sad02\\_05Verhalten\\_Demenz.pdf](http://www.stadt-zürich.ch/kap06/sad/sad02_3_downloads/sad02_05Verhalten_Demenz.pdf), Stand 08.08.03

**Hufnagl, J.**, Die Spritze 3/1999, „Demenz: Vom Symptom zur Diagnose“, [www.fachkliniken-wangen.de](http://www.fachkliniken-wangen.de), Stand 08.08.03

**Mück, Dr. Dr. Herbert**, Köln, AlzheimerForum, „Umgehen mit Verhaltensstörungen Demenz-Kranker“, [www.alzheimerforum.de/2/5/1/umvsvdk.html](http://www.alzheimerforum.de/2/5/1/umvsvdk.html), Stand 07.08.03

**Sr. Kaut, Ingeborg; Sr. Koncz**; „Einsatz der medizinischen Resonanztherapie Musik“, <http://beginn.at/pflegeserver/kinder/mrt.htm>, Stand 22.01.03

**Teirich, Alexander**; „Alter(n) und Behinderung“, [www.uni.bamberg.de/~ba3sw1/texte/0102teirich-alexan.../teirich-alexander-altern.ht](http://www.uni.bamberg.de/~ba3sw1/texte/0102teirich-alexan.../teirich-alexander-altern.ht), Stand 08.08.03

**o.V.**, „Die medizinische Resonanz Therapie Musik“, [www.arkaden-apotheke-limburg.de/beratung.htm](http://www.arkaden-apotheke-limburg.de/beratung.htm), Stand 22.01.03

**o.V.**, „DSB-Ratgeber Nr.10, Hörgeschädigte Senioren“, [www.schwerhoerigen-netz.de/DSB/SERVICE/ratgeber/WORD/ratgeber10.doc](http://www.schwerhoerigen-netz.de/DSB/SERVICE/ratgeber/WORD/ratgeber10.doc), Stand 08.08.03

**o.V.**, „Körperlich zuwenden“, [www.demenz-ratgeber.de/dr\\_Rubriken/dr\\_Demenz\\_körperlich\\_zuwenden.hmt-35k](http://www.demenz-ratgeber.de/dr_Rubriken/dr_Demenz_körperlich_zuwenden.hmt-35k), Stand 08.08.03

**o.V.**, „Musiktherapie“, [www.rex-apotheke.ch/sanfte\\_medizin/heilendeenergien.htm](http://www.rex-apotheke.ch/sanfte_medizin/heilendeenergien.htm), Stand 22.01.03

Unterrichtsunterlagen:

**Bartoszek, Gabriele; Nydahl, Peter** (o.J.); „Basale Stimulation“

**Dr. Boeck** (o.J.), „Schwerhörigkeit“

**o.V.** (o.J.), „Altersbedingte Wahrnehmungsstörungen“

*Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf im In- oder Ausland ohne schriftliche Genehmigung der Verfasserin reproduziert, in Speichersysteme aufgenommen oder in irgendeiner Form im Ganzen oder auszugsweise verbreitet werden.  
Hannover 2005*