



**Deutscher Schwerhörigenbund e.V.
Bundesverband der Schwerhörigen und Ertaubten
Referat Hörgeschädigte Senioren und Patienten**

**Schulungskonzept
des Deutschen Schwerhörigenbundes (DSB)
Referat Hörgeschädigte Senioren und Patienten**

Wenn der Patient schlecht hören kann Eine alltägliche Herausforderung

**Spezielle Pflege,
Aufwand und Problematik
im Umgang mit
hörgeschädigten
Senioren und Patienten**



Hören ist für den Menschen eine der wichtigsten Sinnesfunktionen

- Mit zunehmendem Alter nimmt die Hörfunktion bei vielen Menschen immer weiter ab. Das kann verschiedene Ursachen wie z.B. zu viel Lärm in jungen Jahren haben. Die Betroffenen können in den meisten Fällen Hochfrequenzlaute wie „s“, „t“, und „k“ nicht mehr gut hören. Wörter klingen für sie „genuschelt“ und können so auch nur schwer unterschieden werden.
- Jeder Mensch, der unter Schwerhörigkeit leidet, muss lernen, diesen Verlust zu kompensieren. Wenn das Denken und das Gedächtnis normal funktionieren, ist dieses Kompensieren nicht ganz so schwer. Im Alter nimmt aber auch die Gedächtnisfunktion immer weiter ab, sodass das Handicap Schwerhörigkeit doppelt schwierig wird.

- Schwerhörigkeit, vor allem das Thema Altersschwerhörigkeit ist ein im Pflegebereich bislang nur wenig berücksichtigtes Thema
- Erschreckend ist vor allem die Tatsache, dass Schwerhörigkeit oft nicht erkannt wird. Der Senior/Patient wird als bockig hingestellt, „er will nur nicht hören“, er ist stur und wird schlimmstenfalls als demenzkrank abgestempelt.
- Die physischen und psychischen Begleiterscheinungen einer Hörbehinderung werden oft nicht genug berücksichtigt. Zumeist wird nur das medizinische Problem „Ohr“ gesehen.

- Ärzte und Pflegepersonal sind oft unsicher im Umgang mit hörgeschädigten Menschen. Durch das Kommunikationsproblem Hörschädigung kommt es häufig zu Missverständnissen zwischen Pflegekräften und Patienten und die Betroffenen fühlen sich oft als Patienten zweiter Klasse.

Innerhalb der Altersgruppen wurden folgende Gewichtungen aufgezeigt:

14 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	über 70
133.000	266.000	665.000	798.000	3.325.000	4.921.000	7.182.000
1,0 %	2,0 %	5,0 %	6,0 %	25,0 %	37,0 %	54,0 %

Einführung in die Thematik:

- **Hörschädigung** ist ein Sammelbegriff für **alle Arten von Hördefiziten**.
- Es werden vier Arten von Hördefiziten unterschieden:

a. Schwerhörigkeit

Eine mehr oder minder hochgradige Einschränkung des Hörvermögens, die von Geburt an besteht (frühschwerhörig) oder erworben (spätschwerhörig) wurde. Sie ist unabhängig vom Lebensalter und kann sowohl einseitig als auch beidseitig auftreten. Bedingt durch den Grad der Höreinschränkung unterscheidet man leichte, mittlere, hochgradige und an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit. Tritt die Schwerhörigkeit erstmals im höheren Lebensalter auf, wird sie als Altersschwerhörigkeit bezeichnet.

Sprechfähigkeit und Gebärdensprache sind individuell unterschiedlich entwickelt. Die Gebärdensprache wird häufig abgelehnt oder nur in Form lautsprachbegleitender Gesten (Gebärden) eingesetzt.

b. Spätertaubung

Ein irreversibler, erworbener Hörverlust nach dem vollständigen Spracherwerb. Eine Ertaubung kann einseitig (inkomplett) oder beidseitig (komplett) auftreten. Diese Personen haben über eine längere Zeit normal gehört und soviel Sprachkompetenz erworben, dass der Hörverlust nicht zum Verlust der Sprechfähigkeit führen muss.

(Spät-) Ertaubte beherrschen die Gebärdensprache in der Regel nicht oder nur in geringem Umfang. Je älter die Betroffenen bei Eintritt der Ertaubung sind, desto stärker ist in der Regel die lautsprachliche Orientierung.

c. Gehörlosigkeit (Taubheit)

Eine irreversible (nicht wieder herstellbare) beidseitig auftretende Hörstörung, die so gravierend ist, dass gesprochene Sprache auch mit einer Hörhilfe nicht wahrgenommen wird. Sie kann angeboren sein oder vor dem vollständigen Spracherwerb (bis zu einem Lebensalter von ca. 7 Jahren) auftreten.

Dieser Personenkreis kann Lautsprache nicht wahrnehmen und auch nicht auf normalem Weg erlernen. Gehörlose haben in der Regel gute Kenntnisse in der Gebärdensprache.

d. „Altersschwerhörigkeit“

„Altersschwerhörigkeit“ ist eine Ausschlussdiagnose.

Liegt keine andere erkennbare Ursache vor (etwa eine das Innenohr schädigende Krankheit z.B. Masern, Scharlach, Diphtherie, Mumps, Typhus, Röteln, Zoster und Gehirnhautentzündung oder eine Schädigung durch hohe Lärmbelastung), wird ein Hörverlust auf das Alter der Person zurückgeführt.

e. Tinnitus

Hierbei handelt es sich um „Ohrensausen“ oder Ohrgeräusche in den verschiedenen Variationen und unterschiedlichsten Lautstärken. Ohrgeräusche können von Betroffenen als störendes, unangenehmes bis hin zum schmerzhaften Ereignis empfunden werden. Tinnitus kann ein- oder beidseitig auftreten. Nicht nur Hörende, auch Schwerhörige, Gehörlose und Ertaubte können betroffen sein. (Das Hörvermögen ist bei hörenden Tinnitusbetroffenen nicht beeinträchtigt.)

Schwerhörige hören anders, dieses können vielleicht die nachfolgenden Grafiken verdeutlichen.

Intensitätsverlust

HÖREN HÖREN

Ein zu leises Hören kann meist medizinisch behoben oder technisch einfach mit Versorgung und der Verstärkung durch Hörgeräte kompensiert werden.

Frequenzverlust

HÖREN HÖREN

**Man hört, aber versteht nicht !
(Fehlhörigkeit)**

Dynamikverlust

HÖREN 

Trotz leiserem u. undeutlicherem Hören ist man sehr empfindlich gegen große Lautstärken !
Hörgeräte bringen nur teilweise Hilfe, weil die Betroffenen zwar verstehen aber der Lärm für sie als unerträglich laut übertragen wird.

Phasenverlust

HÖREN HÖREN 

Störung des Zeitablaufes (Zeitauflösung)
Der Betroffene hört zwar das gesagte Wort, er braucht aber längere Zeit, um das Gehörte gedanklich zu verarbeiten.

Je komplizierter und umfangreicher der Hörverlust ist, umso schwieriger ist es, diesen technisch mit Hörhilfen auszugleichen.

Altersschwerhörigkeit

Es ist nicht nur eine Frage des Alters, in wieweit der Alterungsprozess überhaupt als einzige Ursache der Altersschwerhörigkeit geltend gemacht werden kann. Denn im Laufe eines Lebens schädigen auch andere Faktoren das Gehör, so beispielsweise Lärm oder Infektionen. Wo verläuft nun die Grenze zwischen Altersschwerhörigkeit und beispielsweise Lärmschwerhörigkeit?

In jedem Fall liegt eine Schädigung im Innenohr vor, die vielleicht mit Hörhilfen ausgeglichen, nicht aber rückgängig gemacht werden kann. Die Sinneszellen sind ein für alle mal abgestorben. Der Hörverlust betrifft vor allem die hohen Frequenzen, es kann sich aber mit der Zeit auch auf die tieferen Frequenzen ausweiten.

Altersschwerhörigkeit bedeutet für den Betroffenen, dass er im Alltag vor allem Schwierigkeiten im Sprachverständnis hat. Das zeigt sich oft darin, dass Hörende im Umgang mit älteren Menschen gewöhnlich langsamer, etwas lauter und deutlicher sprechen müssen, um verstanden zu werden. Ganz wichtig ist es jedoch, den Patienten nicht anzuschreien.

Es kommt zu diesem typischen Phänomen, dass der Altersschwerhörige gesprochene Sprache zwar hören, aber nicht verstehen kann. Der Grund ist: Die Wörter, die wir verwenden, decken ganz unterschiedliche Frequenzbereiche ab. Vokale liegen im Tiefton-, Konsonanten eher im Hochtonbereich.

Erstere versteht der Altersschwerhörige gut, die anderen schlecht oder gar nicht. Dadurch weisen die Wörter für ihn Lücken auf, es kommt zu Fehlhörigkeit. Die Bedeutung des Gesagten kann der schlecht Hörende höchstens aus dem Gesamtzusammenhang erschließen. Bei älteren Menschen ist nicht nur das Innenohr geschädigt. Auch ihre Konzentrations- und Gedächtnisleistungen sind altersbedingt oft herabgesetzt.

Einige Anmerkungen zur Veränderung des Gedächtnis älterer Menschen:

Die Aufnahme-, die Einspeicherungs- und die Abrufgeschwindigkeit aus dem Kurzzeitgedächtnis verringern sich im Alter.

Es ist von einem reduzierten Merkkumfang im Kurzzeitgedächtnis auszugehen.

Es findet eine „oberflächlichere“ Verarbeitung von Lerninhalten und damit eine geringere Behaltensrate statt. Allgemein ist bei älteren Menschen der Abruf von Gedächtnisinhalten erschwert.

Eine schwere Einbuße, wenn man bedenkt, dass unser Hörsystem bei flüssiger Sprache pro Sekunde zwei bis drei Wörter, also vier Silben oder 15 bis 20 Laute analysieren muss.

Kein Wunder, dass sogar einfache Unterhaltungen den älteren Menschen schnell anstrengen und ermüden können.

Sehbehinderung und Tinnitus (Ohrgeräusche) kommen häufig noch hinzu.

Schlaganfall (Appoplex) kann u. a. auch eine Hörschädigung auslösen.

Ebenso kann der Alterszucker (Diabetes Mellitus Typ II) eine Altersschwerhörigkeit auslösen.

Es ist sehr wichtig, zwischen dementiellen Erkrankungen und Altersschwerhörigkeit zu unterscheiden.

Unter einer Demenz versteht man einen organisch bedingten, fortschreitenden Verlust geistiger Fähigkeiten. Es zeigt sich ein andauernder Verwirrtheitszustand mit Gedächtnis-, Wahrnehmungs- und Denkstörungen, Desorientiertheit, Persönlichkeitsveränderungen und in der Folge auch körperlicher Abbau.

Betroffen sind vor allem Menschen nach dem 50. Lebensjahr. Die bekannteste Demenzform ist Alzheimer.

Anders verhält es sich bei der Altersschwerhörigkeit:

Ein schleichender Hörverlust beidseitig kann beobachtet werden, die Kommunikation beim Verstehen und Hören erscheint eingeschränkt. Im mentalen (geistigen) Bereich bestehen jedoch keine Probleme.

Es gibt natürlich auch ältere Menschen, bei denen Schwerhörigkeit und Demenz zusammen auftreten. Sie haben somit ganz andere Bedürfnisse und Wünsche. Hier benötigt man noch viel mehr Zeit und Geduld.

Anmerkungen zum Themenkomplex
„Altersschwerhörigkeit und Demenz“

Der Abbau der Hirnleistungsfunktionen bei schwerhörigen im Anfangsstadium dementiell erkrankten Menschen ohne Hörgeräteversorgung schreitet schneller voran als bei hörenden oder mit Hörgeräten versorgten Menschen.

Das Gefühl des „Verlorenenseins“ verstärkt sich bei dementiell erkrankten Menschen, wenn sie wegen ihrer nicht versorgten Schwerhörigkeit von der akustischen und sozialen Umwelt isoliert sind.

Bei einer versorgten Schwerhörigkeit bleibt die Kommunikationsfähigkeit länger erhalten und somit wird eine längere Selbständigkeit in verschiedenen Lebensbereichen erlangt. Dies bedeutet eine höhere Lebensqualität und einen geringeren Pflegebedarf.

Was bedeutet es, schlecht bzw. nicht hören zu können?

**Hörschädigung ist eine unsichtbare Behinderung.
Man sieht sie nicht!**

Das ist die scheinbar gute wie auch schlechte Seite einer Hörbehinderung: Sie lässt sich sehr leicht verstecken! Einem Blinden, einem Gehbehinderten sieht man seine Behinderung in der Regel sofort an, einem Hörgeschädigten dagegen nicht.

Ein Hörschaden ist unsichtbar und er lässt sich gut tarnen. Doch gerade deswegen ist die Gefahr des sozialen Rückzugs besonders groß.

Aus diesem Grund reagieren und verhalten sich hörgeschädigte Menschen anders und für Hörende oft nicht nachvollziehbar. Eine Hörschädigung führt zu Schwierigkeiten beim Verstehen, angefangen bei gelegentlichen Missverständnissen bis hin zu verstärkten Irritationen im Kommunikationsumfeld des Schwerhörigen. Im Anfangsstadium einer zunehmenden Hörschädigung merken es Betroffene unter Umständen gar nicht oder möchten nicht wahrhaben, dass sie schlechter hören. Entsprechende Hinweise ihrer Angehörigen oder Freunde werden möglicherweise ignoriert.

**Was geschieht mit den betroffenen
hörgeschädigten Personen?**

Wie gehen sie damit um?

Wie verarbeiten sie es?

Die betroffenen Personen können die Akustik nicht mehr richtig wahrnehmen, hören leiser, alles klingt verzerrt. Andererseits empfinden sie Geräusche als sehr schmerzhaft. Sie verstehen nur Bruchteile von Gesprächen, sind auf Mundabsehen angewiesen und müssen einzelne Wörter, Wortfetzen und Hörreste zu sinnvollen Sätzen kombinieren. Dies kostet viel Mühe und Kraft, dem Gesprächspartner zu folgen. **Eine Hörbehinderung ist mehr als eine auditive Leistungsminderung.**

Warum hört der Mensch?

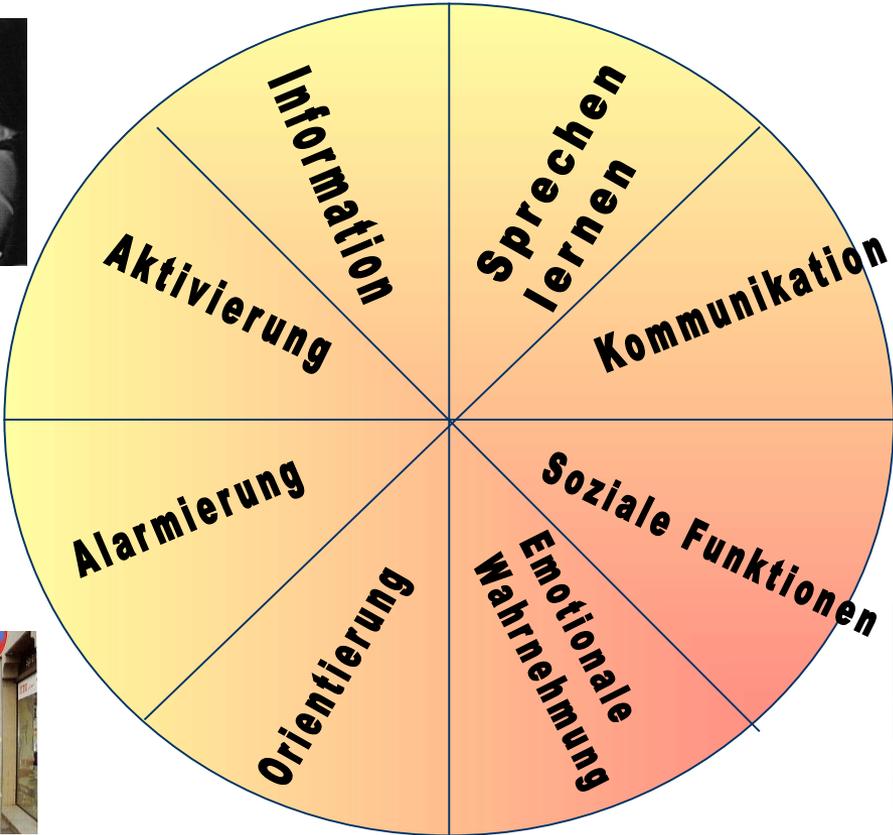
Sinn des Hörorgans



- Gleichzeitig informieren und schützen uns unsere Ohren überall da, wo unsere Augen nicht hinreichen. Das Ohr ist sozusagen immer im Dienst. Es ermüdet nicht und auch im Schlaf werden wir durch ungewöhnliche Geräusche gewarnt.

Funktionen des Hörens und primäre Auswirkungen bei Beeinträchtigung des Hörvermögens

Bedeutung / Funktionen des Hörens



**Die wichtigsten Faktoren erklären, was eine
Einschränkung für den hörgeschädigten
Menschen bedeutet:**

f. Soziale Funktion :

- Hören macht Aufnahme und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte über Sprache möglich. Bei einer Hörschädigung wird dieses sehr erschwert. Eine Unterhaltung ist daher für viele ein Problem.
- Die Artikulation unter Gleichgesinnten ist für viele einfacher (für Hörende oft befremdlich, wenn sich Hörgeschädigte in Gebärdensprache unterhalten).
- Die Mühseligkeit und das Misstrauen ist auf beiden Seiten sehr groß, der Hörgeschädigte zieht sich resigniert zurück, nicht selten entsteht eine Abwehrreaktion.

Grund:

Es ist schwer, nicht am Gespräch teilzunehmen zu können. Das Gespräch ist die Brücke, die Menschen miteinander verbindet. Fehlt sie, oder ist nur ein unsicherer Steg vorhanden, dann leidet der Hörgeschädigte. Das kann ein gut Hörender kaum erahnen. Der Hörgeschädigte fühlt sich allein. Mitten unter kommunizierenden Menschen ist der Hörgeschädigte ausgeschlossen und einsam. Er ist dabei und kann trotzdem nicht mitmachen.

Ein weiteres Beispiel:

- Ein hörgeschädigter Bewohner sagt der Schwester, dass er keinen Besuch bekommen hat. Die Schwester antwortet daraufhin; „Das ist aber wirklich Schade“. Der Bewohner ist nicht in der Lage die simultane Wahrnehmungsbotschaft zu interpretieren, d.h. ob mit dem Gesagten Anteilnahme, Ironie oder Heuchelei gemeint ist.

Psychische Verarbeitung

- ***„Blindheit trennt von den Dingen - Taubheit trennt von den Menschen“, hat die taublinde Schriftstellerin Hellen Keller geschrieben.***
- ***Bereits 150 Jahre vorher drückte der Philosoph Immanuel Kant das Selbe aus indem er sagte, „Nicht sehen trennt den Menschen von den Dingen, nicht hören trennt den Menschen von den Menschen“.***

Den betroffenen Personen droht der Ausschluss aus der Gemeinschaft, wobei man zwei Unterschiede erkennen sollte. Die von Kindheit an Hörgeschädigten mit Hörgeräten gehen im Erwachsenenalter selbstbewusst mit ihrer Behinderung um, falls sie gelernt haben, selbständig zu sagen, was sie brauchen. Sie stehen meistens zu ihrer Hörbehinderung und setzen sich durch.

Eine andere Situation ist es, wenn man erst im Erwachsenenalter eine Hörschädigung bekommt. Dieses kann für die Betroffenen eine unerträgliche Situation darstellen. Besonders gefährdet sind Menschen, die plötzlich und damit völlig unvorbereitet erblinden. Bei diesen Personen stellen sich oft psychische Beschwerden ein wie Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Niedergeschlagenheit, Unruhe und Resignation. Bedingt dadurch sind sie sehr selbstmordgefährdet.

Es hängt selbstverständlich von mehreren Faktoren ab, wie belastend ein Hörverlust empfunden wird. Zum einen natürlich vom Schweregrad, nicht zuletzt aber auch davon, wie Freunde und Angehörige reagieren. Nehmen sie Rücksicht und helfen sie? Oder zeigen sie nur Unverständnis und Ungeduld?

Für den Betroffenen kommt es darauf an, die Trauer (Abschied) um das verlorene Hören verarbeiten zu können.

Hier noch einmal zusammengefasst die soziale Situation hörgeschädigter Menschen in der Gesellschaft. Was empfindet der Hörgeschädigte?

- **er fühlt sich isoliert, getrennt von seiner hörenden Umwelt;** es hat den Eindruck, dass der Betroffene sich in zwei von einander getrennten Welten befindet. In der hörenden und in der nicht hörenden Welt.
- **empfindet sich als Belastung**
- **wird misstrauisch**
- **hat Angst, als begriffsstutzig zu gelten**

- **fühlt sich unverstanden**
- **Informationsdefizit**
- **empfindet sich als „unbrauchbar“ oder minderwertig**
- **kann leicht deprimiert werden im Gespräch,**
da immer wieder auf die Hörschädigung hingewiesen werden muss; und viel Kraftaufwand nötig ist für mühsames „Hören und Verstehen“

Reaktion als Folge dieses Empfindens

- Der Betroffene
- **zieht sich zurück**
- **spricht zunehmend weniger**
- **ist häufiger verdrießlich gestimmt**
- **wird teilweise aggressiv**
- **reagiert teilweise gar nicht mehr**
- **verliert zunehmend die Eigeninitiative**
- **verliert zunehmend sein Selbstwertgefühl**

Umgang mit hörgeschädigten Patienten / Bewohnern

Wie erkennt man, dass es sich um eine hörgeschädigte Person handelt?

Einen Hörgeschädigten erkennt man z. B. daran, dass er:

- konzentriert auf Gesicht und Lippen schaut
- häufig nachfragt, was gesagt wurde
- eventuell die Hand hinter das Ohr legt, um seinen Gesprächspartner besser zu verstehen
- sich näher an seinen Gesprächspartner heranstellt
- falsch antwortet, wenn er falsch verstanden hat
- scheinbar unlogisch reagiert
- hektisch, unkonzentriert oder verwirrt wirkt
- auf ein Ansprechen von hinten oder von der Seite nicht reagiert, weil er Sie nicht hören kann und Sie nicht gesehen hat
- aufgrund von Gleichgewichtsstörungen oftmals unsicherer Gang, vor allem in der Dunkelheit

Weitere Anzeichen können sein:



- Häufiges Überhören von Wecker, Türklingel oder Telefon
- Gelegentliches Erschrecken, weil jemand plötzlich auftaucht, dessen Nahen nicht bemerkt wurde



- Angehörige oder Nachbarn machen auf zu laute Fernseh- oder Radioeinstellung aufmerksam
- Schlechtes Verstehen von Frauen- und Kinderstimmen



- Schwierigkeiten bei Gesprächen mit mehreren Personen zu folgen.



- Schlechtes Verstehen des Gesprächspartners am Telefon
- Eindruck, andere würden undeutlich sprechen



- Umweltgeräusche wie Vogelgezwitscher werden nicht mehr wahrgenommen.

Was ist bei hörgeschädigten Patienten / Bewohnern zu beachten und wie kann die Kommunikation verbessert werden?

Besonders in Krankenhäusern und Pflegeheimen sollte mehr auf hörgeschädigte Menschen geachtet werden. Dieses ist ganz wichtig, um ein besseres Verhältnis zwischen dem Arzt / Pflegepersonal und dem Betroffenen aufzubauen.

Zu einer bestehenden Erkrankung kommt die Hörschädigung noch hinzu, somit entsteht eine noch größere Belastung für den Betroffenen, besonders für einen älteren Menschen.

Viele hörgeschädigte Patienten / Bewohner im Krankenhaus und Heimen fühlen sich einfach überfordert und allein gelassen.

Warum?

Neue Umgebung
Neue Gesichter (Mundbilder),
hohe Anforderung

Daraus entsteht Misstrauen und Missverständnisse sind stärker geprägt. Das Vertrauen muss erst einmal aufgebaut werden.

Einige Hörgeschädigte stehen zu ihrer Behinderung und sagen, dass man sie beim Sprechen ansehen sollte. Andere verschweigen ihre Behinderung und antworten meist mit „ja, ja“, und haben nicht verstanden, worum es eigentlich geht.

Fallbeispiel :

Ein schwerhöriger Patient liegt im Krankenhaus. Eine freundliche Schwester kommt ins Zimmer. Sie spricht mit dem Patienten, ohne direkten Blickkontakt zu halten. Währenddessen macht die Schwester ihre morgendliche Arbeit. Sie zieht die Gardine hoch und spricht immer weiter mit dem Patienten „er solle doch bitte aufstehen und sich waschen und anziehen.“

Die Schwester verlässt das Zimmer, kommt nach ca. 10 Minuten zurück. Nichts ist passiert der Bettoffene liegt immer noch im Bett. Jetzt wird die Schwester ungeduldig und im schärferen Ton bittet sie ihn noch einmal aufzustehen, sich zu waschen und anzuziehen.

Hörgeschädigtengerechtes Fallbeispiel:

Die Schwester weiß von der Hörschädigung des Patienten. Sie betätigt beim Eintreten in das Zimmer den Lichtschalter, geht zum Betroffenen, hält direkten Blickkontakt, hilft ihm, seine Hörgeräte einzusetzen, wartet bis er „auf Empfang“ ist und spricht langsam und deutlich, „er solle doch bitte aufstehen, sich waschen und anziehen.“ Der Betroffene hat auf diese Weise gut verstanden und wird adäquat reagieren.

Nun macht die Schwester ihre morgendlichen Arbeiten und kann das Zimmer verlassen.

In diesen beiden Fallbeispielen sieht man deutlich, worauf es ankommt, wenn man einen hörgeschädigten Patienten hat. Dieses braucht alles viel mehr Zeit und Geduld!! bis der Betroffene endlich verstanden hat worum es eigentlich geht. Verständnis ist die wichtigste Voraussetzung für den Betroffenen.

Warum schweigen schwerhörige Senioren?

Vielleicht:

- aus Scham, Unsicherheit, oder aus Angst
- Fehlendes Wissen über Schwerhörigkeit
- Vorurteile der hörenden Umwelt (taub = doof)

Darauf hat auch der DSB noch keine befriedigende Antwort finden können!

Um die Kommunikation (hörend – schwerhörig) zu verbessern, ist es sinnvoll, einen guten Kontakt zu den Betroffenen herzustellen, denn viele ältere Menschen sind nicht mehr bereit zu lernen.

Sehr oft wird in Altenheimen und Krankenhäusern eine vorhandene Hörschädigung (vor allem Altersschwerhörigkeit) mit Altersdemenz verwechselt. Somit kann man auch die Ablehnung vieler Senioren verstehen, die kein Hörgerät tragen wollen, um sich nicht als Schwerhörig „outen“ zu müssen (taub = dumm). Sie wollen nicht als geistig verwirrt angesehen werden. Keiner soll ihre Schwierigkeiten bemerken!!

Deshalb ist hier Aufklärung sehr wichtig!!

Kommunikationsformen / Kommunikationshilfen

- **Lautsprachbegleitende Gebärden (LBG)**

Die LBG ist kein Sprachsystem, sondern ein visuelles Hilfsmittel. Gleichzeitig zu jedem gesprochenen Wort wird eine Gebärde gezeigt. Diese Gebärdenunterstützende Form wird vor allem von Schwerhörigen und Spätertaubten als zusätzliche Hilfe bei der lautsprachlichen Unterhaltung verwendet, sofern sie beherrscht wird.

- **Absehen vom Mund**

Lautsprache besteht – grob – aus Stimme und Mundbewegung. Die unterschiedlichen Mundbewegungen sind sichtbar. Manche Buchstaben oder Worte haben jedoch ein gleiches oder ähnliches Mundbild.

Achtung! Mundabsehen ist schwierig und anstrengend

- Es fordert eine gute Seh- und Konzentrationsfähigkeit. Letztere ist z.B. durch Krankheit, bei gestörtem Wohlbefinden, bei Aufregung und Anspannung zum Teil erheblich eingeschränkt. Selbst geübte Hörgeschädigte können nur ca. 20-30% des Gesprochenen mit endgültiger Sicherheit und auch nur über einen begrenzten Zeitraum von maximal 10 bis 15 Minuten absehen.

Das Absehen

Häufige gegenseitige Verwechslungen beim Absehen von Phonemen (Tabelle 2)

	gut zu erkennen	zu verwechseln mit
Lippen nach vorn Zähne zusammen	sch	st, tz
Mund weit geöffnet	a	ei, ä, h
Lippen zusammen	m	b, p
Zunge hoch, Unterseite sichtbar	l	n, d, t
obere Vorderzähne auf Unterlippe	f	v, w
Lippen nach vorn, Zähne nicht sichtbar	o	ö, u, ü
Bewegung von „a“ nach „u“	au	-
Mund in die Breite, Zähne zusammen	e	i, s, ä
(schwer zu erkennen)		i, s, ß, d, t
(kaum oder nicht zu erkennen)		g, k, ng, h, r, ch, j

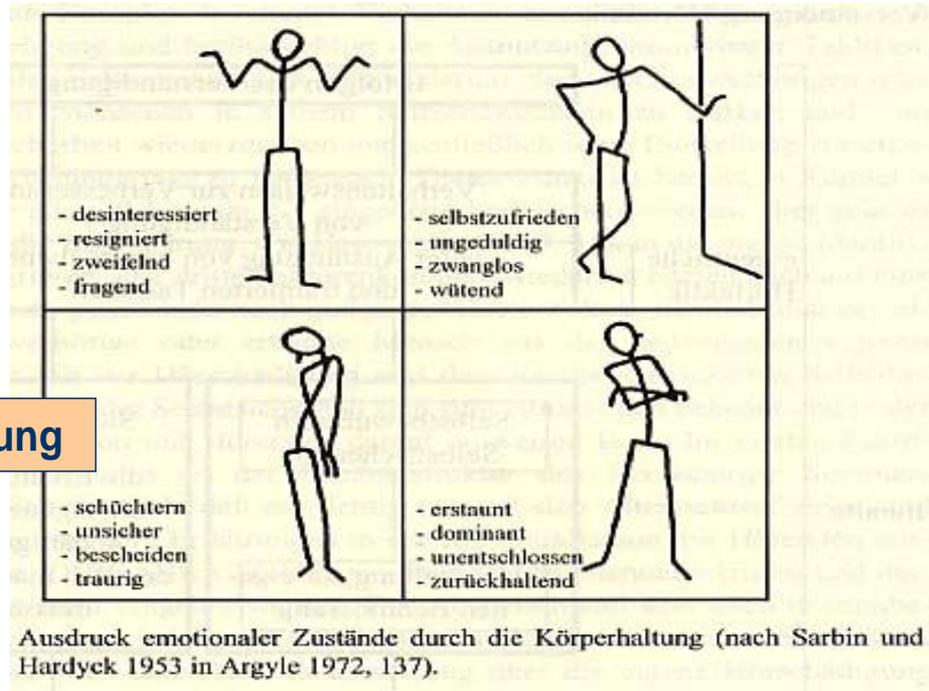
Mimik, Gestik, Körpersprache

- Diese drei unterstützen das gesprochene Wort und Hörende benutzen sie täglich, oft, ohne dass es ihnen bewusst ist.
- *Zum Beispiel:*
- *Stellen wir eine Frage -> ziehen wir unter anderem unsere Augenbrauen nach oben.*
- *Begrüßen wir jemanden -> heben wir oftmals die Hand.*
- *Sind wir traurig -> hängen u. a. die Schultern nach unten, der Kopf ist gesenkt.*

„Watzlawick“ Es ist unmöglich, nicht zu kommunizieren

① Blickkontakt

② Körpersprache / Körperhaltung



③

Gestik / Mimik

Das Mienenspiel - Bewegungen in der Mundregion (Lippen, Nase) und durch Augenbrauen hat eine starke Signalwirkung

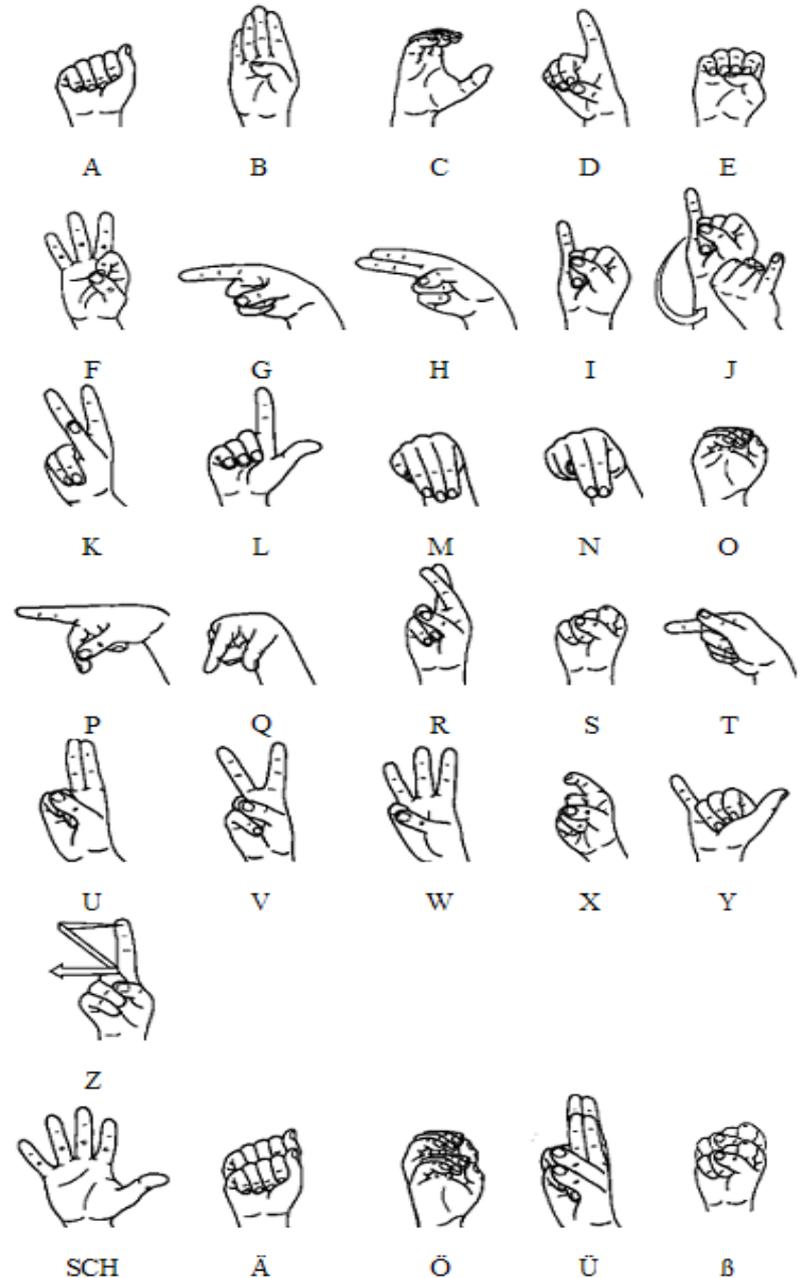


Aufschreiben

- Eine einfache, aber sehr effektive Hilfe für ein sicheres Verständnis, besonders bei schwerhörigen und ertaubten Bewohnern/Patienten.
- Bei gehörlosen Bewohnern/Patienten feinfühlig und vorsichtig sein. Oftmals können sie mit schriftlichen Informationen wenig anfangen, weil sie wie erwähnt die Schriftsprache oft nur unzureichend gelernt haben.
- Am besten bespricht man mit dem Bewohner/Patienten, ob er/sie das Aufgeschriebene zum Nachlesen behalten möchte, oder ob die Aufzeichnungen vernichtet werden sollen.

Deutsches Fingeralphabet

Jeder Buchstabe des Alphabetes kann mittels des Fingeralphabetes mit einer Hand dargestellt (gefingert) werden.



Deutsche Gebärdensprache (DGS)

- Die DGS ist ein eigenständiges Sprachsystem mit eigener Grammatik. Sie wird überwiegend von Gehörlosen verwendet, die diese Form der Kommunikation meist schon in der Kindheit erlernen. Allerdings nicht in der Schule. Gehörlosenschulen bevorzugen größtenteils noch die orale Unterrichtsform, wobei sich jedoch eine Tendenz zum bilingualen (zweisprachigen) Unterricht abzeichnet.
- Die Gebärdensprache ist nicht, wie viele Hörende glauben, international. Jedes Land hat seine eigene Gebärdensprache. In Amerika ist dies z.B. „The American sign language (AS). Dort ist sie auch als eigenständiges Sprachsystem anerkannt, was in Deutschland noch nicht der Fall ist.

In der Gebärdensprache bilden Gestik, Mimik mit Mundbild und Gebärden eine Einheit. Der sicherste Verständigungsweg mit einem gehörlosen Patienten/Bewohner ist, sofern man die Gebärdensprache nicht selbst beherrscht, ist der Einsatz eines Gebärdensprachdolmetschers .



Allgemeine Verhaltensregeln

- Die Kommunikationsformen oder –hilfen bieten allein keinen sicheren Verständigungsweg. LBG, DGS, Absehen oder Aufschreiben erfüllen nur dann ihren Zweck, wenn bestimmte Verhaltensregeln beachtet werden.
- Zu Beginn die allgemeinen Regeln, welche unabhängig von der Art des Hördefizits zu beachten sind:

Für jedes Gespräch gilt: Sprechen Sie mit dem Betroffenen – nicht über ihn hinweg mit den Angehörigen. Auch, wenn es einfacher erscheint.

a. Gute Lichtverhältnisse schaffen

Gute Lichtverhältnisse sind die Basis für ein Gespräch mit einem Hörgeschädigten, da im Dunkeln weder Mundbild noch Gebärden zu sehen sind. Der Hörende muss im „Rampenlicht“ stehen.

- **Alle verfügbaren elektrischen Lichtquellen- auch am Tag** – einschalten.
- **Im Nachtdienst** erweist sich eine **Taschenlampe** als hilfreich, um Mitpatienten nicht unnötig zu stören. Wenn Sie sprechen, sollten Sie das Lampenlicht auf ihr eigenes Gesicht lenken, sodass der Betroffene ihr Mundbild erkennen und absehen kann. Dieses bitte vorher mit dem Betroffenen absprechen.
- **Fenster als Lichtquelle nutzen.** Zu beachten ist: Der hörende Gesprächspartner blickt „aus dem Fenster“ – also ins Licht, der Hörgeschädigte kehrt dem Fenster den Rücken zu.

b. Blickkontakt

Blickkontakt ist der zweite Baustein für ein Gespräch, da der Betroffene das Mundbild nicht vom oder durch den Hinterkopf des Gegenübers absehen kann. Außerdem verhindern vorsichtige Berührung und Sichtkontakt das Gefühl des „Überfallen werdens“ und die damit verbundene Schrecksituation.

- Beim Sprechen den **Gesprächspartner ansehen**.
- **Blickkontakt halten**, bis Sie z.B. die pflegerische Maßnahme erklärt haben.
- **Tätigkeit nach dem Erklären durchführen**, nicht währenddessen.
- **Wenn Blickkontakt nicht möglich ist**, den Betroffenen **durch Berührung**, z.B. leichten Druck auf die Schulter, „ansprechen“.

c. Sprechen und Sprache

- **Langsam und deutlich sprechen** bedeutet, in normaler Sprechgeschwindigkeit und ohne überzuartikulieren zu reden.
- **Nicht schreien**, ggf. bei altersschwerhörigen Bewohnern/Patienten etwas lauter sprechen. **Schreien verzerrt das Mundbild und das Gehörte!**
- **Vollständige normale deutsche Sprache** im Gespräch verwenden. **(Keine Kindersprache!)**
- **Komplizierte Fachbegriffe und Fremdwörter vermeiden.**
- **Keine langen Schachtelsätze verwenden**; kurze Sätze werden besser verstanden und beanspruchen die Konzentration nicht so stark.
- **Fragen als „W“-Fragen stellen** (Wer, Wie, Warum, Wieso...). Dieses gewährleistet ein besseres Absehen.

d. Räumliche Nähe

Ein zu großer Abstand zwischen den Gesprächspartnern macht Absehen vom Mund unmöglich.

- Der **Abstand sollte nicht größer als 2 m sein**. 1 bis 1½ m Abstand sind optimal.
- Eine **mögliche Sehbehinderung** des Hörgeschädigten immer **mit einbeziehen** da sie den optimal angegebenen Abstand verändern kann.
- **Nicht zu nah** an das Gesicht des Betroffenen heran treten. Zuviel Nähe kann – wie bei normal Hörenden auch – **als unangenehm empfunden werden**. **Ausnahme**: Wird man vom Betroffenen gebeten, nah an sein Ohr zu sprechen.
- Ist **räumliche Nähe und/oder Blickkontakt nicht möglich** (z.B. beim Röntgen), **im Vorfeld** notwendiges **Verhalten besprechen** und ggf. einfache, auch dort gut sichtbare Zeichen vereinbaren.

e. Störgeräusche abstellen

Nebengeräusche erweisen sich gerade im Gespräch mit Schwerhörigen, (ob mit oder ohne Hörgeräteversorgung) als sehr störend. Durch ihr Wahrnehmen ist der Betroffene in der Konzentration beeinträchtigt und wird vom eigentlichen Gesprächsthema abgelenkt, da er/sie versucht ist, die Nebengeräusche zuzuordnen.

- **Radio/Fernseher ausschalten**
- **Offene Fenster schließen**
- **Kollegen informieren**, dass man ungestört sein möchte

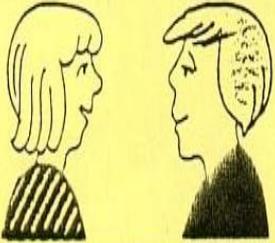
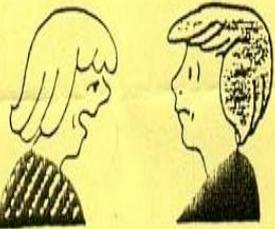
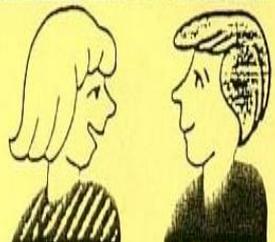
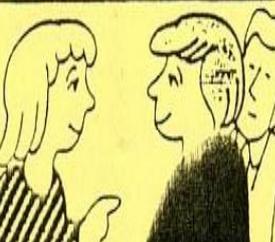
f. Im Gespräch

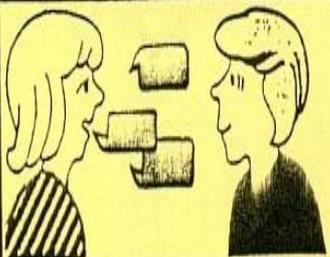
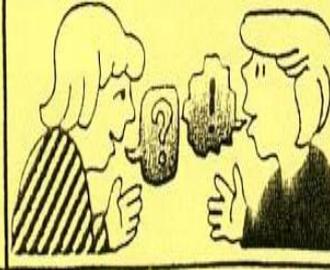
Im Gespräch selbst müssen Sie erneut einiges berücksichtigen, um sicher zu sein, dass der hörgeschädigte Bewohner/Patient Sie auch richtig versteht. ***Hören ist nämlich nicht gleich Verstehen.***

- **Gesprächsthema vor dem eigentlichen Gespräch nennen**
- **Themenwechsel vorab ankündigen**
- **Mit Verständnisfehlern und in deren Folge mit falschen Reaktionen rechnen**
- *Beispiel: Sie fragen einen Patienten: „Ist alles ok?“ – Er versteht: „Mögen Sie Tee?“ – und antwortet mit „JA“ – Sie gehen. Nach einiger Zeit erkundigt sich der Patient, wo denn nun sein Tee bleibt.*

Bejahen einer Frage ist also nicht gleich mit akustischem oder inhaltlichem Verstehen!

Hier noch einmal kurz zusammengefasst die wesentlichen Punkte:

<p>Deutlich und langsam sprechen</p>		<p>... weil Hörgeschädigte vom Mund des Sprechenden ablesen müssen, um ihr Hören zu unterstützen</p>
<p>Nicht schreien</p>		<p>... weil Schreien die Sprache verzerrt und bei Schwerhörigen besonders oft eine Lärmempfindlichkeit vorliegt</p>
<p>Hörgeschädigten das Gesicht zuwenden</p>		<p>... weil Hörgeschädigte sonst nicht vom Mund ablesen können. Gute Beleuchtung ist wichtig.</p>
<p>Vor dem Gespräch Blickkontakt aufnehmen</p>		<p>... weil Hörgeschädigte sich auf das Gespräch einstellen müssen, um ihm folgen zu können.</p>

<p>Kurze und klare Sätze formulieren</p>		<p>... weil Hörgeschädigte dann das Nichtverstandene bzw. bei Schwerhörigen das Nichtgehörte leichter erraten können</p>
<p>Unverstandenes geduldig wiederholen</p>		<p>... weil Hörgeschädigte trotz konzentrierter Aufmerksamkeit vieles nicht richtig verstehen und Ungeduld des Gesprächspartners sie entmutigt.</p>
<p>Bei Nichtverstehen Hörgeschädigte freundlich um Wiederholung bitten ..</p>		<p>... weil Schwerhörigkeit und Ertaubung die Kontrolle der Aussprache beeinträchtigt und zu undeutlichem Sprechen führen kann.</p>
<p>Besonders wichtige Mitteilungen schriftlich machen</p>		<p>... weil vor allem Ertaubte und Gehörlose häufig darauf angewiesen sind.</p>

Zeit – Geduld - Verständnis

- Gleich wie geübt Sie im Umgang mit Hörgeschädigten sind; **Ein Gespräch, eine betreuende oder pflegerische Maßnahme** braucht nach unseren Erfahrungen **ca. doppelt soviel Zeit wie bei einem hörenden** Bewohner/Patienten.
- **Geduld ist eng verknüpft mit dem Zeitfaktor.** Berücksichtigt man die **speziellen Bedürfnisse des Hörgeschädigten**, die er benötigt, um **aus Gesehenem und Gehörtem das Gemeinte zu kombinieren und gedanklich umzusetzen**, benötigt er Zeit um anschließend **adäquat zu antworten**. Aber nur mit ausreichender Zeit kann man **geduldig bleiben**.

Verständnis für hörgeschädigte Bewohner/Patienten aufzubringen fällt leichter **durch gute Information** über die Schädigung.

Gut informiert gelingt eine **schnellere Problemerkennung und Bedürfnisberücksichtigung.**

Welcher Bewohner/Patient hört „Wie“?

Erfragen – Dokumentieren – Informieren

- Bevor allgemeine und spezielle Verhaltensregeln in Kombination mit Kommunikationsformen und –hilfen zur Anwendung kommen, muss die Art eines eventuell vorhandenen Hördefizits bekannt sein.
- **Hörstatus, Hörhilfen, Kommunikationsform und Kommunikationshilfen sind zu erfragen.**
- **Ertaubung und Gehörlosigkeit** lassen eine lautsprachliche Kommunikation nicht zu.

- Dadurch ist die Behinderung **bei der ersten Kontaktaufnahme „sichtbar“**. Betroffene oder Angehörige teilen diese Art der Hörschädigung in den meisten Fällen sofort mit.
- Viele **Schwerhörige** hingegen **„verstecken“** die **Behinderung** so lange es möglich ist. So verschweigen sie **zum Teil aus Scham**; „da ich sonst“ – wie eine 85jährige Patientin sagte- „für blöd gehalten werde und man über mich lacht“.
- **Sichere Informationsquellen** bezüglich einer bestehenden, bereits diagnostizierten Hörschädigung sind: **Einweisungsscheine**
Verlegungsberichte
Pflegeüberleitungsberichte

- Das **pflegerische Aufnahmegespräch mit dem Bewohner/Patienten** bietet eine weitere Möglichkeit zur Information.

Tipps:

- **Fragen Sie nach der Hör- und Sehfähigkeit im Zusammenhang und formulieren**
- **sie feinfühlig.**
- **Während des Gesprächs prüfen, ob der Bewohner/Patient das Mundbild des Gegenübers zum „Hören“ braucht, indem Sie z.B.**

- den Kopf beim Sprechen hin und her drehen
- schnell und undeutlich sprechen
- beim Sprechen die Hand vor den Mund nehmen
- während des Sprechens den Kopf senken, um aufzuschreiben

- **Zeigen Sie Interesse an einem „gesichteten“ Hörgerät, indem Sie z.B.**
- sich Gerät und Funktionsweise erklären lassen
- danach fragen, ob es das erste Hörgerät ist
- wie der Betroffene damit zurecht kommt
- ob das Gerät ständig getragen wird

Erkunden Sie, ob ungenutzte Hörgeräte vorhanden sind, indem Sie z.B.

- fragen, ob mit Hörgerät ein besseres Verstehen möglich wäre
- fragen, ob der Betreffende mal beim Hörgeräteakustiker war.

Schwerhörigen Bewohnern/Patienten das Tragen von Hörgeräten nie aufzwingen aber zum Tragen von Hörgeräten ermutigen

- **Stellen Sie fest, welche Lautstärke für gesichertes Verstehen nötig**
- **ist**, indem sie z.B.

- sehr laut sprechen = der Betroffene wird Sie darauf hinweisen, dass Sie nicht so laut schreien müssen
- leise sprechen = und eine von Ihnen gestellte Frage inhaltlich wiederholen lassen, weil Sie „die Frage vergessen“ haben
- **Erkunden Sie** z.B.,
- in welchem Lebensalter der /die Betroffene ertaubt ist
- ob Kontakt zu anderen Hörgeschädigten besteht
- ob er/sie vor der Ertaubung hörend oder schwerhörig war.

**Klären Sie, welche Kommunikationsformen oder –
hilfen der/die Betroffene bevorzugt, indem Sie z.B.
verschiedene Möglichkeiten aufzeigen:**

- Aufschreiben
- Deutsche Gebärdensprache/Lautsprachbegleitende
Gebärden
- Lautsprache in Verbindung mit Mundabsehen
- Nahe am Ohr sprechen

Dokumentieren

- Dokumentiert werden sollten ausschließlich medizinisch diagnostizierte Hördefizite.
- Wird eine Hörschädigung bei einer zu betreuenden Person vermutet – dieses fachärztlich abklären lassen.
- Die **schriftliche Fixierung** der erfassten Daten
- im **Patientenstammblatt ausführlich**
- (fast alle enthalten eine Sparte für „HÖREN“)
- im **Kurvenblatt mittels Kurznotiz**
- (an Übertrag aufs nächste Kurvenblatt denken).
- Besprechung mit Kollegen und Ärzten ist sehr wichtig, welcher Platz im Kurvenblatt geeignet ist.

In der elektronischen Patientenakte mittels der Pflegekennzeichen.

- Präzise zeit- und platzsparende Dokumentationshilfe sind nachfolgende Kürzel.
- Sie beschreiben die Art des Hördefizits und die unterschiedlichen Hörgeräte:
- schwerhörig = **sh**
- hochgradig schwerhörig= **hsh**
- ertaubt = **et**
- gehörlos = **gl**

- Hinter dem Ohr-Gerät = **HdO**
- In dem Ohr-Gerät = **IdO**
- Cochlea-Implant = **CI**
- (HdO und IdO-Geräte stellen die überwiegende Mehrheit)
- Die Hörschädigung, Hörprothesen, Kommunikationsformen oder –hilfen mit einer Signalfarbe am besprochenen Platz im Kurvenblatt dokumentieren, z.B.
- Pat./Bew. – sh Pat./Bew. – et.
- HdO re. aufschreiben

Informieren

- Die vorab aufgezeigte **schriftliche Dokumentation** der Hörstörung im Kurvenblatt ist **nicht für alle Heim-/Krankenhausmitarbeiter**, mit denen der/die zu Pflegende konfrontiert wird, **zugänglich**.
- Eine **mündliche Information im Vorfeld** der Begegnung ist daher **zwingend notwendig**.
- Informieren kann man mündlich und per schriftlicher Notiz auf entsprechendem Formular bei bestimmten Maßnahmen – z.B. bei:
 - geplanter Betreuung
 - Einweisung ins Krankenhaus
 - Einstufung durch den medizinischen Dienst
 - Mitbehandlung durch niedergelassene Fachärzte

- Blutentnahme, z.B. durch Laborpersonal
- Operationsvorbereitungsgesprächen
- Untersuchungen (z.B. Röntgen, CT, Herzkatheter, Spiegelung etc.)
- Therapien (z.B. Logopädie, Krankengymnastik, Ergotherapie)
- Freizeitaktivitäten z.B. im Seniorenheim
- Hier erweist sich ein in die elektronische Patientenakte integriertes „Alarmkennzeichen“ als sinnvoll. Es zeigt die Art der Hörstörung an – schwerhörig – ertaubt – CI Träger – gehörlos – und wird bei der Entlassung nicht gelöscht.
- Einmal eingegeben, ist es bei erneuter Aufnahme sofort ersichtlich.

Spezielle Möglichkeiten zum gesicherten Verständnis im Umgang mit hörgeschädigten Bewohnern/Patienten

- Neben der alltäglichen Kommunikation gibt es Gespräche, die ein absolut sicheres Verstehen der Sachlage erfordern. Hier muss man aus der gesamten Bandbreite von Kommunikationsformen, Kommunikationshilfen und allgemeinen Verhaltensregeln einige bestimmte – dem Kommunikationsverhalten des/der Betroffenen entsprechende – auswählen.
- **Schwerhörige Bewohner/Patienten**
Schwerhörige Menschen teilen ihr Defizit nicht immer sofort mit. Allgemeine Gesprächssituationen sind generell gut zu bewältigen. Voraussetzung ist eine ausreichende Hörgeräteversorgung und deren Nutzung.

Ertaubte Bewohner/Patienten

- **Die meisten Ertaubten geben** schon beim Erstgespräch die Behinderung und die von ihnen **bevorzugte Kommunikationsform und/oder – hilfe bekannt. Dem sollte man entsprechen.**
- **Bei fehlender Information** mutig aber vorsichtig Ihnen **bekannte Kommunikationsmöglichkeiten** bei allgemeinen Gesprächssituationen **ausprobieren.**
Manchmal weiß der/die Betroffene selbst nichts von erworbenen Fähigkeiten z.B.:
- Absehen unter Beachtung der allgemeinen Verhaltensregeln

- natürliche Gebärden
- Lautsprache unterstützt durch Mimik und Gestik
- praktische Demonstration
- selten LBG oder DGS

**Dies gilt nicht für plötzlich, frisch ertaubte Patienten!
Aufschreiben ist in diesem Fall die einzige Möglichkeit!
Der generell sicherste aber auch zeitaufwendigste
Verständigungsweg mit Spätertaubten ist Aufschreiben.**

Zu beachten:

- jedes gesprochene oder gedachte Wort aufschreiben
- deutlich schreiben

- **ausreichend Zeit** für ein Schreibgespräch **einplanen**
- Sparen sie sich die Mühe, einfach, kurze Sätze zu formulieren. **Schreiben Sie so, wie sie denken – Ertaubte** haben meist eine **gute Sprachkompetenz**

**Auch hier gilt, wie bei einem Gehörlosen:
Sind wichtige Gespräche zu führen, sollte der
Einsatz eines Schriftdolmetschers erfolgen.
Wichtig für die Betroffenen ist es jedoch, dass die
Kostenübernahme v o r h e r geklärt ist.**

- Die Rechtsgrundlagen dafür sind wie folgt festgeschrieben:
- Sozialgesetzbuch (SGB) IX
- Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG)
- Kommunikationshilfeverordnung (KHV)
- Diese gesetzlichen Grundlagen sollen es dem hörbehinderten Menschen ermöglichen, am Leben in der Gemeinschaft teilzuhaben. Als Leistungen zur Teilhabe zählen ausdrücklich Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt (SGB IX, § 55 (2) 3.

Weiterhin heißt es in § 57 SGB IX: “Bedürfen hörbehinderte Menschen oder Menschen mit besonders starker Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit aufgrund ihrer Behinderung zur Verständigung mit der Umwelt aus besonderem Anlass der Hilfe Anderer, werden ihnen die erforderlichen Hilfen zur Verfügung gestellt oder angemessene Aufwendungen hierfür erstattet“.

Sie können die entsprechenden Kommunikationshilfen und deren Bezahlung beanspruchen:

- im Beruf und in der Berufsausbildung
- beim Arzt, im Krankenhaus
- bei Rehabilitationsträgern
- bei Dienststellen und sonstigen Einrichtungen der Bundesverwaltung
- bei Gerichtsverhandlungen

Gehörlose Bewohner/Patienten

Um die alltägliche Gesprächssituation im Seniorenheim/Krankenhaus zu bewältigen, sind

- natürliche Gebärden
 - Aufschreiben in kurzen, einfachen Sätzen
 - Hilfe durch gebärdensprachkompetente Angehörige
 - praktische Demonstration
- hilfreich. Miss- oder Nichtverstehen haben keine rechtlichen Konsequenzen.

- Der **sicherste Verständigungsweg** ist, sofern der Gehörlose DGS beherrscht, ein **Gebärdensprachdolmetscher. Sein Einsatz ist zwingend notwendig bei z.B.:**
- Seniorenheimunterbringung
- Einleitung einer Betreuung
- Erklären einer diagnostischen Maßnahme
- Aufklärungsgespräche mit schriftlichem Einverständnis vor Untersuchungen oder Operationen
- Erläutern von Befunden
- Ärztlich Visiten

Ein Informationsdefizit der Ärzte sowie Kosten für Dolmetscher führen häufig dazu, dass gebärdensprachkompetente Angehörige in solchen Fällen „missbraucht“ werden.

**Informieren Sie die Verantwortlichen über die
Möglichkeit eines Dolmetschereinsatzes.
Drängen Sie auf einen Dolmetschereinsatz.
Eine Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht
kann gerichtlich belangt werden.**

Dokumentieren Sie das Gespräch

Zusammenfassung von wichtigen Hinweisen für Pflegepersonal im Umgang mit hörgeschädigten Patienten / Bewohnern

- Notieren Sie in Ihrer Dokumentation den Vermerk „Hörgeschädigt“ und achten Sie auf die Hinweise, was ggf. zu beachten ist.
- Es muss bei der Pflege eines hörgeschädigten Bewohner/Patienten mehr Zeit eingeplant werden.
- Ärzte und Kollegen informieren.
- Blickkontakt halten, sehen Sie den Hörgeschädigten beim Sprechen an. Sprechen Sie langsam und deutlich; aber nicht zu laut. Formulieren Sie einfache klare und kurze Sätze.

- Nicht schreien - das ist für den Betroffenen schmerzhaft, es erschreckt und verzerrt das Mundbild und das Hören. Man kann nicht mehr absehen.
- Vertrauen ist wichtig! Bringen Sie deshalb Verständnis auf und haben Sie Geduld mit dem Hörgeschädigten.
- Zuhören, was der Hörgeschädigte sagen will, Geduld haben.
- Mundabsehen ist anstrengend! Ertaubte müssen das gesprochene Wort ausschließlich vom Mund absehen. Das erfordert ein hohes Maß an Konzentrations- und Kombinationsvermögen. Die Leistungsfähigkeit ist begrenzt und nicht mit akustischer Wahrnehmung zu vergleichen.

- Haben Sie Verständnis, wenn der Betroffene plötzlich im Gespräch „abschaltet“. Die Möglichkeit der Verständigung durch Mundabsehen wird von Hörenden sehr oft überschätzt.
- Zeit nehmen für ein Gespräch und darauf achten, dass Radio und Fernseher ausgeschaltet sind, denn Lärm stört auch Schwerhörige. Es beeinträchtigt ihre Wahrnehmung zusätzlich.
- Chefvisiten stellen für den Betroffenen eine große Kommunikationsanstrengung dar. Es sind zu viele Personen auf einmal am Bett. Man sollte viel Zeit und Geduld aufbringen und im Bedarfsfall einen Dolmetscher zur Hilfe holen.

- Hörende sollten nicht mit dem Rücken zum Fenster stehen, Helligkeit erschwert das Absehen vom Mundbild und der Hörgeschädigte wird geblendet. Wenn möglich sollte der Hörgeschädigte mit dem Rücken „zum Fenster stehen“ und das Licht im Rücken haben. Er muss den Gesprächspartner voll im Blick haben, um auch Mimik und Gestik zu erkennen. Eine gewisse räumliche Distanz ist notwendig, um vom Mund absehen zu können, deshalb bitte etwas Abstand halten.
- Keine Gegenstände vor den Mund halten (Hände, Kugelschreiber, Papier,) der Oberlippenbart darf nicht zu lang sein, im OP Mundschutz beim Gespräch abnehmen.

- Erklären Sie dem Patient, was sie vorhaben, wohin es geht, Uhrzeit und möglichst alle Tätigkeiten (z.B. Untersuchungen, Vorbereitungen, Puls- und Temperaturmessung und andere Routinemaßnahmen, Röntgen, OP, Funktionsdiagnostik) und rufen Sie Hörgeschädigte im Wartezimmer nicht über die Sprechanlage, sondern fordern Sie ihn persönlich auf. Beim Betreten des Krankenzimmers sollte der Lichtschalter an- und ausgeschaltet werden um sich bemerkbar zu machen.
- Notfalls alles aufschreiben.
- Wiederholen sie das Gespräch, wenn eine Verständigung nicht möglich war.

- Bitte setzen Sie die Hörgeräte sachgerecht ein (z.B. bei älteren Menschen.)
- Machen Sie sich mit der Bedienungsanleitung vertraut.
- Denken Sie daran, die Batterien rechtzeitig auszuwechseln!
- Hörgeräte werden oft überschätzt. Mit Hilfe eines Hörgeräts können sich Schwerhörige oft gut verständigen. Voraussetzung ist, dass die Hörgeräte optimal und individuell angepasst sind. Die digitale Technik bietet diese Möglichkeit. Wenn der Hörverlust zu stark ist, können Hörgeräte auch nicht mehr kompensieren. Dabei wird die Möglichkeit überschätzt, sich mit Hilfe eines Hörgeräts zu verständigen. Deshalb gilt auch hier: Langsam und deutlich, nicht übertrieben laut sprechen.

- Versuchen Sie gerade dann ruhig und freundlich zu bleiben, wenn Sie etwas zum zweiten oder dritten Mal wiederholen müssen. Denn gerade diese Situationen sind für den Hörgeschädigten besonders unangenehm und erfordern viel Mut und Selbstüberwindung.
- Den Hörgeschädigten nicht „von hinten erschrecken“, immer vorn vorne auf ihn zugehen, sich bemerkbar machen.

- Berührungskontakt (z.B. nach Narkose, Schlaf) besonders auf Intensivstationen: Ärzte und Schwestern sollten den Unterschied kennen zwischen Hörend und Hörgeschädigt. Berührungskontakt ist ganz wichtig ebenso Blickkontakt. Auf die Augen und die Mimik des Betroffenen ist zu achten. Denn wenn der Intensivpatient nicht so reagiert wie ein Hörender, dann muss man immer davon ausgehen, dass eine Hörschädigung vorliegt egal ob Gehörlos, Ertaubt, oder Schwerhörig.
- Es kann sonst zu einer längeren Behandlungsdauer führen, weil man den Patienten falsch einschätzt.

- Wenn Rettungssanitäter wissen, dass der Patient hörgeschädigt ist, müssen sie diese Information weitergeben und melden.
- Nachtschwestern und Diensthabende Ärzte müssen Bescheid wissen über den betroffenen Patienten. Beim Gespräch am Bett sollte die Schwester möglichst mit einer Taschenlampe ihren Mund anleuchten. Somit wird eine große helle Erleuchtung vermieden. Der Hörgeschädigte kann vom Mund absehen und die Mitpatienten werden weniger gestört bei der Nachtruhe.
- Dem Patienten Namen, Adresse, Telefon- und Faxnummer, Zimmer Nr., ebenso Uhrzeit schriftlich geben.

- Achten Sie darauf, dass hörgeschädigte Patienten beim Gespräch mit Angehörigen und Ärzten nicht ausgeschlossen werden.
- Reden Sie nie über den Kopf eines Hörgeschädigten hinweg!!
- Gehörlose müssen aufgrund des fehlenden Hörvermögens die Lautsprache über das Auge und den Tastsinn erlernen. Ihre Sprechweise klingt daher oft ungewohnt oder verzerrt. Da die Schriftsprache auf die Lautsprache aufbaut, ist die Fähigkeit vieler Hörgeschädigter, sich schriftlich mitzuteilen, eingeschränkt. Wenn man etwas nicht verstanden hat, sollte man ruhig nachfragen. Im Notfall sollte man seine Nachricht in kurzen Stichworten aufschreiben und zeigen. Auch bei schriftlichen Mitteilungen die Sachverhalte klar präzise und einfach erklären.

Nur so kann der Patient verstehen, was mit ihm geschieht und eine gute Zusammenarbeit mit Ärzten und Pflegepersonal wird aufgebaut.