

Die Behandlung suchtkranker Hörgeschädigter im Behandlungszentrum für Hörgeschädigte der LWL-Klinik Lengerich

Seit dem Jahr 1985 besteht in der LWL-Klinik Lengerich ein spezialisiertes Angebot zur stationären und ambulanten Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen bei gehörlosen und schwerhörigen Menschen. Dieses im deutschsprachigen europäischen Raum relativ seltene Angebot erweiterte sich über die Jahre und umfasst nun eine Abteilung mit rund 40 Betten auf 4 Stationen: Je eine Station für akutpsychiatrische, psychotherapeutisch orientierte und qualifizierte Entgiftungsbehandlungen sowie medizinische Rehabilitation.

Zuvor entwickelte sich jedoch zu Beginn der 80er Jahre, orientiert an der zunehmenden Nachfrage, ein Angebot zur Entwöhnungsbehandlung Gehörloser und Schwerhöriger in der Suchtfachklinik „Schloss Haldem“ in Stemwede in Trägerschaft des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL). Bei kontinuierlich bestehender Nachfrage, der Orientierung dieser Klinik hin zu einer forensischen Suchtklinik und zwischenzeitlichem Aufbau des allgemeinspsychiatrischen Behandlungsangebotes für Hörgeschädigte in der LWL-Klinik Lengerich, wurde im Jahr 1988 die Entscheidung getroffen, dieses Behandlungsangebot in die LWL-Klinik Lengerich zu verlagern.

Bei der im August 1988 eröffneten Entwöhnungsstation für suchtkranke Hörgeschädigte und Gehörlose stand somit von Seiten des Trägers die Notwendigkeit im Vordergrund, auch für gehörlose und schwerhörige Menschen ein Behandlungsangebot zu etablieren, welches den Standards und Vorgaben der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherer entsprechen sollte. Vor Beginn des Angebots in der Klinik Schloss Haldem waren abhängigkeiterkrankte Gehörlose und Schwerhörige vereinzelt in anderen Rehabilitationseinrichtungen unterge-

bracht, was sich naturgemäß auf Grund der kommunikativen Barrieren in der Therapie als wenig effektiv erwiesen hat. Die Einrichtung einer Station zur Entwöhnungsbehandlung suchtkranker Gehörloser und Schwerhöriger als Teil unseres Behandlungszentrums für Hörgeschädigte konnte dieses Defizit durch ein der Hörschädigung angepasstes therapeutisches und stationäres Setting, welches die Grundsätze der Total Communication einschließlich der Anwendung der Gebärdensprache berücksichtigt, ausgleichen.

Im deutschsprachigen Raum gibt es aktuell zwei Einrichtungen zur Rehabilitation suchtkranker Gehörloser und Schwerhöriger, in der Fachklinik Oldenburger Land, Abt. für Hörgeschädigte, und hier in der LWL-Klinik Lengerich. So kommt es in beiden Einrichtungen zur Aufnahme von gehörlosen und schwerhörigen Patienten aus ganz Deutschland und aus dem deutschsprachigen Ausland. In Einzelfällen kommt es sogar zu Aufnahmen aus dem nicht-deutschsprachigen EU-Ausland, wobei es sich u. a. um in Deutschland aufgewachsene Gehörlose handelt und hier die (Internationale) Gebärdensprache das verbindende kommunikative Element darstellt.

In der LWL-Klinik Lengerich bieten wir in der Sucht-Rehabilitation insgesamt 10 Behandlungsplätze in 1- und 2-Bettzimmern an. Durch die im Klinikgelände befindliche Kindertagesstätte ist auch die Aufnahme mit Kindern in Einzelfällen möglich. Aktuell befindet sich die Station in einem Zertifizierungsverfahren nach „DeQus“, welches Mitte nächsten Jahres abgeschlossen sein wird. Alle Ärzte, Therapeuten und Mitarbeiter der Pflege beherrschen die Gebärdensprache, auch sind einzelne Mitarbeiter zudem selbst hörgeschädigt, wie z. B. die Chefarztin.



Kontakt

Herrn Ludger Hilbers, Sozialtherapeut
 Frau Dr. Ulrike Gotthardt, Chefarztin
 Behandlungszentrum
 für Hörgeschädigte
 LWL-Klinik Lengerich
 Parkallee 10
 49525 Lengerich

In kommunikativer Hinsicht ist der überwiegende Teil der in die Behandlung kommenden Patienten bei unterschiedlicher Genese prälingual ertaubt und verwendet die Deutsche Gebärdensprache, die den Status einer anerkannten Fremdsprache hat, in der Kommunikation. Entsprechend werden die Mitarbeiter aller Berufsgruppen der Abteilung regelmäßig geschult. Die im Kontakt mit der hörenden Umwelt von unseren Patienten oft leidvoll erlebte und oftmals sehr schwere kommunikative Einschränkung stellt in diesem Rahmen also kein Defizit dar und wird hier nicht als Einschränkung erlebt sondern als Normalität, als muttersprachliche Kommunikation. Zudem ist es zum Verständnis für die Personengruppe der Gehörlosen und Schwerhörigen wichtig, dass sie sich als eigenständige Gemeinschaft und somit nicht als „Behinderte“ verstehen, die mit eigener Sprache, eigener Kultur und eigener Identität ihren Platz in der Gesellschaft sieht. Dies kann mit dem amerikanischen Begriff der „Deaf Power“ treffend beschrieben werden.

Diese kommunikativen und kulturellen Besonderheiten unter Berücksichtigung oft erschwelter Sozialisationsbedingungen müssen in der Diagnostik und Be-

handlung beachtet werden. Diese Akzeptanz ist nicht nur therapeutisch nutzbar sondern muss im Ganzen als Basis für eine erfolgreiche Behandlung angesehen werden. Die Gesamtpopulation der Gehörlosen im Sinne der prälingualen Ertaubung beziffert sich in Deutschland auf ca. 80.000 Personen. Diese haben in über 90 % hörende Eltern und Geschwister, die über keinerlei Erfahrungen im Umgang mit schwerhörigen und gehörlosen Menschen verfügen, geschweige denn die hörgeschädigtenspezifischen Kommunikationsmöglichkeiten, einschließlich der Gebärdensprache, kennen. Zudem wird in Deutschland seit 1880 die „Orale Methode“, d. h. das ausschließliche Ziel der Integration in die hörende Welt mit dem Ziel des Erlernens der Lautsprache, in der Gehörlosenpädagogik propagiert. Dies führt dazu, dass trotz erst kürzlich erfolgter politischer Anerkennung der Gebärdensprache diese keine kommunikative Voraussetzung in der Frühförderung und schulischen Bildung darstellt. Insofern lernen gehörlose Kinder die Gebärdensprache in der „peer group“, u. a. auf dem Schulhof. Aufgrund dieser unterschiedlichen Orte, in denen die gebärdensprachliche Kommunikation erworben wird, haben sich zudem deutschlandweit unterschiedliche Gebärdendialekte herausgebildet. Bedauerlicherweise hat die somit bereits oft in der frühen Kindheit fehlende visuell-gebärdensprachliche Kommunikation zur Folge, dass es oft zu erheblichen Defiziten in der psychosozialen und der gesamten Bildungsentwicklung des hörgeschädigten Individuum kommt.

Oft werden wir gefragt, ob es die Gehörlosigkeit, die „Behinderung“ an sich sei, die aufgrund der dadurch bedingten Einschränkungen zu einem Suchtmittelmissbrauch prädisponiere. Wenn auch anzunehmen ist, dass gehörlose Menschen in ständiger Konfrontation mit ihrer hörenden Umwelt, die zumeist schon im Elternhaus beginnt, erschwerte Entwicklungsbedingungen vorfinden, ergibt die Erfahrung aus unserer langjährigen Praxis keinen Hinweis darauf, dass der Anteil suchtkranker Gehörloser und auch Schwerhöriger prozentual hö-

her läge als bei Hörenden. Unserer Erfahrung nach unterliegen Gehörlose den gleichen konsum- und suchtauslösenden Bedingungen einer Abhängigkeits-erkrankung, wie dies auch für Hörende beschrieben wird. Allerdings beobachten wir hier immer wieder, dass die Suchtproblematik in höherem Maße von zusätzlichen psychischen Störungen i. S. von Anpassungsstörungen, Affektlabilitäten sowie Isolation und Arbeitslosigkeit begleitet ist. Vor diesem Hintergrund findet auch eine strukturell vergleichbare Behandlung wie für Hörende statt, mit den gleichen therapeutischen Angeboten im kognitiv-verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt und mit den gleichen Zielen einer rehabilitativen Maßnahme: Suchtmittelkarenz, soziale und emotionale Stabilisierung, Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit. Diese erfordert, um erfolgreich zu sein jedoch mehr als den alleinigen Einsatz der notwendigen Kommunikationsmittel, nämlich die permanente Berücksichtigung und das Eingehen auf die durch unzureichende Förderung, Sozialisation und Kommunikation überlagerten gehörlosen und schwerhörigen Persönlichkeiten mit eigenem sozialem und kulturellem Verständnis.

Wenn bzgl. der Suchtbehandlung, vergleichbar mit der hörenden Bevölkerung, davon ausgegangen wird, dass ca. 5 % einen problematischen, riskanten oder auch abhängigen Suchtmittelgebrauch betreiben, kämen wir rechnerisch auf eine Zahl von ca. 4.000 gehörlosen Personen für die eine derartige Diagnose zutreffend wäre. In unsere Rehabilitation kommen dann letztlich zu ca. 80 % gehörlose Patienten mit einem diagnostisch gesicherten Alkohol-Abhängigkeitssyndrom nach ICD 10: F 10.2. Ebenfalls kommen gehörlose Patienten mit einer Drogenabhängigkeit (F11.2, F12.2, F19.2) zur Aufnahme, darüber hinaus, aber eher selten, medikamentenabhängige Patienten und, zunehmend, Patienten mit nicht-stoffgebundenen Süchten (pathologisches Spielen, Medienabhängigkeit). Steigend, wie zwar auch im hörenden Bereich beschrieben jedoch in gefühlt höherem

Maße, finden wir in der Diagnostik Komorbiditäten, insbesondere Depressionen, Angst-, somatoforme Störungen, posttraumatische Belastungsstörungen, vor. Diese bedürfen nicht selten im Rahmen der Rehabilitation einer zusätzlichen Berücksichtigung in diagnostischer und psychotherapeutischer Hinsicht, aber auch öfters bezüglich einer zusätzlichen Psychopharmakotherapie.

Wenn es gehörlosen Personen auch bewusst ist bzw. sein sollte, dass ihr Umgang mit dem Suchtmittel außerhalb der Norm liegt und ihr Suchtmittelmissbrauch Konsequenzen in familiärer, beruflicher und sozialer Hinsicht hat, wissen doch viele nicht um die Möglichkeiten einer Behandlung. Der Kontakt zur Suchtberatung, die nahezu überall alleine auf eine hörende Klientel ausgerichtet ist, wird auf Grund der kommunikativen Barrieren gemieden, der Kontakt zur ihnen in der Regel bekannten Gehörlosenberatung ist, zumindest anfänglich, oft schambesetzt. Um dieser Gruppe von Hilfesuchenden gerecht zu werden, empfiehlt sich für die Antragstellung eine enge Zusammenarbeit beider Institutionen, wobei auf jeden Fall für den Klienten eine ihm angemessene Kommunikation gewährleistet sein muss. Erst dann kann er, der in der Regel über wenig Vorinformation über seine Erkrankung und deren Behandlung verfügt, adäquat aufgeklärt und motiviert werden.

Hierbei fällt das Sich-bekennen zur eigenen Abhängigkeit vielen Gehörlosen in der Befürchtung einer daraus folgenden und möglicherweise unveränderbaren Stigmatisierung als „Alkoholiker“ in der recht grenzdurchlässigen und sozial verhältnismäßig rigiden Gehörlosengemeinschaft sehr schwer. So vergeht oft zu viel Zeit bis zur Einsicht in die eigene Erkrankung und Therapiemotivation, was dazu führt, dass viele Patienten in recht desolatem psychischen, somatischen und sozialen Zustand zur Aufnahme kommen. Diese Ausgangsbasis für die Behandlung ist u. a. aufgrund des unzureichenden Informationsstandes der Hörgeschädigten, die oftmals über Jahre keine ärztlichen oder Vorsorgemaßnahmen in Anspruch nehmen, deutlich de-

solater als bei Hörenden mit vergleichbarer Suchtanamnese. In diesem Zusammenhang weisen wir auf die Möglichkeit einer stationären qualifizierten Entgiftung in unserem Behandlungszentrum für Hörgeschädigte, auch als vorge-schaltete therapievorbereitende Maßnahme, an dieser Stelle besonders hin. Aus sozialmedizinischer Sicht ist festzustellen, dass sich Laufe der Jahre der Anteil der Patienten, der erwerbstätig ist, kontinuierlich verringert hat. Bei vielen Pat. gibt es erhebliche Lücken in der Erwerbsbiographie, wobei die oft lang-jährige Arbeitslosigkeit, wie auch im hörenden Bereich bekannt, einen Suchtmittelmissbrauch begünstigt. Bei den Patienten die berufstätig sind, erleben wir wiederum oft, dass deren Umgang mit einem Suchtmittel, überwiegend Alkohol, zu lange geduldet wird. Dies

in dem Sinne, dass ein „Mitleids- und/oder Behindertenbonus“ dazu führt, dass erst bei massiven Einschränkungen in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, bei hohen Fehlzeiten und Krankenständen Abmahnungen und/oder Kündigungen ausgesprochen werden. Dabei führt sicherlich auch die recht hohe kommunikative Schwelle auf Seiten sowohl des fast ausschließlich hörenden Arbeitgebers, als auch des hörgeschädigten Arbeitnehmers dazu, dass diese Probleme nicht, unzureichend oder erst sehr spät angesprochen werden. Wenn es dann zu solchen Konsequenzen kommt, verstehen dies viele Gehörlose nicht, weil man sie nicht schon vorher auf ihr Fehlverhalten aufmerksam gemacht hat oder – eben nicht selten – dies für den gehörlosen Mitarbeiter nicht verständlich kommuniziert wurde. Hier sind nach

unserer Erfahrung frühe Interventionen sinnvoll, wobei das Gespräch mit den Vorgesetzten unbedingt unter Hinzuziehung eines neutralen und an die Schweigepflicht gebundenen Gebärdensprachdolmetschers erfolgen sollte. Die entsprechenden Kosten können nicht nur von den zuständigen Integrationsfachdiensten übernommen werden, auch hat sich die Zusammenarbeit mit diesen bewährt, um mit dessen Unterstützung solche Probleme in einem adäquaten Rahmen zur Sprache zu bringen. Dies führt oft dazu, dem gehörlosen Mitarbeiter den Arbeitsplatz zu sichern z. B. mit der Auflage, sich in die stationäre Entwöhnungsbehandlung zu begeben. Auch sichert deren frühzeitige Einbeziehung die Wiedereingliederung am Arbeitsplatz sowie die Nachsorge nach erfolgter Rehabilitationsbehandlung. □

Den eigenen Hörschaden vorausberechnen: IFA-Software errechnet und demonstriert Folgen von Freizeit- und Arbeitslärm



Seit mehr als 15 Jahren sinkt die Zahl angezeigter Gehörschäden durch Lärmbelastung am Arbeitsplatz. Gleichzeitig klagen Ärzte und Arbeitgeber über einen deutlichen Anstieg lärmschwerhöriger Berufsanfänger. Der Grund: Hohe Lärmpegel in der Freizeit durch Musikhören über MP3-Player und durch Diskobesuche. Dass ein nur zweistündiger Diskobesuch am Wochenende einen bis zu zehnmals höheren Anteil am Entstehen eines späteren Gehörschadens haben kann als eine komplette Arbeitswoche im Lärm, zeigt ein einfacher Lärmbelastungsrechner, den das Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA) kostenlos im Internet anbietet. Vor allem Jugendliche und junge Erwachsene können sich hier darstellen lassen, wo die Schwerpunkte ihrer individuellen Lärmbelastung liegen und wann sich aus dieser Belastung möglicherweise ein Hörverlust entwickelt. Zusätzlich ver-

anschaulichen Musik- und Sprachbeispiele, wie sich dieser Hörverlust tatsächlich einmal anhören könnte. Am Arbeitsplatz ist der Schutz des Gehörs vor schädlicher Lärmeinwirkung klar geregelt: Schon ab einem Lärmpegel von 85 dB(A) müssen Beschäftigte Gehörschutz tragen und an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen. Zum Vergleich der Freizeitlärm, für den solche Regelungen fehlen: Der MP3-Player schafft es locker auf 90 dB(A) – vor allem, wenn er bei Hintergrundgeräuschen wie in der U-Bahn aufgedreht wird. Ein Livekonzert oder ein Diskobesuch bringt es gar auf über 100 dB(A). Wer da meint, die wenigen Dezibel mehr könnten dem Gehör nicht ernsthaft schaden, muss wissen: Ein Unterschied von 3 dB wird vom Menschen zwar kaum wahrgenommen; tatsächlich bedeuten nur 3 dB mehr aber bereits eine Verdopplung der Schallenergie.

„Der Grundstein für gravierende Hörschäden im Alter wird in der Jugend gelegt.“, sagt Dr. Martin Liedtke, Lärmschutzexperte im IFA. Sein Lärmbelastungsrechner und der Lärmverlust-Demonstrator des University College London seien geeignete Instrumente, um für dieses wichtige Thema zu sensibilisieren und für einen maßvollen Umgang mit Freizeitlärm zu werben. □

Download des Lärmbelastungsrechners unter:

<http://www.dguv.de/ifa/de/prax/softwa/laermbelastungsrechner/index.jsp>

DGUV