

1 Einleitung

Den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zufolge liegt die Inzidenz, einen Hörsturz (akuter idiopathischer sensorineuraler Hörverlust) zu erleiden, in Deutschland bei 160–400/100.000 Personen pro Jahr (vgl. AWMF 2010). Ausgehend von der statistischen PatientInnenerhebung an der Hals-Nasen-Ohren-Abteilung des Sozialmedizinischen Zentrums Ost (SMZO) – Donauespital der Stadt Wien, das eines der vier Schwerpunktkrankenhäuser des Wiener Krankenanstaltenverbundes mit einer Hals-Nasen-Ohren-Abteilung darstellt, zeigt sich eine steigende Tendenz der PatientInnenzahl mit der Diagnose Hörsturz. Im Jahr 2004 wurden 109 PatientInnen mit dieser Diagnose stationär behandelt, in den Jahren darauf stieg die Zahl teilweise eklatant an: 2005: 111, 2006: 161, 2007: 139, 2008: 132, 2009: 161 und 2010: 136 (vgl. Schwob 2011). Ein plötzlicher Verlust des Hörvermögens stellt für Betroffene ein einschneidendes Ereignis dar, da unter anderem die gesellschaftlichen Aufgaben in unserer industrialisierten Gesellschaft eine vorhandene Hörfähigkeit voraussetzen. Gefühle von Angst, Hilflosigkeit, körperlicher und seelischer Spannung können auftreten, gekoppelt mit der Frage nach dem „Warum gerade ich?“ und „Warum jetzt?“. Die seelische Verfassung und die körperliche Genesung stehen eng miteinander in Verbindung. In diesem Zusammenhang ist ein interdisziplinärer Ansatz in der Therapie sinnvoll. Von medizinischer Seite gibt es ein standardisiertes Therapieschema. Im Zuge des interdisziplinären Behandlungsangebotes werden auch psychologische Interventionen angeboten. Von pflegerischer Seite bietet sich das Pflegekonzept Therapeutic Touch für diese PatientInnengruppe an.

Therapeutic Touch wird seit mehr als 40 Jahren international an Kliniken und Universitäten unterrichtet und angewendet. In Österreich eta-

blierten sich 1998 die ersten Ausbildungen und nach Gründung eines multidisziplinären Teams fanden die ersten offiziellen Anwendungen bei PatientInnen statt (z.B. Projekt Ganzheitliche Onkologie – Therapeutic Touch im Wiener Donauespital) (vgl. Ritt et al. 2003: 26).

Im Rahmen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) 1997 kam es zur Beschreibung eines eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches der Pflege und daraus resultierend zu einer Veränderung des Curriculums der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegeperson. Neue Inhalte beziehen sich u. a. auf die Arbeit mit Pflegediagnosen und Pflegekonzepten. Als Pflegekonzept ist Therapeutic Touch im Gesundheits- und Krankenpflegeunterricht enthalten (vgl. ÖBIG 2003: 267).

Im Jahr 2000 wurde ein „Positionspapier der Pflegenden“ des Wiener Krankenanstaltenverbundes herausgegeben, in dem im Zusammenhang mit dem Pflegeprozess der Einsatz von individuellen Pflegekonzepten festgelegt ist. Zudem dient die Anwendung von Pflegekonzepten wie beispielsweise Therapeutic Touch und das Stellen der Pflegediagnose Energiefeldstörung nach NANDA¹ und in weiterer Folge nach POP^{®2} auch der Verbesserung der Pflegequalität.

1 North American Nursing Diagnosis Association – Nordamerikanische Gesellschaft für Pflegediagnosen

2 PraxisOrientierte Pflegediagnostik

2 Theoretischer Rahmen

Der theoretische Rahmen gliedert sich einerseits in den Bereich der medizinisch relevanten Aspekte zum Thema Hörsturz³ im Kontext dieser Studie und andererseits werden die pflegerelevanten Aspekte beschrieben.

2.1 Medizinische Aspekte

In dieser Studie wird ausschließlich auf den idiopathischen Hörsturz eingegangen und die Tonaudiometrie als eine der diagnostischen Maßnahmen erläutert, da die Ergebnisse dieser Befunde als Messinstrument bei der Aufnahme und Entlassung der PatientInnen herangezogen werden.

2.1.1 Der idiopathische Hörsturz

Idiopathischer Hörsturz ist die Bezeichnung für die plötzliche Hörminderung ohne erkennbare Ursache (vgl. Michel 1994: 83). Dieser akute Hörverlust mit allen Schweregraden kann binnen Sekunden, Minuten oder Stunden auftreten (vgl. Steinriede 2002:15). *„Der idiopathische Hörsturz dürfte mehr als Symptom einer durch verschiedene Ursachen hervorgerufenen Innenohrfunktionsstörung zu sehen sein, die möglicherweise auch an unterschiedlichen Orten in der Gehörschnecke (Cochlea) lokalisiert ist.“* (Steinriede 2002:15)

Als charakteristisches Merkmal wird die Einseitigkeit des Gehörverlustes und die vordergründige fehlende Verbindung zu einer anderen Erkrankung, wie z. B. mechanische Traumen, entzündliche oder raumfordernde Prozesse, Neuritis-Komplikationen von Infektionskrankheiten, allergische Mitreaktionen des Innenohrs, ototoxische⁴ Pharmaka

3 Wenn in der Studie von Hörsturz gesprochen wird, bezieht sich dies immer auf den idiopathischen Hörsturz.

4 Ototoxizität: Bezeichnung für die zu einer (evtl. irreversiblen) Schädigung des VIII. Hirnnervs, von Gehör und Vestibularapparat führende toxische Wirkung verschiedener Substanzen oder endogener Ototoxine, die bei bestimmten Stoffwechselerkrankungen gebildet werden (vgl. Pschyrembel 2002: 1233).

und Substanzen, Gefäß- und Durchblutungsveränderungen, Nervenentzündungen oder psychogene Ertaubung, beschrieben. Als mögliche Nebensymptome werden Tinnitus⁵, Schwindel (Dreh- oder Schwankschwindel), Übelkeit, Erbrechen, Druckgefühl im betroffenen Ohr oder das Gefühl, als ob Watte in den Gehörgang gestopft wurde, Taubheitsgefühl im Bereich der Ohrmuschel, Hyperakusis (Lärmempfindlichkeit) angeführt. Einige PatientInnen berichten über Symptome, die dem Akuteignis ähnlich einer Aura bei Migräne oder Epilepsie vorausgegangen sind (vgl. Zalokar et al. 2000: 49ff.; Suckfüll 2003: 26).

Auch psychosomatische Faktoren werden immer wieder im Zusammenhang mit dem idiopathischen Hörsturz diskutiert. Zum Beispiel können akute Konfliktsituationen und Dauerbelastungen, die den Tonus des vegetativen Nervensystems verändern, und andere Belastungen als Auslöser betrachtet werden (vgl. Zalokar et al. 2000: 56), was aber nicht generalisiert abgeleitet werden darf (vgl. Hoffmeister 1988: 167, in: Zalokar 2000: 65). Suckfüll (2003: 27) beschreibt, dass sich PatientInnen zum Zeitpunkt der Erkrankung in einer beruflichen, körperlichen oder seelischen Stresssituation befinden oder über emotionale bzw. körperliche Stressphasen, welche dem Hörsturz bereits einige Zeit vorausgegangen sind, berichten.

Zur korrekten Diagnosestellung des Hörsturzes sind u. a. die Anamnese, der HNO-Status und die Audiometrie erforderlich.

2.1.2 Audiometrie

Die Tonaudiometrie ist eine spezielle Untersuchungsmethode in der Audiometrie. Dadurch kann der Sitz des Hörschadens eingegrenzt und quantitativ bewertet werden. Zur Ermittlung des Hörvermögens

⁵ Tinnitus aurium (lat. Tinnitus: Geklingel; aures: Ohren); Ohrgeräusche – konstant, intermittierend, anfallsweise oder progredient auftretende Geräusche, die als subjektive Ohrgeräusche nur vom Betroffenen wahrgenommen werden oder als objektive Ohrgeräusche auch auskultatorisch nachweisbar sind (vgl. Psychembel 2002: 1663, 1205).

für Töne, insbesondere der Hörschwelle, wird ein Tonaudiometer verwendet. Dieses Gerät erzeugt Töne unterschiedlicher Frequenzen und Pegel, die über die entsprechenden Wandler, Kopfhörer, Knochenleitungshörer und gegebenenfalls über Lautsprecher dem Patienten bzw. der Patientin angeboten werden (vgl. Böhme/Welzl-Müller 2005: 56). Der Bezugspunkt in der Audiometrie ist die menschliche Hörschwelle für 1000 Hz, der für die schwellenhafte Hörbarkeit eines 1000-Hz-Tones notwendige Schalldruck beträgt $2 \cdot 10 \mu\text{Pa}$ (Micropascal). Dies wurde als Durchschnittswert hörgesunder Jugendlicher ermittelt und stellt den Bezugspunkt für die physikalische oder absolute Bemessung der Hörschwelle in dB SPL⁶ dar (vgl. Lehnhardt/Laszig 2001: 5). Die Einstufung der Schwerhörigkeit in gering-, mittel- oder hochgradig beschränkt sich auf Gutachten und sollte nicht mit der topischen Zuordnung kombiniert werden (vgl. ebd.: 58). Das Ergebnis der Hörschwellenmessung wird im Tonaudiogramm dargestellt.

2.2 Pflegerische Aspekte

Im folgenden Kapitel wird das Pflegekonzept Therapeutic Touch erläutert und im Rahmen des Pflegemodells von Martha Rogers näher erklärt. Zudem erfolgt die Darstellung der Pflegediagnosen, die im Stationsalltag für das Pflegekonzept Therapeutic Touch relevant sind.

2.2.1 „Therapeutic Touch“

Energiemedizin ist in den USA offiziell anerkannt und wird vom National Center for Complementary and Alternative Medicine⁷ (NCCAM) der

6 SPL – „sound pressure level“: Bei der Lautstärke bezieht man sich auf einen physikalischen Wert, und zwar $2 \cdot 10 \mu\text{Pa}$; die Pegelangabe = dB SPL (vgl. Lehnhardt/Laszig 2001: 5).

7 Das National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) ist gemäß eigener Aussage die führende Agentur für „complementary and alternative medicine (CAM)“ der US-Regierung. Es ist eines von 27 Instituten und Zentren, die zusammen die National Institutes of Health (NIH) innerhalb des U.S. Department of Health and Human Services bilden (vgl. <http://www.vkh.ch/wiki/pmwiki.php?n=OpenSpace.NCCAM>) [11.06.2009].

US-Gesundheitsbehörde als eines der Hauptgebiete der Komplementär- und Alternativmedizin bezeichnet. In Deutschland gibt es ebenfalls entsprechende Fachgesellschaften und Institute, wie beispielsweise die Deutsche Gesellschaft für Energetische und Informationsmedizin (DGEIM) in Stuttgart (vgl. Oschman 2006: VII).

Der Prozess der Energieübertragung hat elektromagnetische Hintergründe. Anhand eines Experiments (vgl. Reite/Zimmerman 1978, in: Oschman 2006: 70) zu Therapeutic Touch konnte mit Hilfe eines SQUID-Magnetometers⁸ ein großes, von der Hand des Therapeuten ausstrahlendes biomagnetisches Feld registriert werden. Das Signal pulsiert in einer variablen Frequenz von 0,3–30 Hertz (Hz), hält sich aber im Rahmen der meisten Aktivitäten bei 7–8 Hz. Das vom Therapeuten ausgesandte Signal ist weder stetig noch konstant, sondern „wischt“ oder „tastet“ sich über eine bestimmte Bandbreite von Frequenzen. TherapeutInnen beschreiben diesbezüglich ein „Vibrieren“ oder „Kitzeln“ in den Handflächen (vgl. Oschman 2006: 70). In diesem Zusammenhang scheint es erwähnenswert, dass dieselben Frequenzen von biomedizinischen Forschern für einen „Schnellstart“ der Knochen und Bindegewebsheilung identifiziert wurden (vgl. ebd. 2006: 73).

Krieger (2004: 115ff.) nennt im Zuge der zuverlässigen Wirkungen von Therapeutic Touch eine schnelle Entspannungsreaktion der PatientInnen zwei bis vier Minuten nach Behandlungsbeginn, was wiederum zu einer Stabilisierung des Abwehrsystems des Körpers gegenüber Viren und Bakterien führt. Die Entspannungsreaktion regt auch die Produktion von Endorphinen an, die eine beruhigende Wirkung erzielen. Weiters kommt es zur Produktion von Neuropeptiden, die das Schmerzempfinden blockieren. Die Entspannungsreaktion bewirkt oftmals ein kurzes Einschlafen bzw. Wegdösen der PatientInnen, die sich nach der Thera-

⁸ Ein SQUID-Magnetometer ist mit einem hoch empfindlichen Detektor ausgestattet, der speziell zur Untersuchung der schwächsten biomagnetischen Felder im Körper entwickelt wurde (vgl. Oschman 2006: 70).

peutic-Touch-Behandlung erfrischt und belebt fühlen. Anspannungen werden geringer und Angstgefühle lassen nach. Krieger beschreibt auch eine Förderung des Heilungsprozesses, die durch Röntgenaufnahmen belegt wurde. Zur heilenden Wirkung bestimmter Frequenzen, die von Sisken und Walker 1995 dargestellt wurden, findet sich auch bei Oschman (2004: 80) ein Hinweis. So zeigt beispielsweise eine Frequenz von 7 Hz einen positiven Einfluss auf das Knochenwachstum und eine Frequenz von 10 Hz eine förderliche Wirkung auf die Heilung von Bändern. Einen wesentlichen Beitrag leistet Therapeutic Touch vor allem bei der Stressregulierung (vgl. Krieger 1999: 136).

Bei Therapeutic Touch wird davon ausgegangen, dass der Mensch nicht nur aus seinem Körper, der mit Energie durchströmt wird, besteht, sondern auch von einem Energiefeld umgeben ist. Die beiden Energiefelder sind bestrebt, einen harmonischen Bezug aufrechtzuerhalten; dies erfolgt durch einen ständigen Energieaustausch. Im Zusammenhang mit Krankheit können Disharmonien oder Blockaden auftreten, durch ein Modulieren (Verändern der Frequenz) und Dirigieren (Hinleiten an bestimmte Stellen) von Qi (Lebensenergie) im, am und um den menschlichen Körper, unter Einbeziehung des humanen elektromagnetischen Feldes, kommt es im besten Fall zum Ausgleich der Disharmonie und zum Lösen der Blockaden (vgl. dies. 2004: 25). Gearbeitet wird mit den Händen direkt am bekleideten Körper oder im Abstand von etwa 20 cm (Non-Touch-Technik) im Bereich der Energiezentren, die in der Literatur oft als Chakren bezeichnet werden (vgl. Bruyere 2001: 34ff.).

2.2.2 Ablauf einer Therapeutic-Touch-Behandlung

Grundlegend bei einer Therapeutic-Touch-Behandlung ist die Intention, die klare Absicht, den KlientInnen zu helfen. Nicht nur Willenskraft und Absicht, wie z. B. „Ich wünsche, dass die Person wieder gesund wird“, sind für den Behandlungserfolg entscheidend, sondern das

persönliche „Präsentsein“. Intentionalität kann durch spezielle Zentrierungs- und Visualisierungsübungen trainiert und geübt werden (vgl. Krieger 2004: 34ff.).

Eine Therapeutic-Touch-Sitzung läuft nach standardisierten Schritten ab:

I. Zentrieren des Therapeuten/der Therapeutin

Zentrieren bedeutet, die eigene Aufmerksamkeit und Wahrnehmung zu schulen. Der Prozess des „Nach-innen-Gehens“ wirkt sich nachdrücklich aus, indem Aufmerksamkeit und Achtsamkeit für die KlientInnen steigen. Hierbei ist zu erwähnen, dass Zentrierung kein tranceähnlicher Zustand ist, sondern ein aktiver Bewusstseinszustand mit erhöhter Konzentration und Wahrnehmungsfähigkeit. Die klare Intention, den KlientInnen zu helfen, stellt wie oben bereits erwähnt eine wesentliche Voraussetzung für eine effektive Behandlung dar.

Die Körperhaltung ist ähnlich der Haltung bei Qi Gong: Die Beine werden hüftbreit gestellt, leicht in die Knie gehend und die Lendenwirbelsäule entlastend. Der Atem soll gleichmäßig fließen.

II. Assessment

Die KlientInnen sind bekleidet und liegen oder sitzen bequem auf einem Behandlungsbett. Die Hände des Therapeuten bzw. der Therapeutin werden zuerst sensibilisiert. Dafür werden die Handflächen fest gegeneinander gerieben, aufmerksam betrachtet und erspürt. Danach wird mit den Handflächen der Energiekörper des Klienten/der Klientin „abgetastet“ – dies wird auch als Scannen bezeichnet. Der Abstand zum Körper sollte ungefähr 10–15 cm betragen. Dabei werden mit den Handflächen die Energiefelder des Klienten bzw. der Klientin und deren Veränderungen erspürt. Druck- oder Völlegefühl, Blockade des Energieflusses, Temperaturunterschiede, Kribbeln, Beschaffenheit der Oberfläche des Energiefeldes, intuitive Eingebungen, Gerüche und/