

Neuanfang in Arolsen

Seit vielen Jahren ist der Name der Stadt Bad Arolsen fest mit der Diagnostik und Behandlung von Ohrerkrankungen, besonders dem Tinnitus, dem M. Menière und psychosomatischen Schwindelerkrankungen verbunden.

Als Gründer und langjähriger Leiter der Tinnitus-Klinik hat Priv. Doz. Dr. med. Gerhard Hesse in den letzten Monaten mit der ohrenärztlichen und neurootologischen Kompetenz eines gesamten Teams daran gearbeitet, diesen medizinischen Schwerpunkt zu erhalten bzw. ihn wieder aufleben zu lassen.

Diese bewährte Verbindung zwischen neurootologischer Diagnostik und einem ganzheitlichen Therapieansatz wird jetzt in Arolsen fortgesetzt werden.

Seit dem Herbst arbeitet nun das Ohr- und Hörinstitut wieder.

Im Januar 2009 wird die Tinnitus-Klinik Dr. Hesse im Krankenhaus Bad Arolsen eröffnet.

Dabei wird PD Dr. Hesse durch sein bewährtes Team unter der Leitung seines langjährigen Oberarztes Dr. Helmut Schaaf unterstützt.

Schwerpunkt sind die Diagnostik und Therapie von Tinnitus und Schwerhörigkeit und Gleichgewichtsstörungen sowie die Erstellung von Gutachten.

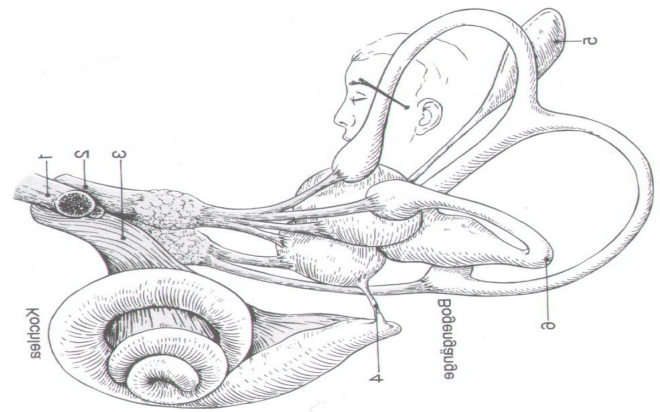
Zur Einweihung

am 17.12.2008 um 15 Uhr

laden wir in die Klinik,

Grosse Allee 50

auf die 3. Etage ein



Was muss eine gute Tinnitustherapie leisten

Wer als Tinnitus Patient leidet und innerhalb der vorhandenen Angebote keine ausreichende Leidensminderung erfährt, der sucht weiter, im Zweifel nach jedem Strohhalm.

Wenn dabei dem Patienten in seinem Leiden geholfen werden kann, ist dies auch ohne belegbare Statistik zu begrüßen („Wer heilt, hat recht“), wenn auch nicht unbedingt alles von der Kasse bezahlbar ist.

Fragen lassen müssen sich aber perspektivisch alle Ansätze:

Ist das Vorgehen in der Lage,

- ausreichend medizinisch, kognitiv und emotional zu diagnostizieren (oder die Diagnosen anderer zu nutzen) und aufzuklären?
- die neurophysiologische/psychologische Grundlage zu erkennen und als Bedingungsmodell so zu vermitteln, dass ein Konsens zwischen Behandler und Therapeut hergestellt werden kann?

Dann stellt sich die Frage, ob einer der die Habituation verhandelnden Faktoren (insbesondere die erlebte Ohnmacht oder Hilflosigkeit) günstig zu beeinflussen ist. Falls das Verfahren anerkannt sein möchte, sollten die Ergebnisse zumindest überprüfbar sein

- entlang des spezifischen Tinnitus-Fragebogens nach Goebel (1998)
- und – wenn möglich auch anhand psychologischer Tests (z.B. HADS, SCL-R 90, BDI).

Die Absicherung müsste in einer Nachuntersuchung (Katamnese) erfolgen . **Weiter auf Seite 4 ...**

Schwindel beim Älter und Alt werden



Sie verlieren also nicht selten immer mehr Sicherheit, was wiederum erst recht den Boden für Schwindelgefühle bereitet. Dies endet häufig in sozialer Isolation und depressiven Tendenzen.

Hier kann der diagnostische Kurzschluss: „Alter Mensch – weitere Körperkrankheit“ zu einer fatalen Fehldiagnose führen.

Dabei kann vielen älteren Patienten, die oft „Abgründe“ erlebt haben und sie in neuer Ausgeliefertheit und Hilflosigkeit oder der Angst davor erneut und reaktiviert erleben, durch eine psychotherapeutischen Behandlung meist geholfen werden.

Therapeutisch muss, wie bei jüngeren Patienten, das Ziel sein, die eigentliche Ursache hinter dem Symptom zu finden, um eine spezifische Behandlung zu ermöglichen.

Schwindel tritt bei älteren Patienten so häufig auf, dass dies oft als normales Altersphänomen verkannt wird. Gleichzeitig werden oft Nackenprobleme oder arteriosklerotische Veränderungen für den Schwindel angeschuldigt, ehe eine genaue Krankengeschichte oder eine genaue Untersuchung durchgeführt wurde.

Bei den meisten älteren Menschen nimmt der Schwindel zu, weil mit dem Alter immer mehr Teile des Gleichgewichtssystems erkranken können. Auch ohne große Auffälligkeiten können viele kleinere Schäden gemeinsam zu einer doch beträchtlichen Einschränkung des Gleichgewichtsvermögens führen:

So kann eine kleine Sehstörung zusammen mit einer abgeschwächten Empfindlichkeit der Körpereigenfühler und/oder einem kleinen Ausfall im Gleichgewichtsorgan einen so genannten „multisensorischen Schwindel“ auslösen. Dieser kann dann als Schwankschwindel oder als ein meist diffuses, vages Gefühl von den Betroffenen wahrgenommen werden.

Hinzu kommt oft die Angst vor Schlimmerem, etwa vor Stürzen. So meiden viele alte Menschen zunehmend das Sich-Fortbewegen überhaupt. Indem sie das Aus-Üben unterlassen, wird ihr Gleichgewichtssystem geschwächt – und zwar auch ohne Körperschaden. Dann können schon kleinere, eigentlich banale Störungen der Raumorientierung tatsächlich zu Schwindel, zu Stolpern und schließlich auch zu Stürzen führen. Gleichzeitig kann im Alter das Netz der sozialen Beziehungen immer dünner werden.

So gibt es für alte Patienten zunehmend weniger vertraute Personen in ihrer Umgebung, die ihnen helfen könnten.

Der gutartige Lagerungsschwindel dürfte eines der häufigsten Verursacher für einen Schwindel bei älteren Patienten sein. Die Behandlung beim älteren Menschen kann aus verschiedenen Gründen schwierig sein. Zum Einen zeigen die Patienten eine verminderte Nackenbeweglichkeit, die Probleme machen kann bei einer Lagerung. Weiter kann es zu Blutdrucksproblemen - manchmal mit Ohnmachtserleben - und zu viel Angst, kommen.

ausführlich siehe: <http://www.drhschaaf.de/Lagerungsschwindel.pdf>

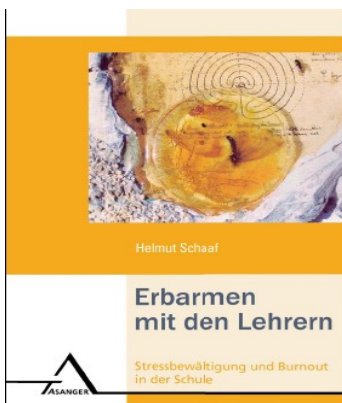
Blutdruckschwankungen und -probleme betreffen bis 30 % der älteren Patienten. Manchmal treten die Blutdruckschwankungen nur nach dem Essen auf. Die normale Blutdruckmessung ist mit vielen Fehlern verbunden. Eine (1) Messung im Sitzen sagt nur wenig über die dynamischen Regulationsprozesse während einer Lageveränderung aus.

Medikamenteninduzierte Übelkeit

Viele ältere Menschen nehmen – verordnet - oft mehr als drei Medikamente gleichzeitig (hinzu kommen noch die, die meist nicht bekannt sind). Unnötige Verschreibungen, Unkenntnis der möglichen Interaktionen sowie eine Unterschätzung des veränderten Stoffwechsels verstärken den häufigen Schwindel. Dabei fördern verschiedene Medikamentennebenwirkungen wie Sedierung, Verlangsamung der Reaktion und Gleichgewichtsstörungen die Fallneigungen.

Zusammenfassung:

Auch ältere Patienten können ihre Gleichgewicht verbessern, aber sie benötigen eine spezielle Aufklärung und Ermutigung



H. Schaaf:
Erbarmen mit den Lehrern.
Asanger Verlag 2008. 109 S.

Die, die auszogen, das Lernen zu lehren, mussten oft erfahren, dass sie auch das Fürchten kennen lernen mussten. ...

Lehrer sollen in einer zunehmend beziehungsverwahrlosten Gesellschaft auch noch Sozialarbeiter, Streetworker, Psychologen, Philosophen, Wertevermittler, lebendige Vorbilder und engagierte Freizeitgestalter sein, um nur einige der ihnen inzwischen angedienten Aufgaben zu nennen.

Daraus resultiert eine Aufgabenstellung, die kaum jemand allein adäquat ausfüllen kann.

Wie kommen unsere Gehörknöchelchen ins Mittelohr ?

Wenn wir uns die Frage stellen, wie sich aus einem Sammelsurium von Möglichkeiten, Wegen, Umwegen, realen und scheinbaren Fehlentwicklungen ein so hoch entwickeltes Sinnesorgan wie das Hörorgan entwickeln konnte, oder warum wir als Menschen auch noch unter Schluckauf leiden müssen, kann Entwicklungsgeschichte faszinierend werden.

Wenn sie dann auch noch spannend dargeboten wird wie von dem Paläontologe Neil Shubin, dann trifft Erkenntnis auf Spannung. Die dabei mit Stolz vorgetragene Rahmenhandlung setzt sich aus der langen Suche und schließlich dem sensationellen Fund eines Fossiles zusammen, das – noch mit Fischkörper, aber schon mit beweglichem Hals und schmalen Kopf - den evolutionären Übergang von den Fischen zu den Landwirbeltieren belegt.

Den roten Faden aber bildet die Geschichte von der Entwicklung der Körperpläne, den Verwirrnissen der Evolution und vor allen Dingen den Übergängen vom Wasser- zum Landleben wie von den Reptilien zu den Säugetieren. Dabei wurde vieles ausprobiert und verändert. Nur komplette Unterbrechungen waren nicht mit der Weiterentwicklung vereinbar, so dass alles einmal bewährte ggf. abgewandelt, umgeformt und mit neuen Funktionen mitgeschleppt werden musste, bis hin zum Schluckauf

Im Mittelohr treffen mit den drei Gehörknöchelchen auf kleinstem Raum die evolutionären Übergänge vom Wasser aufs Land (von den Fischen zu den Reptilien) und von den Reptilien zu den Säugetieren aufeinander. Exklusiv für Säugetiere ermöglicht diese Kette der kleinsten Knochen eine Verstärkung des – durch die Luft - ankommenden Schalls. Reptilien und Amphibien können nur ein Gehörknöchelchen aufweisen. Bei den Fischen finden sich „Ohren“ und dazugehörige Knochen überhaupt nicht.

Woher stammen unsere Mittelohrknochen?

Dieser Frage ging erstmalig Karl Reichard 1827 nach und stellte – noch in Unkenntnis der Ideen Darwins - mit Erschrecken und Verwunderung fest, dass zwei Ohrenknochen der Säugetiere zwei Anteilen des Kiefers bei den Reptilien entsprachen.

Dies wurde 1910 und 1912 von Ernst Gaupp aufgegriffen, der mit den Kenntnissen seiner Zeit über die Evolution feststellen konnte, dass Hammer und Amboss aus Knochen hervorgegangen sind, die sich bei Reptilien am hinteren Ende des Kiefers befinden und aus dem 3. Kiemenbogen entspringen, die so die Verbindung zwischen Reptilien und Säugetieren offenbaren.

Woher kommt der Steigbügel?

Beim direkten Anblick kommt man kaum auf die Idee, dass der winzige Steigbügel im Mittelohr der aus dem .zweiten Kiemenbogen abstammende Hypomandibula im Oberkiefer eines Fisches, einem Knochen, der den Kiefer mit dem Hirnschädel verbindet, entspricht.

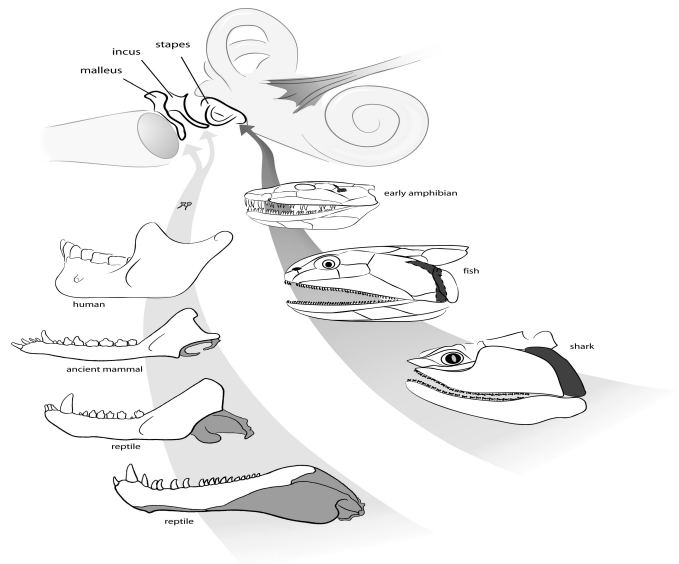


Abb. aus dem Buch mit freundlicher Genehmigung von, S. Fischer Verlag

Erschwerend kommt hinzu, dass Fische gar keine Ohren aufweisen, da - anders als in der Luft - hohe Frequenzen nur sehr schlecht weitergeleitet werden und so kaum „gehört“ werden könnten.

Fische orientieren sich eher „führend“ an tiefen Frequenzen, was den Teil der Entwicklungsgeschichte erklärt, warum einem Teil des Gleichgewichtsorgans ein Fortsatz zur Hör-Schnecke werden konnte.

Unser Mittelohr enthält Spuren von zwei großen Übergängen in der Evolution.

Die Entstehung des Steigbügels und die Verwandlung von einem Kieferknochen zu einem Hörknochen begann, als die Fische erstmals an Land gingen und nun die Luft als Herausforderung für die Sauerstoffversorgung, aber auch als Weiterleitungsmedium hinzukam. Nun wurde evolutionär der belohnt, der schon auf weitere Entfernungen durch Geräusche alarmiert oder durch – jetzt hohe - Töne informiert wurde. Dabei wurde der für die Aufgaben auf Land so auch nicht mehr benötigte Kieferknochen bei den Amphibien immer kleiner, bis er schließlich in der neuen Position als Verstärker von Luft-Wellen und für das Hören eine Rolle spielt.

Wozu brauchen wir noch einen Schluckauf?

Hier soll nicht verraten werden, welchen Sinn ursprünglich der Schluckauf hat und warum er uns dennoch begleitet, sondern es soll Lust gemacht werden auf das Lesen des Buches:

Shubin, Neil:

Der Fisch in uns.

Eine Reise durch die 3,5 Milliarden Jahre alte Geschichte unseres Körpers. | 288 S., S. Fischer V

Neurootologisch-psychosomatische Habituationstherapie

Eine wirksame Tinnitusstherapie bei der Behandlung eines mit psychischer Komorbidität einhergehenden Tinnitus muss auf einem tiefen Verständnis vernetzter und kontrollierter Hörverarbeitung basieren.

Wesentliche Grundelemente für eine effiziente Therapie sind:

Fundierte neurootologische und psychologische (psychosomatische) Diagnostik

Individuell angepasste Aufklärung und Beratung des Patienten

Nutzung hörverbessernder Maßnahmen, besonders Anpassung moderner Hörgeräte, ggf. auch Rauschgeräte

Hörtherapie zur Verbesserung der Hörwahrnehmung und der Störgeräuschunterdrückung

Psychosomatische Stabilisierung, kognitiv verhaltenstherapeutische oder integriert tiefenpsychologische Bearbeitung der zugrundeliegenden oder begleitenden psychischen Erkrankung zur Verhaltens- und Einstellungsänderungen („Stressabbau“)

Entspannungsverfahren

Bewegungsverfahren

Indiziert ist dabei ein stufenweises Angebot unter Berücksichtigung der Schwere der Erkrankung, der konkreten Hörsituation und der – häufig von der Kommunikationsfähigkeit abhängigen – psychischen Situation.

Individuell angepasste Aufklärung und Beratung

Das Counseling versteht sich als individuelle Beratung des Patienten, in der er über Eigenschaften, Genese und Prognose des Tinnitus aufgeklärt wird.

Schon die Aufklärung über die Hörwahrnehmung und das Aufzeigen nachvollziehbarer Wirkfaktoren in einem stimmigen Bedingungsmodell haben in der Regel angstmindernde Effekte.

Der Patient sollte ein Modell vermittelt bekommen, wie sein Tinnitus entstanden ist und mit welchen anderen Symptomen oder Störungen des Hörsystems er korreliert.

Der Patient sollte auch verstehen, welche Fähigkeiten auditiver Verarbeitung er hat, um zu kompensieren und zu habituierten.

Behandlung und Versorgung einer Schwerhörigkeit

Die Auseinandersetzung mit (einer häufig ebenfalls vorliegenden) Schwerhörigkeit und die Versorgung etwa mit einem Hörgerät ergänzen die Beratung und sind logische Folge einer fundierten neurootologischen Diagnostik.

Dann ermöglicht eine indizierte Hörgeräteversorgung eine deutlichere Verbesserung der Habituation.

Dabei optimiert eine suffiziente Hörgeräteversorgung die Kommunikationsfähigkeit, die Anstrengung beim Hören und kompensatorische Verstärkungseffekte lassen nach, zugleich wird die Hörbahn mit Redundanz versorgt.

Rauschgeräte

Falls kein wesentlicher Hörverlust besteht und besonders bei Hyperakusis können den Patienten so genannte *Rauschgeräte*, *Rauschgeneratoren* oder *Noiser* verordnet werden.

Hörtherapie

Aktive Therapie und Mitarbeit des Patienten heißt dabei aktives Hören, sinnliche Erfahrung von Hörerlebnissen. So kann die Erfahrung, dass der Tinnitus nur vordergründiges Symptom ist und eine begleitende Hörminderung mehr einschränkt, nur in konkreten hörtherapeutischen Angeboten erfasst und bearbeitet werden.

Besonders eine – primär in der Regel abgelehnte – Hörgeräteversorgung kann durch aktives Üben und angeleitete Hörerlebnisse entscheidend verbessert und erfolgreich durchgeführt werden.

Die Hörtherapie hat die Aufgabe, die Fähigkeiten der auditiven Wahrnehmung zu verbessern und diese besser nutzen zu können. Plastische Prozesse der Umformung im neuronalen Netzwerk sind weiter möglich:

Generell sollen in der Wahrnehmungs- und Habituationstherapie für die Patienten neue Strategien und Denkansätze im Umgang mit Tinnitus, der Geräuschempfindlichkeit und Hörverlust aufgezeigt und eine Stärkung der efferenten Kontrolle erlernt werden.

Zur Hörtherapie finden sich ausführliche Darstellungen im dem aktuellen Buch Hesse: Tinnitus. Thieme Verlag und zum downloaden unter

[http://www.drhschaaf.de/Hoertherapie Uebungen.pdf](http://www.drhschaaf.de/Hoertherapie%20uebungen.pdf)

**Ohr und Hörinstitut Hesse(n)
Tinnitus Klinik Dr. Hesse
im Krankenhaus Bad Arolsen
Grosse Allee 50**

34454 Bad Arolsen

www.tinnitus-klinik.net * www.ohrinstitut.de

email: info@tinnitus-klinik.net

Selbsthilfegruppen
Deutsche Tinnitus-Liga e. V.
www.tinnitus-liga.de



Sekretariat: Frau Kaiser: 05691/800-330

Fax: 05691/800-329

Redaktion: Dr. Schaaf, PD Dr. Hesse (V.i.S.d.P)



Nachdem Dr. Hesse aus der Tinnitus-Klinik in der Großen Allee ausgeschieden war, weil er einen Konzerngedanken nicht mittragen konnte und wollte, ist er nun nach 20 Jahren da, wo er begonnen hat: im Krankenhaus. Und da sei er "so gut und herzlich empfangen worden", sagte er dankbar. Gestern hatte er die Türen für die Krankenhausmitarbeiter geöffnet, denn die hätten während der Renovierungszeit sicherlich "ein bisschen gelitten".

Ihm gefolgt ist Dr. Helmut Schaaf, Leitender Oberarzt und ärztlicher Psychotherapeut sowie Diplompsychologin Patricia Geißler. "Wir haben hier ein ganz tolles Team", sagte Dr. Hesse und ist stolz auf seine acht Mitarbeiter. Passend zur Eröffnung ist auch Dr. Hesses Buch "Tinnitus" erschienen, das laut Chefarztsekretärin Ruth Kaiser bereits "ein Renner in der Fachwelt" sei. Zwar ist das Hesse-Team schon startklar und ab heute werden Patienten in der ambulanten Sprechstunde erwartet, die offizielle Eröffnung ist aber erst am 17. Dezember. Ab Januar werden Patienten auch stationär behandelt.

Kontakt:

Telefon 05691 / 800 330, Fax 05691 / 800329,

E-Mail: info@tinnitus-klinik.net, www.tinnitus-klinik.net, www.ohrinstitut.net.

