



„Unmet medical needs“ in der HNO-Heilkunde

Helmut Schaaf · Georg Kastellis · Gerhard Hesse

Tinnitus Klinik Dr.Hesse am Krankenhaus BadArolsen, Bad Arolsen, Deutschland

Zusammenfassung

Unerfüllte medizinische Wünsche und die daraus resultierenden Enttäuschungen sind oft infrastrukturell bedingt und Folge von unzureichenden Angeboten oder auch nur begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen in einer Kassenarztpraxis. Sie unterliegen dabei nicht unbedingt der individuellen Therapiekompetenz des HNO-Arztes oder der HNO-Ärztin. Anders gestaltet es sich bei unerfüllten medizinischen Wünschen der Patienten, denen aus unterschiedlichsten Gründen, sei es wegen der Schwere der Erkrankung oder wegen der besonderen, überwiegend psychosomatischen Konstellation, nicht ausreichend geholfen werden kann. Dann kann es zu Enttäuschungen und unerfüllten Erwartungen auf beiden Seiten kommen. Dieser Artikel legt den Fokus auf die Erkrankungen, bei denen kein eindeutiger organischer Befund und damit auch keine klare, etwa chirurgische oder medikamentöse Behandlungsoption besteht, oder die, bei denen der organische Befund zwar fassbar ist, aber das dahinterstehende Leiden nicht ausreichend erklärt. Dann sind eingeleitete Therapiemaßnahmen nicht ausreichend und stellen die Patienten nicht zufrieden. Die Patientin oder der Patient fühlen sich unverstanden, was die Beziehung zwischen Arzt und Patienten belastet. Hilfreich ist hier ein grundlegendes psychosomatisches Verständnis auch vordergründig organisch fassbarer Beschwerden, sowohl durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte als auch durch die Patientinnen und Patienten. Nur dann kann das Symptom auch als möglicher Ausdruck einer psychogenen Not verstanden und erkannt werden, um dann die notwendigen Weichen zu einer kausalen Therapie zu stellen. Dies wird im Beitrag reflektiert, und Vorschläge zum Umgang mit der Thematik werden besonders am Beispiel des Leidens am Tinnitus gemacht.

Schlüsselwörter

Tinnitus · Psychosomatische Krankheiten · Psychosomatische Medizin · Medizinische Infrastruktur · Neurootologie

In diesem Beitrag

- HNO-Heilkunde und medizinische „Wünsche“
- Somatisierungsstörungen
- Aus Patientensicht: „Jetzt haben Sie auch nichts gefunden“
- Empathische Kontakte, gründliche Diagnostik

Frage 1: „Welche Beschwerden haben Sie?“ • Frage 2: „Wann war das Symptom zum ersten Mal da, was hat die Beschwerden ausgelöst, welche Ereignisse traten zeitgleich damit auf?“ • Frage 3: „Hat sich in dieser Zeit in Ihrem Leben etwas Wesentliches verändert?“ • Frage 4: „Haben Sie schon früher Probleme mit dieser Erkrankung gehabt?“ • Frage 5: „Was haben Sie bisher unternommen?“ • Frage 6: „Wie stellen Sie sich die Behandlung vor?“
- Emotionale Ebene in der Arzt-Patienten-Beziehung
- Balint-Gruppen
- Hilfreiches in der Behandlung psychosomatischer Erkrankungen
- Beispiel: Tinnitus-Leiden

Counseling • Interventionen gegen den Hörverlust

„Frage nicht (nur), welche Krankheit die Person hat, sondern (zumindest auch) welche Person die Krankheit hat.“ So lehrte der antike Arzt Hippokrates

Unerfüllte Wünsche, speziell in Bezug auf eine Gesundheitsversorgung, werden in den letzten Jahren vermehrt diskutiert. Auf dem HNO-Jahreskongress 2023 in Leipzig waren sie ein zentrales Thema für das gesamte HNO-Fachgebiet. In Bezug auf HNO-Erkrankungen, die einen hohen psychosomatischen Bezug haben, ist besonders das Leiden am Tinnitus hervorzuheben.

Unerfüllte *medizinische* Wünsche („unmet medical needs“) müssen differenziert werden in Wünsche aus Patientensicht (Wunsch nach Heilung und Verbesserung der Lebensqualität), aus sozialer Perspektive (fundamentale Verbesserungen in der Gesundheit der Gesellschaft, besserer Umgang mit etwa Pandemien) und aus Perspektive des Gesundheitssystems (gute Ressourcenallokation, bessere Kosteneffizienz). In den meisten Fällen sind diese Wünsche aber nicht kongruent.

Wir wollen uns in dieser Übersicht konzentrieren auf unerfüllte medizinische Wünsche der Patientinnen und Patienten



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

und ihrer Ärztinnen und Ärzte, besonders im Hinblick auf HNO-Erkrankungen, die einen psychosomatischen Hintergrund haben bzw. durch psychische Komorbiditäten verstärkt werden. Nach einer Übersicht aus Belgien haben 52,45 % der Befragten unerfüllte medizinische Wünsche, es handelt sich also um ein sehr häufiges Phänomen [15], auch wenn konkrete und vergleichbare Zahlen für das HNO-Fachgebiet bislang nicht erhoben wurden.

HNO-Heilkunde und medizinische „Wünsche“

Die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde hat ihre Stärken, wenn auf der Grundlage einer ausreichenden Diagnostik organische Befunde erhoben werden können und – im Idealfall – evidenzbasierte Therapien weiterhelfen. Günstig ist, wenn diese verordnungsfähig sind und nicht allein schon Unzufriedenheit aufkommt, weil entsprechende Therapien rein fiskalisch oder aufgrund infrastruktureller Mangelsituationen schwer oder gar nicht verfügbar sind.

» Tragisch wird es, wenn Erkrankungen zwar erkannt, aber eben doch nicht geheilt werden können

Tragisch oder zumindest schwierig wird es, wenn Erkrankungen zwar erkannt, aber eben doch nicht geheilt werden können, entweder weil sie – wie bestimmte Tumorerkrankungen – eine infauste Prognose haben oder mit den Mitteln der organomedizinischen HNO-Heilkunde nicht therapierbar sind. Dazu können etwa Krankheitsbilder mit einem hohen psychogenen Anteil gehören wie

- Globusgefühle,
- Schluckstörungen,
- Stimm- und Sprechstörungen,
- Hörstörungen,
- das Leiden am Tinnitus,
- Schwindelerscheinungen ohne ausreichend erklärendes organisches Korrelat.

Ausführlich aufgelistet werden diese und weitere Erkrankungen mit psychosomatischen Bezügen in einer Übersicht [12, 24].

Dabei bieten die in der HNO-Heilkunde angesiedelten, auf Kommunikation und Wahrnehmung spezialisierten Sinne, sich geradezu an, „Seelisches auszudrücken“, wenn dies nicht adäquat „zur Sprache“ oder zu „Gehör“ kommen kann. Seelische Erkrankungen, insbesondere Depressionen und Angsterkrankungen, sind so häufig, dass sie auch im Bereich der HNO-Heilkunde auftreten müssen. Wenn sich – vereinfacht – Seelisches nur oder überwiegend körperlich ausdrücken kann, handelt es sich oft um eine „somatoforme Störung“. Nach Hoffmann (1986) sind bei ca. 2 Drittel der HNO-Patienten u. a. funktionelle und psychosomatische Störungen zu finden [10].

Somatisierungsstörungen

Nach ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) werden Störungen und Krankheitsbilder, die ohne organische Schädigungen einhergehen, als Somatisierungsstörungen F 45.0, somatoforme Funktionsstörungen F 45.3 und oft synonym als „funktionelle Symptome“ gelistet. Quasi definitionsgemäß haben die Patienten bei dieser Störung keinen Zugang zu ihren innerpsychischen Konflikten und verursachen die körperlichen Symptome nicht willentlich. Verbunden mit diesen Beschwerden ist bei den Patienten die stark ausgeprägte Überzeugung oder Befürchtung, dass die Beschwerden ursächlich auf eine organische Krankheit zurückgehen. Dies führt auch dazu, dass psychische Beschwerden (z. B. Depressionen oder Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen) als Körperbeschwerden erscheinen, da sie vom Betroffenen als psychische Folge der Körperbeschwerden oder selbst als körperlich verursacht angesehen werden.

» Mit diesen Symptomen drückt sich Seelisches körperlich aus, ohne dass die Botschaft verstanden wird

Zentral ist dabei oft eine „im Symptom“ gebündelte oder durch das Symptom und seinen Umgang damit vermiedene Angstempfindung. Diese kann sich über das HNO-Symptom hinaus auch zeigen in ner-

vöser Unruhe, Schlaflosigkeit, Schwitzen, Herzklopfen, Schmerzen oder Kopfdruck.

Mit diesen Symptomen drückt sich Seelisches körperlich aus, ohne dass die eigentliche seelische Botschaft vom Betroffenen verstanden wird oder werden kann. Wie es zu Somatisierungsstörungen und einer „Resomatisierung“ kommen kann, ist an anderer Stelle ausführlicher beschrieben [3, 22].

Unter psychosomatischen Erkrankungen, bei denen das Krankheitsbild – wie besonders deutlich beim Leiden am Tinnitus – in seiner unmittelbaren pathophysiologischen Fundierung organisch bedingt ist, kann man Phänomene zusammenfassen, bei denen psychische Faktoren bei der Entstehung, Veränderung oder Aufrechterhaltung in erheblicher Weise wirksam werden [11]. So bestimmen auch psychogene Reaktionen, etwa bei schweren Karzinomerkkrankungen, akuten und chronischen Hörbeeinträchtigungen oder dem M. Menière das Krankheitsbild zumindest wesentlich mit [12, 22, 24].

Aus Patientensicht: „Jetzt haben Sie auch nichts gefunden“

Wenn nach aufwendiger Diagnostik bei der Auswertung aller Untersuchungen keine hinreichende somatische Ursache gefunden wird, fühlen sich die Hilfesuchenden in ihrer spürbaren Not oft ärztlich „im Stich gelassen“ – und die Ärzte sehen sich oft in Erklärungsnot.

Dabei geraten die Ärztinnen und Ärzte nicht selten unter emotionalen Druck, dennoch „etwas“ in ihrem Kompetenzbereich machen zu müssen. Dann sind ausgerechnet diese Patienten besonders gefährdet für eine zusätzliche iatrogene Fixierung, weil sie jede medizinische Maßnahme „dankbar“ annehmen. So durchlaufen Somatisierungspatienten oft eine Odyssee an Arztbesuchen. Viele werden dann über Monate bis Jahre falsch und v. a. sinnlos behandelt (Injektionen von Lokalanästhetika, Infusionsbehandlungen mit durchblutungsfördernden Mitteln bis hin zu Operationen etwa durch Kieferorthopäden beim Tinnitus). Letztlich führt dies zu einer weiteren Fixierung auf eine organische Ursache und zu sekundären Konditionierungsmechanismen, die die Chronifizierung zusätzlich begünstigen und ei-

ne Symptomhabituation definitiv verhindern.

Dies ist eine für beide Seiten unbefriedigende Situation – sowohl für den enttäuschenden und zugleich enttäuschten Arzt als auch für den letztlich fehlbehandelten Patienten.

Empathische Kontakte, gründliche Diagnostik

Besonders im Erstkontakt entscheidend ist eine offene Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten und die Einordnung der apparativen Diagnostik in die Gesamtschau aus Anamnese, klinischen und apparativen Befunden [5].

» Wünschenswert und hilfreich wäre eine erweiterte Diagnostik

Wünschenswert und hilfreich, wenn auch kaum im Rahmen einer normalen Kassenarztpraxis vorstellbar, wäre eine erweiterte Diagnostik, wie sie etwa Decot (2005) speziell für HNO-Ärzte vorgeschlagen hat [4]. Dazu hat sie 6 Fragen konzipiert, um die körperlichen und körperlich empfundenen Symptome in einen verstehbaren Zusammenhang mit der Lebensgeschichte und der emotionalen Situation zu bringen.

Frage 1: „Welche Beschwerden haben Sie?“

Die Schilderung soll in den eigenen Worten des Patienten erfolgen – „ich leide an ...“ und nicht „ich habe ... eine Diagnose“. Der Arzt achtet hierbei darauf, wie der Patient sich selber darstellt und welche Emotionen im Hintergrund zu spüren sind („ich bin verunsichert“, „ich leide“ ...). Unbewusst macht das der Arzt auch so, hier wird ein bewusstes Wahrnehmen erbeten.

Frage 2: „Wann war das Symptom zum ersten Mal da, was hat die Beschwerden ausgelöst, welche Ereignisse traten zeitgleich damit auf?“

Es wird nach Verschlechterungen oder Besserungen gefragt. Hier gilt es für den Arzt oft geduldig zu sein, wenn Patienten zunächst „das weiß ich nicht mehr“ sagen oder „es ist immer gleich schlimm“. Der

Arzt kann zu diesem Zeitpunkt mit seiner körperlichen Untersuchung beginnen und dabei das Gespräch mit dem Patienten weiter fortführen. Auch wenn Patienten bereits auf den ersten Blick psychisch krank erscheinen, darf auf eine organische Abklärung der Beschwerden nicht verzichtet werden.

Frage 3: „Hat sich in dieser Zeit in Ihrem Leben etwas Wesentliches verändert?“

Diese Frage forscht nach der individuellen Lebenssituation des Patienten zum Zeitpunkt des Beschwerdebegins. Krankmachende Faktoren können im biologischen, psychischen und sozialen Bereich liegen. Der Arzt achtet hier auf mögliche Verbindungen zwischen Erkrankung und lebensgeschichtlichen Krisen (Jobverlust, Scheidung, Tod einer Bezugsperson).

Frage 4: „Haben Sie schon früher Probleme mit dieser Erkrankung gehabt?“

Welche Krankheitserfahrung hat der Patient mit der Erkrankung, hatte er z. B. schon immer Probleme mit dem Symptom oder haben auch die Eltern schon unter dem oder einem vergleichbaren Symptom gelitten? Hier wird die lebens- und familiengeschichtliche Einordnung aus der Sicht des Patienten deutlich.

Frage 5: „Was haben Sie bisher unternommen?“

Was hat der Patient bisher getan, um wieder gesund zu werden, welche Bewältigungsstrategien (Coping) hat er bereits entwickelt? Wie erfolgreich war er damit? Bei wie vielen Kollegen wurden bereits Behandlungsversuche unternommen?

Frage 6: „Wie stellen Sie sich die Behandlung vor?“

Mit dieser Frage wird die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit thematisiert. Einen Patienten ohne Compliance zu behandeln ist sinnlos, ihn beispielsweise ohne vorherige eigene Motivation zum Psychotherapeuten zu schicken, ist meistens erfolglos.

Wenn das von Decot [4] vorgeschlagene Vorgehen nicht durchführbar ist, helfen oft schon 2–3 min wirklichen Zuhörens mit der Aussicht, etwa quartalsweise wiederkommen zu dürfen, wenn die Patienten „psychisch überlagert“ erscheinen.

Emotionale Ebene in der Arzt-Patienten-Beziehung

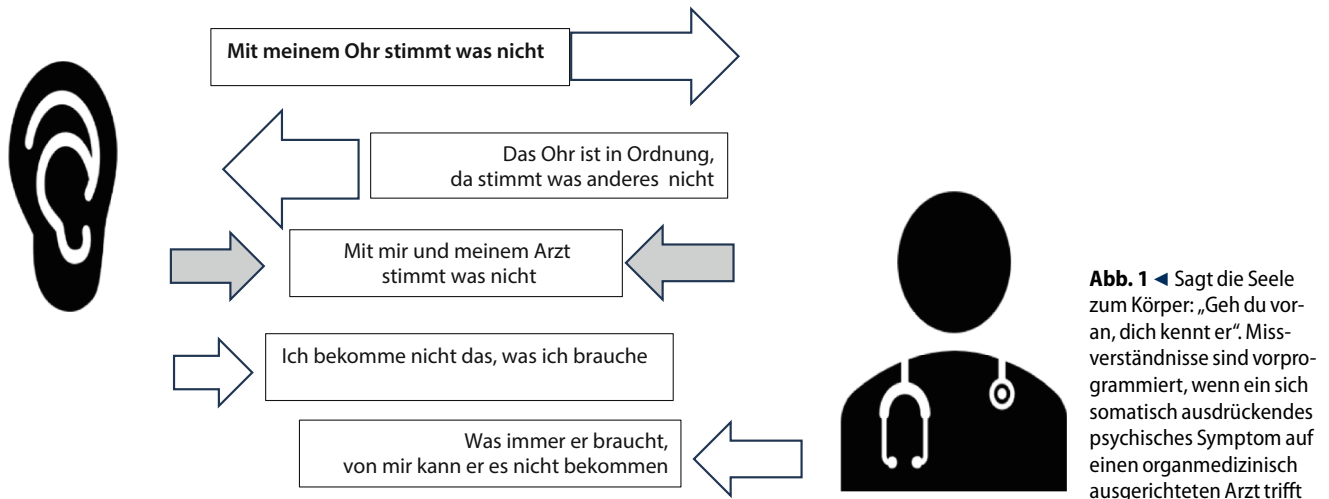
Auch in der HNO-Heilkunde lösen Menschen in dem Moment, in dem sie in Kontakt treten, Gefühle aus. Diese werden – ohne dass man darüber bewusst nachdenkt – in Millisekunden mit Situationen abgeglichen, die schon einmal erlebt und/oder erlitten wurden. So kommt es wahrscheinlich in jeder Lebenssituation zu „Übertragungen“ des schon Bekannten auf das (noch) Unbekannte. Daraus resultieren oft „Verwechslungen“ und damit möglicherweise unangemessene Reaktionen.

» Ärztinnen und Ärzte werden oft verwechselt mit der erwarteten Funktion

Ärztinnen und Ärzte werden oft verwechselt mit der erwarteten Funktion. Manchmal sind es Verwechslungen mit einem Handwerker, der „wegmachen“ soll. Oft ist es aber auch die Übertragung auf einen Zauberer oder eine magische Fee, die wie im Märchen, „wo sich das Wünschen noch lohnte“, das Symptom verschwinden lassen soll. Da auch Ärzte und Ärztinnen Menschen sind, geschieht ihnen das Gleiche mit ihrem Gegenüber (Gegenübertragung). So nehmen auch Patientinnen und Patienten Einfluss auf deren Gefühle und lösen Mitleid, aber auch Ärger, Fürsorge oder Ablehnung, Wertschätzung oder Verachtung aus. Das beeinflusst, wenn auch meist unbewusst, das Handeln und den Umgang mit den Patienten und Patientinnen (▣ Abb. 1).

Balint-Gruppen

Eine Reflexion über die Interaktionen mit Patientinnen und Patienten findet in der sog. Balint-Gruppenarbeit statt. Michaël Balint (1896–1970) hat sich in den 1950er-Jahren mit der Beziehung von Ärzten und ihren Patienten auseinandergesetzt [1, 17]. Es ging ihm dabei v. a. darum, unbewusste



Prozesse, die in der Interaktion zwischen beiden ablaufen, verstehen zu lernen und für die Ärzte begreifbar zu machen. Auf die Idee, dass diese Beziehung relevant sein könnte, kam er durch die Beobachtung, dass der Heilerfolg bei derselben Krankheit mit denselben Medikamenten bei unterschiedlichen Ärzten verschieden ausfiel. Daraus schloss er, dass die Beziehung zwischen Arzt und Patient zumindest einen bedeutenden Einfluss auf den Behandlungserfolg hat. Folgerichtig nahm er an, dass durch ein Reflektieren schwieriger Situationen mit anderen Ärzten eine Beziehungsgestaltung verbessert werden könnte.

Etabliert hat sich, dass in Arbeitsgruppen von 8–12 Kollegen und Kolleginnen im Zeitraum von 90 min eine Begegnung, ein Erlebnis oder ein Problem dargestellt wird. Dabei schildert ein Kollege aus seiner Sicht, was ihm – in einer Begegnung mit einem Patienten – widerfahren ist oder was ihm noch nachhängt. Er beschreibt dies subjektiv aus seiner Erinnerung, (möglichst) ohne Aufzeichnungen oder Krankenkartei. So kann ein erlebnis- und gefühlsnaher Eindruck vom Referenten, vom Patienten und von ihrer Beziehung zueinander entstehen. Wenn dabei Sachfragen offenbleiben, kann der Kollege noch in einem begrenzten Rahmen befragt werden. Sodann zieht er sich aus dem Stuhlkreis ein Stück weit zurück und beobachtet die weitere Arbeit „von außen“.

Die Balint-Arbeit bietet so ein Stück Selbsterfahrung und die Möglichkeit, bewusster die Interaktion mit dem Patienten und dessen Erleben wahrzunehmen. Da-

durch erschließt sich auch oft der Einfluss von psychischen und sozialen Faktoren, die sich in einer Krankheit und dem Umgang mit einer Erkrankung ausdrücken. Das muss nicht in psychotherapeutisches Handeln umgesetzt werden, soll aber sehr wohl dem besseren Verständnis dienen, auch damit man weiß, um was es beim nächsten Kontakt gehen könnte.

Im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung (mindestens 15 Doppelstunden) sind es die Balint-Gruppen, die wesentlich helfen, in der Arbeit mit den Patienten die emotionale Sicherheit zu schulen und eigene Anteile kennenzulernen (ausführlicher s. [17]).

Hilfreiches in der Behandlung psychosomatischer Erkrankungen

Was könnte hilfreich in der Behandlung psychosomatischer Erkrankungen sein? An die erste Stelle gehört eine gute, entängstigende – auch medizinische – Aufklärung. Diese sollte möglichst anschaulich, auch mit Schaubildern erfolgen. Das Ergebnis der Untersuchungen sollte dem Patienten in verständlicher Form („Die Prüfung hat einen normalen Befund ergeben.“ und nicht „Sie haben nichts.“) mitgeteilt werden. Dabei sollte weniger das „nicht Gefundene“ und „eventuell Pathologische“ betont werden, sondern das weiter vorhandene und funktionsfähige Gesunde. Eine zusätzliche Vor- und Nachbereitung – inzwischen zahlreicher – verständlicher Patientenratgeber kann dies oft sinnvoll und nachhaltig unterstützen (z. B. [18, 20]).

Ungünstig demotivierend sind verbal, aber auch nonverbal vermittelte Botschaften wie: „Stellen Sie sich nicht so an!“. Günstig ist hingegen, wenn auch aufgrund der eigenen – therapeutischen Einsicht – die notwendige Sicherheit vermittelt werden kann, dass für die Bewältigung eine gute Grundlage vorhanden ist.

» Schon die Aufklärung über das mögliche Wirkgeschehen kann angstvermindernde Effekte haben

Hinsichtlich der psychogenen Komponenten kann schon die Aufklärung über das mögliche Wirkgeschehen angstvermindernde Effekte haben. Dabei ist die Unterscheidung zwischen strukturellen und funktionellen Störungen wichtig, etwa bei Störungen des vestibulären Systems. Hierfür können je nach Gesprächssituation auch Metaphern verwendet werden (z. B. „Hardware“ für ein strukturelles Defizit und „Software“ für ein funktionelles Problem). Oft ist es hilfreich, die Begriffe „strukturell“ und „funktionell“ zu verwenden anstatt wie früher „organisch“ und „psychisch“ [5].

Besonders wichtig ist dabei, dass Ärzte klar bleiben können und Doppelbotschaften („Sie haben nichts, aber ... nehmen Sie dieses Medikament“) vermeiden.

Rief und Hiller [16] haben – bei Somatisierungserkrankungen – u. a. folgende Hilfestellungen vorgeschlagen:

- Bestätigen Sie die Glaubhaftigkeit der Beschwerden.
- Sprechen Sie frühzeitig an, dass die wahrscheinliche Ursache für die Be-

schwerden keine schwere Erkrankung ist, sondern eine Störung der Wahrnehmung von Körperprozessen ist, wie sie oftmals unter Belastung oder Stress vorkommt.

- Bieten Sie ggf. weitere Erklärungsmöglichkeiten an.
- Stellen Sie Rückfragen und lassen Sie den Patienten das Gespräch zusammenfassen, um mögliche Informationsverzerrung beim Patienten zu erkennen.

Ziel ist, den Patienten zum Handeln und Üben zu ermutigen und aus der Vermeidung meist angstbesetzter Situationen und Handlung herauszuhelfen. Gelingt dies – anfangs möglicherweise auch nur in kleinen Schritten –, kann dies die Erwartungsangst wesentlich reduzieren und meistens damit auch schon das empfundene Symptom. Günstig ist, wenn man sich dabei auf eine ebenso evidenzbasierte wie praktikable Leitlinie verlassen darf.

Beispiel: Tinnitus-Leiden

Tinnitus als Phänomen und Symptom bezeichnet alle Formen von nicht durch äußere Schallquellen bedingten Hörwahrnehmungen, die auf einer verifizierbaren audiologischen Grundlage beruhen. Dabei lässt sich die subjektive Tinnituslautheit maximal 5–15 dB über der Hörschwelle bestimmen. Seltene Ausnahmen finden sich bei objektiven Tinnitusformen [9]. Im Praxisalltag präsentieren sich dabei die unterschiedlichsten klinischen Bilder von einem harmlosen Phänomen über eine bis dato nicht erkannte Schwerhörigkeit bis zu schweren psychischen Beeinträchtigungen, oft genug auch Mischbilder. Hier überschneiden sich objektivierbare Hörkonstellationen mit psychischen Prozessen „ohne ausreichend erklärenden organischen Befund“, die ein unterschiedliches Vorgehen erfordern.

Counseling

Anders als oft verzweifelt oder resignierend vermutet, gibt es dabei ebenso differenzierte wie hilfreiche Ansätze, die inzwischen als S3-Leitlinie beschrieben werden

[8, 13] und auch HNO-ärztlich wirksam werden können.

Dabei gipfelt das mit hoher Evidenz zu empfehlende Counseling in den Feststellungen:

Die Tinnituswahrnehmung ist real *und* (!):

- Der Tinnitus kann nie lauter als 10–15 dB (entspricht Blätterrascheln oder Computergeräusch) über der Hörschwelle bestimmt werden.
- Der Tinnitus kann nie von allein oder mit der Zeit lauter werden.
- Der Tinnitus wird eher mit der Zeit immer weniger laut wahrgenommen!
- Das Ohrgeräusch ist immer ein Symptom, meist einer Veränderung im Hörvermögen, weswegen eine Hörverbesserung oft schon allein hilfreich sein kann.
- Der Tinnitus kann nie der Grund für eine, ggf. weitere, Hörverschlechterung sein.
- Der Tinnitus kann allein nicht verrückt machen [9].

Damit entspricht das Counseling einer aufklärenden, psychoedukativen Erläuterung und der Darstellung von Umgangsstrategien mit dieser Hörwahrnehmung [23].

Das dies auch ambulant gelingen kann, haben Beyrau et al. beschrieben [2], wie es im Rahmen einer erweiterten Behandlung etwa in Kliniken durchgeführt werden kann, wird z. B. bei D'Amelio et al. [3] angeleitet.

Interventionen gegen den Hörverlust

Da in den meisten Fällen ein Hörverlust eine entscheidende Bedeutung bei der Entstehung von Ohrgeräuschen hat, besteht eine wesentliche Therapieoption darin, diesen Hörverlust auszugleichen. Dies kann in einigen Fällen (etwa bei Mittelohrschwerhörigkeiten) operativ geschehen, bei Vorliegen einer Innenohrschwerhörigkeit gelingt dies jedoch nach heutigem Kenntnisstand nur durch eine apparative Versorgung mit Hörgeräten oder bei stark ausgeprägter Hörminderung oder Ertaubung durch Cochleaimplantate. Selbst wenn der Hörverlust gar nicht als der Hauptstörfaktor empfunden wird, so kann doch ein Ausgleich dieses

Hörverlusts zu einer deutlichen Verringerung der Tinnituslautstärke und/oder der Tinnitusbelastung führen. [7, 9, 25].

Es gibt zunehmend mehr Studien zur Effizienz einer Hörgeräteversorgung bei Tinnitus [6, 13], die Leitlinie empfiehlt daher derartige therapeutische Interventionen. Bei Ertaubung oder hochgradiger an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit ist der Einsatz von Cochleaimplantaten für eine Verbesserung der Tinnitusbelastung bei guter Evidenz erwiesen [14].

» Es gibt zunehmend mehr Studien zur Effizienz einer Hörgeräteversorgung bei Tinnitus

Gerade in Bezug auf eine Versorgung mit Hörhilfen sehen wir in unserer Ambulanz und Klinik zu oft eine inadäquate Versorgung, was dann auf dieser Ebene wiederum zu „unmet medical needs“ führt.

Sehr häufig kann nach einer Ab- und Aufklärung (Counseling) und einer sachgerechten Hörunterstützung insbesondere Tinnituspatienten ohne psychische Zusatzbelastung ausreichend geholfen werden. Erklärt werden muss allerdings, warum der Tinnitus die Folge einer Hörstörung ist und nicht umgekehrt [19].

Bei Hinweisen auf eine bedeutende psychische Beteiligung sollten Patientinnen und Patienten erklärt bekommen, dass die wahrscheinliche Ursache für die Beschwerden auch eine Besonderheit der Wahrnehmung von Körperprozessen ist, wie sie oftmals unter Belastung oder Stress vorkommt.

Wenn der psychogene Anteil beim Leiden am Tinnitus überwiegt, wird eine Hörverbesserung allein nicht weiterhelfen können. Hier muss minimal der kognitive Anteil professionell, d. h. psychotherapeutisch, bearbeitet werden und oft genug auch der interaktionelle Anteil auf Grundlage der Biographie [22]. Aber auch dann ist eine Optimierung des Hörvermögens sinnvoll – u. a., weil auch Psychotherapie in wesentlichen Teilen über Hören und Zuhören gestaltet wird. Ungut und ein Missverstehen der Leitlinie Tinnitus wäre, den Patienten primär an den Psychotherapeuten zu verweisen. Hingegen kann bei einem gelungen Counseling auch die Grundlage für eine Überleitung und Akzeptanz psychischer Unterstüt-

zungsmöglichkeiten geschaffen werden [23].

Als kassenärztliche Leistung anerkannt sind die psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Psychotherapieverfahren. Dabei liegt es in der Natur der Somatisierungsstörungen, dass eine Psychotherapie nicht verordnet werden kann, sondern vermittelt und angenommen werden muss. Bei schwerer Dekompensation und wenn durch die Tinnitusbelastung die Lebens- und Gestaltungsfähigkeit stark eingeschränkt ist, wie auch bei schwerwiegenden Komorbiditäten, ist häufig eine ambulante Behandlung nicht ausreichend, dann sind auch teilstationäre oder stationäre Behandlungen möglich und erfolgreich [13, 21].

Und: Um nicht zu „unmet medical needs“ beizutragen, sollten unnötige Eingriffe und Bagatelldiagnosen, die den Patienten in seiner organischen Sichtweise der Erkrankung verstärken können, vermieden werden.

Fazit für die Praxis

- **Unerfüllte oder unerfüllbar medizinische Bedürfnisse entstehen oft dort, wo Patienten mit einer relevanten psychischen Belastung organmedizinische Abklärung und Abhilfe erhoffen und sich so Behandler und Behandelte auf 2 unterschiedlichen, aber missverständlichen Ebenen begegnen.**
- **Wird hinter der organischen Anfrage die psychische Komponente erkennbar und es sind beide in der Lage, damit umzugehen, öffnet sich eine Tür, um über die notwendige Organabklärung hinaus die notwendigen Schritte einzuleiten.**

Korrespondenzadresse

Dr. Helmut Schaaf

Tinnitus Klinik Dr.Hesse am Krankenhaus
BadArolsen
Große Allee 50, 34454 Bad Arolsen,
Deutschland
HSchaaf@tinnitus-klinik.net

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H. Schaaf, G. Kastellis und G. Hesse geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt.

Unmet medical needs in otorhinolaryngology

Unfulfilled medical wishes and the resulting disappointments often have infrastructural causes and are the result of inadequate services or limited available resources in a medical practice. As annoying as these might be, they can hardly be influenced by the individual therapeutic competence of the ENT physician. The situation is different in the case of unfulfilled medical wishes of patients who cannot be adequately helped for a variety of reasons, whether because of the severity of their illness or because of the particular, predominantly psychosomatic constellations. This can lead to disappointment and unfulfilled expectations on both sides. This article focuses on diseases for which there are no clear organic findings and therefore no clear treatment options, such as surgery or medication, or in which the organic findings are tangible but do not sufficiently explain the underlying condition. In such cases, the treatment measures initiated are not sufficient and do not satisfy the patient. The patient feels misunderstood, which puts additional strain on the relationship between physician and patient. A basic psychosomatic understanding of underlying and subjectively dominant organic complaints—by physicians and patients—is helpful here. In this way, the symptom can also be understood and recognized as a possible expression of psychogenic distress in order to pave way to the necessary initiation of causal therapy. The article is intended to reflect on this and make suggestions for dealing with the topic, using the example of tinnitus suffering in particular.

Keywords

Tinnitus · Psychosomatic disorders · Psychosomatic medicine · Healthcare infrastructure · Neurotology

Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Balint M (1993) Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, 8. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart
2. Beyrau D, Schaaf H, Hesse G (2018) Neurootologisches Counseling bei chronischem Tinnitus. *Laryngol Rhinol Otol*: 702–710
3. D'Amelio R, Schaaf H, Kranz D (2022) Module für die Tinnitus-Behandlung. Materialien für das Counseling, die Psychoedukation und Psychotherapie mit Strategien und Methoden aus der Verhaltenstherapie, Psychodynamik sowie Hypnotherapie. Hogrefe, Göttingen, S300
4. Decot E (2005) Psychosomatische Störungen. Therapeutische Verfahren bei psychosomatischen Störungen im HNO-Bereich. *Laryngol Rhinol Otol* 84:272–287
5. Dlugacz J (2024) Schwierige Patient:innen – Vestibularisdiagnostik unter erschwerten Bedingungen: Teil 2. *HNO* 72:129–140. <https://doi.org/10.1007/s00106-023-01401-y>
6. Hesse G, Kastellis G, Schaaf H (2024) S3-Leitlinie Chronischer Tinnitus – Ein update. *LRO* (in press)
7. Hesse G, Kastellis G (2023) Hörverbessernde Maßnahmen als integraler Bestandteil einer erfolgreichen Tinnitusbehandlung. *HNO* 71(10):656–661
8. Hesse G, Kastellis G, Mazurek B (2023) S3-Leitlinie zu chronischem Tinnitus überarbeitet: Was derzeit zu Diagnostik und Therapie empfohlen wird und was nicht. *Hno Nachr* 52(5):32–37
9. Hesse G (2015) Tinnitus, 2. Aufl. Thieme, Stuttgart, S240
10. Hoffmann SO (1986) Psychosomatische Aspekte von Erkrankungen im HNO-Bereich. Hals-Nasen-Ohren-Kehlkopf-Heilkunde 1986(Supplement I)
11. Lamparter U (2002) Lehrbuch der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin. Schattauer, Stuttgart, S354–361
12. Marek A (2009) Psychosomatik in der HNO-Heilkunde. Thieme, S154
13. Mazurek B, Hesse G, Dobel C, Kratzsch V, Lahmann C, Sattel H, Guideline group (2022) Chronic Tinnitus. *Dtsch Arztebl Int* 119(13):219–225. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0135>
14. Olze H, Vater J, Groschel M, Szczepek AJ (2023) Cochlear implant and tinnitus. *HNO* 71:693–701. <https://doi.org/10.1007/s00106-023-01376-w>
15. Rens E, Dom G, Remmen R, Michielsen J, Van den Broeck K (2020) Unmet mental health needs in the general population: perspectives of Belgian health and social care professionals. *Int J Equity Health* 19(1):169. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01287-0>
16. Rief W, Hiller W (1998) Somatisierungsstörungen und Hypochondrie. Hogrefe, Göttingen, S88
17. Schaaf H (2023) Balintgruppen in der HNO-Heilkunde. *Forum HNO* 6:419–431
18. Schaaf H, Hesse G (2022) Tinnitus – Leiden und Chance, 4. Aufl. Nikol Verlag, S150
19. Schaaf H (2021) Hörgeräte bei Tinnitus?! *Forum HNO*: 304–309
20. Schaaf H (2019) Kleine Einführung in die Tinnitus-Wahrnehmung. DTL, Wuppertal
21. Schaaf H, Weiss S, Hesse G (2017) Catamnesis results of an inpatient neuro-otologic based and psychosomatic tinnitus therapy at least one year after discharge. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 274(2):701–710
22. Schaaf H (2015) Psychopathologie (des Leidens am Tinnitus). In: Hesse G (Hrsg) Tinnitus, 2. überarb. und erweiterte. Aufl. Bd. 2015. Thieme, Stuttgart, S57–73
23. Schaaf H, Gieler U (2010) TRT und Psychotherapie beim Leiden am Tinnitus. *HNO*: 1–5

24. Sophko (1990) Funktionelle Störungen in der HNO-Heilkunde. In: v. Uexküll T (Hrsg) Psychosomatische Medizin, 4. Aufl. Urban & Schwarzenbeck, München, S 1080–1093
25. Yakunina N, Lee WH, Ryu YJ, Nam EC (2019) Tinnitus Suppression Effect of Hearing Aids in Patients With High-frequency Hearing Loss: A Randomized Double-blind Controlled Trial. Otol Neurotol 40:865–871. <https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000002315>

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.