

Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:

. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags



Grenzen einer neurootologisch-psychosomatischen Tinnitus Spezialambulanz

Wenn auch eine neurootologische psychosomatische Tinnitus Spezialambulanz nicht weitergeholfen hat

Limitations of a Specialized, Neuro-Otological, Psychosomatic, Tinnitus Outpatient Clinic

If Even a Special Ambulant Clinic Cannot Help Tinnitus Patients

Autoren

Helmut Schaaf¹, Georg Kastellis¹, Gerhard Hesse^{1,2}

Institute

- 1 Tinnitus Klinik und Gleichgewichtsinstitut Dr. Hesse, Bad Arolsen, Deutschland
- 2 HNO, Universität Witten Herdecke, Witten, Deutschland

Schlüsselwörter

ambulante Tinnitustherapie, Neurootologie, Psychotherapie

Key words

ambulant tinnitus therapy, neurootology, psychotherapy

eingereicht 31.12.2020

akzeptiert 25.07.2021

online publiziert 2021

Bibliografie

Psychother Psych Med

DOI 10.1055/a-1562-2735

ISSN 0937-2032

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. med. Helmut Schaaf

Tinnitus Klinik und Gleichgewichtsinstitut Dr. Hesse

Grosse Allee 50

34454 Bad Arolsen

Deutschland

hschaaf@tinnitus-klinik.net



Zusätzliches Material finden Sie unter <https://doi.org/10.1055/a-1562-2735>

ZUSAMMENFASSUNG

Grenzen einer neurootologisch-psychosomatischen Tinnitus Spezialambulanz Wenn auch eine neurootologische psychosomatische Tinnitus Spezialambulanz nicht weitergeholfen hat **Ziel** Patienten mit einem Leiden an Tinnitus fühlen sich oft in ihrer Not nicht ausreichend verstanden und beklagen, dass ihnen ein Besuch beim Arzt oder Therapeuten nicht weitergeholfen habe. Dies liegt auch an der Verknüpfung der organischen Grundlagen für den Tinnitus mit zahlreichen psychischen Faktoren, die an der Aufrechterhaltung des Leidens am Tinnitus beteiligt sind. In einer spezialisierten Ambulanz sollten sowohl der neurootologische als auch der psychosomatische Anteil angemessen aufgegriffen werden können, so dass den Tinnitus-Patienten ein solcher Besuch weiterhelfen sollte. Hier sollen die Größenordnung und mögliche Gründe dafür, dass ein Besuch nicht weitergeholfen hat, untersucht werden.

Material und Methode Nachuntersucht wurden 295 von 699 einmalig ambulant gesehenen Patienten, die mit dem Symptom Tinnitus eine Spezialambulanz aufsuchten. Dabei wurden Hörbefunde erstellt sowie der Mini-Tinnitus-Fragebogen (TF 12) nach Hiller und Goebel [1] zur Symptombelastung und die deutschsprachige Version des Hospitality Anxiety and Depression Score (HADS) [2] zur Abschätzung der Angst- und der Depressionskomponente eingesetzt. Frühestens 6 Monate später, durchschnittlich nach 32 Monaten, wurden die Patienten gebeten, einen ihnen zugeschickten Fragebogen, u. a. mit der Frage: „Der Besuch hat mir nicht weitergeholfen“, sowie erneut den Mini-TF (TF 12) und den HADS auszufüllen. Ergebnisse: 42 Patienten (14%) gaben an, dass ihnen der Besuch nicht weitergeholfen habe. Bei diesen zeigten sich – trotz des erfolgten Counsellings – weder Verbesserungen im TF12 noch im HADS. Sie fühlten sich deutlich weniger verstanden und setzten eklatant weniger um als die Patienten, die angaben, dass ihnen der Besuch geholfen habe. Als Hauptgründe dafür, dass der Besuch nicht weitergeholfen hat, wurden das Beharren auf somatischen Lösungen (40%) und die Nichtumsetzung von indizierten psychotherapeutischen Maßnahmen vermutet (26%).

Schlussfolgerung Grundlage einer Tinnitus-Behandlung ist ein neurootologisch fundiertes Counselling. Dennoch kann dies als nicht weiterhelfend empfunden werden. Dies kann Gründe beim Patienten, beim Behandler und in deren Interaktion haben.

ABSTRACT

Limitations of a Specialized, Neuro-otological, Psychosomatic, Tinnitus Outpatient Clinic When a specialized, neuro-otological, psychosomatic, tinnitus outpatient clinic didn't help either
Goal Patients who suffer from a tinnitus disorder often feel that their problem is not sufficiently understood and complain that neither a doctor or nor a therapist was able to help them. One problem with tinnitus is the connection between the physiological causes of tinnitus and the numerous psychological factors that contribute to maintaining the tinnitus symptoms. In a specialized, outpatient clinic, it should be possible to treat both the neuro-otological and the psychosomatic components of tinnitus appropriately, so that the tinnitus patients get the desired relief. In this paper we want to investigate why these methods of treatment in such clinics sometimes do not work.
Material and Methods We carried out additional checkups on 295 of 699 one-time outpatients with tinnitus symptoms who sought treatment at a specialized outpatient clinic. We evalu-

ated results of hearing tests and used the Mini-Tinnitus Questionnaire (TF 12) according to Hiller and Goebel [1] to determine to what extent tinnitus diminished each patient's quality of life and the German-language version of the Hospitality Anxiety and Depression Score (HADS) [2] for assessing elements of anxiety and depression. After six months at the earliest, on the average after 32 months, we asked the patients again to complete a questionnaire sent to them, including the question: "The clinic did not help me" as well as the Mini-TF (TF 12) and the HADS. Results: 42 patients (14 %) stated that the clinic had not helped them. Despite the counseling they received, these patients showed no improvement in TF12 or HADS. They felt significantly less well understood and implemented significantly fewer recommendations than the patients who stated that the clinic had helped them. We suspect the main reasons that the treatment in the clinic didn't help these patients were these patients' insistence on somatic solutions (40 %) and their failure to implement indicated psychotherapeutic interventions (26 %).

Conclusion The basis for a successful tinnitus treatment is counseling based on neuro-otology. However, this may not be perceived by the patients as helpful, due to the patient, the therapist, and/or their interactions.

Einleitung

Tinnitus als Phänomen und Symptom bezeichnet Hörwahrnehmungen, die nicht durch äußere Schallquellen bedingt sind, auf einer verifizierbaren audiologischen Grundlage beruhen und nicht als Halluzinationen gewertet werden müssen. Dabei lässt sich die subjektive Tinnitus-Lautheit maximal 5–15 dB über der Hörschwelle bestimmen, das entspricht leisem Blätterrauschen. Seltene Ausnahmen finden sich bei objektiven Tinnitus-Formen [3–5]. Im Praxisalltag zeigen sich bei Patienten mit Tinnitus die unterschiedlichsten klinischen Bilder von einer einfachen Wahrnehmung eines Ohrgeräusches bis zu schweren psychischen Beeinträchtigungen [6, 7], im Extremfall als Deckphänomen bei psychiatrischen Erkrankungen [8].

Wir wissen inzwischen ganz gut, wie eine subjektive Tinnitus Belastung entstehen und wodurch sie aufrechterhalten werden kann. Dabei können verschiedene Bedingungen eine Habituation oder eine Bewältigung verhindern, wie zum Beispiel eine Aufmerksamkeitsfokussierung auf den Tinnitus, eine Minderung der Hörwahrnehmung (Schwerhörigkeit), wodurch das innere Geräusch weniger durch Außengeräusche überdeckt wird oder katastrophisierende Bewertungen wie etwa die Bewertung des Tinnitus als Zeichen einer Krankheit [8–11].

Nach psychodynamischem Verständnis kann ein Symptom mit Krankheitswert wie das Leiden am Tinnitus (nicht der Tinnitus selbst!) entstehen, wenn sich die Abwehrmechanismen erschöpfen und dabei den anstehenden Aufgaben nicht mehr gerecht werden können, ein Konflikt für den Betroffenen auf der bewussten Ebene nicht lösbar ist oder traumatische Erfahrungen gemacht werden mussten.

Inzwischen wissen wir ganz gut, was den meisten Patienten mit einem Leiden am Tinnitus helfen kann [3, 4, 9–14].

Grundlage jeder Therapie ist eine HNO-ärztliche Abklärung, einschließlich einer audiologischen Diagnostik, die u. a. den Hörbefund und die Bestimmung der Tinnitus-Lautheit und der Tinnitus-Verdeckbarkeit beinhaltet. Ebenso sollte der Leidensdruck erfasst werden, minimal über den Tinnitus-Fragebogen nach Goebel, der auch in seiner Kurzform, dem Mini TF für eine Ersteinschätzung hilfreich ist. Darüber hinaus sinnvoll ist der HADSs als Screening Test für die Angst- und Depressionskomponente, der aber realistischerweise in HNO-Praxen keine Verwendung findet.

Darauf aufbauend ist eine ebenso sachgerechte wie für den Patienten verständliche Aufklärung, das sog. Counselling ein wichtiger, meist basaler Baustein. Unter dem Counselling wird ein ausführliches Aufklärungs-, Informations- und Beratungsgespräch bezeichnet. Dabei sollte, orientiert an den organischen Befunden, erklärt und mit der Vermittlung von positiven Perspektiven verknüpft werden (Anhaltspunkte dazu siehe **Supplement Online**). So sind für die Tinnitus Bewältigung die Gesetze der Wahrnehmung entscheidend, was bedeutet, dass man nicht „nicht wahrnehmen“ kann, weswegen ein Schwerpunkt auf Möglichkeiten der Aufmerksamkeitsumlenkung liegen muss.

Im Idealfall entspricht dieses Vorgehen am ehesten einem psychotherapeutischen Erstgespräch mit einem zusammenfassenden Resümee von beiden Seiten und einem – zumindest ersten – hilfreichen Ansatz für das weitere Vorgehen. Unterstützend kann dabei auch auf verständliche und positiv anleitende Ratgeber zurückgegriffen werden [z. B. [15]]. Für die Bearbeitung, insbesondere des kognitiven Anteils, existieren bewährte Manuale [16–18].

Auf dieser Basis sollte – nach Hörbefund und individueller psychologischer Ausgangslage – der Grundstein für eine sich dann anschließende, zum individuellen Muster passende Therapie gelegt werden können. Die – auch von uns vorgeschlagenen spezifischen – Therapieempfehlungen bestehen in Maßnahmen zur Hörverbesserung – in erster Linie mit Hörgeräten, der Anleitung zur Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobsen, der Empfehlung einer antidepressiven Medikation, einer ambulanten oder stationären Psychotherapie oder einer Kombination dieser Maßnahmen.

In der überwiegenden Zahl der Fälle profitieren die Tinnitus-Patienten von einem derartigen Vorgehen. Dennoch bleiben Patienten, denen der Besuch, auch nach einer spezifischen neurootologischen Befunderhebung und einer psychosomatischen Anamnese, sowie einem darauf ansetzenden Counselling nicht weitergeholfen hat. Diese Patienten sollen hier untersucht werden.

Ziel der Untersuchung

Untersucht werden sollte die Größenordnung und mögliche Gründe dafür, dass ein Besuch in einer Tinnitus-Spezialambulanz nicht weitergeholfen hat.

Material und Methode

Angeschrieben wurden 699 Patienten einer neurootologisch psychosomatischen Spezialambulanz, die sich zwischen 2014 und 2018 erstmals vorgestellt haben. Der Abstand zur Nachbefragung betrug mindestens 6 Monate.

Erfasst wurden

- Alter und Geschlecht,
- der HNO-Status mit der Erfassung der audiologischen Situation, Tinnitusfrequenz und Tinnitus Lautheit,
- die Tinnitus Belastung anhand des Mini-Tinnitus-Fragebogens (TF12) nach Hiller und Goebel [1] zum Zeitpunkt der Untersuchung in der Ambulanz und zum Nachuntersuchungszeitraum,
- die Angst- und Depressions-Komponente anhand des HADS (Hospitality Anxiety and Depression Score – deutsche Version) [2] zum Zeitpunkt der Untersuchung in der Ambulanz und zum Nachuntersuchungszeitraum und
- die von den Therapeuten ausgesprochenen Therapievorschläge und ihre Befolgung durch die Patienten.

Verschiedet wurde zudem ein dafür erstellter Fragebogen (**Supplement 2, Online**), ein frankierter Rückumschlag und die Aufklärung über den Datenschutz.

In dem Fragebogen lautete eine Frage: „Der Besuch in unserer Ambulanz hat mir nicht weitergeholfen“. Diese Frage war auch bewusst als Gegenfrage zu den anderen Items gestellt. Die Beantwortung dieser Frage mit ja oder nein diente zur vorliegenden Gruppentrennung.

Der Mini-Tinnitus-Fragebogen (TF12)

Der TF12 nach Hiller und Goebel [1] dient der Bewertung des subjektiven Schweregrades des Tinnitus-Empfindens. Über die Zusammenzählung wird der Schweregrad ermittelt. Grad I: leicht: 0–7; Grad II: mittelgradig: 8–12; Grad III: schwer: 13–18; Grad IV: sehr schwer: 19–24.

Hospitality Anxiety and Depression Score (HADS)

Mit der deutschsprachigen Version des HADS [2] sollen die Angst und die Depressivität bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen oder Beschwerden erfasst werden. Die Angstskala (HADS-A) umfasst die Komponenten der generalisierten Angstsymptomatik und das Auftreten von Panikattacken. Die Depressionsskala (HADS-D) erfragt die Symptome der Anhedonie. Die Angstskala hat einen Cut-off- bei Werten von 10 Punkten, die Depressionsskala einen Cut-off bei 8 Punkten.

Zur Auswertung haben sich die drei Untersucher zusammengesetzt, um anhand der Aktenlage, der Befunde und der persönlich notierten Eindrücke Ideen zu formulieren, die erklären könnten, weswegen die Patienten den Eindruck bekamen, dass ihnen der Besuch nicht weitergeholfen habe.

Statistische Verfahren

Die statistischen Auswertungen erfolgten in R (R Core Team, 2020, Version 3.6.3) und dem Paket ez (Lawrence, 2016, Version 4.4–0) und Microsoft Excel (Version 2016). Zur Testung von Gruppenunterschieden in der intraindividuellen Veränderung von Prä- zur Postmessung wurden nonorthogonale Varianzanalysen mit einem Inner-Subjekt-Faktor (Messzeitpunkt) und einem Zwischen-Subjekt-Faktor (Gruppe) für alle abhängige Variablen berechnet. Spezifische Gruppenvergleiche wurden mithilfe von t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Statistisch signifikante Gruppenunterschiede wurden bei einem globalen Signifikanzniveau von $p < .05$ angenommen. Für die Aussagen über den Zusammenhang von Variablen wurde ein χ^2 -Test mit einem Signifikanzniveau von 5 % durchgeführt.

Der Studie wurde durch die Ethik-Kommission der Universität Witten-Herdecke unter der Antrags-Nummer 116/2019 zugestimmt.

Ergebnisse

Rücklaufquote und Nachuntersuchungszeitraum

Insgesamt wurden 699 Patienten aus der Zeit von Oktober 2014 bis Dezember 2019 angeschrieben. Geantwortet haben 295 (42%). Der Nachuntersuchungszeitraum beträgt im Durchschnitt 34 Monate (SD: 20,5).

Aufteilung der Gruppen entlang der Frage: „Der Besuch hat mir nicht weitergeholfen“

42 (14 %) Patienten kreuzten die Frage „Der Besuch hat mir nicht weitergeholfen“ mit „Ja“ an., 253 Patienten kreuzten die Frage mit „Nein“ an.

Die ► **Tab. 1** zeigt die Aufteilung hinsichtlich des Nachuntersuchungszeitraums, der Alters- und Geschlechterverteilung und der audiometrischen Befunde.

Hinsichtlich des Nachuntersuchungszeitraums, des Alters, der Geschlechterverteilung und der Hörbefunde fand sich kein signifikanter Unterschied zu den anderen 253 Patienten.

Die ► **Tab. 2** listet die Entwicklung der Mittelwerte in der Testdiagnostik zu beiden Untersuchungszeitpunkten auf.

In der ► **Tab. 3** finden sich die Ergebnisse zur Auswertung des mitgeschickten Fragebogens (**siehe Supplement 1, Online**) zum

► **Tab. 1** Mittelwerte und Vergleiche des Nachuntersuchungszeitraums, der Alters- und Geschlechterverteilung, der audiometrischen Befunde, aufgeteilt nach Patienten, denen der Besuch nicht weitergeholfen hat und Patienten, denen der Besuch weitergeholfen hat.

Variable	Patienten, denen der Besuch nicht weitergeholfen hat (n = 42)	Patienten, denen der Besuch weitergeholfen hat (n = 253)	t-Wert/ χ^2	p
Nachuntersuchungszeitraum	29,5 Monate (SD 15,8)	34,8 Monate (SD 21,1)	t (68) = -1,91	0,06
Alter	57,8 Jahre (SD 13,6)	58 Jahre (SD 11,6)	t (51) = -0,1	0,92
Geschlecht Frauen Männer	26,2% (n = 11)	36% (n = 91)	χ^2 (1) = 1,52	0,22
	73,8% (n = 31)	64% (n = 162)		
Hörfunde: Normakusis Höreinschränkungen	9,3% (n = 4),	8,3% (n = 21),	χ^2 (1) = 0,07	0,79
	90,7% (n = 38)	91,7% (n = 232)		

► **Tab. 2** Mittelwerte pro Messzeitpunkt (T1 und T2) und Vergleich der Gruppenunterschiede für Patienten, denen der Besuch nicht weitergeholfen hat (n = 42) und Patienten, denen der Besuch weitergeholfen hat, hinsichtlich der Entwicklung vorher/nachher im Mini-TF und HADS, M_{T1} : Mittelwert T1, M_{T2} : Mittelwert T2, SD_{T1} : Standardabweichung T1, SD_{T2} : Standardabweichung T2, F_T : Messzeitpunkt, F_G : Gruppe, F_I : Interaktionseffekt.

Variable	Patienten, denen der Besuch nicht weitergeholfen hat (n = 42)	Patienten, denen der Besuch weitergeholfen hat (n = 253)	F-Wert	p
Mini-TF Pre	$M_{T1} = 14,93$ ($SD_{T1} = 6,00$)	$M_{T1} = 14,77$ ($SD_{T1} = 5,32$)	$F_T(1,293) = 230,91$	$p_T < 0,05$
	post	$M_{T2} = 14,69$ ($SD_{T2} = 5,89$)	$M_{T2} = 8,75$ ($SD_{T2} = 6,09$)	$F_G(1,293) = 13,73$ $F_I(1,293) = 34,9$
HADS-D Pre	$M_{T1} = 6,79$ ($SD_{T1} = 5,07$)	$M_{T1} = 6,64$ ($SD_{T1} = 4,02$)	$F_T(1,293) = 62,3$	$p_T < 0,05$
	post	$M_{T2} = 7,00$ ($SD_{T2} = 4,58$)	$M_{T2} = 4,61$ ($SD_{T2} = 3,80$)	$F_G(1,293) = 4,48$ $F_I(1,293) = 13,08$
HADS-A Pre	$M_{T1} = 8,24$ ($SD_{T1} = 4,44$)	$M_{T1} = 8,47$ ($SD_{T1} = 3,70$)	$F_T(1,293) = 90,95$	$p_T < 0,05$
	post	$M_{T2} = 7,71$ ($SD_{T2} = 4,92$)	$M_{T2} = 6,26$ ($SD_{T2} = 3,73$)	$F_G(1,293) = 1,13$ $F_I(1,293) = 8,11$

Verständnis und Verstanden werden des Tinnitus, des Hörvermögens und zur psychischen Situation.

Die 42 Patienten, denen der Besuch nicht weitergeholfen hat, haben signifikant weniger verstanden, wie der Tinnitus zustande gekommen ist, als die Gruppe der 253, denen der Besuch weitergeholfen hat. Die 42 erstgenannten haben auch weniger verstanden, wie der Bezug zur Höreinschränkung ist, und am wenigsten, was sie (selbst) verändern könnten. Sie haben signifikant weniger Bezug zu ihrer psychischen Belastung bekommen und sich signifikant weniger verstanden gefühlt.

38 der 42 Patienten, denen der Besuch nicht weitergeholfen hat, wurde mindestens eine (1) therapeutische Empfehlung ausgesprochen. Davon gaben 12 (31,6%) an, diese Empfehlung umgesetzt zu haben. Bei den Patienten, denen der Besuch weitergeholfen hat, waren es 168 von 239 (70,3%), somit besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Umsetzung mindestens einer Empfehlung und ob einem Patienten der Besuch weitergeholfen hat (χ^2 (1) = 21,59; $p < 0,001$) (ohne Tabelle).

Im **Supplement 3 (Online)** werden die möglichen Gründe aufgeführt, die dazu geführt haben könnten, dass den Patienten der Besuch in unserer Ambulanz nicht weitergeholfen hat.

Diskussion

Entscheidend für das Leiden am Tinnitus sind in der Regel psychische Komponenten. Diese können sich reaktiv, etwa auf einen mit einem Hörverlust verbundenen Tinnitus einstellen oder ursächlich einen schon vorhandenen, bis dahin aber nicht wahrgenommenen Tinnitus in die Wahrnehmung gelangen lassen [4–6, 10]. Verständlicherweise haben die vom Tinnitus betroffenen Patienten meist ein somatisch orientiertes Modell ihrer Erkrankung und wünschen sich primär eine Therapie durch einen HNO-Facharzt, auch wenn, von außen gesehen, die psychische Not offensichtlich ist. Ein HNO-Arzt kann hilfreich sein, wenn er bei der notwendigen Aufklärung (dem gewünschten Counselling) nicht nur seine Fachkenntnis, sondern auch Zeit, Empathie und Sensibilität für die auf den Tinnitus attribuierten Beschwerden (z. B. Konzentrationsstörungen, Nervosität, Schlafstörungen) aufbringen kann.

► **Tab. 3** Auswertung der Fragebogen-Items zum Verständnis und Verstanden werden des Tinnitus, des Hörvermögens und zur psychischen Situation für Patienten, denen der Besuch nicht weitergeholfen hat (n=42) und Patienten, denen der Besuch weitergeholfen hat (n=253). Es werden die zusammengefassten Kategorien 1 und 2 – starke Zustimmung und Zustimmung – gegen die zusammengefassten restlichen 4 Kategorien – schwache Zustimmung bis starke Ablehnung- geprüft.

Variable	Patienten, denen der Besuch nicht weitergeholfen hat (n=42)	Patienten, denen der Besuch weitergeholfen hat (n=253)	χ^2	p
Ich habe für mich verstanden, wie der Tinnitus zustande gekommen ist	23 (54,8%)	193 (76,2%)	$\chi^2(1)=8,5$	p=0,004
Ich habe für mich verstanden, was den Tinnitus aufrechterhalten hat(te)	16 (27,6%)	164 (64,8%)	$\chi^2(1)=12,6$	p<0,001
Ich habe für mich verstanden, was ich verändern kann	11 (26,1%)	197 (77,9%)	$\chi^2(1)=46,3$	p<0,001
Ich habe den Zusammenhang zu meiner Hörschranke verstanden	20 (47,6%)	178 (70,3%)	$\chi^2(1)=8,4$	p=0,003
Ich habe mich verstanden gefühlt	21 (49%)	236 (93,3%)	$\chi^2(1)=60,1$	p<0,001
Ich habe einen Bezug zu meiner psychischen Belastung bekommen	13 (30%)	175 (69,2%)	$\chi^2(1)=22,8$	p<0,001

Bei einer relevanten Hörstörung kann durch die Verbesserung des Hörvermögens auch eine Minderung der Tinnitus-Wahrnehmung eingeleitet werden, wobei diese scheinbar paradoxe Maßnahme in aller Regel erklärt werden muss, um die notwendige Akzeptanz und Umsetzung durch den Patienten und den Akustiker zu erreichen.

Realistisch muss konstatiert werden, dass dieses Vorgehen Zeit, Überzeugungsarbeit und oft eine geduldige Auseinandersetzung mit den Ängsten des Patienten braucht. Dies ist – in der Regel – bei den Kapazitäten der normalen Hals-Nasen-Ohrenärztlichen Sprechstunde kaum möglich. Das kann ein Grund sein, weswegen eine Tinnitus-Spezialambulanz aufgesucht wird, in der sowohl die neurootologische und psychosomatische Expertise wie auch die notwendige Zeit und Zuwendung erwartet wird. In den meisten Fällen kann dieser Erwartung auch entsprochen werden, in unserer Untersuchung bei 86% der Patienten, was einen günstigen Einfluss auf die weitere Bewältigung hat und sich zum Nachuntersuchungszeitraum sowohl signifikant im symptomorientierten Mini-TF wie im HADS ausdrückte.

Dennoch blieben 42 (14%) Patienten, die angaben, dass ihnen der Besuch nicht weitergeholfen hat. Sie haben ► **Tab. 3**)

- signifikant weniger verstanden, wie der Tinnitus zustande gekommen ist und was ihn aufrechterhält.
- signifikant weniger Bezug zu ihrer psychischen Belastung bekommen.
- sich signifikant weniger verstanden gefühlt.
- signifikant am wenigsten ein Gefühl oder eine Idee mitgenommen, was sie (selbst) verändern könnten.

So wundert es nicht, dass diese Patienten nur zu einem Drittel einer Empfehlung gefolgt sind und sich in der Testdiagnostik – signifikant anders als die Vergleichsgruppe – nicht verändert haben (► **Tab. 2**).

Dabei liegen die Gründe nicht in objektivierbaren Faktoren wie dem Hörbefund, dem Alter oder der Dauer des Tinnitus – Leidens.

In all diesen Kategorien unterscheiden sich die 42 Patienten nicht signifikant von den 253, die angaben, dass ihnen der Besuch weitergeholfen habe (► **Tab. 1**). Sie unterschieden sich auch nicht in der Eingangstestdiagnostik hinsichtlich des Tinnitus-Fragebogens und des HADS - sehr wohl aber zum Nachuntersuchungszeitpunkt (► **Tab. 2**).

Nach Einschätzung der Untersucher könnte man im Großen und Ganzen konstatieren, dass die Erwartungen, sei es der Patienten, manchmal auch derer, von denen oder zu denen sie geschickt wurden, nicht erfüllt wurden oder werden konnten (**Supplement 3**) online. Im Einzelnen fiel am häufigsten die nicht zu erfüllende Erwartung auf, dass der Tinnitus geheilt oder ausgelöscht werden könnte. Dabei differierten die Vorstellungen der Patienten dazu. So wünschten sich die meisten, dass eine organische Ursache, z. B. des Kiefers oder der HWS, erkannt und beseitigt würde. Eine Patientin wollte trotz aller verstehbarer Organik eine spirituelle Lösung. Nicht zu gewinnen waren die meisten dieser 42 Patienten für eine Unterstützung mit Hörgeräten, auch wenn diese bei 90% dieser Gruppe ein sinnvoller „organischer“ Ansatz gewesen wäre. Einen (1) dieser Patienten schätzten wir im Nachhinein als sog. „Koryphäen-Killer“ ein, bei dem auch wir trotz allen Bemühens wohl keine Chance haben konnten.

Das Beharren darauf, dass der Tinnitus extinguiert werden „muss“, ist eines der Haupthindernisse für eine gelingende Habituation [4, 15, 18]. Dies ist verbunden mit einem hohem, zum Scheitern verurteilten Aufwand, der in der Regel zur Verstärkung der Tinnitus-Wahrnehmung führt. So unterbleibt die realistische Chance auf eine Minderung der Tinnitus-Wahrnehmung durch ein Hörgerät bei einer zugrundeliegenden Hörstörung oder durch – im weitesten Sinne – psychotherapeutische Maßnahmen, von der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobsen und der Aufmerksamkeitsumlenkung bis hin zur ambulanten oder stationären Psychotherapie.

Drei Patienten hatten (stattdessen) Unterstützung für Lösungen von außen erwartet, die wir nicht erfüllen wollten oder konnten: So wollten wir kein Cannabis rezeptieren und konnten auch keine Lärmschutzmaßnahmen bescheinigen.

Zweimal konnten wir nicht die Erwartungen derer (Eltern oder Partner) erfüllen, die die Patienten geschickt hatten.

Bei anderen Patienten hatten wir die Erwartungen in auswärts zu erfüllende Maßnahmen gesetzt, etwa in ein Cochlea-Implantat, was im Empfinden der Patienten nicht den erhofften Erfolg nach sich zog.

Eine größere Gruppe bildeten die Patienten, bei denen nach Einschätzung der Untersucher eine offensichtliche psychische Notlagen am Tinnitus wahrgenommen wurde. Die diesbezüglichen Erklärungsversuche und die sich daraus ableitenden Maßnahmen einer ambulanten oder stationären Psychotherapie konnten offenbar trotz allen Bemühens im Counselling nicht angenommen werden. Dies entspricht der schon von Svitak et al. [11] sowie Heinecke et al. [19] formulierten Erkenntnis, dass viel an Motivationsarbeit geleistet werden muss, damit eine Akzeptanz für die Grundlagen etwa einer kognitiven Verhaltenstherapie geschaffen werden kann. Dazu ist ein einmaliger Besuch – auch einer Spezialambulanz – manchmal doch zu wenig. Bei drei dieser Patienten zeigte sich in der Reflexion zudem, dass die Interaktion zwischen dem Therapeuten und dem Patienten als nicht gelungen bezeichnet werden muss, was auch Gründe auf Seiten des Therapeuten gehabt haben wird.

Weitere drei Patienten benötigten nach unserer Einschätzung primär und teilweise dringlich psychiatrische Hilfe, was – wohl auch aufgrund der psychiatrischen Einschränkung – als nicht weiterhilfend empfunden wurde. Bei einem Patienten blieb uns letztendlich unklar, warum ihm der Besuch nicht weitergeholfen hat.

Insgesamt ist eine Quote von 14 % von Patienten, die einschätzten, dass ihnen der Besuch nicht weitergeholfen habe, sicher vertretbar, aber dennoch Grund genug, nach Verbesserungsmöglichkeiten zu suchen. Soweit sie im Interaktionsverhalten liegen, sind kontinuierliche Supervisionen und Balintgruppen hilfreich, um die Therapeuten-Patienten-Beziehung zu verbessern.

Literatur mit einer vergleichbaren Nachuntersuchung haben wir nicht gefunden, außer einem Aufsatz aus Singapur. Vielleicht sind dort die Patienten höflicher, wenn Lim, Lu und Koh [20] berichten: „Most (97.5 %) patients found the initial counselling session helpful“. Diese Erfahrung teilen wir. Aber, so geht es weiter: „However, 92 (45.3 %) patients were still seeking a cure for their tinnitus“.

Limitierungen

Die Vermutungen für die Rückmeldung, warum der Besuch nicht weitergeholfen haben könnte, erfolgte aus Sicht der Untersucher und ist damit auch subjektiv, so sehr sich um eine Reflexion auf der Metaebene bemüht wurde.

Bei einer Rücklaufquote von 42 % bleiben die Auswertung unter dem Vorbehalt, dass wir keine Aussage über mehr als die Hälfte der Patienten geben können. Der Anteil derer, denen der Besuch nicht weitergeholfen hat, könnte höher liegen. Auch sind wir bei einer schriftlich erfolgten Antwort darauf angewiesen, dass die Antwortenden die Fragen gelesen, verstanden und angemessen beantwortet haben.

Bei einem Nachuntersuchungszeitraum zwischen 6 Monaten und 5 Jahren wird auch die Zeit einen Einfluss u. a. mit weiteren Therapiekontakten gehabt haben, den wir nicht erfassen konnten.

Nicht zuletzt sind die personellen und diagnostischen Voraussetzungen einer seit über 25 Jahren bestehenden Spezialambulanz nicht vergleichbar mit anderen ambulanten Angeboten.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Grundlage einer Behandlung bei Patienten mit einem Leiden am Tinnitus ist ein neurootologisches Counselling, das erklärt, wie es zur Tinnitus-Wahrnehmung kommen kann und was zur Habituation und Bewältigung hilfreich sein kann. Dennoch gibt es vielfältige Möglichkeiten, die aus Sicht der Patienten dazu beitragen, dass dieses Counselling nicht weitergeholfen hat. Auch wenn ausreichend neurootologische und psychosomatische Expertise gegeben ist, stellt auch das Interaktionsgeschehen eine wichtige Variable für das Gelingen oder Misslingen eines Counsellings dar.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Hiller W, Goebel G. Rapid assessment of tinnitus-related psychological distress using the Mini-TQ. *International Journal of Audiology* 2004; 43: 600–604. doi:10.1080/14992020400050077
- [2] Herrmann Ch, Buss U, Snaith RP. HADS-D – Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version: Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Bern: Huber; 1995
- [3] Hesse G. Die Neurootologisch psychosomatische Habituationstherapie. *HNO* 2008; 56: 686–693. doi:10.1007/s00106-008-1723-0
- [4] Hesse G. Tinnitus. 2. Auflage Stuttgart: Thieme; 2015: 323
- [5] Jastreboff PJ, Hazell JWP. A neurophysiological approach to tinnitus: Clinical implications. *Br. J. Audiol* 1993; 27: 7–17. doi:10.3109/03005369309077884
- [6] Goebel G, Kahl M, Arnold W et al. 15-year prospective follow-up study of behavioral therapy in a large sample of inpatients with chronic tinnitus. *Acta Oto-laryngologica* 2006; 126: 556. 70–79. doi:10.1080/03655230600895267
- [7] Konzag TA, Rübler D, Bandemer-Greulich U et al. Tinnitusbelastung und psychische Komorbidität bei ambulanten subakuten und chronischen Tinnituspatienten. *Psychother Psych Med* 2005; 51: 247–260. doi:10.13109/zptm.2005.51.3.247
- [8] Dölberg D, Schaaf H, Hesse G. Tinnitus bei schizophren vorerkrankten Patienten. *HNO* 2008; 56: 670–693. doi:10.1007/s00106-008-1765-3
- [9] Cima RFF, Mazurek B, Haider H. A multidisciplinary European guideline for tinnitus: diagnostics, assessment, and treatment. *Multidisziplinäre europäische Leitlinie für Tinnitus: Diagnostik, Einschätzung und Behandlung*. *HNO* 2019; 67: S10–S42. doi:10.1007/s00106-019-0633-7
- [10] Weise C. Tinnitus. *Psychotherapeut* 2011; 56: 61–78. doi:10.1007/s00278-010-0791-2

- [11] Svitak M, Rief W, Goebel G. Kognitive Therapie des chronisch dekompensierten Tinnitus. *Psychotherapeut* 2001; 46: 317–325
- [12] Martinez Devesa P, Wadell A, Perera R et al. Cognitive behavioural therapy for tinnitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 24: CD005233
- [13] Beyrau D, Schaaf H, Hesse G. Neurootologisches Counseling bei chronischem Tinnitus Laryngorhinootologie 2018; 10: 702–710. doi:10.1055/a-0648-4856
- [14] Schaaf H, Gieler U, Hesse G. Evaluation einer stationären neurootologisch-psykosomatischen Tinnitus Therapie. *Der Psychotherapeut* 2017; 62: 462–468. doi:10.1007/s00106-010-2180-0
- [15] Schaaf H. Kleine Einführung in die Tinnitus-Wahrnehmung. Wuppertal: DTL; 2019: 40
- [16] Delb W, D'Amelio R, Archonti C et al. Tinnitus. Ein Manual zur Tinnitus-Retrainingtherapie. Göttingen: Hogrefe; 2002: 245
- [17] Kröner-Herwig B, Jäger B, Goebel G. Tinnitus. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Weinheim: Beltz; 2010: 249
- [18] D`Amelio R, Schaaf H, Kranz D. Module für die Tinnitus-Behandlung. Materialien für das Counseling, die Psychoedukation und Psychotherapie mit Strategien und Methoden aus der Verhaltenstherapie, Psychodynamik sowie Hypnotherapie. Göttingen: Hogrefe; 2021: 222 – im Druck
- [19] Heinecke K, Weise C, Rief W. Chronischer Tinnitus: Für wen ist eine ambulante Kurzzeitpsychotherapie indiziert? *Psychother Psych Med* 2009; 121: 271–278. doi:10.1055/s-0029-1225334
- [20] Lim JJBH, Lu PKS, Koh DSQ. Patients' feedback on the Changi General Hospital tinnitus counselling protocol. *Singapore Med J* 2019; 60: 637–641. doi:10.11622/smedj.2019066



Zusätzliches Material

Supplement 1

Hilfreiche Aufklärungs- und Merksätze beim Counseling

- Entscheidend für die Tinnitus Bewältigung sind – scheinbar paradox - die Gesetze der Wahrnehmung z.B.: Man kann nicht nicht wahrnehmen.
- Das Ohrgeräusch ist immer ein Symptom, meist aufgrund einer Veränderung im Hörvermögen, weswegen eine Hörverbesserung oft schon alleine hilfreich sein kann
- Der Tinnitus kann von außen nie lauter als 10 - 15 dB (entspricht Blätterrascheln oder Computergeräusch) über der Hörschwelle gemessen werden.
- Der Tinnitus kann von alleine oder mit der Zeit nicht lauter werden kann, sondern wird eher mit der Zeit immer weniger laut wahrgenommen!
- Der Tinnitus kann alleine nie der Grund für eine, ggf. weitere, Hörverschlechterung sein.
- Der Tinnitus kann alleine nicht verrückt machen.



Supplement 2

Fragebogen für die Patienten

Bitte tragen Sie Ihren Namen ein:

Was war für Sie das wichtigste Anliegen bei Ihrem Ambulanz-Besuch?

(bei mehreren bitte in etwa in Prozent):

- Tinnitus
 - Hyperakusis
 - Schwindel
- oder

Was wurde - Ihrer Erinnerung nach - von uns empfohlen?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Hörgeräte.....
- Hörübungen
- PMR
- Antidepressiva
- Coaching
- Ambulante Psychotherapie
- Stationäre Psychotherapie

Hat sich Ihr Hörvermögen objektiv verändert?

nein gebessert verschlechtert

.....

Ist etwas Besonderes oder Wichtiges eingetreten, was das Tinnitus-Erleben beeinflusst haben könnte?

(Bitte in eigenen Worten beschreiben, gerne auf einem Zusatzblatt)

.....

Was hat Ihnen bei dem Besuch in unserer Ambulanz weitergeholfen?

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

	1 Voll- kommen	2 genug	3 mehr als vorher	4 nicht genug	5 gar nicht	6 Kann ich nicht beantworten
Ich habe für mich verstanden, wie der Tinnitus zustande gekommen ist						
Ich habe für mich verstanden, was den Tinnitus aufrechterhalten hat(te)						
Ich habe für mich verstanden, was ich verändern kann						
Ich habe den Zusammenhang zu meiner Höreinschränkung verstanden						
Ich habe mich verstanden gefühlt						
Ich habe einen Bezug zu meiner psychischen Belastung bekommen						

	Stimmt	Stimmt nicht
Der Besuch hat mir n i c h t weitergeholfen		

Haben Sie unsere Empfehlungen in der Folge umsetzen können

Wenn die Empfehlung ausgesprochen wurde für	(1) Regelmäßig	(2) manchmal	(3) nur wenn es wieder schlimmer geworden ist	(4) gar nicht
Hörgeräte				
Hörübungen				
PMR				
Antidepressiva				

Psychotherapie	bis 5	bis zu 25	25- 100 Stunden	keine
----------------	-------	-----------	-----------------	-------

	Stunden	Stunden		
--	---------	---------	--	--

Erfolgte ein stationärer Aufenthalt? Nein - wenn ja wo:

Sonstiges:

.....

Was (davon) hat weitergeholfen ?

	1 Voll- kommen	2 genug	3 mehr als vorher	4 nicht genug	5 gar nicht	6 Kann ich nicht beurteile n
Bei einer Empfehlung für Hörgeräte: Hat sich schon durch die Hörgeräte und ihr regelmäßiges Tragen die Tinnitus Wahrnehmung verbessert?						
Bei einer Empfehlung für ein Entspannungsverfahren (PMR) Hat sich schon durch das PMR die Tinnitus Wahrnehmung verbessert?						
Bei einer Empfehlung für eine Psychotherapie: Haben Sie wichtige Faktoren, die zum Tinnitus-Leiden geführt haben oder das Tinnitus-Erleben aufrechterhalten haben, bearbeiten können?						
Bei einer Empfehlung für Antidepressiva: Haben Antidepressiva wesentlich zur Besserung des Tinnitus-Erlebens beigetragen?						
Bei einer Empfehlung für eine stationäre Therapie Hat eine stationäre Therapie wesentlich zur Besserung des Tinnitus-Erlebens beigetragen?						

Sonstiges:

.....

Möchten Sie uns in eigenen Worten noch etwas mitteilen?

.....

Vielen Dank für Ihre Mühe und Mitarbeit



n/%	Klinischer Eindruck
n=17/40%	Den Erwartungen der Patienten konnte nicht entsprochen werden. Dies betraf vornehmlich die Erwartung, dass somatische Anteile erkannt und behandelt und somit der Tinnitus ausgelöscht werden könnte.
n= 3/7%	Den Erwartungen der Patienten konnte nicht entsprochen werden, weil nicht mögliche Maßnahmen erwartet wurden (Schallschutz, Veränderungen der Arbeitsbedingungen, Cannabis-Rezept).
n= 2/ 5%	Bei zwei Patienten kam der Auftrag nicht vom Patienten selbst, sondern einmal von der Mutter und einmal von dem Ehepartner (Externalisierung).
n=11/26%	Patienten mit einer – für die Untersucher – offensichtlichen psychischen Notlage haben nicht dem Vorschlag der Untersucher entsprechen können oder wollen, entweder eine ambulante oder eine stationäre Psychotherapie anzugehen. Bei drei (3) dieser Patienten zeigte sich zudem in der Reflexion, dass die Interaktion zwischen dem Therapeuten und dem Patienten als nicht gelungen bezeichnet werden muss, was auch Gründe auf Seiten des Therapeuten gehabt haben wird.
n= 3/7%	Behandlungsbedürftige Psychiatriepatienten, die den Tinnitus als Deckthema hatten, wovon einer wegen drohender Suizidalität sofort eingewiesen werden musste.
n= 5/ 12%	Sonstige Gründe, die mit Problemen verbunden waren, die außerhalb der Konsultation lagen: <ul style="list-style-type: none"> • Es wurde ein Cochlea-Implantat empfohlen, was nicht den gewünschten Erfolg zeigte. • Es stellte sich eine erneute Höreinbuße im Tieftonbereich (Endolymphschwankungen) ein. • Der Tinnitus schien aufgrund der familiären Situation (depressive Partnerin, drogenabhängiger Sohn) von außen gesehen als das kleinste Problem, das aber in den Vordergrund gestellt wurde. • Es bestand eine Multimorbidität nach einem Myokardinfarkt und Apoplex.
n=1/ 2,4%	Bei einem Patienten blieb uns unklar, was der Grund sein könnte.

Supplement 3: Mögliche Gründe dafür, dass den Patienten der Besuch nicht weitergeholfen hat