

Persönliche PDF-Datei für

Helmut Schaaf, G. Kastellis, G. Hesse

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Bei der Begutachtung oft nicht
bedacht: Unfallpatienten und
Patienten nach einem
Lärmtrauma – Eine
patientenzugewandte,
komplementäre Sichtweise

Laryngo-Rhino-Otol 2021; 100: 707–
711

Nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt.
Keine kommerzielle Nutzung, keine Einstellung
in Repositorien.

Verlag und Copyright:

© 2021. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 0935-8943

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags

 **Thieme**

Bei der Begutachtung oft nicht bedacht: Unfallpatienten und Patienten nach einem Lärmtrauma – Eine patientenzugewandte, komplementäre Sichtweise

Oftentimes not considered during Expert opinion: Patients after accidents or noise traumata – A patient-focused, complementary perspective

Autoren

Helmut Schaaf¹, G. Kastellis¹, G. Hesse^{1, 2}

Institute

- 1 Tinnitus-Klinik am Krankenhaus Bad Arolsen
- 2 Universität Witten-Herdecke

Schlüsselwörter

Tinnitus, Begutachtung, Unfall, Lärmtrauma

Key words

tinnitus, expert opinion, accident, noise trauma

Bibliografie

Laryngo-Rhino-Otol 2021; 100: 707–711

DOI 10.1055/a-1506-0701

ISSN 0935-8943

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. med. Helmut Schaaf

Leitender Oberarzt der Tinnitus-Klinik und
Gleichgewichtsambulanz

Krankenhaus Bad Arolsen, Große Allee 50,
34454 Bad Arolsen, Germany

Tel.: +49/56 91/80 03 30

hschaaf@tinnitus-klinik.net

ZUSAMMENFASSUNG

Patienten, die einen Tinnitus im Rahmen eines Unfallgeschehens, eines Lärmtraumas oder anderer externer Einflüsse erworben haben, weisen in der Behandlung wichtige Besonderheiten auf. Obwohl ihr Leiden meist ohne eigene Schuld durch äußere Umstände oder andere Menschen ausgelöst wurde, ist für sie ein von außen schwer erkennbarer dauerhafter Schaden entstanden, für den sie selbst ihre verbliebenen Ressourcen aufbieten müssen, um mit einem Leiden am Tinnitus und meist auch dem Hörschaden adäquat umgehen zu können. Ungünstig und aufrechterhaltend können sich dabei Rechtsstreitigkeiten und die in diesem Rahmen notwendigen Begutachtungsprozesse auswirken. Deren Einflüsse und Rezeption bei den Patienten sollen hier verdeutlicht werden.

ABSTRACT

Patients who have acquired tinnitus in the context of an accident, a noise trauma or other external influences have important distinctive features in treatment. Although their suffering was in general caused by external circumstances or other people and mostly without own fault, they suffer from a permanent damage, difficult to be realized externally. Additionally they must concentrate their remaining resources to deal adequately with their suffering from tinnitus and very often permanent hearing loss. Legal disputes and the assessment processes necessary in this context can have an unfavorable and perpetuating effect. These influences and patient's reception is laid down here.

Einleitung

Eine Sondergruppe unter den Tinnitus-Betroffenen bilden Patienten, die ihre Tinnitus-Belastung im Rahmen eines Unfallgeschehens, eines Lärmtraumas oder anderer externer Einflüsse erworben haben. Diese Patienten sind fast immer ohne eigenes Verschulden aus ihrem „normalen Leben“ herauskatapultiert worden. Sie hatten einen Unfall, wurden angefahren, einem übergroßen Lärm oder gar einer Explosion ausgesetzt oder es ist ihnen etwas auf den Kopf gefallen. Obwohl oft unverschuldet oder

durch äußere Umstände oder andere Menschen ausgelöst, besteht ein zumeist dauerhafter Schaden, für den sie selbst ihre verbliebenen Ressourcen aufbieten, um mit dem Tinnitus-Leiden und meist auch dem Hörschaden adäquat umgehen zu können. Für die Behandlung dieser Unfallpatienten und Patienten nach einem Lärmtrauma gelten daher einige Besonderheiten.

Oft dauert es lange Zeit und meist einige Rechtsstreitigkeiten, ehe bei Tinnitus-Patienten ein Unfallgeschehen mit Lärmeinfluss als berufsbedingt oder unfallverursacht anerkannt wird. Ein Grund dafür, dass ein kausales Geschehen angezweifelt wird, ist, dass der

Tinnitus nach einem Unfall nicht „zeitnah“, sondern oft erst später, manchmal deutlich später wahrgenommen wird. Dies kommt vor allem dann vor, wenn zunächst andere körperliche Schäden – mit oder ohne Schädel-Hirn-Trauma – im Vordergrund stehen oder der Patient gar beatmet werden musste. Dann kann der Tinnitus erst im Laufe des Bewusstwerdens und des Nachlassens der Schmerz- und Sedierungsmedikation wahrnehmbar werden. Aber auch bei einem objektivierbaren Lärmschaden wird regelhaft die Frage gestellt, ob nicht vorher schon ein Hörschaden bestanden hat. In einer für den Betroffenen paradox anmutenden Logik wird dann angenommen, dass dadurch auch die anzuerkennenden Folgen eines Lärmschadens gemindert sind. Oftmals stehen auch der Verlust oder die partielle Einbuße der Hörfähigkeit so im Vordergrund, dass ein Tinnitus gar nicht primär bemerkt wird, manchmal erst dann, wenn der Hörverlust sich, etwa nach einer Therapie, wieder bessert [1].

Besteht die Vermutung, dass es sich um einen Arbeitsunfall oder Wegeunfall handelt, muss ein sogenannter Durchgangsarzt aufgesucht werden, der über das weitere Vorgehen entscheidet. Dieser hat selten HNO-Kompetenz, was ihm nicht anzulasten ist. Schwieriger ist schon, dass manchmal notwendige Maßnahmen unterbleiben bis geklärt ist, wer der Kostenträger ist (Versicherung oder Berufsgenossenschaft) – und das kann dauern. So setzt die Behandlung eines akuten Hörschadens im Rahmen eines Unfallgeschehens häufig erst sehr spät ein. Auch eine hochdosierte Kortisonbehandlung ist dann häufig nicht mehr wirksam [2]. Bleibt ein nicht objektivierbares Leiden am Tinnitus, erleben die Betroffenen vonseiten der Versicherung oft keine wirkungsvolle Hilfe. Stattdessen beginnt häufig ein mühsamer Weg der Geschädigten über Gutachter, die sich im Rahmen ihres Auftrags distanzieren zum Geschehen verhalten und oft sehr eingeschränkte Kausalitätsvorstellungen haben, die sich vor allen Dingen nicht mit den Empfindungen und Erlebnissen der betroffenen Patienten oder Versicherten decken. Natürlich gibt es viele Unfall- und Berufsunfallpatienten, die zügig versorgt werden konnten, und bei denen sich der Unfallverursacher und die Unfallversicherung angemessen verhalten haben. Leider kommt aber häufig auch das Gegenteil vor.

Kreuzen die Patienten im Tinnitus-Fragebogen [3] (zu) viele Antworten im „sehr schweren Leidensbereich“ an, macht dies den Gutachter eher skeptisch.

Beschreiben die Patienten nachvollziehbar, dass „der Tinnitus“ im Laufe der Zeit immer lauter geworden sei, wenn sie das „Leiden am Tinnitus“ meinen, spricht das gegen den Zusammenhang mit dem Unfall. Das ist vor allem für private Unfallversicherungen von Bedeutung. Diese müssen in der Regel nur einen objektivierbaren organischen, nicht aber psychische Schäden entschädigen. In diesem Kontext können Versicherungen erstaunlich psychosomatisch denken.

Geben die Patienten in der Schilderung ihres Leidens ihren Tinnitus – subjektiv stimmig – als „sehr laut“ an, obwohl audiometrisch eine Verdeckbarkeit im Bereich von 10–15 dB über der Hörschwelle bestimmt wird, wächst häufig die Skepsis der Gutachter. Als sogenannte Aggravation wird oft gewertet, wenn zu Begutachtende versuchen, die empfundene Schwere des subjektiven Leidens ausufernd oder dramatisch zu verdeutlichen. Aggravationen werden von Gutachtern oft und fälschlich als eine Simula-

tion, d. h. eine bewusste Täuschung, gewertet. Auch deswegen wird eine Kausalität zwischen dem Unfallgeschehen und der Tinnitus-Verursachung oft infrage gestellt [4, 5].

DEFINITIONEN

Aggravation oder Akzentuierung: Eine bewusst intendierte, verschlimmernde oder überhöhte Darstellung einer vorhandenen Störung zum Zweck der Erlangung von materiellen Vorteilen (Verdeutlichungstendenz).

Simulation: Das bewusste Vortäuschen einer krankhaften Störung.

Neurosen: Seelische und seelisch bedingte Störungen, die der Versicherte auch bei zumutbarer Willensanstrengung aus eigener Kraft nicht überwinden kann (Entscheidung des Bundessozialgerichts, 1964).

Eine objektive und objektivierbare Messung von Ohrgeräuschen ist bislang nicht möglich, weder audiometrisch noch durch Messung von Hirnaktivitäten oder durch Bildgebung. Dies betrifft eine generelle Diagnostik genauso wie eine spezielle Diagnostik im Begutachtungsfall [6].

Natürlich stellen die (nach unserer Erfahrung sehr seltenen) Fälle, in denen ein/eine zu Begutachtende/r das Ohrgeräusch nur vortäuscht oder – häufiger – zu akzentuieren versucht, eine besondere Herausforderung für Gutachter dar. Aber allein durch fundierte und von erfahrenen Untersuchern durchgeführte Diagnostik lässt sich das meist erkennen oder ausschließen. Wenn es für die Bestimmung der Ursache für die Anerkennung eines Tinnitus als Folge eines „angeschuldigten Ereignisses“ erforderlich ist, muss vorrangig unterschieden werden, ob es sich dabei um ein Lärmtrauma, eine chronische Lärmbelastung oder einen anderen Unfall, etwa mit Kopftrauma, handelt.

Keineswegs ist es so, dass nur dann ein Primärschaden anerkannt werden kann, wenn allein ein lärmbedingter Hörverlust oder allgemein eine Hörschädigung vorliegen. Traumata wie etwa eine Commotio und folgend eine Commotio labyrinthii können ebenfalls Hörminderungen oder auch isoliert einen Tinnitus hervorrufen [7].

Die Forderung, erst eine bestimmte Ausprägung einer Hörschädigung könne einen Tinnitus als Begleitsymptom haben, ist unbewiesen und sollte daher nicht Grundlage einer Begutachtung sein.

So können nach zahlreichen Publikationen auch kleinste Hörschäden (Schäden der ÄHZ) Ursache eines Tinnitus sein, unabhängig von der Entstehungsursache [8, 9].

Die durch einen Unfall oder auch eine chronische Lärmbelastung Geschädigten sind daher oft doppelt in Not: Sie haben den Schaden und der oft frustrierende Kampf um Anerkennung belastet sie weiter. Ein wesentlicher Punkt dieses Vorgehens und besonders wiederholter Begutachtungen ist auf jeden Fall, dass das Symptom selbst dadurch eher verfestigt wird, allein weil es ständig erklärt und bewertet werden muss – eine wirksame Habituation wird auch deswegen oft erschwert.

Auch ein subjektiv empfundenes Schwanken in der Intensität spricht nicht gegen eine bestimmte Kausalität oder für eine Aggravation. Zwar nehmen quasi physiologisch viele Menschen etwa in einer schallisolierten Kabine Ohrgeräusche wahr, aber im Alltag wird ein vorhandenes Ohrgeräusch häufig akustisch überlagert und fällt daher eher in Ruhe auf, auch bei einem unfallbedingten Tinnitus.

In aller Regel sind unfallbedingte Ohrgeräusche frequenzstabil und auch dauerhaft wahrnehmbar, allerdings sind die Lautheit und auch die deutliche Wahrnehmung eines Ohrgeräusches und die damit zusammenhängende Belastung unabhängig von der Ursache ein Wahrnehmungsphänomen – sie können daher durchaus schwankend wahrgenommen werden.

Die sogenannten Verdeckungskurven oder auch die Residualinhibition sind zwar messbar, ihre klinische Bedeutung ist jedoch sehr fraglich und zumindest umstritten – ein wissenschaftlicher Beleg für deren verlässliche Bedeutung und vor allem für daraus sich ergebende therapeutische Konsequenzen besteht nicht [6, 10].

Die „emotionale“ Komponente

Unabhängig von Gutachterprozessen bleiben für Unfallpatienten oft auch noch das Menschliche und der Anstand auf der Strecke. So warten viele – oft vergeblich – auf Gesten wie eine Verantwortungsübernahme, eine Entschuldigung, eine Erklärung oder eine Bitte um Verzeihung. Meist werden die Verursacher durch die Versicherungsbedingungen genötigt, ihren Anteil am Unfallgeschehen nicht zu offenbaren oder gar abzustreiten. Manchmal unterbleibt eine Begegnung aus Scham und Vermeidung oder aus schlichter Unhöflichkeit oder Gedankenlosigkeit.

Dabei geht für die Betroffenen das Vertrauen in die Mitmenschen und das Gesundheitssystem häufig verloren. Es bleiben Verbitterung und Misstrauen gegenüber denen, die ihre Not nicht hören können oder anscheinend nicht wollen. Irgendwann können dann auch viele Angehörigen „es nicht mehr hören“ und wollen, dass es „irgendwann auch mal gut ist“. Schließlich haben auch andere einen Tinnitus, und die jammern auch nicht dauernd.

Das erklärt, warum das Leiden am und mit dem Tinnitus im Verlauf zunehmen kann – unabhängig von der organischen Bestimmbarkeit des Ohrgeräusches von 10–15 dB über der Hörschwelle. Kontrastiert wird dies manchmal durch die scheinbar gute Verarbeitung der organischen Schäden wie etwa eines Knochenbruchs, die primär sehr viel mehr ins Auge fallen.

Abhängig von der ererbten und erworbenen Persönlichkeitsentwicklung kann es in der Folge kommen zu

1. einem depressiven Einbruch – „wegen des Tinnitus“,
2. einer überängstlichen Beobachtung des Tinnitus,
3. einer „Dauer-Klage“ über das Symptom,
4. einem Dauerkampfmodus gegen die Ungerechtigkeit, oft mit dem Gefühl, es allen beweisen zu müssen, sowie
5. einer Kombination aus den genannten Punkten [11, 12].

Bedeutung für die Therapie

Wie bei anderen Somatisierungserkrankungen gibt es auch bei der Behandlung unfallbedingter Ohrgeräusche einen Dissens zwischen Behandlern und Patienten [3]. Die Letzteren nehmen – in diesem Fall zu Recht – eine organische Ursache an und erwarten deshalb eine organische Behandlung. Stattdessen bekommen sie ein psychosomatisches/psychotherapeutisches Angebot (zur Tinnitus-Habituatation) vorgesetzt,

- was sie nicht bestellt haben,
- in dessen Ecke sie (auch aus versicherungsrechtlichen Gründen) nicht gestellt werden wollen,
- für das sie meist ungeübt sind und
- bei dem sie auch noch selbst die Hauptarbeit leisten müssen.

Überlagert wird dies ungünstigerweise meistens auch noch durch ausstehende Gerichtsverfahren oder anhängende Schadensersatzklagen. Diese erschweren auch aus für den Patienten nicht willentlich steuerbaren Gründen die Habituationsarbeit. Manchmal machen sie die Bemühungen für einen gelingenderen Umgang gar unmöglich, wenn „der Tinnitus“ nicht besser werden darf. Wenn dann auf die „Mitwirkungspflicht“ des Versicherten hingewiesen wird, erreicht man vielleicht eine Anpassung im Verhalten gegenüber den Therapeuten. Man verfestigt aber gleichzeitig die im Laufe der Zeit angesammelten psychischen Narben. Die Grundlage, hinzulernen zu können, wird so kaum verbessert.

Günstiger ist es im beiderseitigen Interesse, mit dem Patienten und seiner Geschichte ein Bedingungsmodell zu erstellen, in dem er sich wiederfinden kann [13, 14].

Eine wichtige Grundlage dabei ist die Anerkennung des organischen Anteils in seiner objektiven Auswirkung auf das Hörvermögen und die Wahrnehmung des Tinnitus, der weder neurosen- noch lerntheoretisch erklärt werden muss.

Die Klage über die Symptomatik und die bisher behandelnden Kollegen muss ernst genommen werden. Möglicherweise ist diese Klage nicht nur verständlich, sondern sogar berechtigt. Manchmal hilft eine Erklärung der Vorgaben, unter denen Gutachter ihrem Auftrag nachgehen (müssen). Das entschuldigt nicht alles, kann aber möglicherweise ein Stück der Bitterkeit oder Blockade mindern.

Trauma-spezifisch wird man darauf achten, ob hinsichtlich des Unfallgeschehens Intrusionen, Dissoziationen, Hyperarousals oder andere traumatische Einsprengsel geblieben sind. Dies muss in aller Regel erfragt werden. Dann muss auch mit Tinnitus-Patienten entsprechend gearbeitet werden. Interventionen wie das EMDR aus der Traumatherapie müssen sorgsam vorbereitet werden, mit all den dazu notwendigen kleinen Schritten vorab. Das ist keine Anfängermethode und oft mehr, als in einer Rehabilitationsklinik geleistet werden kann. Dann bedarf es – auch auf Kosten der Berufsgenossenschaft oder der gegnerischen Versicherung – einer Überführung an einen darin erfahrenen Therapeuten.

Als zentral erweist sich oft die Frage nach der Gerechtigkeit und Wiedergutmachung, wobei es nicht nur um das Materielle geht. Um dabei nicht stehen bleiben zu müssen, kann es hilfreich sein, das folgende Beispiel zu bemühen:

„Wenn jemand in einen kalten Fluss gestoßen wurde und sich zu Recht darüber beklagt, bleibt ihm dennoch nichts anderes übrig, als sich selbst mit allen ihm zur Verfügung stehenden eigenen Kräften ans Ufer zu retten, selbst wenn er bei dieser Aktion verletzt wurde oder ein körperlicher Schaden geblieben ist.“

Ein ebenso wichtiges Thema ist das der zwischenmenschlichen Enttäuschung, sowohl was den Verursacher als auch (zunehmend) das soziale Umfeld angeht. Auch dies muss im Prozess begleitend bearbeitet werden. Vielleicht kann eine Erklärung oder Entschuldigung im Rollenspiel nachgeholt werden, um die Tür zur Bearbeitung zu öffnen.

Wenn dann die Grundlage für eine Bearbeitung des Tinnitus-Leidens geschaffen ist, kann und muss man schauen, auf wen das Geschehen getroffen ist. Spätestens jetzt ist es sinnvoll, eine „Lerngeschichte“ oder psychodynamische Biografie zu erheben, um das Veränderungspotenzial auszuloten und – notwendigerweise – in die therapeutische Arbeit zu bringen.

- Aus verhaltenstherapeutischer Sicht sind die Phänomene der klassischen und operanten Konditionierung hilfreich für das Verständnis der aufrechterhaltenden Faktoren des Leidens am Tinnitus. Dabei müssen die Wirkzusammenhänge meist wiederholt angeboten und erklärt werden. Am nachhaltigsten ist es, wenn dies auch mit eigenen Erfahrungen in einer Hörtherapie erlebt werden kann. Die Psychoedukation zum Tinnitus (bei Ärzten: Counselling) ist oft eine harte Enttäuschung, wenn klar und verstanden wird, dass die Tinnitus-Lautheit nie lauter als 15 dB über der Hörschwelle sein kann. Auch dies muss aufgefangen, verstanden und begleitet werden [12, 15].
- Aus psychodynamischer Sicht ist es hilfreich, mit dem Patienten die Auswirkungen auf sein Beziehungsgefüge zu bearbeiten und seine Interaktionsmöglichkeiten zu verbessern [16, 17].

Eine Tinnitus-Unfallgeschichte

Wie jeden Morgen fuhr Herr B. gegen 7.30 Uhr, nach einer kleinen Runde mit dem Hund auf dem Gang zum Bäcker, den 20 km langen Weg zur Arbeit. Fünf Tage später wachte er auf der Intensivstation eines größeren Krankenhauses auf und erinnerte sich nur daran, dass er Brötchen gekauft hatte und losgefahren war. Als er an sich heruntersah, fand er einen Arm und ein Bein in Gips. Zudem hatte er das merkwürdige Gefühl, die Krankenhausmitarbeiter und seine Frau nicht recht zu verstehen, anscheinend wollten sie nur sehr leise mit ihm sprechen. Wohl aber begriff er, dass etwas Ungewöhnliches passiert sein musste. Er erfuhr, dass er auf dem Weg zur Arbeit von einem anderen Auto frontal erfasst wurde, das ihm mit zu hoher Geschwindigkeit in einer Kurve entgegenkam. Man sprach davon, dass er großes Glück gehabt habe. Anscheinend hatte der Airbag das Schlimmste verhindert. Auch sei gleich jemand zur Stelle gewesen, der den Notarzt gerufen hat. Die Feuerwehrleute hätten sehr schnell seine Bergung und den Transport zum Krankenhaus bewerkstelligen können. Von dem Unfallgegner erfuhr er, dass er „mit einem blauen Auge“ davongekommen sei.

Nach der Verlegung auf eine Normalstation blieb immer noch das Gefühl, die anderen nicht mehr so recht zu verstehen. Auch

waren ihm irgendwie immer noch die Geräusche der Monitore aus der Intensivstation im Kopf.

Letztendlich kam eine Gesundheits- und Krankenpflegerin auf die Idee, ein HNO-Konsil anzufordern, das nach einigen Tagen dann auch durchgeführt wurde. Dabei zeigte sich eine beidseitige, vorher nicht bekannte bzw. auch nicht bestehende Hochtonsenke und das durchgehende „Monitorgeräusch“ bekam mit Tinnitus einen Namen, wobei dieser mit 75 dB (Verdeckbarkeit) bestimmt wurde, was dem Patienten auch so mitgeteilt wurde (► **Abb. 1**).

Die dann eingeleiteten intravenösen Steroidinfusionen brachten keine Verbesserung. Hinsichtlich der Höreinschränkung wurde er an den ambulanten HNO-Arzt überwiesen mit der Idee, dass man über Hörgeräte einmal nachdenken müsse. Mit dem Tinnitus müsse er leben und überhaupt habe er ja letztendlich in allem Unglück Glück gehabt.

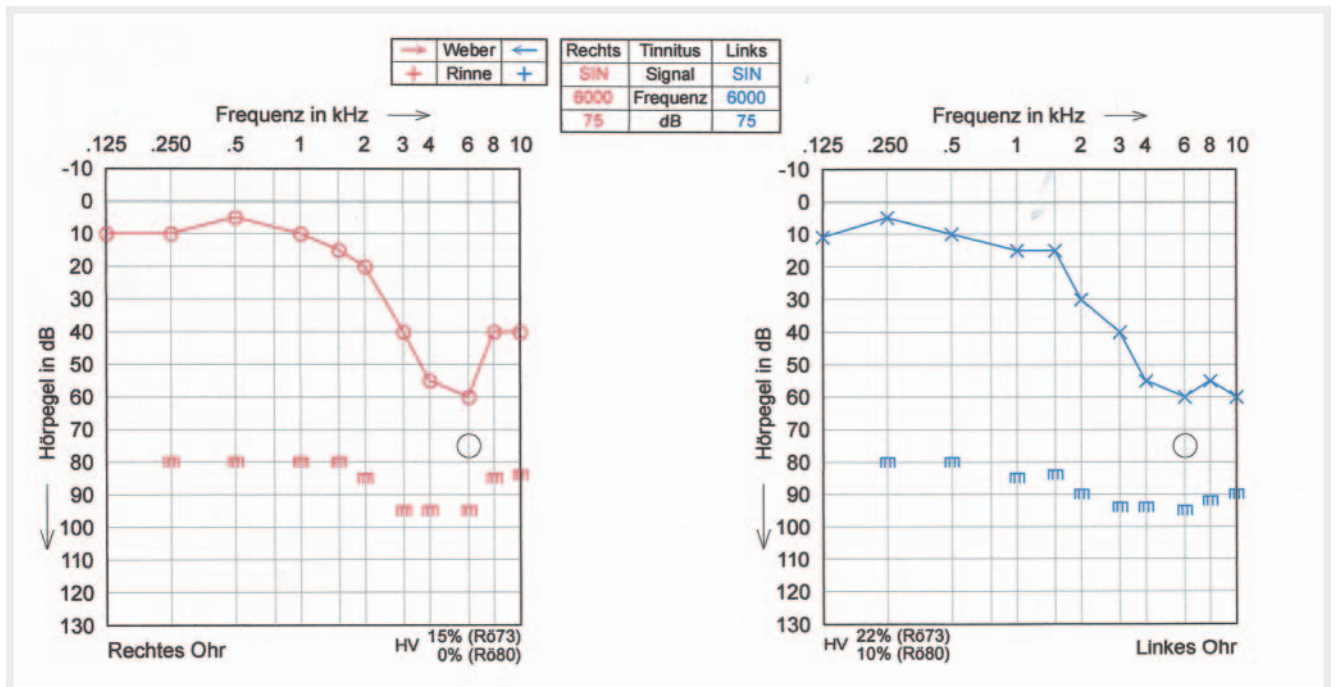
Wieder zu Hause, gestaltete sich das Einfügen in das Familienleben als schwierig, auch wenn sich alle bemühten, blieb doch vieles unverständlich und die Geräusche im Ohr zu laut. Er erlebte sich selbst gereizter als er das von sich kannte. Er entwickelte Konzentrations- und Schlafstörungen, die ihn auch übelgelaunter sein ließen, sodass seine Frau und seine Kinder einen immer größeren Bogen um ihn machten. Ein Arbeitsversuch scheiterte, obwohl er sich für seinen Beruf wieder auf der Höhe fühlte und von den Arm- und Beinbrüchen weitestgehend genesen war.

Während er für Letztere ein Schmerzensgeld in Aussicht gestellt bekam, wurde das für den Tinnitus und die Hörveränderung abgelehnt. Ein über 10 Jahre alter Hörbefund war nicht mehr zu finden und so hatte er ehrlich angegeben, dass auch schon mal von einer „altersentsprechenden“ Höreinbuße im höheren Bereich die Rede gewesen sei. So wurde argumentiert, dass auch die jetzige Höreinschränkung altersentsprechend sein könnte – auch ohne Unfall.

Ambulante Versuche, den Tinnitus noch in den Griff zu bekommen, sei es über weitere Infusionen, Durchblutungsmittel, Krankengymnastik und eine selbstbezahlte Akupunktur etc., hatten nicht den gewünschten Erfolg. Gleichzeitig beklagte er, dass er sich oft selbst nicht wiedererkenne, dass weder er noch seine Familie oder sein Arbeitgeber dies verstehen, und dass er auch sehr enttäuscht sei, dass sich der Unfallgegner bis dato mit keiner Silbe oder gar einer Entschuldigung gemeldet hätte.

Eine adäquate Hörgeräteversorgung, die es ermöglichte, nicht nur das Hören und Verstehen zu verbessern, sondern eben auch die Tinnitus-Wahrnehmung zu mindern, brachte eine Verbesserung. Allein dies führte zu einer Verbesserung der Konzentration und einer Minderung der Hörarbeit sowie einem besseren Verstehen und Verständnis.

In der weiteren Therapie wurde es möglich, mit dem Patienten ein Bedingungsmodell zu erstellen, in dem er die veränderbaren Anteile angehen konnte, auch wenn er den Umgang mit den Gutachtern weiter „ungut“ fand. Unbefriedigend für ihn blieb bis zum Schluss, dass sich der Unfallgegner in keiner Form gemeldet hat. Hinsichtlich der ausstehenden versicherungsrechtlichen Auseinandersetzungen gab er glaubhaft an, dass es ihm nicht so sehr um einen Geldbetrag als solches, sondern um die Geste und die Frage der Gerechtigkeit gehe.



► **Abb. 1** Audiogramm des Patienten aus dem Fallbeispiel mit Tinnitus-Bestimmung. Die Tinnitus-Verdeckbarkeit beträgt 15 dB über der Hörschwelle.

Fazit

Die Behandlung von Tinnitus-Patienten, bei denen ein berufs- oder unfallbedingter Zusammenhang besteht, ist geprägt durch erschwerte Habituationmöglichkeiten, besonders, wenn noch Gerichts- oder Begutachtungsverfahren anhängig sind. Eine fundierte Diagnostik sollte die Beschwerden und die Kausalität ernst nehmen und zugleich Akzentuierungstendenzen erkennen und relativieren. Die darauf aufbauende Therapie fördert im Wesentlichen den besseren Umgang mit dem Leiden, einen möglichen Ausgleich des meistens begleitenden Hörverlustes und eine Verarbeitung des zugrunde liegenden Traumas.

Häufig wird am Ende der Therapie dennoch weiter der Wunsch vorgetragen, das bestehende Leiden – etwa im Abschlussbrief/-gutachten – zu dokumentieren und damit zu bestätigen.

Interessenkonflikt

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

Literatur

- [1] Hesse G. Innenohrschwerhörigkeit. Stuttgart: Thieme; 2015
- [2] AWMF-Leitlinie Hörsturz. Leitlinien der Dt. Ges. f. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie Leitlinie 017/010. 2014: 1–10
- [3] Goebel G, Hiller W. TinnitusFragebogen (TF). Ein Instrument zur Erfassung von Belastung und Schweregrad bei Tinnitus (siehe Anlage tinnitus Fragebogen). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie; 1998
- [4] Lehnhardt E. Berufsschäden des Ohres. Arch.Ohr.-,Nas.-u.Kehlk.-Heilk 1965; 185: 242
- [5] Feldmann H, Brusis T. Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes. 7. ed Stuttgart: Thieme; 2012
- [6] Lehnhardt E, Laszig R. Praktische Audiometrie. Lehrbuch und synoptischer Atlas. 9. Aufl. ed Stuttgart: Thieme; 2009
- [7] Hesse G. Tinnitus. II. ed Stuttgart: Thieme; 2015
- [8] Liberman MC. Noise-induced and age-related hearing loss: new perspectives and potential therapies. F1000Res 2017; 6: 927
- [9] Hesse G, Kastellis G. [Hidden hearing loss-damage to hearing processing even with low-threshold noise exposure?]. HNO 2019; 67 (6): 417–424
- [10] Feldmann H. Tinnitus masking curves (updates and review). J Laryng Otol 1984; 98 (Suppl. 9): 157–160
- [11] Schaaf H, Holtmann H. Psychotherapie bei Tinnitus. Stuttgart: Schattauer; 2002
- [12] Weise C, Hesser H, Andersson G et al. The role of catastrophizing in recent onset tinnitus: its nature and association with tinnitus distress and medical utilization. Int J Audiol 2013; 52 (3): 177–188. doi:10.3109/14992027.2012.752111. Epub 2013 Jan 9. PMID: 23301660.
- [13] Kröner-Herwig B, Jäger B, Goebel G. Tinnitus: Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Weinheim und Basel: Beltz; 2010
- [14] 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
- [15] Schaaf H. Kleine Einführung in die Tinnitus-Wahrnehmung. DTL Ratgeber. Wuppertal: Deutsche Tinnitus Liga; 2019
- [16] Schaaf H, Holtmann H. Psychotherapie in der ambulanten Tinnitusbehandlung, in Retraining und Tinnitusstherapie, G. Hesse, Editor. Stuttgart, New York: Thieme; 1999: 71–80
- [17] Beyrau D, Schaaf H, Hesse G. [Neuro-otology counseling for patients with chronic tinnitus]. Laryngorhinootologie 2018; 97 (10): 702–710. German. doi:10.1055/a-0648-4856. Epub 2018 Jul 19. PMID: 30025416