



Nachuntersuchung bei Tinnitus-Patientinnen und -Patienten nach einem einmaligen Counseling in einer Spezialambulanz

Wie wirksam ist eine einmalige Beratung in einer Tinnitus-Ambulanz?

von Dr. med. Georgios Kastellis, Dr. med. Helmut Schaaf und Prof. Dr. med. habil. Gerhard Hesse, Tinnitus-Klinik Dr. Hesse, Bad Arolsen

Das Counseling, also die eingehende und verständliche Aufklärung und Beratung der Patientinnen und Patienten, hat einen sehr hohen Stellenwert in einer gelingenden Tinnitus-Therapie. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass das Counseling in der S3-Leitlinie Chronischer Tinnitus als Ausgangspunkt und wesentlicher Beitrag zu einer guten Therapie empfohlen wird. Aber wie wirksam ist ein einmaliges Counseling und wovon hängt ab, ob die Patientinnen und Patienten davon profitieren und die Empfehlungen umsetzen können? Dieser Frage gingen Dr. med. Georgios Kastellis, Dr. med. Helmut Schaaf und Prof. Dr. med. habil. Gerhard Hesse in einer Nachuntersuchung bei ihren Patientinnen und Patienten nach, die zu einem einmaligen Counseling in der neurootologisch-psychosomatischen Spezialambulanz der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse waren.

Patientinnen und Patienten mit einem Leiden am Tinnitus suchen in ihrer Not Rat und Hilfe. Da sich die Symptomatik überwiegend über die und an den Ohren äußert, ist es sinnvoll und notwendig, die organischen Grundlagen HNO-ärztlich abzuklären. Ist danach eine für die Patientinnen und Patienten verständliche Aufklärung und Entängstigung möglich, ist dies oft schon alleine die Grundlage für eine gelingende Bewältigung. Problematisch ist, dass im Rahmen einer kassenärztlichen HNO-

Praxis oft nicht nur die Zeit für Diagnostik, sondern vor allen Dingen die Zeit für die Aufklärung nicht optimal zur Verfügung steht.

Gleichzeitig bringen viele Patientinnen und Patienten zusätzliche Probleme mit, die sie dem Tinnitus zuordnen, oder sie stecken in verzwickten Situationen, die den Tinnitus erst hörbar in die Wahrnehmung bringen. Dann verläuft die Kommunikation mit und über den Tinnitus oft auf unterschiedlichen Ebenen

– meist aneinander vorbei. Die Patientinnen und Patienten fühlen sich oft nicht in ihrer eigentlichen Problematik verstanden oder gar abgelehnt, HNO-Ärztinnen und -Ärzte empfinden sich nicht als die richtige Anlaufstelle oder sind mit dem eigentlichen Anliegen der Patientinnen und Patienten überfordert.

Eine Folge davon ist, dass Patientinnen und Patienten Hilfe in Spezialzentren suchen, unter anderem in der Klinikambulanz in Bad

Studie und wissenschaftliche Publikationen



Die vollständige Untersuchung: Kastellis, G. (2022): Katamnese – Untersuchung der ambulanten Tinnitus-Patienten und -Patientinnen der Tinnitus-Klinik Bad Arolsen von 2014–2019. Inaugural – Dissertation an der Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit

Wissenschaftliche Publikationen aus der Studie:

Kastellis, G., Schaaf, H., Hesse, G. (2021): Katamnese nach einmaliger Intervention bei Tinnitus-Patienten in einer Spezialambulanz. HNO efirst. DOI: 10.1007/s00106-021-01103-3

Schaaf, H., Kastellis, G., Hesse, G. (2021): Grenzen einer neurootologisch-psychosomatischen Tinnitus-Spezialambulanz. Wenn auch eine neurootologische psychosomatische Tinnitus Spezialambulanz nicht weitergeholfen hat. Psychother Psychosom Med Psychol. 2022 Apr;72(3-04):148-154. German. doi:10.1055/a-1562-2735. Epub 2021 Nov 15. PMID: 34781380.

sich um einen Fragebogen zur Selbstbeurteilung von Angst-Symptomen (HADS-A) und depressiven Symptomen (HADS-D).

Auf dieser Grundlage sprechen die Autoren meistens (mindestens) eine Empfehlung aus, die sie zusammen mit den Befunden in einem Brief für die Patientinnen und Patienten verschriftlichen.

Vorgehen bei der Nachuntersuchung

Die Autoren haben für diese Studie 699 Patientinnen und Patienten angeschrieben, die zwischen 2014 und 2018 einmalig in ihrer Ambulanz untersucht worden sind. Der Abstand zur Nachbefragung betrug mindestens sechs Monate. Verschiedet wurde ein dafür erstellter Fragebogen, die Testdiagnostik, ein frankierter Rückumschlag und die Aufklärung über den Datenschutz.

Ergebnisse

Von den angeschriebenen 699 Patientinnen und Patienten antworteten 295 (42 Prozent). Von diesen konnten der Mini-Tinnitus-Fragebogen und der HADS an zwei Messpunkten mit mindestens sechs Monaten Abstand verglichen werden.

Der Nachuntersuchungszeitraum betrug im Durchschnitt 34 Monate. Es konnte zu den meisten Fragen eine Vergleichsgruppe gebildet werden. So wurden diejenigen, die eine Empfehlung befolgt haben, verglichen mit denjenigen, die das nicht gemacht haben.

Arolsen, in der die Autoren tätig sind. Sie wollten nun herausfinden,

- ob das, was sie sowohl neurootologisch als auch psychosomatisch anbieten, bei den Patientinnen und Patienten ankommt, gehört und verstanden wird,
- und vor allen Dingen, ob die mit den Patientinnen und Patienten in der Regel gemeinsam erarbeiteten Schlussfolgerungen auch umgesetzt werden.

Idealerweise haben die Autoren versucht,

- im Dialog mit den Patientinnen und Patienten
- unter Berücksichtigung der neurootologischen Grundlagen

- und des subjektiven Krankheitsmodells der Patientinnen und Patienten die Grundlagen des Hörens und Modelle der Tinnitus-Entstehung sowie Möglichkeiten und Grenzen therapeutischer Maßnahmen zu vermitteln.

Dabei führen die Autoren eine spezifische neurootologische Befunderhebung durch, erheben eine sowohl symptomorientierte als auch biografische Krankengeschichte und berücksichtigen die Testergebnisse aus dem Mini-Tinnitus-Fragebogen (TF12) nach Hiller und Goebel (2004) und die deutschsprachige Version des „Hospitality Anxiety and Depression Score“ (HADS). Bei letzterem handelt es



Die meisten Patienten haben sich hinsichtlich der Tinnitus-Symptomatik gebessert

Wie erhofft, haben die Patientinnen und Patienten im Durchschnitt sowohl hinsichtlich der Minderung der im Vordergrund stehenden Tinnitus-Symptomatik als auch hinsichtlich einer Verbesserung der psychischen Belastung signifikant profitiert. Noch wichtiger erscheint den Autoren die individuelle Auswertung pro Patient (Abb. 1). Diese wies bei über der Hälfte der Patienten (55 Prozent) eine starke Verbesserung und bei 18 Prozent eine leichte Verbesserung auf. Lediglich 19 Prozent zeigten keine Verbesserung. Bei acht Prozent verschlechterten sich die Werte im Verlauf.

Hinsichtlich der individuellen Auswertung der Angst- und der Depressionskomponente waren die Verbesserungen weniger ausgeprägt. So haben nur ca. 30 Prozent der Patientinnen und Patienten deutlich in diesen psychologischen Kategorien profitiert. 61 Prozent sind in etwa gleichgeblieben, selbst wenn sie sich im TF verbesserten. Dies weist auch darauf hin, dass die oft dahinterstehende psychische Komponente mehr als ein noch so empathisches Counseling benötigt.

Die meisten Patienten setzten Empfehlungen um und profitierten

Die meisten Patientinnen und Patienten haben die ihnen angeratenen Empfehlungen umgesetzt – und dadurch mehr profitiert als jene, die dies nicht getan haben. 279 der 295 Patienten bekamen über das basale Counseling hinaus für sie spezifische Empfehlungen. 180 davon (64,5 Prozent) haben mindestens eine davon befolgt. Prozentual am häufigsten waren dies die Empfehlung für eine Hörgeräteversorgung und das Erlernen und Durchführen der Progressiven Muskelentspannung nach Jacobson. Diese profitierten als Gesamtgruppe sowohl im TF12 als auch in beiden Kategorien des HADS signifikant besser als die Gruppe, die den Empfehlungen nicht nachgekommen ist.

Wovon hängt die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen ab?

Das Counseling der Autoren baut auf einem Ansatz auf, der für Patienten verständlich in der Broschüre „Kleine Einführung in die Tinnitus-Wahrnehmung“ von Dr. Helmut Schaaf

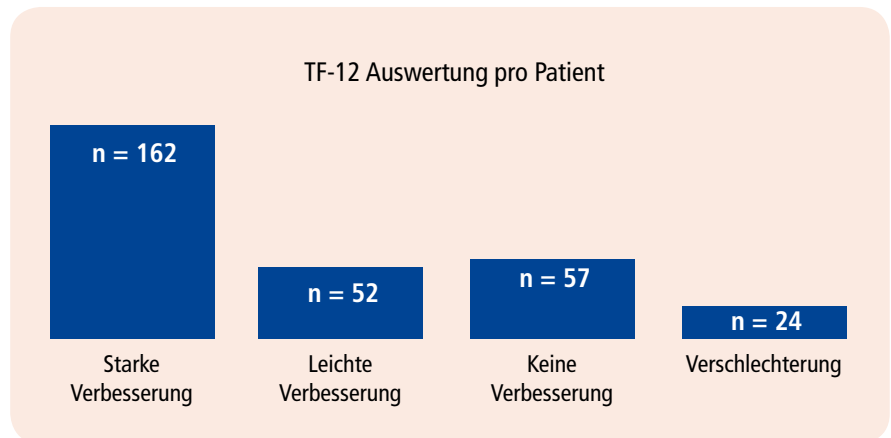


Abb. 1: Individuelle Auswertung des Mini-TFs in starke Verbesserung, leichte Verbesserung, keine Verbesserung und Verschlechterung.

(erhältlich im Tinnitus-Shop) ausführlich dargestellt wird. Unter Berücksichtigung und anhand der Befunde wird dieses Modell im Dialog mit den Patientinnen und Patienten besprochen – um daraus gegebenenfalls eine als hilfreich empfundene Maßnahme abzuleiten. Da das beste Fachwissen wenig genutzt, wenn es entweder nicht vermittelt werden kann oder nicht beim anderen ankommt oder, wie weiter unten zu berichten ist, möglicherweise auch nicht ankommen kann, wollten die Autoren auch herausfinden, ob einer der erfragten (interaktionellen) Faktoren in der Kommunikation mit den Patienten dazu beigetragen hat,

- dass eine mit den Patientinnen und Patienten erarbeitete Empfehlung umgesetzt wurde
- und ob dies einen dauerhaften Einfluss auf die Tinnitus-Belastung (ausgewiesen durch den Mini-TF12) und/oder Minderung der psychischen Belastung im HADS-A und -D hat.

Gefragt haben die Autoren in diesem Zusammenhang, ob die Patientinnen und Patienten

- für sich verstanden haben, wie der Tinnitus zustande gekommen ist,
- für sich verstanden haben, was den Tinnitus aufrechterhalten hat(te),
- für sich verstanden haben, was sie verändern können,
- den Zusammenhang zu ihrer Höreinschränkung verstanden haben,
- einen Bezug zu ihrer psychischen Belastung bekommen haben und
- sich insgesamt verstanden gefühlt haben.

Bei der Auswertung zeigte sich wie erhofft und erwartet, dass die meisten Patienten in allen Kategorien zustimmend geantwortet haben. Innerhalb der Gruppe der (eher) Zustimmenden fanden die Autoren auch signifikante Verbesserungen sowohl im Tinnitus-Fragebogen als auch im HADS-A und -D sowie hinsichtlich der Compliance (Therapietreue) für die Umsetzung einer Empfehlung. Auch im Vergleich zu der Gruppe, die (eher) nicht zugestimmt hat (sozusagen als Kontrollgruppe), zeigten sich darüber hinaus signifikante Unterschiede hinsichtlich der Symptom-Verbesserung – ausweislich des Mini-TFs – für alle Punkte im Fragebogen.

Was macht den Unterschied?

Hinsichtlich der Angstkomponente – erfasst durch den HADS-A – zeigten sich signifikante Unterschiede, wenn verstanden wurde, wie der Tinnitus zustande gekommen ist und was ihn aufrechterhalten hat (Tab. 1). Es fand sich kein signifikanter Unterschied in den Kategorien der Veränderbarkeit, dem Bezug zur psychischen Belastung und auch nicht zum Eindruck, sich verstanden gefühlt zu haben. Das könnte man vielleicht damit erklären, dass die Patientinnen und Patienten zwar verstanden haben, was das Problem ist, aber dass sie genau davor Angst hatten und vor dem, was für eine Veränderung nötig ist. Dann war es an dieser Stelle auch nicht weiterführend, dass sie sich – in ihrer Angst – verstanden gefühlt haben.

Zur Minderung des depressiven Anteils (HADS-D) scheint vor allem das „Verstanden-werden-Gefühl“ vom Gegenüber aus-

Was macht den Unterschied?

Patientinnen und Patienten haben ...	Umsetzung einer Empfehlung	Mini-TF	HADS-A	HADS-D
verstanden, wie der Tinnitus zustande gekommen ist	kein signifikanter Unterschied	signifikanter Unterschied	signifikanter Unterschied	kein signifikanter Unterschied
verstanden, was den Tinnitus aufrechterhalten hat(te)	kein signifikanter Unterschied	signifikanter Unterschied	signifikanter Unterschied	kein signifikanter Unterschied
verstanden, was sie verändern können	signifikanter Unterschied	signifikanter Unterschied	kein signifikanter Unterschied	kein signifikanter Unterschied
Zusammenhang zu ihrer Höreinschränkung verstanden	kein signifikanter Unterschied	signifikanter Unterschied	signifikanter Unterschied	kein signifikanter Unterschied
Bezug zu ihrer psychischen Belastung bekommen	signifikanter Unterschied	signifikanter Unterschied	kein signifikanter Unterschied	kein signifikanter Unterschied
sich verstanden gefühlt	signifikanter Unterschied	signifikanter Unterschied	kein signifikanter Unterschied	signifikanter Unterschied

Tab. 1: Übersicht der Auswertungen des Fragebogens hinsichtlich signifikanter Unterschiede zwischen der Gruppe, die mit „stimme voll und ganz zu“ oder „stimme eher zu“ geantwortet haben, und denen, die „stimme eher nicht zu“ oder „stimme gar nicht zu“ angekreuzt haben.

schlaggebend zu sein. Speziell bei diesem emotionalen Aspekt ist es hilfreich, als ganze Person gesehen, gehört und verstanden zu werden. Das alleine ändert natürlich noch nichts. Sehr wohl bietet es aber – nach dem Verständnis der Autoren – die Grundlage für den ersten Schritt.

Eine ähnliche Aufspaltung zeigte sich auch in den Cochrane-Metaanalysen (Übersichtsstudien, die verschiedene Studien zusammenfassen) von Martinez-Devesa et al. (2007) und der aktuellen Übersichtsstudie von Fuller et al. (2020) zur Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie bei Tinnitus. Das unterstreicht die Erfahrung der Autoren, dass es einen Unterschied gibt zwischen dem rein rationalen Erklären und Beraten („Kopf und Verstand“) und der interaktionellen Komponente des zwischenmenschlichen Verstehens („Herz und Gefühl“).

Nun liegen oft Welten zwischen Verstehen und Verändern. Dabei macht es – nach der Untersuchung der Autoren – einen signifikanten Unterschied für die Umsetzung einer Empfehlung, wenn die Patientinnen und

Patienten auch verstanden haben, **was** sie verändern können. Hilfreich ist dabei, wie sich hier gezeigt hat, dass sie – wenn vorliegend – einen Bezug zu ihrer psychischen Belastung bekommen haben. Dies ist bei vielen „somatisierenden“ Tinnitus-Patienten, die auf rein körperliche Aspekte des Tinnitus fixiert sind, nur über den Umweg über die Tinnitus-Wahrnehmung möglich. Das versuchen die Autoren bei der Besprechung anhand der Befunde der Patientinnen und Patienten und ihrer Geschichte abzuleiten und dialogisch mit ihnen zu erarbeiten, wenn es hilfreich erscheint.

Wenn trotzdem „nichts geht“

Dennoch gab es auch bei den Autoren 42 Patientinnen und Patienten (14 Prozent), die angaben, dass ihnen der Besuch in der Spezialambulanz nicht weitergeholfen hat. Sie haben signifikant

- weniger verstanden, wie der Tinnitus zustande gekommen ist und was ihn aufrechterhält,
- weniger Bezug zu ihrer psychischen Belastung bekommen,

- sich weniger verstanden gefühlt,
- 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. Dabei lagen die Gründe nicht in objektivierbaren Faktoren wie dem Hörbefund, dem Alter oder der Dauer des Tinnitus-Leidens. In all diesen Kategorien unterschieden sich die 42 Patientinnen und Patienten nicht von den 253, die angaben, dass ihnen der Besuch weitergeholfen habe.

Nach der subjektiven Einschätzung der Autoren, die natürlich nur die eine Seite umfasst, könnte man im Großen und Ganzen konstatieren, dass die Erwartungen der Patienten und manchmal auch derer, von denen sie „geschickt wurden“, nicht erfüllt wurden oder werden konnten.

Am häufigsten fiel die nicht zu erfüllende Erwartung auf, dass der Tinnitus geheilt oder

ausgelöscht werden könnte. Dabei waren die Vorstellungen der Patientinnen und Patienten unterschiedlich. So wünschten sich die meisten der 42, dass eine organische Ursache, zum Beispiel des Kiefers oder der Halswirbelsäule, erkannt und beseitigt würde. Ein Patient wollte trotz aller verstehbarer Organik eine spirituelle Lösung, einen anderen schätzten die Autoren als sogenannten „Koryphäen-Killer“ ein, bei dem auch sie trotz allen Bemühens wohl keine Chance haben konnten.

Drei andere Patientinnen und Patienten hatten Unterstützung für Lösungen von außen (besondere Rezepte, Gutachten) erwartet, die die Autoren nicht erfüllen wollten oder konnten. Zweimal konnten sie nicht die Erwartungen der Eltern oder Partner erfüllen.

Eine größere Gruppe bildeten die Patienten, bei denen nach Einschätzung der Autoren eine offensichtliche psychische Notlage vorlag, als deren Ausdruck das Leiden am Tinnitus wahrgenommen wurde. Die diesbezüglichen Erklärungsversuche und die sich daraus ableitenden Maßnahmen einer ambulanten oder stationären Psychotherapie konnten offenbar trotz allen Bemühens im Counseling nicht angenommen werden.

Bei drei dieser Patientinnen und Patienten müssen die Autoren in der Reflexion konstatieren, dass die Interaktion zwischen ihnen und den Patienten als nicht gelungen bezeichnet werden muss, was auch Gründe bei den Autoren gehabt haben wird.

Weitere drei Patientinnen und Patienten benötigten nach Einschätzung der Autoren primär psychiatrische Hilfe, was von diesen als nicht weiterführend und hilfreich empfunden wurde. Bei einem Patienten blieb letztendlich unklar, warum ihm der Besuch nicht weitergeholfen hat.

Grenzen der Aussagekraft der Studie

Bei einer Rücklaufquote von 42 Prozent steht die Auswertung unter dem Vorbehalt, dass keine Aussagen über mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten gemacht werden können. Auch waren die Autoren bei einer schriftlich erfolgten Antwort darauf angewiesen, dass die Antwortenden die Fragen gelesen, verstanden und angemessen beantwortet haben.

Bei einem Nachuntersuchungszeitraum zwischen sechs Monaten und fünf Jahren wird auch die Zeit einen Einfluss, unter anderem mit weiteren Therapiekontakten, gehabt haben, der nicht erfasst werden konnte. Nicht zuletzt sind die guten personellen und diagnostischen Voraussetzungen einer seit über 25 Jahren bestehenden Spezialambulanz nicht unbedingt vergleichbar mit anderen ambulanten Angeboten.

Fazit

Ein neurootologisches Counseling ist Grundlage für eine erfolgversprechende Tinnitus-Behandlung. Ärztinnen und Ärzte können hilfreich sein, wenn sie bei der notwendigen Aufklärung (dem gewünschten Counseling) nicht nur ihre Fachkenntnis, sondern auch Zeit, Empathie und Sensibilität für die dem Tinnitus zugeschriebenen Beschwerden (zum Beispiel Konzentrationsstörungen, Nervosität, Schlafstörungen) aufbringen können.

Dabei spielen Faktoren, die die Interaktion zwischen den Patienten und den behandelnden Personen betreffen, eine zumindest mitentscheidende Rolle sowohl für das Verständnis als auch für die Bereitschaft, die notwendigen Maßnahmen mitzutragen. Dies betrifft eine oft hilfreiche Hörgeräteversorgung, das Erlernen und regelmäßige Ausüben der Progressiven Muskelrelaxation oder die Empfehlung (möglichst nicht der „Verweis“) für eine Psychotherapie. Trotzdem – auch das ist ein wichtiges Ergebnis – kann das Counseling auch scheitern oder nicht alleine ausreichen.

Die Leistungen des Ambulanten Kompetenzzentrums für Hör- und Gleichgewichtsstörungen in Bad Arolsen werden von den Privatkassen und der Beihilfe übernommen, leider nicht jedoch von den gesetzlichen Krankenkassen. Informationen zur Kostenübernahme finden Sie unter www.tinnitus-klinik.net > Die Ambulanz > Kostenübernahme.

Kontakt

Andrea Wagner
Telefon: 05691 800330
E-Mail: info@tinnitus-klinik.net

Die Autoren:



Dr. med. Georgios Kastellis, Chefarzt der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse.



Dr. med. Helmut Schaaf, Leitender Oberarzt der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse.



Prof. Dr. med. habil. Gerhard Hesse, Leiter der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse.

Korrespondenzadresse:

*Dr. med. Helmut Schaaf
Leitender Oberarzt der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse und der Gleichgewichtsambulanz der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse im Stadtkrankenhaus Bad Arolsen
Große Allee 50
34454 Bad Arolsen
www.drhschaaf.de*

Das Literaturverzeichnis kann unter dem Stichwort „Kastellis/Schaaf/Hesse, TF 4/2022“ bei der TF-Redaktion angefordert werden.