

– Für unsere fachlichen Leserinnen und Leser –

Besonderheiten bei der Behandlung über die Berufsgenossenschaft oder Unfallkassen

Unfallpatienten und Patienten nach einem Lärmtrauma

von Dr. Helmut Schaaf, Leitender Oberarzt der Tinnitus-Klinik und des Gleichgewichtsinstituts Dr. Hesse, Bad Arolsen

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 andere Menschen oder Umstände einen für sie bleibenden Schaden verursacht haben, müssen sie selbst ihre verbliebenen Ressourcen aufbieten, um mit dem Tinnitus-Leiden und meist auch dem Hörschaden adäquat umgehen zu können. Dr. Helmut Schaaf schildert in seinem Beitrag, welche Besonderheiten es bei der Behandlung von Unfallpatienten und Patienten nach einem Lärmtrauma gibt.

Es dauert oft lange Zeit und kostet meist einige Rechtsstreitigkeiten, ehe bei Tinnitus-Patienten ein Unfall-Geschehen 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 und manchmal sehr viel später wahrgenommen wird. Dies kommt vor allem dann vor, wenn zunächst andere körperliche Schäden – mit oder ohne Schädelhirntrauma – im Vordergrund stehen oder der Patient gar unter Ausschaltung des Bewusstseins beatmet werden musste. Dann kann der Tinnitus erst im Laufe des Bewusstwerdens und des Nachlassens der Schmerz- und Sedierungsmedikationen wahrnehmbar werden. Aber auch bei einem objektivierbaren Lärmschaden wird regelhaft die Frage gestellt, ob nicht vorher schon ein Hörschaden bestanden hat. In einer paradox anmutenden Logik wird dann angenommen, dass dadurch auch die anzuerkennenden Folgen eines Lärmschadens gemindert sind.

Sobald die Vermutung besteht, 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 oft erst sehr spät ein. Dann kann auch die hochdosierte Kortisonbehandlung nicht mehr wirklich wirksam werden.

Bleibt ein nicht objektivierbares Leiden am Tinnitus, erleben die Betroffenen vonseiten der Versicherung oft keine wirkungsvolle Hilfe. Stattdessen beginnt häufig ein mühsa-

Definitionen



Aggravation: 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).

mer Weg der Geschädigten über Gutachter, die sich im Rahmen ihres Auftrags distanziert 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 Unfallversicherung angemessen verhalten

haben. Leider kommt aber häufig auch das Gegenteil vor.

Kreuzen die Patienten im Tinnitus-Fragebogen (zu) viele Antworten im „sehr schweren Leidenbereich“ an, macht dies den Gutachter eher skeptisch. Beschreiben die Patienten nachvollziehbar, dass „der Tinnitus“ im Lauf 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 15 dB über der

Die Tinnitus-Bestimmung – wie geht das?

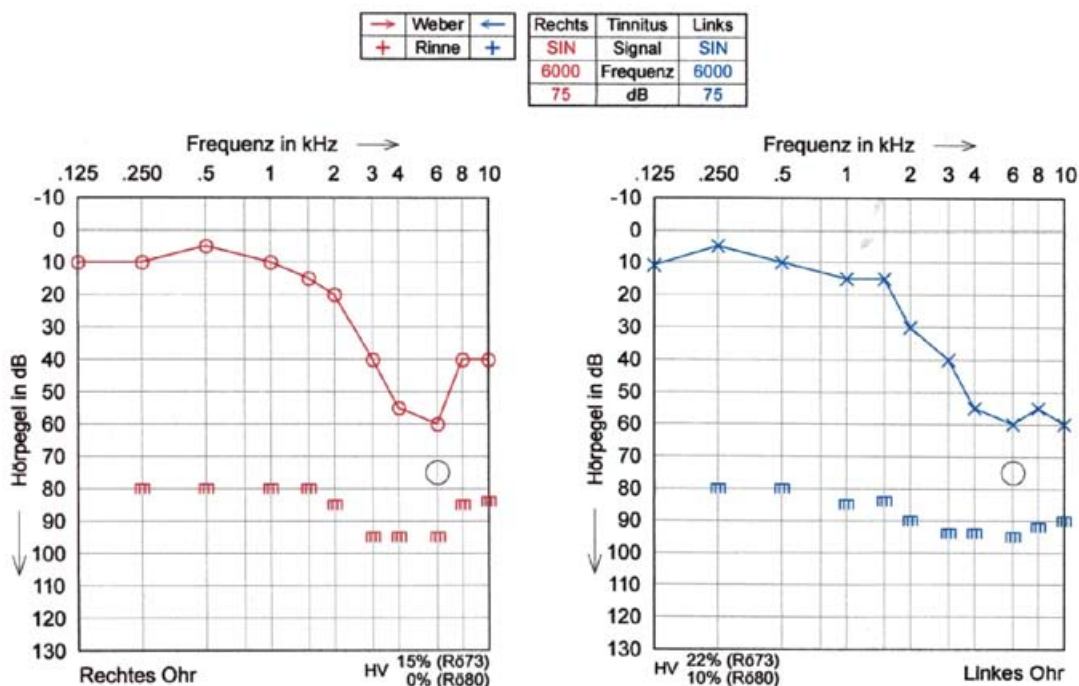


Abb. 1: Tinnitus-Bestimmung. Tinnitus-Verdeckbarkeit von 75 dB abzüglich (minus) Hörschwelle von 60 dB = 15 dB Tinnitus-Lautheit.

Ist die Hörschwelle bestimmt, wird der Patient nach dem Charakter seines Ohrgeräusches gefragt. Dieses findet sich in der Regel in der Frequenz des größten Hörverlustes. Bei einseitiger Taubheit oder einseitig hochgradiger Schwerhörigkeit wird man den Vergleichston auf dem Gegenohr anbieten. Ist die Tonhöhe des Tinnitus erfasst, wird dieser Ton in kleinen Schritten überschwellig solange erhöht, bis der Patient angibt, dass der von außen angebotene Ton lauter als der Tinnitus ist (Verdeckbarkeit).

Die Tinnitus-Lautheit wird bestimmt durch die Differenz zwischen Verdeckbarkeit und vorab ermittelter Schwerhörigkeit in der Tinnitus-Frequenz. Achtung: Nicht die absolute Tinnitus-

Verdeckbarkeit – etwa von 75 dB – stellt die Tinnitus-Lautheit dar, sondern die Differenz zur Hörschwelle.

Beispiel: Tinnitus-Verdeckbarkeit von 75 dB abzüglich (minus) Hörschwelle von 60 dB = 15 dB Tinnitus-Lautheit (Abb. 1).

Für die Dokumentation ist die Relation der Tinnitus-Lautheit zur Hörschwelle anzugeben. In der Regel kann der Tinnitus schwelennah, meist zwischen 1-15 dB über der Hörschwelle, bestimmt werden. Sehr selten liegt der Pegel für das Ohrgeräusch um mehr als 15 dB über der Hörschwelle. Dann muss man an ein objektives Ohrgeräusch denken.

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 Simulation, das heißt eine bewusste Täuschung gewertet. Auch deswegen wird eine Kausalität zwischen dem Unfallgeschehen und der Tinnitus-Verursachung oft in Frage gestellt.

Dadurch sind die Geschädigten oft doppelt in Not: Sie haben den Schaden und der oft frustrierende Kampf um Anerkennung spottet jeder Beschreibung. 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.

Unabhängig von Gutachterprozessen bleiben 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, eine Bitte um Verzeihung oder vielleicht auch nur auf einen Blumenstrauß. Meist werden die Verursacher durch die Versicherungsbedingungen genötigt, ihren Anteil am Unfallgeschehen nicht zu offenbaren. Oft unterbleibt aber eine Begegnung aus Scham und Vermeidung oder aus schlichter Unhöflichkeit oder Gedankenlosigkeit.

Verloren geht dabei oft das Vertrauen in die Mitmenschen und das Gesundheitssystem. Es bleiben oft Verbitterung und Misstrauen gegenüber denen, die ihre Not nicht hören können oder anscheinend nicht wollen. Irgendwann können dann auch viele Angehörige „es nicht mehr hören“ und wollen, dass es „irgendwann auch mal gut ist“. Schließlich haben auch andere (Tante Else und Nachbar Heinz) 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 15 dB über der Hörschwelle. Kontrastiert wird dies manchmal durch die scheinbar gute Verar-

beitung der organischen Schäden, wie etwa ein Knochenbruch, die oft sehr viel mehr ins Auge fallen.

Je nach der bis dahin mitgegebenen 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 1–4.

Dies führt teilweise zu bizarren Verhaltensweisen. So versuchte ein Patient immer wieder, einem Kollegen seine in der HNO-Praxis bestimmte Tinnitus-Lautheit mithilfe eines 80 dB-lauten Geräusches zu verdeutlichen. Dabei verwechselte er – ebenso wie leider manchmal auch der ärztliche Kollege – die sogenannte Tinnitus-Verdeckbarkeit (80 dB) mit der Tinnitus-Lautheit von 5 dB bei einer Höreinschränkung von 75 dB in dieser Frequenz.

Bedeutung für die Therapie und therapeutische Beziehungsgestaltung

Wie bei Somatisierungserkrankungen gibt es einen Dissens zwischen Behandlern und Patienten. 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 vorgesetzt,

- das 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 ungünstiger Weise 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 der Hammer der „Mitwirkungspflicht“ geschwungen 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.

1. 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.
2. 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.
3. 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 Anfänger-Methode 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.
4. Als zentral erweist sich oft die Frage nach der Gerechtigkeit und Wiedergut-

machung, 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 selber 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.“

5. 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: Counseling) 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.
- Aus psychodynamischer Sicht ist hilfreich, mit dem Patienten die Auswirkungen auf sein Beziehungsgefüge zu bearbeiten und seine Interaktionsmöglichkeiten zu verbessern.
- Hypnotherapeutisch kann dem Tinnitus im Sinne eines Reframings eine wichtige Rolle zugeschrieben werden. Eine naheliegende Deutung ist, dass der Tinnitus

den Weg zu einer Therapie angefordert hat, in der das Leiden gebessert werden kann. Wenn die Patienten etwa an Schutzengel glauben können, kann auch eine Intervention wie in dem folgenden Beispiel versucht werden.

Nicht (wirklich) enttäuscht sein darf man, wenn am Ende der Therapie dennoch weiter der verständliche Wunsch vorgetragen wird, dass das Leiden – auch im Abschlussbrief/-gutachten – bestätigt wird.

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 seinen Arm und sein 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 dem Auto eines jungen Menschen frontal erfasst wurde, als dieser 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 werden konnte. Dabei zeigte sich eine beidseitige, vorher nicht bekannte beziehungsweise auch nicht bestehende Hochtosenke und das durchgehende „Monitorgeräusch“ bekam als Tinnitus einen

Namen, wobei dieser mit 75 dB (Verdeckbarkeit) bestimmt wurde, was dem Patienten auch so mitgeteilt wurde. Die dann „unverzüglich“ vorgenommenen intravenösen Infusionsgaben brachten keine Verbesserung. Hinsichtlich der Höreinschränkung wurde er an den ambulanten HNO-Arzt verwiesen 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 konnte.

Während er für letztere ein Schmerzensgeld in Aussicht gestellt bekam, wurde das für den Tinnitus und die Hörveränderung abgelehnt. Ein über zehn 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. Im Gegenteil steigerte sich das Leiden am Tinnitus immer mehr, sodass er wegen seiner Tinnitus-Belastung nach einem Jahr stationär aufgenommen wurde. Dabei hegte er die Hoffnung, dass nun endlich etwas Kausales passiere und er doch nun wieder der Alte werden könne. Gleichzeitig beklagte er verständlicherweise, dass er sich oft selbst nicht wiedererkenne, dass weder er noch seine Familie noch sein Arbeitgeber das verstehen, und dass er auch sehr enttäuscht sei, dass sich der Unfallgegner bis dato mit keiner Silbe oder gar einer Entschuldigung gemeldet hätte.

Aus allen Wolken fiel er nach dem initialen Counseling, dass der Tinnitus nicht die erwarteten und vorgenannten 75 dB laut sei, sondern nur eine messbare Lautheit von 10 dB hat, da von der Verdeckbarkeit (hier 70 dB) die Höreinschränkung (60 dB) natürlich abgezogen werden muss (Abb. 2).

Einleuchtend schien ihm aber, dass es nicht möglich sein könnte, miteinander zu sprechen, wenn ein Dauergeräusch von 70 oder 75 dB in seinen Ohren dröhnen würde. So erreicht die normale Kommunikation „nur“ 65 dB. Sich selbst überzeugen konnte er an einem zur Verfügung gestellten Audiometer, in dem er auch zu selbstgewählten Zeiten seine Tinnitus-Verdeckbarkeit und Tinnitus-Lautheit bestimmen konnte.

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

Stück für Stück war es möglich, mit ihm ein Bedingungsmodell zu erstellen, in dem er sich und die anderen wiederfinden konnte, auch

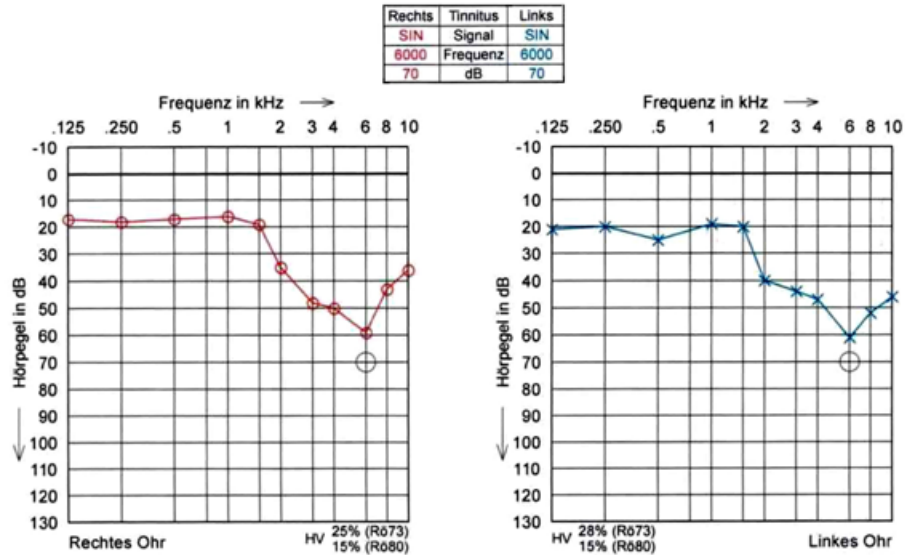


Abb. 2: Audiogramm des Patienten aus dem Fallbeispiel.

wenn er den Umgang mit den Gutachtern weiter „ungut“ fand und immer noch gerne eine Entschuldigung oder wenigstens Erklärung seitens des Unfallgegners gewünscht hätte. Das direkte Erleben in der Hörtherapie half, das Verstandene auch emotional zu verankern. Mit diesem Patienten war es auch möglich, am Ende eines längeren Prozesses zu einem dann passenden Zeitpunkt in der Gruppentherapie zu fragen, ob er an Schutzengel glauben könne. Da er dies wie einige andere Patienten bejahte, war es möglich, sich vorzustellen, dass diese in der Unfallsituation sehr auf ihn aufgepasst haben. Auch deswegen konnte er gerettet werden und hat überlebt. Nun könnte es sein, dass diese Schutzengel ihn immer noch umkreisen und dabei sehr emsig mit ihren Flügeln schlagen... Vielleicht kann er das auch in seinem Ohr hören. Wahrscheinlich – so konnten wir im Sinne des Reframings weiter fantasieren – werden die Schutzengel solange hörbar ihre Flügel schlagen (müssen), bis er einen besseren Umgang für sich gefunden hat. Und auch danach würden sie nicht wegfliegen, aber sie müssten erst wieder hörbar mit ihren Flügeln schlagen, wenn er sie braucht. Und wenn man dann zwischendurch mal in sich hineinhört, kann man sich auch versichern, dass sie noch da sind.

Unbefriedigend für ihn blieb bis zum Schluss, dass sich der Unfallgegner in keiner Form gemeldet hat. Unbefriedigend für unsere Statistik und Qualitätskontrolle blieb, dass die Ein-

gangswerte im Tinnitus-Fragebogen am Ende nahezu so ausfielen wie am Anfang, obwohl wir eine deutliche Besserung gespürt haben. Verstanden haben wir dies als halb bewusste, halb unbewusste Empfindung hinsichtlich der ausstehenden versicherungsrechtlichen Auseinandersetzungen, obwohl der Patient glaubhaft angab, dass es ihm nicht so sehr um den Betrag als solches, sondern um die Geste und die Frage der Gerechtigkeit gehe.

Nachfolge in Bremen gesucht

Langfristige Nachfolge für etabliertes Tinnitus-Hyperakusis-Zentrum in Bremen, Wachmannstraße 71, integriert mit der HNO-Gemeinschaftspraxis (2 KV-Zulassungen/Sitze) in Bremen, Wachmannstraße 119 ab 2021 oder später gesucht.

Homepage:
www.hno-praxis-bremen.com
oder www.thz-bremen.de

Kontaktaufnahme:
Aleksander und Grazyna Winiarski
Telefon: 0421 345353 (Praxis)
Handy: 0172 4379386
E-Mail: al.win@open-e.de

Kontakt zum Autor:



Dr. med. Helmut Schaaf
Leitender Oberarzt der Tinnitus-Klinik
Dr. Hesse und der Gleichgewichtsambulanz der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse
im Stadt Krankenhaus Bad Arolsen
Große Allee 50
34454 Bad Arolsen
E-Mail: hschaaf@tinnitus-klinik.net

Anmerkung: Der Autor erstellt keine Gutachten.