

Aus der Abteilung Allgemeinmedizin
(Prof. Dr. med. M. M. Kochen, MPH, FRCGP)
im Zentrum Innere Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Hausärztliche Behandlung des Tinnitus aurium
aus der Perspektive von Patienten und Hausärzten**

Eine qualitative Untersuchung

INAUGURAL – DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät
der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Silvia Wübker

aus

Damme

Göttingen 2007

Dekan: Prof. Dr. med. C. Frömmel

I. Berichterstatter: Prof. Dr. med. M. M. Kochen, MPH, FRCGP

II. Berichterstatter / in:

III. Berichterstatter / in:

Tag der mündlichen Prüfung:

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Stand der Forschung	5
2.1	Definition des Tinnitus	5
2.2	Klassifikatorische Einordnung	5
2.2.1	Einteilung nach dem Entstehungsmechanismus	6
2.2.2	Einteilung nach dem Ort der Entstehung	6
2.2.3	Einteilung nach dem Zeitverlauf	7
2.2.4	Einteilung nach der sekundären Symptomatik	7
2.3	Epidemiologie	8
2.4	Ätiologie und Pathophysiologie	9
2.5	Diagnostik	10
2.6	Therapie	10
2.7	Beeinträchtigungen und Dekompensationsindikatoren	13
2.7.1	Persönlichkeitsmerkmale als Dekompensationsindikatoren	14
2.7.2	Copingfähigkeiten als Dekompensationsindikatoren	17
2.8	Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung	18
2.8.1	Aspekte der Hausarzt-Patienten-Beziehung aus Patientensicht	19
2.8.2	Aspekte der Hausarzt-Patienten-Beziehung aus Arztsicht	21
2.8.3	Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung in der Tinnitusbehandlung	22
3	Fragestellungen und Ziele	25
3.1	Wie erleben Hausärzte die Situation der hausärztlichen Tinnitusbehandlung?	25
3.2	Welche Strategien wenden die Hausärzte an, um diese Situation zu bewältigen?	25
3.3	Wie definieren die Hausärzte ihre Aufgaben bzw. ihre Rollenfunktionen im Umgang mit Tinnituspatienten?	26
3.4	Welche Eigenschaften und Handlungen erwarten Tinnituspatienten von ihren Hausärzten?	26
4	Methoden	27
4.1	Auswahl von Methoden und Instrumenten der Datenerhebungsphase	27
4.1.1	Das qualitative problemzentrierte Interview	27
4.1.2	Interviewleitfaden	27
4.1.3	Tonträgeraufzeichnung und Transkription der Gespräche	28
4.2	Datenerhebung: Pilotstudie	28
4.2.1	Stichprobe und Datenerhebung	28
4.2.2	Modifikation der Leitfäden	28
4.3	Datenerhebung: die Arztinterviews der Hauptstudie	29
4.3.1	Rekrutierung und Stichprobe der Ärzte	29
4.3.2	Arztinterviewleitfaden	29
4.3.3	Ablauf und Setting der Arztinterviews	30
4.4	Datenerhebung: die Patienteninterviews der Hauptstudie	31
4.4.1	Rekrutierung und Stichprobe der Patienten	31
4.4.2	Patienteninterviewleitfaden	31
4.4.3	Ablauf und Setting der Patienteninterviews	32

4.5	Auswertung	32
4.5.1	Editing Analysis Style	32
4.5.2	Chronologisches Vorgehen	33
4.5.3	Das Software-Programm „Atlas-ti“	35
4.6	Zirkuläre Strategie	35
4.7	Datenschutz und Ethik	36
5	Ergebnisse	37
5.1	Die Stichproben	37
5.2	Emotionale Bewertung der Versorgung von Tinnituspatienten aus Sicht der Hausärzte	39
5.3	Strategien der Hausärzte im Umgang mit Tinnituspatienten	48
5.4	Rollenfunktionen der Hausärzte im Umgang mit Tinnituspatienten	55
5.5	Erwartungen der Tinnituspatienten an die Hausärzte	64
5.5.1	Erwartungen der Tinnituspatienten: Hausärztliche Handlungen	64
5.5.2	Erwartungen der Tinnituspatienten: Hausärztliche Eigenschaften und Haltungen	69
6	Diskussion	77
6.1	Diskussion der Methode	77
6.1.1	Stichprobe der Ärzte	78
6.1.2	Stichprobe der Patienten	79
6.2	Diskussion der Ergebnisse der Arztinterviews	79
6.2.1	Bewertung der Versorgungssituation von Tinnituspatienten aus Sicht der Hausärzte	79
6.2.2	Strategien der Hausärzte im Umgang mit Tinnituspatienten	81
6.2.3	Rollenfunktionen der Hausärzte im Umgang mit Tinnituspatienten	83
6.3	Diskussion der Ergebnisse der Patienteninterviews	85
6.3.1	Erwartete hausärztliche Handlungen	85
6.3.2	Erwartete hausärztliche Eigenschaften und Haltungen	86
7	Zusammenfassung	89
8	Literaturverzeichnis	91
9	Anhang	101
9.1	Interviewleitfäden	101
9.1.1	Pilotstudie: Arztinterviewleitfaden	101
9.1.2	Pilotstudie: Patienteninterviewleitfaden	102
9.1.3	Hauptstudie: Arztinterviewleitfaden	102
9.1.4	Hauptstudie: Patienteninterviewleitfaden	103
9.2	Anschreiben und Antwortbogen der Ärzte	104
9.3	Informationsblatt zur Studie für Patienten	106
9.4	Das Software-Programm „Atlas-ti“	108

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Die zirkuläre Strategie	36
Abbildung 2: Emotionale Bewertung der Tinnitusversorgung aus Sicht der Hausärzte	47
Abbildung 3: Strategien der Hausärzte im Umgang mit Tinnituspatienten.....	54
Abbildung 4: Aufgaben und Rollenfunktionen der Hausärzte im Umgang mit Tinnituspatienten	63
Abbildung 5: Erwartungen der Tinnituspatienten: hausärztliche Handlungen.....	68
Abbildung 6: Erwartungen der Tinnituspatienten: hausärztliche Eigenschaften und Haltungen	76

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Die Stichprobe der Ärzte.....	37
Tabelle 2: Die Stichprobe der Patienten.....	38

1 Einleitung

Das Symptom „Tinnitus“ ist in der hausärztlichen Versorgung von hoher Relevanz, da viele hausärztlich betreute Patienten vorübergehend oder chronisch davon betroffen sind. Der weitgehend ungeklärte pathophysiologische Mechanismus, die umfangreiche Diagnostik und zahlreiche, nicht evidenzbasierte Therapieempfehlungen können in Unsicherheiten bei der Behandlung von Tinnituspatienten resultieren.

Die Chronifizierung der Ohrgeräusche führt bei einer erheblichen Anzahl der Betroffenen zur Entwicklung einer Sekundärsymptomatik mit eingeschränkter Lebensqualität und hohem Leidensdruck. Insbesondere für diese chronisch betroffenen Patienten existiert keine (pharmakologische) Therapie, die unmittelbar zu einer Remission oder Erleichterung der Ohrgeräusche führt. HNO-Leitlinien empfehlen in diesen Fällen die Beratung der Betroffenen und Hilfestellung bei der Integration der Geräusche in den Lebensalltag. Ein tragfähiges Arzt-Patient-Verhältnis ist daher bedeutsam in Hinsicht auf das Therapieergebnis; zudem messen gerade chronisch kranke Patienten der Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung große Wichtigkeit bei.

Zur Beziehung zwischen Tinnituspatienten und ihren Hausärzten liegen bisher nur wenige Erkenntnisse vor. Insbesondere waren die für beide Seiten unbefriedigende Situation der eingeschränkten therapeutischen Möglichkeiten, hieraus resultierende Probleme und mögliche Lösungswege bisher nur unzureichend Gegenstand der Forschung. Ziel dieser qualitativen Studie ist daher die Exploration und der Vergleich des wahrgenommenen Status quo aus Sicht der Patienten und der Hausärzte.

2 Stand der Forschung

2.1 Definition des Tinnitus

Ohrgeräusche sind gehörte Wahrnehmungen, denen keine tatsächlichen akustischen Signale aus der Umwelt entsprechen; sie können als Rauschen, Zischen, Pfeifen, Summen oder als Melodie in Erscheinung treten (Hannan et al. 2005, Luxon 1993, Vesterager 1997, Stadie 2000). Tinnitus kann konstant, intermittierend oder progredient auftreten (Reiß und Reiß 1999, Kühnau et al. 2000). Die leichteste Form des Tinnitus – der akute, vorübergehende, kompensierte Tinnitus – ist als „Ohrenklingeln“ sehr verbreitet und harmlos (Seifert 2005, Stadie 2000).

Tinnitus entsteht aufgrund einer Dysfunktion in der Verarbeitung auditorischer Signale; dabei spielen perzeptive und psychologische Komponenten eine Rolle (Vesterager 1997). Es ist keine eigenständige Krankheit, sondern ein Symptom dieser Informationsverarbeitungsstörung mit individuell ausgeprägter emotionaler Reaktion (Seifert 2005). So kann ein Ohrgeräusch für den Betroffenen zum Auslöser eines eigenen sekundären Krankheitsbildes werden (Greimel und Biesinger 1999, Wilhelm et al. 1998), das eine erhebliche Beeinträchtigung der geistigen, psychischen und körperlichen Leistungsfähigkeit (z.B. reduzierte Konzentration, Depression) mit sich bringt (Stadie 2000).

2.2 Klassifikatorische Einordnung

In der – seit ihrem Erscheinen bisher nicht aktualisierten – Tinnitus-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (Lenarz et al. 1998) wird eine Einteilung nach dem Entstehungsmechanismus, dem Ort der Verursachung, dem Zeitverlauf und den Auswirkungen des Ohrgeräusches vorgeschlagen, die im Folgenden vorgestellt werden soll.

2.2.1 Einteilung nach dem Entstehungsmechanismus

- Objektiver Tinnitus: Es existiert eine körpereigene Schallquelle in der Nähe des Innenohres, deren Schallaussendungen gehört werden. Diese Schallaussendungen können nicht nur vom Betroffenen, sondern auch vom Untersucher gehört werden und lassen sich z.B. mit Hilfe eines Messmikrofons oder Stethoskops objektivieren (Lenarz 1998).
- Subjektiver Tinnitus: Die subjektiven Ohrgeräusche werden oft auch als Tinnitus im engeren oder „eigentlichen“ Sinne verstanden; sie treten häufiger als objektive Geräusche auf (Ciocon et al. 1995). Beim subjektiven Tinnitus empfindet der Patient Geräusche, die nicht in seiner Umgebung entstehen und die auch nicht für eine andere Person hörbar sind oder hörbar gemacht werden können (Maurer und Marangos 2000), sie entstehen durch eine fehlerhafte Informationsbildung im auditorischen System.

2.2.2 Einteilung nach dem Ort der Entstehung

Eine Differenzierung des subjektiven Tinnitus kann nach dem Ursprungsort vorgenommen werden. So beschreiben Lenarz et al. (1998) fünf anatomische Orte der Entstehung eines Tinnitus: äußeres Ohr, Mittelohr, Innenohr, Hörnerv und zentrales auditorisches System. Differenzierter gehen Zenner (1998) und Maurer und Marangos (2000) vor, die eine Einteilung vorschlagen, die sich sowohl nach dem anatomischen Aufbau des auditorischen Systems als auch nach dem funktionellen Ablauf der Schallverarbeitung in äußerem Ohr, Mittelohr, Innenohr, Hörnerv und Gehirn ergibt.

Der sekundäre zentrale Tinnitus bezeichnet dabei im Unterschied zum primären zentralen Tinnitus ein Ohrgeräusch, das ursprünglich peripher und nicht zentral verursacht wurde und sich dann im zentralen Nervensystem unabhängig von der Genese am Ohr verselbständigt hat. Dies bedeutet, dass das Ohrgeräusch weiter bestehen kann, auch wenn die ursprüngliche Ursache nicht mehr besteht (z.B. Phantom-Tinnitus nach Neurektomie (Zenner 1998)).

2.2.3 Einteilung nach dem Zeitverlauf

Da die Klassifikationen nach dem Zeitverlauf für die einzuschlagende Therapie wichtig sind (Lenarz 1998), unterscheidet der Autor nicht nur akute und chronische, sondern auch subakute Ohrgeräusche, die auch bei der Behandlung des Tinnitus eine Zwischenstufe einnehmen.

- Der akute Tinnitus besteht weniger als drei Monate,
- der subakute Tinnitus zwischen drei Monaten und einem Jahr und
- der chronische Tinnitus besteht länger als ein Jahr.

2.2.4 Einteilung nach der sekundären Symptomatik

Ebenfalls ist es für die Therapieplanung wichtig zu unterscheiden, ob es sich um einen kompensierten oder einen dekompenzierten Tinnitus handelt (Maurer und Marangos 2000), das heißt um einen Tinnitus ohne oder mit Sekundärsymptomatik:

- Kompensierter Tinnitus: Der Patient registriert das Ohrgeräusch, kann jedoch so damit umgehen, dass keine zusätzlichen Symptome auftreten. Die Patienten haben keinen oder nur geringen Leidensdruck und sind in ihrer Lebensqualität nicht weiter eingeschränkt.
- Dekompensierter Tinnitus: Das Ohrgeräusch hat massive Auswirkungen auf sämtliche Lebensbereiche (z.B. Berufs- und Privatleben) und führt zur Entwicklung einer Sekundärsymptomatik. Diese kann aus Angstzuständen, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und Depressionen bestehen, die bis hin zu suizidalen Gedanken reichen können (Maurer und Marangos 2000, Wilhelm et al. 1998). Es besteht hoher Leidensdruck und eine wesentlich eingeschränkte Lebensqualität.

Biesinger et al. (1998) schlagen eine weitergehende Abstufung des Schweregrades vor, die noch stärker das situationsabhängige Auftreten der Ohrgeräusche und ihre Auswirkungen auf das berufliche und private Leben berücksichtigt:

- Grad 1: Kompensiertes Ohrgeräusch, kein Leidensdruck.
- Grad 2: Der Tinnitus tritt hauptsächlich in Stille auf und wirkt störend bei Stress und psychisch-physischen Belastungen.

- Grad 3: Dauernde Beeinträchtigung im privaten und beruflichen Bereich. Es treten Störungen im emotionalen, kognitiven und körperlichen Bereich auf.
- Grad 4: Völlige Dekompensation im privaten Bereich, Berufsunfähigkeit.

2.3 Epidemiologie

Betrachtet man den akuten vorübergehenden kompensierten Tinnitus, so ist dieser sehr verbreitet (Stadie 2000); auch in schalldichten Räumen auftretend gilt Tinnitus als normal: In einer Studie zeigte sich, dass 64% von 120 Probanden nach einem zwanzigminütigen Aufenthalt in einem schalldichten Raum Ohrgeräusche wahrnahmen (Tucker et al. 2005).

In einer repräsentativen epidemiologischen Studie zur Inzidenz und Prävalenz von Ohrgeräuschen in der Bundesrepublik Deutschland wurden 3049 Personen telefonisch zum Thema Tinnitus befragt (Pilgramm et al. 1999). Hier zeigte sich, dass etwa jeder vierte Bundesbürger über 10 Jahre in seinem Leben schon einmal Ohrgeräusche erlebt hat. Die Punktprävalenz des Tinnitus wurde mit 3,9% angegeben, das heißt zum Zeitpunkt der Erhebung litten ca. 2,9 Millionen Bundesbürger an einem Tinnitus. Mehrheitlich handelte es sich hierbei um chronische Ohrgeräusche; bei 19,5% der Betroffenen zeigte sich eine starke Beeinträchtigung; 48,8% waren gar nicht oder nur geringgradig beeinträchtigt. Die Inzidenz wurde in dieser Studie mit 10,25 Millionen Neuerkrankungen in einem Jahr in der Bevölkerung über 10 Jahre angegeben. Diese Zahl erscheint deshalb sehr hoch, da auch akute, nicht chronisch gewordene Tinnitus-Fälle berücksichtigt wurden. Wurde ausschließlich der chronische Tinnitus beachtet, so ergaben sich 340.000 Neuerkrankungen pro Jahr (Heinen-Kammerer 2000, Pilgramm et al. 1999).

Außer dem Faktor Alter (Anstieg der Tinnitusprävalenz zwischen dem 50. und 80. Lebensjahr) hat auch die Region Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, dass Ohrgeräusche auftreten. So ist Ostdeutschland mit einem Anteil von 2,7% Tinnituspatienten am geringsten, süddeutsche Regionen sind mit 6% am häufigsten betroffen. Lärmbelastete Personen leiden deutlich häufiger unter Tinnitus (8,1%) als Personen, die nicht durch laute Geräusche belastet sind (3,4%). Zwischen Männern und Frauen

gibt es keine signifikanten Unterschiede (Heinen-Kammerer 2000, Pilgramm et al. 1999).

2.4 Ätiologie und Pathophysiologie

Da die eindeutige Identifikation der geräuschauslösenden Läsion beim subjektiven Tinnitus schwierig und in den meisten Fällen unmöglich ist, sind in der Literatur beschriebene Ursachen für Ohrgeräusche vielfältig und oft nicht vollständig gesichert (Henry et al. 2005, Stadie 2000, Wilhelm et al. 1998). Weniger als 0,5% der Tinnitusfälle sind das Ergebnis einer Läsion, die erfolgreich identifiziert und behoben werden kann (Simpson und Davies 1999). Zahlreiche Situationen werden mit dem Auftreten von Tinnitus in Verbindung gebracht und unterstützen dadurch die Theorie, dass Tinnitus das Resultat vieler pathologischer Prozesse sein kann. Folgende Erkrankungen und Schädigungen kommen ursächlich in Betracht: Schallleitungsschwerhörigkeit (z.B. aufgrund eines Barotraumas), Innenohrschwerhörigkeit (z.B. aufgrund von Morbus Menière), neurale Schwerhörigkeit (z.B. aufgrund eines Akustikusneurinoms) oder zentrale Schwerhörigkeit aufgrund von Tumoren oder Durchblutungsstörungen im Bereich der zentralen Hörbahnen (Folmer et al. 2004, Lenarz 1998, Reiß und Reiß 1999, Sirimanna und Stephens 1992). Demnach liegen die ätiologischen Faktoren zum größten Teil im auditorischen System begründet, wobei das Auftreten von Ohrgeräuschen häufig mit Schwerhörigkeit vergesellschaftet ist (Abutan et al. 1993, Eggermont und Roberts 2004, Sindhusake et al. 2003).

Pilgramm et al. (1999) weisen darauf hin, dass 44% der chronisch Tinnitusbetroffenen gleichzeitig über eine Geräuschüberempfindlichkeit (Hyperakusis) klagen. In der klinischen Routine jedoch müssen mehrere ätiologische oder Komorbiditätsfaktoren berücksichtigt werden, die internistischer, neurologischer, psychischer, pharmakologischer, dentaler oder orthopädischer Natur sein können (vgl. Crummer und Hassan 2004, Hannan et al. 2005, Lang 1998, Lockwood et al. 2002, Maurer und Marangos 2000, Pfeifer et al. 1999, Seydel et al. 2006). Der pathophysiologische Mechanismus ist dabei trotz vieler verschiedener Theorien und Modelle noch nicht vollständig geklärt (Baguley 2002, Cacace 2003, Henry et al. 2005).

Auf die Frage, welche Ursache sie für den Tinnitus verantwortlich machen, gaben nach einer repräsentativen epidemiologischen Studie aus Deutschland 36% der Patienten physische Gründe an, z.B. einen hohen Blutdruck, Schlafmangel, ein Knalltrauma oder einen Tauchunfall. 17% der Betroffenen nannten als Auslöser Lärm am Arbeitsplatz und 26% nannten Stress. Dabei wurde der berufliche (54%) häufiger als der familiäre Stress (21%) verantwortlich gemacht (Heinen-Kammerer 2000, Pilgramm et al. 1999). In einer von Schneider et al. (1994) durchgeführten Untersuchung konnten 40% der Patienten spontan Ereignisse angeben, die mit dem Auftreten der Geräusche einhergingen; die Mehrzahl der Tinnituspatienten brachte eine berufliche oder private Überlastungssituation mit der Entstehung in Zusammenhang.

2.5 Diagnostik

Diagnostische Maßnahmen dienen der Identifikation der Ursachen des Tinnitus und eventuell existierender Begleitsymptome; ernste Erkrankungen oder außerhalb des Ohres gelegene Faktoren sollten als Auslöser und Verstärkungsfaktoren ausgeschlossen werden (Crummer und Hassan 2004, Kühnau et al. 2000). Die HNO-Leitlinien zur Behandlung von Ohrgeräuschen differenzieren zwischen der Anamnese als Grundlage der Diagnostik, der notwendigen und der im Einzelfall nützlichen Diagnostik (für weitergehende Angaben vgl. Lenarz et al. 1998). Dabei werden jedoch keine Angaben zu Studien gemacht, die die Evidenz dieser Empfehlungen belegen; auch eine Aktualisierung dieser Leitlinien ist bisher nicht erfolgt. Zudem übersteigt schon die empfohlene Basisdiagnostik allein aufgrund der dafür erforderlichen Instrumente die Möglichkeiten einer hausärztlichen Praxis. Empfehlungen zum diagnostischen Vorgehen mit Berücksichtigung hausärztlich durchzuführender Basisuntersuchungen (z.B. Inspektion des Hörkanals und Trommelfells, Untersuchung der Hirnnerven, Auskultation periauricular, über Nacken, Orbita und Mastoid, Weber- und Rinne-Tests) bieten Crummer und Hassan (2004).

2.6 Therapie

Die Behandlung des Tinnitus orientiert sich einerseits an der Ursache, andererseits auch an dem Schweregrad und dem Zeitverlauf (Schaaf et al. 2004). Die Tinnitus-

Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (Lenarz et al. 1998) unterscheidet in ihren Empfehlungen zwischen objektiven und subjektiven Ohrgeräuschen: Während bei objektiven Ohrgeräuschen die exakte Ermittlung und Ausschaltung der körpereigenen physikalischen Schallquelle im Vordergrund steht (Lang 1998), ist die Therapie subjektiver Ohrgeräusche komplexer. So sind zahlreiche Untersuchungen und Artikel zur Anwendung und Wirksamkeit verschiedener Therapien in der Tinnitusliteratur zu finden (Guitton et al. 2004, Mazurek et al. 2006, Patterson und Balough 2006).

Trotz immer wieder berichteter therapeutischer Erfolge ist die Effizienz der in den Leitlinien genannten Behandlungsempfehlungen in der Literatur stark umstritten (Frank et al. 2006, Parnes 1997). So zeigt Dobie (1999) in seinem Review von 69 randomisierten klinischen Versuche zur medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlung des Tinnitus, dass keine etablierte spezifische Therapie existiert, da keine der untersuchten Behandlungsmethoden eine bessere Wirkung als die Placebogabe aufweist. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Patterson und Balough (2006) und Simpson und Davies (1999), die über die Prüfung pharmakologischer Therapien berichten. Eine allgemein anerkannte wirksame Tinnitusbehandlung gibt es hiernach bisher nicht, wobei die Schwierigkeit auch in der mangelnden Überprüfbarkeit der Therapieeffizienz durch fehlende zuverlässige objektive Messbarkeit der Ohrgeräusche liegt (Frachet und Labassi 1999, Simpson und Davies 1999).

Zu spezifischen Behandlungsansätzen des Tinnitus existieren mehrere aktuelle Cochrane-Reviews (Baldo et al. 2006, Bennett et al. 2005, Hilton und Stuart 2004). So konnte der Effekt einer hyperbaren Sauerstofftherapie auf chronisch bestehenden Tinnitus nicht nachgewiesen werden, ein Effekt auf neu aufgetretene Ohrgeräusche konnte aufgrund mangelhafter Studienlage nicht beurteilt werden (Bennett et al. 2005). Auch Studien über die Behandlung des Tinnitus mit Ginkgo biloba konnten keinen Effekt nachweisen (Hilton und Stuart 2004). Unter der Therapie mit trizyklischen Antidepressiva scheinen leichte Verbesserungen des Tinnitus aufzutreten, fraglich ist jedoch, ob dieser Effekt auf die gleichzeitige Besserung vorbestehender Depressionen zurückzuführen ist. Eine einzelne Studie zur Wirkung selektiver Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SSRI) konnte größtenteils keine Verbesserungen nachweisen (Baldo et al. 2006). Aktuell ist auch der Bericht des Arbeitskreises für wissenschaftsbasierte Gesundheitsversorgung aus Wien zur Therapie des unspezifischen

Tinnitus ohne organische Ursache. Die Autoren kommen hier zu dem Schluss, dass unzählige therapeutische Ansätze existieren, die von ihrer Art der Wirkung fraglich erscheinen. Keine einzige dieser Methoden habe den Status eines vielversprechenden Behandlungsansatzes, weshalb keine von ihnen als Therapieform der Wahl gelten könne (Frank et al. 2006).

Einigkeit besteht zum größten Teil darin, dass bei der Behandlung besonders des chronischen dekompensierten Tinnitus die aufklärende Beratung und die psychologische Führung des Patienten eine wichtige Rolle spielen (Biesinger und Greimel 1999, Brehmer und Overhoff 2001, Haid 1998, Tyler 1997). Hier ist nicht die Remission, sondern die Gewöhnung an und der erfolgreiche Umgang mit den Ohrgeräuschen das Ziel (Greimel und Biesinger 1999). Auch Frank et al. (2006) beschreiben in ihrem Review über Behandlungsformen des Tinnitus positive Therapieeffekte einiger psychologischer Behandlungsverfahren (verhaltensmedizinische Psychotherapie, kognitive Therapie und Relaxation, z.T. Entspannungstechniken, Biofeedback, Neurobiofeedback). Besonders die Behandlung mit Neurobiofeedback ließ vermuten, dass die Wirkung vor allem in der Umlenkung der Aufmerksamkeit und dem gesteigerten Gefühl der Selbstkontrolle bestand.

Eine randomisierte kontrollierte Studie zur kognitiven Verhaltenstherapie zeigte ebenfalls einen signifikanten Rückgang der durch Tinnitus verursachten Belastungen und Depressionen (Andersson et al. 2002). Im Gegensatz hierzu beschreibt Olderog (1999) in einer Metaanalyse zur Wirksamkeit psychologischer Behandlungskonzepte beim chronischen dekompensierten Tinnitus die eher moderate Wirksamkeit dieser Therapien. Dabei kommen 27 Studien mit insgesamt 1420 Patienten zur Auswertung. Ein Cochrane-Review über die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie bei der Behandlung des Tinnitus ist in Vorbereitung (Martinez-Devesa et al. 2005). Die generelle Bedeutung psychologischer Maßnahmen zeigt sich im Rahmen eines Demonstrationsprojektes zur Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung. So schätzen sowohl Ärzte als auch Patienten, deren psychische oder psychosoziale Probleme Anteil am Krankheitsbild haben, das gegenseitige Verständnis, den Erfolg der Behandlung und die Zufriedenheit der Patienten signifikant höher ein, wenn die Patienten psychotherapeutisch behandelt werden (Fritsche et al. 2000a, Fritsche et al. 2000b, Sandholzer und Pelz 1995).

Der Erfolg einer psychologisch-somatischen Cootherapie bei chronisch dekompen-
sierten Tinnituspatienten zeigte sich in einer Studie über den Verlauf der Tinnitusbe-
lastung unter Durchführung eines individuell angepassten Managementprogramms.
Die Mehrzahl der 190 Probanden wies in dieser Untersuchung eine signifikante Re-
duktion der Tinnitusintensität auf. Dabei waren Patientenaufklärung, psychologische
Beratung, Hilfe zur Änderung des Lebensstils, Behandlung von Schlaflosigkeit, Angst
und Depressionen sowie die akustische Therapie Bestandteile des Behandlungs-
plans (Folmer 2002). Als ähnlich wirksam erwies sich auch die Durchführung einer
durchschnittlich sechs Wochen dauernden stationären Therapie mit den Schwer-
punkten der psychosomatischen Aufarbeitung, der Tinnitus-Habituationstherapie
(Hörtraining mit dem Ziel der Gewöhnung an die Ohrgeräusche) sowie dem Erlernen
von Entspannungstechniken. Von den teilnehmenden 1841 Betroffenen konnte ledig-
lich bei 10% keinerlei Verbesserung erreicht werden (Hesse et al. 2001); die Mehr-
zahl der Patienten zeigte eine hochsignifikante Verbesserung im Tinnitusfragebogen
zur Graduierung des Schweregrades nach Goebel und Hiller (1994).

Einen Vergleich der Therapieeffektivität medikamentöser und psychologischer Ver-
fahren beim chronischen subjektiven Tinnitus führten Schilter et al. (2000) durch: 24
Therapiestudien wurden metaanalytisch ausgewertet und ihre Effektstärken berech-
net, wobei sich nach Einbezug der Placeboeffekte vergleichbare Wirksamkeiten zeig-
ten. Ein Vorteil der psychologischen Verfahren lag jedoch in der langfristigen Effekti-
vität, während die therapeutische Wirksamkeit bei den medikamentösen Studien nur
in Einzelfällen über die Dauer der Medikamenteneinnahme hinaus ging.

2.7 Beeinträchtigungen und Dekompensationsindikatoren

Die Belastung, welche die Patienten durch die Ohrgeräusche erfahren, variiert im
Laufe des Tages und in verschiedenen Situationen. Nach Schneider et al. (1994)
kennen 78% der Patienten Bedingungen für die Verschlimmerung ihrer Ohrgeräu-
sche, 40% können Voraussetzungen für die Verbesserung nennen. Die Ohrgeräu-
sche werden nach Angaben der Patienten besonders in Pausen und beim Versuch
einzuschlafen als lästig empfunden, während sie bei der Arbeit und bei der Aus-
übung von Freizeitaktivitäten kaum wahrgenommen werden (Dineen et al. 1997).

Auch in einer epidemiologischen Studie aus Deutschland zeigt sich, dass die meisten Betroffenen (36%) die größte Beeinträchtigung durch den Tinnitus im persönlichen Bereich (Schlaf, Niedergeschlagenheit, leichte Reizbarkeit), weniger bei der Freizeitbeschäftigung (26%) oder im Arbeitsbereich (16%) erfahren. 5% der Tinnituspatienten sind nach dieser Untersuchung von Ängsten bezüglich ihres Ohrgeräusches geplagt, 4% sehr oft, 1% kontinuierlich (Heinen-Kammerer 2000, Pilgramm et al. 1999). Die Frage, ob sie wegen des Ohrgeräusches am Arbeitsplatz ausfallen, bejahten 6% der Patienten; in 4,5% der Fälle wurde eine Frühberentung durch den Tinnitus angegeben. 10,5% der Probanden nannten eine Minderung der Erwerbsfähigkeit, wobei diese in knapp 30% allein auf den Tinnitus zurückzuführen war. Diese Ergebnisse zeigen, dass Tinnitus Auswirkungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit hat und volkswirtschaftliche Kosten verursacht (Heinen-Kammerer 2000).

Nach Gründen für die unterschiedliche Beeinträchtigung der Tinnituspatienten durch ihre Ohrgeräusche suchen mehrere Publikationen. Größtenteils unabhängig ist nach Jäger und Lamprecht (2001) die Belastung durch die Ohrgeräusche von audiologischen Faktoren, wie Frequenz, Lautstärke und Maskierbarkeit des Tinnitus. Auch Dineen et al. (1997) fanden in ihrer Studie keine signifikante Korrelation zwischen den audiologischen Messungen und der von den Patienten empfundenen Tinnitus-Lautstärke sowie der Belastung durch den Tinnitus. Ein Rückschluss auf die Tinnitusbelastung durch objektive Messung der Geräuscheigenschaften ist daher schwierig (Andersson und McKenna 1998, Greimel et al. 1999a).

2.7.1 Persönlichkeitsmerkmale als Dekompensationsindikatoren

Schon früh finden sich in der Literatur eine Reihe von Bemühungen, charakteristische Persönlichkeitsmerkmale festzustellen, die für die Tinnituswahrnehmung und -belastung verantwortlich sind, wie z.B. Depressionen, eine Tendenz zu spezifischen somatischen Beschwerden und soziale Anpassungsprobleme (Reich und Johnson 1984, Harrop-Griffiths et al. 1987). Auch neuere Studien beschreiben einen Zusammenhang zwischen Depressionen, Hypochondrie und Schlaflosigkeit und dem Auftreten von Ohrgeräuschen (Collet et al. 1990, Schneider et al. 1994).

Erlandsson und Hallberg (2000) untersuchten anhand von 122 Probanden die Beeinflussung der Lebensqualität durch den Tinnitus und identifizierten ebenfalls mit den Ohrgeräuschen einhergehende Depressionen und emotionale Probleme in der Beziehung zu Familie, Freunden und Kollegen als Faktoren mit der höchsten Vorhersagekraft für eine Lebensqualitätsminderung. Diese Studien weisen jedoch einige methodische Mängel auf, wie die einseitige Auswahl der Probanden aus Tinnituskliniken und die häufige Komorbidität mit Schwerhörigkeit. Zudem fehlen Beschreibungen der Kausalzusammenhänge: Traten zuerst die Ohrgeräusche auf und daraufhin die psychischen Auffälligkeiten oder zogen die psychischen Beeinträchtigungen die Dekompensation des Tinnitus nach sich?

Vergleichsstudien gehen bezüglich der Kausalzusammenhänge differenzierter vor: Jäger und Lamprecht (2001) unterscheiden in ihrer Untersuchung zwischen sechs Gruppen von Tinnitus-Patienten, deren Belastung durch die Ohrgeräusche deutlich variiert. So leiden Patienten mit einer großen Zahl weiterer Belastungen (z.B. familiäre und Alltagsbelastungen, körperliche Beschwerden) und geringen Ressourcen (z.B. soziale Einbindung, Kompetenzerleben) am deutlichsten unter den Ohrgeräuschen; Patienten, die auch in anderen, vom Tinnitus unabhängigen Lebensbereichen zufrieden sind, am wenigsten.

Ein ähnliches Resultat erzielt eine prospektive Studie mit 48 Patienten. Hier wird eine geringe Lebenszufriedenheit als ein Faktor mit hoher Vorhersagekraft für die negative Entwicklung eines Tinnitusleidens identifiziert (Langenbach et al. 2005). Eine landesweite schwedische Untersuchung mit 3372 Probanden beschreibt bestehende Depressionen und Schlaflosigkeit als psychosomatische Faktoren mit der höchsten Vorhersagekraft für die Dekompensation des Tinnitus (Scott et al. 1990). Stobik et al. (2003) machen in ihrer Untersuchung an 53 Patienten eine signifikant höhere somatische Multimorbidität insbesondere in Form von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Hörstörungen für die Dekompensation nach Tinnitusaufreten mitverantwortlich (vgl. auch Kapitel 2.3).

Nach einer Umfrage unter 165 Tinnituspatienten lagen im Mittel zwei Jahre zwischen der ersten Wahrnehmung und einer empfundenen Belastung durch die Ohrgeräusche, wobei die Angaben stark variierten. Diese Tatsache deutet ebenfalls daraufhin, dass psychische Faktoren als interindividuelle Unterschiede bei der Reaktion auf die

Geräusche und der Entstehung einer Belastung eine bedeutsame Rolle spielen können (Gefken und Kurth 1990).

Einen umgekehrten Kausalzusammenhang fanden Tyler und Baker (1983). Diese Autoren untersuchten die Angaben von 72 Mitgliedern einer Tinnitus-Selbsthilfegruppe und kamen zu dem Ergebnis, dass bei 93% der Probanden die Ohrgeräusche einen ungünstigen Einfluss auf den Lebensstil nehmen (Probleme beim Einschlafen, sozialer Rückzug, Familienprobleme etc.), bei 56% findet sich ein negativer Einfluss auf die Gesundheit (Abhängigkeit von Medikamenten, Kopfschmerzen, Müdigkeit etc.) und bei 70% eine Beeinträchtigung des Gefühlslebens (Depression, Konzentrationsschwierigkeiten, Angst etc.). Aus diesen Studien lassen sich also hohe psychosomatische und somatische Belastungen als Persönlichkeitsmerkmale identifizieren, die eine Dekompensation nach Tinnitusaufreten nach sich ziehen können. Umgekehrt kann auch das Auftreten von Ohrgeräuschen zu gesundheitlichen und psychischen Komplikationen führen. Diese Ergebnisse lassen sich aber nicht auf alle Ohrgeräuschpatienten übertragen, denn allen bisher genannten Studien ist die Rekrutierung der Probanden aus Tinnitus- und HNO-Kliniken oder Selbsthilfegruppen gemeinsam, so dass besonders belastete und hilfeschende Personen untersucht wurden und die Wahrscheinlichkeit von psychischer Dekompensation und Komorbidität erhöht scheint.

Diese Vermutung wird durch zwei weitere Studien bestätigt: So untersuchten Attias et al. (1995) in ihrer Studie die psychologischen Profile hilfeschender (n=50) sowie nicht-hilfeschender (n=50) Tinnituspatienten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (n=73) und kamen zu dem Ergebnis, dass die psychische Symptomatik der hilfeschenden Patienten deutlich ernster war als die der nicht-hilfeschenden. Auch Lindberg und Scott (1999) zeigten, dass sich die hilfeschenden Probanden (n=117) sowohl von den nicht-hilfeschenden (n=203) als auch von der Kontrollgruppe (n=320) unterschieden; diese hilfeschenden Patienten zeigten erhöhte Werte in allen gemessenen psychologischen Skalen (Depression, Angst, Reaktion auf Stress) sowie vermehrte psychosomatische Probleme (z.B. Schlaf- und Konzentrationsstörungen). Die generelle Identifizierung der oben genannten Persönlichkeitsmerkmale mit Tinnituspatienten resultiert nach diesen Autoren aus der Tatsache, dass hauptsächlich dekompenzierte Patienten die Hilfe eines Arztes suchen, der normale Verlauf des

Tinnitus sei eine schrittweise Adaption an die Geräusche, die den Patienten nur geringe Schwierigkeiten bereite.

2.7.2 Copingfähigkeiten als Dekompensationsindikatoren

Der Zusammenhang zwischen den Copingfähigkeiten der Patienten und der empfundenen Beeinträchtigung durch den Tinnitus wird in mehreren Studien beschrieben. So ist nach Schneider et al. (1994) nur knapp ein Drittel von zufällig aus der Tinnitussprechstunde einer HNO-Klinik ausgewählten Patienten in der Lage, die Wahrnehmung ihres Ohrgeräuschs zu beeinflussen. Diese Autoren machen generell die weniger effektiven Stressbewältigungsstrategien der Tinnitusbetroffenen im Vergleich mit einer Kontrollgruppe für das Auftreten belastender Ohrgeräusche mitverantwortlich. Auch Hiller et al. (1999) beschreiben bei Patienten mit dekompenziertem Tinnitus einen höheren Grad an dysfunktionalen Gedanken wie die Vorstellung, krank und schwach zu sein oder die Überbewertung körperlicher Beschwerden. Lee et al. (2004) nennen solche dysfunktionalen Gedanken und die Katastrophisierung der Ohrgeräusche „kognitive Charakteristiken“ des Patienten. Sie zeigen in ihrer Untersuchung an 167 Tinnituspatienten den direkten Einfluss dieser Eigenschaften auf die Intensität des Tinnitusleidens. Zu den inadäquaten Copingstrategien zählen laut Budd und Pugh (1996) auch das „Fantasieren, keinen Tinnitus zu haben, anderen zu erzählen, wie unangenehm die Geräusche sind, auf die Geräusche zu lauschen und die Konsequenzen des Tinnitus über zu bewerten“ (Budd und Pugh 1996, S.328).

Copingmethoden dagegen, die den Patienten eine Anpassung an die veränderte Lebenssituation erleichtern, zeichnen sich nach diesen Autoren durch die Akzeptanz des Tinnitus aus. Diese kann durch positive Selbstgespräche sowie durch Ablenkung und Aufmerksamkeitsabwendung erreicht werden, z.B. durch das Aufnehmen neuer Hobbies (Budd und Pugh 1996, Andersson et al. 2006). Ebenso nützlich ist das Maskieren der Ohrgeräusche beispielsweise durch verschiedene Umweltgeräusche (Noble 2000, Sirimanna und Stephens 1992) sowie Entspannung und das Meiden von Stress (Schneider et al. 1994, Seydel et al. 2006).

Auch Greimel et al. (1999b) fanden in ihrer Studie einen Zusammenhang zwischen den Gedanken und Theorien der Patienten und der erfahrenen Beeinträchtigung

durch den Tinnitus. Die Patientengruppe, die ihre Ohrgeräusche als „Tinnitus“ deklarierte fühlte sich weniger emotional und kognitiv beeinträchtigt. Diese Gruppe benutzte häufiger Copingstrategien wie das Suchen sozialer Unterstützung oder das Ausführen sozialer Aktivitäten, um mit dem Tinnitus zurecht zu kommen. Die Patientengruppe dagegen, die ihre Ohrgeräusche nicht-medizinisch als akustische Sensationen beschrieb, glaubte häufiger an eine körperliche Ursache, empfand die Geräusche als störender und war häufiger kognitiv und emotional beeinträchtigt. Nach Attias et al. (1995) ist im Zusammenhang mit den Copingstrategien auch die Art der Kontrollüberzeugung wichtig: So erklären dekompenzierte und hilfeschende Patienten Ereignisse öfter als abhängig von externen Faktoren oder als außerhalb ihres Einflussbereiches liegend, während nach Scott et al. (1990) eine „gute interne Kontrolle“ (Scott et al. 1990, S. 57), also die Überzeugung, mit eigenen Handlungen die Umwelt beeinflussen zu können, die Entwicklung adäquater Copingstrategien unterstützt.

Elbina et al. (2001) betonen in ihrem qualitativen Ansatz den zeitlichen Verlauf der Tinnitusbearbeitung. Demnach durchläuft der Patient typischerweise sechs Phasen der Tinnitusbewältigung (Konfrontationsprozess, Realisierungsprozess, kognitiv-emotionale Kursbestimmung und Handlungsprozess, Handlungsvalidierungsprozess, prospektiver Auseinandersetzungsprozess und Zukunftsangst, Integrations-Kompensations-Bestätigungsphase), die durch die Kompensation und damit Akzeptanz der Ohrgeräusche abgeschlossen werden. Ebenfalls als Adaptionprozess, der einige Zeit in Anspruch nimmt, beschreiben Hallam et al. (1984) die Akzeptanz der Ohrgeräusche. Demnach gewöhnt sich der Patient an den Tinnitus, sobald dieser den Status des „Neuen“ verloren hat. Gewinnen die Ohrgeräusche jedoch durch Lernprozesse emotionale Signifikanz, so kann diese Gewöhnung verzögert oder gar nicht auftreten.

2.8 Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung

Wie in Kapitel 2.6 dargestellt, ist die Beratung und Betreuung von Tinnituspatienten von Beginn der Ohrgeräusche an ein wichtiger Behandlungsfaktor. Mit zunehmender Chronifizierung und Dekompensation nimmt die therapeutische Bedeutung des Patientengesprächs und die psychologische Begleitung der Betroffenen jedoch eine vor-

rangige Stellung ein. Eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung ist daher für das Therapieergebnis von großer Wichtigkeit. So ist nach verschiedenen Autoren durch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit von Arzt und Patient eine gemeinsame Strategieentwicklung möglich, die dem chronisch kranken Patienten Hilfe zur Selbsthilfe bietet (Clark und Gong 2000, Holman und Lorig 2000).

2.8.1 Aspekte der Hausarzt-Patienten-Beziehung aus Patientensicht

Verschiedene Autoren beschäftigen sich mit den von Patienten gesetzten Prioritäten im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung (Grol et al. 1999, Neuberger 1998, Vedsted et al. 2002). Dabei nennt eine internationale Studie unter Beteiligung von 3540 Patienten folgende Aspekte, die am bedeutsamsten eingeschätzt werden: Genügend Zeit des Hausarztes, um zuzuhören und zu erklären, schnelle Hilfe im Notfall, die Vertraulichkeit von Patientendaten, Informationen über die Krankheit sowie eine Atmosphäre, die die Patienten ermutigt, ihre Probleme darzulegen (Grol et al. 1999). Ein Übersichtsartikel über 19 Studien identifiziert die Erreichbarkeit des Hausarztes, die Behandlungsdauer sowie die Hausarzt-Patienten-Beziehung als Faktoren, die die Patientenzufriedenheit beeinflussen (Sans-Corrales et al. 2006). Auch im Hinblick auf die Allgemeinartzwahl sind nach Razzouk et al. (2004) die interpersonellen Fähigkeiten, die Kompetenz sowie die Erreichbarkeit des Arztes wichtig. Eine qualitative Untersuchung über die Güte der allgemeinärztlichen Versorgung aus Sicht von 76 chronisch kranken Patienten hebt zusammenfassend die Relevanz der zwischenmenschlichen Faktoren hervor, wie das Verständnis des Hausarztes für die Bedürfnisse des Patienten, sowie den geleisteten Zeitaufwand (Infante et al. 2004).

Dieser Zeitaufwand beträgt nach einer Untersuchung mit 25994 teilnehmenden Patienten und 53 betreuenden Allgemeinartzpraxen im Durchschnitt 8 Minuten und verlängert sich bei Patienten mit psychologischen Problemen auf ca. 9 Minuten. Dabei hat die Dauer einer Arztkonsultation sowie die gute Bekanntschaft des Arztes Einfluss auf das Ausmaß der Selbstbestimmung und Befähigung (*enablement*) des Patienten. Dies geht mit einer erhöhten Patientenzufriedenheit, einer Verbesserung der Copingfähigkeiten und einer optimistischeren Lebenssicht einher (Howie et al. 1999). Werden Patienten um die Einschätzung der Dauer eines Allgemeinartzbesuchs ge-

beten, zeigt sich, dass die Mehrzahl der Probanden die Konsultationszeit unterschätzen. Dabei korreliert der Wunsch nach einer längeren Besuchszeit mit einer Unzufriedenheit über emotionale Aspekte der Interaktion, wie das mangelnde Verständnis des Arztes und das Gefühl, Probleme nicht frei äußern zu können (Ogden et al. 2004).

Auch nach anderen Autoren wird die Meinung der Patienten über die medizinische Kompetenz ihres Hausarztes vor allem durch die Wahrnehmung anderer Eigenschaften und Handlungen des Arztes bestimmt, wie z.B. einem freundlichen und beruhigenden Umgang mit dem Patienten. „Nichttechnische“ Aspekte, wie Informationsvermittlung, Stressberatung und Besprechung von Problemen bestimmen die Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung maßgeblich; weniger relevant sind „technische“ Faktoren, wie die verschiedenen Untersuchungen oder die Verschreibung einer medikamentösen oder nichtmedikamentösen Therapie (Brody et al. 1989, Sira 1980). Dennoch gehören nach der schon oben zitierten internationalen Studie (Grol et al. 1999) auch die Heilung sowie die Prävention von Erkrankungen zu den Prioritäten von hausärztlichen Patienten.

Mit der Bedeutung der Kontinuität der Patientenversorgung beschäftigen sich Sans-Corrales et al. (2006) und Pandhi und Saultz (2006). Nach diesen Autoren trägt eine kontinuierliche Arzt-Patienten-Beziehung deutlich zur Zufriedenheit der Patienten bei und fördert das Vertrauen des Patienten, da der Arzt einen Überblick über die Gesamtsituation des Patienten gewinnt. Auch nach Rothman und Wagner (2003) legen chronisch Kranke großen Wert auf die Versorgung durch einen Hausarzt, der ganzheitliche Kenntnisse über sie als Patienten und als Privatpersonen hat und daher die Koordination von Überweisungen und Therapien leiten kann. Im Gegensatz hierzu hat nach Parkerton et al. (2004) eine kontinuierliche hausärztliche Versorgung keinen Einfluss auf die medizinische Qualität oder die Patientenzufriedenheit. Während also die beständige Patientenbetreuung durch den Hausarzt kontrovers diskutiert wird, scheint eine Versorgungskontinuität durch Fachärzte von Patienten nicht erwartet zu werden. So beschreiben Schattner et al. (2006) interessanterweise ein geringes Interesse von hospitalisierten oder ambulanten Patienten (n=274) eines medizinischen Zentrums an einem beständigen Arzt-Patienten-Verhältnis.

Die ärztliche Kommunikationsfähigkeit leistet einen wichtigen Beitrag zu einer erfolgreichen Hausarzt-Patienten-Interaktion. Eine ineffektive Gesprächsführung ist einer qualitativen Studie zufolge dagegen dadurch gekennzeichnet, dass von den Themen, die ein Patient mit seinem Arzt besprechen wollte, nur wenige tatsächlich zur Sprache kommen (Barry et al. 2000). Am häufigsten äußern die Patienten Fragen nach Symptomen, der Diagnose und Medikamentenverschreibungen. Häufig nicht angesprochen werden eigene Meinungen und Befürchtungen über die mögliche Diagnose sowie Informationen aus sozialem Kontext (Bahrs und Pohl 2002).

Auch in der aktuellen Forschung findet derzeit eine vermehrte Patientenbeteiligung im Rahmen des Chronic Care Models große Beachtung (Rothman und Wagner 2003, Bodenheimer et al. 2002a, Bodenheimer et al. 2002b, Gerlach et al. 2006a, Gerlach et al. 2006b, Coleman und Newton 2005). Ziel dieses Ansatzes ist es, die Betreuung chronisch Kranker zu verbessern, wobei besonders die Rolle der Allgemeinärzte betont wird. Unter anderem sollen die Patienten ermutigt und befähigt werden, durch ihre chronischen Erkrankungen auftretende alltägliche Probleme eigenständig zu bewältigen. Mögliche positive Auswirkungen dieser erhöhten Selbstständigkeit auf die Patientenzufriedenheit zeigt eine US-amerikanische Longitudinal-Studie über 2 Jahre zur Bestimmung der Wirksamkeit eines Selbstmanagement-Programms im Rahmen chronischer Erkrankungen unter Beteiligung von 831 Patienten. Hier konnte eine verbesserte Selbstwirksamkeit, eine geringere Nutzung des Gesundheitssystems sowie ein verringertes krankheitsbedingtes Leiden nachweisen werden (Lorig et al. 2001).

2.8.2 Aspekte der Hausarzt-Patienten-Beziehung aus Arztsicht

Eine Studie von Vedsted et al. (2002) untersuchte die Prioritäten von 584 Allgemeinärzten und 771 ihrer Patienten mit Hilfe von Fragebögen und stellte eine hohe Korrelation der Angaben fest. So beurteilen die Hausärzte ähnlich wie ihre Patienten den vertraulichen Umgang mit Informationen, die schnelle Hilfe im Notfall, das Arbeiten nach generell anerkannten Methoden, das Verstehen von Wünschen und Erwartungen der Patienten und das Schaffen einer Atmosphäre, welche die Patienten zur Darlegung von Problemen ermutigt, als wichtig.

Mehrere Untersuchungen beschäftigen sich mit den Ursachen und Auswirkungen problematischer Arzt-Patienten-Beziehungen aus Hausarztsicht. So machen Oldroyd et al. (2003) eine häufig als schwierig angesehene Versorgung chronisch kranker Patienten für Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis verantwortlich. In dieser qualitativen Untersuchung schildern australische Allgemeinärzte die Behandlung chronischer Krankheiten als komplizierter, zeitraubender, kostenträchtiger und emotional auslaugender als die Versorgung akuter Erkrankungen. Die Allgemeinärzte geraten dabei in einen Konflikt zwischen dem Erreichen langfristiger klinischer Ziele und der Erfüllung kurzfristiger, die Lebensqualität erhöhender Patientenwünsche. Die Form der Behandlung ist dabei abhängig von Eigenschaften der Patienten, z.B. der Compliance, der Motivation, der Leistungsfähigkeit und der sozialen Situation. Eine Untersuchung von Grembowski et al. (2005) unter Befragung von 261 Hausärzten und 2850 Patienten zeigt, dass die Qualität der hausärztlichen Versorgung von der Berufszufriedenheit der Ärzte beeinflusst wird. So setzten chronisch kranke Schmerz- und Depressionspatienten größeres Vertrauen in ihre Hausärzte, wenn diese mit ihrem Beruf zufriedener waren.

Mit der Analyse problematischer Hausarzt-Patienten-Beziehungen aus Arztsicht beschäftigt sich eine qualitative Studie von Vegni et al. (2005). Schwierigkeiten können demnach „intra-psychisch“, also durch die Persönlichkeit und die Gefühle des Arztes, „inter-psychisch“, also durch Differenzen zwischen dem Arzt und seinem Patienten, sowie „inter-personell“ durch Beteiligung zusätzlicher Personen wie z.B. der Familie des Erkrankten, bedingt sein. Als letzte Lösungsmöglichkeit schwieriger Hausarzt-Patienten-Beziehungen kann die offizielle Mitteilung des Arztes an den Klienten gelten, seine medizinische Betreuung nicht weiter zu übernehmen. Gründe hierfür nennen die in dieser qualitativen Studie befragten Allgemeinärzte in einem stark beeinträchtigtem Verhältnis zum Patienten und in Regelüberschreitungen des Klienten (Stokes et al. 2003).

2.8.3 Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung in der Tinnitusbehandlung

Eine Medline-Recherche nach Studien zu Besonderheiten der Beziehung zwischen Tinnituspatienten und ihrem Hausarzt ergab keine weiterführenden Ergebnisse (Suchbegriffe: Physician-Patient Relations; Tinnitus; Primary Health Care OR Physi-

cians, Family); auch zur Beziehung zwischen Tinnituspatienten und ihren Ärzten allgemein (Allgemein- und andere Fachärzte) konnten nur wenige Publikationen gefunden werden.

In einer repräsentativen epidemiologischen Studie, bei der 3049 Personen in Deutschland telefonisch zum Thema Ohrgeräusche befragt wurden, wurde das spezielle Konsultationsverhalten von Tinnituspatienten untersucht (Heinen-Kammerer 2000, Pilgramm et al. 1999). Hiernach suchten 81% der Tinnitusbetroffenen einen Arzt auf, davon mehr als die Hälfte regelmäßig. In 88,9% der Fälle handelte es sich um Besuche bei HNO-Fachärzten, in 19,4% wurde der Haus- oder Allgemeinarzt beansprucht. Nach der Zufriedenheit mit der von den Ärzten angebotenen Hilfe befragt, berichteten nur 39% der Patienten, dass sie die ärztliche Unterstützung als hilfreich empfanden, während 23% sie als wenig hilfreich und 38% als unzureichend beurteilten (Heinen-Kammerer 2000). In einer randomisierten schottischen Studie beantworteten 17,7% von 2569 Tinnituspatienten die Frage nach mindestens einem Hausarztbesuch in den letzten zwölf Monaten positiv (Hannaford et al. 2005). Teilnehmer einer finnischen Studie, bei denen die Ohrgeräusche einmal oder öfter im Monat auftraten, berichteten von durchschnittlich drei Arztbesuchen im letzten Jahr, wobei hier zwischen Hausärzten und Spezialisten nicht unterschieden wurde. 20% dieser Betroffenen äußerten den Wunsch nach einer medikamentösen Therapie (Kuttila et al. 2005).

El Refaie et al. (1999) untersuchten den Effekt eines Besuchs von Tinnituspatienten speziell beim HNO-Facharzt, wobei sie keine Angaben zu Hausarztconsultationen machten. Hier beurteilten Betroffene, die bereits einen Spezialisten aufgesucht hatten (n=150) ihre Lebensqualität signifikant höher, als Patienten, die noch auf ihren Arzttermin warteten (n=69). Eine weitere Studie zur Zufriedenheit von Tinnituspatienten mit der Befragung von 165 Betroffenen differenziert nicht zwischen Allgemein- und anderen Fachärzten. Zudem lassen die Ergebnisse dieser Untersuchung viele Fragen offen, da 70% der Probanden keine Aussage machten. 20% berichten von sehr negativen Erfahrungen bei ihren Arztbesuchen, wobei die Angaben über das Verhalten der Ärzte von Desinteresse, Hilflosigkeit, Unwissenheit, wenig Aufklärung, Achselzucken bis hin zu Verständnislosigkeit reichten. 10% äußerten sich positiv über erfahrenes Verständnis und Ermutigung (Gefken und Kurth 1992).

Die folgenden Studien befassen sich mit Informations- und Therapiekomponenten des Arztbesuchs, wobei auch hier nicht unterschieden wird zwischen Konsultationen des Hausarztes und des HNO-Spezialisten. Wichtig für die Ärzte sind nach Vestera-ger (1997) die zehn häufigsten Patientenfragen über Tinnitus, die sich hauptsächlich mit dem Krankheitsbild, seiner Bedeutung und seinen Auslösern sowie mit den Heilungsmöglichkeiten und Therapien befassen. Biesinger et al. (1998) berichten über im Durchschnitt zehn verschiedene Behandlungsversuche, die Ärzte mit chronisch betroffenen Tinnituspatienten durchführen. Insbesondere solche Therapien wurden dabei von den Patienten als hilfreich bezeichnet, die selbst aktiv durchgeführt wurden, die im Sinne einer Stressbewältigung wirkten und akustische Hörhilfen benutzten. Demgegenüber rangierten die passiven medizinischen Maßnahmen wie Infusionsbehandlungen, Lasertherapie und Elektrolyttherapie in der Bewertung durch die Patienten weit hinten.

Insgesamt wird bei rund der Hälfte der Patienten, die ärztliche Hilfe konsultieren, eine über Beratung hinausgehende Therapie durchgeführt, davon bei 73% ambulant und bei 29% stationär (Mehrfachnennungen waren möglich). Bei der Frage nach der Art der ambulant durchgeführten Behandlung geben 75% der Tinnitusbetroffenen eine medikamentöse Therapie an, gefolgt von einer großen Anzahl weiterer Therapiemethoden (z.B. Kurzwellenbestrahlung, Iontophorese, Ozontherapie, Masker, Druckkammer). Nach Meinung von 55% der Patienten ist keine dieser Therapien hilfreich. Dennoch glauben 93% der Betroffenen, dass der meiste Schaden durch fehlende Therapieversuche und damit verbunden geringere Heilungschancen entsteht (Pilgramm et al. 1999).

3 Fragestellungen und Ziele

3.1 Wie erleben Hausärzte die Situation der hausärztlichen Tinnitusbehandlung?

Die schwierige Situation der Tinnitus­therapie ist aus der Literatur bekannt (siehe Kap. 2.6), ebenso der immense Leidensdruck der Patienten (siehe Kap. 2.7). Möglicherweise resultiert aus diesem eine an die Hausärzte gerichtete hohe Erwartungshaltung, die diese nur schwer erfüllen können. Eine auf Überlastung und Missverständnissen beruhende Beeinträchtigung der Beziehung zwischen Arzt und Patient könnte die Folge sein. Gerade bei chronischen Erkrankungen ist eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung von großer Wichtigkeit (Infante et al. 2004, Mitchell und Cormack 1998). Auch beim chronischen dekompensierten Tinnitusleiden besteht Einigkeit über die Bedeutung des beratenden Gesprächs und der psychologischen Führung des Patienten (siehe Kap. 2.6). Ein Ziel dieser Studie ist daher die Exploration der Perspektive der Hausärzte in dieser Situation.

3.2 Welche Strategien wenden die Hausärzte an, um diese Situation zu bewältigen?

Es wird angenommen, dass die Ärzte verschiedene Strategien entwickelt haben und anwenden, um den Umgang mit den Tinnituspatienten möglichst konstruktiv zu gestalten. Ein weiteres Ziel der Studie ist es daher, diese Reaktionen der Hausärzte auf die oben beschriebene Situation darzustellen. Im Vergleich mit der Patientenperspektive (siehe Frage 3.4) und unter therapeutischen Gesichtspunkten könnte die Funktionalität der einzelnen Verhaltensstrategien beschrieben und zu alltagsrelevanten Empfehlungen zusammengefasst werden.

3.3 Wie definieren die Hausärzte ihre Aufgaben bzw. ihre Rollen- funktionen im Umgang mit Tinnituspatienten?

Für Hausärzte wichtige Elemente der Arzt-Patienten-Beziehung sind nach Vedsted et al. (2002) der vertrauliche Umgang mit Informationen, schnelle Hilfe im Notfall, das Arbeiten nach anerkannten Methoden, das Verstehen von Wünschen und Erwartungen der Patienten und das Schaffen einer Atmosphäre, die die Patienten zur Darlegung von Problemen ermutigt. Diese Aspekte vermitteln eine Vorstellung vom allgemeinen Rollenverständnis der Ärzte. Die Exploration des konkreten Rollen- und Aufgabenverständnisses der Hausärzte bei der Betreuung von Tinnituspatienten ist ein Ziel dieser Studie.

3.4 Welche Eigenschaften und Handlungen erwarten Tinnituspa- tienten von ihren Hausärzten?

Wie in Kapitel 2.8.3 beschrieben, existieren über die besondere Beziehung zwischen Tinnituspatienten und ihren Ärzten nur sehr wenige Publikationen. Wenige Veröffentlichungen (z.B. Gefken und Kurth 1992, Heinen-Kammerer 2000) beschreiben eine Unzufriedenheit von Patienten oder deuten negative Erfahrungen der Patienten bei Arztkonsultationen an, wobei nicht zwischen Besuchen bei Haus- oder anderen Fachärzten unterschieden wird. Demnach reichen die Reaktionen der Ärzte von Hilflosigkeit, Unwissenheit, Verständnislosigkeit bis hin zum Desinteresse (Gefken und Kurth 1992). Eine weitere Publikation beschreibt den positiven Effekt eines Arztbesuchs (El Refaie et al. 1999). Die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse speziell auf Hausarztkonsultationen von Tinnituspatienten soll durch die Exploration der Erwartungen und Vorstellungen der Patienten überprüft werden. Aus der Kenntnis der von den Patienten erwünschten hausärztlichen Eigenschaften und Handlungen lassen sich Empfehlungen für einen patientengerechten Umgang mit den Tinnitusbetroffenen ableiten.

4 Methoden

4.1 Auswahl von Methoden und Instrumenten der Datenerhebungsphase

4.1.1 Das qualitative problemzentrierte Interview

Als Methode der Datenerhebung wurde das qualitative problemzentrierte Interview gewählt. Dieses verbindet quantitative (*hypothetiko-deduktive*) mit qualitativen (*naiv-induktivistischen*) Forschungsansätzen. So soll einerseits das Vorwissen des Forschers offengelegt werden und Beachtung finden. Es dient in der Datenerhebungsphase als Rahmen für den Dialog zwischen Interviewern und Befragten. Zum anderen soll gleichzeitig das Offenheitsprinzip realisiert werden, d.h. die Befragten sollen dazu angeregt werden, ihnen wichtig erscheinende Themen zu nennen und eigene Gedanken einzubringen, wodurch das gesammelte Datenmaterial durch neue Aspekte ergänzt wird (Witzel 2000).

4.1.2 Interviewleitfaden

Sowohl für die Arzt- als auch für die Patienteninterviews wurden Leitfäden entwickelt, in denen die Forschungsthemen in Form von Frageideen festgehalten wurden. Diese Leitfäden boten den Befragten genügend Freiraum, um ihre Sichtweisen darzustellen und dienten zudem zur Kontrolle, inwieweit einzelne Themen im Verlauf der Gespräche behandelt wurden. Sie waren damit gleichzeitig eine Gedächtnisstütze und Orientierungshilfe, wodurch die Vergleichbarkeit der verschiedenen Interviews unterstützt wurde.

Fragen zur Ermittlung von Sozialdaten (Alter, Beruf, Familienstand und Praxisart bzw. Tätigkeitsbereich) wurden im Anschluss an die Leitfadenfragen gestellt und bildeten so den Abschluss der Interviews.

4.1.3 Tonträgeraufzeichnung und Transkription der Gespräche

Alle Interviews wurden nach Einverständnis der Gesprächspartner auf Tonband aufgenommen, was die authentische und präzise Erfassung des Kommunikationsprozesses erlaubte. Diese Tonbandaufnahmen wurden wortwörtlich transkribiert. Dabei stand die möglichst situations- und inhaltsgetreue Wiedergabe der Daten im Mittelpunkt, so dass eine Verfälschung von Sinn und Zusammenhängen vermieden wurde.

4.2 Datenerhebung: Pilotstudie

4.2.1 Stichprobe und Datenerhebung

Zur Pilotierung der Studie wurden 20 Hausärzte aus dem Kreis Vechta in Niedersachsen angeschrieben, von denen sich drei zu Probeinterviews bereit erklärten. Die Rekrutierung von jeweils zwei Patienten erfolgte ähnlich wie in der Hauptstudie. Die Interviews wurden jeweils persönlich in der Praxis der Ärzte oder in der Wohnung der Patienten geführt, nach Einverständnis auf Tonband aufgenommen und transkribiert.

4.2.2 Modifikation der Leitfäden

Mit Hilfe der Pilotinterviews wurden die Interviewleitfäden auf ihre Anwendbarkeit getestet. Einige interessierende Forschungsthemen wurden in der Pilotstudie nur unzureichend beantwortet, z.B.:

- die Arzt-Patienten-Beziehung
- die Aufgaben- und Rolleneinschätzungen
- Gefühle, Wünsche und Erfahrungen der Ärzte und Patienten, andere dagegen zu ausführlich oder zu standardisiert, z.B.:
- die Therapie der Ohrgeräusche
- Initiativen der Patienten gegen die Ohrgeräusche.

Daher wurde der ursprüngliche Inhalt der Leitfäden angepasst.

So wurden

- Fragen gekürzt oder weggelassen, die häufig standardisierte Antworten nach sich zogen,
- Themen, die im Hinblick auf das Studienziel von Interesse waren, neu in den Fragenkatalog aufgenommen.

Insgesamt wurden die Leitfäden offener und weniger schematisch gestaltet, so dass den Befragten mehr Spielraum gelassen wurde, um ihre Erfahrungen und Sichtweisen äußern zu können. Die Veränderungen wurden dabei nach der in qualitativer Forschung üblichen zirkulären Strategie vorgenommen (siehe Kap. 4.6).

Inhaltsangaben der verschiedenen Leitfäden finden sich in den Kapiteln 4.3.2 und 4.4.2, sowie ein Abdruck der verschiedenen Versionen der Leitfäden im Anhang.

4.3 Datenerhebung: die Arztinterviews der Hauptstudie

4.3.1 Rekrutierung und Stichprobe der Ärzte

Für die Hauptstudie wurden 20 Ärzte, die am VII. Forschungskurs der DEGAM vom 04. bis 06. Mai 2001 in Freiburg teilgenommen hatten, jeweils mit der Bitte angeschrieben, an der Tinnitus-Studie teilzunehmen. Das Anschreiben enthielt eine kurze Vorstellung der Abteilung Allgemeinmedizin Göttingen und der geplanten Studie, sowie einen Vordruck für die Antwort der Ärzte. Auf diesem Antwortbogen konnten die Ärzte ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie erklären und Terminvorschläge für das Interview machen. Von den 20 angeschriebenen Ärzten beteiligten sich 18 an der Untersuchung. Zur Zusammensetzung der Stichprobe siehe Kapitel 5.1. Ein Abdruck des Anschreibens und des Antwortbogens findet sich im Anhang.

4.3.2 Arztinterviewleitfaden

Der Arztinterviewleitfaden, der in der Hauptstudie verwendet wurde, enthielt folgende Elemente:

- Beschreibung des Rollenverständnisses und der Arzt-Patienten-Beziehung zum Vergleich mit den Aussagen in den anschließend geführten Patienteninterviews:
 - Verhalten der Ärzte
 - ihr Umgang mit den Patienten
 - ihre Erwartungen und Wünsche
 - ihre Einschätzung der Patientenerwartungen und -wünsche
 - ihre Einschätzung der Kompensationsfähigkeit der Patienten.
- Beschreibung der Erfahrungen mit Tinnituspatienten:
 - allgemein im Verlauf der Interviews
 - durch Darstellung zweier spezieller Patientenfälle.
- Beschreibung von Schwierigkeiten und erlebten Gefühlen im Umgang insbesondere mit dekompensierten therapieresistenten Tinnituspatienten
- Darstellung von Diagnostik und Therapie des Tinnitus am konkreten Patientenbeispiel
- Erhebung von Sozial- und Praxisdaten: Alter und Praxisart / Tätigkeitsbereich.

Ein Abdruck des Interviewleitfadens findet sich im Anhang.

4.3.3 Ablauf und Setting der Arztinterviews

Die Interviews der Hauptstudie wurden telefonisch durchgeführt. Die teilnehmenden Ärzte befanden sich entweder zu Hause, in ihrer Praxis oder in der Klinik. Die Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet, worauf die Studienteilnehmer zu Beginn der Interviews nochmals hingewiesen und nach ihrem Einverständnis gefragt wurden. Der Ablauf der Gespräche gestaltete sich einheitlich: Vor Beginn der Interviews wurde der Ablauf der Dokumentation erklärt, wobei besonders die Garantie der Anonymität betont wurde, während den Befragten im Anschluss an die Gespräche die Möglichkeit gegeben wurde, selbst Fragen oder Anmerkungen zu äußern. Die Durchschnittsdauer der Interviews betrug ca. 21 Minuten (Range: 11-28 Minuten).

4.4 Datenerhebung: die Patienteninterviews der Hauptstudie

4.4.1 Rekrutierung und Stichprobe der Patienten

Die Rekrutierung der Teilnehmer für die Patienteninterviews erfolgte in einem mehrstufigen Prozess: Zunächst wurden die an der Studie teilnehmenden Ärzte nach Durchführung ihrer Interviews gebeten, jeweils zwei Tinnituspatienten aus der eigenen Praxis für die Teilnahme an der Untersuchung zu gewinnen, wobei jeweils ein Patient als kompensiert und einer als dekompensiert eingeschätzt worden sein sollte. Hierzu erhielten die Ärzte erneut per Post ein Anschreiben, dem folgende Unterlagen beigelegt waren:

- ein Informationsblatt mit Angaben über die Studie, über die Durchführung der Interviews und über eine Kontaktmöglichkeit für eventuelle Rückfragen,
- ein Vordruck einer Einwilligungserklärung (informed consent).

Diese Einverständniserklärungen sollten die Patienten erhalten und ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie durch Ausfüllen der Einwilligungserklärung bestätigen. Nach Rücksendung der unterschriebenen Einwilligungserklärungen an die Abteilung Allgemeinmedizin Göttingen durch die behandelnden Ärzte wurde telefonisch Kontakt zu den Patienten aufgenommen und ein Termin für das Interview vereinbart. 29 Patienten konnten für die Teilnahme an der Untersuchung gewonnen werden. Zur Zusammensetzung der Stichprobe siehe Kapitel 5.1. Ein Abdruck des „informed consent“-Bogens findet sich im Anhang.

4.4.2 Patienteninterviewleitfaden

Der Patienteninterviewleitfaden, der in der Hauptstudie verwendet wurde, enthielt folgende Elemente:

- Beschreibung der Ohrgeräusche aus Patientensicht:
 - Erfahrungen mit den Ohrgeräuschen allgemein
 - die im Zusammenhang mit den Ohrgeräuschen erlebten Gefühle
 - die Kompensationsfähigkeit
 - Strategien im Umgang mit den Ohrgeräuschen

- die Ursache der Ohrgeräusche
- die Dauer der Ohrgeräusche.
- Beschreibung des jeweiligen Rollenverständnisses und der Arzt-Patienten-Beziehung:
 - Erfahrungen der Patienten mit ihren Hausärzten und mit anderen Ärzten, insbesondere HNO-Fachärzten
 - Erwartungen, Wünsche, Prioritäten und Unzufriedenheiten der Patienten während der Interaktionen mit ihren Ärzten.
- Erhebung der Sozialdaten:
 - Alter
 - Familienstand
 - Beruf.

Während der Haupterhebung erfuhr der Patientenleitfaden keine wesentliche Veränderung. Ein Abdruck des Interviewleitfadens findet sich im Anhang.

4.4.3 Ablauf und Setting der Patienteninterviews

Die Patienteninterviews wurden ebenfalls telefonisch durchgeführt, wobei sich die Patienten zu Hause oder an ihrem Arbeitsplatz aufhielten. Auch hier wurden die Gespräche nach Einverständnis der Patienten auf Tonband aufgezeichnet. Vor Beginn der Interviews wurde jeweils der Ablauf der Dokumentation erklärt, wobei Wert auf die Garantierung der Anonymität gelegt wurde. Im Anschluss an die Gespräche erhielten die Befragten die Möglichkeit, Fragen und Anmerkungen zu äußern. Die Durchschnittsdauer der Interviews betrug ca. 26 Minuten (Range 12-42 Minuten).

4.5 Auswertung

4.5.1 Editing Analysis Style

Die Auswertung der Daten erfolgte nach dem *Editing Analysis Style* nach Crabtree und Miller (1992), die mit der inhaltlich-reduktiven Methode nach Lamnek (1995) vergleichbar ist. Kennzeichen dieser Methode ist das Herausfiltern bestimmter inhaltlich

interessierender Aspekte aus der Fülle des Datenmaterials. Der Forscher sucht nach Textsegmenten, die in Hinsicht auf die Fragestellung oder auf das Forschungsziel von Bedeutung sind. Diese Segmente werden herausgegriffen, sortiert und organisiert in Codes und Kategorien. *Code* ist dabei ein technischer Begriff des Auswertungsverfahrens und steht für die thematische Benennung von im Text zu findenden Aspekten oder Phänomenen (*Konzepten*) (Böhm 2000). Die Subsummierung von inhaltlich ähnlichen oder in Bezug zueinander stehenden Codes und Konzepten unter bestimmte Begriffe führt zur Bildung von *Kategorien* (Lamnek 1995, Malterud 1993). In der folgenden interpretativen Phase der Auswertung werden die entstandenen Kategorien miteinander verglichen und geprüft, ob sie durch bestimmte Themen oder Muster miteinander in Verbindung stehen (Crabtree und Miller 1992). Als ein wichtiges Element des *Editing Analysis Style* beschreiben diese Autoren die Unvoreingenommenheit des Forschers, mit der sich dieser auf die Daten einlässt. Möglichst unbeeinflusst von Vorannahmen oder -urteilen und ohne Anwendung einer Auswertungsschablone soll er Ergebnisse „naiv“ direkt aus den Daten ableiten. Der Analyseprozess gilt als abgeschlossen, wenn ein Zustand der *Sättigung* erreicht wird (Wiedemann 1995). Dies ist der Fall, wenn beim Durcharbeiten des Datenmaterials keine neuen Codes oder Kategorien mehr benannt werden können, sondern neue Daten sich unter die bereits gefundenen Konzepte fassen lassen.

4.5.2 Chronologisches Vorgehen

Im Folgenden soll das konkrete Vorgehen während der Auswertung chronologisch beschrieben werden. Dabei ist der erste Abschnitt der Datenanalyse durch das enge Arbeiten am Text gekennzeichnet. Arzt- und Patienteninterviews wurden jeweils getrennt behandelt.

- 1.) Umwandlung der mündlichen Interviews in eine schriftliche Form
- 2.) Kopie der erstellten Texte in das Software-Programm „Atlas-ti“ (eine Beschreibung dieses Programms findet sich in Kapitel 4.5.3)
- 3.) Lesen des jeweils zu bearbeitenden Interviews zur Gewinnung eines Überblicks über die angesprochenen Themen und ihre Zusammenhänge
- 4.) Markierung von Textstellen als „Zitate“ und Benennung dieser durch Codenamen; dadurch erste thematische Sortierung der Interviews

- 5.) Bezeichnung gleicher oder sich ähnelnder thematischer Aspekte („Konzepte“) mit dem gleichen Code; dadurch erste Zusammenfassung des Datenmaterials
- 6.) Erstellung von Codelisten, die sukzessiv von Interview zu Interview erweitert wurden
- 7.) Wiederholtes Durcharbeiten des Datenmaterials, bis Sättigung erreicht wurde und keine neuen Codes mehr gefunden werden konnten (Wiedemann 1995). Dabei wurden:
 - gleich codierte Textstellen auf ihre thematische Übereinstimmung überprüft
 - Zitate neu benannt
 - veränderte Codes in allen Interviewtexten angeglichen
 - verschieden benannte Sachverhalte weiter abstrahierend zu einer Kategorie zusammengefasst
 - bestimmte Aspekte unter der Bildung mehrerer neuer Codes weiter zergliedert.

Die zweite Stufe der Auswertung ist gekennzeichnet durch das Einbringen der Fragestellung: Die erstellten Codes und die von ihnen benannten Textabschnitte wurden nach ihrer Relevanz bezüglich des Studienziels beurteilt. Auch hier soll im Folgenden das chronologische Vorgehen beschrieben werden:

- 1.) Hierarchische und graphische Ordnung der Codes und Kategorien zur besseren Übersicht
- 2.) Erstellung von Codefamilien und Zuordnung dieser zu den einzelnen Interviewleitfadenfragen
- 3.) Herausfilterung von Codes, die neue Aspekte benannten. Diese Aspekte waren spontan berichtet worden und wurden mit den Leitfadenfragen nicht explizit erfasst, waren aber dennoch bezüglich des Forschungsziels relevant.
- 4.) Ausscheiden von Codes und Textstellen aus der weiteren Analyse, die weder die Leitfadenfragen beantworteten noch sonst hinsichtlich der Fragestellung relevant schienen; dadurch Reduktion des Datenmaterials
- 5.) Beantwortung der Forschungsfragen durch Zuordnung codierter Textstellen und interpretierender Zusammenfassung der Ergebnisse.

4.5.3 Das Software-Programm „Atlas-ti“

Die Datenanalyse erfolgte mit Hilfe des Software-Programmes „Atlas-ti“. Hiermit ist es möglich,

- kopierte Texte zeilenweise durchnummerieren
- Textpassagen als „Zitate“ zu markieren
- diese Zitate mit einem „Code“ zu versehen. Dabei erhalten identische oder sich ähnelnde thematische Aspekte – unabhängig davon, ob vom gleichen Interviewpartner oder einem anderen angesprochen – den gleichen Code.
- Codelisten zu erstellen
- Codes zu Familien zusammenzufassen
- die Beziehung der verschiedenen Codes zueinander grafisch darzustellen und durch hierarchische Gliederung Kategorien zu erstellen.

Zur Vermittlung eines visuellen Eindrucks findet sich eine Abbildung des Programms im Anhang.

4.6 Zirkuläre Strategie

Die in qualitativer Forschung benutzte zirkuläre Strategie zeichnet sich dadurch aus, dass jede Teilphase des Forschungsprozesses „Konsequenzen nach vorne“, also für das weitere Vorgehen, und „Konsequenzen nach hinten“, im Sinne einer Modifikation der Fragestellung, haben kann (Witt 2001). So kann die Problemstellung durch die im Laufe der Interviews gesammelten Daten weiter entwickelt oder korrigiert werden (Witzel 2000). Ebenso besteht die Möglichkeit, die Wahl der Erhebungstechniken und die Gestaltung der Erhebungssituation zu variieren (Lamnek 1995).

Ein Beispiel für die Verwendung der zirkulären Strategie in dieser Arbeit ist die Modifikation der Leitfragen nach Abschluss der Pilotphase (siehe Kapitel 4.2.2.)

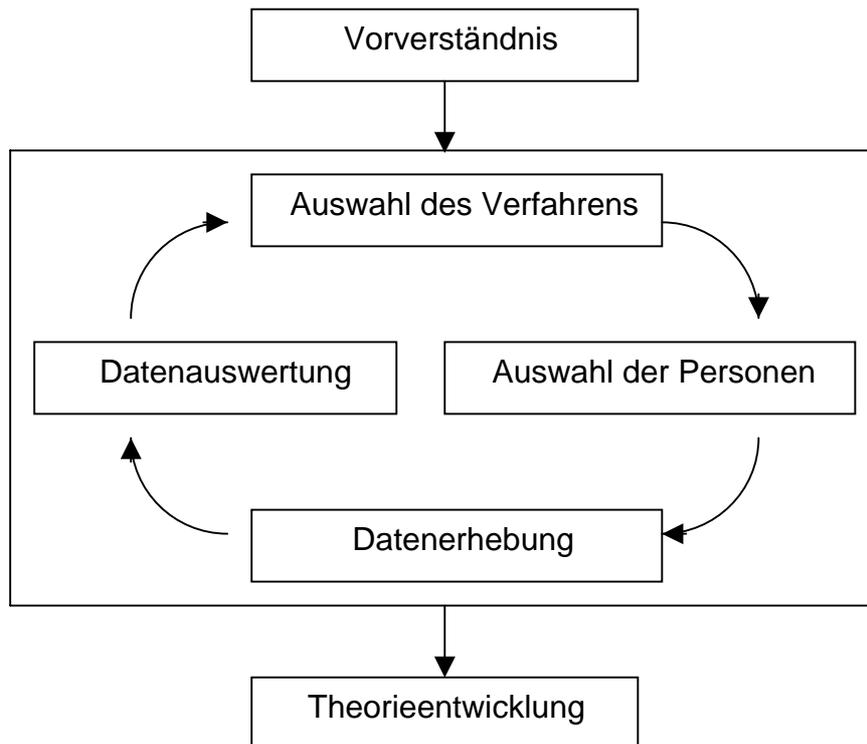


Abbildung 1: Die zirkuläre Strategie

4.7 Datenschutz und Ethik

Das Vorgehen der vorliegenden Arbeit wurde durch die Ethikkommission der Universität Göttingen (Antragsnummer 6 / 12 / 03) genehmigt. Dem Datenschutz wurde durch Wahrung der Anonymität der Studienteilnehmer Rechnung getragen. Zur Kennzeichnung der Interviews wurden die Namen der Teilnehmer durch Kennziffern ersetzt (z.B. Patient 1, Arzt 2) sowie in den Interviews genannte Orte und Personen mit jeweils dem ersten Buchstaben abgekürzt.

5 Ergebnisse

5.1 Die Stichproben

Die Stichproben der teilnehmenden Ärzte und Patienten verdeutlichen die Heterogenität der Studienteilnehmer. So finden sich in der Stichprobe der Ärzte Unterschiede bezüglich des Tätigkeitsbereiches, Alters, Geschlechts und der Art der Praxis. Die Gruppe der teilnehmenden Tinnituspatienten variiert in Bezug auf Alter, Geschlecht, Familienstand, Beruf sowie Sekundärsymptomatik. In den folgenden Tabellen wird die Zusammensetzung der Arzt- und Patientenstichproben dargestellt.

Tabelle 1: Die Stichprobe der Ärzte

	Hauptstudie (n=18)	Pilotstudie (n=3)
Alter (in Jahren)		
30-39	3	nicht erhoben
40-49	10	
50-59	4	
>59	1	
Ø Alter	47,5	
Geschlecht		
weiblich	4	3
männlich	14	
Praxisart / Tätigkeitsbereich		
Hausärztliche Einzelpraxis	7	2
Hausärztliche Gemeinschaftspraxis	8	
Hausärztliche Praxisgemeinschaft	2	1
Klinik	1	

Tabelle 2: Die Stichprobe der Patienten

	Hauptstudie (n=29)	Pilotstudie (n=2)
Alter (in Jahren)		
20-29	1	
30-39	2	
40-49	7	1
50-59	8	
60-69	9	1
> 69	2	
Ø Alter	53,3	55
Geschlecht		
weiblich	10	
männlich	19	2
Familienstand		
verheiratet	22	2
ledig	4	
geschieden	2	
verwitwet	1	
Berufstätigkeit		
berufstätig	18	2
berentet	10	
Hausfrau / -mann	1	
Tinnitusdauer (in Jahren)		
<0,5	3	
0,5-1	5	1
1-2	6	
2-5	3	1
5-10	8	
10-22	4	
ØDauer	5,5	2

5.2 Emotionale Bewertung der Versorgung von Tinnituspatienten aus Sicht der Hausärzte

Die Versorgung von Tinnituspatienten stellt sich nach Meinung der meisten befragten Hausärzte in vielerlei Hinsicht als problematisch dar. Wie Abbildung 2 verdeutlicht, ist die hausärztliche Sichtweise dabei geprägt von widersprüchlichen Gefühlen den Patienten gegenüber. Einerseits äußern die Ärzte **Betroffenheit, Mitgefühl und Verständnis** für die schwierige Lage der Betroffenen, teilweise auch aufgrund eigener Erfahrungen mit Ohrgeräuschen:

Arzt 1: Eine ganz extreme Patientin hatte ich vor vielen Jahren, die ist jetzt hier weggezogen, die hat sich also total verrückt gemacht, das war mit eine der ersten Erfahrungen, wo ich dann auch so ein bisschen erschrocken war, wie man sich in so was hineinsteigern kann. (60-65)¹

Arzt 4: Betroffen gemacht hat mich mal ein, da kannte ich den Patienten nicht selbst, aber die Schwester war bei mir sehr lange in psychotherapeutischer Behandlung, und der hat sich als Student suizidiert, und da hieß es, er hätte Tinnitus seit Jahren, würde darunter sehr leiden, aber was der aktuelle Auslöser war, weiß ich nicht. Das hat mich nur sehr betroffen gemacht. (248-257)

Arzt 12: Ich habe drei Patienten, wo das zum quälenden ein und alles wird, was ich auch sehr gut nachvollziehen kann, (...) es gibt Leute, die das dann en passant so mitteilen, das ist dann nicht so gravierend, es piept halt so ein bisschen im Ohr die ganze Zeit, aber es gibt Leute, die haben das ganz fürchterlich. (112-121)

Arzt 16: Ich habe irgendwann im Januar selber mal kurzzeitig einen Tinnitus gehabt, im Rahmen eines Infektes, und das fand ich sehr unangenehm, ich konnte dann damit umgehen, aber ich fand es sehr unangenehm. (19-23)

Auf der anderen Seite empfinden die Ärzte negative Gefühle wie **Ungeduld / Genervtheit / Ärger**. Dabei sind die Emotionen patientenabhängig und werden durch die Art des Auftretens und durch die Copingstrategien der Betroffenen beeinflusst.

Arzt 7: Chronisch geplagte Patienten, chronisch geplagte Doktoren. (15-16)

¹ Zeilenangabe der Interviewtexte; siehe Kapitel 4.5.3 und 9.4: „Das Software-Programm `Atlas-ti“.

Arzt 10: Zum Beispiel fällt mir eine Frau ein, die ist gar nicht damit klargekommen, die hat alles Mögliche probiert, die ist damit sogar noch, glaube ich, zum Wunderheiler (...) – inzwischen hat sie es aufgegeben, und hat es auch akzeptiert, das ging aber mindestens über fünf, sechs Jahre. (...) Ja, das war dann schon nervig. (268-277)

Arzt 18: Da gibt es alles, von einem Sich-Drauf-Verständigen, dass man eben nicht viel machen kann, und versuchen muss, mit zu leben, bis hin dann auch zu Patienten, wo einen das dann eher nervt, oder man auch die eigene Hilflosigkeit empfindet, oder je nachdem, andere Gegenübertragungsphänomene, ja, Ungeduld, Ärger, Genervtheit. (...) Das kommt sehr auf die Beziehung zum Patienten an. Wie es einem selber dabei geht. (339-351)

Die Hausärzte erleben das Krankheitsbild Tinnitus als **mühsam**, da es sowohl zeitlichen als auch diagnostischen und therapeutischen Aufwand bedeutet. Die Belastung von Seiten der Ärzte beruht dabei teilweise auch auf den wahrgenommenen Erwartungen und Wünschen der Patienten.

Arzt 9: Da gibt es ja häufig noch so ein paar Ansätze, wo man ja noch andere Dinge findet, die sich da im psychosozialen Bereich irgendwo abspielen, wo man dann vielleicht versuchen kann, ein bisschen aufzuräumen, und die Patienten dann, sagen wir mal, ihre Aufmerksamkeit so ein bisschen auf andere Dinge lenken kann. Dabei auch sehr wirksam teilweise werden kann, aber das ist halt eine Sache, die etlichen Gesprächsaufwand bedeutet. (306-317)

Arzt 14: Das ist ein Patient, (...) der also uns massive Probleme bereitet hat mit seinen Tinnitusbeschwerden. Der auch alles ausprobiert hat, alles verschrieben haben wollte, alle Untersuchungen haben wollte, jedes Jahr in Kur gehen wollte, wegen des Tinnitus auch berentet werden wollte, und so weiter. (287-305)

Arzt 16: Ich sehe halt immer wieder, dass ich da den Leuten helfen kann, ein bisschen besser damit zurecht zu kommen. Aber dass oft die Situation einfach so ist, dass die nicht einfach geändert werden kann, und dass das eine sehr langwierige Geschichte oft ist, da auch therapeutisch damit umzugehen, wie die die Situation bewältigen können. Die immer wieder tinnitusauslösend ist. (403-412)

Angesichts des Leidensdrucks und der oft als unrealistisch hoch empfundenen Erwartungshaltung der Patienten hinsichtlich einer Besserung der Ohrgeräusche fühlen

sich die Ärzte unter **Erfolgsdruck** gesetzt. Ein Hausarzt kritisiert die Patientenhaltung, zwar ungeduldig auf Remission des Tinnitus zu warten, andererseits aber Anweisungen des Arztes nicht zu befolgen.

Arzt 2: Ich meine, die Patienten sind dann auch schwer zu führen, von der Therapie her schwer zu führen, (...) dass sie nicht das machen, was ich sage, dass sie ungeduldig sind, natürlich, na wieso, weil es nicht besser wird: Wieso ist das immer noch da, so nach dem Motto. (39-51)

Arzt 7: Also, Patienten, die leiden und kommen zu Ihnen und sagen: Doktor, ich leide! Immer noch! Was macht das dann mit Ihnen? Das bringt Sie in Zugzwang. Es macht Sie ein bisschen hilflos. (262-267)

Arzt 10: Ich denke, es ist auch eine sehr hohe Erwartung, die die Patienten haben. Dass da alles bis ins Kleinste repariert wird. (350-352)

Arzt 16: Ich bin da am Anfang sehr oft unter den Druck gekommen, ich müsste doch jetzt noch dieses und jenes machen, und das noch hinkriegen, und ich müsste den Tinnitus doch wegstreichen, die Patienten kommen oft mit so einem massiven Druck, der muss weggehen, und das ist – also, inzwischen kann ich damit gut umgehen, aber – es war am Anfang oft sehr schwer auszuhalten, und so, dass man selber diesen Druck in sich dann gespürt hat, jetzt müsste man doch dieses noch machen, und jenes noch machen, und jenes noch machen, und jetzt muss unbedingt – also, die kommen dann oft auch mit so einem Druck, jetzt, ich brauche unbedingt jetzt sofort noch eine Akupunktur, oder unbedingt das jetzt noch sofort – also, es ist oft immer wieder ein Sich-Abgrenzen gegen diesen Druck der Patienten. (435-451)

Besonders auch die wiederholten Arztbesuche der Tinnitusbetroffenen bringen die Hausärzte in Bedrängnis, therapeutisch etwas zu unternehmen und erfolgreich zu sein:

Arzt 2: Ich meine, sie kommen natürlich zu mir, sie wollen halt ganz einfach Hilfe haben, und ich sage dann immer wieder, das ist aber schwierig zu behandeln, und das gleiche sagt ihnen natürlich jetzt dann auch noch der Hals-Nasen-Ohrenarzt, bloß der Hals-Nasen-Ohrenarzt war der, der diagnostiziert das einmal und schiebt sie dann wieder ab, aber bei uns Hausärzten, bei uns Allgemeinmedizinern, da sind sie nämlich ja dann ständig da, und kommen ständig zu uns, und wollen jetzt dann eine Besserung haben. (112-123)

Arzt 6: Das ist die Situation, die unangenehme Situation des Hausarztes, wenn der Patient immer wieder kommt, und mit dem selben Problem, und Sie, und der Hausarzt kann wenig helfen. (383-387)

Arzt 7: Dass es sich um chronische Erkrankungen handelt, gegen die es kein, bislang kein probates Medikament gibt, keine probaten Lösungen, und deshalb die Patienten auch nicht richtige Hilfe erfahren und deshalb auch immer wieder bei den Doktors auflaufen, die auch ein Stück weit hilflos sind. (21-27)

Der Widerspruch zwischen dem Heilungswunsch der Patienten und den begrenzten Handlungsmöglichkeiten der Ärzte schlägt sich in einem Gefühl der **Hilflosigkeit und Ohnmacht** der Mehrheit der befragten Hausärzte nieder. Als vorrangiger Grund werden die begrenzten Therapieoptionen des als undankbar angesehenen Krankheitsbildes genannt.

Arzt 2: Schwierige Erkrankung, schwierige Patienten, schwierige Therapie, eigentlich alles schwierig. (10-12)

Arzt 4: Ich muss gestehen, als ich das Thema Tinnitus hörte, dachte ich erst mal ,oh je' (...). Weil man sich da oft therapeutisch sehr ohnmächtig fühlt. (77-82)

Arzt 12: Weil ich bisher noch nichts da gefunden habe, womit ich das behandeln kann, ich habe etliche Leute mit Tinnitus und habe da irgendwie kein vernünftiges Konzept, es sei denn, dass das mal vielleicht vertebragen oder sonst was ist, aber ich habe da keine vernünftigen Konzepte, und deshalb finde ich das schwierig zu behandeln. (34-40)

Arzt 13: Unbefriedigend, weil man weiß, das sind so lästige Beschwerden, die die Patienten unter Umständen lebenslang begleiten werden, und man steht machtlos, ohnmächtig daneben, also, das macht keinen Spaß. (338-342)

Auch das eigene Selbstverständnis, als Arzt heilend in Krankheitsverläufe eingreifen zu können, und das Verantwortungsgefühl den Patienten gegenüber trägt zu einem verstärkten Empfinden der therapeutischen Ohnmacht bei.

Arzt 9: Sehr unbefriedigend, weil ich auf der einen Seite also nicht jemand bin, der jetzt sagt, ach, wissen Sie was, das ist ein Problem, das geht in einen speziellen Organbereich, gehen Sie mal zum Kollegen XY, also dieses Weiterschicken wie einen schwarzen Peter (...) und auf der anderen Seite ich eben diesen appellativen Anspruch des Patienten erst mal nicht gerecht werden kann. Der ja sagt, Doktor, ich komme zu dir, damit du mir hilfst, jetzt mache irgendwas, drehe den Hebel um, und dann klappt das irgendwie, diese Möglichkeit habe ich eben nicht, und das weiß ich im Prinzip von Anfang an, das ist sehr unbefriedigend, nicht, weil man ja immer noch sich so irgendwo als den großen Macher verstehen will. Und hier von vornherein zu verzichten innerlich, und zu sagen, also, pass auf, ich kann den Patienten jetzt also ein bisschen diagnostisch hin und herdrehen, und ich kann ihm dann einiges wortreich erzählen, aber ich weiß von mir aus von vorne rein, ich habe kein Handwerkszeug, um das nennenswert zu ändern, das ist halt eine Situation, die ist nicht immer so witzig. (264-289)

Arzt 12: Weil die Leute in dem Moment, wo man auch so einen Offenbarungseid hinlegen muss, und sagt, ich kann Ihnen ab dem Moment nicht mehr weiterhelfen, ist natürlich ein ganz großes Problem, damit komme ich auch schlecht zurecht, weil ich die dann wirklich auch so ein Stück weit, sage ich mal, alleine lassen muss. Ist ja immer eine scheiß Situation, dann kommen sie an, wir haben ein Problem, und man sagt ihnen, man kann ihnen nicht helfen. – „Damit müssen Sie jetzt leben, die nächsten 30 Jahre, oder nehmen Sie sich einen Strick!“ (159-172)

Das Gefühl der Macht- und Hilflosigkeit resultiert in **Frustration**, wenn unternommene Behandlungsversuche fruchtlos bleiben und der Leidensdruck der Patienten sehr hoch ist.

Arzt 4: Das ist höchstens frustrierend, wenn Leute so, es gibt das ja so hin und wieder, dass die so sehr jaulen, und dann, aber, das ist ja genau wie bei anderen Erkrankungen auch, dass man dann, sich in seiner Ohnmacht nicht so besonders wohl in seiner Haut fühlt. (212-217)

Arzt 8: Und zwar, wenn man Verschiedenes macht, und versucht, und von allen Seiten kommen negative Ergebnisse, und man kommt nicht weiter, man fühlt sich dann ziemlich hilflos. Und zwar gegenseitig, also, der Patient fühlt sich hilflos, er weiß nicht, wie es weitergeht, was er machen soll, und selber, als Arzt weiß man nicht, was man da machen könnte, dass man eine Besserung oder ein Ziel erreicht. Und man ist dann auch frustriert. (269-281)

Arzt 13: Ohnmacht (...) die eigene therapeutische Ohnmacht. Oder Hilflosigkeit. Frustration. Undankbares Krankheitsbild. (...) Ja, die Leute leiden, und wir haben nichts in der Kiste, also, das ist ja eine Geschichte, die therapeutisch so gut wie nicht angebar ist. (...) Die geringen therapeutischen Möglichkeiten. Die sind es, die mich da frustriert sein lassen, weil ich weiß, dass Patienten darunter wirklich leiden. (10-25)

Wird das Ziel der Behandlung nicht in der vollständigen Remission des Tinnitus, sondern in der verbesserten Handhabung und der verminderten Wahrnehmung der Ohrgeräusche gesehen, äußern einige der befragten Hausärzte auch ihre **Zuversicht, therapeutisch erfolgreich und hilfreich** zu sein.

Arzt 5: Weiterhelfen kann ich immer, wenn ich nur helfen kann, dass er mit seinem Pfeifen zurechtkommt! Weiterhelfen heißt ja nicht unbedingt, dass das Pfeifen wegmuss! Das heißt ja auch, es reicht, wenn er damit klarkommt. Und das geht schon! (183-193)

Arzt 16: Wenn ich jetzt nicht so das Handwerkszeug dafür hätte, dann würden mir die Leute wahrscheinlich irgendwann lästig werden, aber dadurch, dass ich einfach, wir ein erfahrenes und spezielles Therapiekonzept dafür haben, und ein interdisziplinäres Team, wo die Leute in die Therapie eingebunden sind, und wo sie entsprechend damit auch umgehen können, dadurch ist es mir überhaupt nicht unangenehm. (29-37)

Ein anderer Teil der Interviewpartner erkennt die Symptomlinderung nicht als ausreichende Hilfe an. Das Fehlen einer direkt am geschädigten Organ ansetzenden Therapie ist nach Meinung dieser Ärzte im ungeklärten pathophysiologischen Mechanismus des Tinnitus begründet und resultiert in einer **therapeutischen Unsicherheit**.

Arzt 7: Wir wissen zu wenig über Tinnitus, um Direktiven zu geben, wie „Essen Sie keine Gummibärchen!“. (148-150)

Arzt 7: Im Grossen und Ganzen meine ich, dass man denen nicht helfen kann. Man kann denen zum Teil Linderung verschaffen, etwas helfen, aber im Grossen und Ganzen – weitgehend ungeklärtes Gebiet. (245-250)

Arzt 14: Und sagen, dass es ein Symptom ist, dessen Ursache letztendlich unklar ist, damit folgend auch, dass alle Behandlungen mehr oder weniger auf Symptomlinderung

abzielen werden, dass es leider so ist, dass ein Teil der Behandlungen keine erwiesene Wirkung hat, und dass man deswegen eher drauf verzichten würde. (399-405)

Arzt 10: Ich weiß gar nicht, inwieweit man da überhaupt, also, entweder fehlen mir da spezielle Kenntnisse, überhaupt so ein organisches Korrelat dingfest machen kann, also ein bestimmtes Korrelat. (316-321)

Arzt 15: Es ist schwierig, es gibt letztendlich von der Beweislage her ganz wenig für den Tinnitus. Nur man weiß, je kürzer der Tinnitus da ist, um so schneller geht er wieder weg – egal, was ich mache. Sagt nämlich jeder. Es gibt tausenderlei Therapien, und ich kann das nicht beweisen, ich kann das nur sagen, das ist das, was ich so mache, vielleicht liege ich damit richtig. Aber das erscheint mir am logischsten so. (216-229)

Zusätzlich erschwert wird das therapeutische Vorgehen der Ärzte durch das kaum fassbare Krankheitsbild mit sehr heterogenem Erscheinungsbild. Weitere Gründe für ihre therapeutische Unsicherheit sehen die Ärzte in der mangelnden Vorhersehbarkeit des Therapieerfolgs und im nicht nachvollziehbaren Wirkmechanismus der Medikamente.

Arzt 3: Das ist meistens ein undankbares Krankheitsbild, an das man nicht ganz so leicht rankommt, weil die Leute das auch immer sehr unterschiedlich beschreiben, es heißt, es klingelt, es rauscht, es drückt, das ist manchmal ganz schwierig zunächst für uns, das auch so zu begreifen (...) Der Patient will ja nun glücklich da wieder aus der Sprechstunde rausgehen, und wenn man ihn dann nicht so ganz begriffen hat, welche Symptomatik ihn wirklich quält, im Detail, dann kann man auch nicht so gezielt therapieren. (12-35)

Arzt 5: Ich habe einige Patienten, die haben seit Jahren Tinnitus, und da tut sich überhaupt nichts, und dann habe ich, und das ist zum Glück die Mehrzahl, da macht man dann so ein paar Infusionen, und siehe da, der Tinnitus ist weg. Kein Mensch weiß warum eigentlich, aber es hilft. (14-23)

Arzt 16: Es ist oft sehr schwer vorhersehbar, welche Leute wirklich davon profitieren, von der intensiven Behandlung, und welche nicht. Gut, bei manchen ist es klar, aber man denkt, dass, wenn die hier halbwegs besser damit zurechtkommen, oder wieder einen Schritt machen können, ist es gut, aber bei anderen denkt man wiederum, ei-

gentlich könnten die doch deutlich besser weiterkommen. Es ist oft schwer zu fassen, wer da weiterkommt, und wer nicht. (417-428)

Als problematisch erleben die befragten Hausärzte auch die fehlenden Nachweismöglichkeiten der Ohrgeräusche, die zu einer **diagnostischen Unsicherheit** führen. Die Diagnose Tinnitus kann lediglich aufgrund der subjektiven Angaben der Betroffenen gestellt werden, wobei die Ärzte jedoch ihre Bereitschaft betonen, den Patienten Glauben zu schenken.

Arzt 6: Wenn ich sage, ich glaube das jetzt nicht, dann muss ich ja die Störung als somatoform ansehen, und das wäre ja auch eine Möglichkeit, aber bei Tinnitus ist es halt so, dadurch, dass es nicht nachweisbar ist, nehme ich die eigentlich schon immer ernst. (394-401)

Arzt 10: Einen Tinnitus diagnostizieren, da muss ich mich – ich muss mich da auf die subjektive Angabe verlassen. (40-42)

Arzt 10: Man kann ja hier niemandem das Gehirn rausnehmen, und untersuchen. Das ist eine sehr subjektive Angabe, Tinnitus. Ich kann den Tinnitus nicht messen. Ich muss es einfach glauben, und ich glaub es den Leuten auch. (327-336)

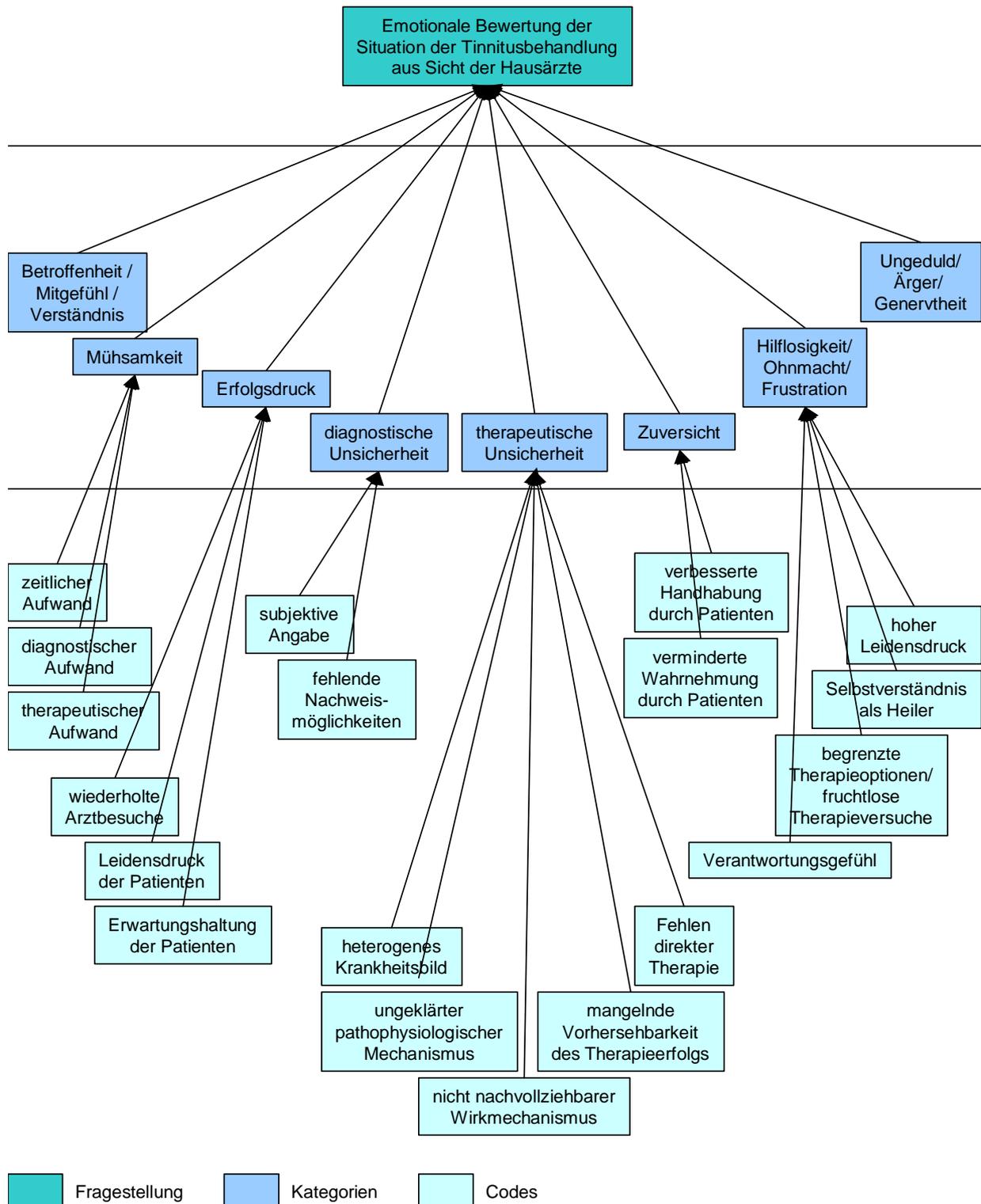


Abbildung 2: Emotionale Bewertung der Tinnitusversorgung aus Sicht der Hausärzte

5.3 Strategien der Hausärzte im Umgang mit Tinnituspatienten

Abbildung 3 gibt einen Überblick über die von den Hausärzten angewendeten Strategien im Umgang mit Tinnituspatienten. Diese lassen sich grob unterteilen in offensive und defensive Verhaltensweisen, wobei die Übergänge fließend sind. Kennzeichnend dabei ist, dass sowohl die aktiven als auch die zurückhaltenden Maßnahmen vornehmlich dazu dienen, dem Dilemma der mangelnden Therapierbarkeit der Ohrgeräusche zu entgehen.

Als extremstes Beispiel für defensives Verhalten kann die **emotionale Zurückhaltung** mit Vermeidung zu großen Engagements gewertet werden. Durch diese Strategie erhoffen sich die Hausärzte eine rationale Einteilung der eigenen begrenzten Ressourcen, nachdem sie negative Erfahrungen mit der hohen Erwartungshaltung einiger Patienten bei fehlenden Therapieoptionen gemacht haben.

Arzt 1: Sich zurücknehmen, dass man sich da nicht zu sehr engagiert, sonst wird einem das aufgeladen, da Doktor, Du musst helfen, und da muss es doch was geben. (171-174)

Arzt 15: Aber inzwischen habe ich eben gelernt, dass es eben bei Tinnitus so ist, und ich kann ja nicht jedem Patienten seine Last, sein Kreuz vom Rücken nehmen. (391-394)

Durch **Vermeidung der Thematisierung von Tinnitus** versuchen die Ärzte, die Aufmerksamkeit der Patienten nicht auf die Ohrgeräusche zu lenken.

Arzt 11: Es gibt Leute, die nur mal eine Episode kamen, wo dann auch ein anderes Problem vielleicht ein paar Quartale später auftauchte, und dann war das nie wieder Thema, komischerweise, und ich hüte mich davor, das wieder anzureißen, weil ich die Aufmerksamkeit nicht wieder drauf lenken möchte. (...) Weil ich spreche es nicht aktiv an, ich lasse Zeit, dass sie es ansprechen könnten, aber wenn es kein Thema ist, dann möchte ich mich auch nicht reinmischen. (118-136)

Arzt 13: Ich glaube, Tinnitus ist sehr viel häufiger, als wir ihn registrieren, ich frage deswegen auch nicht danach, weil ich, nach dem Motto: Keine schlafenden Hunde wecken, bzw. ich mag nichts hervorzaubern, um dann dem Patienten zu sagen, wunderbar, wir haben eine Diagnose, aber machen kann man nichts. (31-38)

Die **Vorbereitung auf eine mögliche Chronifizierung der Ohrgeräusche** erfolgt durch Vermeidung nicht zu erfüllender Versprechen und Aufzeigen realistischer Perspektiven.

Arzt 1: Und ihnen auch von vorne herein den Wind aus den Segeln nehmen, (...) dass man versuchen muss, am besten damit zu leben, dass das die beste Lösung ist. (...) Mit den Versprechungen vor allem zurückhalten. (132-180)

Arzt 10: Oft sage ich auch schon, das kann sein, dass das nicht besser wird, aber wir machen das vielleicht auch nur, damit es nicht schlimmer wird. Also, vorbereiten darauf, dass das etwas ist, was bleiben kann, was immer wieder mal kommt. (247-253)

Arzt 14: Was ich natürlich schon im Gespräch anklinge, dass diese Ohrgeräusche ein Problem sind, die möglicherweise chronisch werden, die sie lange Zeit begleiten können. (207-211)

In diesem Zusammenhang ist auch die Strategie der **therapeutischen Zurückhaltung** zu sehen. Die Hausärzte sprechen den Mangel an Therapieoptionen offen an und versuchen diesen durch Information und Kommunikation zu kompensieren.

Arzt 9: Und dass man die dann ein bisschen, sagen wir mal, informiert, tröstet, und es dabei bewenden lässt, also, man muss ja nicht immer in so einen therapeutischen Aktionismus gehen. (138-141)

Arzt 10: Ich bin im Laufe der Jahre durchaus zu der Ansicht gekommen, dass wir Dinge auch nicht können. Dass es irgendwo Grenzen gibt in der Medizin. Und das vermittele ich auch. (343-350)

Arzt 14: Das muss man ansprechen, und sagen, da muss man offen sein! Und sagen, dass es ein Symptom ist, dessen Ursache letztendlich unklar ist, damit folgend auch, dass alle Behandlungen mehr oder weniger auf Symptomlinderung abzielen werden, dass es leider so ist, dass ein Teil der Behandlungen keine erwiesene Wirkung hat, und dass man deswegen eher drauf verzichten würde. (398-405)

Die Ärzte erhoffen sich durch Überweisungen an Fachärzte und Ausgabe von Adressen anderer Hilfsstellen eine **geteilte Verantwortungsübernahme** mit zusätzlichem Hilfsangebot für die Patienten.

Arzt 2: Ich versuch dann auch die Patienten, denen das hilft, in Selbsthilfegruppen dann zu schicken, dass sie da irgendwie jetzt da noch hingehen. Dass sie von der Seite dann auch noch mal eine Menge Hilfe und eine Menge Feedback haben. (136-143)

Arzt 3: Oftmals geht es dann über den Umweg des HNO-Facharztes, zu dem wir dann ganz gerne, gerade bei hartnäckigem Tinnitus, die Leute hinschicken. (36-39)

Arzt 5: Bei denen, wo es halt nicht weggeht, dann gehen die halt noch mal zum HNO, und noch mal, und dann sage ich, sehen Sie, das geht halt nicht weg! (209-211)

Arzt 7: Es ist schon so, dass bei den Patienten, die dafür geeignet erscheinen, ich schon auch sage, es gibt diese hyperbare Druckbehandlung, vielleicht versuchen Sie das. Und dann gebe ich eine Adresse, und dann war es das. (304-308)

Arzt 15: Das ist natürlich schon gut zu wissen, dass man die dann auch woanders hinschicken kann. (363-364)

Im Übergang zu den offensiven Strategien, die der mangelnden Therapierbarkeit des Tinnitus durch Anwendung aktiver Maßnahmen begegnen, ist das Ausloten und die nachfolgende **Erfüllung von Patientenerwartungen** anzusetzen. Ziel der Hausärzte ist es dabei, das Vertrauensverhältnis zum Patienten zu sichern. Beispiele sind auch hier die Ausschreibung von Überweisungen oder die Durchführung verschiedener Therapieversuche mit fraglicher pharmakologischer Wirksamkeit.

Arzt 5: Sagen wir es mal so, ich bemühe mich, die Rolle zu spielen, die der Patient mir zudenkt. Derjenige, der mich nur als Überweisungsschreiber braucht, oder gebrauchen will, dem dränge ich mich als Weiteres nicht auf. (95-100)

Arzt 14: Da fordern viele natürlich vehement ein, Infusionstherapien, und die werden ja meistens vom HNO-Arzt oder von der HNO-Klinik gestartet, mit der Maßgabe, dass das doch bitte über zehn Tage fortgesetzt wird (...), dann mache ich das bei Patienten weiter, wo ich sonst befürchten muss, dass deren Vertrauen völlig erschüttert wird. (169-174)

Arzt 18: Was ab und zu vorkommt, ist, dass die bei irgendeinem HNO-Arzt in Behandlung sind und der mit Infusionen anfängt, und dann nicht da ist, und die Patienten dann

an den Hausarzt verweist, um das doch bitte weiterzumachen, das machen wir dann, im Zweifelsfall. Ja, aber eben nicht aus eigenem Antrieb. (308-316)

Viele Hausärzte geben **praktische Hinweise**, die es den Patienten ermöglichen, selbst etwas gegen ihre Ohrgeräusche zu unternehmen. Solche Hinweise sind z.B. Ablenkung, Entspannungsübungen, Konzentration auf Umweltgeräusche, Stressmeidung, Meidung von Lärmbelastung, Hinhören auf die Ohrgeräusche, schlafhygienische Maßnahmen sowie die Vermeidung von Haltungsschäden.

Arzt 6: Ich gebe Tipps bezüglich Entspannungstherapie, Entspannungsverfahren, (...) oder ich gebe da, ich habe Kassetten, eine Kasette mit autogenem Training, oder so, progressive Muskelrelaxation, also in der Richtung berate ich, bin ich auch beratend tätig. (265-270)

Arzt 7: Was ich anrate, ist übermäßige Terminbelastung zu beseitigen und übermäßige Geräuscherlebnisse, also zum Beispiel, so jungen Leuten sage ich, bitte gehe nicht in die Disco, oder steck dir Stopfen in die Ohren. Oder Leute mit einem Knalltrauma, da ist das sowieso klar, oder Leute mit Geräuschbelastung am Arbeitsplatz, die kriegen natürlich was auf die Ohren. (152-161)

Arzt 10: Und ich gebe auch mal so, wenn es nicht zu schwerwiegend ist, auch mal so den Tipp, sage ich, also, ich habe auch schon mal einen Tinnitus gehabt, und mir hilft es zum Beispiel, wenn ich dann ganz genau hinhöre! Dann hört es manchmal auf. (75-81)

Arzt 11: Praktische Tipps geben. (...) Walkman, Radio, Ohrgeräusch- und Entspannungsübungen. Wir haben da auch von der Pharmaindustrie diverse Kassetten, wo man dann so ein bisschen Musiktherapie, ätherische Musik im Hintergrund, Walgesänge eignen sich auch ganz gut. (92-104)

Arzt 14: Wenn wer wegen des Tinnitus überhaupt nicht mehr einschlafen kann, dann kann man sehen, kann man schlafhygienische Maßnahmen treffen, Entspannungsübungen, und dergleichen. (412-416)

Arzt 15: Ich sage den Leuten oft, die sollen sich erst mal, wenn sie eine starke Nackenverspannung haben, den Monitor anders einstellen, beziehungsweise zwischendurch Übungen machen, beziehungsweise ein anderes Kopfkissen besorgen. (176-181)

Ein weiteres Beispiel für die Ergreifung aktiver Maßnahmen ist die **diagnostische Zuwendung**. Dabei werden die diagnostischen Methoden als ein Teil der Therapie verstanden, indem im Ausschlussverfahren dem Patienten die Angst genommen wird, an einer lebensbedrohlichen Krankheit zu leiden.

Arzt 7: Ich kann ein bisschen zaubern, wenn sie wollen, diagnostisch, ich kann zum Beispiel evozierte Potentiale, akustisch evozierte Potentiale machen, alle diese Dinge, und kann dann sagen, bei Ihnen ist alles in Ordnung, wir haben nichts gefunden, so, dann habe ich den Bereich der Befürchtungen, es könnte ein Vorbote einer schlimmen Erkrankung sein, etwas verkleinert. (123-131)

Arzt 9: Ich kann den Patienten jetzt also ein bisschen diagnostisch hin- und herdrehen (...) nach dem üblichen Verfahren mit einer Ausschlussdiagnostik, wo man sagt, das haben Sie nicht, das haben Sie nicht, das haben Sie nicht, so, und dann muss man halt irgendwo gucken, dass das, sagen wir mal für die Lebensfähigkeit, letztendlich eine Bagatelle ist. (283-300)

Auch bei der Methode der **therapeutischen Zuwendung** werden die angewandten Behandlungen nicht als Therapien im eigentlichen Sinne verstanden, sondern eher als Vehikel der ärztlichen Fürsorge. Dem Patienten soll die Sicherheit gegeben werden, in guten Händen zu sein und richtig behandelt zu werden.

Arzt 8: Zunächst einmal, ihm das Gefühl geben, dass alles gemacht wird, dass nichts übersehen wird, dass der nichts Schlimmes hat, was nicht behandelt wird, (...) ihm die Sicherheit geben, dass er richtig behandelt wird (30-38)

Arzt 9: Da es keine Behandlung gibt, hat man natürlich so diese üblichen Hokuspokus-Geschichten gemacht, aber nichts Konkretes. (...) Ich will natürlich dabei auch nicht in Abrede stellen, dass ich gelegentlich schon so ein bisschen Hokuspokus mache, selber, sagen wir mal, so, als Vehikel der ärztlichen Zuwendung, dass ich sage, (...) passen Sie mal auf, jetzt habe ich hier mal so Tropfen, die können Sie mal nehmen, mal gucken, da kann man ja mal sehen, wie das ganze reagiert, und es gibt ja da teilweise auch so wundersame Entwicklungen, wo jemand dann den Leidensdruck zumindest geringer schildert. Und dann gibt es natürlich auch mal Situationen, wo man sagt, OK, dann nehme ich das zwar irgendwo weiterhin zur Hand, wohl wissend, dass das eben keine Therapie im engeren Sinne ist. (214-355)

Als Extremfall der offensiven Strategien kann die **Polypragmasie** angesehen werden, also die Anwendung verschiedenartigster Therapieversuche als Reaktion auf die Verzweiflung der Patienten. Der Versuch, immer neue Behandlungsmöglichkeiten anzubieten, spiegelt auch den empfundenen Erfolgsdruck der Ärzte.

Arzt 1: Therapeutisch, ich denke man darf da keinen im Regen stehen lassen, man sollte schon alles das, was möglich ist, ausprobieren. (182-184)

Arzt 2: Man muss halt dann ständig irgendwelche, ich sage jetzt einmal, irgendwas Neues halt machen, das man sagt, na ja, jetzt probieren wir dieses noch mal, jetzt probieren wir jenes noch mal, jetzt machen wir dieses noch, man muss sich halt mehr oder minder ständig irgendwas überlegen. (130-136)

Arzt 6: Aber ich probiere, also mir fällt halt immer wieder was ein, ich meine, ich versuche halt wieder irgendwas Neues. (387-389)

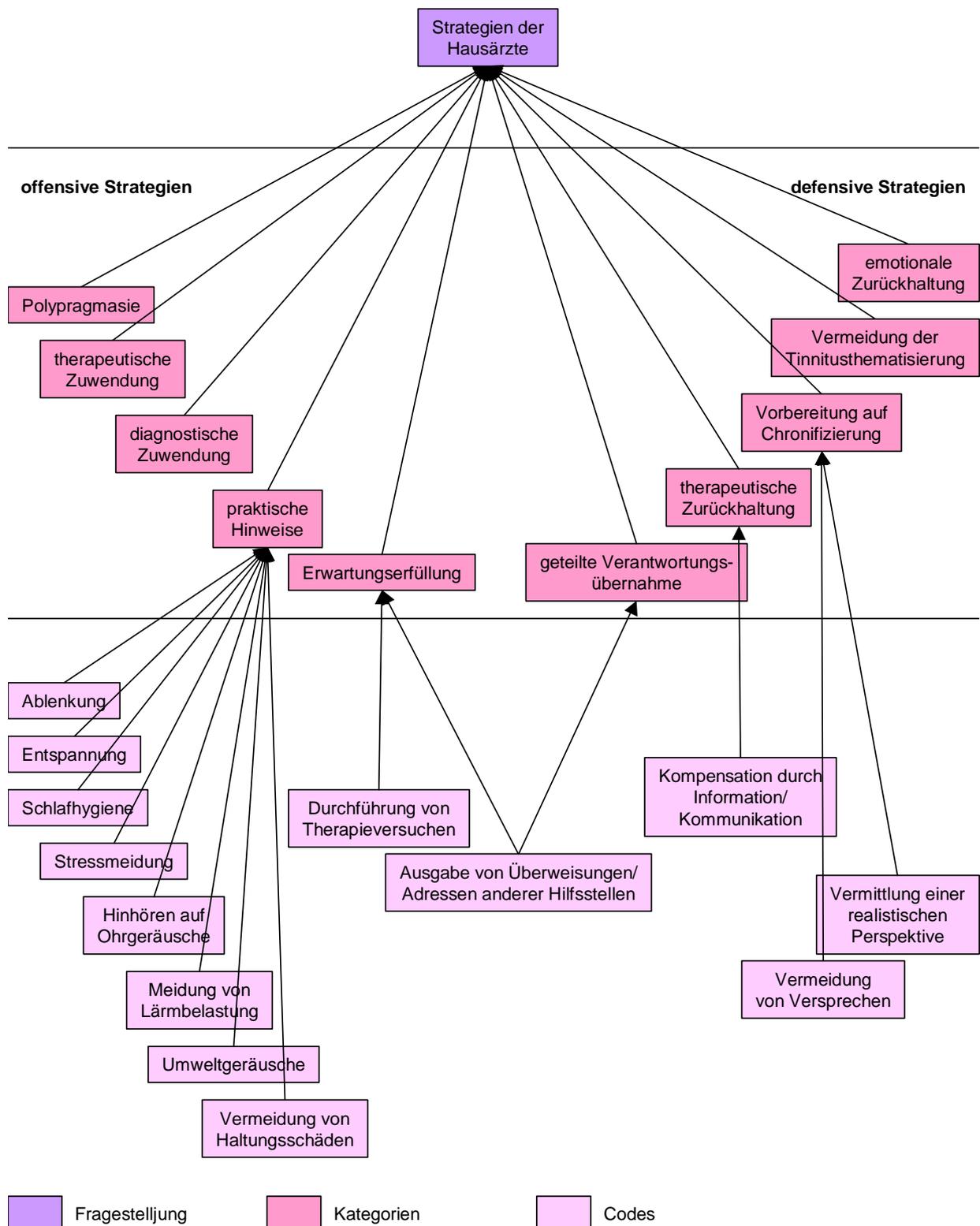


Abbildung 3: Strategien der Hausärzte im Umgang mit Tinnituspatienten

5.4 Rollenfunktionen der Hausärzte im Umgang mit Tinnituspatienten

Abbildung 4 gibt die von den Hausärzten genannten Rollenfunktionen und Aufgaben bei der Versorgung von Tinnituspatienten wieder. Diese variieren im Laufe der Behandlung; als selbstverständlich wird die **Erhebung der Anamnese** angesehen, die zur Evaluation möglicher Ursachen der Ohrgeräusche dient. Im Anschluss wird die **Diagnostik**, so weit möglich, von den Hausärzten durchgeführt. Große Bedeutung hat dabei die Abklärung organischer Ursachen und damit der Ausschluss gesundheits- oder lebensbedrohlicher Erkrankungen.

Arzt 8: Zunächst einmal von meiner Seite natürlich möglichst rationelle und schnelle Klärung, was dahinter steckt. (121-125)

Arzt 10: Erst Ausschluss von abwendbar schweren Verläufen. Das ist natürlich unsere, sowieso unsere erste Aufgabe. (...) Ich denke, es ist wichtig, abzuklären, ob was Organisches dahintersteckt. (225-311)

Arzt 15: Gucken nach Verstärkungsfaktoren aus dem Bereich der Halswirbelsäule, beziehungsweise aus dem Bereich der Situationen, also woher das kommt, eben bei dem einen Fall im Arbeitsbereich, oder psychischer Bereich. (329-334)

Arzt 16: Meine Aufgabe in dem Ganzen ist, mit den Leuten über die Ursachen, Möglichkeiten, überhaupt erst mal zu gucken, was sind mögliche Ursachen, was sind organische Ursachen, was sind nicht organische Ursachen. (166-172)

Als diagnostisch bedeutsam sehen die Hausärzte auch die Abklärung einer psychischen oder psychosomatischen Ursache des Tinnitus.

Arzt 8: Rauszufinden, ob Probleme im psychischen, psychosozialen Bereich sind, dass Sie eventuell gemeinsam mit dem da eine Ursache, einen Konflikt rausarbeiten. (39-42)

Arzt 9: Und dass man daran versuchen muss, zu überlegen, da gibt es ja häufig noch so ein paar Ansätze, wo man ja noch andere Dinge findet, die sich da im psychosozialen Bereich da irgendwo abspielen, wo man dann vielleicht versuchen kann, ein biss-

chen aufzuräumen, und den Patienten dann, sagen wir mal, seine Aufmerksamkeit so ein bisschen auf andere Dinge lenken kann. (305-313)

Arzt 10: Ich gucke dann mehr in Richtung Psychosomatik in erster Linie, weil wir da halt auch einen Schwerpunkt haben, und das sich oft auch bestätigt hat. Also, ich gucke gleich in Richtung Psychosomatik. (24-31)

Arzt 15: Letztendlich geht es ja sowohl auf die organische, als auch auf die psychische Schiene, erst mal muss man gucken, in wie weit dafür Stress eine Rolle spielt. (109-112)

Als wichtige hausärztliche Aufgabe wird die **Therapie** der Ohrgeräusche angesehen. Angewandt werden sowohl pharmakologische als auch pflanzliche, homöopathische und andere alternative Behandlungsmethoden. Das Selbstverständnis als Helfer und Heiler und das Verantwortungsgefühl für das Befinden des Patienten spielen dabei eine wichtige Rolle.

Arzt 6: Der eben da auch therapeutisch tätig wird. (...) Eben z.B. mit Infusionen. Dann Ginkgo, pflanzliche Medikamente, durchblutungsfördernde Medikamente. (218-226)

Arzt 7: Dass ich diese Dinge, von denen ich vorher sprach, mit (dem Patienten) zusammen versuche. Also, Akupunktur, hyperbare Druckbehandlung, dilutierende Medikamente, durchblutungsfördernde Medikamente, diese Dinge. (135-141)

Arzt 10: Stress verstärkt abbauen. Ich habe auch hier schon autogenes Training durchgeführt mit Patienten, die Tinnitus hatten. (371-373)

Arzt 15: Erst mal, auf der einen Seite eben so, derjenige, der versucht, auf der ersten Ebene erst mal zu heilen oder zu helfen. (232-234)

Bedeutsam für das therapeutische Vorgehen ist für die Ärzte das Anpassen eines individuellen Behandlungsansatzes. Kriterien für die Therapiewahl sind *Komorbiditäten* sowie der *Leidensdruck* und die *Copingfähigkeiten* der Patienten.

Arzt 9: Und die persönlichen Betroffenheiten genauer auszuloten, und gucken, wo konkreter Hilfsbedarf besteht, wo man also dann den Patienten konkret ein Angebot ma-

chen kann, irgend einen Aktionismus oder tatsächlich auch eine sinnvolle Aktion zu machen (127-133)

Arzt 9: *Aber wir müssen ja erst mal den Leidensdruck checken von dem Menschen, den er da hat, und mal sehen, was das für ihn überhaupt für eine Qualitätseinbusse bedeutet! Oder welche Dinge er bereit ist, in der Richtung mit sich machen zu lassen, zu tolerieren. (328-334)*

Arzt 14: *Wenn es unerträglich ist, muss man natürlich schauen, wie kann ich Komorbiditäten so behandeln, dass es vielleicht wieder auf eine Ebene kommt, wo es ertragbar ist für die, wenn wer depressiv wird, dann gebe ich auch mal Antidepressiva. (407-412)*

Zu den therapeutischen Aufgaben zählen die befragten Hausärzte auch das Aufzeigen eines realistischen Lösungswegs. Dieser wird angesichts einer möglichen Chronifizierung des Tinnitus in der *Akzeptanz* und dem gelassenen Umgang mit den Ohrgeräuschen gesehen.

Arzt 3: *Also, ich versuche dann eben durch Gespräche denen klar zu machen, dass sie damit leben müssen, mitunter. Dass sie, so wie ein anderer mit Krebs oder sonstiger chronischer Krankheit, auch mit ihrem Tinnitus leben müssen, den akzeptieren lernen müssen (215-221)*

Arzt 4: *Das geht irgendwie darum, einen Weg zu finden, damit zu leben. Und ich habe das Gefühl, es geht immer darum, so ein Arrangement für sich zu entwickeln, oder für den Patienten zu finden, und dann läuft es auch irgendwie, dann gehen die auch nicht mehr zum HNO – Arzt, und dann werden die Medikamente allmählich alle abgesetzt. (146-154)*

Ebenso erfordert das Beschreiten dieses realistischen Lösungswegs von den Patienten *Eigeninitiative* und die *Bearbeitung möglicher psychischer Auslöser*.

Arzt 6: *Ich versuche dem Patienten zu vermitteln, dass eben auch psychische Ursachen, beispielsweise Stress, oder dass es psychische Ursachen gibt, und dass es in seiner Kraft liegt, diese Ursachen zu beseitigen. (192-197)*

Arzt 13: *Dem Patienten klarmachen, dass, wenn sie psychisch gut drauf sind, dass der Tinnitus sie nicht stört, und dass das Ziel der Behandlung eigentlich sein muss, gut drauf zu sein, damit der Tinnitus erträglich ist. (...) Und relativ baldigst damit anzufan-*

gen, der Frage nachzugehen, was bedeutet Tinnitus für mich, wie kann ich damit umgehen lernen? (96-173)

Arzt 15: Wenn es fluktuiert, und eben eindeutig mit psychischen Anspannungssituationen zusammenhängt, dann kann man eben das Auftreten des Tinnitus als Anzeiger dafür nehmen, wo die Stresssituationen oder die Hauptbelastungssituationen im Alltag sind. Und das zu erkennen ist natürlich nur der erste Schritt, und das zu ändern wäre der zweite. (186-194)

Arzt 16: Meine Aufgabe in dem Ganzen ist, mit den Leuten über die Ursachen, Möglichkeiten, überhaupt erst mal zu gucken, (...) wie gehen sie mit tinnitusauslösenden Situationen um, und wie können sie da vielleicht auch anders mit umgehen. (166-176)

Wichtig für die richtige prognostische und ursächliche Einordnung ihres Leidens ist für die Patienten auch die hausärztliche Aufgabe der **Information**. Diese gewinnt besonders bei der Richtigstellung von Berichten aus der Laienpresse an Bedeutung oder bei der Erläuterung fachärztlicher Befunde.

Arzt 10: Ich kläre auf, dass das eigentlich ein häufiges Symptom ist, als Überbelastungszeichen, (...) und erkläre dann halt, dass es teilweise an der Rheologie liegen kann, auch an den Gefäßen selbst, dass die starrer werden, ich erkläre also den Patienten sehr genau, woher diese Geräusche kommen können. Alles, was so gängig jemandem verständlich zu machen ist. (53-73)

Arzt 10: Der kommt wieder zurück und bekommt von mir die fachärztlichen Befunde erläutert. Also, da legen die Patienten bei uns auch großen Wert drauf. (191-194)

Arzt 17: Also, ist schon eine sehr große (Bedeutung), weil über den Tinnitus und über das Gehör letztendlich sehr viel geschrieben wird, und es für die meisten Patienten wahrscheinlich schwer einschätzbar ist, was nun wirklich dran ist, also, eine öffentliche Verunsicherung besteht mit Sicherheit (137-144)

Relevant werden die Darstellung der prognostischen Situation und die Ausführung einer realistischen Perspektive auch hinsichtlich des **Patientenschutzes**. Im Gegensatz zur oben genannten Strategie der Polypragmasie (vgl. Kapitel 5.3) ist es hier das Ziel der Hausärzte, die Patienten vor therapeutischem Aktionismus oder unsin-

nigen Behandlungen zu bewahren und so Enttäuschungen, hohe Kosten und Folgeschäden zu vermeiden.

Arzt 4: Dass es eigentlich keinen Sinn macht, deshalb lauter mehr oder weniger abstruse Medikamente durchzuprobieren. (181-183)

Arzt 8: Und zum anderen meine ich, ist es eine wichtige Aufgabe auch, dass man ihn vor für ihn teuren und nutzlosen Therapien und Maßnahmen verschont. Dass er sich nicht sinnlos verausgabt für Dinge, die ihm überhaupt nichts bringen. (132-137)

Arzt 13: Ich sehe meine Rolle ganz viel darin, den vielseitig betriebenen, nutzlosen Aktionismus zumindest auf ein erträgliches Maß zu reduzieren und die Leute davon abzuhalten, von Pontius zu Pilatus zu rennen, immer wieder ganz neue Hoffnungen zu haben, die dann zu einer vorübergehenden Besserung führen, letztendlich aber zu einem um so tieferen Absacken, weil sie nach einer gewissen Zeit feststellen müssen, dass außer Placebo nicht viel gewesen ist. Sie davor zu bewahren, sehe ich zum Beispiel eine meiner Rollen. (155-168)

Arzt 18: Wenn es möglich ist, das Ganze irgendwie zu koordinieren, unsinnige Dinge zu vermeiden, die viel Geld kosten, oder unter Umständen auch schädliche Folgen haben können (159-163)

Realisieren lässt sich dieser Schutz des Patienten durch die als spezifisch hausärztlich angesehene Aufgabe der **Koordination** von Therapien und Überweisungen. Die Hausärzte nehmen eine Siebfunktion wahr, indem unsinnige Untersuchungen, Behandlungen und Kontakte vermieden werden, und benutzen ihre Lotsenfunktion, um den Patienten hilfreiche Angebote zu empfehlen.

Arzt 12: Vermeidung von Übertherapie und -diagnostik. Wenn es was gäbe, Koordination. Anstoßen von vernünftigen Konzepten, wobei das eben wie gesagt schwierig ist. (...) das Sichten von Therapiekonzepten, das Beurteilen und das Besprechen, und die Koordination und Leitung. (145-217)

Arzt 14: Ich denke, das ist eine Ratgeberfunktion, auch eine Lotsenfunktion, was Empfehlungen, die ja in Printmedien, im Internet und so weiter gegeben werden, dass man das in irgendein sinnvolles Fahrwasser lotet, auch was Überweisungen anbelangt, eher mal bremsen, wenn unsinnigste Untersuchungen eingefordert werden. Also eigentlich meine hausärztlichen Funktion per se, Lotsenfunktion, eine Notfall- und eine Siebfunk-

tion. Wenn ich sehe, dass die psychisch völlig daran zu zerbrechen drohen, auch dann muss man eben entsprechend eingreifen, und die auch in Psychotherapie mal schicken, sei es stationär oder auch im ambulanten Setting. (258-276)

Arzt 16: Ich bin so diejenige, die das Ganze zusammenfügt. Also, die gehen zum HNO-Arzt, die gehen zum Psychologen, die gehen zum Krankengymnasten, die gehen zum Hörgeräteakustiker, und ich habe häufig für die Leute, sie sagen das manchmal auch ganz deutlich, dass ich diejenige bin, die das so in Eines bringt, und das so zusammenhält, und es gewichtet, und auch ein Stückchen so die Richtung festlegt, was denn jetzt das Wichtige ist. (241-250)

Arzt 18: Also, nach meiner Erfahrung, wenn er (der Tinnitus) neu auftritt, ist es durchaus sinnvoll, schnell zum Arzt zu gehen, sinnvoller Weise erst mal zum Hausarzt, der dann unter Umständen weiteres veranlassen kann (...) eventuell eben Adressen zu vermitteln, je nach Fall, Selbsthilfegruppe, oder wenn es notwendig ist, auch stationäre Behandlung. Oder fachkundiger HNO-Arzt. Also das, was eigentlich auch sonst bei anderen Krankheitsbildern die Funktion des Hausarztes ist. Nämlich, die Sache zu koordinieren. (128-174)

Besondere Bedeutung messen die Hausärzte dem **Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung** bei. Einen wichtigen Beitrag hierzu leisten sie durch die Krankheitsbegleitung des Patienten, also durch Anteilnahme an den spezifischen Sorgen und Ängsten der Patienten bezüglich ihrer Ohrgeräusche. So versuchen die Ärzte, die Tinnitusbetroffenen zu *beruhigen* und ihnen die *Angst zu nehmen* vor einer ernstlichen Ursache der Ohrgeräusche. Sie *spenden den Patienten Trost und vermitteln Hoffnung* auf eine Besserung des Tinnitus und seinen Begleiterscheinungen.

Arzt 1: Erst einmal so ein bisschen herunterholen von diesem ängstlichen Punkt. (...) Man versucht dann halt, psychisch ein bisschen auf sie einzugehen und freundlich zu reden. (97-132)

Arzt 4: Ich glaube, es geht eigentlich nur um die Rückversicherung. (...) Letztlich, dass es nichts Schlimmes ist, das es etwas ist, womit man sich irgendwie arrangieren muss. (175-181)

Arzt 7: Nun, ich kann ihn ein Stück weit trösten, ich kann ihn dadurch trösten, dass ich eine Statistik aufblättere und sage, schauen Sie mal, es gibt diese Verläufe, diese Verläufe und jene Verläufe. (116-119)

Arzt 10: Die zweite Aufgabe ist erst mal Beruhigung, (...) Mut machen. (231-247)

Arzt 11: Einsicht und Hoffnung vermitteln. Und hoffen, dass man denen den Weg abkürzen kann. (143-146)

Arzt 13: Und vor allem aber bereit zu sein, die ausbleibende Besserung dann mitzutragen. Darin sehe ich eine Aufgabe. (190-192)

Arzt 14: Ich mache denen auch immer Mut, dass Tinnitus erträglich ist, und dass es wieder auf ein erträgliches Maß zurückgeht, dass Tinnitus auch, je nach Stresssituation, schwerer oder weniger schwer empfunden wird. (211-217)

Zu krankheitsübergreifenden Lebensbegleitern werden die Hausärzte durch den Einbezug psychosozialer Themen in die Arzt-Patienten-Interaktion. Sie zeigen Mitgefühl und Verständnis für die persönliche Situation des Patienten, in der sich dieser nicht nur aufgrund seiner Krankheit befindet, und stehen als ständige Ansprechpartner zur Verfügung. Auf diese Weise sichern die Hausärzte die Kontinuität des Arzt-Patienten-Verhältnisses und leisten so einen wichtigen Beitrag zur Beziehungsqualität.

Arzt 3: Als Hausarzt ist man ja irgendwo auch Begleiter des Patienten, und kann zumindest, ihm durch empathisches Mitfühlen Verständnis zeigen, dass sie darunter wirklich leiden, und dass das eben auch auf die Psyche der Patienten schlägt. Und dann kann man mit denen Gespräche führen, psychosomatisch orientierte Gespräche, was das Leiden ein bisschen lindert. (91-111)

Arzt 5: Und der, der irgendjemanden braucht, der mit ihm bereit ist, eine feste Beziehung einzugehen und immer mit ihm spricht, wenn er gesprochen haben will, da gehe ich drauf ein. (101-104)

Arzt 6: So eben da nachzufragen, also als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen halt, jemand, der zuhört, und eben genau hinhört, der echt eben auch nachfragt, nach der Situation, nach der persönlichen. (213-218)

Arzt 8: Und dem Patienten halt das Gefühl geben, dass er versorgt ist, dass ihm geholfen wird, dass man auch bei Rückschlägen und so zur Verfügung steht. (127-130)

Arzt 15: Eben dann auf der nächsten Ebene als Berater, vielleicht auch als Lebensbegleiter dann, also immer mal jemand, wo man wieder hingehen kann und mal drüber reden kann, wo man jetzt grade steht. Beziehungsweise inwieweit das eine Wirkung hat grade beim Tinnitus mit den Lebensbedingungen, das ist dann ja sehr stark mit Wechselwirkungen. (236-245)

Ein Hausarzt stellt den Aufbau eines therapeutischen Bündnisses als Beitrag zur Qualitätssicherung der Arzt-Patient-Beziehung in den Vordergrund. Dieses Bündnis soll durch *Optimierung der Kommunikation* die schon oben genannte *Beteiligung des Patienten an der Krankheitsbewältigung* gewährleisten (siehe unter **Therapie**).

Arzt 9: Das ist keine einseitige Geschichte, das ist ja immer die Situation, wo man sagen muss, da muss das therapeutische Bündnis stimmen, so wie ich das ganz gerne nenne, das heißt, Sie müssen mit dem Patienten irgendwo eine Verständnisebene erzielen, dass Sie über die selbe Sache reden, und die prognostischen Dinge versuchen, auch dann irgendwo klarzustellen! Das heißt, dass die wesentliche Aufgabe ist, eine gemeinsame Sprache zu finden, um die Situation vernünftig zu benennen. Das eigentlich ist das, worum es geht, es ist keine einseitige Sache, die der Patient oder der Arzt in irgend einer Weise jetzt alleine machen kann. Also mein Schlagwort für solche Fälle ist therapeutisches Bündnis, Kommunikation soweit in Ordnung bringen, dass man über das selbe Ding spricht, und auf diese Weise selbst beitragen kann, dass man das Problem auch als Patient annehmen kann. (...) die Hilflosigkeit, oder sagen wir mal, die Schwierigkeit, einen therapeutischen Ansatz zu finden, mit dem Menschen klar zu sprechen, und auf diese Weise eben, wie gesagt, über dieses Thema in der selben Sprache zu sprechen (88-127)

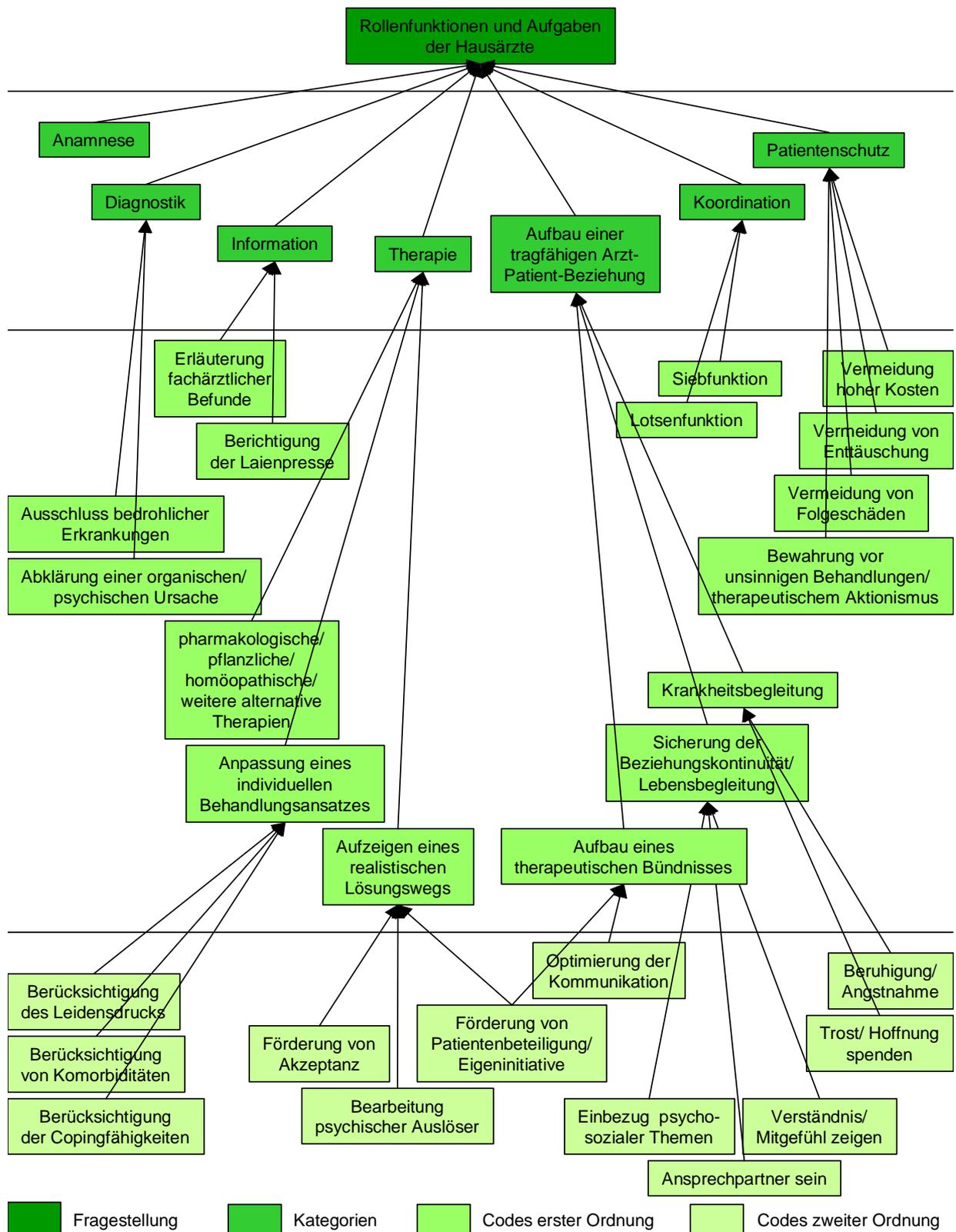


Abbildung 4: Aufgaben und Rollenfunktionen der Hausärzte im Umgang mit Tinnituspatienten

5.5 Erwartungen der Tinnituspatienten an die Hausärzte

In den folgenden zwei Unterkapiteln werden die Erwartungen der Tinnituspatienten an ihre Hausärzte dargestellt; diese lassen sich unterteilen in erwartete Handlungen und erwartete Eigenschaften und Haltungen der Ärzte. Eine strikte Trennung ist jedoch gerade bei Darstellung der erwarteten ärztlichen Eigenschaften nicht möglich, da diese von den Patienten häufig anhand von Handlungsweisen der Hausärzte erklärt werden. Die genannten Punkte beider Kapitel wurden dabei sowohl aus positiven als auch aus negativen Äußerungen der Patienten über die hausärztliche Versorgung zusammengetragen.

5.5.1 Erwartungen der Tinnituspatienten: Hausärztliche Handlungen

Abbildung 5 gibt einen Überblick über die ärztlichen Handlungen, die aus Patientensicht beim Hausarztbesuch aufgrund der Tinnitusbeschwerden erfolgen sollten. So wird die **Koordination** als eine wichtige Aufgabe der Hausärzte angesehen. Durch **Registrierung** von Untersuchungs- und Behandlungsergebnissen werden die Hausärzte zum **Mittelpunkt der Patientenbetreuung**. Ihnen kommt daher eine **Lotsenfunktion** zu, indem sie Überweisungen ausschreiben oder Fachärzte und Anbieter komplementärer Therapien empfehlen. Besonderen Wert legen die Patienten dabei auf die Zusammenarbeit zwischen den Hausärzten und den HNO-Fachärzten.

Patient 2: Was ich bei ihm besonders schätze, er meint nicht, er müsse alles selber behandeln, sondern er schickt mich dann schon zum richtigen Spezialisten dann auch. (...) Das gefällt mir an ihm, dass er nicht meint, er muss jetzt gucken, dass er selber alles in den Griff kriegt, sondern dass er die Leute schon an der Hand hat. (723-747)

Patient 13: Bei Herrn Dr. N. ist das alles registriert. Weil er war immer der Ausgangspunkt. (889-893)

Patient 15: Ich bin aber so der Meinung, dass sie überweisen sollen, und in Kontakt bleiben mit dem Hausarzt, also in Zusammenarbeit mit dem HNO-Arzt. Ich denke, die Ärzte, also, so ist das bei meinem Hausarzt, der gibt mir einen Tipp und sagt, zu dem Arzt soll ich doch hingehen, mit dem arbeitet er gut zusammen, und die treffen sich dann auch irgendwie mal wieder, auf sämtlichen Besprechungen, oder so, oder die

kennen sich halt auch irgendwie, und die haben dann einen Kontakt, einen Austausch, und ich finde es gut, weil zum Hausarzt gehe ich öfter als zu meinem HNO-Arzt. (455-477)

Patient 22: (Meine Hausärztin) hat mir dann auch gesagt, es gibt auch so, die hat so eine Verbindung mit Akupunktur-Leuten, und da könnte sie mir mal eine Adresse geben, wenn ich da quasi drunter leide, enorm drunter leide, weil sie könnten von sich aus mir jetzt nicht sagen, wie sie mir helfen könnten. (...) Also, in der Beziehung war ich schon der Meinung, dass die sich schon bemühen, mir da zu helfen. (690-717)

Als eine wichtige Handlung wird das Ergreifen einer **Initiative** nach der Diagnosestellung angesehen. Dazu gehört der Vorschlag und die Durchführung einer **Therapie**, wie in den Interviews besonders an Negativbeispielen deutlich wird.

Patient 6: Er selber hat ja nichts gemacht, an dem Tinnitus, ne? Also, keine Behandlung gemacht, der hat mir nur ein Medikament aufgeschrieben. (368-374)

Patient 12: Der Hausarzt selber hat glaube ich wenig Zeit, um sich mit der Problematik so auseinander zu setzen. Man kann zwar die Dinge sagen, die man hat, und dann versucht er, einen zu unterstützen, aber, sagen wir mal, gezielte Maßnahmen, dass er sagt, also, jetzt machen wir, sagen wir mal, Retrainingtherapie, oder so was, also, das kommt erst auf Vorschlag von dem Patienten. (663-679)

Patient 24: Och, der hat gar nichts gemacht, der hat mir eine Überweisung gegeben zum Facharzt. Aber sonst hat der da nichts gemacht, der hat da gar nicht eingriffen in die Sache. (...) Normaler Weise, sage ich mal, nach meinen Gefühlen hätte man ein bisschen mehr machen können. (309-430)

Die Patienten wünschen sich, dass ihre Hausärzte **Informationen** anbieten, die das Grundwissen über Tinnitus und über den Forschungsstand abdecken.

Patient 11: Informationen, wie weit eigentlich die Forschung ist, was den Tinnitus da anbelangt, dass da ein bisschen mehr Informationen die Patienten kriegen, die Tinnituspatienten, wie der neueste Stand ist. (723-730)

Patient 15: Wenn der Hausarzt wirklich so ein Grund-, etwas hat, was denn überhaupt Tinnitus ist, Informationen hat, find ich besser, dann könnte ich mich zum Beispiel, dann kann ich mich als Patient, so stell ich mir das jetzt vor, überhaupt mal einlesen,

wenn es mich interessiert, und dann kann man sagen, gut, es ist der Tinnitus, oder so. (566-582)

Patient 27: Es würde ja schon reichen, wenn es irgendwie eine Fachschrift geben würde, oder irgendwas, wo man noch nachlesen könnte, oder Buch, oder – was weiß ich! (461-464)

Als hilfreich werten die Patienten auch Angaben zu anderen Hilfsstellen, wie Selbsthilfegruppen oder Kliniken.

Patient 8: Ich hab mir natürlich auch sehr viel Wissen selber zugänglich gemacht über Tinnitus, über die Arten von Geräuschen, ich hab die Tinnitusliga kontaktiert, es war alles meine eigene Initiative, wenn die Hausärzte, sagen wir mal, so ein Bündel von Informationsmöglichkeiten parat hätten, die sie da hätten und einem Patienten, der damit kommt, zu geben.(...) Dass man also rechtzeitig Informationen bekommt, die man sich dann zugänglich machen kann. (...) Adressen, Telefonnummern, Literaturhinweise, weiß der Himmel, was. (415-449)

Patient 12: Aber die Information über eine Klinik auch, was das bringt oder so, das kriegt man wenig vom Hausarzt. Also, die Informationen, die habe ich mir ja aus dem Internet geholt. (681-688)

Patient 26: Weil das ja immer etwas beruhigt, man weiß, dass jemand etwas tut. Und bereit ist, zu helfen. Der hatte mir auch mal eine Adresse gegeben für eine Gruppe von Tinnituskranken, die sich da regelmäßig trifft, um sich auszutauschen über ihr Leiden. (356-368)

Positiv beurteilt die Mehrzahl der Patienten die **Stärkung der Eigenverantwortung** durch den Hausarzt, so zum Beispiel durch **Stressbewältigungsmaßnahmen** und die **Modifizierung des Alltagslebens**.

Patient 16: Und du musst vor allen – er sagt immer, du musst vor allen Dingen dein Leben umkrepeln. Einfach – ruhig gewähren, nein sagen, und dein Leben leben und nicht für andere. Das sagt er jedes Mal. Ich denk, er hat nicht Unrecht! (...) Nein, ich muss sagen, ich gebe ihm vollkommen Recht, ich find es auch richtig, und ich merk auch, er hat sogar Recht! Weil ich merke, wenn ich meinen Weg gehe, und einfach mal fünf gerade sein lasse, dass es mir besser geht. (...) Ich finde es OK, dass der Haus-

arzt so rigoros sagt, nicht der Arzt kann dir helfen, in dem Sinn, er kann es dir schon erleichtern, aber du musst selbst was für dich tun. (640-738)

Patient 21: Ich meine, in dem Moment, wo das halt nicht nur medizinisch betroffen ist, sondern halt einfach auch mal ein bisschen vom Leben reflektiert wird, was läuft eigentlich grade, wenn es denn auf Stress zurückzuführen ist, (...) dann dem Patienten helfen, überhaupt erst mal zu definieren, was ist denn Stress und wie kannst du damit umgehen. So, also, jetzt nicht nur blutverdünnende, irgendwelche Infusionen reinknüppeln und irgendwelche Medikamente verschreiben, und damit bist du halt ein Patient auf Lebenszeit, und sozusagen ein laufendes Sparschwein, oder so was, sondern versuchen, das Alltagsleben irgendwie zu modifizieren. (1406-1433)

Andere Patienten wünschen sich den **Anstoß zu mehr Eigeninitiative** von ihrem Hausarzt mit Einsatz seiner Autorität.

Patient 8: Dass man also rechtzeitig Informationen bekommt, die man sich dann zugänglich machen kann. Das müsste nicht alles auf dem silbernen Tablett gereicht werden, so ein bisschen Aktivität von Seiten des Patienten ist ja auch gut in so einem Fall. Aber so den Anstoß dazu, den könnten die geben. (434-444)

Patient 28: Weil mir wäre es lieber, (...) wenn mir auch mal einer die Hand führt und sagt, so, jetzt gehst du dahin, machst das jetzt, fertig, Ende. Das würde mich vielleicht am meisten stören, aber er hat ja Recht, wir sind ja eigentlich alle eigenverantwortlich, (...) ich kann das nicht verlangen, ich sag es ja, ich hätte manchmal den Wunsch, dass er einfach so wäre. (...) In dem Fall hat mir dann der Hals-Nasen-Ohrenarzt besser gefallen, weil der hat genau gesagt: Und das machst du, und fertig, und ich will nichts hören. Ich hab mal zur Diskussion angesetzt, da hat er gesagt, ist egal, ich bin Ihr Arzt. (...) Bei unserem Hausarzt, eigentlich macht er alles korrekt. Nur, ich sage es ja, er macht es eigentlich richtig, auch für mein Verständnis richtig, nur manchmal muss man halt, wie schon gesagt, solchen Patienten wie mir einmal sagen, also, Freund, jetzt ist gut, jetzt bleibst du daheim! Ja. Das könnte er besser machen. (381-556)

Auch die Angabe von **Handlungs- und Copingstrategien** ermöglicht den Patienten das selbständige Vorgehen bei Auftreten der Ohrgeräusche.

Patient 13: Als ich das zum ersten Mal hatte, die zwei, drei Tage, hat er gesagt, wenn ich das wieder hab, sofort, den Ratschlag weiß ich noch heute, sofort zu einem Arzt

gehen, denn je früher man das behandelt, desto besser ist die Chance. Und das hab ich mir irgendwo hingeschrieben und hab das jedes Mal so gemacht. (760-769)

Patient 16: Der hat er mir ein Heft mitgegeben, was für Gymnastik man machen kann (...) und solche Unterlagen wären nicht schlecht, wenn die in der Praxis ausliegen würden. Und ich denk, mancher würde die mitnehmen. (852-860)

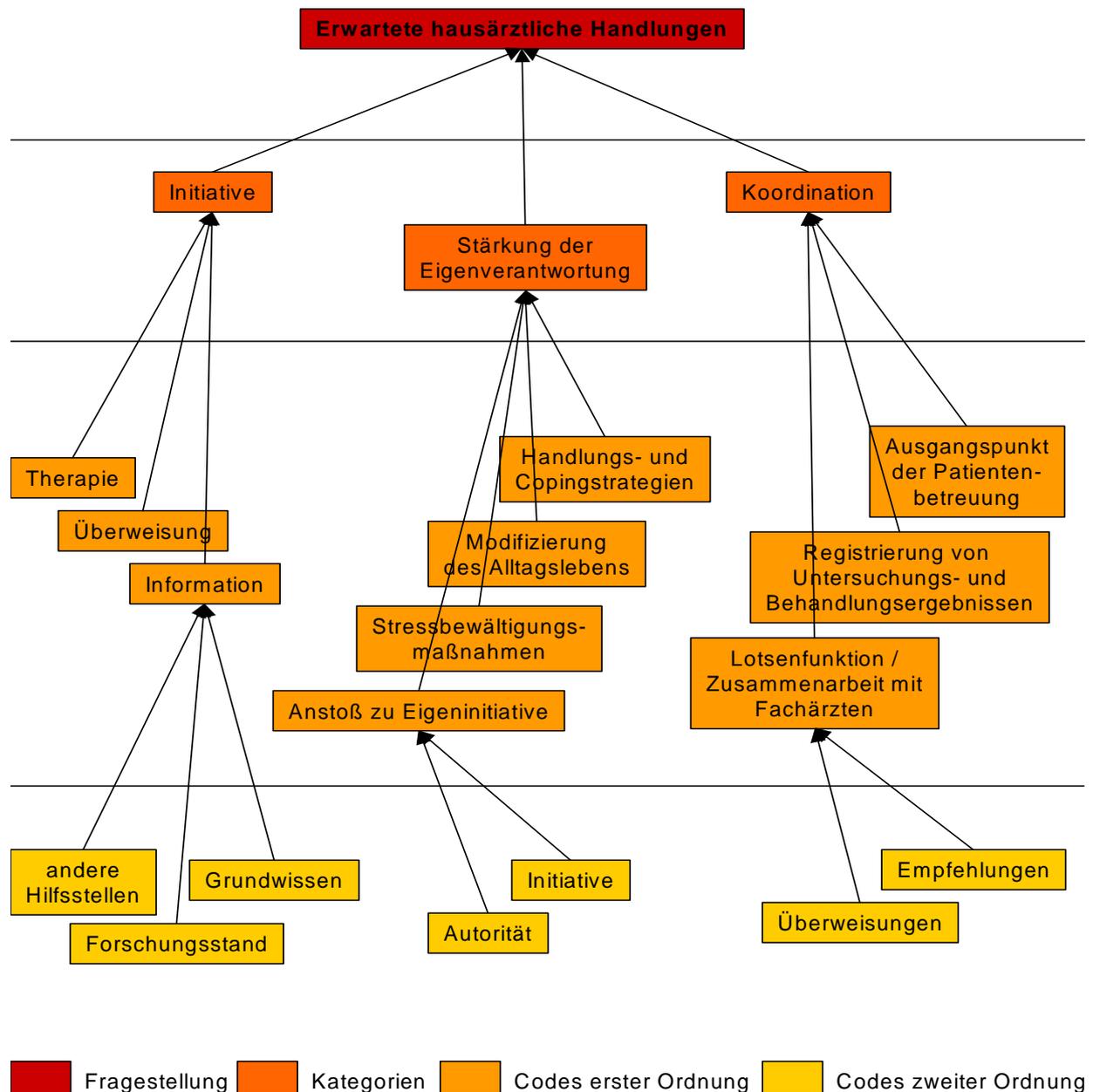


Abbildung 5: Erwartungen der Tinnituspatienten: hausärztliche Handlungen

5.5.2 Erwartungen der Tinnituspatienten: Hausärztliche Eigenschaften und Haltungen

Abbildung 6 zeigt eine Zusammenfassung der von Tinnitusbetroffenen erwarteten hausärztlichen Eigenschaften und Haltungen. Eine wichtige Rolle spielen dabei solche **Eigenschaften und Haltungen, die zum Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung beitragen**. Hierzu gehört auch die vom Arzt geleistete **Aufmerksamkeit**, die durch Freundlichkeit, Interesse und Zeitnahme gekennzeichnet ist.

Patient 6: Der ist immer nett und freundlich. (432)

Patient 21: Wir haben es uns immer gemütlich gemacht, wenn – also, sie nimmt sich dann wirklich viel Zeit. (931-933)

Patient 22: Er hat sich sehr, sehr gekümmert, würde ich sagen, (...) der war schon sehr aufmerksam, hat sich das auch in Stille angehört, ich hab jetzt nicht den Eindruck gehabt, dass er versucht hat, mich da sofort wieder aus der Praxis rauszukriegen, er hat sich auch schon mit mir intensiv unterhalten. (625-643)

Auch die **Kommunikationsfähigkeit** trägt als zwischenmenschlicher Aspekt zur Qualität der Hausarzt-Patienten-Beziehung bei.

Patient 2: Mir hat eigentlich das gefallen, dass er mich danach gefragt hat, und dass ich mich also sehr gut mit ihm unterhalten kann. (462-464)

Patient 20: Ich hab also mit dem Hausarzt auch einen sehr guten Kontakt, und einen guten Draht, ich versteh mich sehr gut mit ihm. (391-394)

Die Patienten wünschen sich eine **Akzeptanz ihrer Persönlichkeit** mit Beachtung der Individualität, Vermeidung von Vorurteilen und Realisation der Gleichberechtigung.

Patient 8: Es ist wichtig, das man sich nicht fühlt, als wenn man irgendwie etwas ungewöhnlich wäre, ein bisschen zu sensibel oder ein bisschen zu empfindlich oder so, sondern dass das ein Leiden ist, was also ganz viele haben. (426-434)

Patient 21: Die Dinge, die sie mir sagt, die eigentlich mit dem Tinnitus nichts zu tun haben, sondern so zwischen den Zeilen stehen. Also, dass man jemandem einen Rat-schlag gibt, der nie so von oben herab ist. (1171-1178)

Patient 29: Was mir gut gefällt ist, also bei meinem Hausarzt jedenfalls, dass der auch so ein bisschen psychologisch an die Sache rangeht. Nicht nur über die reine Medizin, dass er also auch überlegt, wo kann es dran hängen, woher kommt es, oder was für Stress hast du im Moment, oder so, das ist eigentlich so das, was mir in der Phase dann auch immer ganz gut geholfen hat. (...) Das auch so auf die Person halt mehr ab-zustimmen, zu gucken, wie ist das Umfeld, was ist jetzt das richtige, was kann ich ein-fach selber noch machen, und dann halt auch nach den Hintergründen ein bisschen zu gucken, und von daher fühlte ich mich da schon noch ernster genommen. Als Person, als Mensch jetzt. (301-496)

Diese Ernstnahme ihrer Person zeigt sich nach Meinung der Tinnitusbetroffenen auch in dem **Einräumen eines Mitspracherechts**, dem zum einen durch Beachtung der Patientenmeinung entsprochen wird.

Patient 15: Und auch die Meinung des Patienten dann irgendwo auch mit einbeziehen und sagen, ja, also, das ist rausgekommen, ich hab die Ansicht, was haben Sie für ei-ne Ansicht. (493-496)

Patient 15: Auf mich einzugehen, wenn ich aus irgendwelchen Quellen oder Informati-onsmaterial herbringe, denn ich persönlich informiere mich auch über das Internet oder so, und bringe vielleicht irgendwas mal her zum Doktor, und sage, da hab ich was ge-funden, was denken Sie, ist das was, oder ist das nichts, oder so, dass der vielleicht dann auch mal, vielleicht Zeit sich nimmt und sich das selber mal anschaut. (652-667)

Patient 25: Vielleicht das doch ein bisschen ernster nehmen, was da die Patientin oder der Patient dann auch gesagt hat, oder wie der das gedeutet hat. (564-567)

Zum anderen wird das Mitspracherecht realisiert durch die Berücksichtigung der Pa-tientenwünsche, so bei Versicherungsfragen oder Therapieentscheidungen.

Patient 12: Er hat, sagen wir mal, in den Forderungen, die ich dann immer gestellt ha-be, bezüglich jetzt sagen wir mal, auf ein Schreiben für die Versicherung, oder so was, da hat er sehr schnell reagiert. Da muss man sagen, da hat man also die volle Unter-stützung gekriegt. (749-758)

Patient 21: Meine Hausärztin war halt eine Befürworterin dieser Angelegenheit, weil, dass ist ja immer so eine Sache, die Krankenkasse zahlt ja nicht auf blauen Dunst einfach irgendwie einen Haufen Massageterminen, und sie hat das dann halt unterstützt, aufgrund der Tinnitus-Weiterbehandlung hat sie mir halt mehr aufgeschrieben, als sie eigentlich verantworten konnte. (570-578)

Patient 23: Und ich bin erst ganz zum Schluss zu meinem Hausarzt gekommen, weil ich nicht wusste, wer mir jetzt endlich diese Infusion geben kann, da hab ich dann bei meinem Hausarzt es probiert, und der hat mir dann sofort Infusionen gegeben. (141-149)

Ebenso wichtig ist den Patienten die **Vertrauenswürdigkeit** des Hausarztes. So sollen ihm persönliche Dinge anvertraut werden können, ebenso wie er Vertrauen in Hinsicht auf die fachliche Kompetenz (siehe „Kompetenz“) vermitteln soll.

Patient 2: Das gefällt mir bei ihm sehr gut, dass man vertrauensvoll mit ihm reden kann, und er auch ein Ohr für einen hat. (749-755)

Patient 9: Das ist auch, glaube ich ganz wichtig, wenn ich bei einem Arzt bin, zu dem ich Vertrauen habe, dann ist das alles ganz anders. Also, wenn ich sage, ich gehe irgendwo hin, zu einem Arzt, zu dem ich null Vertrauen habe, dann ist alles Scheiße, sag ich gleich einmal, echt! (928-940)

Patient 13: Man nimmt ja nicht jede Krankheit ernst, aber wenn ich sage, das ist etwas nicht allgemeines, dann will ich nur zu ihm, dann warte ich lieber auf einen späteren Termin, und wenn es am anderen Tag ist. Also es ist so gesehen, ich hab wohl Vertrauen zu meinem Hausarzt. Und ich meine auch, dass er auch auf der Schiene ist, dass er mir helfen will. (575-594)

Der Hausarzt nimmt für die Tinnitusbetroffenen die Rolle eines **Krankheits- und Lebensbegleiters** ein, der die Patienten persönlich kennt und zu dem im Vergleich mit dem HNO-Facharzt ein häufigerer Kontakt besteht.

Patient 14: Also ich sag mal mit dem Hausarzt hat man mehr zu tun. (334-335)

Patient 26: Ich mein, ich hab natürlich einen engeren Kontakt zum Hausarzt, bei einem Facharzt, wie Hals-Nasen-Ohrenarzt, das ist halt ein Facharzt, wann kommt man da mal hin, und, ja, sicher, ich hab mich auch da ernstgenommen gefühlt, aber das ist ja

ein ganz anderes Verhältnis, als man ein Verhältnis zum Hausarzt hat. (...) Das ist emotional, der Hausarzt, da gehen wir schon vierzehn Jahre hin! Der kennt einen ja nun in- und auswendig. Weil man hat ja noch andere Leiden auch. Da geht man ja immer zuerst zum Hausarzt, zum Hals-Nasen-Ohrenarzt geht man ja nur wegen der Ohren, oder wenn man da erkältet ist, oder so. Ich hab mich da gut aufgehoben gefühlt, beim Hausarzt. (414-459)

Als entscheidend erleben die Klienten das **Einfühlungsvermögen** ihres Hausarztes, mit dem dieser auf psychische Probleme eingeht, beruhigend auf die Patienten einwirkt und Hoffnung auf Besserung vermittelt.

Patient 11: Ich glaube, es gibt viele Menschen, die da auch seelisch drunter leiden. Dass die wirklich ernst genommen werden. Dass man darauf eingeht. (...) Dass denen vielleicht Hoffnung gemacht wird, dass es irgendwann doch was gibt. Da würde die Psyche vielleicht ein bisschen dazu helfen dann. Vielleicht wäre der eine oder andere ein bisschen ruhiger, und ich glaube, die Psyche spielt vielleicht auch eine große Rolle bei vielen. Um das also zu verkraften, würde ich sagen. (665-731-753)

Patient 15: Bei Tinnitus denke ich, da kommen auch viele Frage auf, auch psychische Fragen, oder so, und da bin ich halt, also, ich find es gut, wenn ein Arzt dann da wirklich auf einen eingeht. (605-608)

Patient 26: Ein beruhigendes Gespräch, das da auch mit verbunden war, das macht ja auch immer etwas aus. (407-409)

Die Tinnitusbetroffenen wünschen sich das Verständnis des Hausarztes für ihre häufig als belastend empfundene berufliche oder private Situation.

Patient 8: Und vor allen Dingen habe ich Verständnis von ihm bekommen, von meiner persönlichen Situation in meinem Beruf her. Er konnte das gut nachvollziehen, dass das schwierig war. (...) Stress und Lärm über längere Jahre hinweg. (196-214)

Patient 12: Also, das Gefühl, ob er weiß, was der Tinnitus ist, würde ich jetzt bei meinem Hausarzt schon so sehen, weil der auch gesagt hat, er hätte auch ein Ohrgeräusch, oder so. Also könnte er das vielleicht nachvollziehen, dass er weiß, was es eigentlich heißt. Nur, die derzeitige Situation und wie ich sie jetzt empfinde, oder so was, ob er das nachvollziehen kann, das glaube ich nicht. (809-820)

Eine wichtige Rolle spielt das Einfühlungsvermögen des Hausarztes bei der Konfrontation der Tinnitusbetroffenen mit einer möglichen Chronifizierung. Dabei legen die Patienten Wert auf das *Mitgefühl* und die *Hilfsbereitschaft* des Arztes, auf das *behutsame Vorgehen* und auf *eingehende Erklärungen zum Krankheitsbild*.

Patient 11: Aber ich glaube doch schon ein bisschen darauf eingehen, damit die Leute sich betreut fühlen, würde ich sagen. Dass die also wissen, es wird alles versucht, um ihnen zu helfen, aber es gibt halt leider noch nichts. Die Menschen sind, glaube ich, intelligent genug, um dann zu sagen „OK, der gute Mann oder der Arzt will mir helfen, aber es gibt halt leider noch nichts, aber er kümmert sich um mich.“ Ich glaube, das würde sehr vielen helfen, die darunter leiden, die empfindlicher sind. (679-695)

Patient 21: (Meine Hausärztin) hat mich sensibilisiert für die Geschichte, und hat zwischen den Zeilen gesagt, pass auf, das ist halt jetzt passiert, hat so Eselsbrücken, Synonyme gefunden für dieses medizinische Fachwort, das ist ein Schlaganfall im Ohr, oder ein Herzinfarkt des Ohrs, und dass auch die Medizin da im Moment noch ziemlich außen vor steht. (...) Sie ist halt wirklich detailliert darauf eingegangen, also, so wie man ein kleines Kind an die Hand nimmt, und sagt, jetzt hab keine Angst, das kriegen wir schon irgendwie hin, das wird zwar immer da sein, aber Sie müssen halt lernen, damit umzugehen, und ich glaub, das hat sie eigentlich gut gemacht. (1220-1271)

Patient 26: Mein Hausarzt lässt ja erkennen, dass er mitfühlt, mehr kann er ja auch nicht machen, und dann schlägt er schon mal nach in Fachbüchern, was zu machen ist. (476-479)

Als positiv wird die Konfrontation mit chronischen Ohrgeräuschen empfunden, wenn die Betroffenen vom Mangel effektiver Behandlungsmöglichkeiten überzeugt sind. In diesem Fall bewerten die Patienten den Hinweis des Arztes auf eine mögliche Dauerhaftigkeit des Tinnitus als „ehrlich“ und „realistisch“.

Patient 16: Mein Hausarzt ist an für sich da, sagen wir mal, einfach realistisch, und sagt, mit dem musst du leben. (...) Er ist ehrlich. Ob es einem gefällt oder nicht! Und das find ich super! Wissen Sie, ein Arzt, der drum herum redet, und schönredet, bringt mir nichts. (...) Ich finde, ein ehrliches Gespräch, eine ehrliche Meinung ist für mich wichtiger als das schöne Drumherumgerede. (631-820)

Patient 21: Und dann hat sie mir auch gesagt, dass er nach dem heutigen Stand der Medizin nicht heilbar ist, (...) man muss einfach lernen, damit umzugehen, man muss

halt damit leben. Und das widersprach ja nun in keiner Weise dem, was ich sowieso schon gemacht hab, und von daher haben wir uns eigentlich nur gegenseitig bejaht und ergänzt. (967-991)

Negativ äußern sich die Klienten dagegen über den Arztbesuch, wenn sie auf den Hinweis einer möglichen Chronifizierung nicht vorbereitet sind und auf eine effektive Behandlung hoffen.

Patient 5: Und bei meinem Hausarzt, da hab ich es schon auch gesagt, aber so viel ich weiß, der hat mir auch gesagt, dass das unheilbar ist, dass ich damit leben muss und so weiter. (...) Nein, da hat mir gar nichts gefallen! (496-508)

Patient 28: Dann bin ich zu meinem Hausarzt, und der hat eigentlich auch nicht so recht was gewusst, und dann hat die Sache sich im Sande verlaufen, der hat gesagt, muss man halt damit leben, es gibt ja eh nichts. (169-174)

So lässt sich das Vertrauen zum Hausarzt steigern, wenn dieser die Zeit bis zur Akzeptanz der Ohrgeräusche mit – möglicherweise auch frustranen – *Therapieversuchen* überbrückt.

Patient 18: Wenn es doch nichts hilft. Ich hab die, ein Jahr lang hab ich die genommen, und dann – hat er dann noch einen Versuch gemacht, mit anderen, und es wurde dann auch nicht besser, und dann sagte er, dann lassen wir es sein, dann müssen Sie halt so – kann man nichts machen! (...) Ich mein, ich hab Vertrauen zu meinem Hausarzt. Und was will ich machen? Wenn es nichts gibt dagegen! Mein Hausarzt hätte mir bestimmt gesagt, machen Sie das oder das, wenn er gewusst hätte, es gibt was, ne? (258-281)

Eine weitere Erwartung an die Eigenschaften der Hausärzte ist die **Kompetenz** in Hinsicht auf das **fachliche Wissen** und der Schnelligkeit und Korrektheit der **Diagnosestellung**.

Patient 8: Also das hat mir gut gefallen, er hat das gleich ernst genommen und hat das also sehr schnell diagnostiziert. (175-178)

Patient 12: Also, wenn wirklich so ein Tinnituspatient käme, dass sie die Sache ernster nehmen würden, und dass sie ihm, sagen wir mal, auch in einem Gespräch, mindes-

tens mitteilen können, was der Tinnitus ist, wie weit der derzeitige medizinische Stand ist, das müssten sie auf jeden Fall mitteilen können, und welche Möglichkeiten man hat, mit dem Tinnitus zu leben, oder so, oder welche Chance besteht, ja. Also, die Informationen müsste jeder Hausarzt eigentlich dem Patienten mitteilen können. (826-848)

Patient 15: Aber fachlich bin ich der Ansicht, muss ein Hausarzt das fachlich wissen. Ich bin der Ansicht, ein Hausarzt sollte wissen, was es ist. (481-487)

An anderer Stelle wird deutlich, dass die Wertung des Arztbesuches und die Kompetenzbeurteilung des Hausarztes abhängig ist vom **Therapieerfolg** und von der **Veranschreibung akzeptierter Therapeutika**.

Patient 8: Und, sagen wir mal diese Diagnose, dass also so was so schnell wie möglich behandelt werden sollte. (...) Dann hab ich eigentlich nur gute Erfahrung gemacht, also sobald es einmal festgestellt war, hat ja auch die Therapie zunächst dann geholfen. (316-331)

Patient 9: Und da hat er mir dann die Medikamente auch verschrieben, und das Ginko, weil es ja auch pflanzlich war, wo ich eigentlich auch sehr viel Wert drauf lege, und da hab ich es eigentlich regelmäßig genommen, und es ist wirklich besser geworden. (576-590)

Patient 23: Da fand ich es sehr gut. Da konnte ich dann jeden Tag kommen, hab jeden Tag meine Infusionen bekommen, (...) und tatsächlich, es wurde auch etwas besser. (177-190)

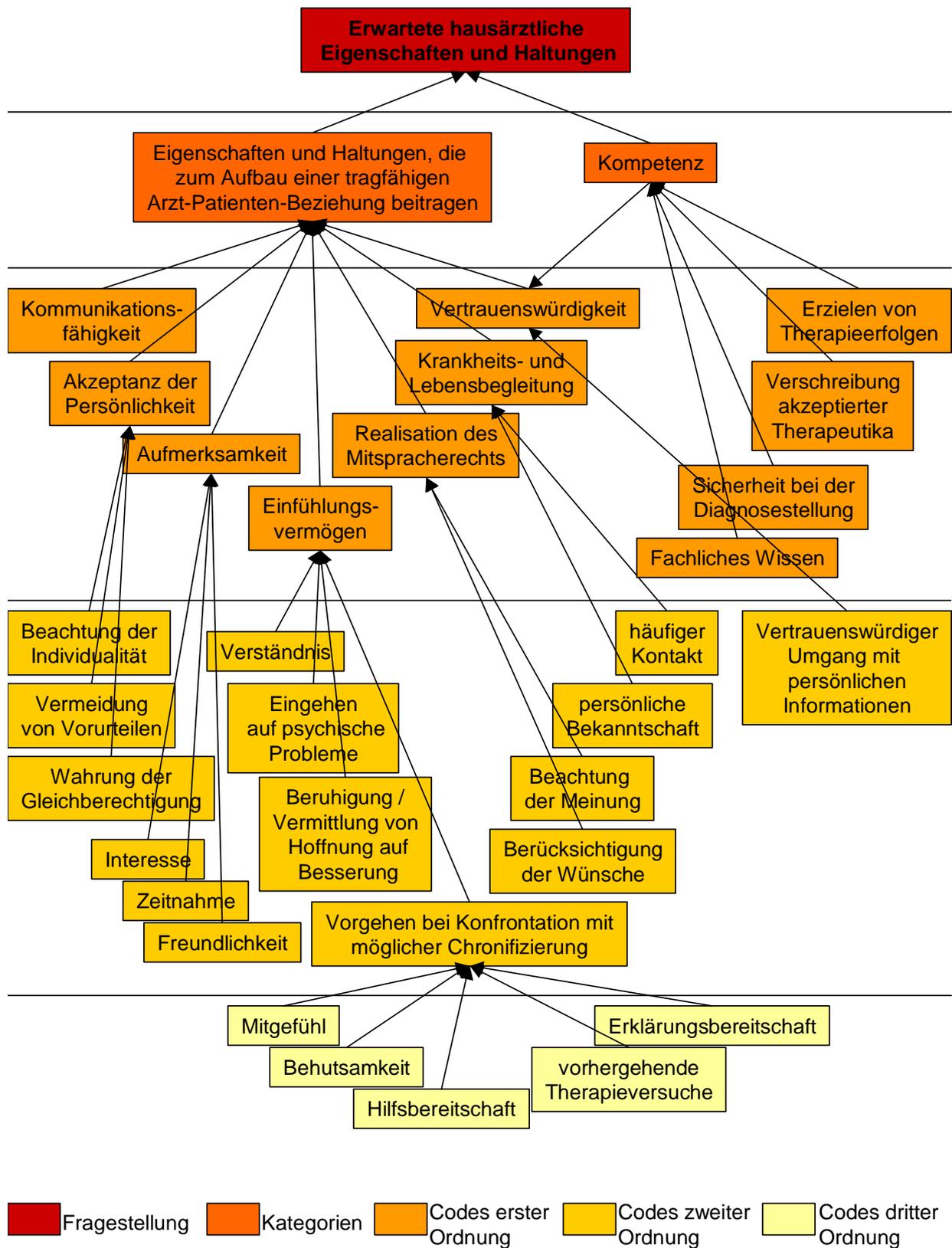


Abbildung 6: Erwartungen der Tinnituspatienten: hausärztliche Eigenschaften und Haltungen

6 Diskussion

6.1 Diskussion der Methode

Da mit den Fragen nach der Beziehung und den Interaktionen zwischen Hausärzten und Tinnituspatienten ein wenig bekanntes Untersuchungsgebiet exploriert werden sollte, wurde zur Durchführung dieser Studie ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Dieser dient zur möglichst unverfälschten Erfassung der sozialen Wirklichkeit und soll eine Erkundung neuer und theoretisch noch wenig strukturierter Gegenstandsbereiche gewährleisten (Britten 1995, Lamnek 1988, Malterud 1993). Die Anwendung qualitativer Untersuchungsmethoden eignet sich besonders für Forschungsvorhaben in der Allgemeinmedizin, da sich die Prinzipien entsprechen (z.B. die Betrachtung des Individuums in seinem sozialen Kontext) (Murphy und Mattson 1992). Zudem können mit Hilfe qualitativer Forschung Lücken zwischen wissenschaftlicher Theorie und klinischer Praxis geschlossen werden (Green und Britten 1998) und durch das Feedback von Patienten aus qualitativen Untersuchungen eine Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung erreicht werden (Chapple und Rogers 1998).

Wie in Kapitel 4.1. beschrieben, wurde als Methode der Datenerhebung das qualitative problemzentrierte Interview gewählt und entsprechende Interviewleitfäden erstellt. Hierdurch konnte eine Eingrenzung der Forschungsfragen bei gleichzeitiger Realisation des Offenheitsprinzips gewährleistet (Witzel 2000) und zudem die Vergleichbarkeit der Interviews gefördert werden (Merton und Kendall 1993). Fragen zur Ermittlung von Sozialdaten bildeten den Abschluss der Interviews und konnten dadurch die Beantwortung der vorhergehenden Leitfadenfragen nicht beeinflussen (Burke und Miller 2001).

Die Auswertung der Daten erfolgte nach dem *Editing Analysis Style* nach Crabtree und Miller (1992) (vgl. Kapitel 4.5.). Diese Methode bot sich zur Analyse der vorliegenden Interviewdaten an, da sie durch das Herausfiltern inhaltlicher, in Hinsicht auf das Forschungsziel bedeutsamer Aspekte, gekennzeichnet ist. Ein wichtiges Element des *Editing Analysis Style* ist eine von Vorannahmen möglichst unbeeinflusste Datenauswertung, indem der Forscher versucht, bestehende eigene Vermutungen

zu identifizieren und nicht mit in den Untersuchungsprozess einzubeziehen. Eine vollständige Verwirklichung dieser Forderung nach Ausklammerung der Forscherpersönlichkeit ist jedoch nicht möglich (Steinke 1999), zudem nimmt die Person des Untersuchers auch in anderen Stadien des Forschungsprozesses Einfluss, so z.B. während der Datenerhebung bei Durchführung der Interviews (Richards und Emslie 2000). Andere Autoren verfolgen deshalb das Ziel, die bestehenden Vorannahmen des Untersuchers und seinen Einfluss auf den Forschungsprozess offen zu legen und damit für andere nachvollziehbar und „objektivierbar“ zu machen (Malterud 2001, Malterud 1993, Steinke 1999). Dieser Ansatz wurde auch in dieser Studie verwirklicht, indem das theoretische Wissen des Forschers in Kapitel 2 „Stand der Forschung“ und Vorannahmen in Kapitel 3 „Fragestellung und Ziel“ dargestellt wurden.

6.1.1 Stichprobe der Ärzte

Von 20 angeschriebenen Ärzten nahmen 18 an der vorliegenden Untersuchung teil, es konnte also eine Beteiligungsrate von 90% verzeichnet werden. Dies geht deutlich über die in einer Untersuchung zu Beteiligungsrate von Allgemeinärzten genannten Teilnahmequoten von 23-66% hinaus (Wetzel et al. 2005). Die Ursache hierfür ist vermutlich in der Rekrutierung der Allgemeinärzte aus dem VII. Forschungskurs der DEGAM zu sehen. Ein erhöhtes Interesse der teilnehmenden Ärzte an Forschungsthemen allgemein bzw. der Tinnitus thematik im Besonderen kann daher nicht ausgeschlossen werden. Möglich wäre jedoch auch eine vermehrte Beteiligung von Hausärzten, die Schwierigkeiten im Umgang mit Tinnituspatienten erlebt haben und sich daher verstärkt mit der Thematik auseinandersetzen wollten.

Trotz der Rekrutierung aller teilnehmenden Allgemeinärzte aus einem Forschungskurs konnte eine relativ große Heterogenität der Gruppe bezüglich Alter, Geschlecht und Tätigkeitsbereich erreicht werden (vgl. Tabelle 1). Laut qualitativer Forschungstheorie soll diese heterogene Stichprobenauswahl sicherstellen, dass in Hinsicht auf die Forschungsfrage bedeutsame Merkmale der Probanden in möglichst hoher Varianz vorliegen; statistische Repräsentativität ist nicht Ziel qualitativer Untersuchungen (Kelle et al. 1993, Lamnek 1988). Wird eine Sättigung der Daten erreicht (das heißt, dass neue Fälle nicht zu einer Veränderung der entwickelten Theorie oder des Ko-

dierleitfadens führen) und lässt sich die Forschungsfrage adäquat beantworten, so ist die Stichprobe ausreichend groß gewählt (Marshall 1996, Wiedemann 1995).

6.1.2 Stichprobe der Patienten

Wie in Kapitel 4.4.1. beschrieben, erfolgte die Rekrutierung der an der Studie teilnehmenden Patienten mit Hilfe der Hausärzte. Da jeder Allgemeinarzt jeweils 2 Informed Consent-Bögen erhielt, wäre die Beteiligung von 36 Patienten möglich gewesen. Die tatsächliche Teilnahme von 29 Probanden entspräche damit einer Quote von 81%. Die Gewinnung von Patienten zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Untersuchung erfolgt häufig im Rahmen von Hausarztpraxen (Grembowski et al. 2005, Roter et al. 1995, Vedsted et al. 2002), die direkte Auswahl der Probanden durch die Ärzte wie in der vorliegenden Studie ermöglicht eine nach qualitativer Forschungstheorie erwünschte Heterogenität der Stichprobe. So wurden die Ärzte gebeten, Patienten mit unterschiedlicher sekundärer Symptomatik zu rekrutieren; auch hinsichtlich Alter, Geschlecht, Familienstand, Berufstätigkeit und Tinnitusdauer gelang es, ein möglichst großes Spektrum zu gewinnen (vgl. Tabelle 2).

6.2 Diskussion der Ergebnisse der Arztinterviews

6.2.1 Bewertung der Versorgungssituation von Tinnituspatienten aus Sicht der Hausärzte

Die Untersuchung zeigte, dass die Hausärzte bei der Versorgung von Tinnituspatienten teils widersprüchliche, jedoch häufig negativ gefärbte Gefühle empfinden, so dass der offensichtlich als schwierig erlebte Umgang mit den Betroffenen deutlich wird. Solche widersprüchlichen und häufig negativen Gefühle sind aus der Literatur bei der Behandlung allgemein chronisch Kranker bekannt (Meier et al. 2001). Vergleichbar mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie bestehen auch hier das Bedürfnis, dem Patienten zu helfen sowie das Empfinden, für das Wohlbefinden des Patienten persönlich verantwortlich zu sein. Gefühle der Machtlosigkeit, Frustration und Schuld resultieren hieraus ebenso wie Ärger und das Gefühl der ständigen Belästigung durch den Kranken.

Die negativen Gefühle der Hausärzte sind in der vorliegenden Untersuchung zum größten Teil auf den schwierigen Umgang mit dem undankbaren Krankheitsbild „Tinnitus“ zurückzuführen. So resultieren diagnostische und therapeutische Unsicherheiten, ein als mühsam empfundener erhöhter Aufwand, Hilflosigkeit, Ohnmacht und Erfolgsdruck aus der schwierigen Diagnostik, den mangelnden Therapieoptionen (Dobie 1999, Simpson und Davies 1999) sowie dem hohen Leidensdruck der Patienten (Erlandsson und Hallberg 2000, Heinen-Kammerer 2000, Tyler und Baker 1983) (vgl. Kapitel 5.2.). Auch nach einer qualitativen Studie von Vegni et al. (2005) wird die Arzt-Patienten-Beziehung u.a. besonders dann als belastend erlebt, wenn die Erkrankung des Patienten schwer zu behandeln ist. Nach Einschätzung von HNO-Fachärzten sind Tinnituspatienten ebenfalls zeitaufwendig und schwer therapierbar und gelten deshalb als „undankbar“ (Seifert 2005 und Goebel 1994). Als Konsequenz dieser negativen Gefühle kann der Wunsch entstehen, betroffene Patienten eher zu meiden. Die Emotionen der behandelnden Ärzte können sich nachteilig auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient auswirken (Meier et al. 2001). Ähnliche Schlussfolgerungen legt auch eine prospektive Kohortenstudie mit 261 teilnehmenden Hausärzten nahe: Hiernach steht die von Patienten beurteilte Versorgungsqualität im direkten Zusammenhang mit der Berufszufriedenheit der Allgemeinärzte (Grembowski et al. 2005).

Bemerkenswert ist andererseits die in der vorliegenden Untersuchung beschriebene Zuversicht einiger Hausärzte, hinsichtlich der Versorgung von Patienten mit einem chronischen Störungsbild wie Tinnitus konstruktiv tätig werden zu können: Diese Ärzte verfolgen realistisch erreichbare Ziele bei der Betreuung von Ohrgeräuschpatienten, nämlich eine verminderte Wahrnehmung und verbesserte Handhabung des Tinnitus durch die Betroffenen. Auch nach Maßgabe der HNO-Leitlinien (Lenarz et al. 1998) und weiterer Autoren (Biesinger und Greimel 1999, Brehmer und Overhoff 2001) haben die Gewöhnung des Patienten an seine Ohrgeräusche und das Erlernen von Techniken im Umgang mit diesen im chronischen Stadium oberste Priorität.

Gleichzeitig wird in den geführten Interviews jedoch die Problematik bei der Umsetzung dieser Zielvorgaben deutlich. So resultiert die empfundene Hilflosigkeit und Ohnmacht nicht nur aus dem Selbstverständnis als „Heiler“, sondern auch aus dem hohen Leidensdruck der Betroffenen und dem Verantwortungsgefühl der Hausärzte diesen gegenüber. Durch die hohe Erwartungshaltung und die wiederholten Arztbe-

suche der Patienten fühlen sich die Ärzte unter Druck gesetzt. Schwierig ist also die Abgleichung der Patienteninteressen, die oftmals mit der Hoffnung auf Remission oder der Erleichterung des Tinnitus gleichzusetzen sind, mit den Vorgaben der Leitlinien. Dieser Zwiespalt wird verallgemeinert schon bei Oldroyd et al. (2003) genannt, die in ihrer qualitativen Studie die Ansichten von australischen Hausärzten bezüglich der Versorgung chronisch Kranker explorieren. Ähnlich wie in der vorliegenden Studie sehen sich diese Ärzte im Konflikt zwischen der Durchführung einer systematischen evidenzbasierten Diagnostik und Therapie und einer patientenzentrierten Vorgehensweise mit Schwerpunkt auf der Patientenzufriedenheit.

Die Kenntnisnahme und das Verstehen ärztlicher Gefühle ist nach Meier et al. (2001) notwendig, um negative Konsequenzen umgehen zu können. Die Transparentmachung der negativen hausärztlichen Emotionen und ihrer Ursachen in der vorliegenden Untersuchung könnte demnach zur Vermeidung der oben genannten ungünstigen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität beitragen.

6.2.2 Strategien der Hausärzte im Umgang mit Tinnituspatienten

Unsere Studie zeigte, dass die beschriebene problematische Situation der Tinnitusversorgung zur Entwicklung zahlreicher Strategien der Hausärzte im Umgang mit Tinnituspatienten beiträgt. Kennzeichnend hierbei ist, dass sowohl die offensiven als auch die defensiven Maßnahmen vornehmlich dazu dienen, dem Dilemma der mangelnden Therapierbarkeit der Ohrgeräusche zu entgehen.

Bewertet man diese Verhaltensweisen nach Maßgabe der HNO-Leitlinien für die Behandlung von Ohrgeräuschen, so sind Strategien wie die „Versorgung mit praktischen Hinweisen“ im Sinne von Copingstrategien (Budd und Pugh 1996, Greimel et al. 1999b, Noble 2000, Schneider et al. 1994, Sirimanna und Stephens 1992), die „Vorbereitung auf eine mögliche Chronifizierung“ mit Vermittlung einer realistischen Perspektive, die „therapeutische Zurückhaltung“ mit kompensatorisch eingesetzter Kommunikation und Information und die „geteilte Verantwortungsübernahme“ mit Überweisungen an andere Fachärzte und mit Ausgabe von Adressen anderer Hilfsstellen (z.B. Selbsthilfegruppen) in der subakuten bis chronischen Phase des Tinni-

tus positiv zu bewerten (vgl. Lenarz et al. 1998; Biesinger et al. 1998, Frank et al. 2006, Reiß und Reiß 1999).

Zudem stimmen diese Strategien mit Empfehlungen verschiedener Autoren überein, die den derzeit in der Forschung viel beachteten Ansatz des Selbstmanagements von Erkrankungen im Rahmen des Chronic Care Models vertreten (Rothman und Wagner 2003, Bodenheimer et al. 2002a, Bodenheimer et al. 2002b, Gerlach et al. 2006a, Gerlach et al. 2006b, Lorig et al. 2001, Coleman und Newton 2005). Ziel dieses Ansatzes ist es u.a., die Selbständigkeit des Patienten zu fördern (Bodenheimer et al. 2002b, Coleman und Newton 2005). Strategien, die zur Verwirklichung dieser Zielsetzung vorgeschlagen werden, sind die Identifikation von Problemen aus Patientensicht, die Versorgung mit Informationen und Literatur über die Krankheit, die Vereinbarung von realistischen Zielsetzungen und gemeinsames Planen von Maßnahmen, um diese zu verwirklichen, die Organisation von Arztbesuchen und die regelmäßige Beobachtung der Krankheitsentwicklung sowie die Weiterleitung an Selbsthilfegruppen. Es wird deutlich, dass die oben genannten Strategien der Hausärzte diesen Maßnahmen größtenteils entsprechen.

Die Beurteilung der Strategien „Erfüllung von Patientenerwartungen“, „diagnostische Zuwendung“ und „therapeutischen Zuwendung“ ist komplexer. Hier wird unter anderem dem Wunsch der Tinnituspatienten nach Therapieversuchen entsprochen, bzw. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden als Vehikel der ärztlichen Fürsorge verstanden. Dies kann im Anfangsstadium der Erkrankung sinnvoll sein; die Anwendung undifferenzierter „polypragmatischer“ therapeutischer Maßnahmen ist jedoch längerfristig nicht zielführend (Dobie 1999, Frank et al. 2006, Patterson und Balough 2006, Simpson und Davies 1999).

Vorhergehende Studien, die Strategieentwicklungen nach anderen Kriterien als der therapeutischen Effizienz beurteilen, sind selten. Meier et al. (2001) beschreiben ärztliche Verhaltensweisen als Mittel, um negative Gefühle zu umgehen. Solche Verhaltensstrategien sind z.B. die Meidung oder die nur oberflächliche Betreuung des Patienten oder die mangelnde Kommunikation mit ärztlichen Kollegen über den Betroffenen. Gleichzeitig weisen solche Verhaltensweisen auf eine beeinträchtigte Qualität der Patientenversorgung hin (Stokes et al. 2003). Parallelen zu dieser Studie lassen sich insofern ziehen, als dass die Hausärzte auch in der vorliegenden Unter-

suchung Vermeidensstrategien anwenden (z.B. „emotionale Zurückhaltung“, „Vermeidung der Tinnitus thematisierung“), um negative Emotionen zu umgehen. Da bei der Behandlung besonders des chronischen Tinnitus die aufklärende Beratung und die psychologische Führung des Patienten eine wichtige Rolle spielen, erscheinen diese Verhaltensweisen zunächst in einem kritischen Licht. Bei genauerer Betrachtung jedoch weisen beide Strategien auch konstruktive Elemente auf, indem sie einerseits dazu dienen, die Aufmerksamkeit des Patienten nicht auf seine Ohrgeräusche zu lenken und andererseits die begrenzten Ressourcen des Arztes schonen. Auch das polypragmatische Vorgehen einiger Ärzte kann als Versuch gewertet werden, negative Gefühle, wie z.B. den empfundenen Erfolgsdruck, abzumildern. Von keinem der interviewten Allgemeinärzte jedoch wird eine Ablehnung der weiteren Behandlung und damit ein Abbruch der Arzt-Patienten-Beziehung beschrieben wie in einer qualitativen Studie von Stokes et al. (2003). Die Anwendung der beschriebenen Strategien kann demnach auch als Versuch gewertet werden, selbst unter schwierigen Bedingungen ein Therapie- oder Beziehungsangebot für den Patienten zu gewährleisten.

6.2.3 Rollenfunktionen der Hausärzte im Umgang mit Tinnituspatienten

Die vorliegende Studie veranschaulicht die konkrete Ausgestaltung allgemeiner hausärztlicher Aufgaben bei der Betreuung chronisch Kranker für die schwierige Versorgungssituation von Tinnituspatienten. So beschreiben die Interviewpartner die Koordination der Patientenversorgung (Sieb- und Lotsenfunktionen), den Patientenschutz (Vermeidung von Enttäuschungen, Folgeschäden, hohen Kosten und unsinnigen Behandlungen), die Information der Patienten (Erläuterung fachärztlicher Befunde und Berichtigung der Laienpresse) und den Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung (u.a. Krankheitsbegleitung, Sicherung der Beziehungskontinuität, Optimierung der Kommunikation) als Teile ihres Aufgabenfeldes. In mehreren Punkten entsprechen die beschriebenen Rollenfunktionen den oben aufgeführten Strategien der Allgemeinärzte, so z.B. der Förderung der Patientenbeteiligung, der Vermittlung einer realistischen Perspektive der Erkrankung, der Informationsvermittlung sowie teilweise bei der Zurückhaltung mit Therapieversuchen.

Die hier geschilderten Funktionen der Allgemeinärzte korrespondieren mit den Schlüsselementen der Allgemeinmedizin, die 2005 durch die europäische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (WONCA EUROPE) definiert wurden. Hausärzte sind demzufolge der erste Kontaktpunkt des Patienten im Gesundheitssystem und zeichnen sich durch folgende Aspekte aus: Koordinierung der Patientenbetreuung, Zusammenarbeit mit anderen im Bereich der Primärversorgung tätigen Berufen und anderen Spezialgebieten, durch die Interessensvertretung von Patientenangelegenheiten, durch die Ausrichtung auf das Individuum sowie auf dessen Familie und Lebensumfeld, durch effektive Kommunikation zwischen Arzt und Patient und den Aufbau einer Langzeitbeziehung und durch Beachtung von Gesundheitsproblemen in ihrer physischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und existentiellen Dimension (Allen et al. 2005).

Auch verschiedene Studien thematisieren die Aufgaben der hausärztlichen Versorgung. Einer qualitativen Untersuchung zufolge sehen Allgemeinärzte ihre Rollen bei der Betreuung chronisch Kranker auch als Koordinatoren ärztlicher Behandlung und als „Anwälte“ der Patienten, indem sie mit Fachärzten zusammenarbeiten, die Betroffenen über ihre Krankheit informieren und ihnen helfen, fachärztliche Empfehlungen zu verstehen (Oldroyd et al. 2003). Auch Rothman und Wagner (2003) beschreiben die Koordination der Versorgung chronisch Kranker als wesentliche Funktion der Allgemeinmedizin. Mit den Aufgaben von Ärzten allgemein bei der Betreuung schwieriger Patienten beschäftigen sich Vegni et al. (2005) in einer qualitativen Untersuchung. Die befragten Ärzte beschrieben ihre Rollen in problematischen Situationen der Patientenversorgung als „Beichtvater“, dem die Klienten ihre Probleme und persönlichen Geheimnisse anvertrauen, als „Psychologe“, der psychische Probleme aufdeckt und mit in die Behandlung einbezieht, sowie als „Lehrer“, der die Betroffenen über ihre Erkrankung unterrichtet.

Als traditionelle und selbstverständliche ärztliche Aufgaben betrachten die befragten Allgemeinärzte die Anamnese und Diagnostik mit dem Ausschluss einer organischen oder psychischen Ursache der Ohrgeräusche und entsprechen damit den Vorgaben verschiedener Autoren (Crummer und Hassan 2004, Kühnau et al. 2000). Auch die Therapie kann als eine selbstverständliche ärztliche Funktion gewertet werden, sie wird von den interviewten Ärzten jedoch differenziert gesehen: So wird bei Nichtansprechen auf die medikamentöse Therapie die Anpassung eines individuellen Be-

handlungsansatzes mit Aufzeigen realistischer Lösungswege und Förderung der Patientenbeteiligung betont. Wie schon in Kapitel 6.2.2 beschrieben, entspricht dieses Vorgehen den Empfehlungen der HNO-Leitlinien sowie den Vorschlägen weiterer Autoren. Ebenso erfüllt es die Definitionen der Europäischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin in Hinsicht auf die Beachtung von Gesundheitsproblemen in ihrer individuellen physischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und existentiellen Dimension (Allen et al. 2005).

Studien zum Chronic Care Model konnten außer einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der chronisch kranken Probanden auch eine Ökonomisierung der Patientenversorgung in Form reduzierter Krankenhausaufenthalte sowie verringerter ambulanter und notfallmäßiger Versorgung dieser Patienten nachweisen (Bodenheimer et al. 2002a, Bodenheimer et al. 2002b, Lorig et al. 2001, Coleman und Newton 2005). Das Aufzeigen eines realistischen Lösungswegs und die Förderung der Patientenbeteiligung als Teile der Rollendefinition der befragten Hausärzte könnten demnach ebenso zu einer Kostenersparnis und höheren Patientenzufriedenheit beitragen. Auch weitere der hier genannten Aufgaben, wie die Kontinuität der Patientenbetreuung, eine intakte Arzt-Patient-Beziehung und eine erfolgreiche Kommunikation erwiesen sich laut eines Übersichtsartikels über 19 Studien zu Aspekten der hausärztlichen Versorgung als kosteneffektiv und gesundheitsfördernd (Sans-Corrales et al. 2006).

6.3 Diskussion der Ergebnisse der Patienteninterviews

6.3.1 Erwartete hausärztliche Handlungen

Die Ergebnisse der Patienteninterviews weisen darauf hin, dass Tinnituspatienten von ihren Hausärzten erwarten, dass diese eine zentrale Rolle in ihrer Versorgung einnehmen, indem sie die Initiative ergreifen und Behandlungsmaßnahmen koordinieren sowie den Patienten zur Übernahme von mehr Eigenverantwortung animieren. Diese Ergebnisse lassen sich mit mehreren Untersuchungen in Bezug setzen, die Erwartungen bezüglich ihrer hausärztlichen Versorgung von chronisch kranken Patienten allgemein bzw. von Tinnituspatienten im Besonderen erfassten. Nach Grol et al. (1999) gehört u.a. die Heilung von Erkrankungen zu den Prioritäten hausärztli-

cher Patienten allgemein, und auch für Tinnituspatienten haben therapeutische Maßnahmen oberste Priorität. So geben 93% der chronisch vom Tinnitus Betroffenen bei einer Telefonumfrage der Deutschen Tinnitusliga mit 3049 Personen an, der größte Schaden sei durch fehlende Therapieversuche und eine damit verbundene geringere Heilungschance entstanden, obwohl 55% der Patienten angaben, keine der bei ihnen durchgeführten Therapien sei hilfreich gewesen (Pilgramm et al. 1999). Nach Biesinger (1998) bewerten Tinnituspatienten Behandlungen besonders positiv, die sie selbst aktiv durchführen können und die im Sinne einer Stressbewältigung wirken.

Auch weitere Autoren beschreiben den Wunsch chronisch kranker Patienten (Brody et al. 1989, Grol et al. 1999, Mitchell und Cormack 1998) und insbesondere von Tinnitusbetroffenen (Vesterager 1997) nach Informationen über das Krankheitsbild sowie nach Teilnahme an Entscheidungen und Therapien. Diese Patientenbeteiligung hat nach Schattner et al. (2006) für die Betroffenen oberste Priorität. So erwarten Patienten nach einer qualitativen Studie von Infante et al. (2004) von ihren Hausärzten die Anerkennung ihres Wissens über die Krankheit sowie ihrer Fähigkeit des Selbstmanagements. Aus diesem Grund möchten sie häufig auch Kontakt zu Selbsthilfeorganisationen aufnehmen und wünschen von ihren Ärzten diesbezüglich Informationen. Insgesamt legen die chronisch kranken Klienten großen Wert auf die hausärztliche Koordination ihrer Behandlung mit Beteiligung von Fachärzten oder anderen Berufsgruppen. Wichtig ist ihnen dabei auch das ganzheitliche Wissen ihres Hausarztes über die Gesamtheit ihrer Erkrankungen sowie über ihre Privatperson (Rothmann und Wagner 2003, Pandhi und Saultz 2006). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung präzisieren und vervollständigen damit das Bild, das andere Studien zur hausärztlichen Versorgungssituation allgemein chronisch Erkrankter skizzierten.

6.3.2 Erwartete hausärztliche Eigenschaften und Haltungen

Die von uns befragten Tinnituspatienten betonten – neben fachlicher Kompetenz – vor allem „weiche Faktoren“, die sie an ihren Hausärzten schätzten und von diesen erwarteten, insbesondere kommunikative Eigenschaften und eine akzeptierende Haltung, die den Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung erleichtern. Aspekte wie die – in Zeitaufwand, Freundlichkeit und Interesse gemessene – persönliche

Aufmerksamkeit, die Beachtung der Individualität, die Vertrauenswürdigkeit, die Realisation des Mitspracherechts mit Beachtung der Patientenmeinungen und -wünsche sowie das Einfühlungsvermögen und die Kommunikationsfähigkeit des Hausarztes wurden durch die Patienten komplex beschrieben. Dabei ist das Einfühlungsvermögen des Hausarztes insbesondere gefordert bei der Konfrontation der Tinnitusbetroffenen mit einer möglichen Chronifizierung der Ohrgeräusche.

Auch andere Studien zeigten, dass chronisch kranke Patienten der Kommunikation und der Qualität der therapeutischen Beziehung große Bedeutung beimessen; besonders positiv schätzen sie dabei die Erfahrung von Verständnis, Respekt und Empathie ein (Mitchell und Cormack 1998). Eine Datenerhebung unter 165 Tinnitusbetroffenen benennt als negativ empfundene ärztliche Haltungen Desinteresse, Hilflosigkeit, Unwissenheit und Verständnislosigkeit (Gefken und Kurth 1992). Auch eine internationale Umfrage unter 3540 hausärztlichen Patienten hebt unter anderem die Wichtigkeit einer Behandlungsatmosphäre hervor, welche die Patienten ermutigt, ihre Probleme darzulegen, zudem legen die Betroffenen Wert auf die Vertraulichkeit der Informationen (Grol et al. 1999). Vergleichbar mit den Ergebnissen unserer Studie betont eine qualitative Studie über die Güte der hausärztlichen Versorgung aus Sicht von 76 chronisch kranken Patienten die Relevanz zwischenmenschlicher Faktoren, wie das Verständnis des Arztes für die Bedürfnisse des Patienten, sowie den geleisteten Zeitaufwand (Infante et al. 2004).

Ein weiterer, in vorhergehenden Studien kontrovers diskutierter Aspekt ist die Kontinuität der allgemeinärztlichen Betreuung. Während nach Parkerton et al. (2004) eine kontinuierliche hausärztliche Versorgung keinen Einfluss auf die medizinische Qualität oder die Patientenzufriedenheit hat, beschreiben andere Autoren eine hohe Wertschätzung dieser Beständigkeit durch die Patienten (Sans-Corrales et al. 2006). Nach Pandhi und Saultz (2006) sehen hausärztliche Patienten die Kontinuität ihrer Versorgung als Voraussetzung für die Entwicklung einer hochwertigen Arzt-Patienten-Beziehung und für den Vertrauensaufbau. Auch Rothman und Wagner (2003) bestätigen den Wunsch der Patienten nach Beachtung ihrer gesamten Persönlichkeit im Rahmen einer langfristigen Betreuung. Auch die von uns befragten Tinnituspatienten betonten die Bedeutung einer hohen Kontinuität der Arzt-Patient-Beziehung und des regelmäßigen Kontakts.

Die fachliche Kompetenz des Hausarztes gehört ebenfalls zu den von den Patienten der vorliegenden Studie erwarteten Eigenschaften. Die empfundene Vertrauenswürdigkeit des Arztes trägt offenbar zu der Bewertung der Kompetenz bei. Einen größeren Einfluss auf die Beurteilung dieses Sachverständnisses scheinen jedoch tatsächlich das fachliche Wissen des Arztes, die Sicherheit bei der Diagnosestellung sowie insbesondere die Verschreibung akzeptierter Therapeutika und das Erzielen von Therapieerfolgen zu haben. Andere Studien wiesen auch auf den Stellenwert der wahrgenommenen medizinischen Kompetenz hin (Razzouk et al. 2004). Diese misst sich nach Patientenmeinung z. B. in der Effizienz der durchgeführten Therapie (van der Waal et al. 1996). Eine Umfrage unter 118 hausärztlichen Patienten zeigte, dass die Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung jedoch hauptsächlich durch „nicht-technische“ Aspekte wie Informationsvermittlung, Stressberatung und Besprechung von Problemen bestimmt wird (Brody et al. 1989). Ähnlich, wie es die Ergebnisse der vorliegenden Studie nahe legen, ist also die Bewertung der Kompetenz stark durch die Wahrnehmung zwischenmenschlicher Fertigkeiten und Kommunikationsfähigkeit beeinflusst (Sira 1980).

7 Zusammenfassung

Ausgangspunkt. Die Versorgungssituation von Tinnituspatienten ist aufgrund mangelnder diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten sowie durch häufig chronische Verläufe mit hohem Leidensdruck der Betroffenen sowohl für Hausärzte als auch für die Patienten unbefriedigend. Hieraus erwachsende Probleme sowie mögliche Lösungswege waren bisher nur unzureichend Gegenstand der Forschung. Ein tieferes Verständnis für die Situation beider Parteien sowie ein Abgleich der Patientenerwartungen mit den hausärztlichen Handlungsweisen könnte zu einer verbesserten Arzt-Patient-Beziehung und einer effektiveren Versorgung beitragen.

Methode. Nach der Pilotierung der qualitativen Studie wurden problemzentrierte Telefoninterviews mit Fachärzten für Allgemeinmedizin und Tinnituspatienten aus ihrer Praxis geführt. Die Auswertung erfolgte nach dem *Editing Analysis Style* nach Crabtree und Miller (1992). Die Fragestellungen bezogen sich auf die Emotionen, das Aufgaben- und Rollenverständnis und die angewendeten Strategien der Hausärzte bei der Versorgung von Tinnituspatienten sowie auf die Erwartungen der Patienten an ihre Hausärzte.

Ergebnisse. Insgesamt nahmen 18 (90%) von 20 angeschriebenen Ärzten und 29 (81%) von 36 möglichen Patienten teil. Die von den Ärzten beschriebenen Aufgaben und Rollenfunktionen (z.B. Koordination) stimmten größtenteils mit den in dieser Studie explorierten Patientenerwartungen überein. Differenzen zwischen der Perspektive der Ärzte und der Patienten wurden teilweise hinsichtlich der therapeutischen Maßnahmen beim chronischen Tinnitus deutlich. Angesichts hier nicht zu erfüllender Erwartungen reagierten viele Ärzte mit negativen Emotionen (z.B. Ohnmacht oder Erfolgsdruck). Diese resultierten zum Teil in Strategien, die den Patientenanforderungen bzw. den eigenen emotionalen Reaktionen Rechnung trugen (z.B. Polypragmasie). Als effektive Strategien erwiesen sich die vermehrte Patientenbeteiligung mit Förderung der Eigeninitiative (z.B. geteilte Verantwortungsübernahme) sowie die behutsame Vorbereitung auf eine mögliche Chronifizierung der Ohrgeräusche. Sowohl Ärzte als auch Patienten betonten den Stellenwert einer qualitativ hochwertigen Arzt-Patienten-Beziehung zur Unterstützung der Patientenmitarbeit.

Schlussfolgerung. Die hohen Erwartungen vieler Patienten mit Tinnitus können bei Hausärzten angesichts begrenzter Therapieoptionen zu negativen Emotionen und Anwendung vielfältiger Strategien zur Bewältigung dieser Situation führen: Günstig erscheinen Strategien wie die – von mehreren Hausärzten verwirklichte und von vielen Betroffenen erwünschte – aktive Patientenbeteiligung, die behutsame Vorbereitung auf eine mögliche Chronifizierung und die Vermittlung realistischer Lösungsmöglichkeiten.

8 Literaturverzeichnis

Abutan BB, Hoes AW, Van Dalsen CL, Verschuure J, Prins A (1993): Prevalence of hearing impairment and hearing complaints in older adults: a study in general practice. *Fam Pract* 10, 391-395

Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, Evans P (2005): The european definition of general practice / family medicine. Wonca Europe 2005. Verfügbar über:

<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/Definition%202nd%20ed%202005.pdf>

(letzter Zugriff 18.04.2007)

Andersson G, McKenna L (1998): Tinnitus masking and depression. *Audiology* 37, 174-182

Andersson G, Strömgren T, Ström L, Lyttkens L (2002): Randomized controlled trial of internet-based cognitive behaviour therapy for distress associated with tinnitus. *Psychosom Med* 64, 810-816

Andersson G, Jüris L, Classon E, Fredrikson M, Furmark T (2006): Consequences of suppressing thoughts about tinnitus and the effects of cognitive distraction on brain activity in tinnitus patients. *Audiol Neurotol* 11, 301-309

Attias J, Shemesh Z, Bleich A, Solomon Z, Bar-Or G, Alster J, Sohmer H (1995): Psychological profile of help-seeking and non-help-seeking tinnitus patients. *Scand Audiol* 24, 13-18

Baguley (2002): Mechanisms of tinnitus. *Br Med Bull* 63, 195-212

Bahrs O, Pohl D (2002): Interaktionsaspekte des Verschreibungsprozesses in der Allgemeinpraxis. *Z Allg Med* 78, 140-144

Baldo P, Doree C, Lazzarini R, Molin P, McFerran DJ (2006): Antidepressants for patients with tinnitus (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD003853. DOI: 10.1002/ 14651858.CD003853.pub2. Verfügbar über: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003853.html> (letzter Zugriff 12.04.2007)

Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N (2000): Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 320, 1246-1250

Bennett MH, Kertesz T, Yeung P (2005): Hyperbaric oxygen for idiopathic sudden sensorineural hearing loss and tinnitus (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD004739. DOI: 10.1002/ 14651858.CD004739.pub2. Verfügbar über: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004739.html> (letzter Zugriff 12.04.2007)

Biesinger E, Greimel KV: Tinnitus therapy in Germany; in: Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar; hrsg. v. Hazell J; The Tinnitus and Hyperacusis Centre, London 1999, 479-480

Biesinger E, Heiden C, Greimel V, Lendle T, Höing R, Albegger K (1998): Strategien in der ambulanten Behandlung des Tinnitus. *HNO* 46, 157-169

Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K (2002 a): Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 288, 1775-1779

Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K (2002 b): Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 288, 2469-2475

Böhm A: Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory; in: *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*; hrsg. v. Flick U, von Kardorff E, Steinke I; Rowohlt, Reinbek 2000, 475-484

Brehmer D, Overhoff HM (2001): Erste Ergebnisse einer multizentrischen Studie zur Effektivität der ambulanten Tinnitus-Retraining-Therapie. *Tinnitus-Forum* 4, 20-21

Britten N (1995): Qualitative interviews in medical research. *BMJ* 311, 251-253

Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Lazaro CG, Blum MJ (1989): The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Med Care* 27, 1027-1035

Budd RJ, Pugh R (1996): Tinnitus coping style and its relationship to tinnitus severity and emotional distress. *J Psychosom Res* 41, 327-335

Burke LA, Miller MK (2001): Phone interviewing as a means of data collection: Lessons learned and practical recommendations. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research (Online Journal)* 2(2). Verfügbar über: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-01/2-01burkemiller-e.htm> (letzter Zugriff 18.04.2007)

Cacace AT (2003): Expanding the biological basis of tinnitus: crossmodal origins and the role of neuroplasticity. *Hear Res* 175, 112-132

Chapple A, Rogers A (1998): Explicit guidelines for qualitative research: a step in the right direction, a defence of the 'soft' option, or a form of sociological imperialism? *Fam Pract* 15, 556-561

Ciocon JO, Amede F, Lechtenberg C, Astor F (1995): Tinnitus: a stepwise workup to quiet the noise within. *Geriatrics* 50, 18-25

Clark NM, Gong M (2000): Management of chronic disease by practitioners and patients: are we teaching the wrong things? *BMJ* 320, 572-575

Coleman M, Newton KS (2005): Supporting self-management in patients with chronic illness. *Am Fam Physician* 72, 1503-1510

Collet L, Moussu MF, Disant F, Ahami T, Morgon A (1990) : Minnesota Multiphasic Personality Inventory in Tinnitus Disorders. *Audiology* 29, 101-106

Crabtree BF, Miller WL: *Doing qualitative research. Research methods for primary care*. 3. Auflage; Sage Publications, Newbury Park 1992

Crummer RW, Hassan GA (2004): Diagnostic approach to tinnitus. *Am Fam Physician* 69, 120-126

Dineen R, Doyle J, Bench J (1997): Audiological and psychological characteristics of a group of tinnitus sufferers, prior to tinnitus management training. *Br J Audiol* 31, 27-38

Dobie RA (1999): A review of randomized clinical trials in tinnitus. *Laryngoscope* 109, 1202-1211

Eggermont JJ, Roberts LE (2004): The neuroscience of tinnitus. *Trends Neurosci* 27, 676-682

Elbina A, Nieschalk M, Stoll W (2001): Klinisch-psychologische Forschung im Kontext funktioneller Hörstörungen – ein qualitatives Modell mit dem sozialempririschen Ansatz der grounded theory. Verfügbar über: <http://www.qualitative-sozialforschung.de/tinnitus.htm> (letzter Zugriff 18.04.2007)

El Refaie A, Davis A, Kayan A, Baskill JL, Lovell E, Taylor A, Spencer H, Fortnum H: Quality of family life of people who report tinnitus; in: *Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar*; hrsg. v. Hazell J; The Tinnitus and Hyperacusis Centre, London 1999, 45-50

Erlandsson SI, Hallberg LR-M (2000): Prediction of quality of life in patients with tinnitus. *Br J Audiol* 34, 11-20

Folmer RL (2002): Long-term reductions in tinnitus severity. *BMC Ear Nose Throat Disord* 2, 3

Folmer RL, Martin WH, Shi Y (2004): Tinnitus: Questions to reveal the cause, answers to provide relief. *Fam Pract* 53, 532-540

Frachet B, Labassi S: Validation of treatment outcome measures; in: *Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar*; hrsg. v. Hazell J; The Tinnitus and Hyperacusis Centre, London 1999, 76-82

Frank W, Konta B, Seiler G (2006): HTA-Bericht: Therapie des unspezifischen Tinnitus ohne organische Ursache. *GMS Health Technol Assess*; 2:Doc17. Vorläufiges PDF. Verfügbar über: <http://www.egms.de/en/journals/hta/2006-2/hta000030.shtml> (letzter Zugriff 12.04.2007)

Fritsche K, Sandholzer H, Brucks U, Campagnolo I, Cierpka M, Deter H-C, Härter M, Höger C, Richter R, Schmidt B (2000a): Psychosomatische Grundversorgung in der Hausarztpraxis. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 94, 127-13

Fritsche K, Sandholzer H, Werner J, Brucks U, Cierpka M, Deter H-C, Härter M, Höger C, Richter R, Schmidt B (2000b): Psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsmaßnahmen in der Hausarztpraxis. *Psychother Psychosom Med Psychol* 50, 240-246

Gefken R, Kurth H (1992): Psychische Belastungen durch Ohrgeräusche: Ergebnisse

einer Umfrage bei Personen mit chronischem Tinnitus; in: Ohrgeräusche: psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus: Vorkommen, Auswirkungen, Diagnostik und Therapie; hrsg. v. Goebel G; Quintessenz-Verlag, München 1992, 53-63

Gerlach FM, Beyer M, Muth C, Saal K, Gensichen J (2006 a): Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 1: Chronische Erkrankungen als Herausforderung für die hausärztliche Versorgungspraxis. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 100, 335-343

Gerlach FM, Beyer M, Saal K, Peitz M, Gensichen J (2006 b): Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 2: Chronic Care – Modell und Case Management als Grundlagen einer zukunftsorientierten hausärztlichen Versorgung. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 100, 345-352

Goebel G (1994): Tinnitus – oft ein gemeinsamer Quälgeist bei Betroffenen und Experten. Warum macht der lästige Tinnitus Betroffene zu lästigen Patienten? HNO 42, 2-3

Goebel G, Hiller W (1994): Tinnitus-Fragebogen: Standardinstrument zur Graduierung des Tinnituschweregrades. HNO 42, 166-172

Green J, Britten N (1998): Qualitative research and evidence based medicine. BMJ 316, 1230-1232

Greimel KV, Biesinger E (1999): Psychologische Prinzipien bei der Behandlung von Tinnituspatienten. HNO 47, 130-134

Greimel KV, Leibetseder M, Unterrainer J, Albegger K (1999a): Ist Tinnitus messbar? HNO 47, 196-201

Greimel KV, Wipplinger R, Amann G, Albegger K: Implicit theories of patients with tinnitus and their influence on impairments and coping strategies; in: Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar; hrsg. v. Hazell J; The Tinnitus and Hyperacusis Centre, London 1999b, 468-471

Grembowski D, Paschane D, Diehr P, Katon W, Martin D, Patrick DL (2005): Managed care, physician job satisfaction, and the quality of primary care. J Gen Intern Med 20, 271-277

Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Ribacke M, Spenser T, Szecsenyi J (1999): Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. Fam Pract 16, 4-11

Guitton MJ, Wang J, Puel J-L (2004): New pharmacological strategies to restore hearing and treat tinnitus. Acta Otolaryngol 124, 411-405

Haid M (1998): Chronischer Tinnitus. Internist 39, 655

Hallam R, Rachman S, Hinchcliffe R: Psychological aspects of tinnitus; in: Rachman, S. (Ed.). Contributions of Medical Psychology; hrsg. V. Rachman, S; Band 3; Perga-

mon Press, Oxford 1984, 31-53

Hannaford PC, Simpson JA, Bisset AF, Davis A, McKerrow W, Mills R (2005): The prevalence of ear, nose and throat problems in the community: results from a national cross-sectional postal survey in Scotland. *Fam Pract* 22, 227-233

Hannan SA, Sami F, Wareing MJ (2005): Tinnitus. *BMJ* 330, 237

Harrop-Griffiths J, Katon W, Dobie R, Sakai C, Russo J (1987): Chronic tinnitus: Association with psychiatric disorders. *J Psychosom Res* 31, 613-621

Heinen-Kammerer T (2000): Tinnitus in der Bundesrepublik Deutschland – eine repräsentative epidemiologische Studie. *Gesund Ökon Qualitätsmanage* 5, 59-60

Henry JA, Dennis KC, Schechter MA (2005): General review of tinnitus: prevalence, mechanisms, effects, and management. *J Speech Lang Hear Res* 48, 1204-1235

Hesse G, Rienhoff NK, Nelting M, Laubert A (2001): Ergebnisse stationärer Therapie bei Patienten mit chronisch komplexem Tinnitus. *Laryngorhinootologie* 80, 503-508

Hiller W, Goebel G, Svitak M, Schätz M, Janca A: Association between tinnitus and the diagnostic concept of somatoform disorders; in: Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar; hrsg. v. Hazell J; The Tinnitus and Hyperacusis Centre, London 1999, 373-377

Hilton M, Stuart E (2004): Gingko biloba for tinnitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD003852. DOI: 10.1002/14651858.CD003852.pub2. Verfügbar über: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003852.html> (letzter Zugriff 12.04.2007)

Holman H, Lorig K (2000): Patients as partners in managing chronic disease. *BMJ* 320, 526-527

Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H (1999): Quality at general practice consultations: cross sectional survey. *BMJ* 319, 738-743

Infante FA, Proudfoot JG, Davies GP, Bubner TK, Holton CH, Beilby JJ, Harris MF (2004): How people with chronic illnesses view their care in general practice: a qualitative study. *Med J Aust* 181, 70-73

Jäger B, Lamprecht F (2001): Subgruppen der Krankheitsbewältigung beim chronischen Tinnitus – eine clusteranalytische Taxonomie. *Z Klin Psychol Psychother* 30, 1-9

Kelle U, Kluge S, Prein G (1993): Strategien der Geltungssicherung in der qualitativen Sozialforschung. Zur Validitätsproblematik im interpretativen Paradigma. Arbeitspapier Nr. 24. Hrsg.: Der Vorstand des SFB 186, Bremen. Verfügbar über: <http://www.sfb186.uni-bremen.de/download/paper24.pdf> (letzter Zugriff 18.04.2007)

Kühnau D, Pausch NC, Reiß M, Reiß G (2000). Tinnitus. Diagnostik und Therapieziele. *Med Monatsschr Pharm* 23, 180-182

Kuttilla S, Kuttilla M, Le Bell Y, Alanen P, Suonpää J (2005): Recurrent tinnitus and associated ear symptoms in adults. *Int J Audiol* 44, 164-170

Lamnek S: Qualitative Sozialforschung. Band 1: Methodologie. 3. Auflage; Psychologie Verlags Union, München 1988

Lamnek S: Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken. 3. Auflage; Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim 1995

Lang C (1998): Tinnitus aus der Sicht des Neurologen. *Nervenheilkunde* 17, 186-194

Langenbach M, Olderog M, Michel O, Albus C, Köhle K (2005): Psychosocial and personality predictors of tinnitus-related distress. *Gen Hosp Psychiatry* 27, 73-77

Lee S-Y, Kim J-H, Hong S-H, Lee D-S (2004) : Roles of cognitive characteristics in tinnitus patients. *J Korean Med Sci* 19, 864-869

Lenarz T (1998): Diagnostik und Therapie des Tinnitus. *Laryngorhinootologie* 77, 54-60

Lenarz T, Arnold W, Biesinger E, Brinkmann U, Edlinger H, Ehrenberger K, Goebel G, Greimel K-V, Knör H, Mackinger H (1998): Tinnitus. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie.

Verfügbar über:

<http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II-na/017-064.htm> (letzter Zugriff 15.05.2007)

Lindberg P, Scott B: The use and predictive value of psychological profiles in help-seeking and non-helpseeking tinnitus sufferers; in: Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar; hrsg. v. Hazell J; The Tinnitus and Hyperacusis Centre, London 1999, 114-117

Lockwood AH, Salvi RJ, Burkhard RF (2002): Current concepts: tinnitus. *N Engl J Med* 347, 904-910

Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, William Brown B, Bandura A, Gonzalez VM, Laurent DD, Holman HR (2001): Chronic disease self-management program. 2-year health status and health care utilization outcomes. *Med Care* 39, 1217-1223

Luxon LM (1993): Tinnitus: its causes, diagnosis, and treatment. *BMJ* 306, 1490-1491

Malterud K (1993): Shared understanding of the qualitative research process. Guidelines for the medical researcher. *Fam Pract* 10, 201-206

Malterud K (2001): Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 358, 483-488

Marshall MN (1996): Sampling for qualitative research. *Fam Pract* 13, 522-525

Martinez-Devesa P, Waddell A, Theodoulou M (2005): Cognitive behavioural therapy for tinnitus (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD005233. DOI: 10.1002/ 14651858.CD005233.

- Maurer J, Marangos N (2000): Tinnitus – das unsichtbare Übel. Notfallmedizin 26, 450-454
- Mazurek B, Haupt H, Gross J (2006): Pharmakotherapie des akuten Tinnitus. HNO 54, 9-15
- Meier DE, Back AL, Morrison RS (2001): The inner life of physicians and care of the seriously ill. JAMA 286, 3007-3014
- Merton RK, Kendall PL: Das fokussierte Interview; in: Qualitative Sozialforschung; hrsg. v. Hopf C, Weingarten E; Klett-Cotta, Stuttgart 1993, 171-204
- Mitchell A, Cormack M: The therapeutic relationship in complementary health care. Churchill Livingstone, Edinburgh 1998
- Murphy E, Mattson B (1992): Qualitative research and family practice: A marriage made in heaven? Fam Pract 9, 85-91
- Neuberger J (1998): Primary care: core values. Patients' priorities. BMJ 317, 260-262
- Noble W (2000): Self-reports about tinnitus and about cochlear implants. Ear Hear 21, 50S-59S
- Ogden J, Bavalia K, Bull M, Frankum S, Goldie C, Gosslau M, Jones A, Kumar S, Vasant K (2004): "I want more time with my doctor": a quantitative study of time and the consultation. Fam Pract 21, 479-483
- Olderog M (1999): Metaanalyse zur Wirksamkeit psychologisch fundierter Behandlungskonzepte des chronischen dekompenzierten Tinnitus. Z Med Psychol 8, 5-18
- Oldroyd J, Proudfoot J, Infante FA, Powell Davies G, Bubner T, Holton C, Beilby JJ, Harris MF (2003): Providing healthcare for people with chronic illness: the views of Australian GPs. Med J Aust 179, 30-33
- Pandhi N, Saultz JW (2006): Patients' perceptions of interpersonal continuity of care. J Am Board Fam Med 19, 390-397
- Parkerton PH, Smith DG, Straley HL (2004): Primary care practice coordination versus physician continuity. Fam Med 36, 15-21
- Parnes SM (1997): Current concepts in the clinical management of patients with tinnitus. Eur Arch Otorhinolaryngol 254, 406-409
- Patterson MB, Balough BJ (2006): Review of pharmacological therapy for tinnitus. Int Tinnitus J 12, 149-59
- Pfeifer KJ, Rosen GP, Rubin AM (1999): Tinnitus. Etiology and management. Clin Geriatr Med 15, 193-204
- Pilgramm M, Rychlik R, Lebisch H, Siedentop H, Goebel G, Kirchhoff D (1999): Tinni-

tus in der Bundesrepublik Deutschland – eine repräsentative epidemiologische Studie. HNO aktuell 7, 261-265

Razzouk N, Seitz V, Webb JM (2004): What´s important in choosing a primary care physician: an analysis of consumer response. Int J Health Care Qual Assur 17, 205-211

Reich GE, Johnson RM (1984): Personality characteristics of tinnitus patients. J Laryngol Otol 9, 228-232

Reiß M, Reiß G (1999): Einige Bemerkungen zum Tinnitus. Praxis 88, 1523-1528

Richards H, Emslie C (2000): The ´doctor´ or the ´girl from the university´? Considering the influence of professional roles on qualitative interviewing. Fam Pract 17, 71-75

Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, R RP (1995): Improving physicians´ interviewing skills and reducing patients´ emotional distress. Arch Intern Med 155, 1877-1884

Rothman AA, Wagner EH (2003): Chronic illness management: What is the role of primary care? Ann Intern Med 138, 256-261

Sandholzer H, Pelz J (1995): Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung. MMW Munch Med Wochenschr 137, 547-548

Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J (2006): Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. Fam Pract 23, 308-316

Schaaf H, Klofat B, Doelberg D, Hesse G (2004) : Tinnitus-Therapie: Wann ambulant, wann stationär, wann psychosomatisch, wann psychiatrisch? Verfügbar über: <http://www.drhschaaf.de/Tinnitus%20Behandlung%20ambulant%20oder%20stationaer.htm> (letzter Zugriff 18.04.2007)

Schattner A, Bronstein A, Jellin N (2006): Information and shared decision-making are top patients` priorities. BMC Health Services Research. Verfügbar über: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/21>(letzter Zugriff 18.04.2007)

Schilter B, Jäger B, Heermann R, Lamprecht F (2000): Medikamentöse und psychologische Therapien bei chronischem subjektivem Tinnitus. Metaanalyse zur Therapieeffektivität. HNO 48, 589-597

Schneider W-R, Hilke A, Franzen U (1994): Soziale Unterstützung, Beschwerdedruck, Stressverarbeitung und Persönlichkeitsmerkmale bei Patienten mit subjektivem chronischem Tinnitus aurium und einer klinischen Kontrollgruppe. HNO 42, 22-27

Scott B, Lindberg P, Melin L, Lyttkens L (1990): Predictors of tinnitus discomfort, adaption and subjective loudness. Br J Audiol 24, 51-62

Seifert K (2005): Tinnitus aus Sicht des in der Praxis tätigen HNO-Arzttes. HNO 53, 364-368

Seydel C, Reißhauer A, Haupt H, Klapp BF, Mazurek B (2006): Stress bei der Tinnitusentstehung und –verarbeitung. *HNO* 54, 709-714

Simpson JJ, Davies WE (1999): Recent advances in the pharmacological treatment of tinnitus. *Trends Pharmacol Sci* 20, 12-18

Sindhusake D, Mitchell P, Newall P, Golding M, Rochtchina E, Rubin G (2003) : Prevalence and characteristics of tinnitus in older adults: the Blue Mountains hearing study. *Int J Audiol* 42, 289-94

Sira ZB (1980): Affective and instrumental components in the physician-patient relationship. *J Health Soc Behav* 21, 170-180

Sirimanna T, Stephens D (1992): Coping with Tinnitus. *Practitioner* 236, 821-827

Stadie V (2000): Tinnitus: Wenn Gewitter über die Hörnerven huschen. *Dtsch Arztebl* 97, 1194-1198

Steinke I: Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung; Juventa Verlag, Weinheim 1999

Stobik C, Weber RK, Münte TF, Frommer J (2003): Psychosomatische Belastungsfaktoren bei kompensiertem und dekompenziertem Tinnitus. *Psychother Psych Med* 53, 344-352

Stokes T, Dixon-Woods M, McKinley RK (2003): Breaking up is never easy. GPs' accounts of removing patients from their lists. *Fam Pract* 20, 628-634

Tucker DA, Phillips SL, Ruth RA, Clayton WA, Royster E, Allison DT (2005): The effect of silence on tinnitus perception. *Otolaryngol Head Neck Surg* 132, 20-24

Tyler RS (1997): Perspectives on tinnitus. *Br J Audiol* 31, 381-386

Tyler RS, Baker LJ (1983): Difficulties experienced by tinnitus sufferers. *J Speech Hear Disord* 48, 150-154

Van der Waal MAE, Casparie AF, Lako CJ (1996): Quality of care: a comparison of preferences between medical specialists and patients with chronic diseases. *Soc Sci Med* 42, 643-649

Vedsted P, Mainz J, Lauritzen T, Olesen F (2002): Patient and GP agreement on aspects of general practice care. *Fam Pract* 19, 339-343

Vegni E, Visioli S, Moja EA (2005): When talking to the patient is difficult: the physician's perspective. *Commun Med* 2, 69-76

Vesterager V (1997): Tinnitus – investigation and management. *BMJ* 314, 728-731

Wetzel D, Himmel W, Heidenreich R, Hummers-Pradier E, Kochen MM, Rogausch A, Sigle J, Boeckmann H, Kuehnel S, Niebling W (2005): Participation in a quality of care study and consequences for generalizability of general practice research. *Fam*

Pract 22, 458-464

Wiedemann P: Gegenstandsnahe Theoriebildung; in: Handbuch Qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen; hrsg. v. Flick U, von Kardorff E, Keupp H, von Rosenstiel L, Wolff S; Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim 1995, 440-445

Wilhelm T, Seidl RO, Ernst A (1998): Rationale Grundlagen der Tinnitus-Therapie. Med Monatsschr Pharm 21, 336-344

Witt H (2001): Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research (Online Journal) 2(1). Verfügbar über:
<http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-01/1-01witt-d.htm>
(letzter Zugriff 18.04.2007)

Witzel A (2000): Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research (On-line Journal) 1(1). Verfügbar über:
<http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00witzel-d.htm>
(letzter Zugriff 18.04.2007)

Zenner HP (1998): Eine Systematik für Entstehungsmechanismen von Tinnitus. HNO 46, 699-711

9 Anhang

9.1 Interviewleitfäden

9.1.1 Pilotstudie: Arztinterviewleitfaden

1. Ganz allgemein: Was verbinden Sie mit Tinnitus, welche Erfahrungen haben Sie gemacht?
2. Wie schätzen Sie Ihre Rolle als Hausarzt ein?
3. Was meinen Sie, welche Erwartungen die Tinnituspatienten an Sie haben?
4. Welche Behandlungsmöglichkeiten haben Sie?
5. Wie behandeln Sie am häufigsten?
6. Es gibt kompensierte / dekompenzierte Patienten (Beschreibung). Fällt Ihnen zu jeder Gruppe ein Patient ein, den Sie beschreiben können?

Nach Abschluss des Interviews:

- Frage, ob der Arzt die beiden beschriebenen Patienten (oder jeweils einen anderen kompensierten / dekompenzierten) ansprechen kann, mit der Bitte, an der Studie teilzunehmen
- Frage nach der Erlaubnis, in der Praxis-EDV nach Tinnituspatienten suchen zu dürfen, um festzustellen:
 - Gesamtzahl der Tinnituspatienten in der Praxis
 - Diagnostik des Tinnitus
 - Therapie des Tinnitus
 - Begleitdiagnosen
 - Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund des Tinnitus
 - Überweisungen aufgrund des Tinnitus
 - Alter der Tinnituspatienten
 - Geschlecht der Tinnituspatienten

9.1.2 Pilotstudie: Patienteninterviewleitfaden

Beschreibung: Studie über Ohrgeräusche, bei der Ärzte und Patienten über ihre verschiedenen Sichtweisen befragt werden sollen.

1. Bitte beschreiben Sie, wie die Ohrgeräusche angefangen haben.
Was denken Sie, woher die Ohrgeräusche kommen?
2. Was haben Sie alles selbst versucht, um die Ohrgeräusche wieder zum Verschwinden zu bringen?
3. Beeinflussen die Ohrgeräusche Ihr privates Leben?
4. Beeinflussen die Ohrgeräusche Ihr berufliches Leben?
5. Was erwarten Sie von Ihrem Arzt? Was soll er tun?
6. Erfüllt Ihr Arzt diese Erwartungen?
7. Fragen nach Alter, Beruf, Familienstand

9.1.3 Hauptstudie: Arztinterviewleitfaden

1. Was fällt Ihnen spontan zu Tinnitus ein?
2. Wie würden Sie den typischen Tinnituspatienten beschreiben?
3. Wie kommen die Patienten mit Ihren Ohrgeräuschen zurecht?
4. Was unternehmen die Patienten, um mit Ihren Ohrgeräuschen zurecht zu kommen?
5. Welche Bedeutung haben Sie als Arzt für den Patienten?
6. Wie sehen Sie die Rolle / Aufgabe des Patienten?
Wie sollten die Patienten sich verhalten?
7. Wie sehen Sie Ihre Rolle / Aufgabe als Arzt?
8. Es gibt kompensierte / dekomensierte Patienten (Beschreibung). Fällt Ihnen zu jeder Gruppe ein Patient ein, den Sie beschreiben können?
Was war Ihrer Meinung nach jeweils die Ursache für den Tinnitus?
Wie haben Sie behandelt?
9. Wie kommen Sie damit zurecht, wenn man den Patienten nicht weiterhelfen kann?

9.1.4 Hauptstudie: Patienteninterviewleitfaden

1. Zum Einstieg – für jemanden, der so was gar nicht kennt: Könnten Sie einmal beschreiben, wie es ist, Ohrgeräusche zu haben?
2. Wie haben Ihre Ohrgeräusche denn angefangen?
Woher kommen die Ihrer Meinung nach?
3. Würden Sie meinen, dass Sie eher gut oder eher schlecht mit den Ohrgeräuschen zurecht kommen?
4. Könnten Sie mir schildern, wie Ihr letzter Besuch beim Hausarzt ablief, als Sie u.a. wegen des Tinnitus dort waren?
5. Was hat Ihnen hier besonders gut gefallen?
6. Was hat Ihnen nicht so gut gefallen?
7. Waren Sie auch schon mal bei anderen Ärzten wegen des Tinnitus?
8. Wenn ja (z.B. HNO-Arzt): Können Sie mir schildern, wie Ihr letzter Besuch beim (HNO- etc.) Arzt ablief?
9. Was hat Ihnen hier besonders gut gefallen?
10. Was hat Ihnen nicht so gut gefallen?
11. Haben Sie noch an einer anderen Stelle Hilfe gesucht (z.B. Heilpraktiker)?
12. Welche Unterschiede haben Sie gefunden, wenn Sie die beiden Ärzte (Hausarzt – HNO-Arzt etc.) vergleichen?
13. Fühlen Sie sich von Ihrem Hausarzt mit den Geräuschen ausreichend ernstgenommen?
14. Welchen Tipp hätten Sie an die Hausärzte, was die in Zukunft besser machen könnten?
Welche Erwartungen hätten Sie noch?
 - z.B. noch andere Ratschläge (Entspannung, andere Therapieformen,...)
 - weitere Informationen (Hinweis auf Selbsthilfegruppen, Seiten im Internet, Tinnitusliga,...)
15. Aus Ihrer eigenen Erfahrung mit Ohrgeräuschen: Was könnten Sie anderen Patienten empfehlen, was man selbst tun kann, um mit Ohrgeräuschen besser klar zu kommen? (Was hilft bei Ihnen z.B., wann wird es besser, wann wird es schlechter?)
16. Zum Abschluss habe ich noch 4 kurze Fragen, und zwar wüsste ich gerne:
 - Wie lange Ihre Ohrgeräusche schon bestehen
 - Ihr Alter
 - Familienstand

9.2 Anschreiben und Antwortbogen der Ärzte

Informationsblatt zur Studie
„Tinnitus aus der Perspektive von Hausärzten und
hausärztlichen Patienten“

Die **Abteilung Allgemeinmedizin** der Universität Göttingen führt eine Studie zu Ohrgeräuschen (Tinnitus) durch. Insbesondere möchten wir mehr darüber erfahren, wie Sie als Hausarzt die Behandlung des Tinnitus erleben und bewältigen.

Wir möchten Sie daher bitten, an einem **halbstündigen telefonischen Interview** teilzunehmen. Alle Ihre Angaben werden **vertraulich** behandelt. **Datenschutz und Anonymität** bleiben gewahrt. Das Interview wird auf Tonband aufgenommen und später abgetippt; Sie können die Abschrift gerne **gegenlesen**. Alle Namen, persönlichen Daten und Ortsbezeichnungen werden dann ersetzt; das Tonband wird **gelöscht**. Die Abschrift enthält keinerlei personenbezogene Daten, Ihre Identität oder die Identität anderer Personen sind nicht erkennbar.

Was kommt bei einer Teilnahme auf Sie zu:

- Sie senden ein Exemplar der **Einverständniserklärung** im beiliegenden Umschlag an die Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen zurück.
- Eine Mitarbeiterin der Abteilung Allgemeinmedizin ruft Sie an, **informiert** Sie ausführlich über das Projekt und beantwortet mögliche weitere Fragen.
- Sie vereinbart mit Ihnen einen **Termin** für ein Telefoninterview.
- Alle Daten werden streng vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form verwendet. Alle Mitarbeiter unterliegen vollständig der **Schweigepflicht**, sämtliche Bestimmungen des Datenschutzrechts werden selbstverständlich beachtet.

Als Teilnehmer/in beachten Sie bitte folgendes:

- Die Teilnahme ist **freiwillig**, eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile mit sich. Sie können Ihr einmal gegebenes Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen und auch die Beantwortung von Fragen ablehnen, ohne dass Ihnen daraus irgendwelche Nachteile entstehen.
- Falls Sie Fragen haben, können Sie sich gerne mit Frau Anja Kapmeyer, Mitarbeiterin der Abteilung Allgemeinmedizin (Tel.: 0551-39 6393) in Verbindung setzen.

Einverständniserklärung der Hausärzte

Einverständniserklärung zur Studie

**„Tinnitus aus der Perspektive von Hausärzten und
hausärztlichen Patienten“**

Ich, wurde vollständig über das Forschungsprojekt mit dem o.g. Titel aufgeklärt. Ich habe den Aufklärungstext gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme an dieser Studie freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angaben von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auswirken wird. Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Studie erhobenen Daten in anonymisierter Form gespeichert und zu Forschungszwecken verwendet werden.

Ich habe eine Kopie der Information und dieser Einwilligungserklärung erhalten. Ich bin damit einverstanden, dass mich eine Projektmitarbeiterin zur Terminabsprache anruft und erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an der Interviewstudie.

Ich bin erreichbar unter folgender **Telefonnummer**: _____

am besten erreichbar um
_____ Uhr

Ort und Datum

Unterschrift des/der Hausarztes/Hausärztin

9.3 Informationsblatt zur Studie für Patienten

Informationsblatt zur Studie
„Tinnitus aus der Perspektive von Hausärzten und hausärztlichen Patienten“

Lieber Patient,
liebe Patientin,

die **Abteilung Allgemeinmedizin** der Universität Göttingen führt eine Studie zu Ohrgeräuschen (Tinnitus) durch. Insbesondere möchten wir mehr darüber erfahren, wie Sie als Patienten Ohrgeräuschen erleben und damit zurechtkommen.

Wir möchten Sie daher bitten, an einem **halbstündigen telefonischen Interview** teilzunehmen. Alle Ihre Angaben werden **vertraulich** behandelt. **Datenschutz und Anonymität** bleiben gewahrt. Das Interview wird auf Tonband aufgenommen und später abgetippt; Sie können die Abschrift gerne **gegenlesen**. Alle Namen, persönlichen Daten und Ortsbezeichnungen werden dann ersetzt; das Tonband wird **gelöscht**. Die Abschrift enthält keinerlei personenbezogene Daten, Ihre Identität oder die Identität anderer Personen sind nicht erkennbar.

Was kommt bei einer Teilnahme auf Sie zu:

- Sie senden ein Exemplar der **Einverständniserklärung** im beiliegenden Umschlag an die Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen zurück.
- Eine Mitarbeiterin der Abteilung Allgemeinmedizin ruft Sie an, **informiert** Sie ausführlich über das Projekt und beantwortet mögliche weitere Fragen.
- Sie vereinbart mit Ihnen einen **Termin** für ein Telefoninterview.
- Alle Daten werden streng vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form verwendet. Alle Mitarbeiter unterliegen vollständig der **Schweigepflicht**, sämtliche Bestimmungen des Datenschutzrechts werden selbstverständlich beachtet.

Als Teilnehmer/in beachten Sie bitte folgendes:

- Die Teilnahme ist **freiwillig**, eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile für Ihre weitere Therapie mit sich. Sie können Ihr einmal gegebenes Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen und auch die Beantwortung von Fragen ablehnen, ohne dass Ihnen daraus irgendwelche Nachteile entstehen.
- Falls Sie Fragen haben, können Sie sich gerne mit Frau Anja Kapmeyer, Mitarbeiterin der Abteilung Allgemeinmedizin (Tel.: 0551-39 6393) in Verbindung setzen.

Einverständniserklärung der Patienten

Patienteneinverständniserklärung zur Studie
 „Tinnitus aus der Perspektive von Hausärzten und hausärztlichen Patienten“

Ich, (Name des Patienten), wurde vollständig über das Forschungsprojekt mit dem o.g. Titel aufgeklärt. Ich habe den Aufklärungstext gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme an dieser Studie freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angaben von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf die weitere Behandlung durch meinen Arzt auswirken wird. Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Studie erhobenen Daten in anonymisierter Form gespeichert und zu Forschungszwecken verwendet werden.

Ich habe eine Kopie der Patienteninformation und dieser Einwilligungserklärung erhalten. Ich bin damit einverstanden, dass mich eine Projektmitarbeiterin zur Terminabsprache anruft und erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an der Interviewstudie.

Ich bin erreichbar unter folgender **Telefonnummer**: _____
 am besten erreichbar um _____ Uhr

 Ort und Datum

 Unterschrift des/der Patienten/in

 Ort und Datum

 Unterschrift des/der Ärztin/Arztes

9.4 Das Software-Programm „Atlas-ti“

The screenshot shows the Atlas-ti software interface. The main window displays a text document titled "P14: IntA14.txt" with the following content:

0379 A14: Symptomatisch. Wenn, wenn das alles nicht
 0380 mehr ging, ich hab' einen auch mal stationär in die
 0381 Psychiatrie eingewiesen.
 0382 D: Ja.
 0383 A14: Weil der suizidal war.
 0384 D: Mmh.
 0385 A14: Ja? Und da musst' ich den einweisen. Oder –
 0386 ich, äh, ich hab' jetzt, äh, wir haben zwei oder drei
 0387 Patienten in den letzten Jahren, auf deren Wunsch
 0388 auch mal in diese Tinnitus – Fachkliniken geschickt.
 0389 Wo die im Wesentlichen – mit gutem Konzept, also,
 0390 es gibt Kliniken, die Scharlatanerie auch machen,
 0391 aber die mit gutem Konzept, und A. ist so eine, die
 0392 machen den Schwerpunkt auf der Verhaltenstherapie.
 0393 D: Mmh.
 0394 A14: Tinnitus – Retraining, ja?
 0395 D: Ja. Wie ist das denn für Sie, wenn man da – man
 0396 kann ja nicht immer weiterhelfen bei Tinnitus. Wie
 0397 kommen Sie denn damit zurecht?
 0398 A14: Das muss man ansprechen, und sagen, ääh, äh, -
 0399 da muss man offen sein! Und sagen, dass es ein
 0400 Symptom ist, dessen Ursache letztendlich unklar ist,
 0401 damit folgend auch, dass alle Behandlungen mehr
 0402 oder weniger auf – äh, Symptomlinderung abzielen
 0403 werden, dass es leider so ist, dass 'n Teil der
 0404 Behandlungen keine erwiesene Wirkung hat, und dass
 0405 man deswegen eher drauf verzichten würde, ja,
 0406 D: Mmh.
 0407 A14: und, äh, - offen sein und sagen, wenn es
 0408 unerträglich ist, muss man natürlich schauen, wie
 0409 kann ich, äh, Komorbiditäten so behandeln, dass es
 0410 vielleicht wieder auf 'ne Ebene kommt, wo 's
 0411 ertragbar ist für die, wenn wer depressiv wird, dann
 0412 geb' ich auch mal Antidepressiva, wenn wer – wegen
 0413 des Tinnitus – überhaupt nicht mehr einschlafen kann,

On the right side of the interface, a list of codes is displayed, each with a star icon:

- Strategie - Überweisung
- Strategie - Abschieben / Sich-selbst-überlassen~
- Strategie - Alternative Therapie~
- Strategie - Rollen- / Erwartungserfüllung~
- Strategie - Überweisung
- Arztempfindung - Hilflosigkeit / Ohnmacht~
- Meinung über Therapie - Therapiemöglichkeiten - keine
- Strategie - Desillusionierung / Zurückhaltung~
- Meinung über Therapie - Symptomlinderung
- Ursache: fraglich~
- Meinung über Therapie - Therapieunsinn~
- Strategie - Behandlung von Komorbiditäten
- Strategie - Praktische Hinweise

At the bottom of the window, the loaded file path is shown: "Loaded PT: P14: IntA14.txt, C:\EIGENE DATEIEN\Tinnitus\Interviews\Arzt-Int h.txt\IntA14.txt".

Zeilenangabe

Aus dem Interviewtext
ausgewähltes Zitat

Das Zitat benennender Code

Danksagung

Für die freundliche Überlassung des Themas der Dissertation danke ich Herrn Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP.

Frau Dipl.-Psych. Anja Rogausch, Frau Anja Kapmeyer, MA, und Frau Prof. Dr. med. Annette Becker, MPH, danke ich für die engagierte Betreuung meiner Arbeit.

Mein besonderer Dank gilt den Ärztinnen und Ärzten sowie den Patientinnen und Patienten, die sich an der Studie beteiligt haben und Auskunft über ihre Sicht der Tinnitusversorgung gaben.

Lebenslauf

Am 14.11.1976 wurde ich in Damme (Niedersachsen) geboren. Dort besuchte ich von 1983-1989 die Grundschule und Orientierungsstufe. Anschließend wechselte ich auf das Gymnasium in Damme, wo ich 1996 die allgemeine Hochschulreife (Abitur) erwarb.

Im Wintersemester 1996/97 nahm ich das Studium der Humanmedizin an der Ruhr-Universität Bochum auf und bestand im August 1999 das Physikum. Im Anschluss wechselte ich an die Georg-August-Universität Göttingen, wo ich das Medizinstudium nach bestandenem ersten (08/2000) und zweiten (03/2003) Staatsexamen im Mai 2004 mit dem dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung abschloss. Vom 1.11.2005 bis zum 26.11.2006 arbeitete ich als Assistenzärztin in der Inneren Abteilung des Krankenhauses Charlottenstift in Stadtoldendorf.

Am 22.06.2001 heiratete ich Achim Wübker; wir haben zwei Kinder (geb. 03.10.2004 und 31.12.2006). Zur Zeit befinde ich mich im Erziehungsurlaub.