

Konsiliarische psychiatrische Mitbetreuung bei Verdacht auf Koinzidenz akuter Innenohrerkrankungen und akuter bzw. chronischer psychiatrischer Krankheitsbilder

Mehnert S¹, Mücke JF², Schallawitz T¹, Engel K¹, Mekonnen B¹

Einleitung:

Eine psychiatrische Beurteilung ist im Rahmen der Diagnostik und Behandlung von Hörsturz- und Tinnituspatienten hilfreich, da bei der Entstehung und Persistenz dieser Störungen psychische Faktoren oft eine wichtige Rolle spielen.

Methode:

Seit 2009 existiert in unserem Klinikum eine psychiatrische Tagesklinik mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz. Nach umfassender Funktionsdiagnostik wurde bei Vorliegen des Verdachts auf eine begleitende psychische Störung bei einem Teil der Patienten ein Konsil bei den Kollegen der Klinik für Psychiatrie veranlasst. Wir führten eine Datenanalyse hinsichtlich der Anzahl der konsiliarisch psychiatrisch mitbetreuten Patienten getrennt nach Hauptdiagnose Hörsturz bzw. akutem/ dekompenziertem Tinnitus zwischen 2009 und 2013 durch. Dabei wurden bereits bestehende oder neu diagnostizierte psychische Störungen und die Einleitung psychopharmakologischer und psychiatrischer Behandlungen (ambulant, teilstationär, stationär) erfasst.

Ergebnisse:

Im Beobachtungszeitraum wurden insgesamt 356 Patienten mit Hörsturz und Tinnitus stationär HNO-ärztlich behandelt, davon 276 mit Hörsturz und 80 mit akutem bzw. dekompenziertem Tinnitus. In der Gruppe der Hörsturzpatienten wurden 39 (14,1%; m/w: 14/25) konsiliarisch psychiatrisch untersucht, in der der Tinnituspatienten 28 (35%; m/w: 11/17). Die durchschnittliche stationäre Verweildauer betrug 7,7 Tage.

In beiden Gruppen traten nach ICD-10 die Diagnosen Anpassungsstörung bzw. Somatisierungsstörung (Hörsturz: 46,2% bzw. 30,8%; Tinnitus: 42,9% bzw. 25%) am häufigsten auf. Die Diagnose einer nach ICD-10 (mindestens mittelgradig) ausgeprägten Depression wurde in der Gruppe der Hörsturzpatienten häufiger diagnostiziert (23% \searrow 14,3%). [Tabelle 1] Hinsichtlich der begünstigenden (reaktiven) Faktoren für eine psychische Erkrankung ergaben sich hauptsächlich Belastungen in Beruf und/ oder Familie, wobei nur Frauen – die auch die Mehrzahl [62,7%] aller vorgestellten Patienten bildeten - die Doppelbelastung (Beruf und Familie) als Hauptgrund der depressiven Symptomatik angaben. [Tabelle 2]

Bei 56,4% der Hörsturz- und 71,4% der Tinnituspatienten wurde die Empfehlung der Inanspruchnahme einer psychiatrischen Behandlung (ambulant, teilstationär, stationär) gegeben – häufig kombiniert mit der Empfehlung des Erlernens eines Entspannungsverfahrens (progressive Muskelrelaxation, [PMR] etc.) . Insgesamt 20 Patienten (29,8%) wurden aus beiden Gruppen unmittelbar nach Entlassung psychiatrisch in unserem Klinikum weiterbehandelt (ambulant, teilstationär oder stationär). 41% der Hörsturzpatienten und 39% der Tinnituspatienten erhielten eine unterstützende psychopharmakologische Therapie, vornehmlich mit einem schlafanstoßenden Antidepressivum (z.B. Mirtazapin). [Tabelle 3]

Schlussfolgerung:

Der Bedarf einer psychiatrischen Diagnostik mit eventueller Einleitung einer psychiatrischen Weiterbehandlung steht bei der Häufigkeit von psychiatrischer Komorbidität bei Tinnitus- und Hörsturzsymptomatik sowohl bei ambulanten als auch bei stationär HNO-ärztlich behandelten Patienten außer Frage. Auch bei Begutachtungen, insbesondere bei Vorliegen dekompenzierter Ohrgeräusche, wird die Bewertung von neurologisch-psychiatrischer Seite empfohlen [1].

Eine depressive Grundhaltung, die Neigung zur Selbstbeobachtung, Probleme bei der Stressverarbeitung und Erschöpfungszustände sind wichtige Aspekte für die Einordnung der Erkrankung und für die Auswahl einer geeigneten Therapie [2].

Ein möglicher psychotherapeutischer Therapieansatz ist die Verhaltenstherapie, bei der das Ziel darin besteht, psychische Beschwerden durch Veränderungen im Denken und Handeln des Patienten günstig zu beeinflussen bzw. abzubauen. Elemente wie Entspannungsverfahren (PMR, Autogenes Training) und Stressbewältigungstraining können dabei genutzt werden. Zudem gibt es Ansätze, die Verhaltenstherapie mit einer Tinnitus-Retrainingtherapie zu kombinieren [3].

Eine weitere interessante Aufgabe wäre, zu untersuchen, welche Kriterien bei einem Patienten letztlich über eine konsiliarische psychiatrische Vorstellung eines stationär HNO-ärztlich behandelten Patienten entscheiden und ob hierbei ein standardisiertes Vorgehen sinnvoll wäre.

Diagnosen \rightarrow \downarrow	Belastungs-/ Anpassungsstörung	Somatisierungsstörung	Depression	Keine psychiatrische Diagnose
Hörsturz	18	12	9	5
Tinnitus	12	7	4	4

Tabelle 1: Psychiatrische Haupt-/ Nebendiagnosen, Kombinationen pro Patient möglich

Diagnosen	Belastung Beruf	Belastung Familie	Belastung Beruf und Familie	Sonstiges
Hörsturz n=39	8	5	12	14
Tinnitus n=28	7	9	7	5

Tabelle 2: Ursachen der psychischen Erkrankung

Diagnose	Psychiatrische Therapie/ Psychotherapie	Ausschließlich Entspannungs- verfahren (PMR etc.)	Medikamentöse Therapie in Verbindung mit entsprechender psych. Therapie	Ausschließlich medikamentöse Therapie nach Gespräch	Keine Therapie bzw. „nur“ unterstützendes Gespräch
Hörsturz	22	12	16	-	9
Tinnitus	20	12	11	-	-

Tabelle 3: Therapieoptionen der psychischen Erkrankungen, Kombinationen möglich

Literatur:

1: Brusis T. (2002) Aktuelle Entwicklungen und Fragestellungen in der Begutachtung
In: Wolfgang Stoll, Das neurootologische Gutachten. Stuttgart; New York: Thieme
2: Strutz J, Mann W. (2001) Erkrankungen der Hör- und Gleichgewichtsorgane- Hörschädigungen unterschiedlicher Genese und Ohrgeräusche- Tinnitus
In: Jürgen Strutz, Wolf Mann, Praxis der HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie. Stuttgart; New York: Thieme
3: Wolf E. (2010) Stellenwert der Verhaltenstherapie bei Tinnitus
In: Informationsportal Tinnitus.
<http://www.tinnitus.de/infos/verhaltenstherapie-bei-tinnitus.html>

Autoren: 1: Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Plastische Operationen
Georgius-Agricola-Klinikum Zeitz
Chefarzt: Dr. med. Bekele A. Mekonnen
2: Klinik für psychische Erkrankungen, Saale-Unstrut-Klinikum Naumburg/ S. Außenstelle Zeitz, Tagesklinik Psychiatrie
Chefarzt: PD Dr. med. Felix M. Böcker

Korrespondierender Autor:
Dr. med. Steffen Mehnert
Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Plastische Operationen
Georgius-Agricola-Klinikum Zeitz
Lindentallee 1
06712 Zeitz
e-mail: s.mehnert@klinikum-zeitz.de

