

Anmerkung der Redaktion: Zwischenzeitlich haben sich Erkenntnisse gefestigt, dass die apparatlastige TRT aus dem angloamerikanischen Bereich mit Rauschgeräten/Noisern nicht so wirksam ist wie die in Deutschland schon lange etablierte kognitive Verhaltenstherapie. Der folgende Beitrag befasst sich speziell mit dieser Thematik.

Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT)

Unpassende Bezeichnung TRT vermeiden

von Prof. Dr. Gerhard Goebel, Prof. Dr. Gerhard Hesse und Prof. Dr. Birgit Mazurek

In der Zeitschrift Hörakustik von September 2019 war ein Beitrag mit dem Titel „Johns Hopkins School zweifelt an TRT“ erschienen. Darin zitiert wurde das Resultat einer kontrollierten Studie: Die TRT bessere Beschwerden und die Lebensqualität von Tinnitus-Patienten nicht stärker als eine Standardberatung. Die Hörakustik wollte wissen, wie die deutsche Tinnitus-Forschung diese Aussage beurteilt, und hat die Experten Prof. Dr. Gerhard Goebel, Prof. Dr. Gerhard Hesse und Prof. Dr. Birgit Mazurek befragt. Der folgende Beitrag erschien in Hörakustik 10/2019 und wurde uns freundlicherweise vom Median-Verlag von Killisch-Horn sowie den Autoren zum Abdruck im TF zur Verfügung gestellt.

„Johns Hopkins School zweifelt an TRT“ – so heißt es in einer Pressemitteilung in der *Hörakustik* 9/2019, Seite 6. Man könnte es aber auch ohne Umschweife und ungeschminkt folgendermaßen ausdrücken: „Johns Hopkins School belegt, dass Rauschgeneratoren (RG, Noiser) bei der Behandlung des chronischen Tinnitus im Rahmen einer Tinnitus-Retraining-Therapie ein Placebo sind.“ Aber das würde einen Aufschrei der Branche hervorrufen.

Die Quelle dieser für den deutschen Leser zunächst nicht durchschaubaren Botschaft bezüglich der TRT geht auf die Ergebnisse der randomisiert angelegten Multicenter-Studie (Random Control Trial (RCT)) aus Baltimore, USA, zurück, die vom Johns Hopkins Center for Clinical Trials and Evidence Synthesis der Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health seit 2011 koordiniert und im Mai 2019 abgeschlossen wurde (Scherer et al., 2019). Diese Längsschnittstudie wurde mit hohem Aufwand über einen Beobachtungszeitraum von 18 Monaten betrieben. Von den 151 im Durchschnitt 50 ± sechs Jahre alten Tinnitus-Betroffenen (44 Frauen und 107 Männer) wurde randomisiert ein Drittel einer TRT zugeteilt (Tinnitus-Counseling und konventionelle RG), 51 erhielten das gleiche Tinnitus-Counseling, jedoch mit Placebo-RG

(siehe unten). Die dritte Gruppe erhielt ein abgespecktes Tinnitus-Counseling ohne RG (Standardversorgung).

Der Tinnitus der Teilnehmer entsprach der TRT-Kategorie 1 nach Jastreboff, also einem Tinnitus mit hohem Schweregrad unter anderem im Tinnitus-Fragebogen (TQ) ohne relevante Hörprobleme. Hyperakusis war kein Ausschlusskriterium. Lediglich Betroffene mit schwer beeinträchtigender Hyperakusis konnten nach Ermessen des Studienaudiologen ausgeschlossen werden, wenn er der Meinung war, dass die RG-Therapie für die Behandlung der Hyperakusis unerlässlich war, wodurch die Zuordnung der potenziellen Versuchsperson zur Standardversorgung nicht vertretbar gewesen wäre.

Als RG wurde ein digital-äquivalenter RG des Tranquil-Modells von General Hearing Instruments, Inc. verwendet. Der Einsatz dieser RG ermöglicht die Standardisierung der RG-Therapie über die Teilnehmer hinweg und bietet die Möglichkeit, ein doppelblindes Placebo für die RG-Therapie zu erreichen. Untersucht wurde die TRT nach Jastreboff und Hazell (2004), die bis dahin keine belastbaren Studienergebnisse publizieren konnten. Mit der aktuellen Studie lässt sich dies jetzt differenzierter analysieren: Allerdings schneiden

die Ergebnisse des „Jastreboff-Counseling“ im Vergleich zu der Kontrollgruppe mit tinnituspezifischer „Betreuung“ nicht besser ab. Dies verwundert nicht, da in dem Design der Kontrollgruppe viele Module enthalten sind, die auf die Vorarbeiten von Jastreboff und Hazell zurückgehen.

Die Studie belegt die Effektivität einer niederfrequenten tinnituspezifischen Beratung (Counseling) durch nicht medizinische Berufsgruppen (Audiologen oder wissenschaftlich engagierte Experten) (Jastreboff und Hazell, 2004). In allen Behandlungsgruppen wurde nach 18 Monaten eine signifikante Verbesserung des TQ für TRT (Effektstärke -1,32), partielle TRT (Effektstärke -1,16) und Standardbetreuung (Effektstärke -1,01) beobachtet. Dies sind sehr hohe Effektstärken, die Gruppenergebnisse unterscheiden sich jedoch nicht signifikant. Haupteckenergebnis dieser Studie ist, dass die zusätzliche Versorgung der Probanden mit RG keinen Zusatzeffekt bringt: Weder die Kombination des Counseling mit RG im Vergleich zu einem Placebo-RG noch im Vergleich zu einer nicht mit RG versorgten Probandengruppe änderte an dem Ergebnis etwas Bedeutendes. Die Autoren ziehen allerdings den missverständlichen Schluss, dass TRT nicht wirksam ist, meinen aber, dass die mit dem Counseling kombinierte

Hörtherapie mit RG unwirksam ist. Ähnlich missverständlich drücken es auch die deutsche und europäische Leitlinie (Zenner et al., 2015) aus: „TRT ist nicht wirksam.“ Aber das Counseling als Standardbetreuung ohne RG ist über 18 Monate mit einer Effektstärke von -1,01 wirksam (siehe oben). In Untersuchungen von Haerkötter und Hiller (1999), Goebel et al. (1999) und Delb et al. (2002) war schon damals zweifelhaft, ob die RG-Anwendung als additive Behandlung zur kognitiven Verhaltenstherapie einen zusätzlichen Effekt erkennen lässt. Mit Blick auf die Ergebnisse ihrer Therapiestudie formulieren Haerkötter und Hiller bereits 2001 ihr ungutes Gefühl in einem Beitrag für die Mitglieder der Deutschen Tinnitus-Liga e. V. (DTL) mit der Überschrift: „TRT und kognitive Verhaltenstherapie: Zweckehe oder Liebesheirat?“.

Was hat das nun für uns in Deutschland zu bedeuten?

Um es nochmals zusammenzufassen: In Deutschland ist das Counseling auf Initiative der ADANO (ADANO 1998) schon sehr früh maßgeblich durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente unter Belassung des Begriffes „Counseling“ intensiviert worden; so arbeiten nach Empfehlung der von der Deutschen Hals-Nasen-Ohren(HNO)-Gesellschaft in Auftrag gegebenen Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Audiologen, Neurootologen und Otologen (ADANO) in den Behandlungsteams ein HNO-Arzt mit psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten zusammen. Als Anschubhilfe gab es damals mehrere Ausbildungsinitiativen, bei denen sich der HNO-Arzt zusammen mit einem approbierten psychologischen oder medizinischen Psychotherapeuten fortbilden konnte. Es war die Zeit, in der die sich bisher wenig dafür interessierenden Psychologen ins Boot geholt werden konnten. Eine Zusammenarbeit mit einem Hörakustiker sowie die Beachtung der psychischen Komorbidität ist Inhalt dieser Vorgehensweise. Kröner-Herwig et al. (1995) aus Göttingen sowie Delb et al. (2002) konnten in RCT-Studien die Effektivität ihrer tinnituszentrierten Gruppenarbeit belegen, was in der Leitlinie (Zenner et al., 2015) die kognitive Verhaltenstherapie als evidenzbasiert auf die Stufe 1A gehoben hat.

Die Behandlung ist im Gegensatz zu den angloamerikanischen Einrichtungen häufig gruppentherapeutisch ausgerichtet. Bereits 1997 publizierten Kröner-Herwig und als

2. Auflage 2010 zusammen mit Jäger und Goebel sowie 2002 Delb et al. Behandlungsmanuale, die auf evidenzbasierten Forschungsarbeiten unter maßgeblicher Beteiligung durch Verhaltenstherapeuten basieren (Kröner-Herwig et al., 1995; Delb et al., 2002; Weise et al., 2016). In Unkenntnis der oben beschriebenen Abgrenzung gegenüber der angloamerikanischen TRT (Jastreboff und Hazell, 2004) ist dem Hogrefe Verlag 2002 der Fehler unterlaufen, das Manual von Delb et al. (2002) mit „Manual zur Tinnitus-Retraining-Therapie“ zu betiteln, was dem Inhalt in keiner Weise entspricht. Warum der Verlag diesen Titel gewählt hat, bleibt unklar und hat schon damals viele der einschlägig forschenden Therapeuten irritiert.

Im Hinblick auf indizierte Anpassungsversuche mit Hörgeräten und gegebenenfalls mit RGs für die Hyperakusis (Jastreboff und Hazell, 2004) arbeiten die Teams eng mit Hörakustikern zusammen. Dies steht – wie oben bereits aufgeführt – im Kontrast zur angloamerikanischen TRT (Jastreboff und Hazell, 2004), deren Ziel es ist, dem Betroffenen bei der Habituation behilflich zu sein. In der vorliegenden Studie (Scherer, 2019) wird ausdrücklich betont, dass diese Kontakte keiner Psychotherapie gleichkommen. Dieser Aspekt ist grundsätzlich, weswegen sich Behandlungszentren in Deutschland schon längst weitgehend von dem angloamerikanischen Konzept der TRT distanzieren und durch kognitive Verhaltenstherapie den Betroffenen bei der Bewältigung und Akzeptanz der Tinnitus-Problematik behilflich sind, ihre

Therapieform jedoch fälschlicherweise oft noch mit dem Begriff TRT umschreiben.

Fazit

Wir dürfen in Anbetracht der aktuellen Studie aus Baltimore also nicht „das Kind mit dem Bade ausschütten“! Es ist an der Zeit, dass wir unsere nationalen Therapien umbenennen, zum Beispiel in „Tinnitus-Bewältigungs-Therapie“ (TBT) oder in „TRT nach ADANO“ (ADANO 1998), und zumindest die unpassende Bezeichnung TRT vermeiden. Es passiert nämlich nicht selten, dass bei den ambulanten Tinnitus-Therapiezentren bei Nennung der TRT die Kostenübernahme durch die Krankenversicherung abgelehnt wird mit der Begründung, dass in den Leitlinien (Zenner et al., 2015) die apparatelastige TRT nach Jastreboff und Hazell als unwirksam eingestuft wird.

Der Beitrag erschien in der Zeitschrift Hörakustik, Ausgabe 10/2019. Wir danken dem Median-Verlag von Killisch-Horn sowie den Autoren für die freundliche Genehmigung zum Nachdruck.

Das Literaturverzeichnis kann unter dem Stichwort „Goebel, Hesse, Mazurek, TF 1/2020“ bei der TF-Redaktion angefordert werden.

MITSTREITER*INNEN

GESUCHT!

Wir bitten die Mitglieder, die in der Mitgliederbefragung geschrieben haben, dass sie sich in der DTL-Vorstandsarbeit, den Gruppen oder anderen Projekten engagieren möchten, uns nochmals unter ihrem Namen zu kontaktieren. Vielen Dank!

Kontakt:

Michael Bergmann, Geschäftsführer der Deutschen Tinnitus-Liga e. V. (DTL)
Telefon: 0202 24652-41, E-Mail: m.bergmann@tinnitus-liga.de