

Studie der DTL und des Instituts für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

# Die Wirkungen der Selbsthilfegruppenarbeit in der DTL

von Dr. Christopher Kofahl und Prof. Dr. Gerhard Goebel

*Im Mai 2012 startete die Studie „Evaluation der Wirksamkeit von Selbsthilfegruppenarbeit in der DTL“. Die Studie wurde durchgeführt von der Deutschen Tinnitus-Liga e. V. (DTL) und dem Institut für Medizinische Soziologie (IMS) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und wurde von der IKK classic gefördert. Im Folgenden stellen Dr. Christopher Kofahl vom IMS und DTL-Vizepräsident Prof. Dr. Gerhard Goebel die Ergebnisse der Studie vor.*

## Hintergrund

Vor etwa fünf Jahren begann die Deutsche Tinnitus-Liga e. V. (DTL) die ersten Schulungen ehrenamtlicher Sprecher der regionalen Selbsthilfegruppen (im Folgenden: SHG). In den kontinuierlich umgesetzten Schulungsmaßnahmen werden unter anderem Wissen und Kompetenz in der Organisation und Moderation der Gruppentreffen vermittelt sowie gruppenbezogene Kommunikation und psychologische Techniken der Konflikt-Klärung durch praktische Übungen gelehrt. Durch diese Qualifizierungsmaßnahmen ist in der Wahrnehmung der Beteiligten die Aktivität in den jeweiligen SHG wie auch die innere Zufriedenheit und Eigenaktivität der Mitglieder in den Gruppen mit qualifizierten Gruppensprechern deutlich gestiegen. Die Betroffenen- und Laienkompetenz wurde gefestigt und wird den Mitgliedern in den Gruppen weitergegeben (Werner & Kofahl, 2013a). Um diese Qualitätssteigerung der Selbsthilfearbeit in der DTL zu belegen sowie die Investitionen in die Schulungen der DTL-Berater zu begründen, startete die DTL im Mai 2012 ein Projekt zur Evaluation der Wirkungen der Selbsthilfe (Kofahl et al., 2014).

Trotz einiger Studien zur Bedeutung und Funktionsfähigkeit von SHG sowie der Motive von Betroffenen und Patienten, sich SHG anzuschließen, gibt es wenig bis kein Wissen darüber, ob und wie SHG sich spezifisch auf

Gesundheit, Krankheitsbewältigung und Lebensqualität auswirken (Woolacott et al., 2006; Pistrang et al., 2008; Schulz-Nieswandt, 2011). Vermutlich ist dies auch darin begründet, dass der Löwenanteil der Selbsthilfe von den Betroffenen ehrenamtlich und autonom aus eigener Tasche in Form von Mitgliedsbeiträgen und indirekten Kosten wie der mit Selbsthilfearbeit aufgewendeten Zeit getragen wird. Die DTL hat sich dieser Frage gestellt, um mehr über die förderlichen und hinderlichen Rahmenbedingungen, Möglichkeiten und Grenzen der SHG-Arbeit sowie erfolgreiche und weniger erfolgreiche Maßnahmen in der Selbsthilfe zu erfahren.

Im Folgenden werden die Ergebnisse einer durch die IKK classic geförderten Studie der DTL und des Instituts für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf dargestellt. Der Fokus richtet sich



hierbei auf die Mitglieder der regionalen Tinnitus-SHG – zum einen in ihrer Bewertung der SHG-Arbeit und zum anderen auf Unterschiede zwischen ihnen und anderen Tinnitus-Betroffenen, die nicht SHG-aktiv sind. Untersucht werden hier Tinnitus-bezogene Gesundheitskompetenz, Coping und Selbstwirksamkeit sowie Lebensqualität.

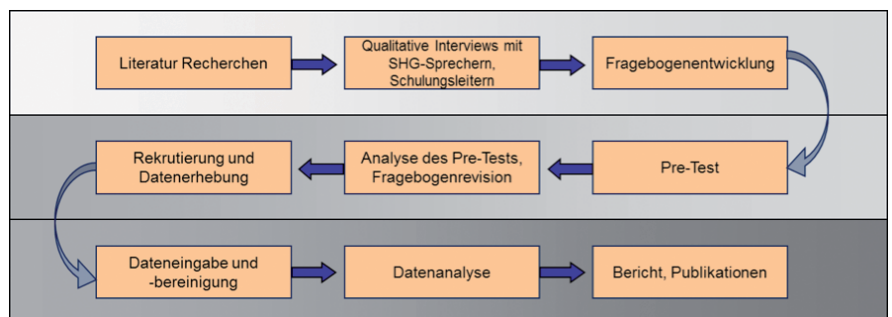


Abb. 1: Methodischer Ablauf.

**Methodik**

Die Studie begann bereits in der zweiten Jahreshälfte 2012 mit einer qualitativen Voruntersuchung, an der sich 26 Schulungsleiter, DTL-Berater, geschulte wie ungeschulte SHG-Sprecher und SHG-Mitglieder beteiligten (Werner & Kofahl, 2013a, 2013b). Auf Basis der in den 26 Interviews gewonnenen Informationen sowie der beiden quantitativen Studien in 2004 (Goebel & Hiller, 2005, 2006) und 2010 (Wallhäußer-Franke et al., 2012) wurde ein Fragebogen mit Fokus auf SHG-Aktivitäten sowie zu Aspekten der DTL-Verbandsarbeit erstellt und allen DTL-Mitgliedern neben einer zweiseitigen Hilfe und Information zu Sinn und Zweck der Befragung als Einlage im Innenteil des *Tinnitus-Forums 2/2013* zugeschickt (Abb. 1). Parallel dazu konnten die Mitglieder sich auch über eine inhaltlich identische Online-Umfrage beteiligen. Der größte Teil der DTL-Mitglieder bevorzugte die postalische Version und nutzte den Papierfragebogen (77 Prozent). Insgesamt haben sich 986 DTL-Mitglieder beteiligt. Wir möchten uns an dieser Stelle nochmals sehr herzlich für die Teilnahme bedanken!

Der Fragebogen bestand aus 140 Einzelfragen (Items), von denen aber nur ca. 120 zu beantworten waren – je nachdem, ob die Teilnehmenden Mitglieder einer SHG sind

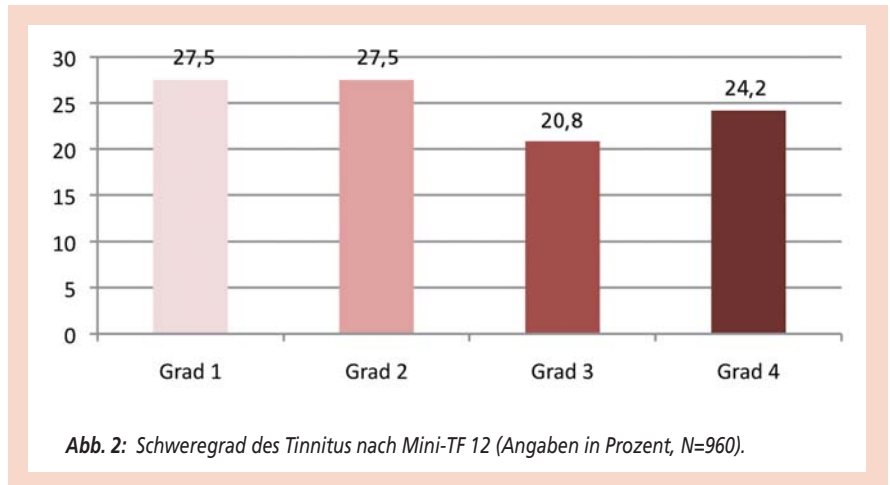


Abb. 2: Schweregrad des Tinnitus nach Mini-TF 12 (Angaben in Prozent, N=960).

oder waren beziehungsweise keine SHG-Erfahrung haben:

- Soziodemografie (15 Items)
- Tinnitus-Charakteristika und Behandlung (22 Items)
- Tinnitus-Belastung (Mini-TF 12, 12 Items)
- Depressivität (GHQ mental health, 3 Items)
- Körperliche und seelische Gesundheit (SF12 = 12 Items)
- Quality of Life (WHOQOL, 1 Item)
- Tinnitus-bezogenes Wissen (14 Items)
- Einstellungen zum Umgang mit Krankheit (12 Items)
- Unterstützung durch Dritte (12 Items)

- Fragen zur DTL (19 Items)
- Fragen zu SHG für Nicht-Gruppenmitglieder (7 Items)
- Fragen zu SHG für Gruppenmitglieder (20 Items)

**Ergebnisse**

Die teilnehmenden DTL-Mitglieder sind zu 60,8 Prozent Männer und im Durchschnitt 63 Jahre alt (Frauen = 62, Männer = 64 Jahre; die jüngste Teilnehmerin 24 und die älteste Teilnehmerin 90 Jahre). Sie sind durch ihren Tinnitus hoch belastet: 81 Prozent von

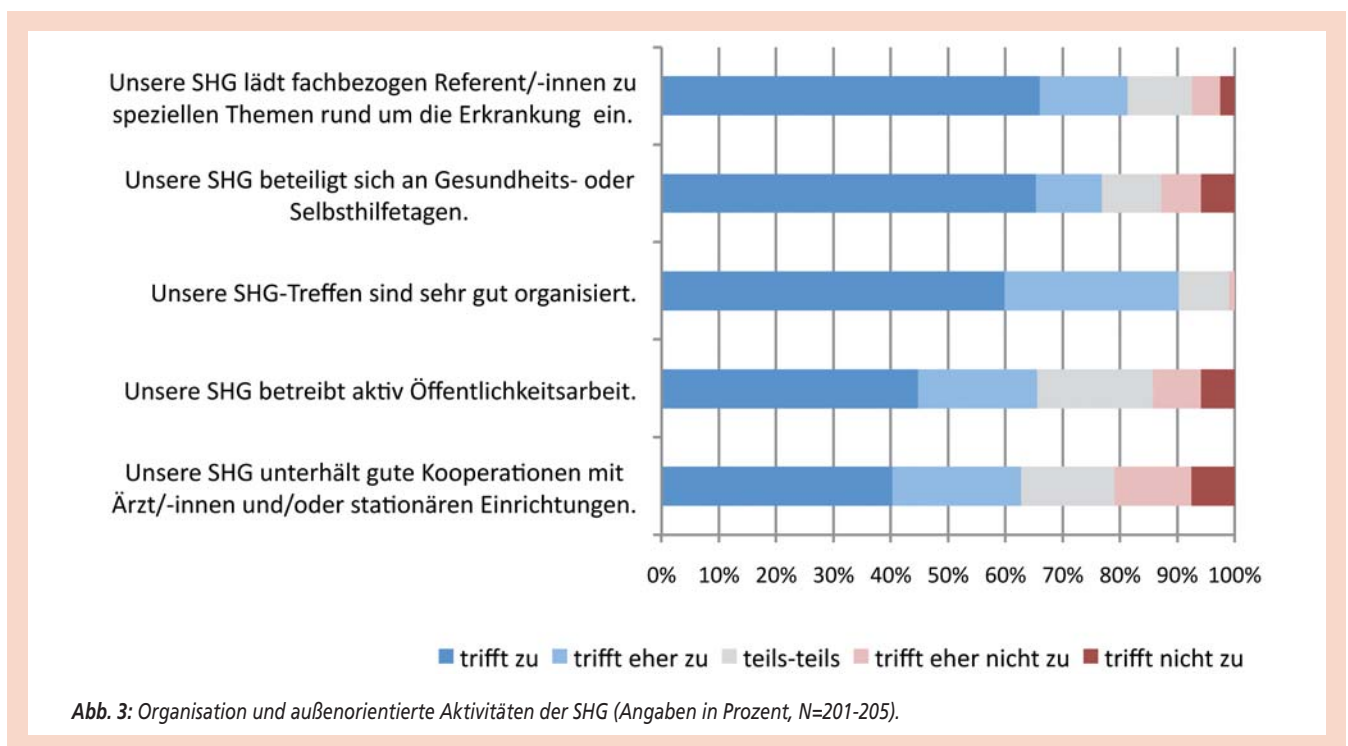


Abb. 3: Organisation und außenorientierte Aktivitäten der SHG (Angaben in Prozent, N=201-205).

ihnen hören diesen dauerhaft ohne Unterbrechungen. Insbesondere die Tinnitus-Lautheit plagt mehr als jeden Dritten in alles übertönder Stärke. Insgesamt sind die Teilnehmenden in dieser Studie deutlich stärker belastet als die Teilnehmenden in den Untersuchungen von 2004 und 2010. Besonders die Betroffenen mit Schweregrad 4 im Mini-TF 12 bilden hier einen deutlich größeren Anteil (Abb. 2).

215 DTL-Mitglieder in dieser Stichprobe waren zum Zeitpunkt der Umfrage aktiv in einer SHG (22 Prozent), 115 waren dies in der Vergangenheit (12 Prozent), 641 haben noch niemals eine SHG besucht (66 Prozent), von 15 DTL-Mitgliedern fehlen hierzu die Angaben. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich nur auf die aktiven SHG-Mitglieder und zum Vergleich auf diejenigen, die noch nie in einer SHG waren. Zuvor ist bezüglich der ehemaligen SHG-Mitglieder zumindest zu erwähnen, dass der am häufigsten – oft mit Bedauern – genannte Grund für das Ende der SHG-Aktivität die Auflösung der Gruppe war. Weitere häufige Gründe waren gesundheitliche Beeinträchtigungen und zu weite Wege. Nicht zu verschweigende Gründe sind aber auch Unzufriedenheit mit der Gruppendynamik oder der Leitung der Gruppe sowie die Rückmeldung von acht Personen, dass sich durch die Gruppe ihre Tinnitus-Belastung verstärkt habe.

## Wie schätzen die SHG-Mitglieder die Arbeit ihrer Gruppe ein?

Den SHG-Mitgliedern war in der Umfrage ein eigener Abschnitt gewidmet, der sich mit verschiedenen Aspekten der SHG-Arbeit und ihrer Wirkungen befasste. Insgesamt positiv fallen die Bewertung der Gruppenmitglieder zur Organisation der Gruppen und ihre Außenaktivitäten wie Öffentlichkeitsarbeit oder Kooperationen mit Ärzten oder Krankenhäusern aus (Abb. 3). Insbesondere die Einbeziehung von externer fachlicher Expertise ist für die meisten Gruppen eine Selbstverständlichkeit. Weniger selbstverständlich ist die Kooperation zwischen gesundheitlichen Dienstleistern und SHG. Hier machen viele SHG auch jenseits der Tinnitus-Selbsthilfe ganz unterschiedliche Erfahrungen, die sich auf dem Kontinuum zwischen negativen und positiven Erfahrungen eher die Waage halten (Kohler et al., 2009). Vor diesem Hintergrund sind die hier genannten Kooperationsbeziehungen im Vergleich mit anderen Selbsthilfestudien als sehr positiv zu bewerten.

Für die einzelnen SHG-Mitglieder sind die persönlichen Gewinne von zentraler Bedeutung. Da diese die Motivation zur SHG-Beteiligung entscheidend beeinflussen, sollte es nicht überraschen, dass die erlebten Wirkun-

gen der SHG-Arbeit aus Sicht der Gruppenmitglieder sehr umfassend eintreten. Die Abbildung 4 gibt eine Reihe von psychologischen Aspekten der SHG-Beteiligung wieder, die selbst unter Berücksichtigung dieser Positivselektion (SHG werden von Menschen besucht, die diese als sinnvoll für sich erachten) erstaunlich hohe Zustimmung finden.

Wenn wir uns vor Augen führen, dass manche Tinnitus-Betroffene für sich die Erfahrung machten, die Teilnahme in einer SHG würde ihre Tinnitus-Belastung erhöhen (siehe oben), so gibt doch ein erheblicher Teil der SHG-Aktiven eine Abnahme der Tinnitus-Belastung an. Das heißt, selbst bei den eher gering beeinflussbaren Faktoren zeigen sich in der Selbstwahrnehmung der Betroffenen positive Ergebnisse.

## Wie unterscheiden sich die SHG-Mitglieder von den DTL-Mitgliedern ohne SHG-Erfahrung?

Über die Selbsteinschätzung der Gruppenmitglieder hinaus hat uns interessiert, ob sich Zusammenhänge zwischen Gruppenbeteiligung und anderen Variablen wie Gesundheitskompetenz, Selbstwirksamkeit, Krankheitsbewältigung oder Lebensqualität messen lassen. Dazu wurde eine Reihe von Tests und standardisierten Instrumenten in

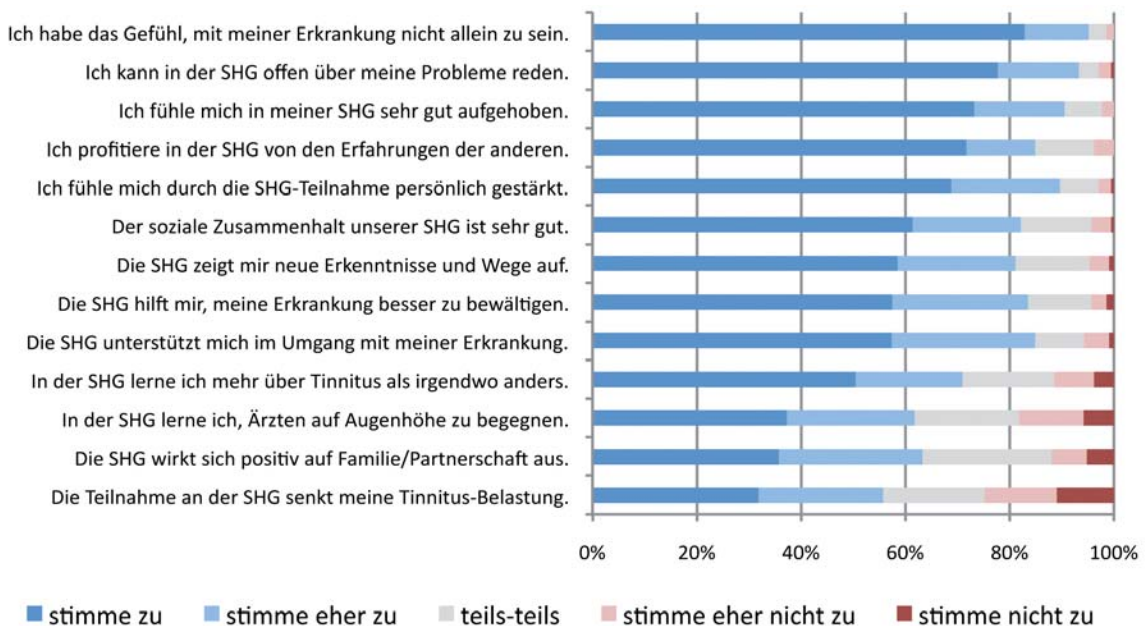


Abb. 4: Wirkungen der SHG-Teilnahme aus Sicht der Gruppenmitglieder (Angaben in Prozent, N=208-213).

die Umfrage integriert. Als Vergleichsgruppe werden die DTL-Mitglieder gegenübergestellt, die noch niemals in einer SHG waren. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass auch diese schon allein aufgrund ihrer DTL-Mitgliedschaft eine vermutlich größere Gesundheitskompetenz aufweisen als Betroffene, die sich bezüglich ihrer Erkrankung gar nicht engagieren. Dennoch zeigen sich bereits zwischen diesen beiden Gruppen signifikante Unterschiede zugunsten der SHG-Mitglieder, die wir im Folgenden darstellen werden (Tab. 1).

Vorab stellt sich jedoch die Frage, ob diese beiden Gruppen hinsichtlich ihrer soziodemografischen Merkmale (Alter, Geschlecht, Bildung etc.) überhaupt vergleichbar sind. Sie sind es ohne weiteres tatsächlich nicht. So sind SHG-Mitglieder im Durchschnitt deutlich älter als Nicht-Mitglieder. Das Geschlechterverhältnis ist in beiden Untersuchungsgruppen gleich. Bezüglich der Tinnitus-Belastung und der allgemeinen Lebensqualität sind beide hier untersuchten Gruppen ohne Unterschied.

Der größte Unterschied zeigt sich im Tinnitus-bezogenen Wissen, das mit einem Test aus 13 Fragen rund um und über Tinnitus gemessen wurde. Auch die Aussage „*Ich kann sehr gut mit meiner Erkrankung leben*“ (Coping) fand unter den SHG-Mitgliedern signifikant höhere Zustimmung als bei den Mitgliedern der Vergleichsgruppe.

Wegen der soziodemografischen Unterschiede gilt es nun zu prüfen, ob das höhere Tinnitus-Wissen und die tendenziell bessere

	SHG-Mitglieder (n=215) (M oder %)	Nicht-Mitglieder (n=641) (M oder %)	p
Alter in Jahren	66,4	61,5	<0,001*
Geschlecht (weiblich)	41,7 %	39,5 %	0,576 <sup>+</sup>
Schulbildung (5 Stufen: niedrig bis hoch)	3,26	3,69	<0,001°
Tinnitus bezogenes Wissen (0 bis 13 Punkte, mehr Punkte = mehr Wissen)	6,84	5,82	<0,001°
Coping – „Ich kann sehr gut mit meiner Erkrankung leben“ (5er-Skala von stimme zu (1) bis stimme nicht zu (5))	2,65	2,83	0,049°
Lebensqualität (WHOQOL; 5er-Skala von sehr schlecht (1) bis sehr gut (5))	3,37	3,35	0,904°
Tinnitus-Belastung (Mini-TF 12; 4 Kategorien von mild (1) bis schwer (4))	2,47	2,36	0,227°
*T-Test; <sup>+</sup> Chi <sup>2</sup> -Test; <sup>°</sup> Mann-Whitney U-Test			

Tab. 1: Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den DTL-Mitgliedern in SHG und den DTL-Mitgliedern ohne SHG-Erfahrung.

	Unabhängige Variablen	$\beta$	p
Abhängige Variable: „Tinnitus-Wissen-Index“ 0 bis 13 Punkte	Alter in Jahren	-0,21	<0,001
	Geschlecht (weiblich ↑)	0,03	0,454
	Schulbildung (5 Kategorien: niedrig bis hoch)	0,17	<0,001
	SHG-Beteiligung ( ↑ )	0,25	<0,001
	Tinnitus-Belastung	-0,13	<0,001

Tab. 2: Zusammenhänge zwischen Tinnitus-bezogenem Wissen und Alter, Geschlecht, Schulbildung, SHG-Beteiligung und Tinnitus-Belastung (multiple lineare Regression).

<sup>1</sup> Wie sind die Angaben in den Regressionstabellen zu lesen? Der angegebene  $\beta$ -Wert ist ein Zusammenhangsmaß, das von -1 bis +1 reichen kann. Ein Wert von „0“ oder nahe „0“ zeigt, dass kein Zusammenhang existiert, ein  $\beta$ -Wert von 0,2 und mehr zeigt bereits einen für sozialwissenschaftliche Untersuchungen bemerkenswerten Zusammenhang. Der Wert „p“ gibt einen Hinweis darauf, wie sicher man sich sein kann, dass der gemessene  $\beta$ -Wert nicht möglicherweise falsch ist. Je kleiner „p“, desto sicherer kann man sich sein. (Es ist üblich, einen Wert unter 0,05 als „signifikant“ oder „statistisch gesichert“ zu betrachten.)

Krankheitsbewältigung nicht diesen Unterschieden geschuldet sind. Das hierfür zu verwendende statistische Verfahren sind multivariate Regressionsanalysen<sup>1</sup>. Diese berücksichtigen die unterschiedlichen Verteilungen in beiden Gruppen und lassen somit eine Berechnung des „Netto-Effekts“ zu. So ist zum Beispiel zu vermuten, dass Tinnitus-Wissen und Bildung schon per se in einem Zusammenhang stehen. In Tabelle 2 ist zu sehen, dass dem in der Tat so ist – umso größer zeigt sich dann allerdings der (Netto-)Effekt durch SHG-Beteiligung. Die Regressionsanalyse zeigt auch, dass das Geschlecht in keinerlei Zusammenhang mit Tinnitus-Wissen steht, wohl aber das Alter in dem Sinne, dass das Wissen bei den Älteren tendenziell geringer ist als bei den Jüngeren, dass das Wissen tendenziell etwas höher ist bei denjenigen mit höheren Schulabschlüssen, aber auch etwas geringer ist bei denjenigen mit höherer Tinnitus-Belastung. Unter Kontrolle dieser Variablen zeigt jedoch die Zugehörigkeit zu einer SHG den stärksten Zusammenhang mit Tinnitus-Wissen.

Das gleiche Verfahren – diesmal mit der abhängigen Variable „Coping“ – zeigt zwar wie zu erwarten einen erheblich hohen negativen Zusammenhang mit der empfundenen Tinnitus-Belastung, aber auch einen signifikanten positiven Zusammenhang mit SHG-Beteiligung (Tab. 3). Alter und Geschlecht spielen keine Rolle.

Im Sinne einer globalen Einschätzung der Tinnitus-bezogenen Gesundheitskompetenz haben wir die DTL-Mitglieder um die folgende Einschätzung gebeten: „Im Großen und Ganzen kenne ich mich mit Tinnitus besser aus als die meisten Ärztinnen und Ärzte“ (Tab. 4). Um diese subjektive Meinung zumindest etwas zu objektivieren, ist in die nächste Regressionsanalyse auch das Ergebnis des Tinnitus-Wissen-Tests eingegangen. Hier zeigt sich dann auch der größte Zusammenhang, gefolgt von SHG-Beteiligung. Auch das Alter schlägt sich hier nieder, die Älteren sind hier etwas selbstbewusster als die jüngeren. Interessanterweise spielt die Tinnitus-Belastung hier keine Rolle.

Als letzte der hier dargestellten multivariaten Analysen untersuchen wir die Einflüsse der verschiedenen Determinanten auf die allgemeine Lebensqualität (Tab. 5). Hier zeigt sich überdeutlich, dass keine der integrierten Faktoren im Zusammenhang mit Lebensqualität steht – mit Ausnahme der Tinnitus-Belastung, die allerdings außerordentlich hoch mit allgemeiner Lebensqualität korreliert.

## Diskussion

National wie international existieren kaum systematische Vergleichsstudien, die Zusammenhänge oder Effekte von SHG-Arbeit und standardisierten Outcomes untersucht haben. Das querschnittliche Design (die Messung nur zu einem Zeitpunkt statt wiederholt zu zwei oder mehreren) erlaubt hier nur die Darstellung von Zusammenhängen, und nicht die von Verläufen. Allerdings erscheint es inhaltlich plausibel, höhere Tinnitus-bezogene Gesundheitskompetenz als Wirkung der SHG-Arbeit zu interpretieren

	Unabhängige Variablen	$\beta$	p
<b>Abhängige Variable:</b> <b>„Ich kann sehr gut mit meiner Erkrankung leben“</b>  <i>stimme nicht zu (1) bis stimme zu (5)</i>	Alter in Jahren	-0,01	0,805
	Geschlecht (weiblich ↑)	0,01	0,941
	Schulbildung (5 Kategorien: niedrig bis hoch)	-0,07	<b>0,012</b>
	SHG-Beteiligung ( ↑ )	0,08	<b>0,004</b>
	Tinnitus-Belastung	-0,64	<b>&lt;0,001</b>

Tab. 3: Zusammenhänge zwischen Coping und Alter, Geschlecht, Schulbildung, SHG-Beteiligung und Tinnitus-Belastung (multiple lineare Regression).

	Unabhängige Variablen	$\beta$	p
<b>Abhängige Variable:</b> „Im Großen und Ganzen kenne ich mich mit Tinnitus besser aus als die meisten Ärztinnen und Ärzte.“  <i>stimme nicht zu (1) bis stimme zu (5)</i>	Alter in Jahren	0,12	<b>0,001</b>
	Geschlecht (weiblich ↑)	0,01	0,783
	Schulbildung (5 Kategorien: niedrig bis hoch)	-0,05	0,204
	SHG-Beteiligung ( ↑ )	0,15	<b>&lt;0,001</b>
	Tinnitus-bezogenes Wissen (0 bis 13 Punkte)	0,22	<b>&lt;0,001</b>
	Tinnitus-Belastung	0,02	0,632

Tab. 4: Zusammenhänge zwischen selbsteingeschätzter Kompetenz und Alter, Geschlecht, Schulbildung, SHG-Beteiligung und Tinnitus-Belastung (multiple lineare Regression).

	Unabhängige Variablen	$\beta$	p
<b>Abhängige Variable: „Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität in den letzten vier Wochen beurteilen?“</b>  <i>sehr schlecht (1) bis sehr gut (5)</i>	Alter in Jahren	-0,02	0,634
	Geschlecht (weiblich $\uparrow$ )	-0,02	0,584
	Schulbildung (5 Kategorien: niedrig bis hoch)	-0,01	0,940
	SHG-Beteiligung ( $\uparrow$ )	0,04	0,233
	Tinnitus-Belastung	-0,57	<0,001

Tab. 5: Zusammenhänge zwischen Lebensqualität und Alter, Geschlecht, Schulbildung, SHG-Beteiligung und Tinnitus-Belastung (multiple lineare Regression).

– andersherum würde dies keinen Sinn machen. Die SHG sind demnach wirkungsvolle Lernstätten über und zum Umgang mit Tinnitus – neben der allgemeinen psychosozialen Entlastung, die SHG-Mitglieder erfahren, wenn sie sich in einer Gruppe befinden, die ihren Vorstellungen und Wünschen entspricht.

Ob SHG auch für die Tinnitus-Bewältigung ursächlich sind, bleibt diskussionswürdig. Fragt man die SHG-Mitglieder direkt danach, dann wird dies überwiegend bejaht. Es kann jedoch nicht ganz ausgeschlossen werden, dass Betroffene mit einer höheren Bewältigungskompetenz auch eine größere Offenheit und Bereitschaft haben, sich einer SHG anzuschließen, für die Aspekte „Selbstwirksamkeit“ und „Selbstbewusstsein“ mag dies noch umso mehr gelten.

Für die in SHG Engagierten und insbesondere für die Gruppensprecher ist es vielleicht

etwas enttäuschend, dass ausgerechnet in der Dimension „allgemeine Lebensqualität“ keine Unterschiede zwischen SHG-Aktiven und Nicht-Aktiven zu finden sind. Hier sollte man aber fairerweise relativieren: Lebensqualität ist ein Konstrukt, das für die eher punktuelle SHG-Arbeit vermutlich zu komplex und umfassend ist, um – gemessen mit einem allgemeinen Lebensqualitätsinstrument – Unterschiede abbilden zu können.

### Fazit

SHG versetzen keine Berge. SHG sind auch nicht jedermanns Sache und somit für den einen oder die andere nicht unbedingt eine geeignete Hilfestellung. Aber für diejenigen, denen sie zusagen, sind sie Linderung, Entlastung, Bildung, Sicherheit und Geborgenheit – das heißt, sie wirken. Zurückkommend zur Ausgangsfrage, ob das Engagement der DTL im Bereich der SHG gerechtfertigt sei, kann die Antwort nur lauten: ja.

### Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Dipl.-Psych.  
Christopher Kofahl  
Universitätsklinikum HH-Eppendorf  
Institut für Medizinische Soziologie  
(IMS)  
Stv. Direktor, Leiter AG Patienten-  
orientierung und Selbsthilfe  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg

Das Literaturverzeichnis kann unter dem Stichwort „Kofahl, TF 4/2014“ bei der TF-Redaktion angefordert werden.

**IN TI** Institut für Tinnitus  
Diagnostik und Therapie  
GmbH

**21-Tage-Tinnitus-Kompaktkuren**  
individueller, ganzheitlicher Behandlungsansatz  
Tinnitus-Bewältigungstraining  
Entspannungs- und Bewegungstraining  
physikalische Therapie

einwöchiges Arrangement:  
Innere Ruhe trotz Tinnitus - auch zur Auffrischung

### Innere Ruhe finden

Salinenstraße 1  
32105 Bad Salzufen  
Telefon 05222 3682 500  
Mail [info@IN-TI.de](mailto:info@IN-TI.de)  
Web [www.IN-TI.de](http://www.IN-TI.de)



Unsere aktuellen Angebote und Arrangements finden Sie im Internet. Gern informieren wir Sie auch telefonisch oder fordern Sie Infomaterial an.

Unser Ziel ist, Ihnen Gesundheit, Lebensqualität und innere Ruhe zurück zu geben. Ärzte, Psychologen u. Fachkräfte bilden unser Expertenteam für Sie!

Wir zeigen Wege!