



#47 Tinnitus verstehen

mit Prof. Dr. Johannes Schobel

Transkript

ET: 14.8.2026

Intro & Begrüßung

00:00:04

Strieder: Dieser Podcast wird Ihnen von der Österreichischen Ärzte- und Apothekerbank gewidmet. Gründen, finanzieren, digitalisieren – die Standesbank ist an Ihrer Seite. Ein Pfeifen im Ohr, ein Rauschen, das nicht mehr aufhört: Für viele Betroffene gehört das zum Alltag. Tinnitus betrifft in Österreich einen erheblichen Teil der Bevölkerung – und doch wird oft erst spät über wirksame Behandlungsmöglichkeiten gesprochen. Was steckt medizinisch dahinter? Welche Therapieansätze gibt es, und wie können Apothekerinnen und Apotheker Betroffene unterstützen? Genau darum geht es in der heutigen Folge.

Streibl: Herzlich willkommen zu einer neuen Folge von ÖAZ im Ohr. Heute geht es um ein Thema, das viele Menschen betrifft, aber oft im Stillen ausgehalten wird: Tinnitus. Dafür habe ich einen Experten eingeladen, Prof. Dr. Johannes Schobel, HNO-Arzt, der sich schon lange mit dem Thema Tinnitus beschäftigt und das Tinnituszentrum gegründet hat. Herr Prof. Schobel, schön, dass Sie da sind.

Schobel: Vielen lieben Dank für die Einladung.

Was ist Tinnitus? – Definition

00:01:27

Streibl: Tinnitus ist ein häufiges Symptom, und doch wissen viele gar nicht ganz genau, was eigentlich dahintersteckt. Wie würden Sie Tinnitus definieren?

Schobel: Tinnitus leitet sich ab vom lateinischen tinnire, es klingelt etwas im Ohr. In der Regel reden wir vom subjektiven Tinnitus, also einem Geräusch, das nur die Patientin oder der Patient selbst hören kann. Davon muss man den objektiven Tinnitus unterscheiden, der etwa durch Strömungsgeräusche des Blutes entsteht. Prinzipiell sprechen wir immer dann von Tinnitus, wenn jemand etwas hört, das nur er oder sie selbst hören kann.

Streibl: Was ist der Hintergrund? Können Sie kurz auf die Entstehung von Tinnitus eingehen?

Wie entsteht Tinnitus im Gehirn?

00:02:04

Schobel: Die Sache ist: Unser Innenohr, die Schnecke, das Hörnervenorgan, ist selbst bei kompletter äußerer Stille ein überraschend lauter Ort, weil dort äußere Haarzellen sitzen, die motorisch aktiv sind und genauso wenig stillhalten wie ein Hörsaal mit vielen Zuhörerinnen und Zuhörern. Die Geräusche, die bei der spontanen Aktivität der äußeren Haarzellen entstehen – die spontanen otoakustischen Emissionen – lassen sich immer im Gehörgang auffangen und nachweisen und können in Einzelfällen sogar so laut werden, dass sie jemand anderer mit freiem Ohr hören kann. Auch wenn wir uns in einem außerordentlich stillen Raum befinden, wie hier im Studio, ist es in meinem Inneren nicht still, auch wenn ich nicht spreche. Wenn dann laufend Aktionspotenziale zum Gehirn laufen und letzten Endes ein Grunderregungseinstrom über den Hörnerv, über die Hörbahn, an die Großhirnrinde, an das Hörzentrum ankommt, dann muss unser Gehirn alles, was bei äußerer Stille von innen kommt, ebenfalls als Stille interpretieren. In gewisser Weise ist unser ganzes Leben eine

einzigste Sinnestäuschung, denn wir hören, sehen, riechen und schmecken das, was uns unser Gehirn sagt. Und das hat mit Objektivität manchmal nicht sehr viel zu tun. Sehr schön sieht man das bei optischen Täuschungen: Wenn eine Wendeltreppe nach oben zu gehen scheint, aber dann trotzdem wieder auf geheimnisvolle Art und Weise in sich selbst zurückläuft, ist das eine optische Täuschung. Und Stille zu hören ist alles andere als selbstverständlich – das ist eine aktive Leistung des Gehirns, die das Ausfiltern von vielem erfordert, was bei Stille von draußen kommt. Und wenn das nicht so perfekt funktioniert, dann hören wir eben etwas, das nicht wirklich da ist – das ist eigentlich nicht weiter verwunderlich.

Akuter Tinnitus: Wann zum Arzt?

00:04:00

Streibl: Wenn ein Tinnitus plötzlich auftritt, herrscht oft große Verunsicherung. Was sollte in den ersten Stunden oder Tagen am besten passieren, und wann ist eine ärztliche Abklärung unbedingt notwendig?

Schobel: Ich glaube, jeder von uns kennt das Gefühl nach einem lauten Konzert, wenn es dann noch stundenlang nachklingt. Bis zum nächsten Tag sollte das eigentlich wieder abgeklungen sein. Man muss dann immer unterscheiden, ob es eine nachvollziehbare äußere Ursache gibt, wie ein Lärmtrauma, eine Alarmanlage oder einen Knall, oder ob das Ohrgeräusch scheinbar ohne Grund aus heiterem Himmel aufgetreten ist. Auch, ob es zum Beispiel mit einer Hörminderung einhergeht – das wäre in jedem Fall ein Grund, ganz rasch einen Hörtest beim Facharzt oder der Fachärztin zu machen. Oder ob es vielleicht mit Schwindel einhergeht, wie es bei bestimmten Erkrankungen wie dem Morbus Menière vorkommt. Oder ob man vielleicht gerade eine besondere Stressphase hatte und, wie man so schön sagt, zu viel um die Ohren hatte. Aber prinzipiell: Wenn das Ohrgeräusch eine Lautstärke und Qualität hat, bei der man sagt, das kann ich jetzt nicht mehr ignorieren, dann würde ich schon innerhalb von 24 Stunden, sofern möglich, den Facharzt oder die Fachärztin aufsuchen.

Begleitsymptome und Alarmzeichen

00:05:07

Streibl: Sie haben es kurz schon angesprochen: diverse Begleitsymptome, die vielleicht auch ein Risikofaktor sind. Gibt es da noch etwas, worauf man achten sollte?

Schobel: Prinzipiell ist natürlich wichtig, ob es beidseits und konstant ist – das spricht eher für einen cochleären Tinnitus. Schlimm wäre es, wenn neurologische Begleitsymptome dazukommen, also Wortfindungsstörungen, motorische Schwäche oder Ähnliches. Dann reden wir über ein zentrales Geschehen, und ebenso bei einer Drehschwindelerkrankung.

Ab wann spricht man von chronischem Tinnitus?

00:05:35

Streibl: Und wenn keines dieser Alarmsignale vorliegt und das Geräusch trotzdem nach langer Zeit nicht mehr verschwindet – ab wann spricht man dann von einem chronischen Tinnitus?

Schobel: Akut würde ich sagen, ist das Ohrgeräusch in der Regel die ersten paar Wochen. Wenn dann das erste therapeutische Mittel schon eingesetzt wurde – also wenn Kortison gegeben wurde, das ja die einzige einigermaßen validierte Akuttherapie ist –, sollte man das rasch machen, nach ein paar Tagen oder nach einer Woche, nicht erst nach Monaten. Wenn das einmal erledigt ist und es sich nicht gebessert hat, dann spreche ich vom subakuten Stadium, weil wir medikamentös dann eigentlich nichts mehr in der Hand haben und auf

andere Maßnahmen übergehen müssen. Nach mehr als drei Monaten ist das eigentlich ein chronischer Tinnitus – wobei ich diesen Ausdruck den Patientinnen und Patienten gegenüber gern vermeide, weil das bei ihnen so assoziiert wird: 'Oh, da kann man ja nichts mehr machen.' Da muss man aufpassen, was man dem Patienten oder der Patientin auch indirekt suggeriert. Aber eigentlich ist nach drei, spätestens sechs Monaten von einem chronischen Tinnitus auszugehen. Und dann beginnt auch der Lernprozess im Gehirn, bei dem das Ganze zentral abgespeichert wird – wo man medikamentös sowieso nichts mehr machen kann.

Diagnostik bei Tinnitus

00:06:50

Streibl: Vielleicht kommen wir da gleich kurz zur Diagnostik. Viele Betroffene wissen ja gar nicht genau, was sie bei einer HNO-ärztlichen Abklärung erwartet. Wie läuft die Diagnostik bei Tinnitus typischerweise ab?

Schobel: Die HNO-Untersuchung läuft ganz normal ab, natürlich mit genauer Inspektion des Trommelfells mit dem Mikroskop, vielleicht auch einer Tympanometrie dazu, also einer Messung der Impedanz des Trommelfells und wie leicht es sich bewegen lässt. Dann natürlich als zentralste Untersuchung von allen: der Hörtest. Der ist ganz, ganz wichtig, und ich habe die Erfahrung gemacht, dass jede noch so geringe Hörminderung – sobald die Hörkurve irgendwo 20 Dezibel unterschreitet und auf 25 Dezibel geht, erst recht bei 30 Dezibel – üblicherweise nicht besonders ernst genommen wird, weil man sagt, das ist eh noch okay und altersentsprechend. Aber selbst eine so geringe Hörminderung kann entscheidenden Einfluss haben – darüber können wir später noch sprechen, warum das so ist. Also: Hörtest, eventuell weitergehende Untersuchungen wie die otoakustischen Emissionen, sowohl die spontanen als auch die Distorsionsprodukte. Und dann sollte man auch die Halswirbelsäule und die Nackenmuskulatur anschauen, weil Verspannungen der Nackenmuskulatur einen Tinnitus – ich kann nicht sicher sagen, allein auslösen, aber triggern können, weil es eine nervliche Verschaltung gibt, einen Impulseinstrom von der Nackenmuskulatur in die Hörnervenkerne. Auch die Kiefergelenke sind ein großes, weites Thema mit eigenen Spezialistinnen und Spezialisten – den Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden oder kieferorthopädisch versierten Zahnärztinnen und Zahnärzten. Das gehört dazu. Dann ist immer auch die persönliche Situation der Patientin oder des Patienten zu erfragen, das Stresslevel, welche besonderen Ereignisse es gegeben hat. Und dann kann man meistens schon eine grobe Einteilung treffen, in welche Gruppe das Ganze gehört.

Ursachen: Der unterschätzte Hörverlust

00:08:38

Streibl: Sie haben es schon ein bisschen vorweggenommen, auch was die Ursachen sein können. Was kommt denn besonders häufig als Ursache in der Praxis vor?

Schobel: Zunächst ist man natürlich immer froh, wenn man eine traumatische, eine körperliche Ursache findet, die man behandeln kann. Und hier ist die Halswirbelsäule beziehungsweise die Nackenmuskulatur ein weites Feld – denn wer von uns hat ab 40 Jahren, oder auch als jüngere/r Patient:in, keine Verspannung in der Nackenmuskulatur durch unsere Bildschirmarbeit? Und wer von uns hat wirklich nicht das geringste Problem mit dem Kiefergelenk? Das ist einmal ein Punkt. Dann, wie gesagt, ist das Stresslevel ganz entscheidend. Aber der aus meiner Sicht alles entscheidende Punkt, der in meiner Erfahrung – auch gerade bei Fachärztinnen und Fachärzten – nicht so drastisch bewertet wird wie von mir, ist jeder noch so minimale Hörverlust. Bereits 1995, also wirklich lange her, haben Pioniere der Tinnitusforschung und -therapie den Satz geprägt: Bei Tinnitus muss jede noch so geringe Schwerhörigkeit ausgeglichen werden. Das muss man auch ein

bisschen erklären, warum das so wichtig ist. Wenn man ganz junge, gesunde Testpersonen, die noch nie in ihrem Leben ein Problem mit den Ohren hatten, in einen völlig schalltoten Raum steckt, der wirklich totenstill ist – das ist übrigens sehr schwierig zu bauen –, und man passt auf, ob sie etwas hören oder bemerken, dann sagen nach fünf Minuten 95 Prozent der Testpersonen, dass sie etwas gehört haben, obwohl in Wirklichkeit nichts da war. Die damals schon geniale Schlussfolgerung von Heller und Bergman war: Jeder von uns hat in Wahrheit einen Grundtinnitus, den wir nicht bemerken, weil der Umgebungsgeräuschpegel selbst in stillen Räumen kaum je unter 30 Dezibel liegt – man würde ihn auf 30 Dezibel oder knapp darunter schätzen. Und dieser Erregungseinstrom von draußen ist notwendig, damit das System nicht aus dem Ruder läuft. In einer völlig stillen Kammer schlägt dann diese Spontanaktivität, von der ich vorher gesprochen habe und die eigentlich ausgefiltert werden muss, doch irgendwie durch. Und wenn unser Aufmerksamkeitsfokus im Gehirn – da gibt es Netzwerke, die miteinander korrespondieren – einmal auf dieses ganz leise einströmende Geräusch gerichtet ist, dann kann sich die Sache hochfahren. Ich selbst habe seit vielen Jahren einen ganz harmlosen Tinnitus, ein Ohrgeräusch, das ich besonders nachts in stillen Situationen leise höre. Ich habe das Glück, dass es so allmählich und so leicht begonnen hat, dass ich mich immer gut daran gewöhnen konnte und dieser Mechanismus bei mir nicht greift. Aber wenn von draußen nichts mehr reinkommt, entwickelt sich genau dort der Tinnitus. Klassisch ist ein geringer, minimaler Hochtonabfall von vielleicht nur 30 bis 35 Dezibel. Und genau dort, um Haaresbreite unter der Hörschwelle, sitzt dann, wenn man es charakterisiert, das Ohrgeräusch. Weil das der Bereich der Obertöne ist, wo wir überhaupt keinen Grundton mehr haben, sondern nur noch ganz leise Obertöne, entsteht durch die geringste Hochtonschwäche leicht ein Hochtontinnitus. Diesen müssen wir dann aktiv ausgleichen, und deshalb verschwindet ein solches Ohrgeräusch in den meisten Fällen bereits mit dem Einsetzen eines winzigen Hörgeräts, das genau diesen Hochtonverlust ausgleicht. Das ist eine sehr dankbare Sache, die die Patientinnen und Patienten auch sehr beeindruckt: Wenn jemand kommt und sagt, er sei seit drei Monaten geplagt, und dann bekommt er die Geräte, achtet kurz auf den Klang der Sprache, der sich ein bisschen verändert – etwas schärfer, die Konsonanten etwas betonter –, und dann stellt sich die Frage: Was macht denn jetzt eigentlich der Tinnitus? Man sieht dann, wie der Blick der Patientin oder des Patienten nach oben geht – Tinnitus wird instinktiv oben gesucht, vielleicht unter der Schädeldecke, wo ja auch die Hörrinde sitzt. Das ist immer schön, wenn er dann wesentlich leiser geworden ist.

Hörgeräte als Game-Changer

00:12:35

Streibl: Das heißt, ein Hörgerät reicht sozusagen aus, um das zu kompensieren?

Schobel: Ja, das ist in vielen Fällen der Game-Changer, ganz besonders, wenn das Ohrgeräusch noch nicht zu lange besteht. Schwieriger wird es natürlich nach einigen Jahren, nach 10 oder 15 Jahren. Nach so langem Bestehen, nach 15 oder 20 Jahren, sind die meisten Patientinnen und Patienten an das Ohrgeräusch gewöhnt und sagen: Herr Doktor, wenn ich daran denke, höre ich es, wenn ich nicht daran denke, höre ich es nicht. Da kann man dann gut sagen: Dann denken Sie bitte nicht daran. Aber es gibt auch Leute, die sagen, es dränge sich trotzdem von selbst in den Vordergrund – da muss man an andere Maßnahmen denken. Hier spielt der Fokus die entscheidende Rolle. Je kürzer es besteht – bis zu einem Jahr, oder auch noch recht gut bis zu drei Jahren –, desto besser lässt es sich durch akustische Verstärkung ausblenden und überdecken. Das ist der Soforteffekt: Gerät rein, Tinnitus besser, Gerät raus, Tinnitus wieder da. Aber gerade wenn das Ohrgeräusch noch nicht so lange besteht, gibt es eine sehr gute Chance auf einen Lerneffekt des Gehirns. Deshalb auch die Trainingstherapie: dass das Ohrgeräusch nicht gleich wieder da ist, dass man vor allem mit gewissen Begleitmaßnahmen – einer Geräuschkulisse im Schlafzimmer, autogenem Training – ohne Belästigung einschlafen kann. Und wenn es am nächsten Morgen wieder da ist, wissen wir ja: Wir können uns

helfen, Gerät rein, es wird wieder besser. So gesehen verliert das Ganze auch an Bedeutung. Es ist eben auch das, was wir in unserem Kopf daraus machen. Und die entscheidende Instanz ist das limbische System, das Gefühlsleben. Wenn unser limbisches System gelassen bleibt und sagt, na gut, ich halte das aus, ist eh wurscht, ist das eine ganz andere Sache, als wenn sich jemand darüber aufreißt – ich denke da an den jungen Programmierer, der sagt: Ich bin jung, ich bin gesund, ich muss funktionieren wie meine Software. Das ist natürlich eine sehr schwierige Einstellung, wenn man akzeptieren muss, dass etwas nicht mehr so ist wie früher.

Wahrnehmung und limbisches System

00:14:27

Streibl: Das heißt, die Wahrnehmung spielt hier eine große Rolle?

Schobel: Ganz stark, die Wahrnehmung, die emotionale Bewertung. Weil das limbische System darüber entscheidet, ob Leidensdruck besteht oder nicht – wie im ganzen Leben, im Gefühlsleben, in der Liebe oder sonst wo: Überall reagiert das Gefühlsleben. Und mit Emotionen ist schwer zu argumentieren. Wenn die Emotion sagt, es ist belastend, dann ist es belastend. Wenn die Emotion sagt, es stört nur ein bisschen, dann stört es nur ein bisschen. Deshalb sind gerade die Therapien, die von der psychotherapeutischen Seite ansetzen, wie die kognitive Verhaltenstherapie, zwar offiziell sehr hoch gelobt, aber in der Praxis oft schwierig umzusetzen – und leider auch in Österreich nicht in dem Ausmaß verfügbar, wie wir es bräuchten.

Halswirbelsäule und Kiefergelenk als Trigger

00:15:08

Streibl: Darauf komme ich später vielleicht noch kurz zurück. Wenn wir noch kurz bei den Ursachen bleiben: Sie haben vorhin schon die Halswirbelsäule und das Kiefergelenk angesprochen. Das ist also tatsächlich ein relevanter Faktor?

Schobel: Ja, da gibt es auch zahlreiche Patientinnen und Patienten, die genau diesen Zusammenhang bemerken und sagen: Wenn ich stärker verspannt bin, wenn ich mehr Probleme habe, nimmt mein Tinnitus wieder zu. Das ist aufgrund der nervlichen Verschaltung mit der Hörbahn auch nachvollziehbar.

Streibl: Und das lässt sich dann physiotherapeutisch behandeln?

Schobel: Physiotherapie ist ein wichtiger Partner in der Tinnitus therapie, Heilgymnastik und Physiotherapie sind eine grundlegende Säule. Aber es gibt auch dazu Geschichten: Ich hatte einen Patienten mit hohem Leidensdruck, der beim Chiropraktiker war. Der hat einmal ordentlich zugepackt, und es besserte sich – der Patient hat der Chiropraktikerin daraufhin einen Strauß Rosen geschickt. Nach 14 Tagen war der Tinnitus wieder da. Er ist wieder zur Chiropraktik gegangen, wieder wurde kräftig zugepackt – diesmal wurde der Tinnitus leider schlechter, und diesmal hat er keinen Rosenstrauß mehr geschickt. Das ist eben auch so eine Sache: Ich bin immer für vorsichtige Physiotherapie und nicht so sehr für manipulative Techniken.

Streibl: Es kann sich also auch verschlechtern?

Schobel: Wenn man Pech hat, geht es auch mal in die falsche Richtung.

Medikamente als Auslöser von Tinnitus

00:16:25

Streibl: Für Apothekerinnen und Apotheker vielleicht auch noch interessant: Welche Rolle können Medikamente als Auslöser von Tinnitus spielen?

Schobel: Als Auslöser? Das wahrscheinlich meistverwendete Schmerzmittel, Acetylsalicylsäure, löst besonders in höherer Dosis Tinnitus aus, durch eine Schädigung der feinen Fortsätze der äußeren Haarzellen, der sogenannten Härchen. Auch die breite Gruppe der nichtsteroidalen Antirheumatika kann einen Tinnitus auslösen –

Streibl: Also wirklich auslösen, nicht nur verstärken?

Schobel: Verstärken auch, ja – primär eher verstärken, aber natürlich auch auslösen. Indirekt gilt das für alle ototoxischen Medikamente, in der Regel die älteren Antibiotika wie Gentamicin und ähnliche. Und dann gibt es eine sehr weit verbreitete Gruppe, bei der das leider häufig im Beipackzettel steht, gerade weil sie oft sehr wichtig ist: die Antidepressiva. Das ist deshalb schwierig, weil ich mich spontan an keinen Patienten erinnern kann, der ohne Tinnitus ein Antidepressivum genommen hätte und dann kommt und sagt, Herr Doktor, ich glaube, das Medikament hat das ausgelöst. Aber ich kenne viele Tinnituspatientinnen und -patienten, die aufgrund einer begleitenden Depression ein Antidepressivum nehmen müssen, den Beipackzettel sorgfältig studieren und dadurch in eine Erwartungshaltung geraten – vor allem in eine Beobachtungshaltung: Hoffentlich passiert mir das jetzt nicht. Und dann wird das fast schon zum Selbstläufer. Wenn jemand das bei sich beobachtet und überwacht, kann man ziemlich sicher sein, dass das Ohrgeräusch dadurch zunimmt. Gerade bei dieser wichtigen Medikamentengruppe ist das ein bisschen schade. Aber ja, es kann in Einzelfällen tatsächlich vorkommen. Ich glaube allerdings, dass die direkte pharmakologische Auslösung seltener ist als die indirekte, psychogene Auslösung oder Verstärkung eines bereits bestehenden Ohrgeräuschs.

Umgang mit vermutetem Medikamentenzusammenhang

00:18:13

Streibl: Wie sollte man reagieren, wenn Betroffene einen zeitlichen Zusammenhang zwischen Medikament und Tinnitus bemerken?

Schobel: Das hängt davon ab. Wenn es verzichtbare Medikamente sind, wie NSAR, würde ich sagen: Schauen wir doch, ob es auch ohne geht. Bei einem Antidepressivum habe ich hingegen große Hemmungen, es einem Patienten wegzunehmen – noch dazu, wenn es nicht von mir verordnet wurde –, weil das dem Patienten oder der Patientin womöglich genau die Erleichterung wegnimmt, die er oder sie gerade braucht, um die Gesamtsituation besser zu ertragen. Der Tinnitus ist dann vielleicht nur ein Teilsymptom einer ganz anderen Störung, und da bin ich sehr zurückhaltend mit der Empfehlung, etwas abzusetzen – das muss die Patientin oder der Patient dann mit der verordnenden Fachärztin oder dem Facharzt besprechen.

Warum die Wahrnehmung über den Leidensdruck entscheidet

00:18:55

Streibl: Neben den eigentlichen Auslösern spielt, wie Sie schon angedeutet haben, auch die Wahrnehmung eine sehr große Rolle. Warum sind Lautstärke und Tonhöhe allein oft nicht entscheidend für den Leidensdruck?

Schobel: Danke für die Frage, das ist wirklich eine wichtige Beobachtung. Der Tinnitus sitzt, wenn man ihn charakterisiert, fast immer um Haaresbreite unter der Hörschwelle. Trotzdem kann eine Patientin oder ein Patient sagen – eine klassische Äußerung dazu ist: Wenn ich im Musical sitze, in der Fortissimo-Passage, ist mein Tinnitus trotzdem immer da. Der Tinnitus ist eben kein physikalisches Geräusch, sondern eine Sinneswahrnehmung, und die kann unterschiedlich penetrant sein. Wie man das bewertet, ist der entscheidende Faktor bei

der Wahrnehmung. Es gibt in Deutschland eine Tinnitusklinik wo Patientinnen und Patienten, die dort stationär sind, nachts in die Audiologie hinuntergehen können. Nachts glauben viele Menschen, ihr Tinnitus sei lauter geworden, weil sie im Bett liegen: Die mentale, geistige Ablenkung fällt weg, unter Umständen auch die akustische Ablenkung, weil es im Schlafzimmer ruhig ist. Da kann man helfen, das kann man besprechen. Die Betroffenen können dann in die Audiologie hinuntergehen, sich Kopfhörer aufsetzen und die Tinnitus-Charakterisierung selbst durchführen – und stellen dann fest: Nein, der Prüftön bei 5 Dezibel ist nach wie vor gleich, es ist nicht wirklich lauter geworden. Das ist eine sehr raffinierte und wichtige Maßnahme, um die Betroffenen davon zu überzeugen, dass es eine Frage der subjektiven Wahrnehmung ist. Und das hilft vielen zu wissen: Objektiv hat sich gar nichts verändert, es ist nur mein Aufmerksamkeitsfokus. Ich hatte auch einmal eine Klavierlehrerin, die es wirklich nicht einfach hatte, und der ich erst bei der zweiten oder dritten Sitzung die Tinnitus-Charakterisierung gezeigt habe: Schauen Sie, Ihr Tinnitus sitzt eigentlich nur um Haaresbreite unter der Hörschwelle. Und sie sagte: Aber Herr Doktor, wenn Sie mir das früher gesagt hätten, dass mein Tinnitus so leise ist, hätte ich mich nie so darüber aufgeregt. Manchmal gibt es also solche kognitiven Schlüsselerlebnisse, bei denen es gelingt, über die Kognition, über den Verstand, die Wahrnehmung entsprechend zu beeinflussen.

Streibl: Und dann geht es den Betroffenen auch besser damit?

Schobel: Ja, sie war damit quasi geheilt. Das ist allerdings leider eher selten, dass es so einfach geht.

Medikamentöse Therapiemöglichkeiten

00:21:08

Streibl: Vielleicht kommen wir nun zur Behandlung: Wie sieht es mit medikamentösen Therapiemöglichkeiten aus? Sie haben Kortison im akuten Stadium ja schon kurz erwähnt.

Schobel: Damit sind wir im Wesentlichen leider schon durch. Man muss dazu sagen, dass auch Kortison nicht wirklich gut validiert ist. Es gab ja eine Studie zu hoch dosiertem Kortison beim Hörsturz – dabei kam heraus, dass mittelhoch dosiertes Kortison eigentlich besser wirkt als hochdosiertes und dabei auch weniger Nebenwirkungen hat. Was uns bis heute fehlt, ist eigentlich eine wirklich belastbare Vergleichsstudie: Kortison gegen Placebo ist auch deshalb schwierig, weil es kaum möglich ist, dafür Patientinnen und Patienten zu rekrutieren. Kortison wird beim akuten Tinnitus vor allem dann gegeben, wenn ein Lärmtrauma vorlag oder ein Hörschaden nachweisbar ist – das wird relativ einheitlich so gehandhabt. Wesentlich schwieriger ist die Frage, was man bei einem chronischen Ohrgeräusch macht, das lange Zeit harmlos im Hintergrund war und jetzt ohne Lärmtrauma, einfach durch ein Stressereignis, hochgefahren ist. Hier gibt es Forschungsinstitute, etwa in Deutschland, die in diesem Fall überhaupt nichts vom Kortison halten. Dann ist es natürlich so, dass man begleitende Verspannungen der Nackenmuskulatur auch medikamentös behandeln kann, mit entsprechenden Präparaten, und dass stimmungsaufhellende Medikamente eine Rolle spielen können. Was wir aber leider nicht haben – und das ist auch nicht in Sicht, selbst wenn man sich ansieht, was in klinischen Studien läuft –, ist das eine Medikament, das wirklich kausal gegen den akuten Tinnitus wirkt. Wenn es überhaupt etwas geben wird, dann am ehesten den Benefit eines Medikaments, das erfolgreich gegen einen Hörsturz getestet wurde – weil man das dann natürlich auch bei Tinnitus ohne nachweisbaren Hörsturz einsetzen könnte, da man nicht jeden minimalen Hörverlust im Audiogramm sieht. Man muss sich klarmachen: Mit einem Hörtest kontrollieren wir sozusagen die Autobahnabfahrten zwischen Wien und Salzburg, aber nicht jeden Kilometer der Autobahn. Da kann es sehr wohl versteckte Hörverluste geben, die ein Ohrgeräusch fördern, ohne dass man das im Hörtest sieht. Das Gehirn kann geringe Hörverluste bis zu einem gewissen Grad zentral kompensieren, über den zentralen Verstärker. Aber mit Kortison und der Behandlung von Begleiterscheinungen wie Verspannungen oder

Depressionen sind wir beim akuten Tinnitus eigentlich schon durch. Noch trauriger sieht es beim chronischen Tinnitus aus, weil das letzten Endes etwas ist, das in der Hörrinde gespeichert ist wie ein Datensatz auf der Festplatte eines PCs. Deshalb gibt es aus meiner Sicht hier auch nur Therapien – abgesehen von Psychotherapie und kognitiven Therapien –, die ein Umlernen des Gehirns durch akustische Reize von außen ermöglichen sollen. Ein Medikament zum Schlucken gegen chronischen Tinnitus sehe ich aber nicht einmal am Horizont, weil man dem Gehirn ja beibringen müsste, etwas wieder zu verlernen, dass es bereits gespeichert hat. Es wird auch nie ein Medikament geben, mit dem ich mir eine schlechte Gewohnheit abgewöhne, nehme ich an. Wir sind hier also schon in einem Bereich der subjektiven Wahrnehmung, den ich mir medikamentös, pharmakologisch, einfach nicht mehr vorstellen kann.

Nahrungsergänzungsmittel und pflanzliche Präparate

00:24:14

Streibl: In der Apotheke wird auch häufig nach Nahrungsergänzungsmitteln oder pflanzlichen Präparaten gefragt, bei denen behauptet wird, sie würden die Durchblutung verbessern. Wie sieht es damit aus? Welche Möglichkeiten gibt es, und gibt es dafür belastbare wissenschaftliche Grundlagen?

Schobel: Nach meinem Kenntnisstand gibt es bis heute kein Medikament, das im Tierexperiment nachweisbar die Durchblutung der Arteria labyrinthi, also der Innenohrarterie, verbessert. Das ist frustrierend. Und das gilt für alles, was als durchblutungsverbessernd beworben wird, egal ob pflanzlich oder ob es die Fließeigenschaften des Blutes verbessern soll, wie zum Beispiel Pentoxifyllin. Ich gebe auch gerne einmal ein harmloses Präparat, wenn ich das Gefühl habe, die Patientin oder der Patient verlangt danach – bin mir aber völlig im Klaren darüber, dass wir dabei mit einem Placebo-Effekt arbeiten und darauf hoffen. Aber ein Medikament, das die Durchblutung tatsächlich verbessert, ist mir nicht bekannt – und wäre sicher einen Nobelpreis wert.

Nicht-medikamentöse Therapien: Hörgeräte, Noiser und Co.

00:25:17

Streibl: Es gibt aber viele unterschiedliche nicht-medikamentöse Ansätze, Hörgeräte, Noiser und Ähnliches. Wie und wann ist das sinnvoll, und können Sie das für uns ein bisschen einordnen: Wann macht man was?

Schobel: Danke für die Frage, das ist auch der Schwerpunkt meiner Arbeit. Ich sehe wirklich viele Patientinnen und Patienten, die schon bei zwei, drei Kolleginnen und Kollegen waren, wo gesagt wurde: Wir haben jetzt alles abgeklärt, wir haben alles behandelt, die Wirbelsäule haben wir uns angesehen, ein MRT haben wir gemacht – was ja akut und auch sinnvoll ist, wir sollten kurz besprechen, wann das wichtig ist, wann ein Tinnitus eben nicht ganz harmlos sein könnte. Sie sind abgeklärt, Sie müssen sich keine Sorgen machen, nehmen Sie es in aller Ruhe, Sie können jetzt gut damit leben. Das Counseling, die Aufklärung der Patientin oder des Patienten, ist auch ein wichtiger Punkt, damit er oder sie sich keine Sorgen machen muss – aber das genügt nicht immer. Und dann ist eben die Versorgung mit Geräten bei mir der Schwerpunkt. Einerseits kommt für diejenigen, die einen noch so minimalen Hörverlust haben, auf jeden Fall der Ausgleich dieser Hörschwäche dazu, um die Situation der stillen Kammer im Hochfrequenzbereich zu vermeiden – mit oft eindrucksvollen Effekten. Dann gibt es die sogenannte Noiser-Therapie, die seit '95 etabliert ist, aber von den offiziellen Leitlinien abgelehnt wird, weil man mit einem Rauschgenerator keine Blind- oder Doppelblindstudie machen kann. Das ist auch deshalb schwierig, weil selbst ein korrekt getragener Rauschgenerator am Ohr im Tagesverlauf in den Hintergrund tritt – er wird genauso ausgeblendet wie eine Klimaanlage, unter der man den ganzen Tag sitzt und die man irgendwann nicht mehr bewusst wahrnimmt. Aber ich brauche ihn dann als

alleiniges Instrument für Patientinnen und Patienten mit idealem Hörvermögen, bei denen es nichts auszugleichen gibt, und in den meisten Fällen in Kombination mit einem Hörgerät, wenn das Hörgerät allein nicht den gewünschten Effekt bringt. Also Geräuschtherapie, Retraining-Therapie, Klangtherapie – ein weites Feld, in dem ich vielen Patientinnen und Patienten noch helfen kann, die auf andere Maßnahmen nicht mehr ansprechen. Das ist die gerätegestützte Therapie. Und ein bisschen kann man das auch selbst zu Hause machen, mit Produkten, die man ohne weiteres auch in der Apotheke erwerben könnte – derzeit gibt es sie aber nur im Internet. Es gibt kleine Clips für vorne und hinten am Ohr, die mit dem Handy gekoppelt werden, anstelle von Earpods. Earpods sind vielen geläufig, sind aber für Tinnitus nicht geeignet, weil 99 Prozent der Tinnituspatientinnen und -patienten negativ auf den Verschluss des Gehörgangs reagieren, wie er beim Earpod mehr oder weniger entsteht – das wollen sie nicht. Diese sogenannten Open-Ear-Devices, also Knochenleitungshörer, können erfolgreich eingesetzt werden, gekoppelt mit einer Geräusch-App, die dann zum Beispiel Naturgeräusche einspielt. Die sind bei solchen Geräten oft schon dabei, oder man sucht sich im Internet etwas Passendes. So kann man in gewissem Ausmaß auch selbst eine Geräuschtherapie machen – gerade für Betroffene, die tagsüber abgelenkt sind und es dann ganz gut aushalten, bei denen sich das Ohrgeräusch aber in den Vordergrund drängt, sobald sie abends zur Ruhe kommen möchten. Für hartnäckigere Fälle auch tagsüber. Für diejenigen, die nachts Ablenkung brauchen, genügt es in vielen Fällen, wenn das Handy im Freifeld leise etwas abspielt, beruhigende Musik, oder eben so eine Geräusch-App mit Naturgeräuschen, weißem oder braunem Rauschen. Es gibt auch ein Stirnband nach dem Prinzip eines ‚akustischen Schäfchenzählers‘ – auf Englisch kann man das googeln –, das ebenfalls über Bluetooth mit dem Handy verbunden wird und die passende Geräuschkulisse auf beide Ohren überträgt, ohne dass der Partner mithören muss. Für Seitenschläferinnen und Seitenschläfer gibt es das dann auch am unten liegenden Ohr. Das sind ganz einfache Hilfsmittel, die nicht teuer sind, meist im Bereich von über 100 Euro liegen, und mit denen man die Geräuschtherapie eigentlich auch selbst beginnen kann.

Aber primär – und das ist wichtig – muss man Ohrgeräusche einmal abklären. Und zwar, das haben wir noch gar nicht angesprochen, ganz besonders, wenn sie einseitig sind oder pulsierend. Da muss man auch wieder unterscheiden zwischen pulssynchron und einfach pulsierend, denn nicht jedes pulsierende Ohrgeräusch ist wirklich pulssynchron zum eigenen Puls – das kennt jeder, etwa nach dem Sport. Auch das gehört natürlich abgeklärt, was frisch auftritt: Der Blutdruck ist das Erste. Aber einseitig und pulsierend, da muss man genau hinschauen. Wenn eine Patientin oder ein Patient das angibt, nehme ich immer auch das Stethoskop und mache eine Auskultation des Ohrs – so wie die Internistin oder der Internist die Lunge abhört, horche ich das Ohr ab. Ein solches Geräusch ist in den meisten Fällen völlig harmlos, besonders wenn es chronisch, symmetrisch und gleichmäßig ist. Aber alles, was einseitig wird oder gar pulsierend oder pulssynchron, muss entsprechend genau abgeklärt werden, mit kontrastmittelgestützten Darstellungen der inneren und äußeren Kopfschlagadern per MRT – damit man den einen seltenen Fall findet, bei dem es dann doch nicht so harmlos war.

Aktuelle Forschung: Objektivierung und personalisierte Konzepte

00:30:01

Streibl: Die Tinnitusforschung steht wahrscheinlich auch nicht still, es gibt viele verschiedene Ansätze. Was finden Sie aktuell besonders spannend?

Schobel: Besonders spannend ist sicher der Versuch Geräusche durch ganz komplizierte bildgebende Verfahren des Gehirns zu objektivieren. Da wird die Durchblutung gemessen, es gibt funktionelle MRTs und Ähnliches. Das ist deshalb so wichtig, weil wir beim Tinnitus auch objektive Daten gerne hätten – wenn wir etwas untersuchen wollen: Was bringt zum Beispiel die Hörgerätetherapie, was bringt der Rauschgenerator, was bringt ein Medikament? Man möchte nicht nur auf subjektive Angaben angewiesen sein, sondern das

Ganze gerne objektivieren. Im klinischen Test geht das auch schon, und es gibt viele Parameter, die objektiv recht gut mit Tinnitus korrelieren. Aber in der breiten Praxis, glaube ich, wird es noch lange dauern, bis das hier ankommt. Also: Forschung zur Objektivierbarkeit. An der Charité geht es eher um personalisierte Tinnituskonzepte – das ist im Prinzip etwas, das ich seit 25 Jahren auch so mache, dass jede Patientin und jeder Patient ein maßgeschneidertes Therapiekonzept bekommt und man wirklich schaut, wo diese Person steht, was ihre Ursachen sind und wo man individuell am besten helfen kann. Die haben natürlich eine gigantische Datenbank, in der Patientinnen und Patienten erfasst werden, und aufgrund dieser Daten können sie Dinge herausfiltern, wofür ich nur meine klinische Erfahrung habe – die allerdings auch über viele Patientinnen und Patienten geht, und ich komme damit auch ganz gut zurecht.

In diese Richtung geht die Forschung, aber den großen Durchbruch sehe ich leider nicht am Horizont. Ich hatte vorhin schon die kognitive Verhaltenstherapie angesprochen, die laut objektiven Studien der Goldstandard in der Therapie eines schwierigen Tinnitus ist. Ich komme dann zur Psychotherapie, wenn es Ursachen gibt, die in diesen Bereich fallen. Klassiker ist der gestresste Burnout-Patient, die gestresste Manager:in. Wenn wir hier nichts tun, um aus dem Burnout herauszukommen, wird auch der Tinnitus nicht besser. Long Covid ist zum Beispiel eine ganz schwierige Sache, dieses Fatigue-Syndrom – da gibt es Betroffene, die auch einen schlimmen Tinnitus haben, aber das ist dann ein Gesamtkomplex, bei dem sich die Gesamtsituation bessern muss. Ich hatte Frau Professor Birgit Mazurek von der Charité öfter zu Gast bei meinen Workshops und Kongressen. Sie macht kognitive Verhaltenstherapie dreimal pro Woche, 60 bis 90 Minuten, über drei Monate – eine wirklich gute Sache für die schwierigsten, schwerstbetroffenen Patientinnen und Patienten, die davon spürbar profitieren. Das glaube ich auch, dass das etwas bewirkt. Nur ist es wirklich etwas, das leider nur ausgewählten, schwerstbetroffenen Patientinnen und Patienten zugutekommen kann – wir schaffen es ja kaum, genügend Verhaltenstherapeutinnen und -therapeuten für die mäßig schwer betroffenen Tinnituspatientinnen und -patienten zu finden. Ich unterscheide dabei immer: Fühlt sich die Patientin oder der Patient nur gestört – das wären etwa 1 bis 3 Punkte auf einer Belastungsskala –, fühlt er sich belastet, also 4 bis 6 Punkte, oder ist es ein quälend empfundener Tinnitus mit 7 bis 9 Punkten? Ganz oben wird es dann wirklich kritisch, dann kommt häufig auch eine gesteigerte Lärmempfindlichkeit dazu – Betroffene, die sich in die Stille zurückziehen, weil sie Alltagslärm und leise Geräusche nicht mehr aushalten. Und da wird es dann wirklich schwierig.

Streibl: Das ist dann wahrscheinlich eine komplexere Situation.

Schobel: Wo man dann im Extremfall natürlich auch wirklich ausnahmsweise eine Psychiaterin oder einen Psychiater und die Klinik braucht. Und da müssen wir leider anmerken, dass es in Österreich derzeit keine stationäre Einrichtung gibt, in die man einen wirklich schwierigen und schwer dekompenzierten Tinnituspatienten schicken könnte. Diese Menschen landen dann eher wieder in der Psychiatrie, weil sie natürlich auch dort ihre Probleme haben. Aber etwas spezifisch für Tinnitus, wie es in Deutschland ein paar Kliniken gibt, gibt es bei uns in Österreich nicht – möglicherweise sind wir dafür zu klein. In Deutschland gibt es davon auch nicht viele, sondern nur ein paar.

Zum Abschluss: eine Anekdote

00:33:56

Streibl: Herr Professor Schobel, vielen Dank für die spannenden Einblicke. Sie haben noch eine Anmerkung?

Schobel: Ja, eine kleine Anekdote. Es ist eigentlich ein Witz, aber ich habe so etwas, in abgeschwächter Form, tatsächlich schon erlebt: Eine relativ junge Patientin kommt zum Arzt und sagt: Herr Doktor, in meinem linken Ohr habe ich eine Kreissäge und eine Pfeife,

fürchterlich, ich halte das nicht mehr aus, es ist eine Katastrophe, ich kann nicht mehr schlafen, nicht mehr arbeiten, bitte sagen Sie mir, was ich habe. Die Patientin wird untersucht, und am Ende der Untersuchung sagt der Arzt: Ich muss Ihnen sagen, Sie haben auf dem linken Ohr ein Ohrgeräusch. Darauf die Patientin: Gott sei Dank, Herr Doktor, Sie haben mir so geholfen – und ich weiß auch schon, was jetzt kommt. Und der Arzt fragt: Wie meinen Sie das? Und die Patientin: Wissen Sie, ich hatte schon Angst, ich hätte Tinnitus! Das ist – in abgeschwächter Form – tatsächlich schon einmal so passiert. Und es zeigt: Es ist immer das, was wir zentral daraus machen. Wenn wir es schaffen, das Ganze als harmlose Datenverarbeitungsstörung unseres Gehirns einzuordnen, haben wir gute Chancen, es wieder loszuwerden. Wenn wir aber kopfscheu werden und uns in die Sache hineinsteigern, sind wir unter Umständen auf dem Weg zum chronischen Tinnitus.

Streibl: Ja, spannend – die Wahrnehmung macht also den Unterschied. Vielen lieben Dank für das schöne Gespräch und die vielen Informationen zu diesem Thema. Danke sehr.

Schobel: Vielen lieben Dank auch für die Einladung und die Gelegenheit. Dankeschön.

Outro

00:35:37

Strieder: Das war Podcast-Folge 47 von ÖAZ im Ohr. Wenn Sie noch mehr zum Thema Tinnitus erfahren möchten, insbesondere zur Einordnung der Evidenzlage bei OTC-Präparaten und medikamentösen Ansätzen, finden Sie dazu einen spannenden Beitrag von Mag. pharm. Ines Nikucić in der aktuellen ÖAZ-Ausgabe 17. In der ÖAZ-Tara widmen wir uns außerdem dem Thema Schmerzen. Dort erwarten Sie interessante Beiträge zur herausfordernden Beratung bei Schmerzen in der Schwangerschaft und Stillzeit sowie zum Umgang mit Dysmenorrhö, der schmerzhaften Menstruation. Vielen Dank fürs Zuhören und bis in zwei Wochen mit einer neuen Ausgabe von ÖAZ im Ohr. Bleiben Sie neugierig, gut informiert – und denken Sie: Ihr Wissen ist die beste Medizin.

Hinweis: Dieser Podcast richtet sich an Fachkreise und dient der Vermittlung von allgemeinem Wissen über pharmazeutische und medizinische Themen. Es werden keine konkreten Therapieempfehlungen oder individuelle Ratschläge für Laien gegeben. Die Inhalte ersetzen keinesfalls den Besuch bei einer Ärztin, einem Arzt, einer Apothekerin oder einem Apotheker.