

Der Tinnitus-Patient beim Hausarzt: Interview mit Prof. Tobias Kleinjung

Mit dem Ohrgeräusch Frieden schliessen

DAVOS – Am virtuellen 60. Ärztekongress präsentierte Professor Dr. Tobias Kleinjung, Leiter ORL-Poliklinik, Universitätsspital Zürich, an einem Workshop seine Empfehlungen für das (Selbst-)Management des Tinnitus. Im Interview mit **Medical Tribune** sprach er über hausärztliche Aspekte und betonte, dass ein Herangehen mit Empathie und Finger-spitzengefühl essenziell sei – unter Beachtung der wenigen «Red Flags».

Interview



Prof. Tobias Kleinjung
Leiter ORL-Poliklinik
Universitätsspital Zürich

Foto: vVg

? Können Sie kurz erläutern, worin sich der subjektive vom objektiven Tinnitus unterscheidet?

Prof. Kleinjung: Der bei Weitem überwiegende Anteil der Patienten, das sind über 99 %, leidet unter subjektiven Ohrgeräuschen – ohne eine interne, für den Tinnitus verantwortliche Geräuschquelle. Bei den sehr seltenen objektiven Ohrgeräuschen resultiert der Tinnitus aus wahrgenommenen Geräuschen aufgrund von unwillkürlichen Muskelzuckungen (am Gaumen oder im Ohr selbst) oder aufgrund von vasculären, puls-synchronen Phänomenen. Für letztere können z.B. Fisteln, Aneurysmen oder Divertikel verantwortlich sein, aber oft lässt sich keine Pathologie eruieren.

? Ein Tinnitus wird von Betroffenen eher als lästig eingestuft, nicht als «richtige» Krankheit. Trotzdem kann er auf lange Sicht belasten. Gehen Betroffene in erster Linie zum Hausarzt?

Prof. Kleinjung: Das hängt vor allem vom Gesundheitssystem ab: Häufig

ist der Hausarzt grundsätzlich als erster Ansprechpartner definiert. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass hier auch entsprechendes Wissen vorhanden ist. In erster Linie gilt es, eine mögliche behandelbare otologische Ursache zu finden bzw. auszuschliessen, und eine erste Aufklärung hinsichtlich des Phänomens «Tinnitus» durchzuführen. Gelegentlich sind Betroffene so massiv belastet, dass das bis zu einer latenten Suizidalität gehen kann. Und damit wären wir bei den Red Flags. Liegt eine psychiatrische Komorbidität vor (Schlafprobleme, Angststörungen, Depressionen), dann sollte diese durch den Spezialisten abgeklärt und behandelt werden. Momentan wird dieser Aspekt unter Experten intensiv diskutiert: «Tinnitus» als reines Symptom auf der einen Seite soll vom krankmachenden Tinnitus im Sinne von «Tinnitus-Disorder» andererseits abgegrenzt werden, was weitreichende Konsequenzen, nicht nur in diagnostischen Klassifizierungssystemen, haben kann. Ein schweres Tinnitus-Leiden ist mit massiven Einschränkungen im Alltag verbunden.

? Ähnliche Diskussionen wurden beim chronischen Schmerz geführt – mit der Maxime: «Schmerz ist, was der Patient sagt, und er existiert, wann immer er es sagt.»

Prof. Kleinjung: Genau, das ist ein hervorragender Vergleich und lässt sich sehr gut auf den Tinnitus übertragen. Bei beiden besteht dieser «Phantom-Charakter», der das Management für Betroffene und Behandler oft so schwierig macht. Ich sehe auch hinsichtlich der Pathogenese durchaus Parallelen.

? Welches Vorgehen empfehlen Sie für das hausärztliche Setting?

Prof. Kleinjung: Ich erachte es als besonders wichtig, dass Hausärzte erst einmal den Patienten beruhigen und Entwarnung geben, indem sie schwerwiegende oder bedrohliche Ursachen in den allermeisten Fällen ausschliessen können. Da bei der überwiegenden Mehrzahl der Tinnitus-Patienten eine beginnende oder bereits ausgeprägte Schwerhörigkeit besteht, sollte ein Hörtest veranlasst werden. Manchmal resultiert daraus auch eine Konsequenz, etwa im Sinne einer Hörgeräteversorgung. Häufig verliert der Tinnitus im Laufe der Zeit von selbst seinen dominierenden Charakter. Mein Rat für Hausärzte: die Tinnitus-Patienten ernst nehmen, beruhigen und beraten, denn sehr viele Menschen haben einen Tinnitus, und in aller Regel ist es nichts Schlimmes. Allein schon dadurch können die Konzentration und Fokussierung auf den Tinnitus nachlassen und die Situation kann sich bessern.

? Welche «Red Flags» sollte der Hausarzt beachten – und den Patienten zum Spezialisten überweisen?

Prof. Kleinjung: Als Red Flags sehe ich alle somatischen Ohrerkrankungen, die jedoch selten sind. Ich denke beispielsweise an einen Tinnitus im Rahmen einer schweren Otitis media, oder auch an Patienten mit Hörsturz, diese sollten zum HNO-Kollegen überwiesen werden. Genauso wichtig ist es, dass man auf psychische Begleitsymptome achtet – nicht erst bei psychischer Dekompensation. In solchen Fällen kann die zumindest kurzfristige konsiliarische Mitbetreuung durch einen Psychiater sinnvoll sein.

? Welche Rolle spielt eine gleichzeitig bestehende Schwerhörigkeit?

Prof. Kleinjung: Wir gehen davon aus, dass jegliche Art von Schwerhörigkeit, von leichtem bis hochgradigem Hörverlust, in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle mit einem Tinnitus im



Zusammenhang steht. Dabei dominiert der altersbedingte Hörverlust, den wir hauptsächlich in der Altersgruppe 50+ sehen. Als Risikofaktoren für einen früh beginnenden Hörverlust spielen vor allem die berufsbedingte Lärmbelastung oder auch das regelmässige Hören lauter Musik eine Rolle. Wenn eine objektivierbare Schwerhörigkeit und damit eine Indikation für eine Hörgeräteverordnung besteht, raten wir zu einem Versuch mit dem Hörgerät. Denn wenn Betroffene wieder mehr hören, nehmen sie weniger Phantomgeräusche wahr. Wir sprechen hier vom Maskierungseffekt. Es wird ja postuliert, dass bei Menschen mit verminderter Hörleistung neuroplastische Veränderungen im Gehirn stattfinden, die als eigenständige, kompensatorische Aktivität von Sinneszellen das Korrelat des Tinnitus darstellen. Bekommt das Hörsystem wieder mehr auditorischem Input, kann sich der Tinnitus, zumindest der Theorie nach, reduzieren. Bei Menschen, die einseitig erblaut sind, beispielsweise nach einem Hörsturz, und auf dem betreffenden Ohr einen massiven Tinnitus wahrnehmen, kann ein Cochlea-Implantat nicht nur den Höreindruck verbessern, sondern auch den Tinnitus supprimieren.

? Wie kann ein Tinnitus ohne Schwerhörigkeit medikamentös und nichtmedikamentös behandelt werden?

Prof. Kleinjung: Der Leidensdruck spielt eine wichtige Rolle bei den therapeutischen Überlegungen. Copingstrategien sind entscheidend: Dabei kann es gelingen, über die Akzeptanz zu einem Zustand der Gewöhnung oder einem Ausblenden des Tinnitus zu kommen. Braucht es Unterstützung, bietet sich die kognitive Verhaltenstherapie an, die sich als Goldstandard etablieren konnte. Wenn das Selbst-Management gelingt, spielt der Tinnitus im Alltag keine Rolle mehr. Manche Patienten berichten, dass sie den Tinnitus – abgesehen von Stress-Situationen – nicht mehr wahrnehmen. Tinnitus-spezifische Medikamente gibt es jedoch leider nicht.

? Das Selbst-Management kann also helfen, mit dem Tinnitus Frieden zu schliessen?

Prof. Kleinjung: Ja absolut, viele Patienten lernen, mit dem Tinnitus umzugehen und ihm eine untergeordnete Rolle im Leben zuzuweisen.

Besten Dank für das Gespräch!

Interview: Dr. Renate Weber

f_swissprofessionalmediaAG

iStock: Benjamin Toth / Vectorios2016



Einladung zum interaktiven Webinar

Chronisch-entzündliche Systemerkrankungen – was der Hausarzt wissen sollte

Mittwoch, 24. März 2021, von 18.30 bis 20.15 Uhr

- Prof. Nikhil Yawalkar, Stv. Chefarzt, Universitätsklinik für Dermatologie, Inselspital Bern
- Prof. Burkhard Möller, Klinikdirektor und Chefarzt a.i., Universitätsklinik für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie, Inselspital Bern

Sponsoren: Novartis Pharma Schweiz AG, Schwabe Pharma AG Infos und Anmeldung via www.medical-tribune.ch/fortbildungskalender oder via QR-Code

AIM/MIG CREDITS

2

