

Patientenleitlinie

Chronischer Tinnitus

AWMF-Register-Nr. 017/64

Klasse S3

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie e. V.



© DGHNO-KHC

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC)

Stand August 2021

Autoren (in alphabetischer Reihenfolge)

Prof. Dr. Gerhard Hesse
Prof. Dr. Birgit Mazurek

Co-Autoren (in alphabetischer Reihenfolge)

Dr. Eberhard Biesinger
Prof. Dr. Gerhard Goebel
Prof. Dr. Annette Limberger
Dr. Matthias Rudolph
Dr. Roland Zeh

Leitlinienkoordinatoren (in alphabetischer Reihenfolge)

Prof. Dr. Gerhard Hesse
Prof. Dr. Birgit Mazurek

Steuerungsgruppe (in alphabetischer Reihenfolge)

Prof. Dr. Christian Dobel
Prof. Dr. Gerhard Hesse
Dr. Volker Kratzsch
Prof. Dr. Claas Lahmann
Prof. Dr. Birgit Mazurek
Dipl. Psych. Heribert Sattel

Nächste planmäßige Überprüfung

August 2026

Hinweis: Die folgenden Formulierungen schließen Angehörige aller Geschlechter (m/w/d) ein.
Die Verwendung der männlichen Form dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit.

Inhalt

1	Wann spricht man von chronischem Tinnitus?	4
2	Was wissen wir über die Ursachen von Tinnitus?	4
3	Was weiß man über Begleiterkrankungen (Komorbiditäten)?	5
4	Welche Ärztinnen und Ärzte behandeln Tinnitus?	5
5	Wie kann ein Tinnitus festgestellt werden, welche Diagnostik ist erforderlich und sinnvoll?	6
6	Stimmt der Satz: „Bei Tinnitus kann man nichts machen“?	6
7	Wann sollte eine Behandlung begonnen werden?	7
8	Was gibt es für sinnvolle Therapien bei chronischem Tinnitus?	7
9	Wissenschaftliche Forschung und neuere Therapieverfahren	8
10	Fazit	9

Diese Patientenleitlinie Chronischer Tinnitus wurde aus der gerade komplett überarbeiteten medizinischen S3-Leitlinie Chronischer Tinnitus entwickelt, sie enthält daher die (verständlich formulierten) Empfehlungen, die nach umfangreicher Literatursichtung und Diskussion verabschiedet wurden. Für die Erstellung der Patientenleitlinie wurde eine Autorengruppe installiert und von der gesamten Leitliniengruppe beauftragt, diese Gruppe hat die jetzt vorliegende Version verfasst. Zu den Autoren dieser Patientenleitlinie gehören auch die Vertreter der Patienten und Selbsthilfegruppen. Alle Autoren haben im Zusammenhang mit der medizinischen Leitlinie ihre möglichen Interessenkonflikte erklärt, diese gelten auch für die Erstellung der Patientenleitlinie und beeinflussen diese nicht.

1 Wann spricht man von chronischem Tinnitus?

Tinnitus oder Ohrgeräusche sind Symptome des Hörsystems, die sehr häufig, oft auch spontan, auftreten. Vorübergehende, nur kurzzeitig anhaltende Ohrgeräusche kennt und erlebt fast jeder Mensch, von einem Tinnitus spricht man erst dann, wenn diese Geräusche länger anhalten und wenn sie vor allem die Betroffenen stören oder sogar belasten. Besteht ein solcher Tinnitus länger als 3 Monate, gilt er als chronischer Tinnitus. Unterschieden wird außerdem zwischen dem sehr seltenen objektiven Tinnitus, also einem Ohrgeräusch, das auch Außenstehende hören können, und dem subjektiven Tinnitus, den nur die Betroffenen selbst wahrnehmen. Ein objektiver Tinnitus ist dabei meist kein eigentliches Ohrgeräusch, sondern es werden nur körpereigene Geräusche, wie z.B. Pulsationen des Gefäßsystems oder Muskelzuckungen als Ton wahrgenommen. Wesentlich häufiger ist der subjektive Tinnitus, bei dem weder eine äußere noch eine innere Geräuschquelle zugrunde liegt.

2 Was wissen wir über die Ursachen von Tinnitus?

Tinnitus entspricht einer spontanen oder unnormalen Aktivität im Hörsystem. In den allermeisten Fällen entsteht er durch krankhafte Veränderungen der Schallverarbeitung im Innenohr, seltener auch durch Veränderungen des Schalltransports im Mittelohr oder der Weiterverarbeitung des Schalls im Hörnerven oder der Hörbahn. Deshalb ist Tinnitus auch in über 90 % der Fälle begleitet von einem mehr oder weniger stark ausgeprägten Hörverlust des betroffenen Ohres oder beider Seiten. Jedoch steht häufig der Tinnitus für die Betroffenen im Vordergrund und der eigentlich bestehende Hörverlust wird gar nicht als solcher empfunden. Fast immer entspricht der Tinnitus der Frequenz des größten Hörverlustes. Das Hörzentrum im Gehirn versucht dann diese fehlenden Frequenzen durch Verstärkungsaktivitäten auszugleichen: Der Tinnitus wird lauter wahrgenommen. Oft entstehen dadurch Hinwendungs- und Aufmerksamkeitsreaktionen, die das Ohrgeräusch lauter erscheinen und wahrnehmen lassen. Damit gibt es Parallelen zum sogenannten Phantomschmerz, weil der Tinnitus wie eine Schmerzempfindung der eigentlich nicht mehr vorhandenen oder geschwächten Anteile der Hörbahn empfunden wird.

Wesentlich seltener entsteht ein Ohrgeräusch auch im weiteren Verlauf der Hörbahn, also mehr zentral. Dies entspricht dann einer deutlich gesteigerten sinnlichen Überreizung und ist meistens Folge von Stressbelastungen. Bei der Chronifizierung und krankhaften Verarbeitung des Tinnitus spielen die zentralen Regionen eine wesentliche Rolle.

Aus klinischer Sicht kann ein Tinnitus als Folge einer Erkrankung des Mittel- oder Innenohres und des Hörnervs entstehen. Dies können z.B. eine Verknöcherung der Gelenke der Gehörknöchelchen (Otosklerose), chronische Mittelohrerkrankungen, eine Innenohrschwerhörigkeit oder ein Morbus Menière (eine mit Drehschwindel einhergehende Tieftonschwerhörigkeit) oder ein Vestibularis-Schwannom (gutartiger Tumor des Hör- und Gleichgewichtsnerv) sein.

3 Was weiß man über Begleiterkrankungen (Komorbiditäten)?

Komorbiditäten oder begleitende Erkrankungen machen den Tinnitus eigentlich erst behandlungsbedürftig. Während viele Menschen unter ihrem Ohrgeräusch nicht leiden und es als normal empfinden und auch wieder komplett wegfiltern können, fühlen sich andere Menschen durch Ohrgeräusche stark belastet und in ihrer Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit eingeschränkt. Dadurch können sogenannte Komorbiditäten gefördert werden, manchmal werden sie aber auch, weil vorbestehend, nur verstärkt. Zu nennen sind neben einer Hyperakusis (Überempfindlichkeit des Hörsystems), Probleme mit dem Ein- und Durchschlafen, aber auch Konzentrationsprobleme und Stimmungsschwankungen bis hin zu Depressionen. Oft entstehen durch Ohrgeräusche auch Unsicherheiten und Ängste, ob Veränderungen oder Erkrankungen des Gehirns allgemein bestehen, die diesen Tinnitus hervorrufen. Manchmal bestehen diese Erkrankungen schon vor dem Tinnitus und lösen durch den damit verbundenen Stress einen Tinnitus aus.

4 Welche Ärztinnen und Ärzte behandeln Tinnitus?

Auch wenn häufig die Hausärztin/der Hausarzt oder Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner zuerst aufgesucht werden, so sind doch HNO-Ärztinnen/-Ärzte in aller Regel die Ansprechpartner bei Tinnitus, eben weil es sich um eine Störung des Hörsystems handelt und nur die HNO-Ärztin/der HNO-Arzt die notwendigen Untersuchungen durchführen kann. Bestehen Begleiterkrankungen, die in Zusammenhang mit dem Tinnitus gebracht werden, so können auch andere Ärztinnen/Ärzte wie Neurologinnen/Neurologen, Orthopädinnen/Orthopäden oder Zahnärztinnen/Zahnärzte in die Diagnostik und Behandlung einbezogen werden. Wegen der häufigen psychosomatischen Begleiterkrankungen werden zudem psychotherapeutisch tätige Ärztinnen/Ärzte, Psychiaterinnen/Psychiater oder Psychologinnen/ Psychologen in Diagnostik und Therapie miteinbezogen.

5 Wie kann ein Tinnitus festgestellt werden, welche Diagnostik ist erforderlich und sinnvoll?

Vor jeder Behandlung steht die Erhebung der genauen Krankengeschichte, der Anamnese. Dabei soll erfragt werden, wann das Ohrgeräusch erstmalig aufgetreten ist, in welchem Zusammenhang es störend bemerkt wurde und wie sehr die/der jeweilige Patientin/Patient durch das Ohrgeräusch gestört oder betroffen ist. Erfragt werden soll auch, ob der Tinnitus durch bestimmte Umstände (Bewegungen, Medikamente, Stresssituationen etc.) beeinflussbar ist.

Zuerst wird die HNO-Ärztin/der HNO-Arzt äußere, gut zu behandelnde Ursachen ausschließen, wie z.B. den Gehörgang verlegende Ohrenschmalzpfropfe oder Veränderungen des Mittelohres. Auf jeden Fall soll eine gründliche Hörprüfung erfolgen, die erfasst, ob das Hörvermögen normal oder in welchen Frequenzen es gestört ist. Hier kann auch festgestellt werden, an welcher Stelle des Ohres die Schädigung aufgetreten ist. Dazu sind neben der Hörprüfung in der Hörprüfkabine (Tonschwellenaudiometrie) auch eine Erfassung der Mittelohrfunktion (Tympanometrie und Reflexmessung) sowie die Sprachaudiometrie erforderlich. Objektiv messbar sind die Aktivitäten der Haarzellen des Innenohres durch die sogenannten Otoakustischen Emissionen (OAE) und die Funktion des Hörnervs durch die sogenannte Hirnstammaudiometrie (BERA). Die konkrete Tinnitusdiagnostik beinhaltet die Messung der Tinnituslautheit (Intensität in dB) in Bezug zur jeweiligen Hörschwelle und die Frequenzcharakteristik (Tonhöhe des Ohrgeräusches in kHz). Darauf aufbauend kann evtl. eine weiterführende Diagnostik empfohlen werden, je nach begleitenden Komorbiditäten. In erster Linie handelt es sich hier um Fragebögen zur Erfassung des Schweregrades der Ohrgeräusche und der Beeinträchtigung im alltäglichen Leben. Bei einseitigen Ohrgeräuschen kann auch eine Kernspintomographie des Kopfes erforderlich sein, um sehr seltene Veränderungen wie etwa einen gutartigen Tumor (Neubildung) am Hör- bzw. Gleichgewichtsnerv festzustellen.

6 Stimmt der Satz: „Bei Tinnitus kann man nichts machen“?

Dieser Satz beruht auf der leider bis heute gültigen Tatsache, dass es den Schalter, der ein Ohrgeräusch komplett wieder abschalten kann, nicht gibt. Gleichzeitig aber ist diese Behauptung für die Betroffenen sehr belastend und oft frustrierend, weil sie die Patientinnen/Patienten in Hilflosigkeit belassen. Tatsächlich stimmt dieser Satz auch nicht, da Ärztinnen/Ärzte und Patientinnen/ Patienten gemeinsam sehr viel tun können, damit der Tinnitus weniger störend wahrgenommen wird oder ganz aus der Wahrnehmung verschwindet und eine sogenannte Habituation eintritt. Deswegen ist eine Behandlung des chronischen Tinnitus auf jeden Fall sinnvoll und eine Besserung möglich.

7 Wann sollte eine Behandlung begonnen werden?

Unterschieden wird zwischen einem akut, meistens mit einer plötzlichen Hörminderung (Hörsturz), einhergehendem Ohrgeräusch und einem schon länger bestehenden chronischem Tinnitus. Akute Ohrgeräusche sollten wie ein Hörsturz behandelt werden, in aller Regel durch eine Kortisonbehandlung. Chronische Ohrgeräusche sollen dann behandelt werden, wenn sie die Betroffenen stören und in ihrer Lebens- und Gestaltungsfähigkeit einschränken oder wenn deutliche Begleiterkrankungen bestehen.

8 Was gibt es für sinnvolle Therapien bei chronischem Tinnitus?

Ganz allgemein orientiert sich die Therapie an den Faktoren, die den Tinnitus ausgelöst haben, am Schweregrad der Belastung und den evtl. vorhandenen Komorbiditäten. Ziel einer sinnvollen Therapie ist eine langfristige Absenkung der Tinnitusbelastung, das Erlernen von Techniken, um den Tinnitus besser zu verarbeiten und im besten Fall sogar zurückdrängen zu können. Ausgangspunkt und Grundlage jeder Behandlung soll dabei die umfassende, auf eine gute Diagnostik gestützte Aufklärung und Beratung sein. Dieses Counseling ist nach allen wissenschaftlichen Studien ein wesentlicher Beitrag zu einer guten Therapie.

Auf der organischen Ebene der Behandlung sollte der Ausgleich eines bestehenden Hörverlustes durch Hörhilfen (Hörgeräte) eine wesentliche Voraussetzung für eine Tinnitushabituation sein. Dies kann die Tinnitusbelastung oft positiv beeinflussen. Bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Ertaubung sind Cochlea Implantate eine wirksame Behandlung, um neben dem Ausgleich des Hörverlustes auch eine gute Tinnitushabituation zu erreichen. Dies kann mit einer Hörtherapie unterstützt werden, in der hemmende Anteile der Hörwahrnehmung in Bezug auf den Tinnitus gefördert und trainiert werden können.

Für die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Behandlungsansätze liegen umfangreiche Studien vor, die eine gute Wirksamkeit in Bezug auf eine Herabsenkung der Tinnitusbelastung zeigen. Nebenwirkungen dieser Therapie sind nicht bekannt. Wenn durch derartige Behandlungen eine sogenannte Habituation erreicht werden kann, besteht das Ohrgeräusch in der Regel zwar noch, wird jedoch ohne eine aktive Konzentration auf das Ohrgeräusch weniger oder gar nicht mehr wahrgenommen. Damit ist die Habituation die Folge eines Lernvorgangs des Gehirns.

Die Tinnitus-Retrainingtherapie oder eine Tinnitus-Bewältigungstherapie (TBT) können ebenfalls die Habituation des Ohrgeräusches verbessern, jedenfalls bei längerfristigem Einsatz. Eine damit verbundene Versorgung mit einem Rauschgerät (Noiser) ist jedoch nach wissenschaftlicher Datenlage nicht erforderlich.

Eine direkte Medikamentenwirkung, die den Tinnitus verringert oder gar beendet, ist nicht bekannt und bislang nicht erreicht worden. Alle diesbezüglichen Studien ergeben einen wissenschaftlichen Nachweis darüber, dass diese Medikamente nicht besser wirken als eine Placebo-Behandlung.

Wissenschaftliche Daten für die Wirkung von Ginkgo Biloba oder ihrer Extrakte, für Betahistin oder auch einer Kortisonbehandlung ergeben bei chronischem Tinnitus keine Hinweise auf eine nachgewiesene Wirksamkeit.

Anders stellt sich die Situation dar, wenn Komorbiditäten medikamentös behandelt werden. Insbesondere bei Depressions- und Angsterkrankungen haben bestimmte Psychopharmaka eine gute Wirkung und sollten dann auch eingesetzt werden, allerdings nicht zur Behandlung des Ohrgeräusches, sondern zur Behandlung der begleitenden psychosomatischen Erkrankungen. Die durch die Medikation verminderte Stressbelastung führt oftmals zu einer Verringerung der Tinnitusbelastung.

Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen und eine damit verbundene Anleitung zur Selbsthilfe sind für viele Betroffene ein wirksames und unterstützendes Moment der Behandlung.

Somit sind als Therapieziele eine bessere Habituation des Ohrgeräusches und im besten Fall eine Verdrängung des Ohrgeräusches aus der Wahrnehmung erreichbar. Dazu sollen eine gute Aufklärung und eine psychotherapeutische Betreuung erfolgen, verbunden mit hörverbessernden Maßnahmen, Techniken der Stressverarbeitung und der Entspannungstherapie sowie die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe. Wurden bei der Diagnostik andere körperliche Funktionsstörungen festgestellt, so sollen diese unabhängig davon zielgerichtet behandelt werden.

9 Wissenschaftliche Forschung und neuere Therapieverfahren

Die wissenschaftliche Forschung der letzten Jahre hat im Wesentlichen versucht, Zusammenhänge zwischen Tinnitus, Hörverlust und Veränderungen der Hörwahrnehmung sowie Entstehen von psychosomatischen Erkrankungen und damit Veränderungen in der zentralen Verarbeitung der Betroffenen nachzuweisen. Wir wissen daher, dass es zahlreiche Anregungszonen im Gehirn gibt, die von der Tinnitusbelastung abhängig sind und durch diese gespeist werden, sie sind jedoch individuell äußerst unterschiedlich.

Bezüglich neuer und moderner Therapieverfahren liegen sehr viele wissenschaftliche Studien vor, die jedoch bislang keinen Beleg erbringen konnten, dass diese Therapien wirklich wirksam sind und nachhaltige Veränderungen der Tinnitusbelastung erreichen können. Dies betrifft insbesondere Verfahren, die mit aufwendigen Methoden wie der sogenannten transkraniellen Magnetstimulation arbeiten, die bestimmte Hirnregionen elektrisch und akustisch stimulieren (bimodale Stimulation durch gleichzeitige Reizung des Trigeminusnerven oder des Vagusnerven und akustische Stimulation) oder durch direkte Stromeinwirkungen die Hörrinde zu beeinflussen versuchen. Auch sogenannte

Geräusch- oder Soundtherapien, die über Klänge und Verwendung bestimmter Töne versuchen, den Tinnitus auszulöschen oder zu beeinflussen, konnten einen wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis bislang nicht erbringen. Gleiches gilt für sogenannte Nahrungsergänzungsmittel, die keinerlei nachweisbaren Effekt zur Verringerung der Tinnitusbelastung haben. Auch Akupunktur oder Elektroakupunktur haben keinerlei nachgewiesene Wirksamkeit bei Tinnitus, können jedoch Schmerz- und Verspannungsreaktionen lindern.

Positiv wirken können evtl. manualtherapeutische Behandlungen, wenn gleichzeitig Funktionsstörungen in der Halswirbelsäule oder der Kiefer- und Kaumuskulatur bestehen, die bei funktionellen Untersuchungen nachweisbar eine direkte Beziehung zur Tinnituswahrnehmung haben.

10 Fazit

Die Behandlung des chronischen Tinnitus basiert auf einer fundierten Diagnostik mit Erfassung sowohl der Besonderheiten der Hörwahrnehmung, einer evtl. vorhandenen Schwerhörigkeit als auch der psychosomatischen Komorbiditäten und anderer Begleiterkrankungen. Darauf soll in der Behandlung ein ausführliches und entängstigendes Beratungsgespräch aufbauen. Daneben sollen vor allem eine tinnituspezifische kognitive Verhaltenstherapie und andere fundierte psychotherapeutische Interventionen als Einzel- oder Gruppentherapie eingesetzt werden, evtl. gepaart mit Entspannungstherapien. Dies kann ambulant, tagesklinisch/teilstationär oder stationär erfolgen. Diese Therapie-Bausteine verbessern die Tinnitusbelastung, die Lebensqualität und können ebenfalls Einfluss auf Komorbiditäten wie Ängste und Depressionen haben. Ziel einer sinnvollen Tinnitustherapie ist dabei, dass der Tinnitus im täglichen Lebensablauf mit großer Wahrscheinlichkeit keine wesentliche Rolle mehr spielen sollte. Die wichtige therapeutische Aufgabe besteht darin, die Patientin/den Patienten auf die Notwendigkeit einzustimmen, dass sie oder er im Rahmen der Psychotherapie bereit sein müssen, selbst und umfangreich bei der Therapie mitzuwirken.

Dazu kann auch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe einen wichtigen und wirksamen Beitrag leisten.

Für spezielle zur Behandlung des Tinnitus entwickelte Geräuschapplikationen sowie akustische Stimulationen mit Tönen, Geräuschen oder verfremdeter Musik besteht nach den vorliegenden Studien keine Evidenz. Das gilt besonders auch für invasive Verfahren wie die direkte elektrische Hirnstimulation.

Versionsnummer: 4.0

Erstveröffentlichung: 05/1998

Überarbeitung von: 09/2021

Nächste Überprüfung geplant: 09/2026

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online