

5 Therapie bei chronischem Tinnitus

5.1 Einleitung

G. Hesse

Zur Behandlung des chronischen Tinnitus stehen mittlerweile Therapien zur Verfügung, die wirksam und effektiv die Situation der betroffenen Patienten verbessern und den Tinnitus in den Hintergrund treten lassen können, auch wenn das Ohrgeräusch nicht komplett „abgeschaltet“ werden kann. Für einige dieser Therapien besteht wirkliche, durch Metaanalysen bestätigte Evidenz, so dass der immer noch häufig, selbst fachärztlich geäußerte Hinweis, da könne man nichts machen, definitiv nicht mehr stimmt.

Da aber viele Patienten verzweifelt den „Schalter“ suchen und damit Therapien, die an den Kognitionen und der konkreten Hörwahrnehmung arbeiten, nicht akzeptieren können, gibt es weiter eine Vielzahl von mehr oder weniger obskuren, auf jeden Fall aber extrem monetär ausgerichteten Verfahren, die durch Bestrahlung, medizinisch-physikalische Interventionen, Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel bis hin zu paramedizinischen „Voodoo“-Verfahren Patienten suchen und dann konsekutiv sehr häufig weiter frustrieren, wenn wieder eine teure (und meist selbstfinanzierte) Behandlungsmethode keine bleibende Besserung gebracht hat.

In diesem und dem folgenden Kapitel sollen **sinnvolle und wirksame Therapien** vorgestellt werden. Begonnen wird mit den gängigen Habituationstherapien (S.125), unter besonderer Würdigung eines neurootologisch geprägten Vorgehens. Dann wird eine Verbindung hergestellt zu einer psychosomatischen Sichtweise (S.147) und ihrem Stellenwert bei der Behandlung des chronischen Tinnitus. Den Abschluss bildet die überaus wichtige apparative Versorgung (S.180) mit ihren modernen, deutlich verbesserten Möglichkeiten.

Eine einheitliche Ursache für das Entstehen von Ohrgeräuschen gibt es nicht, vielmehr ist der Tinnitus ein Symptom und Epiphänomen veränderter oder gestörter Hörwahrnehmung. Ausgangspunkt ist oft, obgleich nicht immer, eine Schädigung der Haarzellen des Innenohrs, aber auch andere Stationen und Kerngebiete der Hörbahn können eine Veränderung der Spontanaktivität hervorrufen, die dann als (störendes) Ohrgeräusch wahrgenommen wird. Da es keine einheitliche pathophysiolo-

gische Erklärung gibt, ist auch der therapeutische Ansatzpunkt nicht einheitlich. Chirurgisch und auch medikamentös lässt sich der Tinnitus nicht abschalten. Zwar können evtl. begleitende oder auch auslösende Erkrankungen behandelt werden, aber eine kausale, den Tinnitus direkt auslöschende Therapie gibt es bis heute nicht, wird es vielleicht auch in dieser gewünschten Weise in der Zukunft nicht geben.

Je deutlicher klar wird, dass der Tinnitus fast immer mit einem Hörverlust und damit meistens mit einem Schaden der überaus empfindlichen Strukturen des Innenohrs, insbesondere der Haarzellen, einhergeht, desto mehr wird eine erfolgreiche Tinnitusbehandlung mit der Kompensation des Innenohrschadens verknüpft sein. Inwieweit hier, eingedenk der Tatsache, dass sich der Hörnerv und vor allem die Haarzellen der Säugetiere und des Menschen nicht regenerieren können, durch Gentherapien neue Ansätze entstehen und dann auch in der Folge den Tinnitus verändern oder gar auslöschen können, bleibt abzuwarten. Entsprechende Ansätze werden in Kap. 7.3 vorgestellt.

5.1.1 Leitlinien zur Tinnitusbehandlung

Seit 2014 gibt es in den USA eine „Clinical Practice Guideline: Tinnitus“ (Tunkel et al. 2014a [1028]), die, anders als in Deutschland, auch definitiv benennt, was und vor allem wie nicht behandelt werden sollte. Sie enthält Definitionen und insgesamt 13 Therapieempfehlungen. Eine „Ausführungsbestimmung“ (Tunkel et al. 2014b [1029]) erklärt die Methodik der Empfehlungen und schlägt Evaluationsstudien und weitergehende Untersuchungen vor.

Die Empfehlungen zur Tinnitusdiagnostik und -therapie lauten im Einzelnen:

- ausführliche Erhebung der Krankengeschichte und klinische Untersuchung
- gründliche audiologische Untersuchung
- Differenzierung und Erfassung der tatsächlichen Belastung durch den Tinnitus
- Aufklärung über Bewältigungsstrategien
- Hörgeräteempfehlung, wenn sinnvoll
- Empfehlung zur kognitiven Verhaltenstherapie bei belastendem Tinnitus

- keine medikamentöse Tinnitusbehandlung mit Antidepressiva, Antikonvulsiva, Anxiolytika, keine intratympanale Behandlung
- kein Ginkgo, Melatonin, Zink, keine Nahrungsergänzungsmittel
- keine transkranielle Magnetstimulation
- Optionen: ausführliche audiologische Untersuchung und daran anschließend Empfehlung für eine Hör- oder Soundtherapie

Die deutsche Leitlinie Tinnitus ist aktuell als S3-Leitlinie fertiggestellt und publiziert, sie entspricht im Wesentlichen der US-amerikanischen Empfehlung (AWMF 2015 [45]). Auch hier werden medikamentöse Behandlungen nicht empfohlen, auch keine alternativen Therapien oder Sauerstofftherapien bzw. Magnetbestrahlungen. Als evidenzbasiert empfohlen werden kognitive Verhaltenstherapien, Hörgeräteanpassungen und Audiotherapie (Zenner et al. 2015 [1134]) werden als hilfreich beschrieben.

Studien



Die zahlreichen, auf dem Markt befindlichen Therapien wurden aktuell in einer Übersicht aus den USA beschrieben und gewürdigt, insbesondere invasive Therapien werden aufgeführt; ihnen wird zugleich ein therapeutischer Effekt abgesprochen, da keine Evidenz vorliegt. Die Arbeit warnt Ärzte und Patienten vor derartig invasiven Therapieversuchen, da sie eben auch schädigend sein können (Folmer et al. 2014 [286]).

Eine systematische Metaanalyse aus England (Hoare et al. 2011 [457]) sichtet 28 randomisierte und kontrollierte Studien zur Tinnitustherapie, die meisten mit mäßiger Evidenz. Bemängelt wird, dass die Evidenz deswegen nicht sehr groß ist, weil die Therapien nicht verblindet wurden, die Aussagekraft nicht gut gemessen wurde und Daten häufig inkomplett referiert werden. Besonders bemängelt wird, dass Studien ohne Kontrollgruppe, mit sehr kleinen Fallzahlen, ohne ausreichende Berechnung von Effektstärken und damit mit nur geringer Evidenz publiziert werden.

Typisch ist hierzu eine Arbeit von Neurologen aus Italien, die eine Übersicht zur Therapie des chronischen Tinnitus als Zusammenstellung zahlreicher sinnvoller, aber auch sinnloser, unbewiesener Therapien ohne wissenschaftliche Bewertung vorgelegt haben (Fioretti et al. 2011 [277]). Nach

dieser Übersicht hilft so ziemlich alles, von Hörgeräten, Rauschern und CI, Medikamenten wie Ginkgo und Caroverin, Low-Level-Lasertherapie bis hin zur kognitiven Verhaltenstherapie. Nur Studien zur kognitiven Verhaltenstherapie aber sind ausreichend groß und damit auch vergleichbar, um dieser Therapieform eine, wenn auch bescheidene, Effektstärke zuzubilligen. Für Medikamente besteht lediglich für Antidepressiva Evidenz, allerdings nur für die Therapie von Komorbiditäten. Auch wenn durch klinische Praxis klar ist, so die Autoren, dass Therapien wie Hörgeräte und Retraining hoch wirksam sind, muss die Evidenz erst erbracht und belegt werden.

Ein wichtiger Grund für die schwache Evidenz HNO-ärztlich gestützter, neurootologischer Therapieansätze liegt darin, dass kaum eine der gängigen Behandlungsansätze als Monotherapie funktioniert, immer werden **multimodale Ansätze** angewandt – eine wissenschaftliche Auswertung wird dadurch sehr schwierig bzw. ist nicht den einzelnen Therapiebausteinen zuzuordnen. Hinzu kommt, dass in spezialisierten Zentren und Kliniken schon aus ethischen Gründen eine Placebo-Therapie als Vergleichstherapie nicht angeboten werden kann.

5.1.2 Medikamentöse Therapieversuche

In einer Literaturübersicht wurden aktuelle Studien und Metaanalysen zur Pharmakotherapie ausgewertet: Für den chronischen Tinnitus sind medikamentöse Therapien nicht indiziert, allenfalls werden begleitende, etwa psychosomatische Komorbiditäten mit Psychopharmaka behandelt. Beim **akuten** Tinnitus wird analog der Hörsturzbehandlung trotz schwacher Evidenz nach ausbleibender Spontanerholung eine Behandlung mit Glukokortikoiden und initial Volumenersatzmitteln empfohlen. Als Reservetherapie eignet sich, jedenfalls bei starkem Hörverlust und auch nur bei akutem Tinnitus, eine intratympanale Steroidbehandlung (Hesse u. Laubert 2010 [434]).

Systemische Applikation

Rheologika

Therapiemaßnahmen zur Optimierung der Kochleaperfusion oder Verbesserung des O₂-Partialdrucks in der Perilymphe, wie in Kap. 4.3.2 beschrieben, sind nur in den ersten 6–8 Wochen nach Auftreten des Ohrgeräusches sinnvoll. Gleiches gilt für Steroide, deren Wirkung im Wesentlichen antiinflammatorisch im Bereich des Saccus endolymphaticus oder der Gefäßwände und antiödematös zu verstehen ist.

Kalziumantagonisten

Sie sollen den zellulären Kalzium-Overload vermindern und damit die Überlebenschance vorgeschädigter Haarzellen vergrößern (Jastreboff u. Brennan 1995 [503]), haben aber nur in der Akutphase einen therapeutischen Stellenwert.

PDE-5-Inhibitoren

Selbst PDE-5-Inhibitoren wie das Vardenafil, die sicher nachhaltig die periphere Durchblutung verbessern können, haben keinen einem Placebo überlegenen Effekt bei chronischem Tinnitus.

Studie

In einer hochwertigen, kontrollierten Pilotstudie an der Berliner Charité erhielten in einer doppelblind prospektiven randomisierten und placebo-kontrollierten Studie (Mazurek et al. 2009a [681]) 42 Patienten mit chronischem Tinnitus entweder 10 mg Vardenafil 2-mal täglich für 12 Wochen oder entsprechende Placebo-Tabletten. Der Therapieerfolg wurde mit dem Tinnitus-Fragebogen (TF) gemessen. Weder im TF-Gesamtscore noch in den einzelnen Untergruppen ergab sich eine signifikante Verbesserung der Vardenafil-Gruppe gegenüber Placebo. Die Autoren folgern, dass der vasodilatative Effekt und der durch das Medikament induzierte cGMP-Anstieg keinen Einfluss auf die Tinnitus-Symptomatik haben, obwohl Hypoxie und oxidativer Stress eine Rolle bei der Tinnitusergenese spielen. Ernste Nebenwirkungen wurden nicht beschrieben, wohl aber prolongierte Erektionen und Schwellungen der Nasenschleimhaut. Außerdem traten Kopfschmerzen, Schwindel und Gesichtsrötungen auf. Eine Beeinflussung der Hörfähigkeit fand nicht statt, auch keine Verschlechterung.

Glutamatantagonisten, Caroverin

Auf der Grundlage sehr vielversprechender pathophysiologischer Überlegungen wurde die Gabe von Glutamatantagonisten (Ehrenberger u. Felix 1995 [246], Agabarov 1996 [6]) oder Caroverin (Denk et al. 1993 [198]) diskutiert und untersucht. Erste Erfolgsmeldungen (Denk et al. 1997 [199]) konnten allerdings in kontrollierten Studien mit einem gewissen Nachbeobachtungszeitraum nicht bestätigt werden.

Melatonin

Besonders bei Männern soll Melatonin die Tinnitusbelastung und den Schlaf verbessern.

Studie

In einer Studie aus den USA wurden 61 Tinnituspatienten mit länger als 6 Monaten bestehendem Tinnitus prospektiv randomisiert, doppelblind und cross-over mit 3 mg Melatonin bzw. Placebo behandelt (Hurtuk et al. 2011 [486]). Die Tinnitusbelastung wurde mit dem amerikanischen TSI-Fragebogen erfasst. Das Durchschnittsalter betrug 57,8 Jahre. Nach der Melatonin-Einnahme gaben 57 % eine Tinnitusverbesserung an, immerhin aber auch 25 % nach Placebo-Einnahme. Die bessere Wirkung wurde erzielt bei Männern, bei bilateralem Tinnitus und bei Patienten, die nicht vorbehandelt und nicht depressiv waren. Ebenfalls 57 % gaben eine Verbesserung des Schlafs nach Melatonin an (36 % bei Placebo). Nebenwirkungen traten nicht auf. Eine Nachbeobachtung fand nicht statt, die letzten Werte wurden 4 Wochen nach Therapieende erhoben. Eine vollständige Tinnitusreduktion wurde bei diesem Medikament nicht beschrieben.

Neramexan

In einer methodisch einwandfreien, in mehreren Zentren durchgeführten Studie wurden Verträglichkeit und Dosis des Medikaments Neramexan, eines NMDA-Rezeptor-Antagonisten, untersucht.

Studie

In die randomisiert und doppelblind durchgeführte, placebokontrollierte Studie wurden 431 Patienten mit chronischem, 3–18 Monate bestehendem Tinnitus eingeschlossen. Die Tinnitusbelastung wurde mit dem TF-12 erfasst, audiometrische Daten wurden mit erhoben. Sowohl mit einer Dosierung von 50 mg als auch mit 75 mg konnte eine leichte, wenn auch nichtsignifikante Verbesserung erzielt werden. Eine signifikante Besserung wurde erst 4 Wochen nach Therapieende für die 50-mg-Dosis erreicht, die Autoren empfahlen daher die Durchführung einer Phase-III-Studie (Suckfüll et al. 2011 [994]), die für dieses Medikament aber inzwischen wieder aufgegeben wurde.

Studie

Im British Medical Journal (BMJ) publiziert, wurde 2001 die Wirksamkeit von Ginkgo-Extrakt bei Tinnitus an einem sehr großen Patientenkollektiv (1121 Teilnehmer) in einer doppelblind und placebokontrolliert durchgeführten Studie untersucht. Dabei führte Ginkgo genauso (wenig) zu einer Verbesserung der Tinnituspenetranz und -intensität wie ein Placebo (Drew u. Davies 2001 [228], Hesse u. Schaaf 2001 [441]).

Auch für die von Pharmafirmen postulierte unterstützende Wirkung von Ginkgo-Extrakten in der Tinnitusbehandlung liegen keine belastbaren Studienergebnisse vor (Rejali et al. 2004 [854], Herrschaft et al. 2012 [410], Lovera et al. 2012 [649], Hilton et al. 2013 [453]).

Antiarrhythmika (z. B. Lidocain)

Andere medikamentöse Therapieversuche, nach erfolgloser Primärbehandlung von den Patienten oft vehement gefordert, konnten ebenfalls nicht wirklich nachhaltigen Erfolg bringen. Hierbei kommen im wesentlichen Antiarrhythmika wie Lidocain zum Einsatz, die bei 30–70% der Patienten (Lenarz u. Gülzow 1985 [617], Staffen et al. 1999 [978]) zu einer – wenn auch nur passageren – Tinnitusreduktion führen. Die hohe Nebenwirkungsrate untersagt hierbei eine Dauertherapie.

Ginkgo biloba

Eine aktuelle Übersicht aus Norwegen als Update eines Cochrane-Reviews (Hilton et al. 2013 [453]) wertete neue, randomisierte und placebokontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Ginkgo biloba mit insgesamt über 6000 Patienten aus: Evidenz ergab sich weder für eine Wirksamkeit bei kognitiven Defiziten, Demenz, Apoplex oder Klaudikatio noch bei Tinnitus. Vielmehr bestehen, wenn auch milde Nebenwirkungen wie Schwindel, Magenbeschwerden oder allergische Reaktionen, manchmal auch eine erhöhte Blutungsneigung (Roland u. Nergard 2012 [875]).

Ozon, Betahistin

Ozon wird als antientzündliches Agens und gegen Ischämie als Komplementärbehandlung eingesetzt, Betahistin soll vasoaktiv wirken und so die Durchblutung des Innenohrs verbessern. Für keine der Gruppen ergaben sich jedoch signifikante Unterschiede, weder in Bezug auf die Tinnitusbelastung noch auf die Tinnituslautheit (Sönmez et al. [973]).

Hyperbare Sauerstofftherapie (HBO)

Diese Behandlung, durch die in einer Überdruckkammer eine deutlich gesteigerte Verwertung des „Medikaments“ Sauerstoff erreicht werden kann, hat ebenfalls nur in der Akutphase eine Berechtigung, bei chronischem Tinnitus ist sie gänzlich unwirksam (Delb et al. 1999 [193], Bennett et al. 2012 [82]).

Plasmatherapie (Heparin-induzierte extrakorporale LDL-Präzipitation, HELP)

Andere Therapieversuche zielen allgemein auf eine Verbesserung des Blutflusses ab, sind aber teilweise auch extrem aufwendig, wie die von Suckfüll et al. (1999) [996] vorgeschlagene HELP, die ohnehin nur bei erhöhtem Fibrinogen- oder Cholesterinspiegel pathophysiologisch sinnvoll ist, immer vorausgesetzt, Tinnitus und Hörminderung sind we-

gen dieses erhöhten Fibrinogens oder Cholesterins in der Lympflüssigkeit des Innenohrs tatsächlich entstanden. Mehr Informationen und neuere Studien zu diesen und anderen Medikamenten werden ausführlich in Kap. 7 vorgestellt.

Fazit

Ein Problem bei medikamentösen Therapieversuchen bei Tinnitus besteht darin, dass geeignete Wirkspiegel im Innenohr nur bei sehr hoher Dosierung erreicht werden können. Häufig stehen die erzielten Nebenwirkungen dann im Vordergrund und verbieten die weitere Gabe. Andere oral eingesetzte (und in ihrer Wirksamkeit nicht bewiesene) Pharmazeutika wie Ginkgo biloba werden zwar massiv und häufig unkritisch verwendet, verändern aber an der Tinnitusqualität nichts. Häufigste Argumentation für eine Einnahme ist einzig der Wunsch, das Befinden möge sich nicht verschlechtern. Zwar überraschen hin und wieder einzelne Forschungsgruppen mit neuen und hohen Erfolgszahlen; in der Regenbogenpresse werden diese Studien sofort aufgegriffen und verbreitet, wissenschaftliche Überprüfungen lassen dann aber schnell wieder Ernüchterung einkehren.

Intratympanale Applikation

Forschungsansätze, die darauf abzielen, durch intratympanale Applikation eine hohe Wirkstoffkonzentration am Innenohr zu erreichen, etwa mittels einer speziellen Pumpe (Lenarz et al. 1999 [619]) oder durch direkte intratympanale Injektion und Bindung des Wirkstoffs an ein speziell entwickeltes Gel (Plontke 2005 [823]), haben sich bei der Behandlung des chronischen Tinnitus noch nicht bewährt. Schwab et al. (1999) [939] fanden nach Implantation eines μ -Katheters an der Membran des runden Fensters und Applikation mehrerer verschiedener Medikamente (nacheinander) keine signifikante Tinnitusverbesserung – dies galt sowohl für den Einsatz von Prednisolon und Lidocain als auch von Glutamat und Caroverin sowie von „durchblutungsverbessernden“ Substanzen wie Naftidrofuryl. Wesentliche Forderung an jede Medikamentengabe am Innenohr ist, dass die Hörleistung unbeeinflusst bleiben muss, bei gleichzeitiger Unterdrückung der spontanen Erregung Tinnitus.

NMDA-Rezeptor-Antagonisten

Grundlage für Versuche, mit lokaler, intratympanaler Applikation dieser Wirkstoffe den Tinnitus zu beeinflussen, sind Forschungen, nach denen NMDA-Rezeptoren bei Stressbelastungen des Innenohrs hochreguliert werden und vermehrte Aktivitäten der Nervenfasern bewirken, evtl. auch einen Tinnitus.

Studien

In einer Pilotstudie wurde multizentrisch und doppelblind, randomisiert und placebokontrolliert der NMDA-Rezeptor-Agonist AM-101 bei 24 Patienten mit akutem, nicht länger als 3 Monate bestehendem Tinnitus in verschiedenen Dosen intratympanal injiziert (Muehlmeier et al. 2011 [739]). Die Tinnitusbelastung wurde mit dem TF-12 gemessen und 60 Tage nach der Therapie letztmalig abgefragt. Die Tinnitusbelastung besserte sich durch die Behandlung für keine Dosis und nicht für Placebo. Geringgradig änderte sich die selbstbeobachtete Tinnituslautheit und die MML (Minimal Masking Level), aber wiederum auch bei Placebo. Die Autoren sehen in der Therapie dennoch eine gute und sichere Therapieoption mit Tendenzen zur Tinnitusverbesserung.

Aber auch in einer Folgestudie mit Esketaminhydrochlorid (AM-101), einem nonkompetitiven NMDA-Rezeptor-Antagonisten konnte eine Wirksamkeit nicht nachgewiesen werden. Die Multi-center-Studie, doppelblind prospektiv und placebokontrolliert angelegt, behandelte 248 Patienten (16–65 Jahre), die jeweils 3 intratympanale Injektionen AM-101 (hoch oder niedrig dosiert) oder Placebo an 3 aufeinanderfolgenden Tagen erhielten. Insgesamt ergab sich keine signifikante Besserung, nur Patienten mit Tinnitus nach Lärmaustritt und nach Mittelohrentzündungen besserten sich unter dem Medikament mehr als unter Placebo, auch besserte sich in der Nachbeobachtungszeit (90 Tage) die subjektiv empfundene Tinnituslautstärke unter AM-101 mehr (van de Heyning et al. 2014 [1039]).

Erfolg der Placebo-Therapie

Alle medikamentösen Therapien, insbesondere im subakuten Stadium, müssen sich mit der generellen Erfolgsquote jedweder Placebo-Therapie von bis zu 40% (Duckert u. Rees 1984 [233], Greimel 2005 [357]) messen lassen. Auch wenn andere Autoren nur 15–20% Placebo-Effekte sehen (Erlandsen et al. 1987 [255], Lenarz 1998c [614]), kommt selbst ein „Makroplacebo“ wie die HBO-Druckkammer im chronischen Stadium nicht über diese Erfolgsquote hinaus. Diese Effekte sind stets Bestandteil von Therapieansätzen gewesen, sie sind auch durchaus legitim, sollten jedoch bewusst eingesetzt werden und vor allem dem Grundsatz „Nihil nocere“ unterliegen, d.h. keine Nebenwirkungen billigend in Kauf nehmen (Brown 1998 [116]).

Merke



Zur Behandlung des chronischen Tinnitus sind Medikamente allesamt unwirksam. Dies betrifft sowohl gängige und wirksame Substanzen der modernen Medizin als auch Naturheilmittel, Homöopathika oder Nahrungsergänzungstoffe (Espinosa-Sanchez et al. 2014 [262]).

Wissen



Psychopharmaka bei Tinnitus

Häufig unkritisch eingesetzt werden zentral wirksame Medikamente, wie besonders die mit einem hohen Abhängigkeitspotenzial behafteten **Ben-zodiazepine**. Über allgemein sedierende Effekte wirken sie tinnitusmindernd.

In der Behandlung des zentralen Tinnitus, besonders der Sekundärsymptomatik, können hingegen **Antidepressiva** ohne Suchtpotenzial sinnvoll indiziert sein, wenn Depressionen im Sinne des ICD-10 entweder als Folge des Tinnitusleidens oder gar als wesentlich mitverursachender Faktor für das Leiden am Tinnitus auftreten. Dies sollte jedoch fachgerecht indiziert und in der Regel von Psychotherapie begleitet sein.

In einem Update einer Cochrane-Übersicht (Baldo et al. 2012 [55]) von 2006 und 2009 wird die Studienlage zur Wirksamkeit von Antidepressiva bei Tinnitus untersucht: Ausgewertet wurden 6 Studien mit insgesamt 610 Patienten. Eine hochwertige Studie untersuchte allein die Wirkung eines Serotonin-Reuptake-Inhibitors (SSRI),

konnte aber keinen Effekt auf Tinnitusintensität und -belastung nachweisen. Studien mit trizyklischen Antidepressiva waren qualitativ schlechter und konnten vor allem nicht Wirkungen auf Ängste und Depressionen von denen auf die Tinnitusbelastung abgrenzen. Die Metaanalyse folgert, es gäbe nach wie vor keinen Beweis, dass Antidepressiva Tinnitus verbessern, vielmehr behandeln (und verbessern) sie psychosomatische Komorbiditäten.

Neuroleptika, in der Regel niederpotente Vertreter dieser Substanzklasse wie Promethazin (z. B. Atosil) und Pipamperon (z. B. Dipiperon), haben ihren Platz bei der überbrückenden Therapie von relevanten Schlafstörungen. Sie sind Benzodiazepinen und Barbituraten vorzuziehen; aber auch Neuroleptika müssen fachgerecht indiziert sein – eine psychotherapeutische Begleitung sollte nicht fehlen.

Ähnliches gilt für **Antikonvulsiva** wie das Carbamazepin (Tegretal). Auch diese Wirkstoffe sind in einer Cochrane-Metaanalyse (Hoekstra et al. 2011 [460]) von 7 Studien zur Behandlung des chronischen Tinnitus mit Antikonvulsiva mit insgesamt 453 Patienten gesichtet und bewertet worden. Die Studien untersuchten Gabapentin, Carbamazepin, Lamotrigin und Flunarizin. Keine Studie wies einen signifikant positiven Effekt für eines der Medikamente nach. Eine Studie zeigte einen signifikanten negativen Effekt für Gabapentin. Auch für Carbamazepin zeigte eine Studie einen – nicht signifikanten – positiven Effekt gegenüber Placebo, eine andere einen – ebenfalls nicht signifikanten – negativen Effekt. Für Flunarizin gilt das Gleiche, es gibt positive wie negative Effekte, aber keine Signifikanz. Für alle getesteten Substanzen wurden Nebenwirkungen bei 18% der Patienten beschrieben.

5.1.3 Integrierte neurootologische und psychosomatische Therapie

Wie auch für andere chronische, „nicht heilbare“ Erkrankungen (Rheuma, Allergien, Fibromyalgie etc.) gibt es für den Tinnitus dennoch sinnvolle und erfolgversprechende Behandlungsansätze. Allerdings wird das Symptom dabei nicht chirurgisch „weggeschnitten“ oder medikamentös ausgelöscht – für den Patienten ist diese Erkenntnis oft zumindest anfänglich frustrierend.