

5/2021 Oktober

C 51932

# forum

*Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde*



# Hörgeräte bei Tinnitus?!

Helmut Schaaf

## Summary

This article addresses the question of whether and in which cases hearing aid fitting makes sense for tinnitus and the requirements for successful therapy are presented. An essential aspect is the detailed education about the fundamental problems of tinnitus and its causes and effects on everyday life. With organic causes, hearing impairment predominates, so that an improvement in hearing has a positive influence on tinnitus. Those affected often first have to be convinced that »better« hearing does not worsen their noise in the ear.

## Keywords

Tinnitus, hearing aid supply, hearing loss.

## Zusammenfassung

In diesem Artikel wird auf die Frage eingegangen, ob und in welchen Fällen eine Hörgeräteversorgung bei Tinnitus sinnvoll ist und die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie dargestellt. Ein wesentlicher Aspekt ist die ausführliche Aufklärung über die grundlegende Problematik des Tinnitus und seiner Ursachen und Auswirkungen auf den Alltag.

Bei organischen Ursachen überwiegt eine Einschränkung des Hörvermögens, sodass eine Verbesserung des Hörens einen positiven Einfluss auf den Tinnitus hat. Die Betroffenen müssen oftmals erst davon überzeugt werden, dass ein »besseres« Hören nicht ihr Ohrgeräusch verschlimmert.

## Schlüsselwörter

Tinnitus, Hörgeräteversorgung, Schwerhörigkeit.

## Einleitung

Tinnitus als Phänomen und Symptom bezeichnet alle Formen von nicht durch äußere Schallquellen bedingten Hörwahrnehmungen, die auf einer verifizierbaren audiologischen Grundlage beruhen und nicht als Halluzinationen gewertet werden müssen.

Dabei lässt sich die subjektive Tinnitus-Lautheit maximal 5–15 dB über der Hörschwelle (entspricht leisem Blätterrauschen) bestimmen. Seltene Ausnahmen finden sich bei objektiven Tinnitus-Formen (1–9).

Fachgerecht sind die Diagnostik und Ersttherapie bei Patienten mit einem Leiden am Tinnitus in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde angesiedelt. Im Praxisalltag präsentieren sich dabei die unterschiedlichsten klinischen Bilder von einem harmlosen Phänomen über eine bis dato nicht erkannte Schwerhörigkeit bis zu schweren psychischen Beeinträchtigungen, im Extremfall als Deckphänomen bei psychiatrischen Erkrankungen.

## Tinnitus-Wahrnehmung bei Höreinschränkungen und Schwerhörigkeit

Im häufigsten Fall kann nach einer Ab- und Aufklärung (»Counselling«) durch den HNO-Arzt sowie einer sachgerechten Hörunterstützung, insbesondere Tinnitus-Patienten ohne psychische Zusatzbelastung, ausreichend geholfen werden. Erklärt werden muss aller-



Abb. 1: Schwerhöriger mit tönendem Ohr. Modifikation einer Titelbildillustration (12) von G. Gulland unter Verwendung eines Ausschnitts einer Picasso-Zeichnung

dings, warum der Tinnitus die Folge der Hörstörung ist und nicht umgekehrt, sonst ist die Compliance für eine sinnvolle Hörgeräteverordnung kaum zu erreichen.

Auch wenn es manchmal schwer zu glauben ist: Der Tinnitus kann nicht lauter als 15 dB werden, wenn man seine »Verdeckbarkeit« mit Tönen von außen über der Hörschwelle bestimmt.

Fälschlich wird oft die Verdeckbarkeit für die Tinnitus-Lautstärke gehalten, sodass die Patienten mit der ebenso falschen wie fatalen Vorstellung eines zum Beispiel 76 dB lauten Ohrgeräuschs entlassen werden.

Sachgerecht wird die Tinnitus-Lautheit bestimmt durch die Differenz zwi-



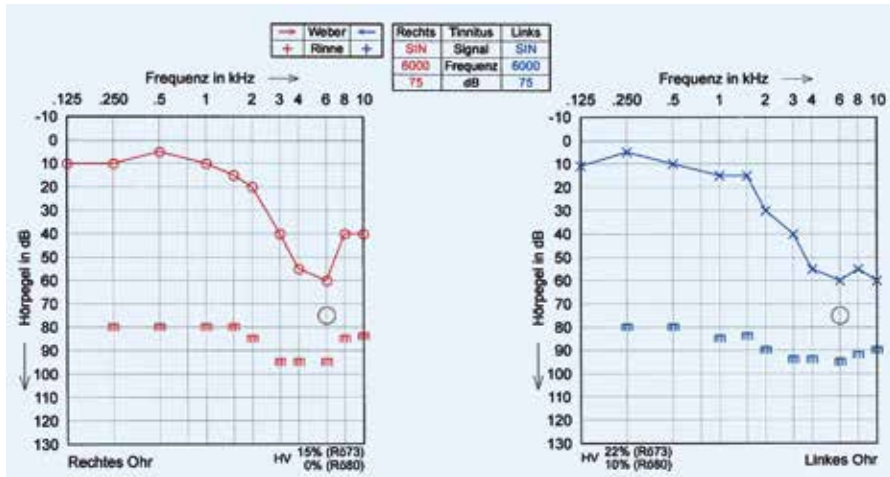


Abb. 2: Berechnung der Tinnitus-Lautheit. Tinnitus-Verdeckbarkeit von 75 dB abzüglich (minus) Hörschwelle von 60 dB = 15 dB Tinnitus-Lautheit

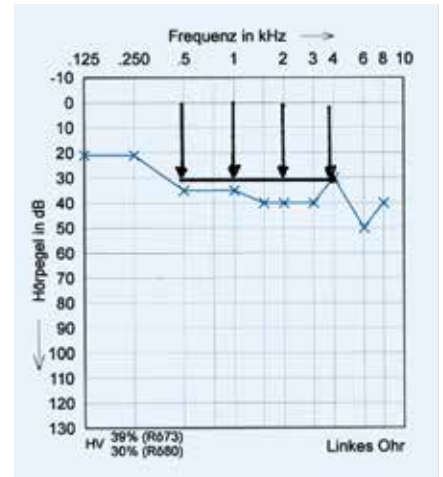


Abb. 4: Hörverlust mit einer Indikation für Hörgeräte

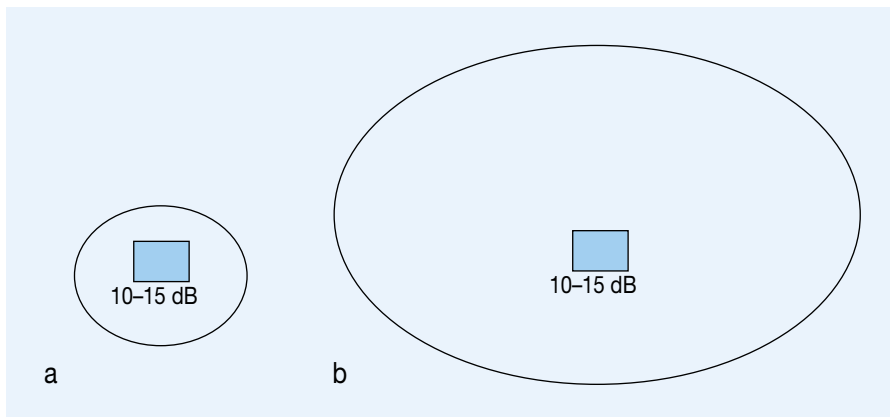


Abb. 3a und b: a) Der Tinnitus, der auch bei Schwerhörigen in der Regel 10–15 dB über der Hörschwelle bestimmt wird, macht bei Schwerhörigkeit bis zu 90% der Hörwirklichkeit auf dem betroffenen Ohr aus. b) Schon ein einfaches Hörgerät kann durch die Erweiterung der akustischen Wahrnehmung dazu beitragen, den unverändert laut bestimmbar Tinnitus in der Wahrnehmung zu reduzieren

sehen Verdeckbarkeit und vorab ermittelter Schwerhörigkeit in der Tinnitus-Frequenz.

Beispiel: Tinnitus-Verdeckbarkeit von 75 dB abzüglich (minus) Hörschwelle von 60 dB = 15 dB Tinnitus-Lautheit (Abb. 2).

15 dB sind an sich nicht viel. Schon Blätterrauschen verursacht ein Geräusch von 20 dB. Aber auch 15 dB können zu 100% der Hörwahrnehmung werden,

– wenn diese durch keine Außengeräusche verdeckt oder anteilmäßig gemindert werden – etwa bei absoluter Taubheit oder in einem schalldichten

Raum, der auch noch die Körpergeräusche schluckt, – oder bei absoluter Fixierung auf das Geräusch, was normalerweise nur »unbewusst«, etwa bei Angst- und Depressionserkrankungen, eintreten kann.

Deswegen kann bei Tinnitus-Patienten mit einer Höreinschränkung ein Hörgerät oft Wunder bewirken. Der Grund liegt in der Verbesserung und damit Erweiterung der akustischen Wahrnehmung.

Da der Tinnitus nicht über 15 dB hinauskommt, verringert sich sein Anteil in der Hörwahrnehmung etwa auf 10% – oder weniger (Abb. 3). Es spricht

also alles dafür, bei Schwerhörigen, auch wenn sie primär wegen ihres wahrgenommenen Symptoms – dem Tinnitus – vorstellig werden, eine Hörgeräteversorgung zu besprechen und – wenn möglich – durchzuführen.

Zudem entlastet ein Hörgerät die Höranstrengung, führt zu einem besseren Verständnis und ermöglicht ein besseres Miteinander in Gesellschaft.

## Formales

Nach den Hilfsmittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen können Hörgeräte verschrieben werden, wenn:

- bei beidseitiger Schwerhörigkeit der (tonaudiometrische) Hörverlust auf dem besseren Ohr 30 dB oder mehr in mindestens einer der Frequenzen zwischen 500 und 4.000 Hz beträgt und die Verstehensquote für einsilbige Worte auf dem besseren Ohr bei 65 dB nicht größer als 80% ist;
- bei einer einseitigen Schwerhörigkeit der tonaudiometrische Hörverlust bei 2.000 Hz oder mindestens bei zwei Frequenzen zwischen 500 und 4.000 Hz 30 dB erreicht (Abb. 4).

Die Hörgeräte-Verordnung kann – auch bei einseitiger Schwerhörigkeit – früher erfolgen, wenn ein störender Tinnitus hinzukommt.

## Tabelle

### Stolperstellen von der Indikation eines Hörgeräts bis zur erfolgreichen Umsetzung durch den Patienten

Störungsmöglichkeiten	Maßnahme	Unterstützungsmöglichkeiten
Fehlendes Verstehen beim Patienten	Hörgeräte-Verordnung	Aufklärung. Info-Blatt für Patienten
Nicht zur Tinnitus-Frequenz passendes Hörgerät. Anpassung nach Patientenzufriedenheit statt nach Hörnotwendigkeit. Ausbleibende geschlossene Versorgung trotz Notwendigkeit	Hörgeräte-Auswahl	Kontrolle durch den HNO-Arzt
Ausbleibendes Verbesserungsgefühl hinsichtlich des Hörens und der Tinnitus-Wahrnehmung	Patienten-Geduld und -Verständnis	»Counseling«, Wiederholung und Geduld. Info-Blatt für Patienten

## Fallstricke in der Kette von der Verordnung bis zur gelungenen Anpassung

Leider kann auch ein Hörgerät keine Wunder bewirken: Es muss individuell und kompetent angepasst und der Gebrauch und Umgang damit geübt werden.

Im Prozess von der Empfehlung über die Verordnung bis zur Anpassung eines geeigneten Hörgeräts und der Umsetzung durch den Patienten kann es zu vielfältigen Irritationen und Störungen sowie inadäquaten Ausführungen kommen (Tab.).

### Die Voraussetzung

Grundlegend für eine gelingende Hörgeräteversorgung ist eine adäquate HNO-ärztliche Diagnosestellung unter Berücksichtigung der Luft- und Knochenleitung nach Ausschluss möglicher Schalleitungs- und Schallverarbeitungs-komponenten (vom Cerumen bis zum Vestibularisschwannom (Akustikusneurinom)).

### Den Prozess ins Rollen bringen!

Die HNO-ärztliche Aufgaben bestehen unter anderem in

- der Hörgeräte-Empfehlung,
- der Erklärung des Nutzens sowohl hinsichtlich der Hörverbesserung als auch der Reduktion der Tinnitus-Wahrnehmung,
- der Ausstellung einer (kassenarzt-kompatiblen) Hörgeräteverordnung,
- der Überwachung des Erfolgs.

### Häufige Probleme bei der Hörgeräte-Verordnung

Hörgeräte können nicht einfach wie ein Medikament verordnet werden. Beim Patienten sind dazu die entsprechende Akzeptanz und die Umsetzungsbereitschaft nötig. Beides muss in aller Regel erst erklärt und erarbeitet werden. (»Ich habe doch einen Ton im Ohr und will nicht noch mehr hören«).

Um den HNO-Arzt dabei zu unterstützen, haben wir ein entsprechendes Info-Blatt erstellt (s. QR-Code am Ende des Artikels oder fordern Sie per E-Mail ein pdf bei uns an – [info@omnimed.de](mailto:info@omnimed.de)).

### Den Ball aufnehmen – die Umsetzung beim Akustiker

Der nächste Schritt ist die Auswahl eines angemessenen Hörgeräts – sowohl hinsichtlich der notwendigen Erfordernisse als auch der Bezahlbarkeit.

– Nicht sinnvoll sind Hörgeräte, die die Tinnitus-relevanten Höreinschränkungen nicht ausgleichen können.

– Nicht sinnvoll sind bei Patienten mit Höreinschränkungen die sogenannten »Rauscher«. Auch wenn diese immer noch ganz oben in der Leitlinie zu finden sind (für normakuse Patienten!) erschwert das Rauschen das schon eingeschränkte Hören – und verstärkt das eigentliche Problem.

Also bitte keine Rauscher bei Höreinschränkungen und auch keine »Kombigeräte« oder wie immer inzwischen alle möglichen Mixgeräte heißen mögen!

### Häufiges Problem

Verständlicherweise können viele Patienten mit ihrem Hörgerät zunächst Anpassungsschwierigkeiten haben. Dies kann schon einmal einige Wochen Gewöhnung in Anspruch nehmen. Gewünscht und hilfreich ist dabei die Anleitung durch den Akustiker.

Dabei gibt es unterschiedliche Taktiken bei der Hörgeräteanpassung, die je nach Patient mehr oder weniger nützlich sein können.

So könnte es sinnvoll sein, ein neues Hörgerät zunächst einmal nur etwa für

eine kurze Zeit am Tag einzusetzen. Dabei darf es aber nicht bleiben, sondern der Gebrauch sollte sich dann kontinuierlich steigern, bis das Hörgerät ganztags getragen werden kann. Ebenso sollte die Anforderung an die Kommunikation stufenweise gesteigert werden.

Es ist meistens auch sinnvoll, zu Anfang eine niedrige Höreräteeinstellung vorzunehmen. Es ist aber nicht sinnvoll, dabei zu bleiben, auch wenn der Patient damit suboptimal »zufrieden« ist.

So muss die Kompetenz des Akustikers auch darin bestehen, mit eigener Überzeugung und mit Überzeugungsarbeit kontinuierlich weiter anzupassen, bis ein Optimum erreicht werden kann.

– Dabei ist leider häufig zu sehen, dass Akustiker das Hörgerät eher in Richtung der Akzeptanz der Patienten einstellen als nach den tatsächlichen Bedürfnissen und den Potenzialen des Hörgeräts.

Wir sehen in unserer Ambulanz und Klinik zu oft eine inadäquate Versorgung.

– So unterbleibt zu oft die bei größeren Hörverlusten notwendige geschlossene Versorgung, was die optimale Nutzung des Hörgeräts verhindert. Dies liegt vielleicht daran, dass ein »verschlossenes« Ohr in der Vorstellung (Wahrnehmung) des Patienten und vielleicht auch des Akustikers den Hörtragekomfort mindert oder schlicht an einer nicht sachgerechten Ausführung durch den Akustiker.

– Zu oft unterbleibt die mögliche Ergänzung etwa durch Richtmikrofone.

Es bedarf ausreichender Kompetenz, Anleitung und letztlich der Kontrolle des HNO-Arztes.

*Am Ende läuft es beim Patienten zusammen*

Letztlich muss der Patient die Verbesserung erleben – sowohl was das verbesserte Hören wie auch die Tinnitus-

Minderung angeht. Der Patient muss verstanden haben, was ihm auf Dauer helfen kann – und nicht überredet worden sein.

### *Häufiges Problem*

Es braucht meist einen langen Atem und ein geduldiges Auseinandersetzen mit den Vorstellungen, Ängsten und Bedürfnissen des Patienten. Dabei sollte erklärt werden,

– wie es zu Tinnitus-Wahrnehmung kommen kann (Schnecke als schallaufnehmendes Organ, zentrale Verarbeitung, »Hörfilterfunktionen«).

– wie – scheinbar paradox – die Gesetze der Wahrnehmung auch für die Tinnitus-Bewältigung entscheidend sind, zum Beispiel: Man kann nicht nicht wahrnehmen.

– was zur Habituation hilfreich ist und was sie behindert.

Dies sollte mit der Vermittlung von positiven Perspektiven verknüpft werden:

– Das Ohrgeräusch ist immer ein Symptom, meist einer Veränderung im Hörvermögen, weswegen eine Hörverbesserung oft schon allein hilfreich sein kann.

– Der Tinnitus kann von außen nie lauter als 10–15 dB (entspricht Blätterrascheln oder Computergeräusch) über der Hörschwelle gemessen werden.

– Der Tinnitus kann nie von allein oder mit der Zeit lauter werden. Der Tinnitus wird eher mit der Zeit immer weniger laut wahrgenommen!

– Der Tinnitus kann nie der Grund für eine, gegebenenfalls weitere, Hörverschlechterung sein.

– Der Tinnitus kann allein nicht verrückt machen.

Unterstützend kann dabei auch auf verständliche und positiv anleitende Ratgeber zurückgegriffen werden (12).

## Eine eigene Nachuntersuchung

Im Rahmen einer Katamnese unserer stationären Patienten gaben 42 % der Patienten, die einen bedeutenden Hörverlust aufwiesen, an, schon wesentlich von der Versorgung mit Hörgeräten profitiert zu haben (11).

Als hilfreich erlebt wurde zudem von 82 % das Bearbeiten wichtiger, ganz konkreter Situationen in der Hörtherapie (6).

Insgesamt gibt es noch viel Verbesserungspotenzial, angefangen von der Verordnung bis zur Umsetzung.

## Grenzen

Wenn der psychogene Anteil beim Leiden am Tinnitus überwiegt, wird eine Hörverbesserung alleine nicht weiterhelfen können. Hier muss minimal der kognitive Anteil professionell, das heißt psychotherapeutisch, bearbeitet werden und oft genug auch der interaktionelle Anteil auf Grundlage der Biografie.

Aber auch dann macht eine Optimierung des Hörvermögens Sinn – unter anderem, weil auch Psychotherapie in wesentlichen Teilen über Hören und Zuhören gestaltet wird.

## Fazit

Die organische Grundlage eines Tinnitus beruht überwiegend auf einer Einschränkung des Hörvermögens, sodass es kausal Sinn macht, diese Einschränkung so gut wie möglich auszugleichen.

In der Kette von der Indikation bis zur Umsetzung finden sich viele Stolperstellen, die den eigentlich möglichen Erfolg verhindern können.

Hier bedarf es ausreichender Kompetenz, Anleitung und letztlich der Kontrolle durch den HNO-Arzt – spätestens bei der Abnahme der Hörgeräteverordnung.

## Literatur

1. Beyrau D, Schaaf H, Hesse G (2018): Neurootologisches Counseling bei chronischem Tinnitus. Laryngo-Rhino-Otologie 97 (10), 702–710
2. Cima RFF, Mazurek B, Haider H (2019): A multidisciplinary European guideline for tinnitus: diagnostics, assessment, and treatment. Multidisziplinäre europäische Leitlinie für Tinnitus: Diagnostik, Einschätzung und Behandlung. HNO 67 (Suppl 1), 10–42
3. D'Amelio R, Schaaf H, Kranz D (2021): Module für die Tinnitus-Behandlung. Materialien für das Counseling, die Psychoedukation und Psychotherapie mit Strategien und Methoden aus der Verhaltenstherapie, Psychodynamik sowie Hypnotherapie. Hogrefe, Göttingen, im Druck
4. Goebel G, Büttner U (2004): Grundlagen zu Tinnitus: Diagnostik und Therapie. Psychoneuro 30, 322–329
5. Hesse G (2015): Tinnitus. 2. Auflage. Thieme, Stuttgart, 240
6. Hesse G, Schaaf H (2012): Hörtherapie. Thieme, Stuttgart, 114
7. Kröner-Herwig B, Jäger B, Goebel G (2010): Tinnitus. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Beltz, Weinheim
8. Schaaf H, Gieler U (2010): TRT und Psychotherapie beim Leiden am Tinnitus. HNO 10, 1–5
9. Schaaf H (2015): Psychopathologie (des Leidens am Tinnitus). In: Hesse G: Tinnitus. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Thieme, Stuttgart, 57–73
10. Schaaf H, Weiss S, Hesse G (2017): Catamnesis results of an inpatient neuro-otologic based and psychosomatic tinnitus therapy at least one year after discharge. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology 274 (2), 701–710
11. Schaaf H (2019): Kleine Einführung in die Tinnitus-Wahrnehmung. DTL, Wuppertal
12. Schaaf H, Hesse G (2012): Tinnitus – Leiden und Chance. Profil-Verlag, München, 150

*Hier können Sie die Patienteninformation abrufen:*



*Anschrift des Verfassers:*

*Dr. med. Helmut Schaaf  
Tinnitus Klinik Dr. Hesse  
Große Allee 50  
34454 Bad Arolsen  
E-Mail [hschaaf@tinnitus-klinik.net](mailto:hschaaf@tinnitus-klinik.net)*

