

Neue Leitlinien zur Behandlung des Hörsturzes und des Tinnitus – Bedeutung für Patienten und behandelnde Kassenärzte

Zur Behandlung zahlreicher Krankheiten aus diversen Fachgebieten existieren Leitlinien. Diese Leitlinien werden von jeweiligen Fachgesellschaften, oft in Zusammenarbeit mehrerer Gesellschaften erarbeitet. Sie spiegeln den wissenschaftlichen Stand verschiedener Therapieverfahren wider und stellen eine Empfehlung dar, nach denen die behandelnden Fachärzte handeln sollten.

Allerdings sind Leitlinien keine Richtlinien, d.h. der Arzt muss sich nicht an diese Vorgaben halten, nach wie vor besteht die Behandlungsfreiheit des jeweiligen Arztes, natürlich in Absprache mit dem Patienten. Für die Krankheitsbilder der akuten, plötzlich auftretenden Hörminderung (Hörsturz) und des akuten und chronischen Tinnitus bestehen jetzt neue, d.h. aktualisierte Leitlinien, die unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie erstellt wurden. Die Erstellung und Verabschiedung dieser Leitlinien hat eine beträchtliche Zeit in Anspruch genommen, was wesentlich daran liegt, dass für beide Krankheitsbilder, besonders für die Akutbehandlung nur sehr wenig „evidenzbasierte“, d.h. durch wissenschaftliche Studien tatsächlich belegte Therapieverfahren bestehen. Tatsächlich gibt es wenig wissenschaftliche Untersuchungen für diese akuten Krankheitsbilder, die methodisch sauber sind und damit einem hohen wissenschaftlichen Standard entsprechen. Dies liegt einerseits sicherlich daran, dass sich in der Bundesrepublik Deutschland in den letzten 50 Jahren ein Behandlungsansatz durchgesetzt hat, der zwar unter dem Begriff „Infusionstherapie“ zusammengefasst wird. Eingesetzt werden jedoch eine Vielzahl von Medikamenten in Infusionen; aber auch Tabletten werden bei diesen akuten Hörstörungen gegeben. Eine klare wissenschaftliche Aussage kann jedoch nur dann getroffen werden, wenn tatsächlich nur eine einzige Substanz untersucht und diese mit einer anderen Substanz bzw. auch mit einer „Nullbehandlung“ oder einer sog. Placebobehandlung verglichen wird.

Dies jedoch ist ein weiteres ernstes Problem: Da der Hörsturz eine subjektiv und auch objektiv erlebte Notsituation für die Betroffenen darstellt, ist keine Therapie oder eine Placebobehandlung aus ethischen Gründen nur schwer vertretbar.

In den jeweiligen Leitlinien-Kommissionen wurden daher alle verfügbaren Therapieuntersuchungen gesichtet und bewertet, die methodisch sauberen und vergleichbaren Untersuchungen wurden dann ausgewertet und beurteilt.

Leitlinie Hörsturz

Nach annähernd 2 Jahren Diskussion ist diese Leitlinie jetzt seit Juni 2010 veröffentlicht, d.h. von der wissenschaftlichen Vereinigung der Hals-Nasen-Ohrenärzte erstellt und von dem für die Leitlinien verantwortlichen Zusammenschluss der Fachgesellschaften (AWMF 017/2010) ins Internet gestellt worden. Bereits mit der Fertigstellung hat sich die Leitlinienkommission darauf verständigt, dass eine Überarbeitung bereits Ende 2012 abgeschlossen sein sollte, um aktuelle Untersuchungen berücksichtigen zu können. Praktisch parallel zur Leitliniendiskussion wurde vom gemeinsamen Bundesausschuss für die Krankenversicherungen festgelegt, dass der Wirkstoff Pentoxifyllin (z.B. Trental®) nicht mehr auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherungen verordnet werden darf. Dieser Wirkstoff wurde bislang auch in der Hörsturztherapie häufig eingesetzt, er gilt allgemein als Behandlungsmittel für Durchblutungsstörungen und ist explizit auch zur Hörsturzbehandlung zugelassen. Allerdings existiert für diesen Wirkstoff gerade in Bezug auf die Hörsturzbehandlung keine einzige wissenschaftliche Studie, die eine Wirksamkeit tatsächlich belegt. Insofern ist der Beschluss, dass dieses Medikament nicht mehr auf Kassenrezept verordnet werden darf, sicher richtig; einen ähnlichen Beschluss gibt es z.B. auch für das Präparat Ginkgo, was ebenfalls keinerlei Wirksamkeitsnachweis erbringen konnte. Für die Hörsturzbehandlung, und dies gilt analog auch für die Behandlung des akuten Tinnitus, liegt eine verlässliche Studie nur vor für die Behandlung mit Cortison sowie auch, unter gewissen Einschränkungen, für die Behandlung mit der Infusionslösung HAES. Allerdings gibt es durchaus auch Studien, die für Cortison keine Überlegenheit gegenüber anderen Therapien nachweisen, allerdings werden immer einzelne Medikamente miteinander verglichen und, wie oben bereits angeführt, keine Therapie, die gegen eine Placebogruppe getestet wurde.

In der umfangreichen Durchsicht der Literatur wurden wissenschaftliche Belege für die Wirksamkeit von Pentoxifyllin, Betahistin, Ginkgo, aber auch die Behandlung mit

Hyperbarer Sauerstofftherapie und der HELP-Apherese nicht gefunden. Sie wurden deshalb in der Leitlinie auch nicht berücksichtigt.

Nach der neuen Leitlinie sollte 1 bis 2 Tage ohne Behandlung abgewartet werden, um einen Spontanverlauf zu beobachten.

Stellt sich dann keine Besserung ein, so ist eine Behandlung mit Cortison zu empfehlen, diese kann als Infusionslösung mit dem Wirkstoff Hydroxyäthylstärke (HAES) kombiniert oder auch in Tablettenform gegeben werden.

Allerdings sollte die HAES-Gabe auf 5 Infusionen beschränkt werden, da bei längerer Gabe schwerwiegende Nebenwirkungen wie insbesondere ein heftiger und langanhaltender Juckreiz häufig vorkommen. Nach einer europäischen Multicenter-Studie ist die Gabe von 6 %igen HAES besonders dann sinnvoll, wenn der Therapiebeginn länger als 48 Stunden nach Auftreten der plötzlichen Hörminderung einsetzt sowie bei Patienten mit erhöhtem Blutdruck.

Nach den Leitlinien ist eine derartige Akut-Therapie allerdings wirklich nur im akuten Stadium sinnvoll, d.h. in den ersten maximal 3 Monaten nach Auftreten des Ereignisses.

Zwar gilt diese Leitlinie nur für plötzliche Hörminderungen, für die es keine erkennbare und klar ersichtliche Ursache gibt. Sicher ist jedoch bei akuten Hörverlusten durch Lärmeinwirkung oder durch Unfälle ein derartiger Behandlungsansatz ebenso zu empfehlen.

Was heißt das für die betroffenen Patienten?

Tritt eine plötzliche Hörminderung auf ohne Begleitsymptome wie Schmerzen und Fieber, dann kann sicherlich bis zum Folgetag abgewartet werden, ob sich spontan eine Besserung einstellt. Ist dies nicht der Fall, sollte jedoch umgehend ein Ohrenarzt aufgesucht werden, der dann untersuchen wird, welche Ursachen für den Hörverlust in Betracht kommen: So kann er etwa durch einen Ohrenschmalzpfropf oder eine Veränderung des Mittelohres bedingt und dann auch leicht zu behandeln sein, es kann sich aber um eine Störung der Funktion des Innenohres handeln. Die entsprechend erforderliche Diagnostik, die aus Hörprüfungen und objektiven

Messungen der Hörfähigkeit besteht, ist ebenfalls in der Leitlinie beschrieben worden.

...und was bedeutet das für den behandelnden HNO(Kassen-)Arzt?

Seitens der HNO-Ärzte ist eine heftige Diskussion entbrannt, ob generell eine Behandlung des Hörsturzes und des akuten Tinnitus zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen sollte. Ausgehend von dem oben zitierten Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses, aber auch von einzelnen Regressverfahren gegen Kassenärzte wird folgendermaßen argumentiert: Da nur der Wirkstoff Pentoxifyllin eine tatsächliche direkte Zulassung zur Behandlung des Hörsturzes besitzt, dieser jedoch nicht mehr verordnet werden darf zu Lasten der Krankenversicherung, ist generell eine Behandlung auf Kassenrezept untersagt, der Patient müsse also seine Hörsturzbehandlung selbst bezahlen. Von den Vertretern des HNO-Berufsverbandes und auch einiger kassenärztlicher Vereinigungen wird damit der Beschluss, den Wirkstoff Pentoxifyllin nicht mehr verordnen zu dürfen, stillschweigend auf alle anderen Behandlungsmöglichkeiten übertragen. Dabei wird verschwiegen, dass die Behandlung z.B. mit Cortison sich seit Jahren eingebürgert hat und auch z.B. in den USA das Mittel der Wahl zur Behandlung von plötzlichen Hörminderungen ist. Auch wenn Cortison nicht explizit für die Hörsturzbehandlung zugelassen ist, so ist es doch ein weithin eingesetztes Medikament zur Behandlung von entzündlichen Veränderungen und Schwellungszuständen und kann eben genau aus diesem Grunde auch zur Behandlung plötzlicher Hörminderungen eingesetzt werden. Auch die rheologische Therapie mit Volumenersatzmittel wie HAES ist unter diesen Bedingungen möglich. Ohnehin sind Regressverfahren in der Regel angestrengt worden, wenn Patienten stationär zur Behandlung des Hörsturzes aufgenommen wurden. Eine stationäre Behandlung ist sicherlich nur zu rechtfertigen, wenn eine erhebliche psychische Komorbidität (Begleitproblematik) besteht.

Es gibt jedoch keinerlei Vorlage keinen Beschluss, dass die jetzt in der Leitlinie empfohlenen Medikamente nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen verordnet werden dürfen.

Vom Berufsverband der HNO-Ärzte wird mittlerweile empfohlen, die Behandlung des Hörsturzes und des akuten Tinnitus als „IGEL-Leistung“ durchzuführen. IGEL steht dabei für „Individuelle Gesundheitsleistung“, ist mithin eine Behandlung, die der Patient selbst bezahlen muss. Die für den Patienten entstehenden Kosten sind dabei

unterschiedlich hoch, sie reichen von etwas über 100 € bis zu 750 €, was für viele Patienten, wenn auch sicherlich nicht für alle, eine große finanzielle Belastung darstellt. Dies wirkt umso schwerer, als er sich in einer persönlichen Notsituation befindet, die mit anderen „IGEL-Leistungen“ nicht zu vergleichen ist. Man denke hier nur an das Unterspritzen von Falten oder ähnliche Maßnahmen, die eher zur kosmetischen Chirurgie oder auch zur Wellness-Behandlung dienen.

Die Hörsturzbehandlung darf deshalb nicht als „IGEL-Leistung“ hingestellt werden!

Der Autor dieses Artikels, selbst Mitglied beider Leitlinien-Kommissionen, ist wegen dieser Meinung auf zahlreichen Fortbildungsveranstaltungen von Vertretern des Berufsverbandes heftig angegriffen worden. Die Leitlinien-Kommission war sich jedoch einig, dass diese Therapie auch deswegen eindeutig empfohlen wird, um den Kassenärzten Argumentationshilfen und eine wissenschaftliche Unterstützung zu bieten, falls Regressverfahren angestrengt werden sollten. Unterstützend hat die Deutsche Tinnitus-Liga, vertreten durch ihre Geschäftsführerin Elke Knör, den Präsidenten Volker Arbrecht und Prof. Hesse, diese Problematik in einem persönlichen Gespräch dem Patientenvertreter der Bundesregierung, Herrn Dr. Zöllner, in Berlin dargelegt. Eine weitere Klärung seitens des Bundesgesundheitsministeriums wird sicherlich noch eine Zeit brauchen, ist aber zu erwarten.

Intratympanale Therapie

In der Leitlinie wird für den Fall, dass durch die beschriebenen Therapieverfahren keine Besserung erfolgt als sog. „Reservetherapie“ eine intratympanale Behandlung mit Cortison empfohlen. Das heißt, dass Cortison, gebunden an eine Trägerlösung, direkt in das Mittelohr gespritzt wird, um von dort in das Innenohr einzudringen und dort seine Wirkung zu entfalten. Für diese Behandlung wurden in den letzten Jahren zahlreiche Studien durchgeführt, die insgesamt noch relativ kleine Fallzahlen haben, die aber eine gute Wirksamkeit belegen. Sicherlich hat diese Behandlung weit weniger Nebenwirkungen als ein systemischer Einsatz von Cortison als Spritze oder Tablette. Der Eingriff selbst ist kaum belastend und wird in lokaler Betäubung durchgeführt, der Patient muss dann ca. ½ Stunde auf der Seite liegen, die Behandlung selber wird 3 bis 5 Mal wiederholt. Diese Therapie kann ambulant

durchgeführt werden und ist, da sind sich auch die niedergelassenen HNO-Ärzte einig, in der Kassenpraxis durchführbar.

Als Fazit ist festzuhalten, dass die neue Leitlinie für die plötzliche Hörminderung (Hörsturz) festlegt, eine Null-Behandlung sei nicht zu empfehlen. Eine leitliniengerechte Therapie sollte erfolgen, als Medikamente sollten primär Cortison, evtl. kombiniert mit einer Infusionslösung (HAES und/oder Kochsalz) oder als Tablette gegeben werden.

Diese Therapie kann als Kassenleistung durchgeführt werden, auf Durchblutungsmittel sollte jedoch verzichtet werden. Als Reservetherapie eignet sich die direkte Einbringung von Medikamenten in das Mittelohr (Intratympanale Therapie) besonders bei großem Hörverlust.

Leitlinie Tinnitus

Die neue Leitlinie Tinnitus, bei der nicht nur Hals-Nasen-Ohrenärzte sondern auch Psychosomatiker mitgewirkt haben, ist bereits seit Februar 2010 verabschiedet und im Internet durch die AWMF (17/064) veröffentlicht. Hier hat sich die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde das ehrgeizige Ziel gesetzt, sogar eine S3-Leitlinie fertigzustellen, d.h. eine Leitlinie, die alle betroffenen Fachgesellschaften einbezieht, die erfahrungsgemäß sehr umfassender Diskussionen bedarf und auch viel Zeit und Geld zur Erstellung in Anspruch nimmt. Hierzu haben bereits erste Treffen stattgefunden.

Für die Behandlung des akuten Tinnitus wird in dieser Leitlinie auf die Hörsturz-Leitlinie verwiesen, jedenfalls wenn ein begleitender Hörverlust besteht, was in der Regel auch der Fall ist. Ergänzend legt die Leitlinie auch fest, dass zu dieser medikamentösen Behandlung im Akutfall bereits eine aufklärende Beratung (Counselling) erforderlich ist, ggf. auch eine begleitende Entspannungstherapie. Auch hier bietet sich zur Akutbehandlung bei Versagen der klassischen Infusionstherapie eine intratympanale Cortisonbehandlung an, wiederum abhängig vom Hörverlust. Die Leitlinie legt, genau wie beim Hörsturz, fest, dass eine Akuttherapie nur in den ersten 3 Monaten sinnvoll ist, die noch in der alten Leitlinie beschriebene „subakute“ Phase wird jetzt nicht mehr unterteilt und erwähnt. Die

Diskussion bezüglich der Kassenfähigkeit dieser Akuttherapien gilt entsprechend zum oben Gesagten.

Die Behandlung des chronischen Tinnitus

Für die Behandlung des chronischen, d.h. länger als 3 Monate bestehenden Tinnitus sollte vorrangig geklärt werden, ob überhaupt eine Behandlungsbedürftigkeit besteht. Ist der Tinnitus bereits gut habituiert, d.h. stellt er für den Betroffenen kein Problem dar, so ist eine Behandlung auch nicht erforderlich. Zu klären ist weiterhin, ob der Tinnitus das eigentliche Problem ist oder ob es eher der Hörverlust oder eine Geräuschüberempfindlichkeit (Hyperakusis) ist. Berücksichtigt werden müssen auch immer in der Behandlung die persönlichen und psychischen Begleitumstände und Begleitkrankheiten. In der Leitlinie wird dann für den chronischen Tinnitus eine fundierte Diagnose als wesentlich herausgestellt. Eine medikamentöse Behandlung wird für den chronischen Tinnitus explizit verneint. Allenfalls können, bei gezielter Indikation, Psychopharmaka eingesetzt werden, die dann aber nicht den Tinnitus, sondern eher die Begleiterkrankungen wie z.B. Depressionen oder Schlafstörungen behandeln. Gerade für den chronischen Tinnitus wurden sehr viele Studien ausgewertet und berücksichtigt. Bislang ist jedoch mit keinem Medikament auch nur ansatzweise der Beleg erbracht worden, dass bei chronischen Tinnitus eine Wirkung besteht. Das gilt auch für apparative Verfahren, wie z.B. Magnet- oder Elektrostimulation oder die sog. akustische Neurostimulation (Neurostimulator), für die nur sehr wenig oder gar keine Studien vorliegen. All diese Therapieverfahren sind deshalb in der Leitlinie nicht explizit erwähnt worden.

Die Standardbehandlung des chronischen Tinnitus besteht in einer Habituationstherapie, d.h. der Förderung von Maßnahmen der Hörverarbeitung selbst, den Tinnitus in den Hintergrund zu drängen bzw. ganz aus der Wahrnehmung zu nehmen.

Dieser Prozess wird in der Sinneswahrnehmung gemeinhin als Habituation bezeichnet. Derartige Gewöhnungsprozesse basieren auf einer ausführlichen und umfassenden Aufklärung und Beratung des Patienten (Counselling). Diese muss sich natürlich auf eine grundlegende Diagnostik der Hörbahn und der Hörverarbeitung stützen. Diese sollte vom Hals-Nasen-Ohrenarzt durchgeführt werden und wird in der Leitlinie ausführlich beschrieben. Ein wesentlicher Bestandteil der Therapie ist die

akustische Stimulation, die in der Regel, jedenfalls bei bestehendem Hörverlust, mit Hörgeräten durchgeführt wird, in Sonderfällen auch durch sog. Rauschgeräte oder Noiser. Eine der klassischen Habituationstherapien ist das sog. Tinnitus-Retraining, erstmalig beschrieben von Jastreboff und Hazel, das einzig auf einer Aufklärung und Beratung und dem Anpassen von Noisern oder auch Hörgeräten beruht. Nach Auswertung der entsprechenden Studien geht die Leitlinie davon aus, dass dieses klassische Retrainingkonzept nur für Patienten ohne wesentliche psychosomatische Komorbidität sinnvoll ist. Bestehen jedoch Begleiterkrankungen, die das Leiden am Tinnitus erst erst ausmachen, wie z.B. depressive Verstimmungen, Ängste oder Schlafstörungen, so sollte eine begleitende psychotherapeutische Betreuung stattfinden. Hier hat sich die kognitive Verhaltenstherapie als Therapieform bewährt und ist wissenschaftlich auch hinreichend belegt. Eine Behandlung sollte dann entsprechend der Einteilung in verschiedene Schweregrade und auf der Basis von Fragebogen-Auswertungen (Tinnitusfragebogen) erfolgen.

Die neue Leitlinie bezieht besonders für die Behandlung des chronischen Tinnitus klar Stellung: Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es keinerlei Therapien, die den chronischen Tinnitus abschalten können. Therapieverfahren, die das versprechen oder die mehr oder weniger invasiv als medikamentöse oder apparative Tinnitustherapie eingesetzt werden, sind wissenschaftlich bislang nicht belegt und werden daher in den Leitlinien auch nicht empfohlen.

Hingegen sind die Habituationstherapien, d.h. die Behandlungsansätze, die die Belästigung durch das Ohrgeräusch herabsetzen und auch die entsprechenden psychischen Begleiterkrankungen mit behandeln, wissenschaftlich belegt. Sie werden als leitliniengerechte Therapie empfohlen.

Prof. Dr. med. habil Gerhard Hesse
Tinnitus-Klinik am Krankenhaus Bad Arolsen
Große Allee 50
34454 Bad Arolsen
email: ghesse@tinnitus-klinik.net