

# Der Morbus Menière – Schwindelattacken mit wechselhaften Verläufen

von Dr. Helmut Schaaf und Dr. Georg Kastellis

Als wenn das Leiden am Tinnitus noch nicht genug wäre, gesellen sich beim Morbus Menière noch ein – meist fortschreitender – Hörverlust und ein meist attackenweiser, anfallsartiger Schwindel hinzu. Der Schwindel kann von (mindestens) 20 minütigen Anfällen bis zu stundenlangen schweren Drehwindelattacken mit unstillbarem Erbrechen variieren. Kürzere und längere Anfälle haben wahrscheinlich andere Ursachen.

Diese Erkrankung von Gleichgewichts- und Hörorgan kann im günstigen Fall einen leichten Verlauf nehmen. Im ungünstigen Fall kann sie zu

- Schwerhörigkeit,
- einem Leiden am Tinnitus,
- im Gefolge der Schwindelanfälle auch zu länger anhaltender Unsicherheit und Hilflosigkeit sowie
- angstvoller Beobachtung und depressiven Entwicklungen führen.

Unterschieden werden muss der Morbus Menière von einer Vielzahl in Teilaspekten

ähnlichen Erkrankungen. Daher kommt es häufig zu Verwechslungen, in der Regel wird die „Menière-Diagnose“ (sehr) viel zu oft gestellt.<sup>1</sup>

So ist nicht jeder Schwindel mit Hörverlust und Tinnitus ein Menière'sches Leiden.

- Ein lärmgeschädigter Mensch mit Tinnitus und Blutdruckproblemen und mit Schwindelgefühlen hat zwei gut behandelbare Krankheiten, aber keinen Morbus Menière.
- Ältere Menschen mit Schwerhörigkeit, Tinnitus und einem sonst weiter nicht zuordnungsfähigen Schwindel müssen nicht unter M. Menière leiden.
- Menschen, bei denen ein schwankendes Hörvermögen mit einem schwankenden Tieftontinnitus ohne Zeichen einer Gleichgewichtsbeeinträchtigung einhergeht, müssen auch keinen Morbus Menière bekommen.

(siehe ausführlich auch in Schaaf/Hesse: *Endolymphschwankungen*, DTL-Broschüre 2012)

Im Folgenden soll angerissen werden, was über die Erkrankung bekannt sein kann, teilweise unter Verweis auf frühere, ausführlichere und speziellere Darstellungen im Tinnitus-Forum und aktualisiert in dem Buch Schaaf: *Morbus Menière*, Springer-Verlag 2012/7. Auflage.

## Ein Schaden im Innenohr

Der französische Arzt Prosper Menière beschrieb 1861 eindrucksvoll das Krankheitsbild, das bis dahin für eine Hirnkrankheit gehalten wurde. 1938 entdeckten die Engländer Hallpike und Cairns und der Japaner Yamakawa unabhängig voneinander, dass sich bei Menière-Erkrankten die (Lymph-) Flüssigkeit in den Gehör- und Gleichgewichtsschläuchelchen staut.

<sup>1</sup> Die in Frage kommenden Erkrankungen sind ausführlich im Kapitel 5 meines Buches: *Morbus Menière* (7. akt. Auflage) beschrieben; siehe Buch-Shop der DTL.

Medizinisch wird dieser Stau im Innenohr „Endolymphatischer Hydrops“ genannt (Abb. 1). Durch ihn kann das fein ausgeklügelte System der Sinneswahrnehmung gestört werden, und es kann zu einem regelrechten Chaos im Gleichgewichtsorgan und zu Störungen und Ausfällen im Hörorgan kommen.

*„Inzwischen ist unwiderrspochen, dass der endolymphatische Hydrops Folge der morphologischen und funktionellen Veränderungen an Innenohr und Schädelbasis ist, jedoch nicht alleinige Ursache für die attackenweise progrediente Funktionsminderung der Cochlea und des Labyrinths.“*

(Westhofen (2009))

Das heißt: Ein Überdruck in den Flüssigkeitsräumen des Innenohrs kann entstehen durch Veränderungen der organischen Grundlagen oder der Funktionsweise der Innenohrorgane und der umgebenden Knochenbasis. Dies ist aber „nur“ der beobachtbare Zustand für den zunehmenden Funktionsausfall des Hör- und Gleichgewichtsorgans. Es muss noch etwas hinzukommen, was den Prozess ins Rollen bringt und/oder aufrecht erhält.

### Angst-Schwindel und Schwindel-Angst

Stellt sich dieses als existentiell bedrohlich erlebte Ereignis öfters ein, so wächst verständlicherweise auch die Angst vor der Wiederholung. Dabei kann die Angst vor dem Attackenschwindel so groß werden, dass sie selbst als Unsicherheit und Schwindel bis hin zu einem Gefühl des Drehschwindels empfunden und zu einer eigenen Krankheitskomponente wird. Über die reinen Anfälle hinaus kann sich dann ein ständiges Schwindelgefühl bemerkbar machen (siehe auch den nachfolgenden Artikel von Barbara Kieslich-Hoffmann: „Psychologische Aspekte im Umgang mit MM“).

### Der reaktive psychogene (Seelen-)Schwindel

Der Wirkmechanismus der – für Betroffene und oft auch für Behandler – unvorstellbaren Schwindelerlebnisse ist in vielen Fällen dennoch gut erklärbar. So ist das Erlebte bei den organisch ausgelösten Drehschwindelattacken meist mit heftigen Gefühlen

- von Unsicherheit,
- Angst und Panik
- sowie „vegetativen“ Symptomen wie

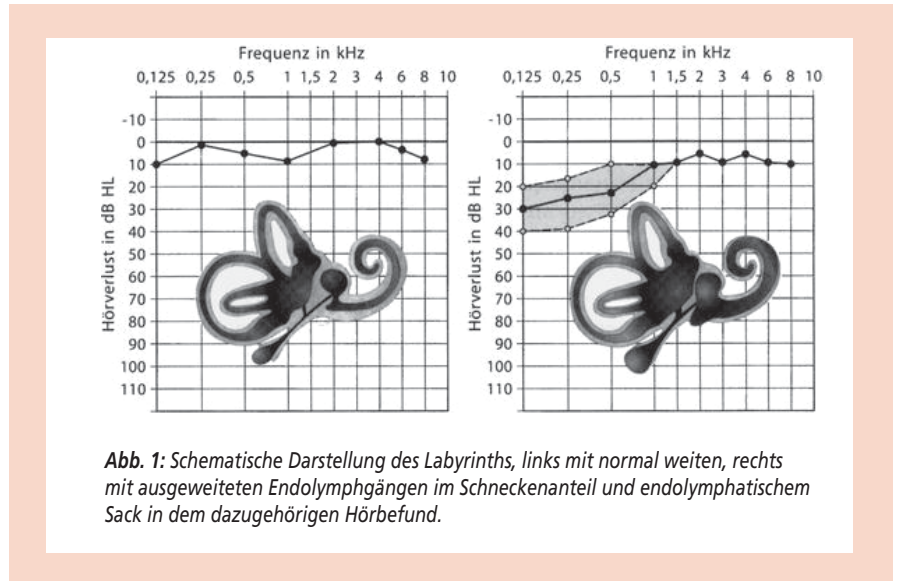


Abb. 1: Schematische Darstellung des Labyrinths, links mit normal weiten, rechts mit ausgeweiteten Endolymphgängen im Schneckenteil und endolymphatischem Sack in dem dazugehörigen Hörbefund.

Schweiß, Blutdruckveränderungen, Herzklopfen usw.

verbunden.

Dabei finden diese nicht in einem isolierten, luftleeren Raum statt, sondern unter gewissen Begleitumständen, die dem Anfall vorausgingen oder in denen der Anfall stattfand. Bei entsprechender Sensibilität, die sicher bei jedem Menschen unterschiedlich ausgeprägt ist, können dann diese Begleitumstände oder Teile davon vollkommen unbewusst die gleichen Symptome auslösen wie ein organisch bedingter Menière-Anfall (Abb. 2).

Dann kommt es zwar zu einem Drehschwindel mit Umfallen, aber auch zu Gefühlen von Unsicherheit, Angst und Panik sowie „vegetativen“ Symptomen wie Schweißausbrüchen, Blutdruckveränderungen, Herzklopfen usw., die genauso wie bei einem Menière-Anfall erlebt werden können.

Dabei ist es wichtig zu wissen, dass diese Mechanismen überwiegend unbewusst verlaufen und für die Betroffenen – und meist auch für die Umgebung – oft „ungeheuerlich“ in der Wirkung und im Verstehen sind.

### Was – nahezu – jeden Schwindel aufrechterhalten kann

Nahezu jeder Schwindel dauert länger oder bleibt gar ganz aufrecht erhalten, wenn Schwindel-Betroffene

- nicht aus ungünstigen Gedanken von sich und ihrer Welt (Kognitionen) herauskommen können,
- nicht hilfreiche Gefühle unverändert belassen,
- noch weiter Machbares unterlassen und
- hinsichtlich der Diagnose statt Klarheit Schwindelperspektiven erwarten.

### Was kann sinnvoll sein?

Menière-Patienten treffen in den unterschiedlichsten Phasen ihrer Erkrankung mit unterschiedlichen Fachleuten zusammen, die jeweils mehr oder weniger mit der Erkrankung vertraut sein können. Wichtig für jeden einzelnen und jeweils unterschiedlich betroffenen Menière-Patienten ist es, möglichst viele Anteile seines „Menière-Knäuels“ zu verstehen, um das Änderbare oder wenigstens Ausgleichbare und Verbesserbare anzugehen.

Immerhin stehen inzwischen deutlich verbesserte Möglichkeiten zur Verfügung, Informationen auch über die Gleichgewichts-säckchen zu bekommen. Damit kann man – anders als bei Untersuchungen, die auf den Höranteil beschränkt sind (zum Beispiel die Elektrokocheleografie und die wirklich veraltete Glycerolbelastungsprobe (Klockhoff-Test) – genauere Aussagen zur Funktionsfähigkeit des Gleichgewichtsanteils machen.<sup>2</sup> Spätes-

<sup>2</sup> Schaaf, H. und L. E. Walther (2011): Erweiterte Diagnosemöglichkeiten bei M. Menière. Tinnitus-Forum 2/11, S. 40-45

tens bei längerfristigen Erkrankungen ist es notwendig, das Zusammenspiel von Körper und Seele zu verstehen.

Am Ende müssen alle Befunde gemeinsam und stimmig aufeinander bezogen bewertet werden – auch unter Berücksichtigung der teilweise begrenzten Aussagen und in Respekt vor dem vorläufigen Stand unseres Wissens.

Kein Befund alleine stellt schon eine Diagnose dar und wahrscheinlich kann kein auch noch so differenziertes Computerprogramm die am Ende notwendige klinische Entscheidung ersetzen.

Richtig wirksam kann eine Diagnostik werden, wenn sie auch mit den Betroffenen so besprochen wird, dass diese sie verstehen können. Dann kann das Verstandene auch umgesetzt werden. Vieles davon überschreitet die Möglichkeiten der normalen Kassenmedizin.

### Die Akuttherapie der Menière'schen Krankheit

Solange die Diagnose Morbus Menière nicht sicher ist, werden im Krankenhaus oder im hausärztlichen Notdienst in der Unsicherheit des Zweifels und in dem Anliegen, nichts auszulassen, oft Infusionen mit oder ohne Kortison-Zusatz bis zu 14 Tage lang durchgeführt. Inzwischen wird vermehrt erprobt, ob eine Kortisongabe (intratympanal) direkt vor das Innenohr positive Auswirkungen hinsichtlich der Häufigkeit und Heftigkeit der Schwindelanfälle haben könnte.

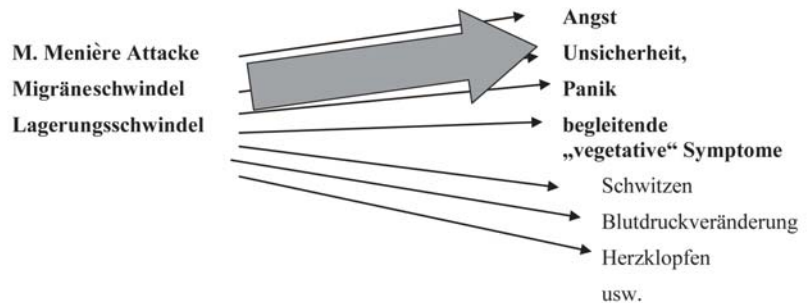
### Die eigene Notfallbewältigung

Für den akuten Anfall steht eine Reihe von effektiven schwindeldämpfenden Medikamenten (Dimenhydrinat, zum Beispiel Vomex®) für die Infusionsbehandlung, aber auch als Tablette und Zäpfchen zur Verfügung.

Eine „Hilfe-Karte“ kann die Betroffenen in ihrem Schwindel als Kranke und nicht etwa als Betrunkene ausweisen. Eine Tüte schafft Abhilfe, für den Fall, dass es trotz mitgeführter Medikamente zum Erbrechen kommt. Technische Hilfsmittel wie ein Handy ermöglichen, gegebenenfalls Hilfe anzufordern. Viele digitale Kamerafunktionen ermöglichen es, selbst oder durch einen Mitmenschen die bei einem Anfall auftretenden Augenbewegun-

#### Schritt 1:

##### Organisches Schwindelereignis



in einer bestimmten räumlichen Situation, in der der ursprüngliche Anfall auftritt oder sich wiederholt

während einer ängstigen, bedrückenden oder „den Boden unter den Füßen wegziehende“ Situation,

ein in der Lautheit zunehmender Tinnitus, der dem organisch bedingten Schwindelanfall vorausgeht,

eine bestimmte Zeit

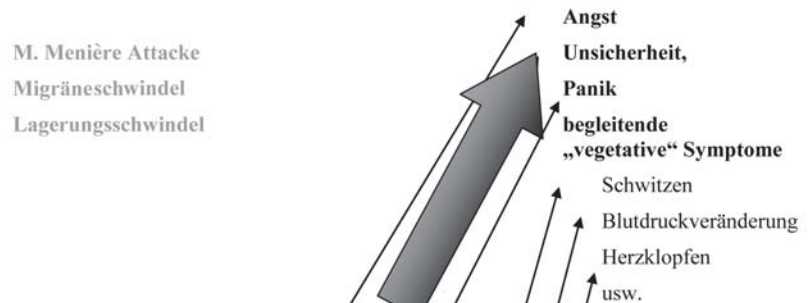
eine Kopfbewegung

eine Begegnung

....

#### Schritt 2:

##### Organisches Schwindelereignis



Eine bestimmte räumliche Situation, in der der ursprüngliche Anfall auftritt oder sich wiederholt

Eine ängstige, bedrückende oder „den Boden unter den Füßen wegziehende“ Situation

Ein in der Lautheit zunehmender Tinnitus, der dem organisch bedingten Schwindelanfall vorausgeht

Eine bestimmte Zeit

Eine Kopfbewegung

Eine Begegnung

....

Abb. 2: Schritte der klassischen Konditionierung. Ein anfangs nur zeitgleiches Geschehen kann bei entsprechender Sensibilität und anschließender adäquater Verstärkung selbst zum auslösenden Reiz werden. Quelle: SchAAF, H.: Gleichgewicht und Schwindel. 5. Auflage 2012, Kröning, Asanger Verlag.

gen zu filmen. So kann auch im Nachhinein noch eine genaue Information über die Art des Innenohrgeschehens gewonnen werden.

### Der Umgang mit und die Therapie zwischen den Anfällen

Versprechungen sind oft verlockender als rationale Therapieansätze, dennoch: Enttäuschte Hoffnungen sind auch ernsthafte Nebenwirkungen. Menière-Kranken wird eine Vielzahl von Therapien angeboten, die sicherlich auch mal dem einen oder anderen geholfen haben. Oft bleibt unklar, ob die Maßnahmen geholfen oder ob sie – in der Zeit – nichts geschadet haben.

Prinzipiell wird es einem Patienten egal sein, ob seine Schwindelfreiheit und Hörverbesserung auf gesicherten Therapien beruht oder nicht. Dennoch erleben viele in ihrer Verzweiflung, dass sie oft nach jedem auch noch so unwahrscheinlichen oder schon magisch anmutenden Ausweg greifen und oft teuer dafür bezahlen, ohne zu profitieren.

### Sehr streng: Die Erfolgskriterien der Cochrane Vereinigung

In diesem weiten Feld hat sich nun ein Netz von Wissenschaftlern gefunden, die Cochrane Collaboration ([www.cochrane.de](http://www.cochrane.de)). Deren zentrales Ziel ist die Verbesserung der wissenschaftlichen Grundlagen für Entscheidungen im Gesundheitssystem. Dafür berücksichtigt werden nur gute und vor allen Dingen objektivierbare und auswertbare Studien. Damit setzen die Wissenschaftler einen wohlthuenden Kontrapunkt zu den manchmal wellenartig auftretenden Therapiemoden und nicht zuletzt gegen die oft von „interessierten“ Anbietern gepuschten Aussagen von Meinungsmachern (im Fachjargon „Mietmäuler“).

Zum Morbus Menière hat die Cochrane Collaboration untersucht: Gleichgewichtstherapie, Diuretika, Betahistin, Sakkotomie, Intratympanale Gentamycingabe, Intratympanale Kortisongabe.

### Gleichgewichtsübungen

Bis zum Beweis des Gegenteils helfen Gleichgewichtsübungen, die Standfestigkeit zu erhöhen, die Beweglichkeit zu verbessern und die Selbstsicherheit zu steigern. Dies gilt



auch für reaktiv „psychogene“ Schwindelzustände! Das konnte evidenzbasiert in 27 von der Cochrane Collaboration gewerteten Studien mit 1668 Teilnehmern als „sicher und effektiv bei einseitigen Gleichgewichtsausfällen“ bewertet werden (Hillier, McDonnell 2011). Dabei fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Methoden. Die meisten Gleichgewichtsübungen bauen auf dem klassischen Übungsablauf von Cawthorne und Friedmann (1969) sowie Cooksey (1946) auf (siehe auch [www.drhschaaf.de](http://www.drhschaaf.de)).

Die bedeutendsten Faktoren für ein Ausbleiben des Erfolges sind Schonung, exzessive körperliche Ruhe und Vermeidung selbst der Aktivitäten, die eigentlich problemarm durchführbar wären. Gründe sind oft Unwissenheit, fehlende Ermutigung und Angst. Ungünstig kommen oft beruhigende oder antriebsmindernde Medikamente hinzu, die manchmal statt des Gleichgewichtstrainings angeraten werden.

### Diuretika

Diuretika sind entwässernde, harntreibende Medikamente und sollen im Schnellverfahren erreichen, dass auch der Endolymphhydrops nur wenig Wasser führen kann. Auch wenn das auf den ersten Blick einleuchtend erscheint, lässt sich kein längerer Erfolg feststellen. Der Mechanismus, nach dem der Hydrops entsteht, ist ein anderer und das Innenohr kann sich in seinem Elektrolythaushalt nicht von solchen Einflüssen dauerhaft beeinflussen lassen, sonst würde auch

das normale Hören nicht stabil sein können. So stellt die Cochrane Collaboration auch fest, dass kein Effekt für diese Maßnahme nachweisbar ist (Burgess, Sujata 2010).

### Betahistine

Kaum jemand mit einem schwankenden Hörvermögen oder einem Verdacht auf Morbus Menière wird an einem Präparat aus der Gruppe der Betahistine vorbeikommen. Der Hinweis auf das Medikament zielt Ohrenplakate in Praxen und Kliniken, die Abreiblinien von Rezeptblöcken und vieles mehr.

In einem Update der Cochrane Vereinigung halten James und Burton (2011) zu Betahistin fest:

*„Während das Medikament bei denen, die es verschreiben, sehr beliebt ist, zeigt sich bei der Durchsicht der von Untersuchungsgruppe akzeptierten sieben Studien mit 243 Patienten kein Beleg dafür, dass es hilft.“*

Nun hängt die Wirksamkeit eines Medikamentes auch von der Menge (Dosis) ab. Darüber hinaus wirkt so manches Medikament (zum Beispiel Betablocker bei der Migräne), obwohl der genaue Wirkmechanismus nur vermutet werden kann. Dementsprechend ist es verständlich, wenn weitere Studien unternommen werden, wie etwa die unter der Federführung der Münchener Arbeitsgruppe um Strupp (2008), die eine höhere und längere Gabe von Betahistin untersuchen wollen.

Ungünstig ist nur, dass die groß angelegte Studie neben den von den Autoren eingeräumten Beschränkungen das Problem aufweist, dass nicht sicher zwischen einer Reduktion der Menière-Anfälle und dem – zumindest häufig auftretenden – psychogenen Schwindelgefühl unterschieden werden kann. Dennoch propagieren die Autoren schon in der Vorphase und in den von den Neurologen gestalteten Leitlinien zu Morbus Menière, dass eine höhere Dosis mehr wirkt (ausführlich siehe [www.drhschaaf.de/Anmerkungen zur Betahistin Studie.pdf](http://www.drhschaaf.de/Anmerkungen_zur_Betahistin_Studie.pdf)).

Insgesamt liegt die Vermutung nahe, dass Betahistine die Hoffnungen der Patienten und der Behandler – insbesondere bei psychogenen Komponenten – mehr beeinflusst haben als das Medikament die Menière-Krankheit. So sind viele Behandler froh, dass sie dem verzweifelten Patienten mit so viel Sicherheit ein Medikament in die Hand drücken können, das zumindest keine ernsthaften Schäden zu zeigen scheint. Das ist verständlich, aber nicht rational.

### Eingriffe am endolymphatischen Sack – die Sakkotomie

Eine Sakkotomie hat die Druckentlastung des endolymphatischen Hydrops zum Ziel. Der Saccus endolymphaticus ist chirurgisch hinter dem Ohr erreichbar. Dazu müssen die Operateure zunächst den sogenannten War-

zenfortsatz (Mastoid) ausräumen, um von dort aus nahe an das Labyrinth heranzukommen. In der hinteren Schädelgrube wird dann die Hirnhaut freigelegt.

Während die Leitlinien der nun federführenden Deutschen Neurologischen Gesellschaft (2008) diesen Eingriff als „obsolet“ einstufen, propagieren vor allem operativ tätige HNO-Ärzte die Wirksamkeit – wohl auch mit der Idee, das Gehör nicht zu schädigen, wenn die Operation gut verläuft (Ernst 2011, Baier und Ott 2008).

In einer Untersuchung für die Cochrane Collaboration fanden Pullens et al. (2010) keine ausreichenden Anhaltspunkte für eine Wirksamkeit der Eingriffe am endolymphatischen Sack.

### Chemische Minderung der Gleichgewichtsfunktion: intratympanale Gentamycin-Gabe

Wenn der organisch bedingte Menière-Schwindel öfters kommt, steht als wirksame Methode die Gabe von für das Innenohr toxischem (giftigem) Gentamycin ins Mittelohr zur Verfügung. Dadurch können die Menière-bedingten Anfälle in ihrer Frequenz und in ihrer Heftigkeit gemindert und (abhängig von der Häufigkeit der Anwendung) auch ausgeschaltet werden. Gefährdet ist dabei – wie

durch das Fortschreiten des Morbus Menière selbst – der Höranteil.

Im Verlauf der zunehmenden Erfahrungen mit dieser Methode hat sich herausgestellt, dass Gentamycin mit Verzögerung in das Innenohr aufgenommen und nur langsam abgebaut wird (Magnusson 1991). Dies hat dazu geführt, dass heutzutage nur mit kleinen Wirkmengen gearbeitet wird und – wegen der verzögerten Wirkung – auch länger auf den Therapieerfolg, den Ausfallschwindel, gewartet wird.

Seitdem sich herausgestellt hat, dass dadurch

- der Schwindel sicher unterdrückbar ist und
- sich das Hörvermögen nicht gerade verbessert, aber meist auch nicht wesentlich verschlechtern muss,

wird die Methode schon für das Stadium 2b empfohlen (Jahnke 1994), wenn mehr als zwei Schwindelattacken pro Woche auftreten (Morgenstern 1994).

Weil nicht die Ausschaltung, sondern die Minderung des Gleichgewichtsorgans angestrebt wird, kann es sein, dass sich nach längerer Zeit noch einmal ein Schwindel bemerkbar macht. Das ist dann kein Versagen der Methode, sondern ein Hinweis, dass noch einmal Gentamycin – mit der gleichen Idee –



## Ohrgeräusche?

Wir kennen Ihre Fragen und die richtigen Antworten!



**MEDIAN Kaiserberg-Klinik Bad Nauheim**

Fachklinik für Orthopädie, Hörstörungen, Tinnitus, Schwindel und Cochlea-Implantate

Menschen mit Ohrgeräuschen und einer Geräuschempfindlichkeit fühlen sich den Geräuschen in ihrem Kopf und in der Umwelt oft hilflos ausgeliefert.

Wir bieten Ihnen Raum, Ihre Leistungsfähigkeit wiederherzustellen. Wir sorgen für den nötigen Abstand vom Alltag und für erfolgreiche Entspannungsmöglichkeiten. Wir helfen Ihnen dabei, Ihre Stärken auszubauen und Ihre Persönlichkeit weiterzuentwickeln.

MEDIAN Kaiserberg-Klinik Bad Nauheim · Am Kaiserberg 8–10 · D-61231 Bad Nauheim · Telefon +49 (0) 60 32 / 703–0 · Telefax –775 · [kontakt.kaiserberg@median-kliniken.de](mailto:kontakt.kaiserberg@median-kliniken.de)  
Wir sind Ihre Ansprechpartner: Dr. med. Roland Zeh: [roland.zeh@median-kliniken.de](mailto:roland.zeh@median-kliniken.de) · Egid Nachreiner: [egid.nachreiner@median-kliniken.de](mailto:egid.nachreiner@median-kliniken.de) · [www.median-kliniken.de](http://www.median-kliniken.de)

### Aufruf der DTL:



### Wer führt intratympanale Gentamycin-Therapie durch?

Ab einem bestimmten Verlauf (siehe nebenstehenden Artikel von Schaaf, Absatz über Gentamycin-Behandlung, S. 13) kann eine intratympanale Gentamycin-Therapie zu einer Minderung der Gleichgewichtsfunktion und damit zu einer Minderung oder gar völligem Aussetzen der Menière-typischen Schwindelanfälle führen. Leider ist es für die Patienten zuweilen sehr schwierig herauszufinden, welche HNO-Ärzte die Gentamycin-Gabe durchführen.

Daher möchte die DTL eine Übersicht der Ärzte zusammenstellen und veröffentlichen, die eine Gentamycin-Therapie bei den Menière-Patienten, bei denen dies indiziert ist, anbieten – sei es als Kassen- oder IGeL-Leistung. Aus diesem Grund bittet die DTL die betreffenden Ärzte, sich bei der TF-Redaktion (Sabine Wagner, E-Mail: s.wagner@tinnitus-liga.de) zu melden, damit sie in die Liste der Gentamycin-Behandler aufgenommen werden können.

bereiteten und unterstützten, gestuften Auseinandersetzung mit den einzelnen schwindelauslösenden Situationen. Auf dem Weg dahin und dadurch kann eine schrittweise Verbesserung der Gleichgewichtsfähigkeit und eine Verminderung der – meist nicht angemessenen – Angst erreicht werden.

### Die stationäre psychosomatische Behandlung

Notwendig werden kann eine stationäre Behandlung, wenn die Behandlungsmöglichkeiten ambulant ausgeschöpft sind – was beim Morbus Menière schon schnell eintreten kann.

Eine stationäre Behandlung sollte folgende Elemente beinhalten:

- die Möglichkeit der (wiederholten) Aufklärung und Beratung auf der Grundlage einer hinreichenden, auch neurootologischen Diagnostik,
- eine professionelle psychotherapeutische Unterstützung,
- ein individuell abgestimmtes Gleichgewichtstraining sowie
- die Möglichkeit einer kompetenten Hörgeräteversorgung mit Hör- und Geräuschtraining.

Kliniken, die mit neurootologischer Kompetenz und psychosomatisch arbeiten, kann es dabei nur sehr wenige geben. Vielfach muss ausgewichen werden auf psychosomatisch orientierte Kliniken, die in den letzten Jahren zunehmend auch die Problematik des M. Menière mitbehandeln und sicher die Aspekte verstärkt ansehen, die in der organisch ausgerichteten Medizin kaum beachtet werden.

Eine Zwischenstellung nehmen sogenannte Rehabilitations-Kliniken ein. Für Tagessätze um die 100 Euro sollen sie zwar stationär behandeln, müssen aber oft mit weniger Geld als ein vergleichbares Hotel mit Vollpension auskommen.

Auch sind Rehabilitations-Kliniken eigentlich nicht der Gesundung, sondern der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit verpflichtet. Im Bereich der Rehabilitation lösen nach Gesetzeslage nicht so sehr die Art und Schwere einer Erkrankung, sondern die Ausprägung einer vorhandenen oder drohenden Störung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und gesundheitliche Handicaps sowie

nachgespritzt werden sollte. Der Vorteil bleibt dabei, dass nur soviel ausgeschaltet wird wie nötig und so viel geschont wird wie möglich. Die Erfolgsraten der intratympanalen Gentamycin-Applikation sind – gemessen an der Ausschaltung des Innenohr-bedingten Attackenschwindels – hoch (Pullens und van Bentem (2011) für Cochrane Collaboration).

### Die vorübergehende Labyrinthanästhesie

Prof. Dr. von Ilberg propagiert eine in der Regel selbst zu zahlende, zeitweise Ausschaltung des Labyrinths mit Procain oder Lidocain. Beides sind kurzfristig wirkende Lokalanästhetika (lokale Betäubungsmittel), deren Wirkung nach kurzer Zeit nachlässt.

Ein Nachteil könnten – leider zu erwartende und oft teuer im Sinne der Selbstbehalte – enttäuschte Hoffnungen sein, wenn sich herausstellt, dass der organische Schwindel nicht durch die Labyrinthanästhesie beeinflusst werden konnte, da sich an der Funktionsfähigkeit der schwindelauslösenden Innenohrverhältnisse nichts geändert hat.

### Grundrisse einer psychosomatischen Behandlung bei Morbus Menière

Die Menière-Erkrankung kann dazu führen, dass sich die körperlich ausgelöste Unsicherheit auch in der seelischen Verarbeitung

auswirkt. So kann eine Unterstützung für die Seele nötig werden, um wieder ein – gegebenenfalls neues – Gleichgewicht zu finden und die Lebens- und Arbeitsfähigkeit zu erhalten.

Nun tun sich nicht nur Patienten mit Psychotherapeuten schwer, sondern auch Psychotherapeuten mit Schwindel-Patienten. Diese gelten wegen der Verwobenheit organischer und psychogener Faktoren eher als „schwierig“.

Auch können schwindelnde Patienten schon mal Unsicherheit und manchmal sogar Schwindelgefühle beim Therapeuten auslösen, was auch einen Therapeuten erst einmal durcheinanderbringen und Abstand suchen lassen kann. Wenn das dazu führt, auch dieses mit dem Patienten durcharbeiten, ist oft schon ein wichtiger Schritt gegangen worden. Dabei ist es sicher hilfreich, wenn sich Psychotherapeuten bei Schwindel-Patienten auch organisch zumindest so weit auskennen, dass sie sich sicherer fühlen dürfen als der Patient.

Ein pragmatischer und wirksamer Ansatz für die aktive Bewältigung des Schwindelerslebens und -verhaltens ist der von J. D. Wolpe (1958) entwickelte Ansatz der systematischen Desensibilisierung. Dieser Ansatz kann sowohl verhaltenstherapeutisch ausgestaltet wie auch tiefenpsychologisch erweitert werden. Der rote Faden besteht in einer gut vor-

die Prognose im Hinblick auf die Erreichbarkeit einen Anspruch auf Rehabilitationsleistungen aus. Aus diesem Grund fallen sie bei Arbeitnehmern auch nicht in die Zuständigkeit der Krankenkassen, die – wohl auch deswegen – gerne bei einem Antrag auf Rehabilitation helfen.

Im Bereich der Rehabilitation steht dann – auftragsgemäß – nicht so sehr die Behandlung eines Krankheitsbildes und die Akutintervention im Vordergrund, sondern die

- Förderung der Selbstbestimmung,
- die gleichberechtigte Teilhabe des Patienten am beruflichen und gesellschaftlichen Leben,
- die Vermeidung von (drohenden) Benachteiligungen und Handicaps
- sowie die Re-Integration in Beruf und Gesellschaft.

Dennoch gibt es mehrere Rehabilitations-Kliniken, in denen die Menière-Betroffenen vom Engagement der Behandler, den gleichgewichtsfördernden Ansätzen, den Indikations- und Aufklärungsgruppen, dem Austausch mit den Betroffenen untereinander und der Wiedererlangung eigener Kompetenz sehr profitieren können, ohne dass man eine vollstationäre Behandlung erwarten darf – die auch „eigentlich“ nicht vorgesehen ist.

*Korrespondenzadresse:*



*Dr. med. Helmut Schaaf  
Leitender Oberarzt  
Tinnitus Klinik Dr. Hesse  
Gleichgewichtsumbambulanz  
der Klinik Dr. Hesse  
im Stadtkrankenhaus Bad Arolsen  
Große Allee 50  
34454 Bad Arolsen  
Tel. Ambulanz: 05691 800 339  
Fax: 05691 800 329  
E-Mail: [hschaaf@tinnitus-klinik.net](mailto:hschaaf@tinnitus-klinik.net)  
[www.tinnitus-klinik.net](http://www.tinnitus-klinik.net)  
[www.drhschaaf.de](http://www.drhschaaf.de)*