



Helmut Schaaf

Morbus Menière

Schwindel – Hörverlust – Tinnitus:
eine psychosomatisch orientierte
Darstellung

8. Auflage

 Springer

Morbus Menière

Helmut Schaaf

Morbus Menière

Schwindel – Hörverlust – Tinnitus: eine psychosomatisch orientierte Darstellung

8., vollständig überarbeitete Auflage

Mit 33 Abbildungen und 13 Tabellen

Helmut Schaaf
Tinnitus-Klinik
Bad Arolsen
Deutschland

Die Darstellung von manchen Formeln und Strukturelementen war in einigen elektronischen Ausgaben nicht korrekt, dies ist nun korrigiert. Wir bitten damit verbundene Unannehmlichkeiten zu entschuldigen und danken den Lesern für Hinweise.

ISBN 978-3-662-52975-1 ISBN 978-3-662-52976-8 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-662-52976-8

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag GmbH Deutschland 1995, 1998, 2001, 2004, 2007, 2009, 2012, 2017

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Fotonachweis Umschlag: © Katja Wickert/fotolia.com

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature
Die eingetragene Gesellschaft ist Springer-Verlag GmbH Deutschland
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort zur 8. Auflage

» »Die Kunst geht nach dem Brot«,
lässt Lessing im Trauerspiel »Emilia Galotti« den bei Hof angestellten Maler sagen.
»Das soll sie nicht«,
soll ausgerechnet der ihn bezahlende Prinz antworten.
(E. Lessing: Emilia Galotti) «

Die Wissenschaft ist zu oft von den sog. Drittmitteln abhängig geworden, in aller Regel der interessierten Industrie. Das hat – bewusst oder nicht – Auswirkungen auf den Erkenntnisprozess und die Darstellung der Ergebnisse. *Eine Initiative für pharmunabhängige Leitlinien, wie von »NeurologieFirst« für die Neurologie initiiert, täte auch der HNO gut.*

Die Menière-Erkrankung mit ihren meist unvorhersehbaren Schwindelanfällen kann Menschen an Leib und Seele durcheinander wirbeln. Wer sein Gleichgewicht verliert, stellt oft auch seine – bis dahin als selbstverständlich angenommene – Sicherheit und Zuversicht in Bestehendes in Frage. In der ersten Not ist es dann oft schwer, in der Unsicherheit von »Da kann man nichts machen« und »Nehmen Sie mal« die notwendige Orientierung für die Rückgewinnung der eigenen Stabilität zu bekommen.

Aus der Sicht eines mit 30 Jahren selbst am M. Menière Erkrankten hat dieses Buch weiter den Anspruch, das grundlegende Wissen und auch das Nicht- Wissen über die Krankheitsbilder, die unter dem Namen »M. Menière« eingeordnet werden, so darzustellen, dass die davon Betroffenen ausreichend verstehen können, was zutrifft und was sinnvollerweise getan werden kann und besser gelassen werden sollte. Als mit Menière-Patienten arbeitendem Arzt ist es mir zudem wichtig, dass dieses »Verstehen können« dem Stand der derzeitigen Wissenschaft entspricht und deren Ergebnisse vorstellt.

Dabei muss mit Sorge die weiter zunehmende Entwicklung im Wissenschaftsbereich beachtet werden, bei der auch die universitäre Lehre und ihre Studien zunehmend »von außen« finanziert werden, und das in aller Regel aus Eigeninteresse der Geldgeber. Dabei besteht die Gefahr, dass Ergebnisse tendenziös gewertet gedeutet werden können. So fällt es manchmal schwer, das Nicht-Tendenziöse glauben zu dürfen. Gleichzeitig wird so der Druck auf Veröffentlichungen erhöht, dass teilweise schnell und (zu) viel publiziert wird. So werden immer wieder Teilergebnisse als umfassende Erkenntnis verkündet. Zwar schließen diese ebenso oft mit dem Hinweis, dass weitere Untersuchungen nötig seien, die dann aber meist nicht folgen.

Nun bin ich keineswegs vor Fehleinschätzungen gefeit und kann nicht den Anspruch haben, den Stein der Weisen gefunden zu haben. Anbieten kann ich allerdings das Bemühen, auch von der eigenen Einschätzung abweichende Darstellungen und Ergebnisse vorzustellen und dabei die eigene Wertung offenzulegen. Dies geschieht aus Sicht eines Betroffenen und mit Menière-Patienten Arbeitenden, der erlebt, dass falsche oder »nicht ausreichend gesicherte« Versprechungen zwar kurzfristig die Zuversicht erhöhen können, auf Dauer aber eine ernsthafte Nebenwirkung darstellen.

Dennoch muss man denen, die zu M. Menière forschen, Respekt zollen. Sie forschen zu einer Erkrankung, die extrem selten ist, über viele Jahre »natürliche Veränderungen« zeigt, was – bis auf (bisher nicht hilfreiche) Medikamentenstudien – kaum belohnt wird.

Ich bin dem Springer Verlag dankbar, dass es in absehbaren Abständen möglich ist, das Buch auf den Stand des aktuellen Wissens zu bringen und mit einer nun schon über 20-jährigen Praxis abgleichen zu können. Dabei hat sich seit der letzten (siebten) Auflage einiges getan:

- Die Bárány-Gesellschaft hat zusammen mit anderen wichtigen internationalen Fachgesellschaften eine neue Klassifikation für die Einstufung des M. Menière entwickelt. Diese beinhaltet einige Veränderungen im Vergleich zu der seit 1995 geltenden Klassifikation des amerikanischen »Committee on Hearing and Equilibrium«.
- Der amerikanische Psychiater Staab entwickelte auf guter Grundlage ein neurootologisch-psychosomatisches Verständnis für länger anhaltende Schwindelzustände, wie sie gehäuft nach wiederholten, unvorhersehbaren Schwindelattacken wie beim M. Menière gesehen werden. Dies kann helfen, wichtige Teilaspekte besser zu verstehen und anzugehen.
- Möglicherweise lassen sich (doch) Befundkonstellationen in den Gleichgewichtsuntersuchungen – im Sinne der Zuordnung Walthers – zumindest im Verlauf des M. Menière erkennen.
- Wenn auch mit großem Aufwand und sicher nur für Einzelfälle ist es inzwischen möglich, einen endolymphatischen Hydrops radiologisch darzustellen.
- Die Verwendung von niedrig dosiertem intratympanalem Gentamycin bei konservativ nicht beherrschbarem Schwindel etabliert sich zunehmend. Dies ist eine verlässliche Möglichkeit, dem Schwindel ggf. die organische Grundlage zu entziehen. Möglicherweise lässt sich mit intratympanalem Kortison ebenfalls die Schwindelhäufigkeit verlässlich mindern, ohne den verbliebenen Höranteil gefährden zu müssen (Patel et al. 2016).
- Das seit 30 Jahren weit eingesetzte – und immer umstrittene – Betahistin zeigte sich in einer gut angelegten Studie der Betahistin-Befürworter (!) ebenso (wenig) wirksam wie Placebo, ob niedrig- oder hochdosiert.
- Die HNO-ärztlich weltweit am häufigsten angewandte Operation bei M. Menière, die Sakkotomie, die in den derzeitigen neurologisch dominierten Leitlinien als »obsolet« bezeichnet wird, bekommt durch ein gegenteiliges Verfahren Konkurrenz, was noch mehr an der Rationalität der (beider) Eingriffe zweifeln lässt.

Dennoch bleiben weiter viele Fragen offen, unter anderem, was den M. Menière überhaupt auslöst. Am zuverlässigsten erscheint mir – als größter nicht-operativer Wirkfaktor – die Zeit. Je länger die Dauer der Erkrankung mit Fortschreiten der Schädigungen im Gehör und Gleichgewichtsorgan, desto seltener und weniger heftig werden in der Regel die Schwindelattacken. Dabei wird das Gehör meist schlechter bei einem meist weniger belastenden Ohrgeräusch. Das erklärt auch, warum therapeutische Maßnahmen umso »wirkungsvoller« erscheinen können, je später sie eingesetzt werden.

Bis dahin kommt es darauf an, sich auf den möglichen Schwindel vorzubereiten, diesen ggf. aushaltbar zu gestalten, die Einschränkungen so weit wie möglich auszugleichen – und ggf. eine Zäsur (einen Einschnitt) zu wagen – etwa mit Gentamycin.

Allgemein hat sich die Situation für Menière-Erkrankte in den letzten 20 Jahren erfreulicherweise verändert. Anhaltend am Thema sind die Deutsche Tinnitus-Liga und die Selbsthilfegruppe K.I.M.M (Kommunikation und Information Morbus Menière). Dadurch werden mehr Inhalte in immer breiterer Form dargestellt, und Betroffene können sich – auch untereinander – verständigen. Auch in sich psychosomatisch verstehenden Kliniken ist das Krankheitsbild des Morbus Menière keine große Unbekannte mehr.

Konstruktiv bei der Weiterentwicklung – auch dieses Buches – erlebe ich meinen Chef Prof. Dr. Gerhard Hesse, der mir die anhaltende Arbeit mit Menière- und Schwindelpatienten im Klinikrahmen ermöglicht. Dazu gehören nicht nur die entsprechenden diagnostischen Untersuchungseinheiten, sondern auch die wohlwollende Haltung und die engagierten Mitarbeiterinnen, die den Umgang mit der manchmal schon sehr spezialisierten Technik und den Menschen erst in diesem Maße möglich machen.

Profitieren durfte ich weiterhin von den Begegnungen und Diskussionen mit Prof. Kai Helling in Mainz, Prof. Leif Walther in Sulzbach und Prof. Th. Lempert in Berlin.

Auch diesmal und nicht zuletzt möchte ich den Mitarbeiterinnen des Springer Verlags danken, Monika Radecki (Planung), Hiltrud Wilbertz (Projektmanagement) und Stephanie Kaiser-Dauer (externes Lektorat). Ihre Routine und Sicherheit sind eine Anforderung auch an den Autor und ein Stück Qualitätssicherung für die Leser, was in vielen Verlagen nicht mehr selbstverständlich ist.

Helmut Schaaf

Bad Arolsen, 2017

Vorwort zur 7. Auflage

Die Menière-Erkrankung mit ihren meist unvorhersehbaren Schwindelanfällen kann Menschen an Leib und Seele durcheinander wirbeln. Wer sein Gleichgewicht, seine Orientierung im Raum verliert, verliert oft auch seine – bis dahin als selbstverständlich angenommene – Sicherheit und Zuversicht in Bestehendes. Dennoch kommen viele danach wieder »gut auf die Beine«, andere erleiden nur wenige Anfälle und können sich »irgendwie« arrangieren. Doch auch die meisten derjenigen, die öfters und schwerer betroffen werden, können hinsichtlich der Schwindelanfälle langfristig von den inzwischen verbesserten Therapiemöglichkeiten profitieren. Der Preis dafür sind aber oft Funktionseinbußen im Hör- und Gleichgewichtsanteil, und manchmal kommen zu den schmerzhaften Einschnitten seelische Erschwernisse hinzu.

Als ich 1987 begann, mich aus der eigenen Not heraus mit dem Morbus Menière zu beschäftigen, suchte ich noch weitestgehend vergeblich nach einem – für mich – brauchbaren Wissen, das mir Halt und Anknüpfungspunkte bei der für mich nur schwer durchschaubaren Erkrankung gab. Damals fand ich sehr viel wissenschaftliche Literatur und einige Symposiumsbände hinsichtlich der Unklarheit des Krankheitsbildes. Dabei fand ich für mich in der Vielzahl der Einzelstimmen, die sich überwiegend mit der Erkrankung und kaum mit den Erkrankten beschäftigten, keinen roten Faden.

Als dann 1993 »die Menière-Krankheit und ihre Begleitsymptomatik« erneut lange und heftig über mich kam, blieb mir gar keine andere Wahl, als mich selbst näher mit dem Morbus Menière auseinanderzusetzen. So hatte die Krankheit einen Autor gefunden und nicht ein Autor ein Krankheitsbild, was Folgen für die Betrachtungsweise und die Darstellung hat. So ist das Buch geschrieben mit Blick auf die Betroffenen und in dem Bemühen, die Grundlagen der Erkrankung, aber auch deren Auswirkungen und Kompensationsmöglichkeiten verständlich darzustellen.

Ich habe gleichzeitig darauf geachtet, die Sachaspekte mit Hinweis auf wichtige und aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen so zu unterlegen, dass auch ärztliche und psychotherapeutische Kollegen eine zusammenhängende Darstellung finden können. Diese soll auf neurootologischer und psychosomatischer Basis aufzeigen, was aus der Arbeit mit den Betroffenen und aus der Forschung gewusst, kritisch hinterfragt und umgesetzt werden kann.

Mir hat die nun fast über 20 Jahre anhaltende Arbeit an diesem Buch, das in der ersten Auflage noch den Untertitel »Krieg im Innenohr« trug, weitergeholfen, das Krankheitsbild besser zu verstehen und auch einen günstigeren Umgang damit zu finden. Dazu gehört die Entwicklung einer psychosomatischen Sichtweise und die Beschäftigung mit endolymphatischen Prozessen – mit und ohne Schwindel.

Allgemein hat sich die Situation für Menière-Erkrankte erfreulicherweise verändert. Anhaltend aufgegriffen hat die Tinnitus-Liga das Thema »Morbus Menière« und die Selbsthilfegruppe K.I.M.M. (Kommunikation und Information Morbus Menière) hat an Zuwachs gewonnen. Dadurch werden mehr Inhalte in immer breiterer Form dargestellt, und Betroffene können sich – auch untereinander – verständigen.

Auch deswegen ist in sich psychosomatisch verstehenden Kliniken das Krankheitsbild des Morbus Menière keine große Unbekannte mehr. Werden medizinische Komponenten und die Auswirkungen auf Körper, Seele und Geist berücksichtigt, kann dies den Patienten ermöglichen, zu für sie lebbareren Bewältigungsformen zu kommen. Dabei ist eine Psychosomatik ohne die Somatik, wie sie sich teilweise herausbildet, ebenso fleischlos wie eine reine Organik seelenlos. Die Herausforderung besteht für alle Beteiligten – das schließt die Betroffenen ein – weiter darin, beides zusammenzubringen. Dazu braucht es Kenntnis sowohl der Ohrenheilkunde als auch der Seelenkunde und die Kraft, das vorhandene Verbesserungspotenzial anzugehen. Es braucht aber auch Konstanz in der Ausrichtung und Orientierung der Kliniken, die anscheinend immer schwerer beizubehalten ist. So kann sich die gute Arbeit Einzelner in einem Rahmen wechselnder Übernehmerinteressen mit »drop downs« schneller erschöpfen als Neuauflagen dieses Buches möglich sind.

Deutlich verbessert haben sich die Diagnosemöglichkeiten vor allem in Hinsicht auf die Funktionsfähigkeit beider Otolithenorgane (Gleichgewichtssäckchen). Das und die durchaus auch erweiterte Kenntnis neurologischer und psychosomatischer Krankheitsbilder ermöglichen eine zutreffendere Diagnose und hilft die Zahl der Verwechslungen mit anderen, teilweise sehr anders zu behandelnden Krankheitsbildern möglichst klein zu halten. Das ist mir nach 20 Jahren Beschäftigung mit Krankheitsbildern, die »wie ein Morbus Menière aussehen können, eins der wichtigsten Anliegen.

Dankbar bin ich für die Chance, manchmal schon sicher Geglaubtes auch wieder in Frage stellen zu dürfen. So hat diese Neuauflage schon in weiten Teilen einen anderen Aufbau bekommen. Inzwischen ist es mir möglich geworden, mich von dem lange Jahre sicher hilfreichen Stufen-Schema der HNO-Ärzte zu lösen und bei der Therapie eher nach gesicherten Vorgehensweisen ordnen zu können als nach theoretisch Gewünschtem.

Bedanken möchte ich mich darüber hinaus ganz herzlich bei allen, die mit dazu beigetragen haben, dass dieses Buch entstehen und weiterentwickelt werden konnte.

Die Grundlagen mit geschaffen hat noch in Köln Hanna Elskamp, der ich für die Unterstützung und Hilfe nicht nur bei der Entstehung des Buchprojektes weiter sehr danken möchte. Sie hat mit mir meine (bisher?) schlimmste Zeit mit der Erkrankung ausgehalten und getragen. Dies gilt im erweiterten Sinne auch für Angelika Wuttke und Dr. Hans Helmut Brill aus meiner alten WG.

Irene Wielpütz aus Köln und Dr. Volker Warnke aus Kiel verdanke ich viele professionell angeleitete Selbsterfahrungs-Anstöße in der Psychotherapie, Prof. Uwe Gieler aus Gießen anhaltend wirksame Reflexionen und Anstöße zur Psychosomatik an der Grenzfläche zwischen Körper und Seele. Dr. Damian Dölberg aus Eisenach hat mir die Tür für psychiatrische Einblicke, Prof. Dr. Thomas Lempert aus Berlin die zur Neurologie geöffnet.

Nicht vergessen möchte ich Prof. Klaus Jahnke aus Essen, dem ich danken möchte nicht nur allgemein für seine Arbeiten, sondern für die kritische Durchsicht des Manuskripts zur 2. Auflage, die er mit einem Geleitwort verbunden hat. Seine wertvollen Hinweise haben auch noch in dieser Auflage ihren Niederschlag gefunden, auch wenn vieles hinzugekommen ist, was wir nicht besprechen konnten.

Die damalige »Tinnitus-Klinik Bad Arolsen« hat mir 1994 beruflich einen neuen Lebensabschnitt in einer Zeit ermöglicht, in der hinsichtlich meiner Arbeitsfähigkeit schon sehr viel Zuversicht nötig und wenig Sicherheit möglich war. Im Jahr 2008 eine neue »Tinnitus-Klinik Dr. Hesse« zu wagen war wahrscheinlich ähnlich mutig, mich dabei mitzunehmen, hoffentlich eher unterstützend.

Als konstruktiv bei der Weiterentwicklung – auch dieses Buches – erlebe ich weiter meinen Chef, Prof. Dr. Gerhard Hesse, der mir die anhaltende Arbeit mit Menière- und Schwindelpatienten im Klinikrahmen ermöglicht. Dazu gehören nicht nur die entsprechenden diagnostischen Untersuchungseinheiten, sondern auch die wohlwollende Haltung und die engagierten Mitarbeiterinnen, die den Umgang mit der manchmal schon sehr spezialisierten Technik und den Menschen erst in diesem Maße möglich machen. Profitieren durfte ich außerdem von den Begegnungen und Diskussionen mit Prof. Kai Helling in Mainz und PD Leif Walther in Sulzbach.

Für meine aktuelle Unterstützung und Begleitung möchte ich meiner Frau Hedwig Holtmann danken, die ich erst hier fernab von Köln und Berlin zusammen mit ihrer Tochter Jana Holtmann kennen lernen durfte.

Danken möchte ich aber auch den vielen hier unbenennbaren Menière-Betroffenen, die mir Rückmeldungen und Anregungen gegeben haben. Auf der »institutionellen Selbsthilfebene« gilt dies für die Deutsche Tinnitus-Liga und die K.I.M.M. Nennen möchte ich für diese Auflage aber Sonja Stumpner, die ich schon lange über die Erkrankung und ihre weiter mutmachenden Bilder kenne. Sie hat mir als »Erstleserin« des neuen Manuskriptes noch manchen wichtigen Hinweis gegeben.

Nicht zuletzt möchte ich den Mitarbeitern des Springer-Verlags danken, Monika Radecki (Planung), Sigrid Janke (Projektmanagement) und Bettina Arndt (externes Lektorat). Ihre Routine und Sicherheit sind eine Herausforderung und eine Wohltat bei den Unstetigkeiten des Menière-Krankheitsbildes.

Helmut Schaaf

Bad Arolsen, im Frühling 2012

Der Autor



Dr. med. Helmut Schaaf arbeitete als Facharzt für Anästhesie in Köln, bevor er selbst an Morbus Menière erkrankte. Er musste deshalb seine ursprüngliche Tätigkeit aufgeben.

Seit 1994 ist er Oberarzt in Bad Arolsen, seit 2008 im Gleichgewichtsinstitut und in der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse tätig.

Er hat – mit Blick auf die Betroffenen – mehrere Bücher zu Gleichgewicht, Schwindel, Tinnitus und Hyperakusis geschrieben sowie zahlreiche wissenschaftliche Beiträge veröffentlicht.

Publikationen siehe: <http://www.drhschaaf.de/hslit.html>

Dr. med. Helmut Schaaf

Oberarzt der Tinnitus-Klinik

Gleichgewichtsambulanz Hesse(n) im Krankenhaus Bad Arolsen

Große Allee 50

D-34454 Bad Arolsen

hschaaf@tinnitus-klinik.net

www.drhschaaf.de

Inhaltsverzeichnis

1	Klinik des Morbus Menière	1
1.1	Drehschwindel	2
1.2	Ein beispielhafter Fall – der klassische Fall	6
1.3	Erscheinungsformen	7
1.4	Unsicherheit und Schwindel der Seele	9
1.5	Unsicherheit in der Partnerschaft	10
1.6	Schwindel in der therapeutischen Beziehung	11
1.7	Plötzlich ist man selbst betroffen	12
1.8	Ist Morbus Menière psychosomatisch?	13
1.9	Perspektive	14
2	Physiologische und anatomische Grundlagen	17
2.1	Gleichgewichtsorgan	20
2.1.1	Orientierung über die Schwerkraft	20
2.1.2	Gleichgewichtssäckchen (Otolithenorgane)	22
2.1.3	Bogengänge	24
2.1.4	Der Sacculus endolymphaticus und der Sinus endolymphaticus	27
2.2	Gehöranteil	28
2.2.1	Vom Schall zum Nervenimpuls	28
2.2.2	Vom Gleichgewichtssäckchen zur Schnecke	30
2.2.3	Corti-Organ	32
2.3	Vestibularisnerv	33
2.4	Vestibulookulärer Reflex (VOR)	34
2.4.1	Unterdrückung des VOR	35
2.5	Okulomotorisches System	35
2.6	Nystagmus	35
2.7	Wer kann was!	37
2.8	Weitere Voraussetzungen für Gleichgewicht	38
2.9	Schaltstellen im Gehirn	39
2.10	Seelisches Gleichgewicht	41
3	Pathophysiologie des Morbus Menière	43
3.1	Schwindel aus dem Innenohr	45
3.2	Augenzittern (Nystagmus) im akuten Anfall	49
3.3	Gleichgewichtseinschränkung nach Anfällen	50
3.4	Hörverlust	52
3.5	Dysakusis (Verzerrtes Hören)	52
3.6	Fehlender Lautheitsausgleich und Geräuschempfindlichkeit	53
3.7	Töne ohne Hören – der Tinnitus	54
3.7.1	Tinnitus-Formen	54
3.7.2	Psychische Konflikte	56
3.7.3	Tinnitus bei Endolymphkerkrankungen wie M. Menière	56
3.8	Druckgefühl in und hinter dem Ohr	57

3.9	Sinnesmissempfindungen (Parästhesien)	57
3.10	Ausbleibende Kompensation und doppelte Hemmung	58
3.11	Reaktiver, psychogener Schwindel	60
3.11.1	Auswirkungen auf den seelischen Schwindel bei M. Menière?.....	62
3.11.2	Schwindelaufrechterhaltung bei psychischen Vorerkrankungen.....	68
3.11.3	Können Angst und Panik einen Menière-Schwindel verursachen?.....	71
4	Sonderformen des Morbus Menière	75
4.1	Lermoyez-Syndrom.....	76
4.2	Tumarkin-Anfall.....	76
4.3	Kochleäre Form.....	77
5	Abgrenzung von anderen Krankheitsbildern	79
5.1	Eine Fehldiagnose und ihre Behandlung.....	81
5.2	Schwankendes Hörvermögen mit Tieftontinnitus ohne Schwindel.....	85
5.3	Migräne.....	88
5.4	Gutartiger Lagerungsschwindel.....	91
5.5	Akuter einseitiger Gleichgewichtsausfall.....	93
5.6	Perilymphfistel.....	99
5.7	Vestibularisparoxysmie.....	102
5.8	Isolierte Otolithenfunktionsstörungen.....	103
5.9	Psychogener Schwindel – seelischer Schwindel.....	103
5.10	Schwindel bei Soziophobie (soziale Phobie).....	111
5.11	Multiple Sklerose.....	112
5.12	Zentral-vestibuläres Schwindelsyndrom.....	113
5.13	Blutdruckschwankungen.....	114
5.14	Akustikusneurinom.....	115
5.15	Beidseitiger Verlust des Gleichgewichtsorgans.....	115
5.16	Funktionseinschränkungen der Halswirbelsäule.....	116
5.17	Nebenwirkungen von Medikamenten.....	117
6	Diagnostik und Untersuchungsmethoden	121
6.1	Krankengeschichte.....	124
6.2	Gleichgewichtsuntersuchung (Vestibularisprüfung)	125
6.2.1	Steh- und Gehuntersuchung.....	125
6.3	Untersuchung der Augenbewegung	127
6.3.1	Unterdrückung des VOR.....	128
6.3.2	Kopf-Impuls-Test.....	128
6.3.3	Lagerungsuntersuchung.....	130
6.3.4	Gesamtwertung der Untersuchung.....	130
6.4	Apparative Untersuchung der Bogengangsfunktion	131
6.4.1	Kalorische (thermische) Prüfung.....	131
6.4.2	Rotatorische Prüfung: Untersuchung im Drehstuhl.....	132
6.5	Untersuchung der Otolithenorgane	132
6.5.1	Untersuchung des Sakkulus.....	132
6.5.2	Untersuchung des Utrikulus.....	135
6.6	Hör- und Sprachtest	139
6.6.1	Tonschwellenaudiogramm.....	139

6.6.2	Sprachaudiogramm	141
6.7	Tinnitusbestimmung	142
6.8	Otoakustische Emission und Distorsionsprodukte	142
6.9	Elektrokochleografie	143
6.10	Brain-evoked-response-Audiometrie (BERA)	143
6.11	Glyzerolbelastungsprobe (Klockhoff-Test)	143
6.12	Phasenaudiometrie	144
6.13	Manualtherapeutische Untersuchung	145
6.14	Bildgebende Verfahren	145
6.15	Psychologisch-psychosomatische Diagnostik	146
6.16	Psychologische Fragebögen/Testdiagnostik	148
6.16.1	Dizziness Handicap Inventory (DHI)	148
6.16.2	Hospitality Anxiety and Depression Score (HADS)	149
6.16.3	Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)	149
6.16.4	Universitäre Forschung	150
6.16.5	Menière's Disease Patient Oriented Severity Index (MD-POSI)	151
6.17	Das wichtigste am Schluss: Werten und Zuordnen	151
7	Therapie des Morbus Menière	153
7.1	Aufklärung und Beratung	156
7.1.1	Achtung: Wechselwirkungen (Interaktionen) zwischen Patient und Arzt – das Arzt-Patienten-Verhältnis	157
7.2	Akuttherapie	161
7.2.1	Medizinische Hilfe in der Not: erster und zweiter Anfall	161
7.2.2	Eigene Notfallvorbereitung	164
7.3	Therapie zwischen den Anfällen	168
7.3.1	Wie kann man einen Therapieerfolg feststellen?	168
7.3.2	Gesicherte Therapien	170
7.3.3	Nicht-gesicherte konservative Therapien	191
7.3.4	Operative Eingriffe – ohne gesicherte Wirkung	198
7.4	Grundrisse einer psychosomatischen Behandlung	202
7.4.1	Entspannungsverfahren	203
7.4.2	Psychotherapie	204
7.4.3	Tiefenpsychologisch fundierte Verfahren	205
7.4.4	Verhaltenstherapeutische Ansätze	205
7.4.5	Systematische Desensibilisierung	206
7.4.6	Psychopharmaka	214
7.4.7	Stationäre psychosomatische Behandlung	215
7.5	Alternativen/Außenseiter: Chancen und Gefahren	218
7.5.1	Homöopathie	218
7.5.2	Akupunktur	219
8	Beidseitige Erkrankung	221
8.1	Konsequenzen	223
8.1.1	Für die Therapie	223
8.1.2	Bei beidseitigem Verlust der Gleichgewichtsfunktionen	223
8.2	Perspektiven	224

9	Mögliche Folgen	227
9.1	Arbeitsfähigkeit und -unfähigkeit	228
9.2	Schwerbehinderung/Minderung der Erwerbsfähigkeit	230
9.2.1	Grad der Schädigungsfolgen.....	230
9.2.2	Gleichgewichtsstörungen.....	231
9.2.3	Hörstörungen	232
9.3	Verkehrstauglichkeit	233
10	Was könnte einen guten Therapeuten ausmachen?	235
10.1	Sorgfältige Diagnostik	237
10.2	Nachvollziehbare Aufklärung	238
10.3	Therapeutische Maßnahmen	238
10.4	Begleitung und Therapie zwischen den Anfällen	239
10.5	Psychologische Maßnahmen	239
10.6	Was könnte einen guten Patienten ausmachen?	240
11	Kurze Antworten auf häufig gestellte Fragen	243
	Selbsthilfegruppen.....	249
	Präparateübersicht.....	251
	Glossar	253
	Literatur	261
	Stichwortverzeichnis	275

Klinik des Morbus Menière

Wie alles anfangen kann

- 1.1 Drehschwindel – 2
- 1.2 Ein beispielhafter Fall – der klassische Fall – 6
- 1.3 Erscheinungsformen – 7
- 1.4 Unsicherheit und Schwindel der Seele – 9
- 1.5 Unsicherheit in der Partnerschaft – 10
- 1.6 Schwindel in der therapeutischen Beziehung – 11
- 1.7 Plötzlich ist man selbst betroffen – 12
- 1.8 Ist Morbus Menière psychosomatisch? – 13
- 1.9 Perspektive – 14

1.1 Drehschwindel

Im Vordergrund der Menière-Erkrankung steht akut der meist anfallsartige Schwindel. Dieser geht beim Morbus Menière (Anm.: nachfolgend »M. Menière« abgekürzt) mit einem schwankenden, häufig fortschreitenden Hörverlust und einem meist tiefklingenden Ohrgeräusch (Tinnitus) einher.

Die Häufigkeit des M. Menière wird in Industrienationen auf ca. 1:1.000 (0,1 %) geschätzt. Ebenfalls geschätzt wird, dass in Deutschland pro Jahr 3.200–9.000 Neuerkrankungen auftreten (Jahnke 1999, Wladislawosky-Wasserman et al. 1984). Plontke und Gürkov (2015) gehen von ca. 200 auf 100.000 Einwohner aus.

Es handelt sich in der Mehrzahl der Fälle um eine Erkrankung des Erwachsenenalters. Zunehmend können auch Menschen erstmals über 60 Jahre betroffen sein (Shojaku et al. 2009). Vereinzelt kann die Erkrankung bereits im Kindesalter auftreten, wobei sich die Diagnose häufig erst im Krankheitsverlauf bestätigen ließ (Choung et al. 2006).

Der Schwindel variiert in der Regel von mindestens 20-minütigen Anfällen bis zu stundenlangen schweren Drehschwindelattacken mit starkem Erbrechen. Kürzere und längere Anfälle haben wahrscheinlich andere Ursachen.

Diese »an sich« – im Gegensatz zu bösartigen Tumorerkrankungen – gutartige und – in Abgrenzung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems – periphere Erkrankung von Gleichgewichts- und Hörorgan kann im günstigen Fall einen leichten Verlauf nehmen. Dann bleiben die Schwindelanfälle überschaubar, der Hörverlust gering sowie einseitig und der Umgang mit dem Ohrgeräusch gelingt.

Im ungünstigen Fall kann die Menière-Erkrankung aber auch führen zu:

- Schwerhörigkeit,
- einem Leiden am Tinnitus,
- länger anhaltender Unsicherheit, Hilflosigkeit, Angst- und Panikentwicklung infolge der Schwindelanfälle sowie
- depressiven Verläufen.

Gutartig und peripher

Reaktiv psychogene Ausweitung

Stellt sich das in vielen Fällen als existenziell bedrohlich erlebte Schwindelereignis öfter ein, so kann die Angst vor dem Schwindel so groß werden, dass sie selbst als Unsicherheit und Schwindel empfunden und zu einer eigenen Krankheitskomponente wird. Oft macht sich dann ein »ständiges« Schwindelgefühl, ein »psychogener Schwindel«, bemerkbar. Diese meist stufenlosen Übergänge zwischen organisch bedingtem und (reaktivem) psychogenem Schwindel machen die Menière-Erkrankung zu einem der vielgestaltigsten Schwindelphänomene. Es bedarf daher einer besonderen Beachtung sowohl hinsichtlich der Diagnose als auch der Therapie.

Das hatte auch dazu geführt, dass der M. Menière vom japanischen Gesundheitsministerium 1974 auf die Liste der insgesamt 43 schwer behandelbaren Krankheiten gesetzt wurde, deren Ursprung unklar und deren Behandlung nicht etabliert ist.

Im Folgenden soll dargestellt werden, was über die Erkrankung bekannt ist und was den Umgang mit ihr verbessern kann.

Dies reicht bis zur Frage der einheitlichen Definition und Diagnostikstellung.

■ Wann ist ein M. Menière ein M. Menière?

2015 haben sich fünf wichtige Fachgesellschaften auf zwei Kategorien zur Klassifikation des M. Menière geeinigt (Lopez-Escamez et al. 2015):

- die Bárány-Gesellschaft, die eine internationale Gemeinschaft von Basiswissenschaftlern, Neurootologen und anderen Experten zur Gleichgewichtsforschung repräsentiert. Sie wurde benannt nach Robert Bárány, der 1914 für seine Arbeiten über Physiologie und Pathologie des Gleichgewichtsorgans den Nobelpreis erhielt;
- die Japanische Gesellschaft für Gleichgewichtsforschung (Japan Society for Equilibrium Research);
- die Europäische Akademie für Otologie und Neurootologie (European Academy of Otolology and Neurotology (EAONO));
- das Gleichgewichts-Komitee der amerikanischen Akademie für Neurootologie, Kopf- und Hals-Chirurgie (Equilibrium Committee of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, AAO-HNS);
- die Koreanische Gleichgewichtsgesellschaft (Korean Balance Society).

Es wird unterschieden zwischen einem definitiven (»definite«) und einem wahrscheinlichen (»probable«) M. Menière.

■ Der derzeitige Konsens zur Diagnose: wahrscheinlich versus möglich

Die Diagnose eines *definitiven M. Menière* basiert auf klinischen Kriterien und setzt die Beobachtung von wiederholten Drehschwindelsyndromen (Vertigo!) mit – durch Audiogramme – dokumentierten Tieftonverlusten (über 30 dB zwischen 250 und 2000 Hz) und schwankende Ohrsymptome (Hören, Tinnitus, Ohrdruckgefühl) im betroffenen Ohr voraus.

» The diagnosis of definite Menière's disease is based on clinical criteria and requires the observation of an episodic vertigo syndrome associated with low- to medium-frequency sensorineural hearing loss and fluctuating aural symptoms (hearing, tinnitus and/or fullness) in the affected ear. Duration of vertigo episodes is limited to a period between 20 minutes and 12 hours. (Lopez-Escamez 2015) «

Die Dauer des Schwindels muss zwischen 20 Minuten und 12 Stunden liegen.

Die Annahme eines *wahrscheinlichen Menière* schließt – in der Erweiterung der obigen Bedingungen – auch unspezifischere,

wiederholte Gleichgewichtsprobleme mit Drehschwindel (Vertigo), aber auch sonstige »unbestimmte« Schwindelformen (»dizziness«) mit schwankenden Ohrsymptomen ein, die zwischen 20 Minuten und 24 Stunden andauern.

» Probable Menière's disease is a broader concept defined by episodic vestibular symptoms (vertigo or dizziness) associated with fluctuating aural symptoms occurring in a period from 20 minutes to 24 hours. (Lopez-Escamez 2015) «

Die Kategorie »Mögliche Menière-Erkrankung« wurde aufgegeben, wohl auch, weil sie in der Praxis eher Unklarheit als Sicherheit nach sich gezogen hatte. Parallel dazu wird schon eine neue Menière-Klassifikation – die »Hydropische Innenohrerkrankung« – diskutiert, die auch Varianten des M. Menière und die sekundären Menière-Syndrome berücksichtigen möchte (Gürkov et al. 2016).

Wenn (!) sich diese Standortbestimmung in wissenschaftlichen Studien und Publikationen durchsetzt, löst sie die bisherige (ältere) Definition des amerikanischen »Committee on Hearing and Equilibrium« von 1995 ab. So würde dem Hörverlust auch in den mittelfrequenten Bereichen mehr Bedeutung zugestanden, wenn auch mit höheren Schwellenwerten.

In **Tab. 1.1** werden die im Jahr 2015 festgelegten Diagnosekriterien der alten Definition des »Committee on Hearing and Equilibrium« aus dem Jahr 1995 gegenübergestellt. Letztere bildet nach wie vor die Grundlage der (geplant bis 2015) gültigen, überwiegend neurologischen Leitlinie zu Schwindel (Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2008) (s. hierzu auch **Abschn. 7.3.1**).

➤ **Weder die alte noch die neue Klassifikation benennt Befunde im Gleichgewichtsanteil. Dies ist bei einer Erkrankung, die auch subjektiv überwiegend das Gleichgewichtsempfinden betrifft, sicher unbefriedigend.**

Tatsächlich gibt es den *einen* Marker, der einen M. Menière alleine sichern könnte, nicht.

So sind weiter Überschneidungen zu der – häufigen – vestibulären Migräne sowie zu den seltenen Perilymphfisteln und der Vestibularisparoxysmie möglich (**Kap. 5**), wenn man sich nur auf die Kriterien der Klassifikation bezieht. Das führt auch nach Einschätzung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (2008) dazu, dass die Hälfte der Diagnosen falsch sein könnte. Wenn man jetzt auch noch schätzen muss, wie viele psychogene oder reaktiv psychogene Schwindelerscheinungen nicht erfasst werden und ohne entsprechende Fachkompetenz auch nicht erfasst werden können, bleibt eine sehr unsichere Ausgangslage bei der Diagnosefestlegung – passend zur Erkrankung.

Dennoch setzt sich meist im Laufe der Erkrankung ein Puzzle aus Hör- und Gleichgewichtsbefunden zusammen, das zumindest eine

■ **Tab. 1.1** Internationale Diagnosekriterien im Vergleich

	Diagnosekriterien der Bárány-Gesellschaft und anderer Fachgesellschaften 2015	Committee on Hearing and Equilibrium 1995
An Sicherheit grenzender M. Menière	–	Klinik mit zusätzlicher histologischer Bestätigung des Endolymphhydrops (in der Regel erst nach dem Tod möglich)
Definitiver M. Menière/ Eindeutige Menière-Erkrankung	2 oder mehr spontane Schwindelattacken (Vertigo) von 20 min bis 12 Stunden Dauer Audiometrisch dokumentierter Hörverlust der tiefen bis mittleren Frequenzen im betroffenen Ohr, mind. einmal vor, während oder nach einer Schwindelattacke mind. 35 dB oder um mind. 30 dB über der kontralateralen Schwelle, und zwar in mind. 2 benachbarten Frequenzen unterhalb von 2000 Hz Fluktuierende auditive Symptome (Hörvermögen, Tinnitus, Völlegefühl) im betroffenen Ohr Nicht besser durch eine andere Diagnose erklärt	2 oder mehr eindeutige spontane Schwindelattacken von mind. 20 min Dauer Audiometrisch nachgewiesene Hörminderung bei mind. einer Untersuchung Tinnitus oder Ohrdruck im betroffenen Ohr Andere Ursachen ausgeschlossen
Wahrscheinliche Menière-Erkrankung	2 oder mehr spontane, auch unspezifischere Schwindelattacken (»dizziness«) von 20 min bis 24 Stunden Dauer Audiometrisch dokumentierter Hörverlust der tiefen bis mittleren Frequenzen im betroffenen Ohr, mind. einmal vor, während oder nach einer Schwindelattacke mind. 35 dB oder um mind. 30 dB über der kontralateralen Schwelle, und zwar in mind. 2 benachbarten Frequenzen unterhalb von 2000 Hz. Fluktuierende auditive Symptome (Hörvermögen, Tinnitus, Völlegefühl) im betroffenen Ohr Nicht besser durch eine andere Diagnose erklärt	Eine eindeutige spontane Schwindelattacke von mind. 20 min Dauer Audiometrisch nachgewiesene Hörminderung bei mind. einer Untersuchung Tinnitus oder Ohrdruck im betroffenen Ohr Andere Ursachen ausgeschlossen
Mögliche Menière-Erkrankung	–	Schwindelattacke wie oben ohne dokumentierten Hörverlust, oder Innenohrschwerhörigkeit, fluktuierend oder konstant, mit Schwankschwindel, aber ohne eindeutige Menière-typische Schwindelattacken Andere Ursachen ausgeschlossen

Dinge schwirren im Raum umher

verlässlichere Einschätzung – und damit auch sichere Therapieempfehlungen erlaubt.

1.2 Ein beispielhafter Fall – der klassische Fall

Die nachfolgende eindrucksvolle Beschreibung stammt aus dem Jahre 1861 von dem französischen Arzt Prosper Ménière selbst (in der Übersetzung von L. Blumenbach 1955).

»Ein kräftiger junger Mann wird plötzlich, ohne erkennbare Ursache, von Schwindel, Übelkeit und Erbrechen befallen; eine unaussprechliche Angst lässt seine Kräfte schwinden; sein Gesicht, blass und in Schweiß gebadet, kündigt eine nahe Ohnmacht an. Oft fühlt sich der Kranke zunächst schwankend und betäubt, stürzt anschließend zu Boden, ohne sich wieder erheben zu können. Auf dem Rücken liegend kann er dann nicht die Augen heben, ohne die Dinge im Raum umherschwirren zu sehen, die kleinste, dem Kopf mitgeteilte Bewegung vermehrt Schwindel und Übelkeit; das Erbrechen tritt erneut auf, sobald der Kranke versucht, seine Lage zu ändern.

Der Patient kann weder den Kopf heben noch sich nach rechts oder links drehen, ohne das Gleichgewicht zu verlieren; sein Gang wird unsicher, er neigt sich, ohne es zu wollen, nach einer Seite, oft ist er sogar gezwungen, sich gegen eine Wand zu lehnen. Der Boden scheint ihm uneben, er stößt sich an den kleinsten Hindernissen, die beiden Beine sind nicht mehr gleich geschickt, eine Treppe hinaufzugehen. Anders ausgedrückt: Die Steh- und Gehmuskeln arbeiten nicht mehr mit der gewohnten Regelmäßigkeit. Jede etwas heftige Bewegung ruft Funktionsstörungen derselben Art hervor. Lässt sich der Kranke beim Hinlegen plötzlich in die waagerechte Lage fallen, so gerät das Bett nebst allen Dingen in der Umgebung in gewaltig kreisende Bewegung, er glaubt sich auf der Brücke eines Schiffes, von mächtigem Schlingern geschaukelt, und alsbald tritt Übelkeit auf, genau wie im Beginn einer Seekrankheit.

Nimmt der Kranke dagegen beim Aufstehen plötzlich senkrechte Haltung an, so treten dieselben Erscheinungen ein, und will er sich in Bewegung setzen, so dreht er sich um sich selbst und fällt augenblicklich um. Wie man alsdann beobachten kann, ist sein Gesicht blass, es droht eine Ohnmacht, der Körper bedeckt sich mit kaltem Schweiß und alles deutet auf eine tiefe Angst hin. Doch es dauert nicht lange, so meldet der aufmerksame Patient, es seien bestimmte Phänomene aufgetreten, so z. B. oft starke, andauernde Geräusche in den Ohren, und dann pflegt das Gehör auf einer, manchmal auch auf beiden Seiten merklich schwächer zu werden.«

Typischer Drehschwindel

Der dabei beschriebene, für die Erkrankung typische Drehschwindel tritt in der Regel anfallsweise und wiederholt auf. Dies kann zu

1.3 · Erscheinungsformen

allen Tageszeiten geschehen, auch nachts aus dem tiefen Schlaf heraus. Zuweilen kommt es vorher zur Verstärkung der Ohrgeräusche, zu einer Verminderung der Hörleistung und ggf. zu einem Druckgefühl im Ohr.

Meine eigenen großen Anfälle begannen meist morgens. Klatschnass geschwitzt, aus bösen Träumen erwachend, drehte sich das ganze Zimmer um mich herum nach rechts, mir war übel, ich musste erbrechen und wäre am liebsten aus einem der vielen Fenster, die sich da um mich drehten, herausgesprungen, wenn ich nur die paar Meter vom Bett aus dahingekommen wäre und dann noch gewusst hätte, welches der sich drehenden Fenster das richtige war. Oft genug habe ich mir gewünscht, ich wäre bewusstlos geworden. Aber das Typische beim Menière-Anfall ist gerade, dass keine Bewusstlosigkeit eintritt. Damit unterscheidet sich der M. Menière deutlich von vielen anderen Formen des Schocks oder von Anfällen, wie etwa dem epileptischen Anfall. Mein Glück war, dass ich meist nicht allein in der Wohnung war und mir meine Mitmenschen oft helfen konnten.

Bei einem großen Schwindelanfall treten vorwiegend Übelkeit und Erbrechen auf. Die Betroffenen sind blass, kaltschweißig und sehen so »schockig« aus, dass beim ersten Anfall selbst erfahrene Notärzte dies als Kreislaufkollaps oder möglichen Herzinfarkt fehldeuten können. Bei weiteren Anfällen wird der Patient, wenn er um die Krankheit weiß, selbst sehr genau sagen können, was vorliegt und die ersten Maßnahmen mit einem Zäpfchen, das die Übelkeit dämpft, eigenständig einleiten können.

Die Dauer der Anfälle variiert stark von Anfällen um 20–30 min bis zu schweren Drehschwindelattacken mit scheinbar unstillbarem Erbrechen, das mehrere Stunden anhalten kann.

1.3 Erscheinungsformen

Und dann? – Nach dem Anfall fühlen sich die meisten Betroffenen längere Zeit unsicher, schlapp und zerschlagen. Danach scheint bei vielen erst einmal wieder alles so wie vorher zu sein. Was bleiben kann sind sich verstärkende Ohrgeräusche (Tinnitus), ein Hörverlust und die Hoffnung, dass dies ein einmaliges Ereignis war.

Tatsächlich gilt es, das Krankheitsbild im Rahmen der Diagnostik von anderen Erkrankungen zu unterscheiden. Dies ist nicht einfach und so ist der M. Menière gerade in seinem Anfangsstadium oft eine Ausschlussdiagnose, d. h. das, was nach Abwägung aller anderen möglichen Ursachen übrig bleibt. Dazu gehören in erster Linie der »gutartige Lagerungsschwindel« und der »einmalige Gleichgewichtsausfall«, die über die Angstkomponente (und die Furcht vor Wiederholung) wie ein M. Menière erscheinen können. Bei wiederholten Schwindelanfällen

**Verwechslung mit Herzinfarkt
möglich**

**Übelkeit und möglicherweise
Erbrechen**

**Erster Anfall ist schwer zu
unterscheiden**

ohne bleibenden Hörverlust muss v. a. an die (anders zu behandelnde) »vestibuläre« Migräne (► Kap. 5) gedacht werden.

Beim M. Menière kann der Abstand bis zum nächsten Schwindelanfall sehr unterschiedlich sein – er kann Jahre betragen. Leider sind auch sehr viel kürzere Abstände zwischen den Anfällen möglich. Dies können Monate, Wochen oder auch nur Tage sein.

Meist nehmen Stärke und Länge der organisch bedingten Anfälle mit der Zeit ab. Ohne chirurgische Eingriffe oder Behandlungen mit Gentamycin (► Kap. 7), so legen lang angelegte Studien nahe, scheint die Menière-Erkrankung ein Plateau zu erreichen, auf dem bei mehr als 75 % der Patienten die Anzahl der Schwindelanfälle abnimmt und ihre Intensität schwächer wird oder sie sogar ganz verschwinden. Dies scheint irgendwo zwischen dem ersten Auftreten und der 9-Jahres-Grenze zu liegen (Stahle et al. u. Kitahara in: Huang 1991). Es wird daran liegen, weil das Gleichgewichtsorgan mit der Zeit und v. a. mit jedem Anfall immer mehr an Funktion verliert. Hinzu kommen kann jedoch, dass man bei guten Verarbeitungsmöglichkeiten und -kapazitäten doch Wege findet, mit der Krankheit umzugehen (Tyrrell et al. 2015). Dennoch ist auch das nicht sicher (Plontke u. Gürkov 2015), zumindest nicht im Erleben der Patienten.

»Tumarkinsches Geschehen«:
selten im Spätstadium

Manchmal sind es dann kleinere, aber unberechenbare Gleichgewichtsstörungen, die zu Taumeln, Schwanken und einem deutlichen Unsicherheitsgefühl führen können. Nicht ganz so häufig kann sich im Spätstadium ein sog. »Tumarkinsches Geschehen« einstellen. Öfters kommen im Laufe des Lebens zur seltenen Schwindelerkrankung M. Menière andere, auch sonst häufiger auftretende Krankheiten mit Auswirkungen auf das Gleichgewichtssystem hinzu. Dies kann mit dem schon bei diesem Patienten bekannten M. Menière verkannt und deswegen vielleicht nicht sachgerecht behandelt werden.

► **Typische Symptome sind Hörverlust, Verzerrt hören, Ohrensausen, Druckgefühl, Geräuschüberempfindlichkeit.**

Schwankender Hörverlust

Außer Schwindel finden sich mit einem schwankenden Hörverlust, typischerweise im Tieftonbereich, und einem vorwiegend tieffrequenten Ohrgeräusch zwei weitere wichtige Symptome des M. Menière. Beide Symptome können im anfallsfreien Intervall eine bleibende Erinnerung an ein heftiges Ereignis sein.

Häufig schwankt (fluktuiert) der Hörverlust in seiner Ausprägung um ein Niveau, das das Hören erschwert, aber noch ermöglicht und v. a. von einer sachgerechten Hörgeräteversorgung profitieren kann. Allerdings kann sich der Verlust des Hörvermögens vom Tieftonbereich auf die höheren Frequenzen ausdehnen. Dann kommt es zu einer Schwerhörigkeit um die 60 dB. Dies kann zu einer Einschränkung des Richtungshörens führen, das nur mit beiden Ohren möglich ist.

Verzerrtes Hören

In aller Regel bleiben allerdings meist Hörreste erhalten (Morgenstern 1985 und eigene Patienten, s. auch Dissertation Kolbe 2000,

Savastano et al. 2006), die für eine Hörgeräteversorgung genutzt werden können. Schnelligkeit und Schwere des Verlaufs sind dabei individuell sehr unterschiedlich. Die Hörstörung wird v. a. im Bereich der Sprache als unangenehm wahrgenommen. Töne können verzerrt und Musik dissonant gehört werden (Dysakusis).

Das Ohrgeräusch (medizinisch: Tinnitus) wird typischerweise als tieffrequentes Rauschen, etwa als Sausen und Brausen, wahrgenommen. Es können sich aber im weiteren Verlauf, v. a. bei Ausfällen im Hochtonbereich, ein Pfeifen und Zischen einstellen. Charakter und Intensität können – auch das ist typisch bei M. Menière – wechseln. Meist ist das Leiden am Schwindel größer. Etwas Unangenehmes wird durch etwas Schlimmeres verdrängt. Dennoch kann das Ohrgeräusch ungemindert störend sein, wenn es – vorwiegend in der anfallsfreien Zeit – in den Vordergrund der Beschwerden tritt, oft noch vor dem Hörverlust.

Viele Menière-Betroffene empfinden zusätzlich ein Druck- oder Völlegefühl im kranken Ohr oder im Bereich des direkt hinter dem Ohr läppchen tastbaren Warzenfortsatzes. Dieses fühlt sich an wie bei einer Mittelohrentzündung, manchmal sogar verbunden mit einem Stechen, das bis in die betroffene Gesichtshälfte ausstrahlen kann.

Trotz Hörminderung kann das Gehör vorübergehend – scheinbar paradox – oft gegen laute Geräusche besonders empfindlich werden. Dies gilt v. a. für den auch von der Hörschädigung betroffenen Tieftonbereich.

Tieffrequentes Rauschen

Druck- und Völlegefühl im Ohr

Geräuschüberempfindlichkeit

1.4 Unsicherheit und Schwindel der Seele

Kaum zu beschreiben sind die Folgen für das normale Leben, wenn der Schwindel anfallsartig, unvorhersehbar und v. a. öfters auftritt. Dann kann die Menière-Erkrankung zu erheblichen Lebensbeeinträchtigungen führen.

Auch wenn vom M. Menière betroffene Patienten in ihrem weiteren Leben überwiegend keinen organisch bedingten Schwindel oder Schwindelanfall haben, können sie sich oft nicht mehr ihrer selbst sicher sein. War es früher selbstverständlich, sich aufrecht und zuverlässig auf sein Gleichgewicht verlassen zu können, bleibt jetzt die Ungewissheit, wie sich der Tag, die Woche, der Monat gestalten wird.

Ohne Zuverlässigkeit der eigenen Sinne besteht die Gefahr, aus der Bahn geworfen zu werden. Das hat Auswirkungen auf das Zusammenleben mit dem Partner (► [Abschn. 1.5](#)), dem Freundes- und Bekanntenkreis sowie auf viele sonst selbstverständliche Dinge des Alltags – vom Zähneputzen bis zum Einkaufen. Dazu kommt der Verlust der Fahrt und oft auch der Berufssicherheit. Dabei erscheinen die Betroffenen den meisten Bekannten in der Zwischenzeit zu gesund, als dass die Schwere der Belastung ernst genommen werden mag. Im Anfall hingegen glauben Außenstehende oft eher einen Trunkenbold als einen ernsthaften Notfall vor sich zu haben, sodass auch hier nur selten Hilfe zu erwarten ist.

Angstvolle Beobachtung

Häufige Folgen sind angstvolle Beobachtungen, manchmal Panik, wenn sich ein erneuter Anfall anzukündigen droht. Dies kann zu einer depressiven Verarbeitung mit sozialem Rückzug und Isolierung führen, die durch das Unverständnis der Umwelt verstärkt werden können. Stellt sich das als existenziell bedrohlich erlebte Schwindelereignis öfter ein, so wächst verständlicherweise auch die Angst vor der Wiederholung. Hält die Angst an, kann sie auch die Verarbeitung der Gleichgewichtsimpulse hemmen (Balaban 2012, Staab 2012). Damit verzögert die Angst auch die Erholung des Gleichgewichtssystems.

»Ständiges« Schwindelgefühl

Gleichzeitig kann die Angst 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. Medizinisch und psychologisch wird dies als »psychogener Schwindel« bezeichnet. Wenn zuerst die Menière-Erkrankung auftritt und anschließend der psychogene Schwindel, wird dieser als »reaktiv« bezeichnet.

Betroffene schildern dies oft so: Man sei taumelig, nicht standfest, wackelig, aneckend, wirr im Kopf, hätte ein dröhnendes Gefühl und Angst, oft sehr viel Angst. Ganze Tage seien nun »Menière-Tage«. In bestimmten Situationen kann dieses Gefühl, verbunden mit Angst und Panik, erlebt werden wie ein innenohrbedingter Menière-Anfall.

Ist der Arbeitsplatz in Gefahr oder verloren, zerbrechen oder zermürben Beziehungen, stellt sich oft genug die Frage nach dem Sinn auch des eigenen Daseins.

»Heute Morgen schon, gleich als ich den Fuß auf den Boden vor dem Bett stellte, merkte ich, es wird wieder so ein Tag. Da kommt zuerst der Gedanke an Flucht«, schildert eine Menière-Betroffene im Tinnitus-Forum eindrucksvoll. »Ich komme mir vor wie ein Storch im Salat. Mit staksigen, hölzernen Beinen schiebe ich mich ins Bad ... All die alltäglichen Dinge der morgendlichen Körperpflege werden zur Quälerei – heute kann ich nicht aus dem Fenster schauen, weil die Schritte zum Fenster zu schwierig sind. Ich mag nicht daran denken, krank zu sein. Ich fühle mich auch nicht krank. Meine Welt ist einfach anders geworden. Und dann gibt es Tage, die mich schon am Morgen grausam an mein neues Leben erinnern. Dann ist auch der Gedanke wieder da, wie schön war das alles, was ich einmal konnte. Wie schön es war, eine in der Familie, bei den Freunden und Nachbarn Bekannte zu sein. Eine, die sich nicht von ihnen unterschied.« (Kraft 1992, S. 8f.)

1.5 Unsicherheit in der Partnerschaft

Partner sind mit-betroffen

Die Menière-Erkrankung betrifft nicht nur den Erkrankten, sondern in aller Regel auch die Menschen, die mit dem Erkrankten leben. Oft entscheidet sich auch im sozialen und familiären Umfeld, ob die Krankheit

1.6 · Schwindel in der therapeutischen Beziehung

getragen und ob und wie der Betroffene aufgefangen werden kann, wie etwa eine gemeinsame Entwicklung möglich ist.

Bei einer gemeinsamen depressiven Verarbeitung der Erkrankung zieht sich der Partner wie der erkrankte Angehörige zurück. So kommt es im Krankheitsverlauf zu einer zunehmenden Verminderung gesellschaftlicher Kontakte; der Freundeskreis schrumpft. Dadurch entfallen wichtige Möglichkeiten zur Regenerierung und sozialen Unterstützung.

Günstig ist, wenn der Partner ebenso aufgeklärt wie unterstützend ist, bei Anfällen helfen kann und den Betroffenen antreibt, wenn er mehr vermeidet als nötig ist. Voraussetzung ist, dass der Erkrankte viel Eigenverantwortung zeigt und die Belastung, die der Partner mitträgt, ernst nimmt. Beide sollten nicht versäumen, Bewältigungsmöglichkeiten zu erkunden, um auf eventuelle Veränderungen im Krankheitsverlauf frühzeitig eingehen zu können (Praetorius 1995).

1.6 Schwindel in der therapeutischen Beziehung

Schon »einfachere« Schwindelerkrankungen können nicht nur bei Betroffenen, sondern auch bei Therapeuten viele verschiedene, oft widersprüchliche (ambivalente) Gefühle auslösen. Diese reichen von Unsicherheit und Hilflosigkeit über Beschützergefühle bis hin zu Ärger. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn eindeutig körperliche Ursachen für ein über das organisch hinausgehende Schwindelgeschehen nicht klar erkennbar sind. Dann sind sich v. a. Ärzte nur selten sicher: Manchmal können sie sich sogar »be-schwindelt« fühlen. Gleichzeitig spüren sie die Erwartungshaltung und den Druck der Patienten, auf jeden Fall etwas Hilfreiches zu tun.

Manchmal kommt es vor, dass sie – obwohl sie auf ihrem Fachgebiet nichts gefunden haben – trotzdem versuchen, mit ihren Mitteln zu helfen, um nichts ungetan zu lassen. Dann wird im besten Bemühen (!) etwas Ungünstiges gemacht, da die auch emotional in Anspruch Genommenen kein anderes Mittel haben und vielleicht auch keines kennen! In der »beiderseitigen« Not (Patient und Arzt) wird z. B. ein Ohr operiert, obwohl dieses nur der Ausdruck, aber nicht der Verursacher des Schwindels war. Nicht selten hat man anschließend zum seelischen auch noch – wirklich – ein organisches Problem. Vereinzelt findet sich auch eine – aus der Ratlosigkeit geborene – ärgerliche und letztlich »abweisende« Reaktion: Ich habe »nichts gefunden« – statt – korrekter: »Ich habe in meinem Gebiet nichts gefunden«, was ja erlaubt sein kann.

Dann wird »weggeschickt« an die »spezialisierten« Kollegen der Neurologie, der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, der Orthopädie und der inneren Medizin, aber auch der Psychiatrie. Bis niemand mehr zum »Verweisen« da ist, durchlaufen Schwindelpatienten oft eine wahre Odyssee von Arzt zu Arzt oder »Heilern«.

Oft fehlt jemand, der die Vielfalt des »Nichts« im körperlichen Bereich und des »so anderen« Seelischen zu einem Bild zusammenfügen kann, das dann wieder Handlungsschritte ermöglicht. Dabei

Widersprüchliche Gefühle

**Gesamtbild muss
zusammengefügt werden**

braucht auch der Therapeut eine klare, sichere, feste Vorstellung von dem, was auf ihn zukommt. Ansonsten droht ihm, mit dem Patienten selbst schwindelig zu werden.

Ein solcher Therapeut muss aber auch vom Patienten aufgesucht werden. Dies kann jedoch oft erst möglich werden, wenn sich die Betroffenen der Herausforderung stellen, das eigene »Koordinatensystem« neu zu ordnen und ggf. die Richtung ihres Lebens zu wechseln. Das könnte der wichtigste Schritt auf dem Weg zu einem verbesserten Umgang mit dem Schwindelerleben sein.

1.7 Plötzlich ist man selbst betroffen

Ich selbst habe über meine Menière-Erkrankung u. a. meine Arbeit als Anästhesist verloren. Nach zwei heftigen Attacken innerhalb eines halben Jahres während meiner Assistenzarztzeit habe ich zunächst geglaubt, die üblichen Tabletten und Entspannungsverfahren würden ausreichen, um dem Elend Rechnung zu tragen. Nach 7 Jahren wurde ich so oft und heftig geschüttelt, dass ich zunächst nicht mehr das normale Pensum geschafft habe. Monate später, als dann – wie ich (erst) heute (!) weiß – ein zunehmend psychogener Schwindel und eine depressive Erschöpfung hinzukamen, ging überhaupt nichts mehr.

Nach einem halben Jahr Arbeitsunfähigkeit kündigte mir mein Arbeitgeber. Ich dachte, auf dieser Welt nichts mehr zu suchen zu haben. Ein Jahr mit intensiver therapeutischer Unterstützung in einem mich tragenden Umfeld habe ich gebraucht, um u. a. nach einer – letztlich doch noch nötigen – Ausschaltung des Innenohres wieder auf die Beine zu kommen. Ich habe Jahre gebraucht, um für mich zu sehen, dass all dies letztlich auch eine für mich positive Wende eingeleitet hat, auch wenn ich mir eine weniger schwindelerregende Dramatik gewünscht hätte.

Prominente Opfer dieser Erkrankung sind Martin Luther und wohl auch Vincent van Gogh.

Martin Luther sah 1530 in seiner noch nicht so erkannten und benennbaren Menière-Erkrankung das Wirken Satans: »Ich dacht, es sei der schwarze zotticht Geselle aus der Hölle gewest, der mich in seinem Reich auf Erden wohl nicht leiden mag ...« ... »Niemand glaubt mir, wie viel Qual mir der Schwindel, das Klingen und Sausen der Ohren verursacht. Ich wage nicht, eine Stunde ununterbrochen zu lesen, auch nicht etwas klar zu durchdenken oder zu betrachten, sogleich ist nämlich das Klingen da, und ich sinke der Länge nach hin.« (Feldmann et al. 1998, S. 28)

Prominente Opfer

Auch wenn bei Vincent van Gogh ein Stück Unklarheit bleibt, so litt der berühmte holländische Maler wohl nicht unter Epilepsie, wie lange angenommen wurde, sondern unter der unerkannten und Ende des 19. Jahrhunderts auch noch nicht überall bekannten Menière-Erkrankung

1.8 · Ist Morbus Menière psychosomatisch?

(Arenberg et al. in: Huang 1991, S. 84–103). Unbehandelt und sicher ohne zu wissen, was ihn quälte, schnitt er sich das betroffene Ohr ab. Es trieb ihn in den Wahnsinn und zuletzt in den Selbstmord.

■ Hilfsangebote

Ein solch tragischer Krankheitsverlauf ist zum Glück selten und bei entsprechender Unterstützung auch aufzuhalten. Eine große Hilfe, anders damit umzugehen, ist es schon, nachvollziehbar zu wissen, was eigentlich geschieht und dass das unheilvolle Geschehen auf einer Krankheit und nicht auf Einbildung beruht.

Ungemein stützend ist ein Freundeskreis, der sich jetzt als tragfähig erweisen oder sehr klein werden kann. Günstig sind auch Selbsthilfegruppen, zu denen über die Deutsche Tinnitus-Liga (<http://www.tinnitusliga.de>) und die K.I.M.M. (<http://www.kimm-ev.de>) Kontakt aufgenommen werden sollte!

Allerdings scheint der Schritt in die Selbsthilfegruppen noch schwerer zu sein als etwa bei »reinen« Tinnituserkrankungen. Dies liegt sicher auch am Wesen der Krankheit: In der Not bekommt man kein Bein vor die Tür, und wenn es einem gut geht, ist die Tendenz, bloß in Ruhe gelassen werden zu wollen, groß. Dadurch kann sich die Unsicherheit durch die Krankheit auch in der zwischenmenschlichen und organisatorischen Kontaktaufnahme fortsetzen.

1.8 Ist Morbus Menière psychosomatisch?

Wenn man mit Lamparter (2002) unter einem psychosomatischen Schwindel Phänomene zusammenfasst, bei denen das Symptom Schwindel zwar unmittelbar »organisch« bedingt ist, bei denen aber psychische Faktoren bei der Aufrechterhaltung, Verschlimmerung und möglicherweise sogar der Entstehung des zugrunde liegenden Krankheitsbildes in erheblicher Weise wirksam werden, so handelt es sich beim M. Menière um eine psychosomatische Schwindelerkrankung.

Die Menière-Erkrankung ist eindeutig durch gestörte Prozesse im Innenohr erklärlich. Offensichtlich hängen jedoch Ausmaß und Art des Krankheitserlebens und -leidens nicht nur von der Anzahl und Dauer der Menière-Attacken ab, sondern auch in wesentlichen Anteilen von den Bewältigungsmöglichkeiten des Betroffenen.

So gibt es:

- Menière-Kranke, die nach dem Anfall und einer relativ kurzen Ruhepause wieder schnell auf den Beinen sind und den Anfall abhaken
- Menière-Kranke, die noch lange danach verzweifelt sind und das Ereignis depressiv nacherleben
- Nicht wenige Menière-Kranke, die mit Sorge dem nächsten Anfall entgegenbängen, sodass nun die psychogene Angst- und Schwindelkomponente zum entscheidenden Anteil der Menière-Erkrankung wird

Selbsthilfegruppen

**Gestörte Innenohrprozesse,
unterschiedliche
Bewältigungsmöglichkeiten**

Zu den ausgleichbaren Folgen gehören:

- Schwerhörigkeit
- Erleben der Erkrankung
- Soziale Auswirkungen
- Zwischenmenschliche Einbrüche und Herausforderungen

Zu den beeinflussbaren Faktoren gehören:

- Ausweitung des aus dem Innenohr kommenden Schwindels zum psychogenen Schwindel mit seinen – möglichen – Rückwirkungen auf das Innenohrgeschehen
- Psychologisch therapierbare Konstellationen, die zu Schwindel und – vielleicht auch über eine sich nicht auflösende Spannung – zu Veränderungen im Innenohr führen
- Vermischung mit anderen Schwindelformen (Lagerungsschwindel, Migräne, Angsterkrankungen, Blutdruckschwankungen, Sehfehler usw.)

Wichtig für jeden einzelnen und jeweils unterschiedlich betroffenen Menière-Patienten ist es, möglichst viele Anteile seines sicher immer komplexen »Menière-Geschehens« zu verstehen, um das Änderbare oder wenigstens Ausgleichbare und Verbesserbare anzugehen und das Nichtänderbare, auch wenn es oft sehr schmerzhaft und schwierig ist, zu akzeptieren. Dann können die nötigen Hilfen angefordert und angenommen sowie vielleicht einige Umwege vermieden werden.

Oft findet sich – bis zum Beweis des Gegenteils – immer noch ein Verbesserungspotenzial, sei es durch ein intensives Gleichgewichtstraining, eine Verbesserung der Hörsituation und die Ermutigung für das Machbare, wobei für all dieses auch die Inanspruchnahme professioneller Hilfe sinnvoll werden kann.

So ist, wer dieses Buch gelesen hat, zwar – leider – nicht geheilt, aber er weiß zumindest, woran er erkrankt ist, und dieses Wissen kann hilfreich sein, um Angst und Verzweiflung, so berechtigt und verständlich sie auch sind, nicht zusätzlich zu verstärken.

**Verbesserungspotenzial
vorhanden**

1.9 Perspektive

Tyrrell und seine Mitautoren (2015) konnten Gesundheitsdaten aus der englischen »UK Biobank« von 1.376 als Morbus Menière eingeschätzten Personen auswerten und mit Daten von 500.000 anderen Personen vergleichen. Die UK Biobank wird als gemeinnützige Institution mit dem Ziel der Prävention vom englischen nationalen Gesundheitswesen unterstützt. Sie konnte zwischen 2000 und 2010 in England 500.000 Menschen zwischen 40 und 69 Jahren motivieren, sich an einer Untersuchung zu beteiligen. Die Teilnehmer wurden von einer dafür geschulten Schwester mit Hilfe eines Fragebogens interviewt, und es wurden Labordaten gesammelt. Aufgrund der Angaben zum Schwindel,