

Dr. med. Helmut Schaaf

**Leiter des Gleichgewichtsinstitutes Hesse(n)
in der Tinnitus Klinik Dr. Hesse im Krankenhaus Arolsen,
Große Allee 50, 34454 Arolsen**

Telefon: 05691 / 800339

www.drhschaaf.de

Sehr geehrte Frau Bott,

Sie haben mich gebeten zu dem Thema der „Labyrinthanästhesie“ in der letzten KIMM aktuell, so wie sie von Prof. Illberg vorgetragen und geschildert wurde, Stellung zu nehmen. Dies will ich, so weit mir dies möglich ist versuchen.

Die **“Labyrinthanästhesie“** beinhaltet, dass ein lokales Betäubungsmittel (Lidocain) in das Mittelohr gegeben wird. Von da aus wird die Weiterleitung der Gleichgewichtsinformationen der Nerven zum Gehirn **auf kurze Zeit** blockiert. Für das Gehirn macht sich dies wie bei einem „normalen“ Gleichgewichtsausfall bemerkbar, weswegen es mit Schwindel, Augenflackerbewegungen Gangunsicherheit und Fallneigung zur betroffenen Seite – **auf Zeit** – reagiert.

Vor- und Nachteil dieses Vorgehens ist, dass das lokale Betäubungsmittel nur eine begrenzte und in der Regel sehr kurze Zeit wirkt, meistens weniger als 8 Stunden. **Das heißt, der Effekt dieser Maßnahme ist auch auf wenige Stunden begrenzt.** Da keine Strukturen geschädigt werden (wenn nicht durch den operativen Eingriff etwas verletzt wird) treten auch keine Nebenwirkungen auf.

Prof. Illberg verbindet mit diesem Vorgehen die Vorstellung und die Patienten die Hoffnung, dass es in der kurzen Zeit der Betäubung zu einer Umstellung im Gleichgewichtsorgan kommen soll, indem „das vegetative Nervensystem das Innenohr kurzfristig blockiere. Dies soll dann eine langfristige Schwindelfreiheit oder zumindest eine deutliche Verbesserung nach sich ziehen. Ein bisschen ist das so, wie wenn man auf einen defekten Fernseher schlägt und hofft, dass dann das Bild wieder kommt. Für die Labyrinthanästhesie berichtet Illberg von Erfolgen und stattgehabten Untersuchungen.

Für jede Behandlungsmethode des Morbus Menière gibt es natürlich auch skeptische Beurteilungen; ich bin bei dieser Methode eher zweifelnd. Dies ist in der aus meiner Sicht schwachen Datenlage begründet und in dem prinzipiellen Zweifel, wie eine kurzfristige Betäubung über die Wirkdauer des Lokalanästhetikums hinaus langfristige und dann auch noch positive Veränderungen haben soll, und das noch ohne Nebenwirkungen.

Anders als die Betäubung mit dem Lokalanästhetikum Lidocain führt die Gentamycintherapie ebenfalls zu einer Funktionsminderung im Gleichgewichtsorgan, dies aber gewollt und langfristig anhaltend. Dabei liegt es in der Entwicklungsgeschichte und Anatomie des Organes, dass das benachbarte Hörorgan zu mindestens mit betroffen sein kann. Zum Glück hat inzwischen die veränderte Technik der Gentamycingabe dazu geführt, dass die negativen Auswirkungen auf das Hören sich geringer auswirken als früher gesehen.

Nun ist es leider relativ häufig, dass Patienten bei Misserfolgen oder bei Kümernissen selten den Anwender selbst informieren, oder sie an ihrem Erleben mit Rückmeldungen teilhaben lassen, sondern zu anderen Behandlern gehen. Auch deswegen kommen nicht wenige Patienten nach einer erfolglosen Labyrinthanästhesie zu uns, ebenso wie wahrscheinlich von unserem Vorgehen enttäuschte Patienten woanders weiter suchen. Günstiger wäre es sicher, den Behandlern direktere Rückmeldungen zu geben, im eigenen Interesse und im Interesse der zukünftigen Behandelten.

In der Zusammenfassung bedeutet dies für die Labyrinthanästhesie:

- der Effekt ist mehr als fraglich,
- benötigt viel Zuversicht
- und kostet richtig viel privates Geld.

Wie -vielleicht -zu erwarten gewesen wäre, folgte die Antwort in **KIMM aktuell** 1/2010 http://www.kimm-ev.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/Bilder/Zeitschrift/KIMM_Titel_1_10.pdf&t=1286350385&hash=b24aa0cd6c7b64e454736a6a59656d3b

Von Seiten der bei mir anfragenden KIMM hätte mir gewünscht, dass ich zusammen mit dem Kommentar von Herrn Prof. Illberg hätte Stellung nehmen können.

Da es kaum im Interesse der KIMM liegen kann, die folgenden Hefte mit Antworten und Gegenantworten zu füllen, könnte es **für die Selbsthilfe** sinnvoll sein, eine Liste mit Expertenmeinungen zu erstellen, in dem die Argumente und Erfahrungen gegenübergestellt werden und vielleicht noch mit den der KIMM berichteten Erfahrungen der Mitglieder abgeglichen werden.

Da die Kosten für diesen Eingriff von den Krankenkassen dann nicht übernommen werden, wenn sie bei einem privaten Anbieter, und nicht – was durchaus möglich ist – bei einem HNO Arzt mit Kassensitz oder in einer Klinik, durchgeführt werden, gehört zu einer eigenverantwortlichen Entscheidung eines mündigen Patienten auch die Transparenz der Kosten. Hier werden für den Eingriff ca. 1000.- €, was im Vergleich mit ähnlichen Eingriffen doch eher großzügig kalkuliert erscheint. Würde man dabei - auch unter 2,3 fachem Ansatz der GOÄ, etwa auf ein Drittel kommen können.

So nun meine „**Stellungnahme zur Stellungnahme**“ von Prof. Illberg in Heft **KIMM aktuell** 1/2010 **S. 62** die ich lieber zusammen mit der vorangegangenen Stellungnahme abgedruckt gesehen hätte.

Ohne zu einem nun ständigen hin und her beitragen zu wollen, möchte ich auf die Einlassungen von Herrn Prof. Dr. von Illberg zu meiner Stellungnahme zur Lokalanästhesie bei M. Menière schon feststellen, dass es mir nicht darum geht, mich über die Vorgehensweise „abfällig“ zu äußern.

Sehr wohl muss es auch unter Ärzten möglich sein, auf Anfragen von Patienten und deren Selbsthilfe Gruppen wie der KIMM wahrheitsgemäß zu antworten, ohne dafür die Verpflichtung einzugehen, auf Veranstaltungen mit Herrn Illberg persönlich vorstellig zu werden. Wenn eine gemäßigte kritische Betrachtung als „abfällig“ empfunden wird, spricht das nicht von großer Sicherheit.

Jetzt könnte man viel im Detail hin und her argumentieren, wem welche Veröffentlichung bekannt ist und welche Schlussfolgerungen daraus gezogen werden dürfen. Meine habe ich ausführlich – mit Quellenangabe und immer kritischer Kommentierung auf dem Hintergrund meiner Erfahrungen in dem Buch zu Morbus Menière dargestellt:

H. Schaaf: Morbus Menière: Schwindel - Hörverlust - Tinnitus. Eine psychosomatisch orientierte Darstellung 6. akt. Ausgabe. Springer 2009

Rezension von Dr V. Kratzsch

Labyrinthanästhesie

Wieder im Gespräch ist die von Illberg in Frankfurt vertretene, zeitweise Ausschaltung des Labyrinths mit Procain oder Lidocain (Adunka 2003). Beides sind Lokalanästhetika (lokale Betäubungsmittel), deren Wirkung reversibler (wieder rückgängig machbar) ist als die der Aminoglykoside. Illberg und Gstoettner (2004) berichten, dass die Methode bei ca. 85% der Behandelten die Schwindelanfälle für Monate oder Jahre beseitigt oder wesentlich gebessert habe. Was für die Methode spricht ist, dass hierbei in keinem Fall eine Hörverschlechterung zu erwarten ist.

Es ist aber zu erwarten, dass sich mit der Erholung des Gleichgewichtsorgans auch die Schwindelanfälle wieder einstellen, da sich an der Funktionsfähigkeit der schwindelauslösenden Innenohrverhältnisse nichts geändert hat.

Vorteil ist allerdings, dass in der Zeit keine Maßnahme ergriffen wurde, die nicht wieder rückgängig zu machen ist. Für den Fall, dass ein therapeutischer Durchbruch gelingen sollte, haben diese Patienten dann wieder alle Karten in der Hand.

Dabei würde ich aber schon zu bedenken geben, dass es Vor- und Nachteile haben kann, mit einem (möglichen) Erwartungsschwindel zu leben oder eben ganz sicher zu sein, dass sich für einen solchen Eingriff mit dazu stimmigem Befund dann eine weitestgehende Schwindelfreiheit erreichen lässt.