

**Redaktion**

K. Seifert, Mühbrook  
 E. Biesinger, Traunstein

H. Schaaf · H. Holtmann  
 Psychotherapie, Tinnitusklinik Bad Arolsen

# Patientenführung bei Morbus Menière

## Klare Diagnose, meist schwindelerregende Perspektiven

**D**ie Menière-Krankheit wird als *“ätiologisch unklare, überwiegend (70%) einseitige Erkrankung des kochleovestibulären Organs mit den charakteristischen Symptomen: anfallsweiser, heftiger Drehschwindel (Minuten bis Stunden anhaltend), anfangs fluktuierendes Gehör, Tinnitus (meist tiefrequent) und Druckgefühl im betroffenen Ohr“* definiert [1]. Bei aller verbleibenden Unklarheit in der Pathogenese kommt Prosper Menière [15] das Verdienst zu, 1861 als erster die Symptomtrias als eigenständige Krankheit des Innenohrs erkannt zu haben. 1938 entdeckten Hallpike u. Cairns [5] sowie Yamakawa [27] die organische Endstrecke im „Endolymphatischen Hydrops“. Die Ursachen des Hydrops werden in einer verminderten Resorption der kaliumreichen Endolympe im Ductus endolymphaticus sowie vor allen Dingen im Sacculus endolymphaticus gesehen. Der Anfall selbst wird nach heutigen Erkenntnissen am überzeugendsten als jeweils akute Permeabilitätsstörung der Innenohrschranken interpretiert [9].

Im akuten Anfall erleben die Patienten – oft nicht wissend, was ihnen geschieht – auch Todesangst und Vernichtungsgefühle, sodass das akute Geschehen beim ersten Anfall auch als Infarkt missgedeutet werden kann. Auch die Abgrenzung zum – einmaligen – Vestibularisausfall kann beim erstmaligen Geschehen schwierig sein. Ab dem 2. Anfall bereitet das – nun rezidivierende – Geschehen für den HNO-Arzt diagnostisch kaum noch Schwierigkeiten. So führen die Krankengeschichte

und die neurootologischen Befunde in der Regel zur klaren Diagnose.

### Diagnosestellung und Therapieansätze nach HNO-Leitlinien

Bei der Diagnosestellung kann sich der HNO-Arzt nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde auf folgende, als „notwendig“ ausgewiesene Untersuchungen stützen:

- HNO-Status,
- Ohrmikroskopie,
- Hörprüfung (Stimmgabel, Audiogramm, Sprachaudiogramm, Recruitment),
- BERA,
- Gleichgewichtsuntersuchung (Frenzel-Brille: spontaner oder latenter Nystagmus, Lage- und Lagerungsnystagmus, vestibulospinale Prüfungen, thermische Prüfungen).

Im Einzelfall können nach ADANO [1] nützlich sein:

- Tympanometrie, Stapediusreflexmessung,
- Evozierte otoakustische Emission,
- Glyceroltest nach Klockhoff oder La-sixtest,
- Elektronystagmographie,
- Elektrokochleographie,
- Röntgen: Schüller,
- CT/MRT: Felsenbein, Schädel,

- Serologie: Viren (z. B. Herpes simplex Typ 1, HIV), Spirochäten (*Treponema pallidum*, Borrelien),
- Funktionsuntersuchung der HWS,
- Interdisziplinäre Untersuchungen (z. B. Neurologie).

Die konservative Therapie beinhaltet:

- Im akuten Anfall Bettruhe, milde Sedierung, Antiemetika, evtl. Antivertiginosa,
- Glukokortikoide,
- Infusionen mit z. B. Rheologika,



Abb. 1 ▲ Aus Schaaf, H (2000) M. Menière. Springer, Berlin Heidelberg New York, 3. Auflage, Abb. 12, S. 22

Tabelle 1

**Stadienspezifische Behandlungsstrategien des Morbus Menière. Nach Jahnke [9]**

Stadium	Symptome	Maßnahme	Therapieansatz
Akute Anfälle		Antiemetika i. v., oral, supp. Selbsthilfekarte Tüte, Mobiltelefon	Zentrale Dämpfung des innenohrbedingten Schwindels Erhöhte Patientenkompetenz bei jederzeit möglichen Anfällen
Stadium I	Fluktuierendes Hörvermögen, das sich nach dem Schwindelanfall vollständig normalisieren kann	Betahistine	Über eine vermehrte Durchblutung soll eine Besserung der Symptomatik erreicht werden
Stadium II	Schwindel und fluktuierendes Hörvermögen, das sich spontan bessert, aber nicht mehr normalisiert	Saccotomie	Durch die Erweiterung der oft verengten Verhältnisse am Saccus endolymphaticus hofft man auf einen besseren Fluss von Blut und Lymphe, sodass indirekt auch die Resorption der Lymphe verbessert wird [9]
Stadium III	Deutliche Hörminderung, ohne Fluktuation, weitere Schwindelanfälle	Labyrinthausschaltung mit Gentamycin Neurektomie zentral/peripher	Überwiegend (funktionelle) periphere Ausschaltung des Vestibularorgans Durchtrennung der Weiterleitung vom Labyrinth zum Gleichgewichtszentrum

- Bei anhaltendem Schwindel: Betahistin langfristig, evtl. orale Rheologika,
- Transtympanale medikamentöse Zerstörung der Sinnesendstellen des Vestibularorgans mit Gentamycin (chemische Labyrinthausschaltung).

Operationsindikationen können bestehen bei:

- mangelndem Ansprechen auf konservative Therapiemaßnahmen,
- invalidisierenden Schwindelanfällen (Saccotomie, Saccusdekompression, Vestibulotomie, Labyrinthektomie, Neurektomie des N. vestibularis).

Die konservative Behandlung wird ambulant als möglich erachtet. Bei ausgeprägtem Krankheitsverlauf mit starker vegetativer Reaktion wird eine stationäre Therapie ebenso empfohlen wie zur medikamentösen Labyrinthausschaltung und für alle operativen Eingriffe.

**Stadienorientierter Stufenplan nach Jahnke**

Der – nach dem Delphiverfahren als interaktive Umfragemethode mit kontrolliertem Feedback und Befragung einander unbekannter, anonymisierter Teilnehmer – erstellten Aufzählung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (von 1996; überprüft 2001) hatte Jahnke [9] 1994 einen „stadienorientierten“ Stu-

fenplan vorweggeschickt, der v. a. die organisch bedingten Schwindelanfälle sowie die Einschränkung des Hörvermögens berücksichtigt (Tabelle 1).

**Stadium 1 und 2.** Es werden kurzfristig Diuretika und langfristig Betahistine vorgeschlagen. Erstere sollen den Endolymphstau vermindern, Letztere werden vielfach in der Vorstellung eingesetzt, die Durchblutung zu verbessern. Dabei überschreiten die Erfolge – so muss man kritisch anmerken – nicht den Placeboeffekt. So fehlt auch für die Substanzgruppe der Betahistine bis heute eine Studie, die in einem dem Krankheitsbild und -verlauf angemessenen Studienaufbau gezeigt hätte, dass beim Menschen die Wirksamkeit des Betahistins über Placebo hinaus besteht [10, 24].

**Stadium 2b und 3.** Hier kommen weitergehende Eingriffe in Betracht. So lange noch ein Hörvermögen im Sprachbereich vorliegt, werden Eingriffe versucht, bei denen eine Erhaltung des Hörvermögens möglich ist. Chirurgisch wird die Saccotomie als weltweit häufigster Eingriff bei Morbus Menière in vielfältigen Variationen durchgeführt, in der Hoffnung, den endolymphatischen Sack zu entlasten. Aber auch hier überschreiten die Erfolge nicht den Placeboeffekt, dieser liegt allerdings bei 70% [26].

Beeinträchtigt in Stadium 3 der – innenohrbedingte! – Schwindel öfter als 2-mal

die Woche erheblich die Lebensqualität oder die Arbeitsfähigkeit und ist das Hörvermögen im Sprachbereich ausgefallen, kommen auch destruktive Maßnahmen in Betracht [9, 16]. Dazu gehört die transtympanale Gabe des ototoxischen Gentamycins, die auch schon in Stadium 2b durchgeführt wird [9, 14], oder die immer erst als letzte Maßnahme erwogene Neurektomie des N. vestibularis. Nachteile sind bei der Gentamycingabe die Gefährdung des Höranteils, bei der Neurektomie der neurochirurgische Eingriff.

**Subjektivität des Patienten**

Für Patienten stellt sich das – definitionsgemäß unvorhersehbare – meist heftige Drehschwindelgeschehen als ein regelrechtes Herausreißen aus der bis dahin selbstverständlich geglaubten Sicherheit ihres Gleichgewichtssystems dar. Zumindest beim ersten Anfall nicht wissend, was ihnen mit einer allein nicht beherrschbaren Heftigkeit geschieht, erleben sie dabei oft Todesangst und Vernichtungsgefühle. So bricht für viele Patienten mit Morbus Menière „eine Welt“ zusammen. Was bis dahin sicher geglaubt wurde, erweist sich als anfällig und – anders als beim einmaligen Vestibularisausfall – droht sich unabsehbar zu wiederholen.

Prosper Menière [15] selbst war es, der 1861 in seiner Schilderung anschaulich die sich kaum veränderten Nöte eines Patienten geschildert hat.

HNO 2005 · 53:889–894  
DOI 10.1007/s00106-005-1248-8  
© Springer Medizin Verlag 2005

H. Schaaf · H. Holtmann

### Patientenführung bei Morbus Menière. Klare Diagnose, meist schwindelerregende Perspektiven

#### Zusammenfassung

Die Menière-Krankheit ist durch attackenweise Drehschwindelanfälle gekennzeichnet, die mit einer meist einseitigen Innenohrschwerhörigkeit und Tinnitus einhergehen. Hinzukommen können psychogene Folgeerscheinungen bei wiederholten Schwindelattacken in Form eines sich entwickelnden reaktiv-psychogenen Schwindels, depressiven Verläufen und Angsterkrankungen. Während sich die Diagnose – insbesondere bei rezidivierenden Anfällen – meist gut sichern lässt, ist die Patientenführung ebenso schwierig wie der oft un-

vorsehbare Verlauf. Basis der Therapie des sehr wechselhaften Krankheitsbildes ist eine verlässliche therapeutische Arzt-Patienten-Beziehung, die durch eine über den HNO-Befund hinausgehende Kenntnis des Krankheitsbildes begründet sein und auf einem fundierten medizinischen Counseling aufbauen sollte.

#### Schlüsselwörter

Morbus Menière · Patientenführung · Psychogener Schwindel

### Management of the patient with Meniere's disease. Clear diagnosis but vertigo-provoking perspective

#### Abstract

Meniere's disease is characterised by recurrent attacks of vertigo, sensory hearing loss and tinnitus. Meniere's attacks can lead to additional bouts of dizziness. While diagnosis in recurrent spells is easily secured, managing the patients is as difficult as the often unclear development of this – mostly – progressive disease. The underlying principle for therapy of this frequently changing

disease is a reliable patient-physician relation, which should be based on extensive knowledge of the disease and not only include ENT findings but also broad medical counselling.

#### Keywords

Meniere's disease · Counselling · Psychogenic dizziness

„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 dann 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 ... 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“ [15].

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 Klingeln 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 Klingeln da, und ich sinke der Länge nach hin“ [4].

– „Bei meinen großen Anfällen“ – so ein Patient – „drehte sich – aus Alpträumen erwachend – das ganze Zimmer um mich herum, 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 auch noch gewusst hätte, welches der sich drehenden Fenster das richtige war. Oft genug habe ich mir gewünscht, Bewusstlosigkeit wäre eingetreten.“

#### Reaktiv psychogener Schwindel

Beim wiederholten Schwindelgeschehen, sich seiner selbst nicht mehr sicher, ohne festen Stand, besteht die Gefahr, aus der

Bahn geworfen zu werden. Das hat Auswirkungen auf das Zusammenleben mit dem Partner und dem Freundes- und Bekanntenkreis [18] und auf viele sonst selbstverständliche Dinge des Alltags. Dazu kommen der Verlust der Fahr- und oft auch der Berufssicherheit [6, 13].

Die Wirkung auf die Außenwelt ist oft zweigespalten unrealistisch und für die Betroffenen meist wenig hilfreich: Im Anfall glauben Außenstehende eher, einen Alkoholkranken, denn einen ernsthaften Notfall vor sich zu haben. In der anfallsfreien Zeit erscheinen die Betroffenen zu gesund, als dass die Schwere der Belastung ernst genommen werden kann. Häufige Folgen sind Angst- und Depressionserkrankungen, die allein schon reaktive Schwindelgefühle aufrechterhalten oder selbst hervorbringen können.

Über die reinen Anfälle hinaus kann sich dann ein „ständiges“ Schwindelgefühl in Form eines meist reaktiven „psychogenen Schwindels“ bemerkbar machen [21]. Was für den Experten oft schnell als (meist klassischer) Konditionierungsvorgang erkannt werden kann, bleibt für die Betroffenen meist unverstanden, Angst verstärkend und somatisch erlebt. So sind es in aller Regel die beim organisch bedingten Schwindel erlebten *vegetativen Begleitreaktionen* und die oft heftigen Gefühle von Unsicherheit, Angst und Panik, die als Modell der nachfolgenden Symptombildung dienen [3].

Das Phänomen der Reizgeneralisierung stellt einen weiteren Mechanismus dar, der für die Ausweitung psychophysiologischer Störungen in Frage kommt und sich selbst dann verfestigen kann, wenn das Gleichgewichtsorgan durch die Erkrankung selbst oder durch therapeutische Ausschaltung seine Funktion längst verloren hat.

Die Patienten schildern dies wie folgt: 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“.

Dem Untersucher fällt aber auf, dass der für die innenohrbedingte Menière-Attacke typische Nystagmus sowie Auffälligkeiten in der Vestibularisprüfung fehlen.

Differenzialdiagnostisch gilt dabei grob, dass jeder Dauerschwindel ohne

Nachweis einer Gangstörung oder Hirnnervenbeeinträchtigung *am ehesten* psychisch zu erklären ist, da nahezu alle organisch bedingten Schädigungen mit Schwindel meist nach wenigen Wochen kompensiert werden. Je vielfältiger und diffuser die Beschwerden erlebt und geschildert werden, desto eher liegt ein psychogener Schwindel vor. Voraussetzung ist, dass – zumindest mit der Frenzel-Brille – kein pathologischer Nystagmus festgestellt werden kann.

Insgesamt hängen das Ausmaß und die Art des Krankheitserlebens nicht nur von der Anzahl und Dauer der Menière-Attacken ab, sondern wesentlich auch von den Bewältigungsmöglichkeiten der Betroffenen.

So gibt es:

- Menière-Kranke, die einen Anfall gut kompensieren können und wieder schnell auf die Beine kommen,
- Menière-Kranke, die noch lange danach verzweifelt sind und das Ereignis depressiv nacherleben,
- Menière-Kranke, die angstbesetzt dem nächsten Anfall entgegenbangen und bei denen die psychogene Angst- und Schwindelkomponente zum entscheidenden Anteil der Menière-Erkrankung wird.

Wir untersuchten 96 Menière-Patienten, die sich stationär in unsere Behandlung begaben [21]. Bei 57 Patienten (59%) fanden sich reaktiv psychogene Schwindelanteile. Diese litten mehr, länger und schwerwiegender unter dem psychogenen Schwindel als unter den – relativ seltenen – innenohrbedingten Drehschwindelattacken.

### Interaktion mit dem Arzt

Kann der Arzt keine sichere Vorstellung von dem, was auf ihn zukommt, entwickeln, droht ihm, *mit* dem Patienten selbst zumindest unsicher zu bleiben. Leider bleiben beim Morbus Menière immer noch entscheidende Aspekte unklar, was das japanische Gesundheitsministerium 1974 veranlasste, den Morbus Menière auf die Liste der insgesamt 43 schwer behandelbaren Krankheiten zu setzen, deren Ursprung unklar und deren Behandlung nicht etabliert ist. Obwohl daraus ein gro-

ßer Forschungsauftrag erwuchs [11], konnte es nicht gelingen, kurative Ansätze und prognostische Gewissheit zu finden. Weiter kann sich beim Morbus Menière der organische „klare“ Schwindel mit psychogenen Schwindelformen – oft schwer unterscheidbar – vermischen. Dann sind sich auch Ärzte nur selten sicher und können sich manchmal sogar „beschwindelt“ fühlen.

Dies löst verständlicherweise beim Behandler Abwehr und viele verschiedene, oft ambivalente Gefühle von Beschützerimpulsen über Unsicherheit und Hilflosigkeit bis hin zu aggressiven Impulsen aus, die zwar der eigenen Stabilität, nicht unbedingt aber der des Patienten dienen.

Gleichzeitig spüren die Behandler die Erwartungshaltung und den Druck der Patienten, auf jeden Fall „etwas“ zu tun. Dies beinhaltet auf der Beziehungsebene *auch* einen – meist unausgesprochenen – Appell des Patienten an den Therapeuten, ihn zu halten und ihm die fehlende Sicherheit zu geben, die er in seinem Schwindelerleben nicht haben kann. Dieser Druck kann als so groß empfunden werden, dass der Arzt versucht, mit seinen Mitteln zu helfen, um nichts ungetan zu lassen, obwohl im eigenen Fachgebiet nichts gefunden werden konnte und die Mittel seines Fachgebiets auch nicht die geeigneten sind. Nicht immer abgesehen wird dabei, dass eine enttäuschte Hoffnung auch eine ernsthafte Nebenwirkung sein kann.

Manchmal wäre ein „neurologischer“ Blickwinkel wünschenswert, aus dem das Schwindelgeschehen im Vergleich zu den zentralen Schwindelformen

- als „peripher“ angesehen werden darf,
- als „intermittierend“ gilt und
- bei dem das Hörvermögen und der Tinnitus nicht ins Fachgebiet fallen.

Unterdessen bleiben die Unsicherheit und Angst des Patienten vom letzten Anfall und vor allen Dingen vor dem nächsten Mal, was nicht selten auch den Behandler ergreift, der weiß, dass seine „konservativen Maßnahmen“ nicht wirklich ursächlich „greifen können“. Dies könnte auch erklären, wieso eine Medikamentengruppe ohne Wirknachweis wie die Betahistine und eine Operationsform ohne Be-

handlungsrational wie die Saccotomie immer wieder eingesetzt werden. So sind viele Behandler froh, dass sie dem verzweifelten Patienten mit so viel – meist „plakativ“ – Sicherheit im Rücken („bei Schwindel ... unser Betahistinpräparat“) ein Medikament in die Hand drücken können, das zumindest keine ernsthaften organischen Schäden zu zeigen scheint. Das ist verständlich, aber nicht rational und zudem teuer [7].

## Gute neurootologische Beratung als Basis

Anders als zu Zeiten Menières und Luthers ist es heute meistens möglich, bei klarer Diagnose den akuten Drehschwindelanfall mit Antiemetika symptomatisch zu kupieren.

Auf der Grundlage einer guten Aufklärung können – dazu geeignete – Patienten schon prophylaktisch so weit vorbereitet werden, dass sie sich selbst effektiv auf einen „jederzeit“ möglichen Anfall vorbereiten können. Antiemetika als Suppositorien sind meist genauso schnell wirksam, wie ein Notarzt eintreffen kann. Bei nicht-suchtgefährdeten Patienten kann man etwa Tavor expidet als sublingual schnell resorbierbares und hochwirksames Diazepam für den Bedarfsfall verordnen. Dies ist aber kontraindiziert, wenn Patienten „unaufgeklärt“ oder unfähig sind, zwischen Angst und Morbus Menière zu unterscheiden und das Medikament schon bei einem Anflug von Schwindel nehmen.

So ist es für die Medikation und den weiteren therapeutischen Verlauf wichtig, dass die Betroffenen lernen, wie sich der psychogene Schwindel von einem innenohrbedingten Schwindel, aber auch von anderen hinzugekommenen Schwindelformen (etwa kardial bedingte Schwindelformen, Lagerungsschwindel usw.) unterscheidet. Dazu kann als Anleitung vermittelt werden, sich *vor* dem Schwindelerignis einen sicher unverrückbaren Punkt (Türrahmen) auszusuchen. Dann können die Betroffenen überprüfen, ob sich – wie beim innenohrbedingten Anfall – die Welt um einen herum bewegt, oder – wie beim psychogenen Schwindel – sich der Gegenstand mit dem Blick „festhalten“ lässt [19].

Ein weiteres selbstständig durchführbares Unterscheidungskriterium ist die

Aufforderung, bei Schwindel aufzustehen, fest aufzustampfen und zu überprüfen, ob sich mit Geh- und Tretversuchen Standfestigkeit erlangen lässt und ob dabei der Schwindel im Kopf nachlässt.

Damit kann auch ganz praktisch der sich meist unbewusst vollziehenden psychogenen Ausweitung des Schwindelerlebens entgegengewirkt werden.

Bei der psychogenen Komponente zeigt schon die Aufklärung über das mögliche Wirkgeschehen, auch hinsichtlich der Konditionierungsvorgänge und der Reizgeneralisierung, Angst reduzierende Effekte. Ungünstig und demotivierend wären hingegen verbal oder nonverbal (!) vermittelte Botschaften wie: „Stellen Sie sich nicht so an!“.

## Etablierte Therapien – organisch und psychosomatisch

Wenn der organisch bedingte Schwindel das Leben und die Berufsfähigkeit relevant in Frage stellt, kann er meist definitiv ausgeschaltet werden. Der Preis dafür ist hoch und kann der (vorzeitige iatrogene) Verlust des Hörvermögens sein. Dabei hängt die Entscheidung z. B. für eine Behandlung mit intratympanalen Gentamycingaben mit (zumindest) der Gefährdung der Labyrinthfunktion oder gar der definitiven Ausschaltung des Innenohrs von vielen, jeweils abzuwägenden Faktoren ab [2]. So wird man einem Patienten mit *de facto* Taubheit und vielen Schwindelanfällen eher ein „definitives“ Vorgehen vorschlagen als bei noch so heftigen Schwindelanfällen bei einem guten Gehör, selbst wenn man der Hoffnung von Lange et al. [14] glauben mag, dass sich die Ototo-

xizität des Gentamycins bei korrekter Applikation nicht auf die kochleare Funktion auswirken soll. Soll oder muss die Erwerbsfähigkeit erhalten bleiben, ist der Druck für eine sichere, aber Innenohr gefährdende Lösung höher als bei Patienten, die schon im Ruhestand sind und glauben, ihre Anfälle verkraften zu können.

Wenig – oder möglicherweise gar nicht – beeinflussbar ist der meist voranschreitende Hörverlust. Eine einseitige Schwerhörigkeit kann zwar häufig „alltagstauglich“ kompensiert werden, führt aber in der Regel zum Verlust des Richtungshörens. Hier können apparative Hilfen vom – auf den Tieftonverlust eingestellten – Hörgerät [8] über eine CROS-Versorgung bis ggf. zum Kochleaimplantat bei dem sehr seltenen beidseitigen Verlauf mit Taubheit deutliche Besserungen erbringen.

Behandelt werden kann das Leiden an dem für Schwindelpatienten meist nicht so quälend empfundenen Tinnitus [12, 20].

Therapierbar sind auch Angst- und Depressionsentwicklungen, ebenso wie der reaktiv psychogene Schwindel. Hier sollten verantwortliche Psychotherapeuten hinzugezogen werden, die bei diesem Krankheitsbild auf die Unterstützung des HNO-Arztes bauen [23]. Antidepressiva können zusätzlich durchaus sinnvoll sein [25]. Sie sollten vom ärztlichen Psychotherapeuten oder Psychiater der speziellen Situation angepasst werden. Wegen ihres Suchtpotenzials muss – abgesehen von der Notfallbehandlung – von Sedativa und Tranquillizern dringend abgeraten werden.

So ist in allen Stadien des Morbus Menière – schon 1991 von Paparella [17] nachdrücklich ausgeführt – eine verlässliche und sichere Begleitung in diesem Schwin-

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

del erregenden Krankheitsbild wichtig, um den jeweils richtigen Schritt einschätzen und durchführen zu können.

Aus der inzwischen über 10-jährigen, überwiegend psychosomatisch bestimmten Erfahrung der stationären Behandlung und dem oben Ausgeführten erscheint ein offener Umgang mit Morbus-Menièr-Patienten günstiger als ein sorgenvolles Nichtansprechen. Der Morbus Menière ist keine Todes- oder Vernichtungsdiagnose, sondern trotz allen – meist einseitigen – Funktionsausfällen gutartig und keine Krankheit des Zentralnervensystems wie etwa ein „Schlaganfall“.

Ungünstig und glücklicherweise auch unberechtigt ist, bei rein cochlearen Endo-lymphschwankungen ohne Schwindel einen „beginnenden“ Morbus Menière zu vermuten [22, 28]. Sonst besteht die Gefahr, dass (zu) viele dieser Patienten aus der Angst heraus und in Erwartung eines Menière-Geschehens einen psychogenen Schwindel entwickeln.

Günstig hingegen ist meist die Einbeziehung der Selbsthilfegruppen, zu denen über die Deutsche Tinnitusliga (<http://tinnitus-liga.de>) und die K.I.M.M. (<http://kimm-ev.de>) Kontakt aufgenommen werden kann.

## Hilfe für den HNO-Arzt

Für eine sichere Haltung ist ein Grundverständnis psychischer Wirkmechanismen und deren Reflexion nützlich. Hilfreich für Ärzte können dabei so genannte Balint-Gruppen sein, in denen fallzentriert auch die eigene emotionale Komponente der Begegnung mit den Patienten gespiegelt wird. Über ein darin geübtes psychosomatisches Verständnis wird es dann auch möglich, sich selbst nicht „beschwindelt“ zu fühlen, wenn der Patient den – für Außenstehende offensichtlichen – Sachverhalt noch nicht verstehen oder gar umsetzen kann.

Eine stationäre psychosomatische Mit- oder Weiterbehandlung kann helfen, wenn die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Dies kann insbesondere bei bedeutenden psychogenen Anteilen, depressiven Entwicklungen und Angsterkrankungen der Fall sein.

## Fazit für die Praxis

**Der Umgang mit Morbus-Menièr-Patienten stellt für den HNO-Arzt nach wie vor eine Herausforderung dar. Günstig bei dieser wiederholt anfallsartigen Schwindelerkrankung sind eine verlässliche Begleitung und Betreuung des Patienten, insbesondere zur Prophylaxe des sich oft reaktiv einstellenden psychogenen Schwindels. Der HNO-Arzt ist der erste Ansprechpartner, der den organischen Anteil der Erkrankung sicher beurteilen kann. Bei den Therapieansätzen müssen zu den HNO-Befunden sowohl die Patientenstruktur als auch die Sozial- und Arbeitsbedingungen des Patienten berücksichtigt werden.**

## Korrespondierender Autor

**Dr. H. Schaaf**

Psychotherapie, Tinnitusklinik,  
Große Allee 3, 34454 Bad Arolsen  
E-Mail: HSchaaf@tinnitus-klinik.de

**Interessenkonflikt:** Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen.

## Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Audiologen und Neurootologen (ADANO) (1996) Leitlinie Tinnitus. <http://www.hno.org/leit.htm>
2. Arnold W (2001) Die Qual der Wahl bei der Behandlung des Morbus Menière. HNO 49: 163–165
3. Eckhardt-Henn A, Breuer P, Thomalske C, Hoffmann SO, Hopf HC (2003) Anxiety disorders and other psychiatric subgroups in patients complaining of dizziness. J Anxiety Disord 17: 369–388
4. Feldmann H, Lennarz H, Wedel H von (1998) Tinnitus, 2. Aufl. Thieme, Stuttgart New York, S 28
5. Hallpike CS, Cairns H (1938) Observations on the pathology of Menière's syndrome. Laryngorhinotologie 53: 625–655
6. Hamann KF (2002) Fahrtüchtigkeit bei vestibulären Läsionen. HNO 50: 1086–1088
7. Hesse G, Rienhoff NK (1999) Medikamentenkosten bei Patienten mit chronischem Tinnitus. HNO 47: 658–660
8. Hesse G, Schaaf H, Kolbe U, Brehmer D, Andres R (2000) Prescription of hearing aids for Menière patients. In: Sterkers O, Ferrary E, Daumann R, Sauvage JP, Tran Ba Huy R (eds) Menière's disease 1999 – update. Kugler Publications, The Hague, pp 681–683
9. Jahnke K (1994) Stadiengerechte Therapie der Menièreschen Krankheit. Dtsch Arztebl 91: A428–434
10. James A, Burton MJ (2001) Betahistine for Menière's disease syndrome. Cochrane Database Syst Rev, CD001873
11. Kitahara M (ed) (1990) Menière's disease. Springer, Berlin Heidelberg New York
12. Kolbe U (2000) Analyse zu Kardinalsymptomen im Langzeitverlauf des Morbus Menière. Vertigo, Schwerhörigkeit, Tinnitus. Med. Dissertation, Universität Herdecke
13. Kratzsch V, Schaaf H (2004) Fahrtauglichkeit bei Morbus Menière. Die Problematik für Arzt und Patient. Tinnitus Forum 3: 46–60
14. Lange G, Mann W, Maurer J (2004) Intratympanale Intervalltherapie des Morbus Menière mit Gentamicin unter Erhalt der Cochleafunktion. HNO 52: 898–902
15. Menière P (1861) Mémoire sur les lésions de l'oreille interne donnant lieu à des symptômes de congestion cérébrale apoplectiforme. Gaz Med Paris 186: 597–601
16. Morgenstern C (1994) Morbus Menière. In: Naudmann HH (Hrsg) Oto-Rhino-Laryngologie in Klinik und Praxis, Bd 1: Ohr. Thieme, Stuttgart New York, S 768–775
17. Paparella MM (1991) Methods of diagnosis and treatment of Menière's disease. Acta Otolaryngol [Suppl] 485: 108–119
18. Praetorius C (1997) Krankheits erleben und Bewältigungsformen bei Morbus Menière-Patienten, 2. Aufl. Neuthor, Michelstadt, S 121
19. Schaaf H (2004) M. Menière. Ein psychosomatisch orientierter Leitfaden, 4. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 222
20. Schaaf H, Holtmann H (2002) Psychotherapie bei Tinnitus. Schattauer, Stuttgart New York, S 141
21. Schaaf H, Holtmann H, Hesse G, Kolbe U, Brehmer D (1999) Der (reaktive) psychogene Schwindel – eine wichtige Teilkomponente bei wiederholten M. Menière-Anfällen. HNO 47: 924–932
22. Schaaf H, Seling B, Rienhoff NK, Laubert A, Nelting M, Hesse G (2001) Sind rezidivierende Tiefton-Hörverluste ohne Schwindel – die Vorstufe eines M. Menière? HNO 49: 543–547, <http://www.drhsc-haaf.de/HNOendo.htm>
23. Schaaf H, Hesse G, Nelting M (2002) Die Zusammenarbeit im TRT-Team. Möglichkeiten und Gefahren. HNO 50: 572–577
24. Schmälf F, Stoll W (2003) Medikamentöse Schwindeltherapie. Laryngorhinotologie 82: 44–66
25. Seling B (2005) Vorgehen und Behandlungsmaßnahmen bei psychiatrischer Co-Morbidität. In: Biesinger E (2005) HNO-Praxis heute, Bd 25, Schwerpunktthema: „Tinnitus im ambulanten Bereich“. Springer, Berlin Heidelberg New York, im Druck
26. Thomsen J, Bretlau P, Tos M, Johnson NJ (1981) Placebo effect in the surgery of Menière's disease – a double blind, placebo-controlled study on endolymphatic sac surgery. Arch Otolaryngol 107: 271–277
27. Yamakawa K (1938) Über pathologische Veränderungen bei einem Menière Kranken. J Otolaryngol Soc Jpn 4: 2310–2312
28. Yamasoba T, Kikuchi S, Sugawara M, Yagi M, Harada T (1994) Acute low-tone sensorineural hearing loss without vertigo. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 120: 532–535