

**Dr. Helmut Schaaf**

Ltd. Oberarzt der Tinnitus Klinik Dr. Hesse Arolsen,  
Leiter des Gleichgewichtsinstitutes Hesse(n) im Krankenhaus Arolsen,  
Große Allee 50, 34454 Arolsen Telefon: 05691/800 330 / [www.tinnitus-klinik.net](http://www.tinnitus-klinik.net)  
[HSchaaf@tinnitus-klinik.net](mailto:HSchaaf@tinnitus-klinik.net) / [www.drhschaaf.de](http://www.drhschaaf.de)

**Der M. Menière Erkrankte – und seine Interaktion mit dem HNO-Arzt****Einleitung**

M. Menière Patienten können HNO-Ärzte vor diagnostische und therapeutische Herausforderungen stellen, die die Interaktion mit dem Patienten erschweren. Die bislang nicht sicher geklärte Ätiologie, Pathogenese und Pathophysiologie des Morbus Menière (Plontke und Gürkov 2015, Westhofen 2009, Jahnke 1994) bereitet in der Abgrenzung zu anderen Erkrankungen oft Schwierigkeiten und führt zu komplexen Problemen bei der Interaktion mit den Patienten. Die Therapie ist symptomorientiert und nicht kausal. Das führt im günstigen Fall zu einem gelingenden Umgang mit der Erkrankung. Im ungünstigen Fall weitet sich häufig, aber nicht zwangsläufig, das Leiden der Patienten aus, wenn – trotz des meist einseitigen, aber progredienten Hörverlustes - die Angst vor dem nächsten Schwindel im Vordergrund steht. Dabei entwickelt sich überhäufig eine behandlungsrelevante, meist reaktive Angst- und Depressionskomponente, die Betroffene oft nicht von organischem Schwindel unterscheiden können.

Sowohl der unsichere Verlauf als auch die Ausweitung um die psychogene Komponente kann die Arzt-Patienten-Beziehung belasten.

Dieser Beitrag soll – nach einer kurzen Übersicht über das Krankheitsbild dazu beitragen, die subjektive Seite für den Patienten und die Interaktion zwischen Arzt und Patienten zu beleuchten sowie Möglichkeiten für einen gelingenden Umgang aufzeigen.

**Kasten: Was ist organisch beim M. Menière gesichert**

Der M. Menière ist definiert als eine Innenohrerkrankung mit einem Endolymphhydrops mit

- wiederholten (mindestens zwei) attackenweisen Drehschwindelanfällen
- von mindesten 20 Minuten Dauer (Barany Konsens und AAO)
- einer meist einseitigen, schwankenden, aber im Zeitverlauf fortschreitenden Innenohrschwerhörigkeit
- einem – typischerweise tieffrequenten - Tinnitus

(Committee on Hearing and Equilibrium (1995)  
Barany Society (Lopez et al 2015)

**Unsicherheit in der Diagnose:**

Bei Gleichgewichtsstörungen ist der HNO - Arzt für die Diagnostik und Therapie der vestibulären Schwindelformen zuständig. Die meisten der peripher vestibulären Schwindelformen sind eindeutig diagnostizierbar und in der Regel gut therapierbar. Beim M. Menière kann schon die Diagnosestellung mit Unsicherheiten behaftet sein. Einerseits muss die Symptomtrias Schwindel, Hörverlust und Tinnitus beim M. Menière definitionsgemäß – insbesondere in Abgrenzung zur vestibulären Migräne - mit einem

Endolymphhydrops einhergehen. Andererseits kann dieser nur indirekt und meist erst im Verlauf gesichert werden – wenn nicht die nur begrenzt vorhandene Möglichkeit einer Darstellung im MRT nach Gadolinium-Gabe besteht.

In einer Studie aus Finnland, zeigte sich, dass die Anzahl der Befragten, die Schwindel und zusätzlich eine Hörstörung und Tinnitus angaben, 14-mal höher war als die Anzahl der tatsächlichen Menière-Fälle (Havia, Kentala, Pyykkö 2005)

Gleichzeitig besteht Konsens, „*dass der endolymphatische Hydrops ... nicht alleinige Ursache für die attackenweise progrediente Funktionsminderung der Cochlea und des Labyrinths*“ ist (Westhofen 2009).

So werden Hydropsereignisse auch ohne Schwindelattacken beobachtet, und nicht alle attackenweise auftretenden progredienten Funktionseinschränkungen des Innenohrs gehen mit Hydropsereignissen einher.

„*Der Zusammenhang zwischen elektrochemischen, morphologischen und funktionellen Veränderungen und die Fragen, welche der Veränderungen Ursachen und welche Folgen sind, bzw. ob der Hydrops die Ursache für die Erzeugung der typischen Symptome oder nur ein Epiphänomen ist, sind bisher ungeklärt*“ (Plontke und Gürkov 2015).

#### **Kasten: Wichtige Differential - Diagnosen:**

Vestibuläre Migräne

Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (BPLS) (bei gleichzeitiger Schwerhörigkeit und Tinnitus)

Schwankendes Hörvermögen mit Tieftontinnitus – ohne Schwindel - als Variante des „ M. Menière

Rezidivierende periphere Vestibulopathie – ohne Hörminderung – als Variante des M. Menière

Otosklerose mit begleitendem Schwindel

Bogengangsdehiszenzsyndrom

Orthostatische Schwindelformen und Schwerhörigkeit mit Tinnituswahrnehmung

Primär psychogene Schwindelformen

#### **Unsicherheit im Verlauf – meist mit Zunahme der psychischen Komponente**

Beim M. Menière ändert sich meist der Charakter der Schwindelerscheinungen und –empfindungen im Verlauf der über Jahre anhaltenden Erkrankung. „Am Ende“ kann die Entwicklung der Erkrankung zu den Symptomen eines kompletten - habituierten oder nicht habituierten - einseitigen Vestibularisausfalles und einer - meist bedeutenden - Schwerhörigkeit führen. Manchmal kommen sog. Tumarkinschen Drops mit plötzlichem Hinstürzen aus völligem Wohlbefinden ohne jedes Vorwarnzeichen hinzu.

#### **Der reaktive psychogene (somatoformer) Schwindel**

Über die organisch bedingten Schwindelattacken (mit erkennbaren Nystagmen) hinaus kann sich im Verlauf der Erkrankung ein "ständiges", anhaltendes Unsicherheits- und Schwindelgefühl bemerkbar machen. Dies wird - je nach Autor - als reaktiv "psychogen" (Schaaf et al 1999, Schaaf, Haid 2003) sekundär somatoform (Eckhardt-Henn 2009) oder sekundär phobischer Attacken- Schwindel (Brandt & Dietrich 1986) eingeordnet.

Die Patienten schildern dies oft 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“ - ohne die typischen Nystagmen und ohne Auffälligkeiten in der Vestibularisprüfung.

**Kasten: Wichtige Differential – Diagnosen im Verlauf eines Menièreschen Leidens**

Reaktiv psychogene Schwindelformen

Der benigne paroxysmale Lagerungsschwindel (BPLS) (Taura et al (2014):  
ein Drittel der Schwindelattacken sind im Laufe eines Menièreschen Leidens  
am ehesten durch einen gutartigen Lagerungsschwindel bedingt

Vermischung mit Vestibulärer Migräne

**Doppelte Hemmung**

Das häufigste Gefühl, das eine Schwindelattacke begleitet, ist Angst. Diese – und die dabei induzierte zusätzliche Hemmung des vestibulären Systems - können im Anfall sinnvoll sein, sie sind aber auch eine der wichtigsten Hemmnisse auf dem Weg der Wiedergewinnung und Neujustierung des – bei M. Menière zunehmend eingeschränkten – Gleichgewichtes (Staab 2012). Staab spricht von einer doppelten Hemmung bei ausbleibender Rückanpassung mit der Folge eines anhaltenden Schwindelgefühls (Staab 2006 u. 2012)

Eckhardt-Henn et al. (2009) konnten in einer prospektiven Längsschnittstudie zeigen, dass eine vorbestehende psychische Erkrankung wesentlich zur Entwicklung eines reaktiv psychogenen Schwindels beiträgt.

**Kasten: Konkrete Ängste bei M. Menière Erkrankten (Wirth 2000)**

„Was werden die Leute von mir denken, wenn ich so schwanke?“

„Vielleicht muss ich jetzt sterben!“

„Ich habe das Gefühl, in meinem Kopf ist etwas kaputt gegangen!“

„Bestimmt falle ich gleich hin und werde mich verletzen!“

„Ich kann es nicht mehr aushalten mit diesem Schwindel!“

„Der Schwindel hört nie auf!“

„Diesen Schwindelanfall überstehe ich nicht!“

„Ich werde aus der Bahn geworfen!“

„Mir wird der Boden unter den Füßen weggezogen!“

„Ich verliere den Halt in der Welt!“

**Kontrolleinschränkung und erlebte Hilflosigkeit**

Das Gefühl des Kontrollverlustes und der Handlungsfähigkeit, kann sich im Verlauf der Erkrankung deutlich verändern bis hin zur erlebten Hilflosigkeit. Im ungünstigen Fall entwickelt sich daraus eine Haltung, bei der die Menière-Patienten glauben, ganz vom Arzt oder „der Medizin“ abhängig zu sein oder einem unbekanntem Schicksal auf Wohl und Wehe ausgeliefert zu sein (Eckhardt-Henn 2009).

Dies kann sich dann in ebenso verständlichen, wie für die ärztliche Erwartungshaltung wenig hilfreichen Darstellungen niederschlagen, dass Menière-Patienten in einer (1) „*quality of well-being scale*“ zwischen Alzheimer-Patienten und AIDS- und Krebspatienten 6 Tage vor dem Tod rangieren [Anderson et al 2001], woran deutlich wird, dass der Morbus Menière eine der am stärksten beeinträchtigenden nichtletalen Erkrankungen ist (Plontke und Gürkov 2015).

Die Überzeugung, die Krankheit in den Griff zu bekommen und Einfluss auf den Verlauf nehmen zu können, hängt dabei von der kompetenten therapeutischen Hilfestellung ab.

So hängt das Ausmaß und die Art des Krankheitserlebens nicht nur von der Anzahl und Dauer der Menière-Attacken ab, sondern wesentlich auch von der professionellen Unterstützung und den Bewältigungsmöglichkeiten der Betroffenen. Daher ist auch die psychische Komorbidität nicht bei allen Patienten mit Morbus Menière gleichmäßig ausgeprägt. Cluster Analysen zu Krankheitsvorstellungen ergaben, dass manche wie eine gesunde Gruppe reagieren, während andere sehr auffällige Werte zeigen (Savastano 1996).

Tyrrell et al (2015) fanden bei Morbus Menière Patienten – im Durchschnitt –ein deutlich erhöhtes Vorkommen und eine längere Dauer von Depressionen, Müdigkeit, Anspannung und Niedergeschlagenheit als in der Kontrollgruppe. In anderen Aspekten des Lebens wie genereller Fröhlichkeit, Arbeit, Familie, Freunde und finanziellen Aspekten unterschieden sich die Menière Patienten hingegen nicht von der Kontrollgruppe.

Auch schnitten Patienten mit einer länger bestehenden Morbus Menière Symptomatik deutlich besser ab, als die mit einer erst seit kurzem bestehenden Problematik. Dies weist in der Längsschnittkorrelation darauf hin, dass es Adaptationsstrategien geben könnte, die Langzeitbetroffenen helfen, die Krankheit besser zu verarbeiten und die überaus verständlichen seelischen Beeinträchtigungen deutlich zu mindern. Die Autoren vermuten eine vermehrte soziale Unterstützung und soziale Interaktion, die dazu beitragen könnte, dass trotz der Symptomatik ein befriedigender Umgang mit dem Leben ermöglicht wird.

Von 96 Menière - Patienten fanden sich bei 57 Patienten (59 Prozent) reaktiv psychogene Schwindelanteile, wobei diese von den Patienten nicht oder nur unzureichend von den deutlich selteneren innenohrbedingten Schwindelanfällen unterschieden werden konnten(Schaaf et al 1999). Diese Patienten litten mehr, länger und schwerwiegender unter dem psychogenen Schwindel als unter den – relativ seltenen - innenohrbedingten Drehschwindelattacken.

So gibt es:

- Menière-Kranke, die einen Anfall gut kompensieren können
- Menière-Kranke, die noch lange nach einem Anfall verzweifelt bleiben und diesen depressiv nacherleben
- Menière-Kranke, die angstbesetzt dem nächsten Anfall entgegen bangen, bei denen daher die psychogene Angst- und Schwindelkomponente zum entscheidenden Anteil der Erkrankung wird.

## Die Interaktion mit einem Menière-Patienten

### Die Ausgangslage des Arztes

Die ätiologische Unklarheit und die Unvorhersehbarkeit des Verlaufs der Erkrankung bedingen für Arzt und Patient ein kommunikatives und emotionales Spannungsfeld. Dies kann beim Behandler Abwehr und viele verschiedene, oft ambivalente Gefühle von Beschützerimpulsen über Unsicherheit und Hilflosigkeit bis hin zu aggressiven Impulsen auslösen („Gehen Sie woanders hin, zum Spezialisten oder zum Psychotherapeuten). Die kann dem verständlichen Selbstschutz dienen, aber labilisierend für den Patienten wirken.

Gleichzeitig spüren die Behandler die Erwartungshaltung und den Druck der Patienten, auf jeden Fall „etwas“ zu tun. Dies beinhaltet auf der Beziehungsebene einen – meist unausgesprochenen - Appell des Patienten an den Arzt, ihm die fehlende Sicherheit zu geben, die er in seinem Schwindelerleben nicht selbst erreichen kann. Dieser Druck kann so groß empfunden werden, dass der Arzt versucht, mit den ihm bekannten und zur Verfügung stehenden Mitteln zu helfen, obwohl diese für das konkrete Schwindelerleben nicht geeignet sind.

Dies erklärt, wieso eine Medikamentengruppe ohne Evidenz wie die Betahistine und die von der derzeitigen Leitlinie als „obsolet“ eingestufte Saccotomie, dennoch immer wieder eingesetzt werden. Das ist verständlich, aber nicht rational. Darüber hinaus ist zu beachten, dass auch enttäuschte Hoffnungen eine ernsthafte Nebenwirkung sein oder bewirken können.

Die Gefahr besteht, dass - im besten Bemühen und mit sicher gut gemeinter Absicht - bei Ausbleiben des Erfolgs (in der Logik des HNO Vorgehens) gesteigert weiter operiert und ausgeschaltet wird, und der psychogene Anteil weiter Schwindel hervorruft, jetzt auf der Grundlage einer einseitigen Gleichgewichtsunterfunktion.

## Die Begleitung (griech.: Therapie) der Morbus Menière Erkrankten:

### Gute neurootologische Beratung als Basis

Es lohnt sich, den Patienten zu betonen, dass **obwohl es keine Heilung im klassischen Sinne gibt, hat die Medizin – bei aller Begrenztheit – einiges zu bieten Hat**, ohne dabei die verständlichen und berechtigten Ängste und Befürchtungen der Patienten zu banalisieren oder zu verstärken.

So kann der HNO Arzt den Grundstein legen bei

- der Erkennung (Diagnostik) der Erkrankung
- der Aufklärung und Beratung
- einer effektiven Dämpfung des akuten Anfalls
- technischen Kompensationshilfen beim Hörverlust bis zum Cochlea Implant
- der Minderung und Ausschaltung der Funktion des Gleichgewichtsorgans, wenn die Schwindelanfälle überhand nehmen für Patienten in Intensität und Frequenz nicht toleriert werden

### Aufklärung und Beratung

Es ist sinnvoll und angstreduzierend, Menière-Betroffenen zu helfen, sich mit ihrer Krankheit vertraut zu machen: „Der M. Menière ist keine Todes- oder Vernichtungs-Diagnose, sondern trotz allen – meist

einseitigen - Funktionsausfällen peripher, gutartig. Er ist keine degenerative Krankheit des Zentralnervensystems wie etwa ein M. Parkinson.“

Für die Medikation und den weiteren therapeutischen Verlauf ist es wichtig, dass die Betroffenen lernen, wie sich der psychogene Schwindel von einem Innenohr bedingten Schwindel, aber auch von anderen hinzugekommenen Schwindelformen (etwa orthostatisch bedingte Schwindelformen, Lagerungsschwindel etc.) unterscheidet. Dazu kann als Anleitung vermittelt werden, sich vor dem Schwindelereignis einen sicher unverrückbaren Punkt (Türrahmen) auszusuchen. Dann können die Betroffenen überprüfen, ob sich - wie beim Innenohr bedingten Anfall - die Welt um einen herum bewegt, oder - wie beim psychogenen Schwindel - sich der Gegenstand mit dem Blick „festhalten“ lässt (Schaaf 2011).

#### Kasten:

	<b>Innenohrbedingter Schwindel – Anfall</b>		<b>Psychogener Schwindel Zustand</b>
<b>Erkennen aus Betroffenen-sicht</b>	Fixieren eines festen Gegenstandes	Nicht möglich	Möglich
	Heftiges Auftreten	Nicht möglich, führt zu (erneutem) Umfallen	Bessert das Schwindel – Erleben, führt zu mehr Standfestigkeit
	Vertraute Menschen	Ohne direkten Einfluss auf den Schwindel	Kann das Schwindel-Erleben deutlich bessern
<b>Ärztliche - Diagnostik</b>	Nystagmus	Vorhanden (Frenzelbrille)	Nicht vorhanden
	Beschreibung des Schwindels	Drehschwindel, der Raum bewegt sich um den Menschen	Vielfältig, dauerhaft, tagelang, immer...
	Audiogramm	Wiederholte Tieftonverluste und schwankungen häufig	Ohne Änderung
	Wahrnehmung“	Angst, Panik, Ohnmacht, Resignation ...	Angst und Panik meist im Vordergrund

Ein weiteres selbständig 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 gar der Schwindel im Kopf nachlässt.

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

Günstig ist es, sich an einer - hier modifizierten Vorgehensweise - zu orientieren, wie sie Rief und Hiller (1998) vorgeschlagen haben, die sich zeitintensiv anhört, letztlich aber Zeit spart:

1. Bestätigen Sie die Glaubhaftigkeit der Beschwerden – und wenn möglich – zeigen Sie Verständnis.
2. Bieten Sie Erklärungen an, sowohl für den organischen Anteil wie für die – ebenfalls verständliche - Entwicklung eines möglichen psychogenen Anteils.
3. Vermeiden Sie unnötige Eingriffe.
4. Vereinbaren Sie Termine für die Begleitung im weiteren Verlauf.
5. Ermutigen Sie zu angemessenen, aktiven Gleichgewichtsleistungen (Sport, Übungen etc.).
6. Lassen Sie den Patienten das Verstandene zusammenfassen, um mögliche Informationsverzerrung beim Patienten zu erkennen und korrigieren zu können.

7. Günstig ist meist die Einbeziehung der Selbsthilfegruppen, zu denen über die Deutsche Tinnitus-Liga ([www.tinnitus-liga.de](http://www.tinnitus-liga.de)) und die K.I.M.M ([www.kimm-ev.de](http://www.kimm-ev.de)) Kontakt aufgenommen werden kann.

### Effektive Dämpfung des akuten Anfalls: Vorbereitung gegen die Angst vor dem Schwindel

Anders als zu Zeiten Menière ist es heute meistens möglich, einen akuten Drehschwindel-Anfall mit Antiemetika symptomatisch zu coupieren. Auf der Grundlage einer guten Aufklärung können die meisten Patienten sich selbst effektiv auf einen „jederzeit“ möglichen Anfall vorbereiten. Die Aussicht – auch für etwas Unvorhergesehenes – möglichst gut gewappnet zu sein, schafft Sicherheit, stärkt die Eigenkompetenz und vermindert die Erwartungsangst und das Gefühl des Ausgeliefertseins. Wichtige Elemente können dabei sein:

1. Das Mitführen von antiemetischen Suppositorien, um einen Anfall coupieren zu können.
2. Eine "Hilfe-Karte", die Betroffene in ihrem Schwindel *als Kranke* und nicht etwa als Betrunkene ausweist, und um Unterstützung bittet<sup>1</sup>.
3. Eine Tüte, für den Fall, dass es trotz mitgeführter Medikamente zum Erbrechen kommt.
4. Technische Hilfsmittel wie ein Mobiltelefon.



Abb. : Die „Hilfe-Karte“

Dabei muss dem Arzt dennoch nicht die Information über die diagnostisch wichtigen Nystagmen vorenthalten bleiben, etwa wenn die Kamera-Funktion des Mobiltelefon vom Patienten oder Begleitern genutzt wird, um die Augenbewegungen im Anfall aufzuzeichnen.

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 M. Menière zu unterscheiden und das Medikament schon bei einem Anflug von Schwindel nehmen.

### Ausgleich des Hörverlustes

Der meist voranschreitende Hörverlust sollte versorgt werden. Eine einseitige Schwerhörigkeit kann zwar meist „alltagstauglich“ kompensiert werden, führt aber in der Regel zum Verlust des Richtungshörens. Hier können apparative Hilfen von – auf den Tieftonverlust eingestellten - Hörgeräten über eine CROS-Versorgung bis zum Cochlear Implant deutliche Besserungen erbringen.

Behandelt werden kann ggf. auch das Leiden an dem für Schwindelpatienten teilweise besonders quälend empfundenen Tinnitus (Schaaf 2011).

### Ausschaltung der Schwindelkomponente

Wenn der organisch bedingte Schwindel das Leben und die Berufsfähigkeit relevant in Frage stellt, kann dieser meist „sicher“ ausgeschaltet werden. Der „hohe Preis“ kann der (vorzeitige) Verlust des Hörvermögens sein. Dabei hängt die Entscheidung z.B. für eine Behandlung mit einer intratympanalen

<sup>1</sup> Hilfe-Karten werden angeboten zum Beispiel von den Selbsthilfeorganisationen: Deutsche Tinnitus-Liga e.V., Postfach 349, 42353 Wuppertal, Telefon: 0202/246520 [www.tinnitus-liga.de](http://www.tinnitus-liga.de) - [dtl@tinnitus-liga.de](mailto:dtl@tinnitus-liga.de) und der K.I.M.M. Kontakte und Informationen für M. Menière e.V., [www.kimm-ev.de](http://www.kimm-ev.de)

Gentamycingabe mit (zumindest) der Gefährdung der auditiven Labyrinth Funktion von vielen, jeweils abzuwägenden Faktoren ab (Schaaf 2011). Soll oder muss die Erwerbsfähigkeit erhalten bleiben, ist die Indikation zu einer hörgefährdenden Maßnahmen höher als bei Patienten, die schon im Ruhestand sind und glauben, ihre Anfälle verkraften zu können.

### Therapie der Begleiterkrankungen

Ein Drittel der Schwindelattacken im Laufe eines Menièreschen Leidens sind am ehesten durch einen gutartigen Lagerungsschwindel (BPLS) bedingt (Taura et al 2014). Wichtig ist daran zu denken und sie – ggf. wiederholt und meist erfolgreich – zu therapieren.

Therapierbar sind auch Angst- und Depressionsentwicklungen, ebenso wie der reaktiv psychogene Schwindel. Hier sollten Fachkollegen hinzugezogen werden, die bei diesem Krankheitsbild auf die Unterstützung des HNO-Arztes bauen dürfen. Antidepressiva **können** dabei durchaus sinnvoll sein. Diese sollten vom ärztlichen Psychotherapeuten oder Psychiater für die spezielle Situation angepasst werden. Wegen ihres Suchtpotentials muss – abgesehen von der Notfallbehandlung – von Sedativa und Tranquilizern dringend abgeraten werden.

Stadiengerechte Behandlung	<b>Günstig für Menière-Patienten</b>	Eher Ungünstig
Bei der Diagnosestellung	Diagnose auf möglichst sicherer Basis unter Abwägung der Differentialdiagnosen und Verwendung spezieller neurootologischer Diagnostik(vor allem die Migräne)	Verdachtsdiagnosen ohne ausreichende Gewissheit stellen
Zu Beginn nach der Diagnose	nachvollziehbare Aufklärung Hinweis auf Literatur und Selbsthilfegruppen	Da kann man nichts machen
Im Verlauf der Erkrankung	Bei allem Realismus ein Stück berechnete Hoffnung und vor allem angemessene Begleitung	Einen schicksalhaften Weg in die Taubheit und den beidseitigen Gleichgewichtsausfall prognostizieren
Bei Ausweitung des Hörverlustes	Hörgeräte anpassen lassen, auch zum Erhalt des Richtungshörens	Warten „bis zur stabilen Hörschwelle“
Bei Ausweitung des Angstkomponente	Aufklärung, Hinzuziehen psychotherapeutischer Unterstützung, Antidepressiva	„Bin ich nicht zuständig“
Bei Ausweitung der Schwindelkomponente	Möglichkeit der sicheren Ausschaltung (intratympanales Gentamycin) Neurektomie des N. vestibularis	Wirkungslose chirurgische Eingriffe mit immer wieder enttäuschten Hoffnungen

### Was kann dem HNO Arzt helfen?

Hilfreich für Ärzte können dabei sog. Balintgruppen sein, in denen fallzentriert auch die eigene emotionale Komponente der Begegnung mit den Patienten, die im Schwindel an Sicherheit verlieren kann, 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.

### Fazit für die Praxis

Der Umgang mit Morbus Menière – Patienten stellt für den HNO-Arzt nach wie vor eine Herausforderung dar. Der HNO-Arzt ist der erste Ansprechpartner, der den organischen Anteil der Erkrankung sicher beurteilen kann. Günstig bei dieser wiederholt anfallsartigen Schwindelerkrankung ist eine verlässliche Begleitung und Betreuung des Patienten, insbesondere zur Prophylaxe des sich oft reaktiv einstellenden psychogenen Schwindels.

### Literatur:

1. Anderson JP, Harris JP. (2001) Impact of Meniere's disease on quality of life. *Otol Neurotol* 2001; 22: 888–894
2. Brandt, T, Dieterich, M., Strupp, M. (2012) Vertigo. Leitsymptom Schwindel. 2. Auf. Steinkopff, Darmstadt
3. Committee on Hearing and Equilibrium (1995) Guidelines for the diagnosis and evaluation of therapy in Menière's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg* 113: 181–185
4. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2008) Leitlinien der DGN <http://www.dgn.org/-leitlinien-online.html>
5. Eckhardt-Henn, A, Tschan, R, Best C, Dieterich, M (2009) Somatoforme Schwindelsyndrome *Nervenarzt* 80: 909–917
6. Havia M, Kentala E, Pyykkö I (2005) Prevalence of Menière's disease in general population of Southern Finland. *Otolaryngol Head Neck Surg* 133: 762–768
7. Jahnke K (1994) Stadiengerechte Therapie der Menièreschen Krankheit. *Dtsch Arztebl*; 91: A 428–434.
8. James, Al; Burton M.J. (2001) Betahistine for Menière's disease syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.*; CD001873
9. Lopez-Escamez JA, Carey J, Chung WH, Goebel JA, Magnusson M, Mandalà M, Newman-Toker DE, Strupp M, Suzuki M, Trabalzini F, Bisdorff A. (2015) Diagnostic criteria for Menière's disease. *J Vestib Res.*;25(1):1-7. doi: 10.3233/VES-150549
10. Plontke SK, Gürkov, R (2015) Morbus Menière. *Facharztwissen HNO. LRO*;94: 530-554
11. Rief, W., Hiller W (1998) Somatisierungsstörungen und Hypochondrie. Hogrefe, Göttingen S 88
12. Schaaf, H (2011) M. Menière. Ein psychosomatisch orientierter Leitfaden. (7. Aufl.). Heidelberg: Springer; S. 222.
13. Schaaf H, Haid C-T (2003) Reaktiver psychogener Schwindel bei M. Menière. *Dtsch Arztebl* 13: 853–857
14. 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
15. Schaaf, H., Hesse G. (2007) Sind rezidivierende Tiefton-Hörverluste - ohne Schwindel – die Vorstufe eines M. Menière? Eine (Nach)Längsschnittuntersuchung nach 4 und nach 10 Jahren. *HNO* 630 – 637
16. Staab, J. (2012) Chronic Subjective Dizziness. *Continuum*; 18(5): 1118-1141
17. Taura A, Funabiki K, Ohgita H, Ogino E, Torii H, Matsunaga M, Ito J. (2014) One-third of vertiginous episodes during the follow-up period are caused by benign paroxysmal positional vertigo in patients with Meniere's disease. *Acta Otolaryngol.*;134(11):1140-5.
18. Tyrrell J, White MP, Barrett G, Ronan N, Phoenix C, Whinney DJ, Osborne NJ. (2015) Mental Health and Subjective Well-being of Individuals with Ménière's: Cross-sectional Analysis in the UK Biobank. *Otol Neurotol.* 36(5):854-61
19. Westhofen M (2009) M. Menière. Evidenzen und Kontroversen. *HNO*; 57(5) 446-54
20. Wirth W (2000) Psychologische Möglichkeiten bei Schwindel. *Tinnitus-Forum* 4/2000