

Dr. Helmut Schaaf**18.000**

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

Das Patienten-Arzt Verhältnis beim M. Menière - Wechselwirkungen auf schwindelerregender Grundlage

Es gibt Krankheiten, die für Patienten und Ärzte einfacher zu diagnostizieren und zu behandeln sind. Dies ist dann der Fall, wenn nach einer noch so komplizierten Diagnosefindung eine Therapie eingeleitet werden kann, die Heilung oder zumindest eine nachhaltige Verbesserung verspricht. Beim M. Menière kann schon Diagnosestellung schwierig sein und die Therapie des Schwindels und des Hörverlustes kann meisten nur symptomorientiert bleiben. Das stellt auch das Verhältnis des Patienten zum Arzt oft auf eine wechselseitige Belastungsprobe.

Die Krankheit

Die Menièresche Erkrankung (Morbus Menière) ist definiert als eine **Innenohrerkrankung** mit anfallsartigem Drehschwindelattacken, einem anfangs schwankender, auf die Dauer tendenziell zunehmendem Hörverlust und einem in der Regel tief klingenden Tinnitus. Im Verlauf der über Jahre anhaltenden Erkrankung ändert sich meist der Charakter der Schwindelerscheinungen und -empfindungen. „Am Ende“ bleibt meist - eine mit Hörgeräten versorgbare - einseitige Schwerhörigkeit und der Zustand eines einseitigen Gleichgewichtsausfalles, der bei einer gelingenden Verarbeitung weitestgehend kompensiert werden kann.

Zudem werden Menière Patienten – noch öfters als andere – von einem im Prinzip heilbaren gutartigen Lagerungsschwindel betroffen, der – zu – oft als Menière Attacke verkannt wird. Bei vielen entwickelt sich – zusätzlich zu den organisch bedingten Schwindelerscheinungen eine behandlungsbedürftige, meist reaktive Angst- und Depressionskomponente, die Betroffene und Therapeuten oft nicht von organischem Schwindel unterscheiden können.

Die Ausgangslage des Patienten

Schwindel geht mit dem Gefühl des Kontrollverlustes und der Handlungsunfähigkeit mit der dabei erlebten Hilflosigkeit einher (Eckhardt Henn 1997). Der Hauptfaktor für eine sich daraus entwickelnde, anhaltende Angst bei Schwindelerkrankungen ist die Unvorhersehbarkeit der Schwindelattacken. So können Schwindel-Anfälle das bis dahin als selbstverständlich angenommene Gleichgewicht gründlich durcheinander wirbeln. Erst im Schwinden des Gleichgewichts wird bewusster, was alles nötig ist, um aufrecht gehen zu können. Im Schwindel und mit der Angst vor dem nächsten Schwindel kann man sich „von allen guten Geistern“ verlassen fühlen und ohnmächtig zurück bleiben.

Wirth (2000) hat bei Patienten mit Schwindel eine Vielzahl von Gedanken sammeln können, die „den Schwindel“ und die Angst verstärken, wie:

- „Der Schwindel hört nie auf!“
- „Diesen Schwindelanfall überstehe ich nicht!“
- „Was werden die Leute von mir denken, wenn ich so schwanke?“
- „Vielleicht muss ich jetzt sterben!“
- „Ich kann es nicht mehr aushalten mit diesem Schwindel!“
- „Ich werde aus der Bahn geworfen!“
- „Mir wird der Boden unter den Füßen weggezogen!“
- „Ich verliere den Halt in der Welt!“

So ist es verständlich, dass man „jemanden“ und den Arzt sucht, der Halt in der Not geben kann. Es ist dabei verständlich, dass man die „alte“ Sicherheit als Voraussetzung des weiteren Handelns und Lebens empfindet. Wie bei anderen Erkrankungen oft möglich, sollen wirksame Maßnahmen den Schwindel möglichst effektiv unterdrücken, besser beseitigen und eine Wiederholung des bedrohlich erlebten Ereignisses verhindern.



Mit dieser Erwartung – und diesem „Anspruch“ – suchen Schwindel-Patienten einen Arzt, der – möglichst auf gesicherter Grundlage – weiterhelfen soll. Meist haben die Patienten dabei schon mindestens eine nicht immer glückliche Notfallbehandlung erlebt, die – mit oder ohne schwindelverstärkenden Vorlauf zur Linderung geführt hat.

Dennoch gibt es nicht den Menière Patienten, sondern Patienten mit M. Menière, die

- nach dem Anfall und einer relativ kurzen Ruhepause wieder schnell auf den Beinen sind und den Anfall abhaken
- noch lange danach verzweifelt sind und das Ereignis depressiv nacherleben
- mit Sorge dem nächsten Anfall entgegen bangen, so dass die psychogene Angst- und Schwindelkomponente zum entscheidenden Anteil der Menièreschen Erkrankung wird.

Die Ausgangslage des Arztes

Auf den Arzt trifft bei Menschen mit Schwindelerlebnissen eine komplexe diagnostische Ausgangslage. Auch wenn sich nach einer ausreichenden Erhebung der Krankengeschichte und einer klinischen Untersuchung die häufigsten 10 Schwindelformen meist gut zuordnen lassen, reichen die möglichen Schwindelursachen in fast alle Fachgebiete hinein. Dabei müssen durchaus schwerwiegende Verursacher (akut etwa ein Schlaganfall, langfristig etwa eine neurologische Erkrankung oder ein Tumor) ausgeschlossen werden. Dies führt oft zu einer Aufteilung der Diagnostik in verschiedenen Fachgebiete. Glücklicherweise finden dann die meisten „Nichts“, d.h. nichts krankhaftes in ihrem Gebiet. Unglücklicherweise entsteht daraus noch kein erklärendes Gesamtbild, auch nicht für den oft als Anlaufpunkt dienenden Hausarzt. Zu oft muss sich der Betroffene selbst seine Vorstellungen machen, was auf bei schwindelerregender Grundlage meist auch auf wackligen Beinen steht.

Erscheint dann (aber) ein M. Menière in seinem organischen! Anteil soweit gesichert, bleibt für den aufgesuchten Arzt, meist den HNO Arzt, die Unvorhersehbarkeit des Verlaufs und – um es vorsichtig zu formulieren – eine therapeutische Unsicherheit. Dabei spürt der Behandler die oft hohe Not und tiefe Verzweiflung, „die aber nicht in sein Fachgebiet fällt“ und zudem meist den Rahmen des Kassen-Zeitbudget zu sprengen droht.

Dabei kann die – verständliche Erwartungshaltung, die fehlende Sicherheit zurück zugeben, beim Behandler selbst Schwindelgefühle auslösen. Dieses Phänomen der „Gegenübertragung“ ist in der Psychotherapie gut bekannt und kann als Diagnosehilfe benutzt werden, es ist dennoch „verunsichernd.“

Zudem kann der Druck der Patienten, auf jeden Fall „etwas hilfreiches“ zu anzuordnen oder zu tun, den Arzt selbst in kaum auflösbare Widersprüche bringen (- zusammen mit oft ebenso ambivalenten Beschützerimpulsen). Das fängt schon damit an, die „oft gefürchtete Diagnose“ zu stellen (Sagen Sie mir bitte nicht, ich hätte Menière) oder sie zu früh bzw. falsch zu stellen.

Muss sich dann der Arzt hinsichtlich des Verlaufs und der Therapie sicherer geben, als er sein kann, kann dies zunächst seine von ihm verbal und nonverbal gegebene Botschaften verstärken. Dabei riskiert er aber eine Schein-Sicherheit auf dünnem Eis, die mit dem nächsten Schwindel einbrechen kann, womit auch seine an ihn delegierte Verlässlichkeit schwindet, zumindest aber in Frage gestellt wird.

Hält der Arzt ehrlicherweise die Möglichkeiten offener, erhöht das zwar die Wahrhaftigkeit seiner Aussage, dafür beschränkt es in der aktuellen Begegnung aber das Gefühl der Sicherheit. Dabei ist es auch für einen Mediziner schwierig auszuhalten, „nicht heilsam“ sein zu können. Die dabei vom Patienten möglicherweise als Unsicherheit erlebte Haltung, verbunden mit einem Nicht Hinnehmen Wollen der Situation, führt oft zu einer wahren Odyssee an Expertenbesuchen – richtigen und falschen.

Dieses Dilemma - zusammen mit oft ambivalenten Beschützerimpulsen - kann dazu führen, dass der Arzt in Versuchung geraten **kann**, mit den ihm bekannten und zur Verfügung stehenden Mitteln zu vorgehen, auch wenn sie für das konkrete Schwindelerleben wahrscheinlich nicht geeignet sind. „Bei Schwindel ...“ zieren 2 Medikamentennahmen so manche von der Industrie zur Verfügung gestellte Plakate und Rezeptblöcke. Dies erklärt, wieso eine Medikamentengruppe ohne wirklichen Wirknachweis wie die Betahistine und die von der derzeitigen „Schwindel“-Leitlinie als „obsolet“ (wirkungslos) eingestufte Saccotomie „dennoch“ immer wieder eingesetzt werden.

Dabei sind enttäuschte Hoffnungen auch eine ernsthafte Nebenwirkung. Zudem besteht die Gefahr, dass - im besten Bemühen und mit sicher gut gemeinter Absicht – bei Ausbleiben des Erfolgs nach dem ersten das zweite versucht wird und z.B. immer weiter operiert und ausgeschaltet wird, während etwa der psychogene Anteil des Schwindel in der erlebten Not vergrößert wird.

Andererseits und gleichzeitig können beim Behandler aber auch Abwehrwünsche und -reflexe gegen die auch ihn hilflos machende Not des Patienten ausgelöst werden.

- *„Ich kann Ihnen da auch nicht mehr weiter helfen“*
- *„Das ist nicht organisch (kein Menière), Sie schwindeln wohl*
- *Wenn Sie mir nicht glauben, gehen Sie woanders hin, zum Spezialisten oder zum Psychotherapeuten.*

Dies kann dem verständlichen Selbstschutz dienen, ist aber ungünstig für den Patienten.

Dabei hat die Medizin vieles zu bieten: 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 ggf. Ausschaltung der Funktion des Gleichgewichtsorgans

Der Arzt kann – bei dieser Erkrankung - eben nur keine Heilung nicht versprechen, sehr wohl aber die Möglichkeit des Ausgleichs der Höreinschränkung und eine Minderung oder Ausschaltung des Schwindelzentrum, wenn es anders nicht gehen sollte.

Was könnte bei der Patienten-Arzt Begegnung helfen!!!

Bei einer Begegnung sind immer (mindestens) zwei unterwegs, wobei durch ein Patienten – Arzt Verhältnis und den (Kassen-) Praxis oder Krankenhaus-Rahmen vieles vorgegeben ist. Auf der Sachebene sucht der eine Aufklärung, Rat und eine möglichst wirksame Therapie, der andere bietet die – aus seiner Sicht notwendige oder ihm zur Verfügung stehende Diagnostik und macht Vorschläge und Anordnungen im Rahmen seiner Profession. Gleichzeitig begegnen sich zwei Menschen in einem hierarchischen Beziehungsgefüge, das u.a. durch die Not und den Schwindel auf der einen Seite und einer speziellen Kompetenz auf der anderen Seite charakterisiert ist.

Therapie heißt wörtlich übersetzt Begleitung, das bedeutet auch, dass die Begegnung auf Wiederholung ausgerichtet sein kann, wenn es nicht bei einem einmaligen Zusammentreffen oder „Zusammenprall“

bleiben soll. Es muss dabei nicht immer „etwas“ gemacht werden. Manchmal reicht es zu erkunden, was möglich ist, statt auf etwas zu setzen, was zu schnell enttäuscht werden kann.

Dabei ist es unterstützend und wertschätzend, wenn nicht gar weichenstellend, dass der Patient trotz aller Unsicherheit in der Krankheit und bei der zeitlichen Begrenztheit einer Kassenpraxis als Mensch mit Krankheit gesehen werden kann.

Fragen:

- *Wie geht es Ihnen (damit)?*
- *Was oder wer könnte Ihnen als nächstes weiterhelfen?*

können Türöffner sein, die nicht länger in Anspruch nehmen als sonst machbar, aber mehr an Vertrauen und „Compliance“ herstellen als sicher vorgetragene Aussage oder ein Rezept.

So hängt das Gefühl Einfluss auf das Erleben und den Verlauf nehmen zu können und im besten Fall, den Schwindel in den Griff zu bekommen, sowohl von den Bewältigungsmöglichkeiten des Patienten wie einer als hilfreich oder nicht hilfreich erlebten Erfahrung mit dem Arzt bzw. „der Medizin“ ab. Vielleicht mehr noch als bei anderen Erkrankungen mit körperlichen und seelischen Komponenten ist das Verstehen und Wissen bei M. Menière nötig. Je besser die Erkrankung verstanden werden kann, desto geringer können die Folgeprobleme bleiben. In- ersten Phase – ist das Ringen (mit sich selbst und anderen) um die Akzeptanz ebenso notwendig wie verständlich, dass noch weiter nach Lösungen und Alternativen geforscht wird. Nachher geht es oft darum, die Phänomene des reaktiven psychogenen Schwindels und die mögliche Ausweitung der Angstkomponente zu verstehen.

Günstig für den Betroffenen und den Arzt ist es, wenn die Frage Stellenden – so gut es der Schwindel erlaubt – vorbereitet sind. So sollte man

- sich schon vorab die für einen selbst wichtigen Fragen überlegt und möglichst auch aufgeschrieben haben, damit man am Ende nichts das wichtigste vergessen hat oder erst am Ende fragt, wenn die Zeit drängt oder abgelaufen ist
- die Befunde mitbringen, die verfügbar sind, damit man zum einen nichts doppelt machen muss und zum anderen nicht ins ungefähre (Bodenlose) beraten muss
- ein Gleichgewichtstagebuch (Siehe www. Oder Abb.) führen und mitbringen
- die bisherigen Medikamente auflisten.
- Vielleicht sogar jemand (Partner, Freund) mitbringen und den Arzt fragen, ob er dabei sein darf
- Selbst zu wiederholen, was man verstanden hat und was der nächste Schritt sein könnte
- ?



Günstig ist, wenn dabei der Arzt aus seiner – vielleicht erhofften –Rolle als Heiler und „Wegmacher“ befreit werden kann.

Von Seiten des Arztes ist es für den Patienten hilfreich

1. die Glaubhaftigkeit der Beschwerden zu bestätigen– und wenn möglich – zu verstehen
2. für den Patienten verstehbare Erklärungen anzubieten, sowohl für den organischen Anteil wie auch für die – verständliche - Entwicklung eines möglichen psychogenen Anteils.
3. fragliche oder eher unsichere Eingriffe zu vermeiden,
4. neu zu überlegen – und zu Handeln, wen sich die Schwindelqualität ändert (z.B. bei einem hinzugekommenen Lagerungsschwindel)
5. Termine für die Begleitung im weiteren Verlauf zu vereinbaren (statt erst wieder „mit Schwindel“ kommen zu dürfen)
6. zu angemessenen, aktiven Gleichgewichtsleistungen (Sport, Übungen etc.) zu ermutigen
7. Selbsthilfegruppen einzubeziehen
8. den Patienten das Verstandene zusammenfassen zu lassen, um mögliche Informationsverzerrung korrigieren zu können.

Gleichzeitig kann ein Hinweis darauf, bei bestimmten Fragestellungen mit der eigenen Kompetenz an Grenzen gestoßen zu sein, ebenso wahrhaftig wie vertrauensbildend sein, erst recht, wenn er mit einem Hinweis zu einer anderen Kompetenzstelle verbunden werden kann.

Stadiengerechte Behandlung	Günstig für Menière-Patienten	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

Günstig für Menière Patienten ist, wenn er- trotz des Schwindels bei seinem Arzt und Therapeuten „gut aufgehoben“ fühlen kann. Dann kann er das machbare umsetzen weil er nicht das Unmögliche erwartet, das das Gegenüber verzweifeln lassen kann)

Zu den ausgleichbaren Folgen gehören:

- die Schwerhörigkeit,
- das Erleben der Erkrankung,
- die sozialen Auswirkungen,
- die zwischenmenschlichen Einbrüche und Herausforderungen

Zu den beeinflussbaren Faktoren gehören:

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

Dies trägt zumindest dazu bei, dass die Verläufe bei Patienten mit M. Menière sehr unterschiedlich verlaufen können. So gibt es:

- nicht wenige Menière-Kranke, die mit Sorge dem nächsten Anfall entgegenbangen, sodass die psychogene Angst- und Schwindelkomponente zum entscheidenden Anteil der Menièreschen Erkrankung wird.
- Menière-Kranke, die noch lange danach verzweifelt sind und das Ereignis depressiv nacherleben und
- Menière-Betroffene, die nach dem Anfall und einer relativ kurzen Ruhepause wieder schnell auf den Beinen sind und – mit bestimmten Einschränkungen (z.B. Fahrtüchtigkeit), dennoch alltags- und berufsfähig sind.

Literatur:

1. Eckhardt-Henn, A, Tschan, R, Best C, Dieterich, M (2009) Somatoforme Schwindelsyndrome Nervenarzt 80:909–917
2. Plontke SK, Gürkov, R (2015) Morbus Menière. Facharztwissen HNO. LRO;94: 530-554
3. Schaaf, H (2011) M. Menière. Ein psychosomatisch orientierter Leitfaden. (7. Aufl.). Heidelberg: Springer; S. 222.
4. Schaaf, H (2015) [Die ausbleibende "Rück-Anpassung" nach einer Gleichgewichtskrise als Grundlage eines anhaltenden Schwindels.](#) Tinnitus-Forum.19-25
5. Staab, J. (2012) Chronic Subjective Dizziness. Continuum; 18(5): 1118-1141
6. 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.
7. Westhofen, M (2009) M. Menière. Evidenzen und Kontroversen. HNO 57:446–454
8. Wirth W (2000) Psychologische Möglichkeiten bei Schwindel. Tinnitus-Forum 4/2000