



Wechselwirkungen auf schwindelerregender Grundlage

## Das Patienten-Arzt-Verhältnis bei Morbus Menière

von Dr. Helmut Schaaf

*Es gibt Krankheiten, die für Ärzte vergleichsweise einfach 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 Morbus Menière kann schon die Diagnosestellung schwierig sein, und die Therapie des Schwindels und des Hörverlustes kann meist nur symptomorientiert bleiben. Das stellt auch das Verhältnis des Patienten zum Arzt oft auf eine wechselseitige Belastungsprobe, wie Dr. Helmut Schaaf, Leitender Oberarzt der Gleichgewichtsambulanz der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse, im Folgenden ausführt.*

### Die Krankheit

Morbus Menière ist definiert als eine Innenohrerkrankung mit anfallsartigen Drehwindelattacken, einem anfangs schwankenden, auf die Dauer tendenziell zunehmenden 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. Schließlich bleibt meist eine mit Hörgeräten zu versorgende, einsei-

tige Schwerhörigkeit und der Zustand eines einseitigen Gleichgewichtsausfalls, der bei einer gelingenden Verarbeitung weitestgehend kompensiert werden kann. Zudem sind Menière-Patienten noch öfter 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 einem organischen Schwindel unterscheiden können.

### Ausgangslage des Patienten

Schwindel geht mit dem Gefühl des Kontrollverlustes, der Handlungsunfähigkeit und 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 beim Schwinden des Gleichgewichts wird bewusst, was alles nötig ist, um aufrecht gehen zu können. Im Schwindel und mit der Angst vor dem nächsten Schwindel kann man sich verlassen und ohnmächtig fühlen.

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 einen Arzt sucht, der Halt in der Not geben kann. Es ist ebenfalls verständlich, dass man die „alte“ Sicherheit als Voraussetzung für das weitere Handeln und Leben empfindet. Wie bei anderen Erkrankungen oft möglich, sollen wirksame Maßnahmen den Schwindel möglichst effektiv unterdrücken, besser noch 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.

Dennoch gibt es nicht den einen Menière-Patienten, sondern Patienten mit Morbus Menière, die

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

## Ausgangslage des Arztes

Der Arzt trifft bei Menschen mit Schwindelerlebnissen auf eine komplexe diagnostische Ausgangslage. Auch wenn sich nach einer ausreichenden Erhebung der Krankengeschichte und einer klinischen Untersuchung die häufigsten zehn 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 verschiedene Fachgebiete. Glücklicherweise finden dann die meisten 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 bei der schwindelerregenden Grundlage meist auch auf wackligen Beinen steht.

Erscheint dann aber ein Morbus 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 große Not und tiefe Verzweiflung, die aber „nicht in sein Fachgebiet fällt“ und zudem meist den Rahmen des Kassen-Zeitbudgets zu sprengen droht. Daher kann die verständliche Erwartungshaltung, die fehlende Sicherheit zurückzugeben, beim Behandler selbst Schwindelgefühle auslösen. Dieses Phänomen der „Gegenübertragung“ ist in der Psychotherapie gut bekannt und kann als Diagnosehilfe benutzt werden, dennoch ist es verunsichernd. Zudem kann der Druck vonseiten des Patienten, auf jeden Fall „etwas Hilfreiches“ anzuordnen, 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 beziehungsweise 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 gegebenen 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 infrage 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 vorzugehen, auch wenn sie für das konkrete Schwindelerleben wahrscheinlich nicht geeignet sind. „Bei Schwindel ...“ zieren zwei Medikamentennamen so manche von der Industrie zur Verfügung gestellten Plakate und Rezeptblöcke. Dies erklärt, wieso eine Medikamentengruppe ohne 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 zum Beispiel immer weiter operiert und ausgeschaltet wird, während etwa der psychogene Anteil des Schwindels in der erlebten Not vergrößert wird.

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

- „Ich kann Ihnen da auch nicht mehr weiterhelfen.“
- „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 und der Minderung und gegebenenfalls Ausschaltung der Funktion des Gleichgewichtsorgans.

Der Arzt kann bei dieser Erkrankung eben nur keine Heilung versprechen, kann aber sehr wohl einen Ausgleich der Höreinschränkung und eine Minderung oder Ausschaltung des Schwindelzentrums vorschlagen, wenn es anders nicht gehen sollte.

### Was könnte bei der Patienten-Arzt-Begegnung helfen?

Bei einer Begegnung gibt es immer (mindestens) zwei Beteiligte, wobei durch ein Patienten-Arzt-Verhältnis und den (Kassen-) Praxis- oder den 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 unter anderem 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 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 „Wie geht es Ihnen (damit)?“ oder „Was oder wer könnte Ihnen als nächstes weiterhelfen?“ können Türöffner sein, die

nicht mehr Zeit in Anspruch nehmen als sonst, aber mehr an Vertrauen und „Compliance“ herstellen als eine 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 als auch einer als hilfreich oder nicht hilfreich erlebten Erfahrung mit dem Arzt beziehungsweise „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 der ersten Phase ist das Ringen (mit sich selbst und anderen) um die Akzeptanz ebenso notwendig wie verständlich ist, 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 der Patient – so gut es der Schwindel erlaubt – vorbereitet ist. So sollte man

- sich schon vorab die für einen selbst wichtigen Fragen überlegt und möglichst auch aufgeschrieben haben, damit man am

Ende nicht 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 und zum anderen nicht ins Ungefähre beraten muss.
- ein Gleichgewichtstagebuch führen und mitbringen.
- die bisherigen Medikamente auflisten.
- vielleicht sogar jemanden (Partner, Freund) mitbringen.
- selbst 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 befreit werden kann. Vonseiten des Arztes ist es für den Patienten hilfreich,

1. die Glaubhaftigkeit der Beschwerden zu bestätigen – und wenn möglich zu verstehen.
2. für den Patienten verständliche Erklärungen anzubieten, sowohl für den organischen Anteil als auch für die Entwicklung eines möglichen psychogenen Anteils.
3. fragliche oder eher unsichere Eingriffe zu vermeiden.
4. neu zu überlegen und zu handeln, wenn sich die Schwindelqualität ändert (zum Beispiel bei einem hinzugekommenen Lagerungsschwindel).



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 (um vor allem die Migräne auszuschließen)	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 berechtigte Hoffnung und vor allem angemessene Begleitung geben	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 der 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

- Termine für die Begleitung im weiteren Verlauf zu vereinbaren (statt erst wieder „mit Schwindel“ kommen zu dürfen).
- zu angemessenen, aktiven Gleichgewichtsleistungen (Sport, Übungen etc.) zu ermutigen.
- Selbsthilfegruppen einzubeziehen.
- 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. Günstig für den Menière-Patienten ist, wenn er sich – 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 Folgen, die man ausgleichen kann, 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 Innenohrsgeschehen,
  - die Vermischung mit anderen Schwindelformen (ausgelöst durch Blutdruck, Angst, Sehfehler usw.).

Dies trägt dazu bei, dass die Verläufe bei Patienten mit Morbus 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, oder Menière-Kranke, die noch lange danach verzweifelt sind und das Ereignis depressiv nacherleben. Andererseits gibt es aber auch Menière-Betroffene, die nach dem Anfall und einer relativ kurzen Ruhepause wieder schnell auf den Beinen sind und mit bestimmten Ein-

schränkungen (zum Beispiel Fahrtüchtigkeit) dennoch alltags- und berufsfähig sind.

Kontakt zum Autor:



Dr. med. Helmut Schaaf  
 Leitender Oberarzt der Tinnitus-Klinik  
 Dr. Hesse  
 und der Gleichgewichtsambulanz der  
 Tinnitus-Klinik Dr. Hesse  
 im Stadtkrankenhaus Bad Arolsen  
 Große Allee 50  
 34454 Bad Arolsen  
 E-Mail: [hschaaf@tinnitus-klinik.net](mailto:hschaaf@tinnitus-klinik.net)  
[www.tinnitus-klinik.net](http://www.tinnitus-klinik.net)  
[www.drhschaaf.de](http://www.drhschaaf.de)

Das Literaturverzeichnis kann unter dem Stichwort „Schaaf, TF 4/2017“ bei der TF-Redaktion angefordert werden.