

Was könnte einen guten Therapeuten für Menière-Patienten ausmachen?

von Helmut Schaaf

Auf die Bitte der Deutschen Tinnitus-Liga (DTL) eine Liste mit zu empfehlenden Ärzten für M. Menière-Patienten zu erstellen, habe ich ebenso wie andere Angefragte mit Zurückhaltung reagiert. Um Patienten eine einfache Antwort zu geben oder eine Liste an die Hand zu geben, sind die Aspekte und Ansichten rund um diese seltene Erkrankung mit zum Teil großen Auswirkungen auf das Leben des Patienten zu vielfältig. Dabei gibt es einige Experten zum Thema Menière, die aber teilweise sehr unterschiedlich arbeiten und oft von sehr verschiedenen Vorstellungen ausgehen.

Sicher ist nur, dass nicht jeder, der etwas zu einem Teilaspekt der Erkrankung publiziert hat, schon zum Experten für das Krankheitsbild werden kann, so wie der Eingang eines Labyrinths noch keinen Überblick über den Weg zum Ziel geben kann.

Die Antwort bleibt also komplex und am Ende ein Stück weit offen. Das liegt auch daran, dass es weder „DIE Menière-Krankheit“ noch „DEN Menière-Patienten“ gibt.

So gibt es zum Beispiel:

■ Menière-Kranke, die nach dem Anfall und einer relativ kurzen Ruhepause wieder schnell

auf den Beinen sind und den Anfall abhaken,

■ Menière-Kranke, die noch lange danach verzweifelt sind und das Ereignis depressiv nacherleben und

■ nicht wenige Menière-Kranke, die mit Sorge dem nächsten Anfall entgegenbangen, sodass die psychogene Angst- und Schwindelkomponente zum entscheidenden Anteil der Menière'schen Erkrankung wird.

Schon wenn man wissen will, was *genau* den M. Menière ausmacht und vor allem was nicht, kommt man in Definitions- und Abgrenzungsschwierigkeiten bis hin zu der Auffassung, dass es „den“ M. Menière gar nicht gibt, sondern nur ein Syndrom, das nach Prosper Menière benannt ist.

Klar ist nur, dass es sich in der organischen Endstrecke um eine Innenohrerkrankung handeln muss, die mit Schwindel, Hörverlust und Tinnitus einhergeht und durch viele organische und psychosomatische Faktoren mit beeinflusst werden kann.

Auch ist gewiss, dass es keine wirkliche Heilung für die nach Prosper Menière benannte Erkrankung des Innenohres geben kann. Stattdessen ist die Anzahl der – oft aus der Unklar-

heit, der Not und Verzweiflung von Patienten und Therapeuten gespeisten – therapeutischen Vorschläge ebenso groß wie hinsichtlich der Erfolgskriterien unübersichtlich und nicht selten durch einen Tunnelblick aus dem Fachgebiet verstellt.

Sicher ist, dass die durch die Innenohrerkrankung (zumindest mit-) ausgelösten Symptome Auswirkungen auf den ganzen Menschen haben können. So gehen die typischen Drehschwindelanfälle häufig mit Todes- und Vernichtungsängsten einher. Stellt sich dieses als existentiell bedrohlich erlebte Ereignis öfters ein, so wächst verständlicherweise auch die Angst vor der Wiederholung. Dabei kann die Angst so groß werden, dass sie selbst als Unsicherheit und Schwindel bis hin zu einem Gefühl des Drehschwindels empfunden und zu einer eigenen Krankheitskomponente wird.

Eher könnte man fragen: Wen soll man für was bei der Erkrankung empfehlen?

Wer also kann helfen in der Not? Prinzipiell fällt der M. Menière in das Fachgebiet des HNO-Arztes, was aber ebensowenig Neurologen daran hindert, sich im Rahmen ihrer Schwindel-

Kompetenz zu engagieren, noch Hausärzte davor bewahren kann, der erste Anlaufpunkt bei einer Menière-Erkrankung zu sein und der Begleiter während der Erkrankung zu bleiben. Auch Psychosomatiker sehen (meist als letzte) bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Menière-Erkrankung wesentliche Aspekte, die nicht durch die Organiker abgedeckt werden können.

Dabei kann es frappierend erscheinen, wie unterschiedlich die Meinungen von eher chirurgischer, neurologischer und psychosomatischer Sicht ausfallen. Da es letztlich für den M. Menière zwar viele Wege zur Hilfe und Symptomlinderung, aber keine Heilung im klassischen Sinne gibt, und die medizinische und psychologische Begleitung Menière-Patienten manchmal eher ratlos zurücklässt, suchen viele – ebenso verständlich wie kostspielig und oft wirkungslos – Experten des nicht schulmedizinischen Bereiches auf, die bereit sind zuzuhören und Konzepte anbieten, die teilweise wenig gesichert sind.

Viele Differenzen zwischen den verschiedenen Ansichten und Fachgruppen könnten sich klären lassen, wenn man sich darüber einigt, ob man bei

seinen Vorschlägen über Maßnahmen zur Symptomlinderung (z.B. Minderung des Attackenschwindels oder des dauerhaften Schwindelgefühls, oder Erhalt bzw. Besserung des Hörvermögens) redet oder ob man annimmt, wirklich kurativ (kausal) „heilen“ zu können.

So kann es vorkommen, dass der Menière-Patient in den unterschiedlichsten Phasen seiner Erkrankung mit jeweils mehr oder weniger günstigen Fachleuten zusammenkommt. Dabei ist es oft sinnvoll, trotz einer noch so gut gemeinten und auch fundierten ersten Meinung eine zweite einzuholen um den Preis, dann auch eine eigene Entscheidung für das eigene Leben treffen zu müssen.

Was nützt zu Beginn?

Günstig für Menière-Patienten ist, wenn Mediziner

- die Krankheit diagnostizieren können, wozu in aller Regel Wissen im Bereich der HNO-Heilkunde unerlässlich ist, und
- die möglichen Differentialdiagnosen (vor allem die Migräne) kennen, was vor allem in das Fachgebiet der Neurologen fällt.

Eine gute Diagnose ist gerade im Frühstadium in vielen Fällen gar nicht so einfach. Viele Erkrankungen können ähnliche Symptome zeigen wie der M. Menière, auch ohne dass die eigentlich definierte Innenohrerkrankung vorliegt.

Was ist nach der Diagnose zu tun?

Nach der genauen Diagnostik hilft eine für die Betroffenen nachvollziehbare Aufklärung – eigentlich eine Selbstverständlichkeit, die jedoch in vielen Kassenpraxen kaum noch selbstverständlich ist und durch eigene Bemühungen (Recherchen im Internet, hilfreiche Literatur und nicht zuletzt durch Selbsthilfegruppen) ergänzt werden muss.

Vielleicht mehr noch als bei anderen Erkrankungen mit körperlichen und seelischen Komponenten ist das organische Verständnis im Sinne von Verstehen und Wissen bei M. Menière nötig. Je besser die Erkrankung verstanden wird und je mehr praktikable Möglichkeiten des Umgangs mit den daraus erwachsenden Problemen wie dem Schwindel und der allgemeinen Unsicherheit deutlich werden, desto geringer können die Folgeprobleme bleiben. Dies gilt insbesondere für die Phänomene des psychogenen Schwindels und der Ausweitung der Angstkomponente, die für das Erleben des Anfalls verständlich ist.

Nötig ist hier von Seiten des „Experten-Mediziners“ ein verständnisvolles Eingehen auf das Wissensbedürfnis und die Not des Patienten. Dabei ist es auch für einen Mediziner schwierig auszuhalten, „nicht heilsam“ sein zu können. Wichtig zu verstehen ist, dass der M. Menière keine Todes- oder Vernichtungsdiagnose ist, sondern eine Erkrankung des Innenohrs bezeichnet, die

bei allen – meist einseitigen – Funktionsausfällen gutartig und keine Krankheit des Zentralnervensystems wie etwa ein „Schlaganfall“ ist.

Im weiteren Verlauf gilt es zu erkunden, was noch möglich ist, ohne aber in vermeintlicher Schonung des Patienten eine Machbarkeit vorzutäuschen, die schnell enttäuscht wird. Auch wenn die Krankheit an sich nicht heilbar ist, so sind dennoch

- viele Auswirkungen des M. Menière in vielen Teilen ausgleichbar,
- viele Auswirkungen des M. Menière günstig beeinflussbar und
- viele ungünstige, die Auswirkungen begünstigende Faktoren angebar.

Günstig für Menière-Patienten ist, wenn Mediziner

- die Akuttherapie durchführen oder veranlassen und
- den Patienten – wenn es geht – in seiner Eigenkompetenz unterstützen.

Tritt der – innenohrbedingte! – Schwindel öfter als zweimal die Woche auf und ist das Hörvermögen im Sprachbereich ausgefallen, kommen auch ausschaltende Maßnahmen in Betracht. Dazu gehört die Gabe des „ohrengiftigen“ Gentamicins direkt vor das Innenohr oder die immer erst als letztes erwogene Durchtrennung (Neurektomie) des N. vestibularis.

Die Begleitung und die Therapie zwischen den Anfällen

Auch und gerade zwischen den Anfällen bleibt die ärztliche Begleitung hinsichtlich der Fragen und Nöte der Patienten wichtig. Insbesondere gilt es zu klären, was weiter möglich ist und was nicht, wann Hörhilfen sinnvoll sind und inwieweit der Schwindel und die Angst vor dem Schwindel größere seelische Ausmaße zeigen.

Günstig für Menière-Patienten ist, wenn Mediziner

- um den Verlauf und die Veränderbarkeit des Krankheitsbildes wissen,
- den Umstand berücksichtigen, dass ein Menière-Patient nicht immer nur Menière-Schwindel erleiden muss, sondern – häufiger als andere – einen gutartigen Lagerungsschwindel entwickeln kann und oft eine (reaktive) psychogene Schwindelkomponente aufweist oder vielleicht sogar an Migräne leidet,
- die seelische Seite wahrnehmen und respektieren und ggf. professionelle Weichenstellungen vornehmen können, wobei schon Entspannungsverfahren wie die Progressive Muskelrelaxation oder das Autogene Training einen veränderten Umgang mit der Erkrankung einleiten können.

Was in der Regel die Möglichkeiten der normalen Kassenpraxis weit überschreitet, sind die zeitintensiven Zwischen-

schritte und die professionelle psychotherapeutische und ggf. auch körpertherapeutische Bearbeitung der Not der Betroffenen. Diese Bearbeitung ist aber oft nötig.

Psychologische Maßnahmen

Psychologische Maßnahmen über das Erlernen von Entspannungsverfahren hinaus sollten erwogen werden, wenn Krankheitsbewältigungsprobleme auftreten und die Lebens-, Beziehungs- und Berufsfähigkeit gefährdet ist. Psychotherapeutische Hilfe ist insbesondere notwendig, wenn sich ein psychogener Schwindel einstellt. Wichtig ist, nachspürbar zu klären, ob es sich bei den „Schwindelanfällen“ um Attacken aus dem Innenohr oder – bei den bei uns behandelten Patienten in der Regel öfter, länger und das Krankheitsbild bestimmend – um psychogene Schwindelereignisse handelt, die sich für die Betroffenen im Erleben ähnlich oder gleich anfühlen können. Es ist schon viel gewonnen, wenn psychotherapeutisch dahingehend gearbeitet wer-

den kann, dass sich der unvermeidbare Schwindel auf die rein organischen Attacken beschränkt.

So haben wir in Bad Arolsen die Erfahrung gemacht, dass unsere Patienten nach einer sechs- bis achtwöchigen psychosomatischen Arbeit meist einen „festeren“ Stand und eine neue Sicherheit erlangt haben.

Günstig für Menière-Patienten ist, wenn Psychologen

■ auch organisch zumindest grob Bescheid wissen oder sich in Kenntnis setzen lassen und – das ist der Wunsch und die Anforderung an die nichtärztlichen Psychotherapeuten – nicht jeden Anfall als psychogen deuten.

Günstig für Menière-Patienten ist, wenn er selbst

■ trotz allen Schwindels und aller Verzweiflung die eigene Motivation und den Willen hat, an den veränderbaren Anteilen zu arbeiten und mit den unveränderbaren Anteilen umzugehen.

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.)

Zu den ausgleichbaren Folgen gehören:

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

Letztlich geht es bei allen therapeutischen Begegnungen darum, dass die Patienten auf der Suche nach Lösungsmöglichkeiten selbst gestaltend mitwirken.

Man wird wahrscheinlich nicht so oft einen Therapeuten finden, der alles in sich vereint, was ein Menière-Patient braucht. Manchmal findet sich ein aufeinander bezogenes, abgestimmtes Team, in den wenigen Kliniken, die regelmäßig mit Menière-Patienten arbeiten. Auch wenn sie weit weg sind, ist ihre Kompetenz – anders als noch vor 20 Jahren – in verschiedenen Formen erreichbar. ■

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Helmut Schaaf
Leiter des Gleichgewichtsinstitutes in der
Tinnitus Klinik Dr. Hesse
Große Allee 50
34454 Bad Arolsen
www.drhschaaf.de