

Helmut Schaaf

Morbus Menière

Schwindel – Hörverlust – Tinnitus

Eine psychosomatisch orientierte Darstellung

5., überarbeitete und aktualisierte Auflage

Helmut Schaaf

Morbus Menière

Schwindel – Hörverlust – Tinnitus
Eine psychosomatisch orientierte
Darstellung

5., überarbeitete und aktualisierte Auflage
Mit 30 Abbildungen und 3 Tabellen



Springer

Dr. med. Helmut Schaaf

Psychosomatische Klinik Bad Arolsen
Tinnitus-Klinik
Große Allee 1–3
34454 Arolsen
www.drhschaaf.de

ISBN-10 3-540-36960-0

ISBN-13 978-3-540-36960-8

Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;

detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag

springer.com

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2007

Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Renate Scheddin

Projektmanagement: Renate Schulz

Lektorat: Dr. Karen Strehlow, Berlin

Design: deblik Berlin

SPIN 11679868

Satz: medionet AG, Berlin

Druck: Stürtz AG, Würzburg

Gedruckt auf säurefreiem Papier

2126 – 5 4 3 2 1 0

Geleitwort zur 3. Auflage

Die Menière-Krankheit wird international zu den schwer behandelbaren Krankheiten gezählt. Dies liegt daran, dass ihre Ursachen auch heute noch nur unvollständig bekannt sind, der Verlauf sehr variabel sein kann und die einzelnen Stadien recht unterschiedliche Maßnahmen erfordern. Das Krankheitsbild ist durch Drehschwindelanfälle von wenigen Stunden Dauer charakterisiert, die mit einer einseitigen Innenohrschwerhörigkeit, Ohrgeräuschen und einem Druckgefühl in der Tiefe des Ohrs einhergehen. Es handelt sich um Funktionsstörungen des Innenohrs, wie der französische Ohrenarzt Prosper Menière 1861 als Erster angenommen hatte.

Dieses sehr nützliche Kompendium hat ein Arzt geschrieben, der selbst an der Menière-Krankheit und ihren Folgen leidet. Folglich schildert er allgemein verständlich und zugleich detailliert viele Facetten des Krankheitsbildes sowohl aus der Sicht des Patienten als auch aus der des behandelnden Arztes. Anatomische, physiologische und pathophysiologische Grundlagen werden abgehandelt. Besonders gründlich werden die psychosomatischen Aspekte dieses oft viele Jahre anhaltenden Krankheitsbildes dargestellt. Die wichtigsten klinischen Untersuchungsmethoden werden auch für den Laien in verständlicher Form detailliert beschrieben. Sonderformen und Differenzialdiagnosen werden kurz beleuchtet. Außerdem erhält der Leser nicht nur einen umfassenden Überblick über die aktuellen Therapieansätze, sondern er wird auch in einer sehr ausgewogenen und vernünftigen Weise über die Möglichkeiten zur Selbsthilfe aufgeklärt. Die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten werden kritisch dargestellt, aufgrund der eigenen ärztlichen Tätigkeit mit Schwerpunkt auf den konservativen und psychosomatischen Therapien.

Aus klinischer Erfahrung ist zu unterstreichen, dass dann, wenn die Drehschwindelanfälle durch konservative Maßnahmen nicht entscheidend beeinflusst werden können, eine stadienabhängige chirurgische Behandlung indiziert ist. Gerade in den späteren Stadien der Menière-Krankheit ist es die wichtigste Aufgabe des Arztes, bei weitgehender Schonung des Resthörvermögens, die Phase der unvermittelt auftretenden schweren Schwindelanfälle mit wenig belastenden operativen Eingriffen erheblich abzukürzen und damit die Lebensqualität der Patienten deutlich zu verbessern.

Dieses Büchlein sollte von jedem Arzt gelesen werden, der Menière-Patienten behandelt. Auch für gebildete Laien, die an der Menière-Krankheit leiden, kann die Lektüre ein großer Gewinn sein. Die teilweise subjektive Darstellung des Autors aufgrund seiner persönlichen Erfahrungen mit dieser Krankheit wird durch die engagierte Frische und differenzierte Schilderung um ein Vielfaches ausgeglichen. Letztlich bleibt, auf die zahlreich zitierten Anlaufstellen hinzuweisen und dem Leser eine äußerst bereichernde Lektüre zu wünschen.

Essen, im Februar 1998

Prof. Dr. med. K. Jahnke

Vorwort zur 5. Auflage

Die Menière-Erkrankung mit ihren meist unvorhersehbaren Schwindelanfällen kann Menschen an Leib und Seele durcheinander wirbeln. Wer sein Gleichgewicht, seine Orientierung im Raum verliert, verliert oft auch seine – bis dahin als selbstverständlich angenommene – Sicherheit und Zuversicht in Bestehendes.

Einige kommen danach trotzdem wieder »gut auf die Beine«, andere erleiden nur wenige Anfälle und viele können langfristig von den inzwischen möglichen Therapien profitieren, auch wenn sie oft nicht ohne Hör- und Gleichgewichtsfunktionsverluste bleiben. Manche Veränderungen können aber auch lange schmerzhaft Einschnitte nach sich ziehen.

Als ich 1987 begann, mich aus der eigenen Not heraus mit dem Morbus Menière zu beschäftigen, suchte ich weitestgehend vergeblich nach einem – für mich – brauchbaren Wissen, das mir Halt und Anknüpfungspunkte bei der für mich nur schwer durchschaubaren Erkrankung gab. Dabei fand ich damals sehr viel wissenschaftliche Literatur, aber wenig, das mir wirklich weiter half. Mir blieb in der Vielzahl der Einzelpublikationen der rote Faden nicht sichtbar, und so wendete ich mich wieder von dem Thema ab, da die Erkrankung zwischenzeitlich auch fast zur Ruhe kam.

Im Jahr 1993 kam dann »der Menière« so heftig über mich, dass mir gar keine andere Wahl mehr blieb, als das Thema, das ich mir – bewusst – nicht ausgesucht hatte, anzunehmen. So entstand in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung bei erheblichen beruflichen Konsequenzen, die erste Auflage meines Buches über die Menière-Erkrankung, das damals noch den Untertitel »Krieg im Innenohr« trug.

Die Arbeit an diesem Buch hat mir geholfen, wenigstens auf der rationalen Ebene das Krankheitsbild und so auch einen Teil meines Schwindels besser zu verstehen. Darüber hinaus gab es 1985 keine allgemein zugängliche Darstellung in zusammenhängender Form, da selbst die wenigen wissenschaftlichen größeren Übersichten, wie etwa die von Morgenstern (1985) und Helms (1985), aus dem öffentlichen Zugriff in wenige medizinische Bibliotheken verschwunden waren.

Inzwischen erscheint mir persönlich nach über einem Jahrzehnt Arbeit in der psychosomatischen – und neurootologisch orientierten – Klinik Bad Arolsen vieles klarer. In der Volltagsbeschäftigung und im Dialog mit »Ohren- und Schwindelpatienten« habe ich einiges erfahren können. Dazu gehört die Entwicklung einer psychosomatischen Sichtweise und fachlich insbesondere die Beschäftigung mit endolymphatischen Prozessen – auch ohne Schwindel.

Auch allgemein hat sich diese Situation erfreulicherweise verändert. So gab es zwischenzeitlich auf dem wissenschaftlichen Sektor ein Buch von O. Michel (1998) zur Grundlagenforschung und zur HNO-ärztlichen Sicht der Dinge, das leider vergriffen ist und ohne erneute Firmenunterstützung nicht wieder aufgelegt wurde. Hingegen »frei« im Internet zugänglich ist seit 2005

ein Übersichtsartikel von L.E. Walther (2005), der – wenn auch deutlich konzentrierter – aus HNO-Sicht den M. Menière ausführlicher beleuchtet.

Darüber hinaus hat die Tinnitus-Liga das Thema Morbus Menière verstärkt und anhaltend aufgegriffen und die Selbsthilfegruppe K.I.M.M (Kommunikation und Information Morbus Menière) an Zuwachs gewonnen. Dadurch wird auch mehr in immer breiterer Form dargestellt, und Betroffene können sich – auch untereinander – verständigen. Auch in psychosomatischen Kliniken ist das Krankheitsbild des Morbus Menière nun keine große Unbekannte mehr.

Speziell in der Psychosomatischen Klinik Bad Arolsen konnten wir für inzwischen gut 600 Menière-Patienten ein Konzept anbieten, das nicht nur die rein medizinische Komponente des Erkrankungsbildes berücksichtigt, sondern auch die Auswirkungen auf Körper, Seele und Geist. Dies hat uns ermöglicht, mit den Patienten zu für sie lebbareren Bewältigungsversuchen zu kommen.

Hinzugekommen ist für mich eine intensive Beschäftigung mit den psychologischen und psychosomatischen Komponenten des Morbus Menière, die sich auch in dieser Neuauflage verstärkt wiederfindet. Dabei hat insbesondere der durch die Erkrankung mit ausgelöste seelische (reaktiv-psychogene) Dauerschwindel einen breiten Raum gefunden, zumal dieser meist gut behandelbar ist, und das ohne weitere Funktionsverluste, sondern im Gegenteil meist mit einem Zuwachs an eigener Kompetenz.

Der Ansatz des Buches bleibt, Betroffenen und ihren Mitmenschen allgemeinverständlich einen Einblick darüber zu geben, was an Grundlagen, Auswirkungen und Therapieversuchen dieser Krankheit bekannt ist. Darüber hinaus ist es mein Anliegen, dass hinter der Krankheit auch die vom Morbus Menière betroffenen Menschen sichtbar werden. Ihnen möchte ich Kriterien an die Hand geben, um das schwindelerregende Krankheitsbild für sich nachvollziehbar zu begreifen und mit dem, was trotz der Erkrankung auch noch möglich ist (!), strukturierter umgehen zu können.

Bedanken möchte ich mich weiter ganz herzlich bei allen, die mit dazu beigetragen haben, dass dieses Buch entstehen und weiter entwickelt werden konnte.

Die Grundlagen mit geschaffen hat noch in Köln Hanna Elskamp, der ich für die unschätzbare Unterstützung und Hilfe nicht nur bei der Entstehung des Buchprojektes weiter sehr danken möchte. Sie hat mit mir meine (bisher?) schlimmste Zeit mit der Erkrankung ausgehalten und getragen, was im erweiterten Sinne auch für Angelika Wuttke und Dr. Hans Helmut Brill aus meiner alten WG gilt. Ihnen bleibt mein herzlicher Dank ebenso wie Dr. Franjo Grothenhermen, einem alten Weggefährten, der das Manuskript der ersten Auflage durchgearbeitet hat.

Ohne die therapeutische Unterstützung von Irene Wielpütz aus Köln wäre das Buch so nie zustande gekommen, und die weiteren Auflagen wären möglicherweise noch in vielen psychologischen Anteilen ungeschrieben geblieben. Ihr und meinem psychotherapeutischen Ausbilder Dr. Volker Warnke aus Kiel verdanke ich viele Anstöße auch professioneller Art und die Hilfe bei der Strukturierung meines Schwindels. Damian Dölberg aus Eisenach hat mir dabei die Tür für psychiatrische Einblicke geöffnet.

In Arolsen haben mir 1994 Dr. G. Hesse und M. Nelting in der Tinnitus-Klinik Bad Arolsen beruflich einen neuen Lebensabschnitt ermöglicht und mich in einer Zeit eingestellt, in der schon sehr viel Zuversicht nötig und wenig Sicherheit möglich war. Mit ermöglicht haben diese Chance meine Kollegen und Kolleginnen, auch ihnen einen herzlichen Dank.

Für die aktuelle Unterstützung und Begleitung bei der nun schon 5. Auflage möchte ich meiner Kollegin und Frau Hedwig Holtmann danken, die ich erst hier fernab von Köln und Berlin zusammen mit ihrer Tochter Jana Holtmann kennen lernen durfte.

Danken möchte ich aber auch den vielen hier unbenennbaren Menière-Betroffenen, die mir Rückmeldungen und Anregungen gegeben haben. Auf der »Institutionellen Selbsthilfe-Ebene« gilt dies für die Deutsche Tinnitus Liga und die K.I.M.M., auch ihnen vielen Dank.

Herrn Prof. Klaus Jahnke danke ich nicht nur für das Geleitwort, sondern auch für die kritische Durchsicht des Manuskripts zur 2. Auflage und für seine wertvollen Hinweise, die auch in dieser Auflage ihren Niederschlag gefunden haben. Gegen die Routine einer nun 5. Auflage hat Christiane Gerhard, die 2006 in Arolsen angefangen hat zu arbeiten, dieses Buch noch einmal mit »neuen Augen« gelesen und noch manche Anregungen gegeben und Korrekturen ermöglicht.

Nicht zuletzt möchte ich den internen und externen Mitarbeitern des Springer-Verlags danken, Renate Scheddin (Planung), Renate Schulz (Projektmanagement/Herstellung) und Dr. Karen Strehlow (Lektorat).

Ihre Routine und Sicherheit in der Nachfolge von Dr. Heike Berger, Gisela Zech-Willenbacher und Stefanie Zöller von Planung/Projektmanagement sowie Herrn Bernd Stoll und Meike Seeker von der Herstellung sind eine Herausforderung und eine Wohltat bei den Unstetigkeiten des Menière-Krankheitsbildes.

Arolsen, Herbst 2006

Helmut Schaaf

Vorwort zur 1. Auflage

Quälender, anfallsartiger Drehschwindel, Hörverlust und Ohrensausen sind die typischen Zeichen der Menière-Krankheit. Aber obwohl diese stark belastende Krankheit allen Medizinstudenten schon einmal in Prüfungen begegnet ist, ist der *Morbus Menière*¹ dennoch kaum in das engere Verständnis der Mediziner² eingedrungen.

Zwar wissen Ärzte im Notfall wirksam mit dem Schwindel und der Übelkeit umzugehen, aber in der Zeit zwischen den dramatischen Anfällen sind die Patienten meist sich selbst überlassen.

Auch fast 140 Jahre nach ihrer Erstbeschreibung durch den französischen Arzt Prosper Menière (1861) bleibt die nach ihm benannte Krankheit noch immer »mysteriös« (Huang 1991, S. 7). Weder sind die genauen Ursachen dieses Leidens, das zu beidseitiger Taubheit, Unsicherheit und Hilflosigkeit bis zu Berufsunfähigkeit führen kann, noch eine zuverlässige bewahrende oder gar heilende Behandlung bekannt. Ärzte schleusen ihre Patienten oft jahrelang durch die verschiedensten, sich häufig widersprechenden Therapien und/oder schicken sie von Pontius zu Pilatus, ehe nach Jahren eine oft verstümmelnde Maßnahme den Symptomen ein erstes Ende setzt oder die Menière-Krankheit – wie auch immer – von selbst »ausbrennt«.

Hinzu kommt das psychologische Problem: Selbst nie wissend, ob und wann ein nächster Anfall in welcher Stärke kommt, erscheinen die Betroffenen den meisten Mitmenschen zwischen den Anfällen zu gesund, als dass die Schwere der Belastung ernst genommen werden mag, und im Anfall glauben Außenstehende eher einen Trunkenbold denn einen ernsthaften Notfall vor sich zu haben, sodass nur selten Hilfe zu erwarten ist.

Aber auch viele Betroffenen wissen oft zu wenig über ihre Krankheit. So sind sie für einen möglichen Anfall nicht so gut gewappnet, wie sie es sein könnten. Eindrücke wie: »Das ist etwas, was über mich kommt« sind häufig. Nur selten werden psychische Begleitumstände verfolgt, was wohl auch mit der Furcht zusammenhängt, gleich als verrückt oder als »selbst schuld« abgestempelt zu werden.

Obwohl inzwischen unzählige wissenschaftliche Aufsätze über den M. Menière vorliegen, fehlt bisher ein deutschsprachiges Buch³ oder gar ein Ratgeber für die Betroffenen selbst. Das ist bei der Anzahl der Patienten (das Vorkommen wird in Großbritannien auf 1:1.000, in Schweden

1 Kursiv geschriebene Fachbegriffe sind im Glossar (s. Anhang B) erläutert.

2 Im Springer-Verlag ist es üblich, aus sprachökonomischen Gründen für Personengruppen nur die maskuline Form zu verwenden.

3 Für Mediziner empfehlenswert ist der leider nur noch in Bibliotheken ausleihbare, da nicht mehr lieferbare, Verhandlungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde aus dem Jahre 1985, in dem Morgenstern und Helms einen sehr guten Überblick geben. Das Gleiche gilt leider auch schon für die Monographie von O. Michel, »M. Menière und verwandte Gleichgewichtsstörungen« im Thieme-Verlag (► s. Literaturverzeichnis)\

auf 1:2.174, in Frankreich auf 1:13.333 geschätzt; Pfaltz u. Thomsen in: Pfaltz 1986, S. 2f) und der Schwere der Erkrankung erstaunlich.

Der Autor, Arzt und selbst betroffen, will in der folgenden Abhandlung Betroffenen und ihren Mitmenschen einen Einblick darüber geben, was über diese Krankheit bekannt ist und was sie begleitet. Dabei bemüht er sich, Grundlagen, Auswirkungen und Therapieversuche allgemein verständlich darzustellen und gleichzeitig auch für die medizinischen Behandler interessant zu bleiben.

Bei dem Versuch, ein neues Gleichgewicht zu finden, will die Schrift, bei aller Hilflosigkeit, den Betroffenen eine Orientierungshilfe geben.

Den sie begleitenden Menschen und Therapeuten will sie einen Überblick geben, wie sie diese Bemühungen stützen und unterstützen können.

Obwohl die schulmedizinische Darstellung der Schrift sicher überwiegt, ist sie doch deutlich verschieden von sonstigen medizinischen Sichtweisen. Als Betroffener kann der Autor die Krankheit weder »hochinteressant« noch »spannend« finden, wie dies von forschenden Kollegen gerne getan wird. Auch werden Zustände von Beschwerdefreiheit oder -linderung nicht Heilung genannt und eine symptomfreie Zeit zwischen den Anfällen nicht als Gesundheit.

Aus Achtung vor Prosper Menière soll auch nicht schnodderig von »Menière« gesprochen werden, wenn die – nach seinem Tode – nach ihm benannte Krankheit gemeint ist. Dies wird der vielseitigen in mancherlei Hinsicht außergewöhnlichen Person nicht gerecht (Pappas 1993). Auch kann er nichts dafür, dass dieses Krankheitsbild nach ihm benannt wurde.

Danken für die unschätzbare Unterstützung und Hilfe – auch bei diesem Buch – will ich insbesondere meiner Freundin Hanna Elskamp. Mein herzlicher Dank gilt weiterhin Angelika Wuttke und Dr. Hans Helmut Brill aus meiner ehemaligen Wohngemeinschaft, Irene Wielpütz, ohne die dieses Buch so nie zustande gekommen wäre, sowie Franjo Grothenhermen, einem alten Weggefährten, Dr. Gerd Hesse und Manfred Nelting (Tinnitus-Klinik Arolsen) und Hans Knör (Deutsche Tinnitus-Liga), die konkret das Manuskript durchgesehen und mir Mut und manche Anregungen gegeben haben. Nicht zuletzt möchte ich den Mitarbeitern des Springer-Verlags danken, namentlich Heike Berger, Stefanie Zöller und Renate Schulz vom Lektorat sowie Bernd Stoll von der Herstellung.

Arolsen, im Frühjahr 1995

Helmut Schaaf

Inhaltsverzeichnis

1	Klinik des Morbus Menière – Wie alles anfangen kann	1
	Drehschwindel	2
	Wie alles anfangen kann – ein beispielhafter Fall – der klassische Fall. . .	2
	Und dann?	4
	Hörverlust, Ohrensausen und	4
	Druck- und Völlegefühl im Ohr	5
	... Unsicherheit und Schwindel der Seele	5
	Ist der Morbus Menière eine psychosomatische Krankheit?	7
2	(Physiologische und anatomische) Grundlagen –	
	Ein Schaden im Innenohr	9
2.1	Grundlagen des Gleichgewichtssystems	11
2.1.1	(Rolle der) Augen	16
2.1.2	Riechen	17
2.1.3	Schmecken und das »Bauchgefühl«	17
2.1.4	Gehöranteil	17
2.1.5	Rückenmarksbahnen	19
2.1.6	Körpereigenfühler.	19
2.2	Schaltstelle im Gehirn	19
2.3	Seelisches Gleichgewicht	21
2.4	Wie schlagen sich die Funktionen in Strukturen nieder?	22
3	Pathophysiologie des Morbus Menière –	
	Wo liegt der Schaden? Der Druck im Innenohr macht	25
3.1	... Schwindel aus dem Innenohr	26
3.2	... Augenzittern (Nystagmus)	29
3.3	... Hörverlust	30
3.4	Fehlender Lautheitsausgleich (»recruitment«) und Geräusch- empfindlichkeit	31
3.5	... Töne ohne Hören – der Tinnitus	32
3.6	... Druckgefühl in und hinter dem Ohr	33
3.7	... Sinnesmissempfindungen (Parästhesien)	34
3.8	Formen des Schwindels	34
3.8.1	Schwindel der Seele – psychogener Schwindel	34
3.8.2	Können Angst und Panik auch einen Menière-Schwindel verursachen?	41
4	Sonderformen	47
4.1	Lermoyez-Syndrom	48
4.2	Tumarkin-Anfall	48
4.3	Kochleäre Form des Morbus Menière	48
4.4	Vestibuläre Form des Morbus Menière	49

5	Abgrenzung von anderen Krankheitsbildern (Differenzialdiagnose)	51
5.1	Vom Körper zur Seele und zurück: eine Fehldiagnose und ihre Behandlung	53
5.2	Was es NICHT ist	56
5.2.1	Hörsturz	56
5.2.2	Schwankendes Hörvermögen mit Tieftontinnitus	58
5.2.3	Psychogener Schwindel – seelischer Schwindel	60
5.2.4	Gutartiger Lagerungsschwindel	66
5.2.5	Isolierte Otolithenfunktionsstörungen	67
5.2.6	Einflüsse des Luftdrucks auf das Ohr: Tullio-Phänomen	67
5.2.7	Hennebert-Symptom	68
5.2.8	Vestibularisparoxysmie	69
5.2.9	Akustikusneurinom	70
5.2.10	Akuter einseitiger Gleichgewichtsausfall (Labyrinthausfall)	70
5.2.11	Zervikale Hör- und Gleichgewichtsstörungen	72
5.2.12	Riss im runden Fenster am Übergang vom Mittel- zum Innenohr	73
5.2.13	Multiple Sklerose	73
5.2.14	Migräne	74
5.2.15	Syphilis	75
5.2.16	Nebenwirkungen von Medikamenten	75
5.2.17	Durchblutungsstörungen	77
5.2.18	Zentral-vestibuläre Schwindelsyndrome	77
5.2.19	Gestörtes Gleichgewicht im Alter	78
5.2.20	Das alles und noch viel mehr	80
6	Untersuchungsmethoden	81
6.1	Krankengeschichte (Anamnese)	82
6.2	Vestibularisprüfungen	82
6.3	Kalorische (thermische) Prüfung	84
6.4	Untersuchung der Otolithenorgane	85
6.5	Phasenaudiometrie des endolymphatischen Hydrops	87
6.6	Hör- und Sprachtests (Tonschwellen- und Sprachaudiogramm)	88
6.6.1	Knochenleitung	89
6.6.2	Sprachaudiogramm	90
6.7	Otoakustische Emissionen und Distorsionsprodukte	91
6.8	Brain-evoked-response-Audiometrie (BERA)	91
6.9	Glyzerolbelastungsprobe (Klockhoff-Test)	92
6.10	Elektrokochleographie	92
6.11	Bildgebende Verfahren	93
6.12	Manualtherapeutische Untersuchung	94
6.13	Psychologische Diagnostik	94
6.14	Fragebögen – Testdiagnostik	95
6.15	Schwindel in der therapeutischen Beziehung	96
6.15.1	Was macht der Schwindel mit den Therapeuten?	96
6.15.2	Appell auf der Beziehungsebene	97

7	Therapie des Morbus Menière	
	Was tut man gegen die Krankheit oder wie geht man damit um?	99
7.1	Aufklärung und Beratung	100
7.2	Akuttherapie	101
7.2.1	Medizinische Hilfe in der Not.	101
7.2.2	Eigene Notfallvorbereitung.	103
7.3	Therapie zwischen den Anfällen	106
7.4	Stadienorientierte Behandlung	107
7.4.1	Schwankendes Hörvermögen mit Schwindel – Stadien 1 und 2.	110
7.4.2	Wenn der Schwindel öfter kommt – Stadien 2b und 3.	133
7.4.3	Ausgebrannter oder austherapierter Morbus Menière – Stadium 4	147
7.5	Grundrisse einer stationären psychosomatischen Behandlung bei Morbus Menière	150
7.6	Wenn der Tinnitus im Vordergrund steht	153
7.7	Alternativen und Außenseiter – Chancen und Gefahren.	153
8	Beidseitige Erkrankung.	159
9	Wie geht es weiter?	163
9.1	Arbeitsfähigkeit und -unfähigkeit	164
9.2	Schwerbehinderung und Minderung der Erwerbsfähigkeit	166
9.3	Verkehrstauglichkeit	169
9.4	Angehörige	170
9.4.1	Gemeinsame depressive Verarbeitung.	170
9.4.2	Verdrängender Umgang mit der Erkrankung.	171
9.4.3	Sich gegenseitig unterstützende und – im Idealfall – fördernde Verarbeitung der Erkrankung.	171
9.4.4	Fazit.	171
10	Resümee – Rückblick – Ausblick	173
11	Kurze Antworten auf häufig gestellte Fragen – Für eilige Leser	179
	Anhang	185
A	Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Audiologen und Neurootologen (ADANO)	187
	Leitlinie M. Menière	187
B	Selbsthilfegruppen	189
	Auflösung des Rätsels von S. 127	191
C	Glossar	193
D	Präparateübersicht über erwähnte Arzneimittel.	
	Literatur	201
	Sachverzeichnis.	209

Klinik des Morbus Menière

Wie alles anfangen kann

Drehschwindel

Im Vordergrund der Menière-Erkrankung steht akut der meist anfallsartige Schwindel. Dieser geht beim Morbus Menière mit einem schwankenden Hörverlust und einem meist tiefklingenden Ohrgeräusch (Tinnitus) einher. Die Häufigkeit des Morbus Menière wird in Industrienationen auf 1:1.000 (0,1%) geschätzt. Ebenfalls geschätzt wird, dass in Deutschland pro Jahr 3.200–9.000 Neuerkrankungen auftreten (Jahnke 1999).

Der Schwindel kann von mindestens 10-, eher 20-minütigen Anfällen bis zu stundenlangen schweren Drehschwindelattacken mit unstillbarem Erbrechen variieren. Kürzere und längere Anfälle haben wahrscheinlich andere Ursachen.

gutartig, peripher

Diese »an sich« – im Gegensatz zu bösartigen Tumorerkrankungen – gutartige und – in Abgrenzung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems – periphere Erkrankung von Gleichgewichts- und Hörorgan kann im günstigen Fall einen leichten Verlauf nehmen. Dann bleiben die Schwindelanfälle überschaubar, der Hörverlust gering und einseitig und das Ohrgeräusch ohne weitere Folgen.

Im ungünstigen Fall kann die Menière-Erkrankung aber auch führen zu:

- Schwerhörigkeit,
- einem Leiden am Tinnitus,
- im Gefolge der Schwindelanfälle zu länger anhaltender Unsicherheit, Hilflosigkeit, Angst und Panik sowie
- zu depressiven Entwicklungen.

reaktiv auch psychogen

Stellt sich das in vielen Fällen als existenziell bedrohlich erlebte Schwindelereignis öfter ein, so kann die Angst vor dem Schwindel so groß werden, dass sie selbst als Unsicherheit und Schwindel empfunden und zu einer eigenen Krankheitskomponente wird. Oft macht sich dann ein »ständiges« Schwindelgefühl, ein »psychogener Schwindel« bemerkbar. Diese meist stufenlosen Übergänge zwischen organisch bedingtem und (reaktivem) psychogenem Schwindel machen die Menière-Erkrankung zu einem der vielgestaltigsten Schwindelphänomene, das einer besonderen Beachtung sowohl hinsichtlich der Diagnose als auch der Therapie bedarf.

Das hat auch dazu geführt, dass das japanische Gesundheitsministerium den Morbus Menière 1974 auf die Liste der insgesamt 43 schwer behandelbaren Krankheiten gesetzt hat, deren Ursprung unklar und deren Behandlung nicht etabliert ist.

Im Folgenden soll dargestellt werden, was über die Erkrankung bekannt ist und was den Umgang mit der Erkrankung verbessern kann.

Wie alles anfangen kann – ein beispielhafter Fall – der klassische Fall

Beispiel

- 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; das Erbrechen tritt erneut auf, sobald der Kranke versucht, seine Lage zu ändern. Der Patient kann weder den Kopf heben noch sich nach rechts oder links drehen, ohne das Gleichgewicht zu verlieren; sein Gang wird unsicher, er neigt sich, ohne es zu wollen, nach einer Seite, oft ist er sogar gezwungen, sich gegen eine Wand zu lehnen. Der Boden scheint ihm uneben, er stößt sich an den kleinsten Hindernissen, die beiden Beine sind nicht mehr gleich geschickt, eine Treppe hinaufzugehen. Anders ausgedrückt: Die Steh- und Gehmuskeln arbeiten nicht mehr mit der gewohnten Regelmäßigkeit. Jede etwas heftige Bewegung ruft Funktionsstörungen derselben Art hervor. Lässt sich der Kranke beim Hinlegen plötzlich in die waagerechte Lage fallen, so gerät das Bett nebst allen Dingen in der Umgebung in gewaltig kreisende Bewegung, er glaubt sich auf der Brücke eines Schiffes, von mächtigem Schlingern geschaukelt, und alsbald tritt Übelkeit auf, genau wie im Beginn einer Seekrankheit. Nimmt der Kranke dagegen beim Aufstehen plötzlich senkrechte Haltung an, so treten dieselben Erscheinungen ein, und will er sich in Bewegung setzen, so dreht er sich um sich selbst und fällt augenblicklich um. 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. Doch es dauert nicht lange, so meldet der aufmerksame Patient, es seien bestimmte Phänomene aufgetreten, so z. B. oft starke, andauernde Geräusche in den Ohren, und dann pflegt das Gehör auf einer, manchmal auch auf beiden Seiten merklich schwächer zu werden.

Diese eindrucksvolle Beschreibung stammt aus dem Jahre 1861 von dem französischen Arzt Prosper Ménière selbst (in der Übersetzung von L. Blumenbach 1955).

Der dabei beschriebene, für die Erkrankung typische Drehschwindel tritt in der Regel anfallsweise und wiederholt auf. Dies kann zu allen Tageszeiten geschehen, auch nachts aus dem tiefen Schlaf heraus. Zuweilen kommt es vorher zur Verstärkung der Ohrgeräusche, zu einer – ggf. weiteren – Verminderung der Hörleistung, zu einem Druckgefühl im Ohr oder zu Kopfschmerzen.

Meine eigenen großen Anfälle begannen meist morgens. Klatschnass geschwitzt, aus bösen Träumen erwachend, drehte sich das ganze Zimmer um mich herum nach rechts, mir war übel, 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 noch gewusst hätte, welches der sich drehenden Fenster das Richtige war. Oft genug habe ich mir gewünscht, Bewusstlosigkeit wäre eingetreten. Aber das typische beim Ménière-Anfall ist gerade, dass keine Bewusstlosigkeit eintritt; damit unterscheidet er sich deutlich von vielen anderen Formen des Schocks oder von Anfällen, wie etwa dem epileptischen Anfall. Mein Glück war, dass ich meist nicht allein in der

Wohnung war und mir meine Mitmenschen und Mitmediziner akut helfen konnten, wenn ich sie denn, wie auch immer, erreicht habe.

Übelkeit, Erbrechen, Blässe

Beim einem großen Schwindelanfall treten meist Übelkeit und Erbrechen auf. Die Betroffenen sind blass, kaltschweißig und sehen so schockig aus, dass beim ersten Anfall selbst erfahrene Notärzte dies auch schon einmal als Kreislaufkollaps oder möglichen Herzinfarkt deuten können. Bei weiteren Anfällen wird der Patient, wenn er um die Krankheit weiß, selbst sehr genau sagen können, was vorliegt und die ersten Maßnahmen mit einem Zäpfchen, das die Übelkeit dämpft, eigenständig einleiten können.

Die Dauer der Anfälle variiert stark von Anfällen um 20–30 min bis zu schweren Drehschwindelattacken mit unstillbarem Erbrechen, das mehrere Stunden anhält.

Und dann?

Nach dem Anfall fühlen sich die meisten Betroffenen längere Zeit unsicher, schlapp und zerschlagen. Trotz Hörminderung ist das Ohr vorübergehend – scheinbar paradox – oft gegen laute Geräusche meist besonders empfindlich. Danach scheint bei den meisten Betroffenen erst einmal wieder alles so wie vorher zu sein. Was bleiben kann, sind sich verstärkende Ohrgeräusche (Tinnitus), ein Hörverlust ... und die Hoffnung, dass dies ein einmaliges Ereignis war.

Ausschlussdiagnose

Tatsächlich gilt es, das Krankheitsbild im Rahmen der Diagnostik von anderen Erkrankungen zu unterscheiden. Dies ist nicht einfach und so ist der Morbus Menière gerade in seinem Anfangsstadium oft eine Ausschlussdiagnose, d. h. das, was nach Abwägung aller anderen möglichen Ursachen übrig bleibt. Der Abstand bis zum nächsten Schwindelanfall ist sehr unterschiedlich – er kann Jahre betragen; ein Patient hat sogar von 17 Jahren berichtet. Leider sind aber auch sehr viel kürzere Abstände zwischen den Anfällen möglich. Dies können Monate, Wochen oder auch nur Tage sein.

Allerdings nehmen Stärke und Länge der Anfälle meist mit der Zeit ab. Ohne (chirurgische) Behandlung, so legen lang angelegte Studien nahe, scheint die Menière-Krankheit ein Plateau zu erreichen, bei dem bei mehr als 75% der Patienten die Anzahl der Schwindelanfälle abnimmt und ihre Intensität schwächer wird oder sie sogar ganz verschwinden. Dies scheint irgendwo zwischen dem ersten Auftreten und der Neun-Jahres-Grenze zu liegen (Stahle et al. u. Kitahara in: Huang 1991).

Dies kann objektive Gründe haben, weil das Gleichgewichtsorgan mit der Zeit immer mehr an Funktion verliert; subjektive Gründe können darin zu sehen sein, dass man bei guten Verarbeitungsmöglichkeiten und -kapazitäten doch Wege gefunden hat, damit umzugehen.

Manchmal sind es dann kleinere, aber unberechenbare Gleichgewichtsstörungen, die zu Taumeln, Schwanken und einem deutlichen Unsicherheitsgefühl führen können.

Hörverlust, Ohrensausen und ...

Außer dem Schwindel finden sich mit einem Hörverlust, typischerweise im Tieftonbereich, und einem meist tieffrequenten Ohrgeräusch zwei wei-

tere wichtige Symptome des Morbus Menière. Beide Symptome können im anfallsfreien Intervall eine bleibende Erinnerung an ein heftiges Ereignis sein.

Die Hörstörung wird v. a. im Bereich der Sprache unangenehm wahrgenommen. Töne können verzerrt und Musik dissonant gehört werden (Dysakusis). Meist schwankt (fluktuiert) der Hörverlust in seiner Ausprägung um ein mittleres Niveau. Allerdings können sich diese Schwankungen des Hörvermögens im Laufe der Erkrankung oft doch auf einem immer tieferen Niveau abspielen. Dann kann sich der Verlust des Hörvermögens vom Tiefenbereich auf die höheren Frequenzen ausdehnen; der Trend geht hier in Richtung Schwerhörigkeit. Hinzu kann eine Einschränkung des Richtungs hörens kommen, das nur mit beiden Ohren möglich ist.

In aller Regel bleiben allerdings meist Hörreste erhalten (Morgens tern 1985 und eigene Patienten; s. auch Dissertation Kolbe 2000; Schaaf et al. 2000), die für eine Hörgeräteversorgung genutzt werden können. Die Schnelligkeit und die Schwere des Verlaufs sind dabei aber individuell sehr unterschiedlich.

Der Tinnitus wird typischerweise als tieffrequentes Rauschen, etwa als Sausen und Brausen wahrgenommen. Es können sich aber im weiteren Verlauf, v. a. bei Ausfällen im Hochtonbereich, ein Pfeifen und Zischen einstellen. Charakter und Intensität können – auch das ist typisch bei Morbus Menière – wechseln. Meist ist aber das Leiden am Schwindel größer. Etwas Schlimmes wird durch noch Schlimmeres verdrängt. Dennoch kann das Ohrgeräusch ungemein störend sein, wenn es – dann meist in der anfallsfreien Zeit – in den Vordergrund der Beschwerden tritt, oft noch vor dem Hörverlust.

Dysakusis

tieffrequentes Rauschen

Druck- und Völlegefühl im Ohr

Viele Menière-Betroffene empfinden zusätzlich ein Druck- oder Völlegefühl im kranken Ohr oder im Bereich des direkt hinter dem Ohr läppchen tastbaren Warzenfortsatzes. Dieses fühlt sich an wie bei einer Mittelohrentzündung, manchmal sogar verbunden mit einem Stechen, das bis in die betroffene Gesichtshälfte ausstrahlen kann.

... Unsicherheit und Schwindel der Seele

Kaum zu beschreiben sind die Folgen für das normale Leben, wenn der Schwindel anfallsartig, unvorhersehbar und vor allem öfters auftritt. Dann kann die Menière-Erkrankung zu erheblichen Lebensbeeinträchtigungen führen.

Auch wenn vom M. Menière betroffene Patienten zu den meisten Zeiten ihres Lebens keinen organisch bedingten Schwindel oder Schwindelanfall haben, können sie sich oft nicht mehr ihrer selbst sicher sein. Ohne festen Stand besteht die Gefahr, aus der Bahn geworfen zu werden. Das hat Auswirkungen auf das Zusammenleben mit der Partnerin oder dem Partner und dem Freundes- und Bekanntenkreis und auf viele sonst selbstverständliche Dinge des Alltags, vom Zähneputzen bis zum Einkaufen. Dazu kommt der Verlust der Fahr- und oft auch der Berufssicherheit.

»ständiges« Schwindelgefühl

Dabei erscheinen die Betroffenen den meisten Bekannten in der Zwischenzeit zu gesund, als dass die Schwere der Belastung ernst genommen werden mag. Im Anfall hingegen glauben Außenstehende eher einen Trunkenbold denn einen ernsthaften Notfall vor sich zu haben, sodass auch dann nur selten Hilfe zu erwarten ist.

Häufige Folgen sind Angst, Isolierung und Depressionen, die durch das Unverständnis der Umwelt verstärkt werden können. Stellt sich das als existenziell bedrohlich erlebte Schwindelereignis öfter 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. Über die reinen Anfälle hinaus kann sich dann ein »ständiges« Schwindelgefühl bemerkbar machen. Medizinisch und psychologisch wird dies als »psychogener Schwindel« bezeichnet. Wenn zuerst die Menière-Erkrankung und dann der psychogene Schwindel auftritt, wird dieser als »reaktiv« bezeichnet.

Betroffene schildern dies oft so: 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«. In bestimmten Situationen kann dieses Gefühl, verbunden mit Angst und Panik, dann erlebt werden wie ein innenohrbedingter Menière-Anfall.

Ist der Arbeitsplatz in Gefahr oder verloren, zerbrechen oder zermürben Beziehungen, stellt sich oft genug die Frage nach dem Sinn auch des eigenen Daseins.

Beispiel

➤ «Heute Morgen schon, gleich als ich den Fuß auf den Boden vor dem Bett stellte, merkte ich, es wird wieder so ein Tag. Da kommt zuerst der Gedanke an Flucht«, schildert eine Menière-Betroffene im Tinnitus-Forum eindrucksvoll. »Ich komme mir vor wie ein Storch im Salat. Mit staksigen, hölzernen Beinen schiebe ich mich ins Bad ... All die alltäglichen Dinge der morgendlichen Körperpflege werden zur Quälerei – Heute kann ich nicht aus dem Fenster schauen, weil die Schritte zum Fenster zu schwierig sind. Ich mag nicht daran denken, krank zu sein. Ich fühle mich auch nicht krank. Meine Welt ist einfach anders geworden. Und dann gibt es Tage, die mich schon am Morgen grausam an mein neues Leben erinnern. Dann ist auch der Gedanke wieder da, wie schön war das alles, was ich einmal konnte. Wie schön es war, eine in der Familie, bei den Freunden und Nachbarn Bekannte zu sein. Eine, die sich nicht von ihnen unterschied« (Kraft 1992, S. 8f.).

Ich selbst habe über meine Menière-Krankheit u. a. meine Arbeit als Anästhesist verloren. Nach 2 heftigen Attacken innerhalb eines halben Jahres während meiner Assistenzarztzeit habe ich zunächst geglaubt, die üblichen Tabletten und autogenes Training allein reichten aus, um dem Elend Rechnung zu tragen. Nach 7 Jahren wurde ich so oft und heftig geschüttelt, dass ich zunächst nicht mehr das normale Pensum schaffen konnte. Monate später, als dann – wie ich (erst) heute (!) weiß – ein zunehmend psychogener Schwindel und eine depressive Erschöpfung hinzukamen, ging dann überhaupt nichts mehr.

Nach einem halben Jahr Arbeitsunfähigkeit kündigte mir mein Arbeitgeber. Ich dachte, auf dieser Welt nichts mehr zu suchen zu haben. Ein Jahr mit intensiver therapeutischer Unterstützung in einem mich tragenden Umfeld habe ich gebraucht, um u. a. nach einer – letztlich doch noch nötigen – Ausschaltung des Innenohres wieder auf die Beine zu kommen. Ich habe Jahre gebraucht, um für mich zu sehen, dass all dies letztlich aber auch eine für mich positive Wende eingeleitet hat, auch wenn ich mir eine weniger Schwindel erregende Dramatik gewünscht hätte.

Prominente Opfer dieser Erkrankung sind Martin Luther und wohl auch Vincent van Gogh.

- 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 Klingen 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 Klingen da, und ich sinke der Länge nach hin“ (aus Feldmann et al. 1998).

Beispiel

Auch wenn weiter bei Vincent van Gogh ein Stück Unklarheit bleibt, so litt der berühmte holländische Maler wohl nicht unter Epilepsie, wie lange angenommen wurde, sondern unter der unerkannten und Ende des 19. Jahrhunderts auch noch nicht überall bekannten Menière-Krankheit (Arenberg et al. in: Huang 1991, S. 84–103). Unbehandelt und sicher ohne zu wissen, was ihn quälte, schnitt er sich das betroffene Ohr ab. Es trieb ihn in den Wahnsinn und zuletzt in den Selbstmord.

Ein solch tragischer Krankheitsverlauf ist zum Glück selten und bei entsprechender Unterstützung auch aufhaltbar.

Eine große Hilfe, anders damit umzugehen, ist es schon, nachvollziehbar zu wissen, was eigentlich geschieht und dass das unheilvolle Geschehen auf einer Krankheit und nicht auf Einbildung beruht.

Ungemein stützend ist ein Freundeskreis, der sich jetzt als tragfähig erweisen oder sehr klein werden kann. Günstig sind auch Selbsthilfegruppen, zu denen über die Deutsche Tinnitus-Liga (www.tinnitus-liga.de) und die K.I.M.M. (www.kimm-ev.de) Kontakt aufgenommen werden sollte!

Selbsthilfegruppen

Allerdings scheint der Schritt in die Selbsthilfegruppen noch schwerer als etwa bei »reinen« Tinnituserkrankungen. Dies liegt sicher auch am Wesen der Krankheit: In der Not bekommt man kein Bein vor die Tür, und wenn es einem gut geht, ist die Tendenz, bloß in Ruhe gelassen werden zu wollen, groß. So kann sich die Unsicherheit durch die Krankheit auch in der zwischenmenschlichen und organisatorischen Kontaktaufnahme fortsetzen.

Ist der Morbus Menière eine psychosomatische Krankheit?

Wenn man mit Lamparter (1995) unter einem psychosomatischen Schwindel Phänomene zusammenfasst, bei denen das Symptom Schwindel zwar unmittelbar »organisch« bedingt ist, bei denen aber psychische Faktoren

gestörte Innenohr- prozesse, Bewältigungs- möglichkeiten

bei der Entstehung, Verschlimmerung oder Aufrechterhaltung des zugrunde liegenden Krankheitsbildes in erheblicher Weise wirksam werden, so handelt es sich beim Morbus Menière um eine psychosomatische Schwindelerkrankung.

Die Menière-Erkrankung ist eindeutig durch gestörte Prozesse im Innenohr erklärlich. Offensichtlich hängen aber das Ausmaß und die Art des Krankheitserlebens und -leidens nicht nur von der Anzahl und der Dauer der Menière-Attacken ab, sondern auch in wesentlichen Anteilen von den Bewältigungsmöglichkeiten des Betroffenen.

So gibt es:

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

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 Innenohrsgeschehen;
- die Vermischung mit anderen Schwindelformen (Blutdruck, Angst, Sehfehler usw.).

Verstehen ist wichtig

Wichtig für jeden Einzelnen und jeweils unterschiedlich betroffenen Menière-Patienten ist es, möglichst viele Anteile seines sicher immer komplexen »Menière-Geschehens« zu verstehen, um das Änderbare oder wenigstens Ausgleichbare und Verbesserbare anzugehen und das Nichtänderbare, auch wenn es oft sehr schmerzhaft und schwierig ist, zu akzeptieren.

Dann können die nötigen Hilfen angefordert und angenommen werden und vielleicht einige Umwege vermieden werden.

So ist, wer dieses Buch gelesen hat, zwar – leider – nicht geheilt, aber er weiß zumindest, worunter er leidet und braucht zu der vollkommen berechtigten und verständlichen Angst nicht noch mehr Angst und Verzweiflung als nötig zu haben.

(Physiologische und anatomische) Grundlagen

Ein Schaden im Innenohr

- 2.1 Grundlagen des Gleichgewichtssystems – 11**
 - 2.1.1 (Rolle der) Augen – 16
 - 2.1.2 Riechen – 17
 - 2.1.3 Schmecken und das »Bauchgefühl« – 17
 - 2.1.4 Gehöranteil – 17
 - 2.1.5 Rückenmarksbahnen – 19
 - 2.1.6 Körpereigenfühler – 19
- 2.2 Schaltstelle im Gehirn – 21**
- 2.3 Seelisches Gleichgewicht – 22**
- 2.4 Wie schlagen sich die Funktionen in Strukturen nieder? – 22**

endolymphatischer Hydrops

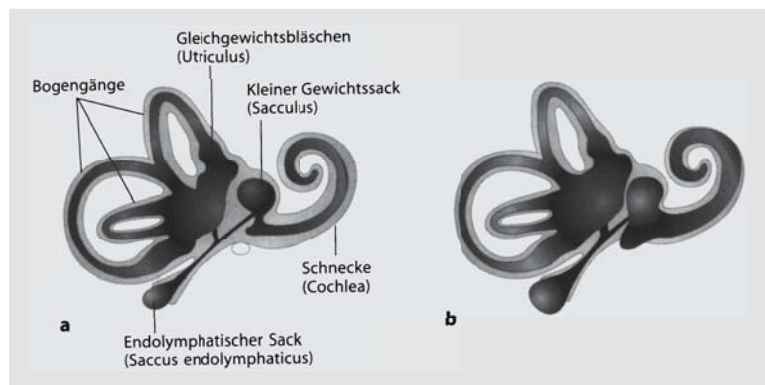
In den nächsten Kapiteln werden die medizinischen und psychologischen Grundlagen des Gleichgewichtssystems und des Hörens beschrieben.

Im Wesentlichen genügt es, für den Umgang mit der Menière-Erkrankung zu wissen, dass sich Gleichgewichts- und Hörvorgänge in einem fein ausgeklügelten System im Innenohr abspielen. Für das Funktionieren dieses Systems sind konstante Verhältnisse der winzigen Flüssigkeitsmengen in (Endolymph) und um (Perilymphe) die Gleichgewichts- und Hörgänge vonnöten, damit die sensiblen Organe mit ihren feinen Sinneshärcchen Raum- und Höreindrücke in sinnvolle elektrische Impulse umwandeln können (■ Abb. 2.1a, b).

Bei Menière-Betroffenen hat sich im Innenohr die (Endolymph-)Flüssigkeit in den Gehör- und Gleichgewichtsschläuchelchen gestaut. Medizinisch wird dieser Flüssigkeitsstau »endolymphatischer Hydrops« genannt. Dieser entsteht vermutlich als Folge eines Missverhältnisses von Produktion und Abtransport der Flüssigkeit in den Innenohrschläuchelchen. Dafür scheint v. a. eine verminderte Leistung des für den Abtransport zuständigen endolymphatischen Sacks verantwortlich zu sein. Dadurch kann das fein ausgeklügelte System der Sinneswahrnehmung gestört werden, und es kann zu einem regelrechten Chaos im Gleichgewichtsorgan sowie zu Störungen und Ausfällen im Hörorgan kommen. Diese äußern sich in typischerweise unvorhersehbarem, attackenweisem Schwindel, in Hörverlust und in Ohrgeräuschen sowie als Druckempfindung im oder auch hinter dem Ohr. Dies hat – wie Sie schon gelesen haben – Auswirkungen auf den ganzen Menschen (■ Abb. 2.2).

Wenn Ihnen diese kurze Erklärung als vielleicht zunächst einmal erste Orientierung genügt, können Sie, ohne etwas Grundlegendes versäumt zu haben, im ► Kap. 3 weiterlesen.

Für viele ist aber auch das möglichst genaue Verständnis des bisher organisch Bekannten wichtig, um so viel Klarheit wie möglich zu bekommen. Für diese und diejenigen, die vielleicht später noch Genaueres wissen



■ Abb. 2.1.a,b. Schematische Darstellung der Endolymphsituation. a Unauffällige Situation mit normal weiten Endolymphgängen, b Hydrops mit ausgedehnten Endolymphgängen