

---

## Morbus Menière

---

Helmut Schaaf

# Morbus Menière

Schwindel – Hörverlust – Tinnitus:  
eine psychosomatisch orientierte  
Darstellung

9., vollst. überarb. Auflage 2021



Springer

Helmut Schaaf  
Tinnitus-Klinik Dr. Hesse  
Bad Arolsen, Deutschland

ISBN 978-3-662-64212-2      ISBN 978-3-662-64213-9 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-64213-9>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnetet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 1995, 1998, 2001, 2004, 2007, 2009, 2012, 2017, 2021

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung: Monika Radecki

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

---

## Vorwort zur 9. Auflage

Die Menière-Erkrankung mit ihren meist unvorhersehbaren Schwindelanfällen kann Menschen an Leib und Seele durcheinanderwirbeln. Wem so sein bis dahin sicher geglaubtes Gleichgewicht verloren geht, dem können auch die Sicherheit und Zuversicht in Bezug auf weitere wichtige Säulen des Lebens verloren gehen, die bis dahin für selbstverständlich gehalten wurden.

Als ich 1987 begann, mich aus der eigenen Not heraus als Patient mit dem Morbus Menière zu beschäftigen, suchte ich nach einem – für mich – hilfreichen Wissen, das mir Halt und eine verlässliche Orientierung bei der für mich nur schwer durchschaubaren Erkrankung geben könnte. Gefunden habe ich zahlreiche wissenschaftliche Artikel und einige Symposiums-Bände, in denen mir das Krankheitsbild weiter unklar blieb. Dabei fand ich eine Vielzahl von Einzelstimmen, die sich überwiegend mit den Erscheinungsformen der Erkrankung, aber kaum mit den Erkrankten beschäftigten.

Als mich 1993 nach einigen erträglichen Jahren „die Menière-Krankheit und ihre Begleitsymptomatik“ aus der Bahn warf, blieb mir gar keine andere Wahl, als mich selbst intensiv mit dem Morbus Menière auseinanderzusetzen. So hatte die Krankheit einen Autor gefunden und nicht ein Autor ein Krankheitsbild.

Das hat Folgen für die Betrachtungsweise und die Darstellung.

- So ist dieses Buch geschrieben mit Blick auf die Betroffenen und in dem Bemühen, auch für sie die Grundlagen der Erkrankung und ihre Auswirkungen, aber auch die vorhandenen Kompensationsmöglichkeiten verständlich darzustellen.
- Ich habe gleichzeitig darauf geachtet, die Sachaspekte mit Hinweis auf wichtige und aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen so abzusichern, dass auch ärztliche und psychotherapeutische Kolleginnen und Kollegen eine zusammenhängende Darstellung finden können.

Insgesamt soll auf neurootologischer und psychosomatischer Basis deutlich werden, was gewusst und umgesetzt werden kann und was kritisch hinterfragt werden sollte. Eingeflossen ist dabei die Erfahrung aus dem Umgang mit der eigenen Menière-Erkrankung und eine inzwischen jahrzehntelange Erfahrung mit Menière-Patienten in einer deutschen Spezialklinik, die ebenso neurootologisch wie psychosomatisch arbeitet.

Je besser die Erkrankung verstanden und die Unsicherheit gemindert werden kann, desto mehr werden Möglichkeiten des Umgangs mit dem Schwindel erkennbar. Dann bleiben auch die Folgeprobleme kleiner. Dies gilt insbesondere für die Phänomene des reaktiv psychogenen Schwindels und der Ausweitung der Angstkomponente.

So ist der Morbus Menière keine „Todesdiagnose“ und keine (zentrale) Erkrankung des Gehirns, wie schon Prosper Menière vor über 160 Jahren vermutete. Auch wenn die Krankheit **an sich** nicht heilbar ist, so sind dennoch viele Auswirkungen des Morbus Menière in großen Teilen ausgleichbar oder zumindest günstig beeinflussbar. In dem stets individuellen Mosaik der Erkrankung mit ihren verschiedenen ausgeprägten körperlichen und seelischen Anteilen kann die Medizin den Grundstein legen bei

1. der Erkennung (Diagnostik), die sich deutlich erweitert hat
  - durch die Möglichkeiten der Aufnahmen der Augenbewegungen und Hörüberprüfung im Akutfall mit einem Handy oder Smartphone
  - der verbesserten Gleichgewichtsdiagnostik
  - und die Sichtbarmachung des Endolymphstaus im MRT
2. der Aufklärung und Beratung
3. der Möglichkeit der effektiven Dämpfung des akuten Anfalls
4. der medizinischen Begleitung (Therapie) zwischen den Anfällen, u. a. mit dem Versuch, Kortison ins Mittelohr zu geben
5. der Bereitstellung von technischen Kompensationshilfen beim Hörverlust von Hörhilfen bis zum Cochlear-Implant
6. und der endgültigen Ausschaltung des Gleichgewichtsorgans als letzte „definitive“ Option.

So hat sich allgemein die Situation für Menière Erkrankte in den letzten 30 Jahren erfreulicherweise verändert. Anhaltend beschäftigen sich mit der Thematik die Deutsche Tinnitus-Liga und die Selbsthilfegruppe K.I.M.M (Kommunikation und Information Morbus Menière). Dadurch werden mehr Inhalte in immer breiterer Form dargestellt, und Betroffene können sich – auch untereinander – verstündigen. Auch in sich psychosomatisch verstehenden Kliniken ist das Krankheitsbild des Morbus Menière keine große Unbekannte mehr.

Hingegen muss mit Sorge die weiter zunehmende Entwicklung im Wissenschaftsbereich betrachtet werden. Hier sollen auch die universitäre Lehre und ihre Studien zunehmend „von außen“ finanziert werden, und das in aller Regel aus Eigeninteresse der Geldgeber. Das hat – bewusst oder nicht – Auswirkungen auf den Erkenntnisprozess und die Darstellung der Ergebnisse. So besteht die Gefahr, dass Ergebnisse tendenziös gewertet werden können. In diesem Zusammenhang fällt es manchmal schwer, das nicht Tendenziöse glauben zu dürfen. In diesem Licht findet sich in diesem Buch auch ein längeres Kapitel zu den immer noch nahezu reflexhaft verschriebenen Betahistinen, auch wenn sich sie sich in einer gut angelegten Studie

der Betahistin-Befürworter(!) als so (wenig) wirksam erwiesen haben wie Placebo, egal ob niedrig oder hochdosiert.

In der Neurologie hat dieser Missstand bei der Entwicklung von Leitlinien dazu geführt, dass eine Initiative für pharma-unabhängige Leitlinien gestartet wurde. Das tätet der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sicher auch gut.

Gleichzeitig wird der Druck, zu veröffentlichen, so erhöht, dass teilweise schnell und (zu) viel publiziert wird. So werden immer wieder Teilergebnisse als umfassende Erkenntnis verkündet. Zwar schließen diese Publikationen ebenso oft mit dem Hinweis, dass weitere Untersuchungen nötig seien, diese folgen dann aber meist nicht.

Dennoch muss man denen, die zu Morbus Menière forschen, Respekt zollen. Sie forschen zu einer Erkrankung, die extrem selten ist, über viele Jahre „natürliche Veränderungen“ zeigt, was – bis auf (bisher nicht hilfreiche) Medikamentenstudien – kaum belohnt wird.

Gleichzeitig bleiben weiter viele Fragen offen, unter anderem danach, was den Morbus Menière überhaupt auslöst. Am bedeutendsten im Verlauf erscheint mir – wenn kein wirksamer invasiver Eingriff erfolgt – die Zeit. Je länger mit der Dauer der Erkrankung die Schädigungen im Gleichgewichtsorgan voranschreiten, desto seltener und weniger heftig werden in der Regel die Schwindelattacken. Das erklärt auch, warum therapeutische Maßnahmen umso „wirkungsvoller“ erscheinen können, je später sie eingesetzt werden.

Beachtet werden muss, dass falsche oder „nicht ausreichend gesicherte“ Versprechungen zwar kurzfristig die Zuversicht der Hilfesuchenden erhöhen können, die damit oft verbundene Enttäuschung aber eine ernsthafte Nebenwirkung darstellt.

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

Die Grundlagen mit geschaffen hat noch in Köln Hanna Elskamp, der ich für die 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. Dies gilt im erweiterten Sinne auch für Angelika Wuttke und Dr. Hans Helmut Brill aus meiner alten WG.

Irene Wielputz aus Köln und Dr. Volker Warnke aus Kiel verdanke ich viele professionell angeleitete Selbsterfahrungs-Anstöße in der Psychotherapie, Prof. Uwe Gieler aus Gießen anhaltend wirksame Reflexionen und Anstöße zur Psychosomatik an der Grenzfläche zwischen Körper und Seele. Dr. Damian Dölberg aus Eisenach hat mir die Tür für psychiatrische Einblicke, Prof. Dr. Thomas Lempert aus Berlin die zur Neurologie geöffnet. Dankbar bin ich auch Prof. Kai Helling in Mainz, bei dem ich vieles nachfragen konnte.

Konstruktiv bei der Weiterentwicklung – auch dieses Buches – erlebe ich weiter meinen Chef Prof. Dr. Gerhard Hesse, meinen Kollegen Dr. Georg Kastellis und meine Kollegin Dagmar Beyrau, die die anhaltende Arbeit mit Menière- und Schwindelpatienten im Klinikrahmen ermöglichen. Dazu gehören nicht nur die entsprechenden diagnostischen Untersuchungsmöglichkeiten, sondern auch die wohlwollende Haltung der Mitarbeiterinnen, die den Umgang mit der manchmal sehr spezialisierten Technik und den Menschen erst in diesem Maße möglich machen.

Ich bin dem Springer-Verlag dankbar, dass es in absehbaren Abständen möglich ist, in Deutschland das Buch auf den Stand des aktuellen Wissens zu bringen und mit einer nun schon langjährigen Praxis abgleichen zu können.

Auch diesmal möchte ich den Mitarbeiterinnen des Springer-Verlags danken, Monika Radecki (Planung) und Hiltrud Wilbertz (Projektmanagement).

Ihre Routine und Sicherheit sind eine Anforderung auch an den Autor und ein Stück Qualitätssicherung für die Leserinnen und Leser, was in vielen Verlagen nicht mehr selbstverständlich ist.

Bad Arolsen  
2022

Helmut Schaaf

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Klinik des Morbus Menière</b>	<b>1</b>
1.1	Drehschwindel, Hörverlust und Tinnitus	2
1.2	Wann ist ein M. Menière ein M. Menière? Klassifikationen	3
1.2.1	Der derzeitige Konsens zur Diagnose: wahrscheinlich versus möglich	3
1.2.2	Das Konzept der hydropischen Ohr Krankheiten, Klassifikation nach Darstellung im MRT (Magnet Resonanz Tomographie)	4
1.3	Der akute Anfall – der klassische Fall	6
1.4	Die Symptome im Verlauf	8
1.5	Unsicherheit und Schwindel der Seele	9
1.6	Unsicherheit in der Partnerschaft	11
1.7	Schwindel in der Arzt-Patienten-Beziehung	11
1.8	Gesamtbild muss zusammengefügt werden	12
1.9	Selbsthilfegruppen: K.I.M.M und DTL	12
1.10	Ist Morbus Menière psychosomatisch?	12
1.11	Perspektiven	14
1.12	Und selbst	14
	Literatur	15
<b>2</b>	<b>Physiologische und anatomische Grundlagen</b>	<b>17</b>
2.1	Orientierung über die Schwerkraft – Das Gleichgewichtsorgan	21
2.1.1	Gleichgewichtssäckchen (Otolithenorgane)	22
2.1.2	Orientierung über die Beschleunigung: Die drei Bogengänge	25
2.1.3	Der Saccus endolymphaticus und der Sinus endolymphaticus	27
2.2	Die Umwandlung von Schallimpulsen: Der Gehöranteil	28
2.2.1	Vom Schall zum Nervenimpuls	28
2.2.2	Vom Gleichgewichtssäckchen zur Schnecke: Ein kleiner Gang durch die Evolution	30
2.3	Ein Gang durch die anatomischen Strukturen	31
2.4	Vestibularisnerv – der Gleichgewichtsnerv	33

---

2.5	Das Zusammenspiel zwischen dem Gleichgewichtsorgan und den Augenbewegungen.....	34
2.5.1	Der Vestibulookuläre Reflex (VOR) .....	34
2.5.2	Unterdrückung des VOR- eine zentrale Leistung .....	35
2.5.3	Das Okulomotorische System – Augenfolgebewegungen ..	35
2.5.4	Der Nystagmus – schnelle Rückstellbewegungen .....	36
2.5.5	Das Zusammenspiel von den Gleichgewichtsorganen und den Augen beim Gesunden .....	37
2.6	Was trägt noch zu Gleichgewichtssystem bei? .....	38
2.6.1	Informationen aus Haut, Händen und Füßen: Nervenspindelchen (sog. Körpereigenfühler) .....	38
2.6.2	Das „Bauchgefühl“ .....	38
2.6.3	Herz, Lunge, Essen und Trinken. Aktive Erhaltung des Gleichgewichts .....	39
2.6.4	Umsetzung in Bewegung .....	39
2.6.5	Schaltstellen im Gehirn .....	40
2.7	Das Seelische Gleichgewicht.....	41
	Literatur. ....	43
3	<b>Pathophysiologie des Morbus Menière</b> .....	45
3.1	Schwindel aus dem Innenohr.....	46
3.1.1	Endolymphatischer Hydrops .....	47
3.1.2	Gleichgewichtsfunktionen geraten aus dem Lot .....	50
3.1.3	Das Schädigungsmuster im Verlauf .....	51
3.2	Der Nystagmus (das Augenzittern) im akuten Anfall .....	53
3.3	Die Entwicklung der Gleichgewichtsfunktionen im Verlauf .....	54
3.4	Hörverlust .....	55
3.5	Dysakusis (Verzerrtes Hören) .....	56
3.6	Geräuschüberempfindlichkeiten .....	56
3.7	Töne ohne Hören – der Tinnitus .....	57
3.7.1	Objektive Ohrgeräusche .....	57
3.7.2	Subjektive Ohrgeräusche .....	58
3.8	Druckgefühl in und hinter dem Ohr .....	60
3.9	Sinnesmissempfindungen (Parästhesien).....	61
3.10	Anhaltender Schwindel – Das Konzept nach Staab (2012) .....	61
3.11	Was im Laufe der Zeit – am Ende der Erkrankung – rein organisch bleiben kann .....	63
3.12	Reaktiver, psychogener Schwindel .....	64
3.12.1	Wie kann aus einem organischen Schwindel ein Schwindelgefühl werden? .....	65
3.12.2	Aufrechterhaltende Faktoren .....	67
3.12.3	Aufrechterhaltende Gefühle .....	69
3.12.4	Schwindelaufrechterhaltung bei psychischen Vorerkrankungen .....	71

---

3.12.5 Was zudem die Psyche beim M. Menière beeinträchtigen könnte. . . . .	72
3.13 Angst und Depression: Die Psychische Ko-Morbidität: . . . . .	74
3.14 Können Angst und Panik einen Menière-Schwindel verursachen? . .	75
3.15 Der Einfluss von Stresserleben beim M. Menière . . . . .	77
3.15.1 Definition des Begriffes Stress – Was meint man mit Stress? . . . . .	77
3.15.2 Berufsbezogenes Stresserleben . . . . .	78
3.15.3 Schützend: Coping . . . . .	78
3.15.4 Stress als Einflussgröße bei Patienten mit M. Menière . . .	79
Literatur. . . . .	85
<b>4 Sonderformen des Morbus Menière . . . . .</b>	<b>89</b>
4.1 Lermoyez-Syndrom . . . . .	89
4.2 Tumarkin-Anfall . . . . .	90
4.3 Kochleäre Form . . . . .	91
4.4 Vestibuläre Form . . . . .	91
Literatur. . . . .	91
<b>5 Abgrenzung von anderen Krankheitsbildern. . . . .</b>	<b>93</b>
5.1 Zwei Fehldiagnosen und ihre Behandlung . . . . .	95
5.1.1 Fall 1: Schwerhörigkeit, Tinnitus und ein gutartiger Lagerungs-Schwindel. . . . .	95
5.1.2 Fall 2: M. Menière und Lagerungsschwindel . . . . .	97
5.2 Schwankendes Hörvermögen mit Tiefontinnitus ohne Schwindel (Cochleäre Endolymphschwankungen) . . . . .	98
5.3 Vestibuläre Migräne (Hirnstamm-Migräne, früher Basiliarsmigräne) .	104
5.3.1 Wichtigste Verwechslungsgefahr zum M. Menière . . . . .	104
5.4 Gutartiger Lagerungsschwindel . . . . .	107
5.5 Akuter einseitiger Gleichgewichtsausfall . . . . .	110
5.5.1 Diagnostik: Kompletter oder teilweiser Ausfall? . . . . .	112
5.5.2 Therapie . . . . .	112
5.5.3 Gleichgewichtstraining: Kompensation braucht Anreize . .	113
5.5.4 Ausbleibende Kompensation . . . . .	114
5.5.5 Höreinschränkungen und Ohrgeräusche . . . . .	115
5.5.6 Ein sich anschließender Lagerungsschwindel . . . . .	115
5.5.7 Durcheinander im Erleben . . . . .	116
5.6 Perilymphfistel . . . . .	117
5.6.1 Exkurs: Einflüsse des Luftdrucks auf das Ohr (Tullio-Phänomen) . . . . .	119
5.6.2 Tubenventilationsstörung . . . . .	120
5.7 Vestibularisparoxysmie . . . . .	120
5.8 Isolierte Otolithenfunktionsstörungen . . . . .	121
5.9 Psychogener Schwindel – seelischer Schwindel . . . . .	121
5.9.1 Vom „phobischen Attackenschwindel“ zur „Persistent Perceptual and Postural Dizziness“ (PPPД) . . .	124

---

5.9.2	Schwindel bei Soziophobie (soziale Phobie) . . . . .	130
5.10	Multiple Sklerose . . . . .	131
5.11	Zentral-vestibuläres Schwindelsyndrom . . . . .	131
5.11.1	„FAST“ bei Verdacht auf Schlaganfall . . . . .	132
5.12	Blutdruckschwankungen . . . . .	133
5.13	Akustikusneurinom und Vestibularisschwanom . . . . .	133
5.14	Beidseitiger Verlust des Gleichgewichtsorgans . . . . .	134
5.15	Funktionseinschränkungen der Halswirbelsäule . . . . .	135
5.16	Nebenwirkungen von Medikamenten . . . . .	136
	Literatur . . . . .	139
<b>6</b>	<b>Diagnostik und Untersuchungsmethoden</b> . . . . .	141
6.1	Die Diagnostik in der Akutphase eines Morbus Menière . . . . .	144
6.1.1	Vorab den Ablauf üben . . . . .	144
6.1.2	Die Handy-Diagnostik im Anfall . . . . .	145
6.2	Krankengeschichte . . . . .	146
6.3	Gleichgewichtsuntersuchungen ohne Apparate . . . . .	147
6.3.1	Steh- und Gehuntersuchungen . . . . .	147
6.3.2	Untersuchung der Augenbewegungen . . . . .	148
6.3.3	Unerlässlich: Das Lagerungsuntersuchung . . . . .	152
6.4	Apparative Untersuchungen der Bogengangsfunktionen der Gleichgewichtsorgane . . . . .	154
6.4.1	Kalorische (thermische) Prüfung . . . . .	154
6.4.2	Rotatorische Prüfung: Untersuchung im Drehstuhl . . . . .	155
6.5	Apparative Untersuchungen der Otolithenorgane . . . . .	157
6.5.1	Untersuchung des Sakkulus Brücke zwischen Gleichgewichts- und Höranteil . . . . .	157
6.5.2	Untersuchungen des Utrikulus . . . . .	159
6.6	Posturografie . . . . .	161
6.7	Hör- und Sprachtest . . . . .	162
6.7.1	Tonschwellenaudiogramm . . . . .	162
6.7.2	Unbehaglichkeitsschwelle . . . . .	166
6.7.3	Sprachaudiogramm . . . . .	166
6.7.4	Tinnitusbestimmung . . . . .	166
6.7.5	Otoakustische Emission und Distorsionsprodukte . . . . .	167
6.7.6	Elektrokokleografie . . . . .	167
6.7.7	Brain-evoked-response-Audiometrie (BERA) . . . . .	168
6.7.8	Glyzerolbelastungsprobe (Klockhoff-Test) . . . . .	168
6.8	Manualtherapeutische Untersuchung . . . . .	169
6.9	Bildgebende Verfahren, speziell die Bildgebung im MRT . . . . .	169
6.10	Psychologisch-psychosomatische Diagnostik . . . . .	171
6.10.1	Psychologische Erhebung der Krankengeschichte . . . . .	171
6.10.2	Visuelle Analogskala . . . . .	172
6.10.3	Erfassung der Bewertung und Konsequenzen . . . . .	172
6.10.4	Gleichgewichts-Tagebuch . . . . .	172
6.11	Psychologische Fragebögen/Testdiagnostik . . . . .	174
6.11.1	Dizziness Handicap Inventory (DHI) . . . . .	174

---

6.11.2	Hospitality Anxiety and Depression Score (HADS) . . . . .	175
6.11.3	Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) . . . . .	175
6.12	Anhaltspunkte für die eigene Unterscheidung eines Meniere-Anfalls von einem psychogenen Schwindel . . . . .	176
6.13	Universitäre Forschung . . . . .	177
6.13.1	Menière's Disease Patient Oriented Severity Index (MD-POSI) . . . . .	178
6.14	Das Wichtigste am Schluss: Werten und Zuordnen . . . . .	178
	Literatur . . . . .	179
<b>7</b>	<b>Therapie des Morbus Menière</b> . . . . .	183
7.1	Wer kann helfen in der Not? . . . . .	185
7.2	Aufklärung und Beratung . . . . .	187
7.2.1	Wechselwirkungen (Interaktionen) zwischen Patient und Arzt – das Arzt-Patienten-Verhältnis. . . . .	187
7.2.2	Was könnte bei der Patienten-Arzt-Begegnung helfen? . . . . .	189
7.3	Akuttherapie . . . . .	192
7.3.1	Medizinische Hilfe in der Not: erster und zweiter Anfall . . . . .	192
7.3.2	Eigene Notfallvorbereitung . . . . .	194
7.4	Gesicherte Therapien zwischen den Anfällen . . . . .	198
7.4.1	Vorab: Wie kann man einen Therapieerfolg feststellen? . . . . .	198
7.4.2	Gleichgewichtsübungen . . . . .	201
7.4.3	Unterstützung der Hörfunktion . . . . .	207
7.4.4	Kortison ins Mittelohr (intratympanale Kortisongabe) . . . . .	212
7.4.5	Chemische Minderung der Gleichgewichtsfunktion, . . . . .	216
7.4.6	Durchtrennung des Gleichgewichtsnervs: Neurektomie . . . . .	223
7.4.7	Zerstörung der Gleichgewichtsnerven durch das Innenohr . . . . .	225
7.4.8	Die Labyrinthektomie . . . . .	225
7.4.9	Zerstörung des Innenohrs: Kochleosakkulotomie . . . . .	225
7.4.10	Resümee: Ein <i>möglicher</i> Stufenplan . . . . .	226
7.5	Nicht-gesicherte konservative Therapien . . . . .	227
7.5.1	Aciclovir und Valaciclovir . . . . .	227
7.5.2	Auquaporin-Gegenspieler . . . . .	227
7.5.3	Arlevert . . . . .	228
7.5.4	Betahistine . . . . .	228
7.5.5	Diuretika . . . . .	232
7.5.6	Genussmittelreduktion . . . . .	232
7.5.7	Natriumarme, kaliumreiche Kost . . . . .	232
7.5.8	Picrotoxin . . . . .	233
7.5.9	Vermeidung von Allergenen . . . . .	234
7.5.10	Vitamingaben . . . . .	234
7.6	Operative Eingriffe – ohne gesicherte Wirkung . . . . .	235
7.6.1	Paukenröhren ins Mittelohr (Druckreduktion) . . . . .	235
7.6.2	Eingriffe am endolymphatischen Sack (Sakkotomie) . . . . .	236
7.6.3	Die Blockade des endolymphatischen Gangs . . . . .	238
7.6.4	Vorübergehende Labyrinthanästhesie . . . . .	240
7.6.5	Durchtrennung der Steigbügelmuskeln . . . . .	241

---

7.7	Grundrisse einer psychosomatischen Behandlung . . . . .	241
7.7.1	Entspannungsverfahren . . . . .	242
7.7.2	Psychotherapie . . . . .	242
7.7.3	Tiefenpsychologisch fundierte Verfahren . . . . .	244
7.7.4	Verhaltenstherapeutische Ansätze . . . . .	244
7.7.5	Systematische Desensibilisierung . . . . .	245
7.7.6	Psychopharmaka . . . . .	253
7.7.7	Ein idealistischer ambulanter Stufenplan . . . . .	255
7.7.8	Stationäre psychosomatische Behandlung . . . . .	256
7.8	Alternativen/Außenseiter: Chancen und Gefahren . . . . .	258
7.8.1	Homöopathie . . . . .	259
7.8.2	Akupunktur . . . . .	259
	Literatur . . . . .	260
8	<b>Beidseitige Erkrankung . . . . .</b>	265
8.1	Konsequenzen . . . . .	266
8.2	Perspektiven . . . . .	268
	Literatur . . . . .	270
9	<b>Mögliche Folgen . . . . .</b>	271
9.1	Arbeitsfähigkeit und -unfähigkeit . . . . .	272
9.1.1	Mögliche ärztliche Bescheinigungen . . . . .	272
9.2	Schwerbehinderung/Minderung der Erwerbsfähigkeit . . . . .	274
9.3	Anhaltspunkte für ärztliche Gutachter . . . . .	275
9.3.1	Gleichgewichtsstörungen . . . . .	275
9.3.2	Hörstörungen . . . . .	276
9.4	Verkehrstauglichkeit . . . . .	277
	Literatur . . . . .	279
10	<b>Was könnte einen guten Therapeuten ausmachen? . . . . .</b>	281
10.1	In dem ersten Schwindel-Durcheinander: Sorgfältige Diagnostik . . . . .	283
10.2	Nach den ersten Turbulenzen: . . . . .	284
10.3	Was könnte einen guten Patienten ausmachen? . . . . .	286
10.4	Und selbst? . . . . .	287
	Literatur . . . . .	288
11	<b>Kurze Antworten auf häufig gestellte Fragen . . . . .</b>	289
	Literatur . . . . .	295
	<b>Selbsthilfegruppen . . . . .</b>	297
	<b>Präparateübersicht . . . . .</b>	299
	<b>Glossar . . . . .</b>	301
	<b>Weiterführende und/oder empfohlene Bücher für Betroffene* und Therapeuten . . . . .</b>	305
	<b>Stichwortverzeichnis . . . . .</b>	307

---

## Über den Autor



**Dr. med. Helmut Schaaf** arbeitete als Facharzt für Anästhesie in Köln, bevor er selbst an Morbus Menière erkrankte. Er musste deshalb seine ursprüngliche Tätigkeit aufgeben. Seit 1994 ist er Ltd. Oberarzt in Bad Arolsen, seit 2008 in der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse und Leiter der Gleichgewichtsambulanz.

Er hat – mit Blick auf die Betroffenen – mehrere Bücher zu Gleichgewicht, Schwindel, Tinnitus und Hyperakusis geschrieben sowie zahlreiche wissenschaftliche Beiträge veröffentlicht.

Publikationen siehe: [www.drhschaaf.de/hslit.html](http://www.drhschaaf.de/hslit.html)

Dr. med. Helmut Schaaf

Ltd. Oberarzt der Tinnitus-Klinik

Dr. Hesse und der Gleichgewichtsambulanz Hesse(n) im Krankenhaus  
Bad Arolsen

Große Allee 50

D-34454 Bad Arolsen

[hschaaf@tinnitus-klinik.net](mailto:hschaaf@tinnitus-klinik.net)

[www.drhschaaf.de](http://www.drhschaaf.de)