



JETZT NEU

Kopfschmerzen

Bestellformular:
siehe Seite 36



ISSN 1869-6597

3344

Papier aus chlorfrei gebleichtem Zellstoff

Gebühr bezahlt

neuro aktuell



Informationsdienst für Neurologen und Psychiater

Inhalt

Editorial

Was der Brexit mit dem NHS zu tun hat 3

Kommentare

Krankenkassen kämpfen um jedes Mitglied 9

Öfter mal was Neues: „Große Allianz zur psychischen Versorgung“ 10

Neuro Forschung

Neue Hoffnung für Parkinson- und Demenzkranke durch Leukämiemittel? 12

Bei Patienten mit Rückenmarksverletzungen erfolgreich: Ohr-Akupunktur gegen Schmerzen 13

Multiple Sklerose: Vier neue Risikogene entdeckt 14

Darm-Hirn-Achse reguliert Entzündung bei zerebraler Ischämie 14

Impfung gegen Stress? 15

Multiple Sklerose

Therapie kognitiver Störungen bei MS 15

Morbus Parkinson

Brauchen wir ein neues Levodopa? 19

Sucht

Diagnostik und Therapie psychiatrischer Störungen bei opiatabhängigen Patienten 22

Erratum

Lösung Quiz aus der Juni-Ausgabe 24

Neuro Quiz

Privates Surfen während der Arbeitszeit 27

Depression

Chronotyp und Schlafqualität als unabhängige Einflussfaktoren auf die Depressionsschwere 27

Neuro-Glosse

Quantified-Self 30

Für Sie gelesen

33

News

35

Schlafstörungen

Behandlung von Schlaflosigkeit im Alter 43

Zuletzt

Stimmfrequenz und Cortisolspiegel als Vorhersagefaktor für Scheitern der Beziehung 45

Impressum

47

Multimodale Therapieansätze von chronischen Schwindelerkrankungen

Mark Obermann, Seesen

Mit einer Lebenszeitprävalenz von 7,4 % in der allgemeinen Bevölkerung in Deutschland ist Schwindel eines der häufigsten Symptome in der Neurologie und der Medizin überhaupt. Die meisten Schwindelerkrankungen können im Wesentlichen durch Anamnese und klinische Untersuchung diagnostiziert werden. Besondere Schwierigkeiten in der Diagnose, aber auch der Therapie, bereiten öfters Beschwerden die über sechs Monate andauern. Allerdings ist selbst noch bei Schwindelbeschwerden, die mehrere Jahre bestehen, eine spezifische Therapie möglich. Besonders peripher-vestibuläre, aber auch zentral-vestibuläre Störungen können durch Physiotherapie und körperliche Bewegung sehr positiv beeinflusst werden. Leider rücken auch psychische Begleiterkrankungen wie Angst und Depression sowie somatoforme Beschwerden mit längerer Krankheitsdauer zunehmend in den Vordergrund.

Fortsetzung auf Seite 3

Morbus Parkinson:
brauchen wir ein neues Levodopa?
Seite 19 bis 22

Was der Brexit mit dem NHS zu tun hat

**Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,**

bekanntlich brach sogleich nach dem Votum der britischen Wähler für einen Austritt aus der EU der große Katzenjammer im Vereinigten Königreich aus: Wahlanalysen zeigten, dass viele der Älteren aus den gleichen Gründen für den Brexit votiert hatten, weswegen sie zuvor bei allen Wahlen für die Opposition gestimmt hatten: Sie waren schlichtweg wütend und überzeugt davon, dass „die da oben“ sowieso nur lügen und korrupt seien und einen Denkkettel verdienten. Und nicht wenige enttäuschte Remainers klagten ihrerseits an: „Meine Kinder haben weniger Möglichkeiten in der Zukunft. Sie werden weniger frei reisen und studieren können. Und wofür eigentlich? Da haben alte Leute über die Zukunft junger Menschen entschieden, das ist nicht fair.“ Und was hat nun das magisch-dramatische Datum des 23. Juni 2016, an dem die britische Nation für den Brexit stimmte, mit dem englischen Gesundheitssystem, dem *National Health Service* (NHS) zu tun?



Darüber klärt uns der englische Psychiater und Schriftsteller Theodore Dalrymple in einem Psychogramm der „Britishness“ (DIE WELT vom 24.06.2016) auf. Abgesehen von der britischen Bequemlichkeit (es regnete am Abstimmungstag stark und der Griff zum Regenschirm sei vielen Wahlberechtigten schlicht zu unbequem gewesen) habe sich vor allem die ambivalente Haltung des Briten zu seinem Land, die zwischen tiefer Verachtung und einem „übertriebenen, prahlerischen Nationalstolz“ schwanke, ausgewirkt. „Die einzige Institution, zu der jeder Brite ein inniges Verhältnis pflegt und die niemand zu kritisieren wagt – mit anderen Worten so etwas wie der britische Prophet Mohammed –“ sei das staatliche Gesundheitssystem, das NHS. Anders wie in vielen anderen europäischen Ländern, wird es nicht über eine Sozialversicherung,

sondern über Steuerabgaben finanziert. Es genießt eine unkritische Verehrung, obgleich die Behandlungserfolge im europäischen Vergleich bescheiden und die Wartezeiten lang sind, und – so muss man ergänzen – der britische ärztliche Bereitschaftsdienst in den Krankenhausambulanzen und Praxen an Wochenenden ohne die ständige Beschäftigung von EU-Kollegen kollabieren würde. Die Briten sind trotzdem furchtbar stolz auf ihren NHS und der festen Überzeugung, der Rest der Welt beneide sie darum. Taktisch einigermaßen raffiniert setzten die EU-Gegner um Boris Johnson, Nigel Farage und Konsorten hier an und schürten Ressentiments und Ängste. Ohne mit der Wimper zu zucken, behaupteten sie, dass die allgegenwärtigen Defizite des NHS allein der ungehemmten Zuwanderung aus Europa zuzuschreiben seien. Und wenn man dann noch die Zahlungen nach Brüssel stoppe, könne man postwendend sofort nach dem Brexit wöchentlich hunderte Millionen Pfund in das kränkelnde NHS umleiten. Alles ganz easy.

Die Brexiteers sind nach dem Votum aber bemerkenswert still und zurückhaltend geworden, obwohl sie während des Wahlkampfs noch den Eindruck erweckten, sie könnten die „Unabhängigkeit von Brüssel“ kaum erwarten. Auch ist im „Leave-EU“-Lager sehr schnell eine Amnesie eingetreten, und man behauptet achselzuckend, die vollmundige Zusage, nach dem Austritt 350 Millionen Pfund extra in das Gesundheitssystem zu investieren, habe es so nie gegeben. Aber gerade dieses Versprechen dürfte dem Brexit-Lager – neben anderen haltlosen und wahrheitswidrigen Behauptungen und Flunkereien – die Mehrheit gebracht haben.

Mit freundlichem kollegialem Gruß

Benno Huhn

Ihr Benno Huhn

Fortsetzung von Titelseite

Multimodale Therapieansätze von chronischen Schwindelerkrankungen

Deshalb könnte ein multimodaler Therapieansatz, der auf die psychischen, wie auch auf die körperlichen Aspekte der Patienten eingeht, gerade bei chronischen Schwindelbeschwerden hilfreich sein. Die Rolle von supportiven medikamentösen Therapien wird kontrovers diskutiert und spielt bei den meisten Schwindel- und Gleichgewichtsstörungen eine untergeordnete Rolle.

Schwindel ist mit einer Prävalenz von bis zu 23% nach Kopfschmerzen das zweithäufigste Symptom in der Neurologie und einer der häufigsten Beschwerden beim Arztbesuch allgemein¹. Die Lebenszeit-Prävalenz

für peripher-vestibulären Schwindel liegt in der Allgemeinbevölkerung bei 7,4% ². Dies stellt nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein großes sozio-ökonomisches Problem dar, denn häufig werden Patienten mit Schwindel initial nicht richtig oder gar nicht diagnostiziert. Was folgt sind oft mehrere Besuche bei unterschiedlichen Fachärzten wie Hals-Nasen-Ohren-Ärzten und Neurologen. Aber auch Orthopäden werden mit dem Problem Schwindel des öfteren konfrontiert in der Annahme, dass chronische Schwindelbeschwerden mit Fehlstellungen der Halswirbelsäule zu tun haben könnten. Hierfür fehlt bisher der wissenschaftliche Nachweis. Besonders Patienten mit chronischen Schwindelbeschwerden, die länger als sechs Monate andauern, werden häufig als schwierig in der Diagnose und Therapie eingeschätzt. Dies ist zum Teil durch residuelle Zustände, z. B. nach abgelaufener Neuritis vestibularis, zu erklären, zum Teil aber auch durch eine sich zusätzlich entwickelnde psychische Komponente der Schwindelerkrankung wie Depression, Angst und Vermeidungsverhalten. Einheitliche Diagnosekriterien für die unterschiedlichen Schwindelsyndrome gibt es nur begrenzt, und auch die deutsche Sprache stellt manchmal ein differenzialdiagnostisches Problem dar, da Schwindel ein Überbegriff für viele unterschiedliche Zustände ist, und nicht wenige Patienten auch ein Benommenheitsgefühl und Gangunsicherheit als Schwindel beschreiben. Im Englischen ist die Sache einfacher: Hier wird mit „Vertigo“ am ehesten ein Drehschwindel bezeichnet, und „Dizziness“ entspricht einem Benommenheitsgefühl und Schwankschwindel. Für die korrekte Diagnosefindung ist es häufig unerlässlich, diese unterschiedlichen Zustände sorgfältig zu differenzieren. Gerade bei älteren und multimorbiden Patienten kann es sein, dass sich mehr als eine Ursache für die beklagten Schwindelsymptome finden lassen. Auch hier ist eine möglichst genaue Einordnung und Priorisierung wichtig, um eine adäquate Therapie einleiten zu können. Auch bei Schwindelbeschwerden, die mehrere Jahre bestehen, ist eine spezifische Therapie noch möglich und hat häufig eine gute Prognose. Gerade bei chronischem Schwindel sind die Möglichkeiten der medikamentösen Beeinflussung allerdings limitiert und physiotherapeutische Schwindelübungen können daher bei vielen Schwindelerkrankungen hilfreich sein. Diese Schwindelübungen sind in ihrer Ausführung oft sehr variabel, beinhalten aber immer Blickstabilisationsübungen, Übungen zur Reduktion der visuellen und somato-sensorischen Abhängigkeit, Übungen zur Otholithen-Rekalibration und Blickfolgeübungen.

Differenzialdiagnose Schwindel

Die Diagnosefindung stützt sich hauptsächlich auf die klinische Untersuchung. Apparative Untersuchungen sind in den wenigsten Fällen wirklich notwendig. Die klinische Untersuchung sollte allerdings einige wichtige Elemente wie das diagnostische Lagerungsmanöver

nach *Dix-Hallpike*, den Kopfpulstest nach *Halmagyi-Curthoys*, sowie eine ausführliche Untersuchung der Augenbewegungen nach Spontan- und Blickrichtungsnystagmus inklusive der Betrachtung unter der Frenzel-Brille beinhalten. Apparative Untersuchungen wie die Video- oder Elektronystagmographie können eine peripher-vestibuläre Schädigung sichern, während eine Magnetresonanztomographie (MRT) des Schädels eine stattgehabte zerebrale Ischämie nachweisen kann. Ein negatives MRT schließt allerdings einen kleinen abgelaufenen Hirnstamminfarkt nicht aus und auch eine normale Nystagmographie kann partielle Schädigungen des Gleichgewichtsorgans nicht gänzlich ausschließen. In beiden Fällen ist die sorgfältige klinische Untersuchung häufig überlegen.

Gerade bei chronischen Schwindelbeschwerden, die täglich in ähnlicher Ausprägung mit nur wenigen Schwankungen auftreten, fällt die differenzialdiagnostische Unterscheidung zwischen psychischer und organischer Schwindelursache häufig schwer und nicht selten überlappen sich die beiden. Bei den organisch bedingten Ursachen muss häufig die Entscheidung getroffen werden, ob es sich um eine zentrale-vestibuläre Schädigung im Sinne eines Schlaganfalls (Hirnstamm oder Kleinhirn) oder um eine peripher-vestibuläre Schädigung im Sinne einer Neuritis vestibularis oder bilateralen Vestibulopathie handelt. Dies betrifft nicht nur die Akutsituation, sondern führt häufig auch zu diagnostischen Unsicherheiten in der Beurteilung des Defekt- oder Residualzustandes nach abgelaufener zentral- oder peripher-vestibulärer Schädigung.

Zentral-vestibulärer Schwindel

Unter zentralen Ursachen für Schwindel versteht man eine Schädigung von Hirnarealen, die für die Verarbeitung und Aufrechterhaltung von Gleichgewicht zuständig sind. Häufigste Ursache sind ischämische Schlaganfälle oder Blutungen im Bereich des Hirnstamms und des Kleinhirns. Aber auch entzündliche Läsionen durch Multiple Sklerose oder Kleinhirndegeneration, Demenzen, Tumoren oder eine Enzephalitis können zu einem zentral-vestibulären Schwindel führen. Nur in sehr seltenen Fällen sind hierbei die Symptome der Patienten in der klinischen Untersuchung auf den Schwindel beschränkt. Häufig zeigen sich weitere fokale-neurologische Ausfälle wie Augenbewegungsstörungen (Blickrichtungs-, Up- oder Downbeat-Nystagmus), Arm- oder Beinataxie, oder Sprech- und Schluckstörungen⁵.

Chronische Gang- und Standunsicherheit ist ein häufiges Symptom bei einer Vielzahl von neurodegenerativen Erkrankungen, etwa bei der spino-zerebellären Ataxie, der Friedreich-Ataxie, bei verschiedenen Parkinson-Syndromen, beim Normaldruckhydrozephalus u. a. Hier ist es wichtig die genaue Symptomatik des Patienten zu erfragen und es nicht bei der allgemeinen Beschreibung ‚Schwindel‘ zu belassen. Die zusätzlich vorhandenen neurologischen Symptome ermögli-

chen eine klare Abgrenzung zu peripher-vestibulären Ursachen. Therapeutisch ist hier überwiegend spezielle Physiotherapie sinnvoll, um die noch verbliebenen Ressourcen zur zentral-vestibulären Kompensation zu mobilisieren. Je nach Lokalisation der ZNS-Schädigung hat dies unterschiedliche Erfolgsaussichten, sollte aber auf jeden Fall probiert werden. Systematisch untersucht wurde die Wirkung von vestibulärem Rehabilitationstraining für Patienten nach Schädel-Hirn-Trauma, zerebellären Erkrankungen inklusive Ischämien, Multipler Sklerose und Parkinson-Syndrom⁴. Für medikamentös-supportive Maßnahmen gibt es bisher keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz; diese können deshalb nicht allgemein empfohlen werden.

Neuritis vestibularis und residuelles peripher vestibuläres Defizit

Bei fehlerhafter zentral-vestibulärer Kompensation oder unzureichender Erholung eines Gleichgewichtsorgans kann es zu einem persistierenden residuellen peripher-vestibulären Defizit kommen. Häufig ist dies die Folge einer unerkannten oder nicht behandelten Neuritis vestibularis, eines langjährigen Verlaufes eines Morbus Menière oder auch die Folge eines Traumas oder einer Operation. Die Patienten klagen häufig über einen permanenten Schwankschwindel mit Gangunsicherheit, der fast ausschließlich in Bewegung auftritt und im Liegen und Sitzen nicht oder kaum vorhanden ist. Dieser Schwindel fluktuiert manchmal in seiner Intensität über den Tag, ist aber in Bewegung immer vorhanden. Typischerweise nimmt die Schwindelsymptomatik und Gangunsicherheit auf unebenem Boden (bei Wegfall der somato-sensorischen Rückmeldung) und im Dunkeln (bei Wegfall der visuellen Kontrolle) deutlich zu. Anamnestisch lässt sich häufig ein chronologischer Ablauf mit initialem Drehschwindel mit Übelkeit, Erbrechen, Stand- und Gangunfähigkeit und protrahierter Erholung über Tage und Wochen als Hinweis auf eine abgelaufene Neuritis vestibularis erfragen. In der klinischen Untersuchung fällt meist ein pathologischer Kopfpulstest-Test, ggf. ein Provokationsnystagmus und eine kalorische Mindererregbarkeit eines Vestibularorgans in der Elektro- oder Videonystagmographie auf. Die Stand- und Gangunsicherheit sind in den erschwerten Gangversuchen und im Romberg-Stehversuch objektivierbar. Das omnidirektionale Schwanken zeigt im Gegensatz zu somatoformen Schwindelbeschwerden keine Besserung unter Ablenkung (z. B. beginnend mit 50 rückwärts zählen). Zu empfehlen ist physiotherapeutisch angeleitetes Stand- und Gangtraining, das dem Gehirn die Möglichkeit gibt das Informationsdefizit des geschädigten Gleichgewichtorgans durch andere Sinne (Sehen, Tiefensensibilität) zu kompensieren. Diesen Vorgang bezeichnet man auch als zentral-vestibuläre Kompensation. Die Patienten müssen unbedingt über die langsame Rückbildung der Symptomatik im Sinne einer zentral-vestibulären Kompensation aufgeklärt werden,

damit sie die benötigte Zeitspanne auch durchhalten und die Übungen nicht vorzeitig und enttäuscht abbrechen.

Bilaterale Vestibulopathie

Die bilaterale Vestibulopathie mit sequenziellem oder gleichzeitigem beidseitigem Ausfall der Labyrinth und/ oder des achten Hirnnerven ist charakterisiert durch eine in Dunkelheit und auf unebenem Grund akzentuierte Gangunsicherheit mit Schwankschwindel sowie Oszilopsien (Scheinbewegungen der Umwelt)⁵. Jedoch leiden lediglich 40% der Betroffenen an Oszilopsien⁶. Die häufigsten Ursachen für eine bilaterale Vestibulopathie sind ein bilateraler Morbus Menière, ototoxische Aminoglykoside (z. B. Streptomycin, Gentamicin) ggf. in Kombination mit dem ebenfalls ototoxischen Furosemid und Enzephalitis oder Meningitiden. Leider bleibt in mehr als 50% der Fälle die Ursache unklar⁷. Ein beidseits pathologischer Kopfpulstest und/ oder eine fehlende vestibuläre Erregbarkeit in der kalorischen Testung sind diagnostisch wegweisend. Durch konsequentes Gang- und Gleichgewichtstraining (wie oben beschrieben) kommt es vielfach zu einer Besserung der Gangunsicherheit⁸.

Somatoformer Schwindel

Somatoformer Schwindel (Synonyme/Unterformen: phobischer Schwankschwindel, funktioneller Schwindel, persistenter postural-perzeptioneller Schwindel) kann durch unterschiedliche Erkrankungen bedingt sein, wie Angsterkrankungen, Panikstörungen und Phobien (z. B. soziale Phobie oder Agoraphobie), depressive Erkrankungen und Burnout-Syndrom, dissoziative Störungen, somatoforme Störungen, Anpassungsstörungen (Reaktionen auf schwere Lebensbelastungen) oder Depersonalisationssyndrome. Häufig kommt es auch in Folge einer ursprünglich organischen Schwindelerkrankung wie dem Morbus Menière, der vestibulären Migräne oder einer Neuritis vestibularis zu der Entwicklung eines somatoformen Schwindels. Somatoforme Schwindelformen stellen in der Altersgruppe zwischen dem 20. und 50. Lebensjahr die häufigste Ursache für Schwindel überhaupt dar, mit einem Anteil von 22 bis 26% in spezialisierten Schwindelambulanzen⁹.

Prinzipiell können beim psychosomatisch bedingten Schwindel alle Schwindelqualitäten vorkommen und die Schwindelsymptomatik alleine lässt nicht auf die ursächliche Grunderkrankung schließen. Die meisten Patienten leiden unter einem diffusen, permanent vorhandenem, aber in der Intensität zum Teil stark fluktuierenden Schwankschwindel. Seltener berichten Patienten auch über eine transiente Sekunden bis Minuten andauernde Symptomatik. Der Schwindel wird als Schwankschwindel, Drehschwindel, Liftschwindel oder lediglich ein unspezifisches Benommenheitsgefühl beschrieben. Häufig wird auch über ein Gefühl der

Leere im Kopf sowie über diffusen Kopfdruck geklagt. Richtige Kopfschmerzen geben die Patienten meistens nicht an. Zum Teil kommt es zu sehr heftigen autonomen Begleitreaktionen mit Übelkeit, Brechreiz, Herzrasen, Blutdruckanstieg, Atemnot, Schweißausbruch, Durchfall und Harndrang. Hier kann eine Abgrenzung zu einer organischen Ursache manchmal schwer fallen. Dieser Schwindel wird häufig auch im Sitzen oder Liegen erlebt und verhält sich weitgehend unabhängig von Bewegung oder Lageänderung. Starke Bewegungen können die Symptomatik aber verschlimmern. Die häufig beklagte Gangunsicherheit oder ein vermeintliches Torkeln ist nur subjektiv vorhanden und kann in der Regel vom engeren Umfeld nicht objektiviert werden.

Die Patienten klagen häufig über eine zum Teil sehr ausgeprägte Sturzangst, ohne dass es bisher zu (gravierenden) Stürzen mit Verletzungen gekommen ist. Hieraus kann sich dann im Rahmen der psychischen Fehlverarbeitung ein übersteigertes Wahrnehmen physiologischer Körperschwankung mit konsekutiv vermehrter Haltungskontrolle entwickeln. Durch aktive, kleinste Gegenbewegungen wird das Schwindel- und Gangunsicherheitserleben noch verstärkt. Wie oben bereits erwähnt, entwickelt sich dieses Verhalten aus den Erfahrungen einer organischen Schwindelerkrankung (am häufigsten Morbus Menière und vestibulärer Migräne). Meist entwickelt sich auch ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, wie z. B. alleine das Haus zu verlassen, Bahn- oder Busfahren, Einkaufen, das Wahrnehmen sozialer Kontakte oder andere bestimmte Arbeiten und Tätigkeiten. Interessanterweise bessert sich die Schwindel-Symptomatik durch körperliche Bewegung und Sport sowie durch angenehme Ablenkung und geringe Mengen Alkohol.

Die häufigsten psychiatrischen Begleiterkrankungen lassen sich bereits im initialen Gespräch vermuten und im Falle von Angststörungen, Panikattacken und Phobien auch unabhängig vom Schwindel erfragen (Agoraphobie, soziale Phobie oder Klaustrophobie). Sehr oft bestehen auch Komorbiditäten wie Depression oder Persönlichkeitsstörungen, bei denen es manchmal nicht ganz klar ist, ob es einen direkten Zusammenhang mit dem Schwindel gibt oder was von beiden zuerst aufgetreten ist. Eine psychopathologische Genese des Schwindels wird seitens der Patienten oftmals bestritten und äußerst selten ein möglicher Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Schwindelsymptome und einer psychosozialen Belastungssituation spontan berichtet. Hier sollte bei dem Verdacht auf eine somatoforme Genese unbedingt aktiv nachgefragt werden. Die klinische Untersuchung wie auch die Zusatzdiagnostik, bestehend aus MRT des Schädels und Video- oder Elektronystagmographie inklusive kalorischer Testung, sind normal, es sei denn, es liegt ein sekundär somatoformer Schwindel vor, dem z. B. eine Neuritis vestibularis vorausgegangen ist.

Die Therapie richtet sich selbstverständlich nach dem zugrundeliegenden Auslöser. Bei Verdacht auf eine schwerwiegende psychosomatische Grunderkrankung sollte eine psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung so schnell wie möglich angestrebt werden. In Abhängigkeit von der Ausprägung der Symptomatik kann eine supportive, antidepressive, Angst behandelnde Therapie, beispielsweise mit einem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI; z. B. Citalopram 20 mg/d) ergänzt werden. Eine verhaltenstherapeutische Intervention ersetzen kann dies aber nicht. Bei leichter betroffenen Patienten und insbesondere beim unkomplizierten somatoformen Schwindel besteht die Basis der Therapie im Wesentlichen aus einer gründlichen Aufklärung des Patienten und der Erkenntnis, dass dieser grundsätzlich organisch gesund ist und sein Problem auf psychischer Ebene beruht. Darüber hinaus sollte man die Patienten zur Eigendesensibilisierung anleiten, um die zum Teil sehr ausgeprägten Vermeidungsverhaltensschemata zu durchbrechen und schließlich zu überwinden. Hierbei sollen Situationen, die – aus Angst Schwindel auszulösen oder zu verstärken – bisher gemieden wurden, bewusst gesucht werden. Auch regelmäßiger Ausdauersport hat einen unterstützenden Effekt zur Desensibilisierung und Rekalibrierung des Gleichgewichtssystems und der psychologischen Rückmeldung, dass körperliche Bewegung eher Besserung als Verschlechterung verspricht. Spezielles physiotherapeutisches Schwindeltraining, analog zur Therapie von peripher-vestibulären Erkrankungen, kann hier eine erste Maßnahme sein um die körperliche Beweglichkeit zu reaktivieren. Diese einfachen Mittel helfen den allermeisten Patienten bereits beträchtlich weiter und führen auch bei schwerwiegenderen Fällen in Kombination mit einer verhaltenstherapeutischen Intervention bei ca. 75% der Betroffenen zu einer Beschwerdebesserung^{9,10}.

Multimodale Schwindeltherapie

Die multimodale Schwindeltherapie umfasst für alle Patienten sowohl das physiotherapeutische Training als auch die psychologische Behandlung mit Elementen aus der kognitiven Verhaltenstherapie. Das physiotherapeutische Training beinhaltet, entsprechend der aktuellen Studienlage zur vestibulären Rehabilitation, Blickstabilisationsübungen, Übungen zur Reduktion der visuellen und somatosensorischen Abhängigkeit, Übungen zur Otholithen-Rekalibration und Blickfolgeübungen in Ruhe und Bewegung^{11,12}. Hierbei erhöht sich der Schwierigkeitsgrad der Übungen sukzessive. Zunächst werden die Übungen im Sitzen, dann im Stehen, danach im Gehen und – als höchster Schwierigkeitsgrad – auf unebenem Boden durchgeführt. Die Übungen sollten von einem erfahrenen Physiotherapeuten angeleitet werden und müssen vom Patienten konsequent auch zu Hause täglich weiter durchgeführt werden, um nach oftmals mehreren Wochen oder Monaten zu einer Besserung zu führen.

Neben der ausführlichen Aufklärung über die Erkrankung orientiert sich die psychologische Arbeit an der Behandlung von Phobien mit Mitteln der kognitiven Verhaltenstherapie und hier insbesondere einer systematischen Desensibilisierung¹³. Die Schwindelbehandlung erfolgt in vier Schritten: (1) Aufbau einer Angsthierarchie: Mit den Betroffenen werden Alltagssituationen gesammelt, die geeignet sind Angst vor Schwindel auszulösen. In einem zweiten Schritt werden diese Situationen entsprechend ihrer Reizstärke hierarchisiert und mit 0 bis 100 skaliert. (2) Erlernen von Entspannungstechniken: Die Patienten erlernen die Progressive Muskelrelaxation (PMR). (3) Allmähliche Milderung der Ängste mit gleichzeitiger Entspannung: Zu Beginn der Sitzung wird die PMR durchgeführt. Dann stellen die Teilnehmer sich die Angstsituationen auf einem Stuhl sitzend in sensu (in der Vorstellung) solange vor, bis ihr Inhalt vollständig angstfrei erlebt wird (in der Regel zwei- bis viermal). Dabei werden sie angeleitet, alles wie einen Film zu sehen, den sie verlangsamen, anhalten, vor- und zurückspulen können. Man startet dabei mit der am wenigsten ängstigenden Situation. Bei aufkommender Angst wird der Patient wieder in einen entspannten Zustand geführt. Dazu können vorab Zeichen oder Rückzugsräume zur Wiederentspannung vereinbart werden. Wird die Situation angstfrei bewältigt, geht man zur nächsten Stufe über bis zur direkten Konfrontation mit der am meisten Angst auslösenden Situation. Auf diese Weise wird die gesamte Hierarchie abgearbeitet. (4) Anwendung auf die Realität: Abschließend wendet der Patient das Erlernte auf reale Stimuli im Alltag an. Dies fördert ein realistisches Erleben der Angstsituationen.

Im Vergleich zur normalen ambulanten Therapie mit Aufklärungsgespräch und ggf. dem Mitgeben von Heimübungen oder Übungsanleitungsblättern zeigt die multimodale Therapie eine deutliche Überlegenheit. So verbesserte sich der *Dizziness Handicap Inventory* (DHI), als Marker für die Beeinträchtigung des Patienten in der Durchführung von alltäglichen Dingen, bei 234 Patienten um insgesamt 35,3% (18 Punkte), was eine nicht nur eine statistisch bedeutsame, sondern auch eine klinisch relevante Verbesserung darstellt.

Fazit

Schwindelerkrankungen gehören zu den häufigsten Leiden in der Medizin überhaupt und stellen eine große diagnostische und besondere therapeutische Herausforderung dar. Die differenzialdiagnostische Einschätzung sollte immer sorgfältig erfolgen, denn hiernach richtet sich das spätere Behandlungskonzept. Besonders bei chronischen Schwindelerkrankungen sollte in verstärktem Maße auf die körperlichen und psychischen Aspekte der Erkrankung im Sinne eines multimodalen Behandlungskonzeptes eingegangen werden, um einen möglichst großen Therapieerfolg zu erzielen.

Literatur

- 1 Neuhauser HK, Radtke A, von Brevern M, Lezius F, Feldmann M, Lempert T. Burden of dizziness and vertigo in the community. *Arch Intern Med.* 2008;168(19):2118-24
- 2 Neuhauser HK, von Brevern M, Radtke A, Lezius F, Feldmann M, Ziese T, et al. Epidemiology of vestibular vertigo: a neurotologic survey of the general population. *Neurology.* 2005;65(6):898-904
- 3 Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, Hsieh YH, Newman-Toker DE. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. *Stroke.* 2009;40(11):3504-10
- 4 Alrwayly M, Whitney SL. Vestibular rehabilitation of older adults with dizziness. *Otolaryngologic clinics of North America.* 2011;44(2):473-96, x
- 5 Vibert D, Liard P, Hausler R. Bilateral idiopathic loss of peripheral vestibular function with normal hearing. *Acta Otolaryngol.* 1995;115(5):611-5
- 6 Brandt T, Schautzer F, Hamilton DA, Bruning R, Markowitsch HJ, Kalla R, et al. Vestibular loss causes hippocampal atrophy and impaired spatial memory in humans. *Brain.* 2005;128(Pt 11):2732-41
- 7 Zingler VC, Cnyrim C, Jahn K, Weintz E, Fernbacher J, Frenzel C, et al. Causative factors and epidemiology of bilateral vestibulopathy in 255 patients. *Ann Neurol.* 2007;61(6):524-32
- 8 Zingler VC, Weintz E, Jahn K, Mike A, Huppert D, Rettinger N, et al. Follow-up of vestibular function in bilateral vestibulopathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2008;79(3):284-8
- 9 Strupp M, Glaser M, Karch C, Rettinger N, Dieterich M, Brandt T. The most common form of dizziness in middle age: phobic postural vertigo. *Nervenarzt.* 2003;74(10):911-4
- 10 Huppert D, Strupp M, Rettinger N, Hecht J, Brandt T. Phobic postural vertigo - a long-term follow-up (5 to 15 years) of 106 patients. *J Neurol.* 2005;252(5):564-9.
- 11 Hillier SL, McDonnell M. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. *Clinical otolaryngology: official journal of ENT-UK; official journal of Netherlands Society for Oto-Rhino-Laryngology & Cervico-Facial Surgery.* 2011;36(3):248-9
- 12 Brown KE, Whitney SL, Marchetti GF, Wrisley DM, Furman JM. Physical therapy for central vestibular dysfunction. *Archives of physical medicine and rehabilitation.* 2006;87(1):76-81
- 13 Holmberg J, Tjernstrom F, Karlberg M, Fransson PA, Magnusson M. Reduced postural differences between phobic postural vertigo patients and healthy subjects during a postural threat. *J Neurol.* 2009;256(8):1258-62

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Mark Obermann
Zentrum für Neurologie · Asklepios Kliniken Schildaual
Karl-Herold-Straße 1 · 38723 Seesen
Tel. 05381/74-4801 · Fax 05381/74-4803
m.obermann@asklepios.com