



SCHWINDEL – EIN LEITFADEN

ein Ratgeber für Patienten



Schwindel und Gleichgewichtsstörungen sind häufige Beschwerden und Erscheinungen bei einer Vielzahl von Erkrankungen.

Dabei werden beide Begriffe oft durcheinandergeworfen, sodass wir zunächst einmal klarstellen wollen:

Gleichgewichtsstörungen sind äußerlich sichtbare körperliche Erscheinungen – im medizinischen Sprachgebrauch: Symptome – beispielsweise, wenn ein Betrunkener über den Bürgersteig wankt.

Schwindel (medizinisch Vertigo) dagegen ist ein Gefühl: die Wahrnehmung einer nicht vorhandenen Bewegung, also eine Scheinbewegung. Wie auch der Schmerz ist dieses Gefühl nicht messbar.

SCHWINDEL IST EIN GEFÜHL! ABER MIT FOLGEN!

Alles dreht sich um uns herum oder der Boden scheint unter uns zu schwanken – wenn wir dieses unangenehme Gefühl spüren, so kann das körperliche Reaktionen auslösen: Übelkeit sowie Erbrechen; Blutdruck und Puls steigen an. Ist der Schwindel sehr heftig, kann der Kreislauf kollabieren und wir werden für kurze Zeit ohnmächtig.

Bei vielen Krankheiten mit Gleichgewichtsstörungen haben die Betroffenen keinen Schwindel. Viele Menschen mit Schwindel wiederum haben keine oder nur geringe sichtbare Gleichgewichtsstörungen. Trotzdem geht es ihnen schlecht, denn dieses unangenehme Gefühl kann sie in ihrem Alltag erheblich einschränken.

MICH SCHWINDELT! ER SCHWINDELT!

Schwindel hat aber auch eine doppelte Bedeutung, wie es unsere Sprache ausdrückt. Und diese Doppeldeutigkeit macht es den Betroffenen nicht immer leicht, auf Verständnis zu stoßen – manchmal auch bei sich selbst nicht.

Wir wollen im Folgenden nicht auf die Gleichgewichtsstörungen, sondern auf die Entstehung des Schwindels eingehen, auf die Störungen, die ihn auslösen können und die Folgen, wenn er chronisch wird. Schließlich möchten wir erläutern, auf welche Weise man ihn wieder loswerden kann. Mit Erklärungsmodellen werden wir die komplizierten Vorgänge im Körper und Gehirn erläutern. Aber wie alle Erklärungen vereinfachen sie die Wirklichkeit. Im Einzelfall kann alles wesentlich komplizierter sein.

Deshalb kann dieser Leitfaden auch nur eine allgemeine Einführung sein. Bei jedem Betroffenen sind eine individuelle Untersuchung und Abklärung erforderlich. Auch die Therapie kann nur selten nach einem Schema vorgehen, sondern muss die Besonderheiten des Einzelnen berücksichtigen.



01

SO ENTSTEHT SCHWINDEL

Drei Sinne braucht das Gleichgewicht

Normalerweise wissen wir über die Lage unseres Körpers im Raum und seine Bewegungen in jedem Augenblick Bescheid. Dazu leiten unsere Nerven ständig Informationen von den Sinnesorganen zum Gehirn.

**MELDUNGEN ÜBER GLEICHGEWICHT UND LAGE IM RAUM
ERHALTEN WIR GLEICH ÜBER DREI SINNE:**

- › Das Gleichgewichtsorgan neben dem Innenohr
- › Das Auge
- › Die Körperwahrnehmung

DAS GLEICHGEWICHTSORGAN NEBEN DEM INNENOHR

DIESES ORGAN BESTEHT AUS ZWEI FUNKTIONSEINHEITEN:

Die Bogengänge registrieren Beschleunigungen und Abbremsungen: Es gibt drei – jeweils einen Messaufnehmer für jede Richtung des Raumes. Wenn sich die Flüssigkeit in diesen „Fahrradschläuchen“ anders dreht als der Kopf, werden sie alarmiert. Wird der Kopf (etwa bei einem Wiener Walzer) gedreht, steht das Wasser in den Schläuchen zunächst noch still. Erst mit der Zeit wird es mitgerissen, bis bei weiter gleichmäßiger Drehung des Kopfes das Wasser genauso schnell rotiert wie der Kopf: Die relative Bewegung hat aufgehört; es werden keine Alarmsignale mehr an das Gehirn gemeldet. Und wenn der Kopf plötzlich wieder stillsteht (nach dem Ende des Wiener Walzers), geschieht genau das Umgekehrte: Das Wasser im Bogengang dreht sich zunächst noch weiter. Das Organ sendet so lange Impulse, bis auch die Flüssigkeit zur Ruhe gekommen ist.

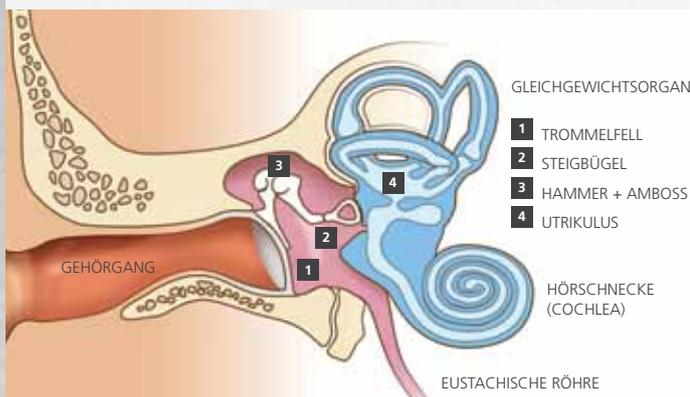
Die Bläschen am Vereinigungspunkt der drei Bogengänge enthalten Lage-Fühler („Maculae staticae“, gegliedert in Utrikulus und Sakkulus). Dabei liegen einige kleine Steine auf einem „Stoppelfeld“ von Sinneszellen. Ist der Kopf zu einer Seite geneigt, so biegen die Steine die Stoppeln in diese Richtung. Steht der Kopf wieder gerade, stehen auch die Sinneshaare in Mittelstellung. Das Organ funktioniert nicht richtig, wenn die Steine nach unten hängen, d.h. wenn wir auf dem Kopf stehen. Natürlich funktioniert es auch bei Schwerelosigkeit nicht. (Die Bogengänge allerdings funktionieren im All: Sie brauchen keine Erdanziehung!).

DAS AUGE

Im Dunkeln gehen alle Menschen unsicherer als im Hellen. Wenn wir im Stehen die Augen schließen, schwanken wir. Wenn wir unseren Blick auf einen nahen Gegenstand geheftet haben, stehen wir ruhiger. Unser Sehen ist ein wichtiger Stabilisator. Außerdem können wir vorhersehen, dass beispielsweise eine Kurve kommt. Dadurch können wir uns besser auf die neue Situation einrichten.

DIE KÖRPERWAHRNEHMUNG

Auch wenn die Augen geschlossen sind, wissen wir normalerweise, wo sich unsere Hand befindet und wie stark unser Knie gebeugt ist. Dazu befinden sich überall in unserem Körper Messaufnehmer (Rezeptoren) für die Gelenkstellung. Die Eigenwahrnehmung des Körpers wird mit dem Fachausdruck „Propriozeption“ bezeichnet. Ganz besonders wichtig ist sie im oberen Halsbereich, am Übergang zwischen Kopf und Körper. Über die Stellung und Bewegung des Kopfes bekommt das Gehirn durch Gleichgewichtsorgane und Augen relativ viel Information. Der Rumpf ist über den Hals jedoch sehr beweglich mit dem Kopf verbunden, sodass wir Informationen über die Biegung der Halswirbelsäule benötigen, um zu wissen, wo sich der Körper befindet. Beim Stehen und Gehen haben wir zusätzlich die Rückmeldung aus den Druck- und Oberflächenrezeptoren in unseren Füßen (oder anderen aufliegenden Körperteilen im Sitzen oder Liegen).





DAS GEHIRN SAMMELT DATEN UND VERGLEICHT

Im Gehirn laufen alle diese Informationen zusammen und werden verglichen, und zwar in zweierlei Hinsicht:

› **Stimmen die Sinneseindrücke miteinander überein oder gibt es Widersprüche?**

Sackt der Urlaubsflieger wegen Luftturbulenzen plötzlich ab, so meldet das Gleichgewichtsorgan Beschleunigung nach unten. Unsere Augen haben jedoch ein unverändert unbewegtes Bild der Rückfront des Sitzes vor uns.

› **Stimmen die Sinneseindrücke mit dem überein, was zu erwarten ist, wenn eine geplante Handlung ausgeführt wird?**

Wenn wir uns hinlegen, wird unser Lagesensor im Gleichgewichtsorgan stark angeregt, aber das war zu erwarten und muss niemanden aufregen.

Wenn wir als Autofahrer selbst heftig auf die Bremse treten, macht uns das lange nicht so viel aus, wie wenn wir die abrupte Bremsung auf dem Rücksitz als Mitfahrer erleben.

Die Empfindlichkeit für schwindelerregende Ereignisse variiert!

Die Schwelle, ab der Unstimmigkeiten in der Wahrnehmung Schwindel auslösen, ist von Mensch zu Mensch verschieden. Aber auch beim Einzelnen kann sich die Empfindlichkeit verändern:

Wenn sich eine schwindelerregende Situation häufiger wiederholt, gewöhnen wir uns daran, und von Mal zu Mal wird weniger Schwindel ausgelöst („Habituation“). Kommt allerdings Angst auf, so kann die Empfindlichkeit zunehmen, sodass bereits die aller kleinste Unstimmigkeit Schwindel auslöst.

Ein Schwindel, der durch äußere Reize hervorgerufen wird („physiologischer Reizschwindel“), ist in bestimmten Situationen normal.

DAZU ZWEI BEISPIELE:

AUTOREISE-, SEE- UND FLUGKRANKHEIT

Die „Bewegungskrankheit“ (Kinetose) entsteht bei ungewohnten Bewegungen und Beschleunigungen in Fahrzeugen, wenn diese mit den optischen Eindrücken nicht übereinstimmen. Deshalb tritt sie häufiger auf, wenn man auf dem Rücksitz des Autos sitzt als beim Fahrer oder Beifahrer. Auch im Flugzeug bleibt optisch alles ruhig, während das Gleichgewichtsorgan durch das Absacken heftig gereizt wird. Auf See ist die optische Information nicht ausreichend, um die komplexe Rollbewegung des Schiffes auch mit dem Sehsinn erfassen zu können. Hält die Reizsituation länger an, gewöhnt man sich daran und der Schwindel bessert sich.

HÖHENSCHWINDEL

Beim Blick in die Tiefe aus großer Höhe hat unser Sehen keinen Fixpunkt mehr. Das Gehirn kann die optische Wahrnehmung der normalen leichten Körpereigenschwankungen nicht richtig zuordnen. Das löst Höhengschwindel aus. Aber auch hier setzt eine Gewöhnung ein.

PHOBIE: WENN ZUM SCHWINDEL ANGST DAZUKOMMT

Wenn sich solche Situationen bei einem Menschen fest mit starker Angst verknüpfen, nennt man das eine Phobie. Schwindel und Angst treten dann bei der kleinsten Gelegenheit auf; schon das Denken daran reicht oft als Auslöser: Höhenangst, Flugangst, ...

Die reale Gefahr und die panische Angst bzw. der heftige Schwindel stehen in keinem Verhältnis zueinander. Stärkere Phobien bedürfen einer psychotherapeutischen Behandlung, wenn sie den Aktionsradius der Betroffenen stark einengen (siehe Seite 11 und 14).

DIE LUST AM SCHWINDEL

Den physiologische Reizschwindel muss man nicht immer als unangenehm empfinden: Auf jedem Jahrmarkt, Rummelplatz oder Erlebnispark wird er gezielt hervorgerufen. Er bereitet den Besuchern von Achterbahnen, Kippkreiseln und Ähnlichem offensichtliches Vergnügen und führt bei dieser Gelegenheit auch viel seltener zu Erbrechen und anderen Folgeerscheinungen.

Es ist also wichtig, unter welchem emotionalen „Vorzeichen“ Schwindel auftritt!



SCHWINDEL ALS KRANKHEITSZEICHEN

WELCHE ART VON SCHWINDEL?

Im Rahmen einer Krankheit tritt Schwindel in der Regel ohne einen äußeren Reizzustand auf. Um etwas Ordnung in die Fülle der Erscheinungen und der zugrunde liegenden Krankheiten zu bringen, kann man eine grobe Einteilung in Arten des Schwindels vornehmen:

DREHSCHWINDEL

„ALLES DREHT SICH WIE IM KARUSSELL!“

„ICH HABE DAS GEFÜHL, ALS DREHE ICH MICH ANDAUERND IM KREIS!“

Bei diesen Schilderungen eines horizontalen Drehschwindels kann meist auch die Richtung angegeben werden. Beim vertikalen Drehschwindel berichten die Betroffenen, sie fühlen sich, als ob sie ständig in einem Lift nach oben führen oder dauernd ins Bodenlose fielen.

VESTIBULÄRER SCHWINDEL

Diese Art von Drehschwindel ist am besten definiert und auch am besten zu beschreiben. Er rührt zumeist von einer Störung in einem der beiden Gleichgewichtsorgane (lat. Vestibulum) her. Häufig geht er mit Hörstörungen einher, weil das Hörorgan (Innenohr) und das Gleichgewichtsorgan sehr nahe beieinander liegen und durch einen dünnen Kanal miteinander verbunden sind. Alternativ kommt eine Schädigung des Gleichgewichtsnervs in Frage, der die Informationen aus dem Gleichgewichtsorgan ins Gehirn transportiert.

Drehschwindel tritt in aller Regel attackenweise über Sekunden bis Stunden, selten auch tagelang auf. Nur ausnahmsweise gibt es einen echten Dauer-Drehschwindel. Dies weist eher auf eine Schädigung der Kerne des Gleichgewichtsnervs hin. Sie liegen im Hirnstamm, dem hinteren, unteren Anteil des Gehirns.

Die Abklärung des Drehschwindels obliegt dem Hals-Nasen-Ohren-Arzt oder dem Neurologen. Es kommt allerdings öfter vor, dass sich an eine Drehschwindelattacke ein länger dauernder Schwindel anderer Art anschließt. Für die Behandlung ist diese Unterscheidung sehr wichtig, wie wir noch sehen werden.

Der Drehschwindel kann durch eine Änderung der Kopflage (Lageschwindel) ausgelöst oder verstärkt werden.

ZERVIKALER SCHWINDEL

Kurze, allenfalls Sekunden anhaltende Attacken von Drehschwindel können auch durch chronische Verspannungen und Fehlhaltungen im Bereich der oberen Halswirbelsäule ausgelöst werden. Wir haben bereits dargelegt, wie wichtig die Stellungsezeptoren im Halsbereich sind, um die Lage unseres Körpers gegenüber dem Kopf einzuschätzen. Diese Rezeptoren können falsche Informationen absenden, wenn sie in einem solchen verspannten Bereich liegen.





SCHWANKSCHWINDEL

**„WIE BETRUNKEN“,
„ALS OB ICH TORKELTE“,
„DER BÜRGERSTEIG ERSCHIEN VIEL ZU SCHMAL FÜR MICH“,**

so wird der Schwankschwindel geschildert. Außer nach einem übermäßigen Konsum alkoholischer Getränke tritt er bei Schädigungen im Bereich des Hirnstammes auf. Er ist weniger klar definiert als der Drehschwindel. Er kann mit oder ohne äußerlich sichtbare Gleichgewichtsstörungen einhergehen. In der Regel wird der Schwankschwindel vom Neurologen weiter untersucht.

OHNMACHTSGEFÜHL

Aufsteigendes Unwohlsein sowie Schwarzwerden vor Augen kündigen eine Ohnmacht aufgrund einer Fehlregulation des Blutkreislaufs an (Synkope). Sie kann harmlos sein, wenn wir etwa morgens zu schnell aus dem Bett aufstehen oder wenn eine schreckliche oder eine freudige Nachricht uns „umwirft“. Es kann aber auch eine ernste Herz-Kreislauf-Erkrankung dahinterstehen. Entsprechend ist eine internistische Abklärung erforderlich.



„UNSPECIFISCHER“ SCHWINDEL

So werden alle Schwindelformen genannt, die sich nicht so gut beschreiben und einordnen lassen. Sie bereiten häufig Probleme, weil man bei der medizinischen Abklärung sehr oft „nichts findet“. Es kann zu einer Odyssee von Arzt zu Arzt kommen, was den Patienten zusätzlich verunsichert und den Schwindel noch verstärkt.

MIT „SCHWINDEL“ WERDEN U.A. BESCHRIEBEN

- > diffuse Angst
- > Phobien
- > Depressionen
- > allgemeines Unsicherheitsgefühl
- > Benommenheit
- > Kopfdruck
- > Sehstörungen, Flimmern vor den Augen
- > Bewegungsstörungen, etwa bei Polyneuropathie
- > Medikamentenunverträglichkeit, -überdosierung oder -abhängigkeit
- > chronische Vergiftungen anderer Art



AUF ZWEI UNTERFORMEN DIESES UNSPEZIFISCHEN SCHWINDELS SEI HIER NÄHER EINGEGANGEN:

INSUFFIZIENZSCHWINDEL

Mit Insuffizienz ist eine Überlastung gemeint: „Nicht mehr mitkommen“, „ins Schwimmen geraten“, „den Boden unter den Füßen verlieren“, „nicht mehr durchblicken“ – solche Aussagen zeigen, dass wir bei Insuffizienzschwindel mit einer Situation oder Aufgabe überfordert sind. Störungen der Konzentration und Merkfähigkeit kommen häufig dazu.

Das kann daran liegen, dass wir uns „übernommen“ haben mit der Aufgabe, die uns gestellt wurde oder die wir uns gewählt haben. Ursache kann aber auch sein, dass unsere geistigen Kräfte schwinden – im Alter oder bei bestimmten neurologischen Krankheiten.

Hier ist der Schwindel also nicht Alarmzeichen für ein körperliches Problem, sondern für eine Störung des seelischen Gleichgewichts. Der Neurologe oder Psychiater ist der richtige Ansprechpartner.

ÜBERAUFMERSAMKEITSSCHWINDEL

Wie beschrieben treten missverständliche Informationen an die Sinne, die am Gleichgewicht beteiligt sind, erst dann ins Bewusstsein und werden als Schwindel wahrgenommen, wenn diese Unstimmigkeiten ein gewisses Maß überschreiten. Diese Schwelle kann sehr hoch liegen, wenn wir an die schwierige Situation (wie Klettern über einem tiefen Abgrund) gewöhnt sind und keine Angst haben.

Zu manchen Zeiten und bei manchen Menschen kann sie aber sehr niedrig sein: Jede kleinste Dissonanz tritt ins Bewusstsein. Selbst einfache Situationen wie Hinlegen oder Gehen können dann ein Schwindelgefühl erzeugen.

Die Aufmerksamkeit wird immer mehr darauf gelenkt, solche feinen Unstimmigkeiten wahrzunehmen, was die Schwelle weiter senkt. Schließlich tritt auch bei harmlosen Alltagssituationen schon ein heftiger Schwindel auf, sodass wir nicht mehr auseinanderhalten können, ob es sich um eine ernste Bedrohung handelt oder eine zu vernachlässigende Körperempfindung. Alarm und Fehlalarm sind nicht mehr zu trennen. Die dann schwer gestörte Körperwahrnehmung erzeugt eine ständige Stresssituation, was zu Folgeerkrankungen wie Schlafstörungen, hohem Blutdruck oder einem allgemeinen Leistungsabfall führen kann.

Wie kommt es zu einer solchen Entwicklung? Der Schlüssel liegt in der Regel in der Lebensgeschichte des Betroffenen. Oft spielen mehrere Faktoren zusammen: etwa wenn jemand schon als Kleinkind nicht richtig schaukeln und krabbeln durfte und später als Kind nicht klettern, balancieren, turnen, tanzen durfte...

Hier kann ein Psychologe die richtige Therapie anstoßen.

SCHWINDEL DURCH MEDIKAMENTE

Nicht vergessen werden sollte, dass es einige Arzneimittel gibt, die als Nebenwirkung verschiedene Formen von Schwindel auslösen können. Dazu zählen beruhigende Mittel (Tranquilizer), Blutdrucksenker, Medikamente gegen Epilepsie, Acetylsalicylsäure sowie bestimmte Antibiotika.

DIAGNOSTIK BEI SCHWINDEL

AM ANFANG STEHT DIE SCHILDERUNG DER PATIENTEN!

Schwindel ist eine sehr häufige Beschwerde. Wie schon beschrieben, ist er in vielen Situationen normal und als Warnsignal auch sinnvoll. Zugleich gibt es viele Krankheiten, die als Ursache in Frage kommen. So vielfältig die Ursachen und Formen des Schwindels sind, so vielfältig sind auch die diagnostischen Möglichkeiten. Aber man kann nicht bei jedem Schwindel alles untersuchen. Deshalb braucht der Arzt eine möglichst genaue Schilderung der Beschwerden.

WIE SCHON GESAGT: Schwindel als solcher ist nicht messbar!

DAS WIRD DER PATIENT BEIM UNTERSUCHUNGSGESPRÄCH (ANAMNESE) GEFRAGT

- › Wie empfinden Sie den Schwindel?
- › Oder sind es mehrere „verschiedene“ Schwindel?
- › Wann ist der Schwindel das erste Mal aufgetreten? Verlauf, Dauer?
- › Was verschlimmert ihn, was macht ihn besser?
- › Gibt es regelhafte Auslöser oder Situationen?
- › Sind Gleichgewichtsstörungen dabei? Wenn ja, welcher Art?
- › Ist der Schwindel noch mit anderen Störungen zusammen aufgetreten?
- › Tragen Sie eine neue Brille?
- › Nehmen Sie Medikamente?
- › Trinken Sie Alkohol?
- › Nehmen Sie andere Drogen?
- › Essen Sie ungewöhnliche Speisen?
- › Wie ist Ihr psychisches Befinden?
- › Gibt es Belastungen durch Arbeit und Familie?
- › Haben Sie in letzter Zeit Krisensituationen erlebt?

Anhand dieser Angaben kann der Arzt bereits abschätzen, in welche Richtung es geht. Je nachdem, wie eindeutig die Angaben sind, werden dann ein oder mehrere diagnostische Wege beschritten. Manchmal aber ist schon nach der Anamnese eindeutig, woran es liegt. Dieses Gespräch zwischen Arzt und an Schwindel Leidendem ist deshalb durch nichts zu ersetzen!

DIE NEUROLOGISCHE UNTERSUCHUNG

Die neurologische Untersuchung ist vor allem dann erforderlich, wenn neben Schwindel auch Gleichgewichtsstörungen, Sehstörungen, Lähmungen, Gefühlsstörungen oder sonstige Störungen des Nervensystems in Erscheinung treten. Dabei werden insbesondere die Funktionen des Hirnstamms untersucht. Dies ist der Gehirnteil, in welchem Schwindel zumeist entsteht. Dann überprüft man die Gleichgewichts-Funktionen und die Steuerung der Augenbewegungen, da auch hier eine Ursache liegen kann. Außerdem muss kontrolliert werden, ob Durchblutungsstörungen des Gehirns, ein Hirninfarkt oder eine Hirnhaut-Entzündung den Schwindel auslösen.

Die neurologische Untersuchung verschiedener Körperfunktionen erfordert nur wenige, einfache Hilfsmittel. Dazu zählen Reflexhammer, Augenspiegel, Frenzelbrille (siehe Seite 17) und Vibrationsgabel, eine Art Stimmgabel, mit der man die Nervenfunktion testet. Wenn der Patient gut mitarbeitet, ergeben sich daraus sehr viele Informationen.

Erst wenn die Mitarbeit nicht ausreicht oder etwas unklar bleibt, müssen apparative Untersuchungen zu Hilfe genommen werden, etwa Messung der Hirnstammreflexe oder der Nervenleitgeschwindigkeit, Computertomografie, Kernspintomografie, Duplexsonografie, Dopplersonografie oder Liquorpunktion (die Untersuchung von Nervenflüssigkeit). Die Beschreibung der apparativen Verfahren finden sie auf ab Seite 15.

DIE INTERNISTISCHE UNTERSUCHUNG

Die Kreislaufregulation wird mittels Blutdruckmessung, Schellong-Test gegebenenfalls auch Fahrradergometrie, 24-Stunden-Langzeit-Blutdruckmessung, Echokardiografie und Carotis-Druck-Versuch abgeklärt (Erklärung der Verfahren siehe Seite 15 und 16). Bei Verdacht auf Herzrhythmusstörungen als Ursache des Schwindels führt man ein EKG und ein 24-Stunden-Langzeit-EKG durch.

Blut- und Urinuntersuchungen dienen zum Erkennen von Stoffwechselkrankheiten (beispielsweise der Zuckerkrankheit Diabetes mellitus), Vergiftungen und Suchtmittelgebrauch. Auch können sie ein Ungleichgewicht im Mineralstoff-Haushalt aufdecken. Eine Rolle spielen hier beispielsweise Kalium, Kalzium und Natrium. Zudem kann ein Vitamin B12-Mangel hinter Schwindel stecken.

DIE HALS-NASEN-OHRENÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG

Der Hals-Nasen-Ohren-Arzt (HNO-Arzt) sucht nach Störungen des Gleichgewichtsorgans, das in der Nähe des Innenohrs liegt, als Ursache für den Schwindel. Man kann das Gleichgewichtsorgan nicht direkt inspizieren, da es tief im Felsenbein, einem Schädelknochen, versteckt ist. Der HNO-Arzt versucht deshalb, über Gehörtests einen Schaden in direkter Nachbarschaft zu belegen. Außerdem fragt er den Patienten, ob dieser unter einem Ohrdruck oder Ohrgeräuschen, also einem Tinnitus leidet. Mit einem Otoskop blickt er in den äußeren Gehörgang und überprüft, ob dort eine Entzündung vorliegt oder das Hörvermögen durch überschüssiges Ohrenschmalz beeinträchtigt ist.

Im Übrigen geht er ähnlich vor wie der Neurologe: Zu den Diagnosemethoden zählen Frenzelbrillen-Untersuchung, Kalorik (siehe Seite 18), AEP, Computertomografie sowie Kernspintomografie. Mitunter ist es auch nötig, im Schlaflabor zu untersuchen, ob der Patient unter nächtlichen Atemaussetzern (Schlafapnoe) leidet.

DIE ORTHOPÄDISCHE UNTERSUCHUNG

Eine Untersuchung durch den Orthopäden oder einen manualtherapeutisch erfahrenen Arzt kann eine Funktionsstörung („Blockierung“) oder Erkrankung im Bereich der oberen Halswirbelsäule aufdecken. Wie erwähnt, kann eine dadurch verursachte Störung der körpereigenen Messaufnehmer im Übergangsbereich zwischen Kopf und Hals zu Schwindel führen oder einen Schwindel verstärken.

Bei einer Funktionsstörung wird man im Röntgenbild nichts finden. Aber der erfahrene Arzt kann sie bei der Untersuchung der Halswirbelsäule mit den Händen (deshalb das Wort „manual“) aufspüren. Oft hat die Störung sich aber dem Betroffenen schon durch zusätzliche Nacken- und Kopfschmerzen mitgeteilt.

DIE GERIATRISCHE UNTERSUCHUNG

Vor allem bei Senioren kann es altersbedingt zum Abbau von Muskulatur kommen. Auch eine Fehlhaltung, fehlerhafte Bewegungsabläufe oder eine zu niedrige Gehgeschwindigkeit können Schwindel hervorrufen. Meist führen genaues Hinsehen sowie eine körperliche Untersuchung mit einfachen Bewegungstests den Arzt auf die richtige Spur.



DIE NEUROPSYCHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG

Hirnleistungstest

Wenn der Verdacht eines Insuffizienzschwindels besteht, führen Ärzte oder Neuropsychologen „Hirnleistungstests“ durch. Dabei werden – ähnlich wie bei einem Intelligenztest oder einer Eignungsprüfung – Denkaufgaben gestellt. Damit überprüft man Fähigkeiten wie Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis oder räumliches Vorstellungsvermögen. Die Tests erfolgen mit Papier und Bleistift wie auch am Computer. Niemand kann diese Tests alle perfekt ausführen. Die Ergebnisse werden vielmehr mit Normalwerten verglichen, also den Ergebnissen, die andere Personen desselben Alters und derselben Vorbildung wie die Testperson durchschnittlich erreichen.

Ergebnisse deutlich unter dem Durchschnitt weisen auf eine Krankheit mit Einschränkung oder gar Abbau des Denkvermögens hin. Dies wäre dann die Ursache der Insuffizienz, der Überlastung.

PSYCHOLOGISCHES GESPRÄCH

Bei normalen Hirnleistungen kann der Insuffizienzschwindel darauf hinweisen, dass dem Betroffenen zu viel zugemutet wurde, dass er sich selbst zu viel an Stress zugemutet hat oder durch seelische Bürden und Krisen stark belastet ist.

Ziel des diagnostischen Gesprächs mit dem Arzt oder Psychologen ist es, diese Probleme genauer herauszuarbeiten, um in der Therapie Lösungsmöglichkeiten zu finden.

Oft treten dabei keine psychischen Krankheiten im engeren Sinne zutage, sondern es sind eher schleichende Entwicklungen im Leben eines Menschen, die ihn an die Grenze seiner Belastbarkeit gebracht haben. Ein zusätzliches Ereignis bringt dann das Fass zum Überlaufen, „haut einen um“ oder „bringt einen aus dem Gleichgewicht“, wie schon der Volksmund sagt.

DER GESUNDE MENSCHENVERSTAND

Manchmal findet sich bei diesen Untersuchungen, insbesondere den technischen, nichts oder nichts mehr, da die Schwindelattacke vorbei ist. Das ist gelegentlich bei Drehschwindel der Fall (siehe „paroxysmaler Lagerungsschwindel“), häufig bei unspezifischem Schwindel. Mehr dazu unter dem Kapitel „Besondere Krankheitsbilder“ (ab Seite 20).

Man kann dann beruhigt sein, dass keine schwere Erkrankung vorliegt – aber der Schwindel bleibt. Jetzt nur nicht den Kopf verlieren! Wer aus Panik zu allen möglichen Wunderheilern geht, verliert in der Regel viel Geld, aber nur selten seinen Schwindel.



05

APPARATIVE UNTERSUCHUNGEN BEI SCHWINDEL

EKG (Elektrokardiogramm) und Blutdruckmessung sind wohl jedem ein Begriff. Hier folgen Erläuterungen zu den weniger gebräuchlichen Apparaten und Untersuchungen, die eingesetzt werden, um die Ursache für Schwindel zu diagnostizieren.

AKUSTISCH EVOZIERTE POTENZIALE (AEP)

Die Akustisch Evozierten Potenziale sind Hirnstromkurven, die als Antwort des Gehirns auf ein Geräusch entstehen und die von der Kopfoberfläche über Elektroden abgeleitet werden. Gereizt wird über Kopfhörer durch kurze Geräusch-Klicks. Damit die AEP nicht in der allgemeinen Hirnaktivität (siehe EEG, Seite 17) untergehen, wiederholt man den Reiz und die Aufzeichnung der Antwort mehrere hundert Male. Die Antwortkurven werden anschließend aufaddiert. Gehirnströme, die nicht mit den AEP zusammenhängen, werden „herausgemittelt“. Dies geschieht mittels Computer; die ermittelte Kurve wird ausgedruckt und beurteilt.

Die AEP dienen zur Untersuchung der Hörfunktion in Hörnerv und Hirnstamm. Sie stellen die direkte Nachbarschaft des Vestibularorgans dar und damit der Schwindel erzeugenden Strukturen im Gehirn.

CAROTISDRUCKVERSUCH

Beim Carotisdruckversuch drückt der Arzt rechts wie links auf die Halsmitte. Dort befindet sich in der Aufzweigung der Halsschlagader (Arteria carotis) ein Druckmesser des Körpers, mit dessen Hilfe unser Blutdruck reguliert wird. Insbesondere bei Arteriosklerose (Arterienverkalkung) kann dieser innere Blutdruckfühler überempfindlich auf Druck von außen reagieren (etwa beim Rasieren). Die Folgen sind Schwindel in Form von Ohnmachtsgefühl bis hin zu Kreislaufkollaps mit Bewusstlosigkeit.

Während des Versuchs werden fortlaufend Blutdruck und Puls gemessen. Dieser Versuch darf nur durch einen Arzt ausgeführt werden.

COMPUTERTOMOGRAFIE DES KOPFES

Mittels der Computertomografie (CT) können die Strukturen des Kopfes ab einer Größe von etwa zwei Millimeter dreidimensional dargestellt werden.

Dabei durchleuchtet man den Kopf nacheinander von allen Seiten mit Röntgenstrahlen. Das Ergebnis wird in den Computer eingespeist und zu einem dreidimensionalen Bild verrechnet. Auf dem Bildschirm ist das Kopfinnere dann zumeist „in Scheiben geschnitten“ dargestellt. Gibt man ein Kontrastmittel über eine kleine Infusion in die Armvene, ergeben sich manchmal zusätzliche Informationen.

Mit der Computertomografie lassen sich Tumoren, Entzündungen, Parasiten und sonstige Fremdkörper im Kopf feststellen, welche zu neurologischen Ausfällen wie Lähmungen oder zu Hörminderungen und selten auch zu Schwindel führen können.

DOPPLERSONOGRAFIE

Bei dieser Untersuchungsmethode wird eine Ultraschall-Stiftsonde über den Hals geführt. Damit kann man den Blutfluss in den zum Gehirn führenden Halsschlagadern messen und Verengungen von mehr als 50 Prozent feststellen. Eine Untersuchung kann über 30 Minuten dauern, ist aber völlig ungefährlich.

Schwindel allein hat zwar in der Regel nichts mit Durchblutungsstörungen zu tun. Wenn allerdings in der neurologischen Untersuchung zusätzliche Auffälligkeiten zu finden sind, muss man diese Möglichkeit in Betracht ziehen.

DUPLEXSONOGRAFIE

So wie man Babys im Mutterleib untersucht, kann man mittels Ultraschall auch Bilder der Halsschlagadern erhalten und darin „Arterienverkalkungen“ erkennen. Kombiniert man diese mit der Strömungsmessung durch die Dopplersonografie, ergibt sich die „Duplex“-Darstellung von Struktur und Strömung. Die Untersuchung ist zeitaufwendig, aber ungefährlich.

Bezüglich der Schwindelabklärung gilt dasselbe wie für die Dopplersonografie.

ECHOKARDIOGRAFIE

Zu den wichtigsten Untersuchungsmethoden des Herzens zählt die Echokardiografie, eine Ultraschall-Untersuchung. Dabei kann man dem Herzen beim Schlagen zusehen und die Pumpleistung einschätzen. Außerdem lassen sich die Funktion der Klappen und die Größe der Herzkammern sowie der Vorhöfe beurteilen. Die Methode hilft, Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Ursache des Schwindels zu erkennen.





ELEKTRONYSTAGMOGRAFIE

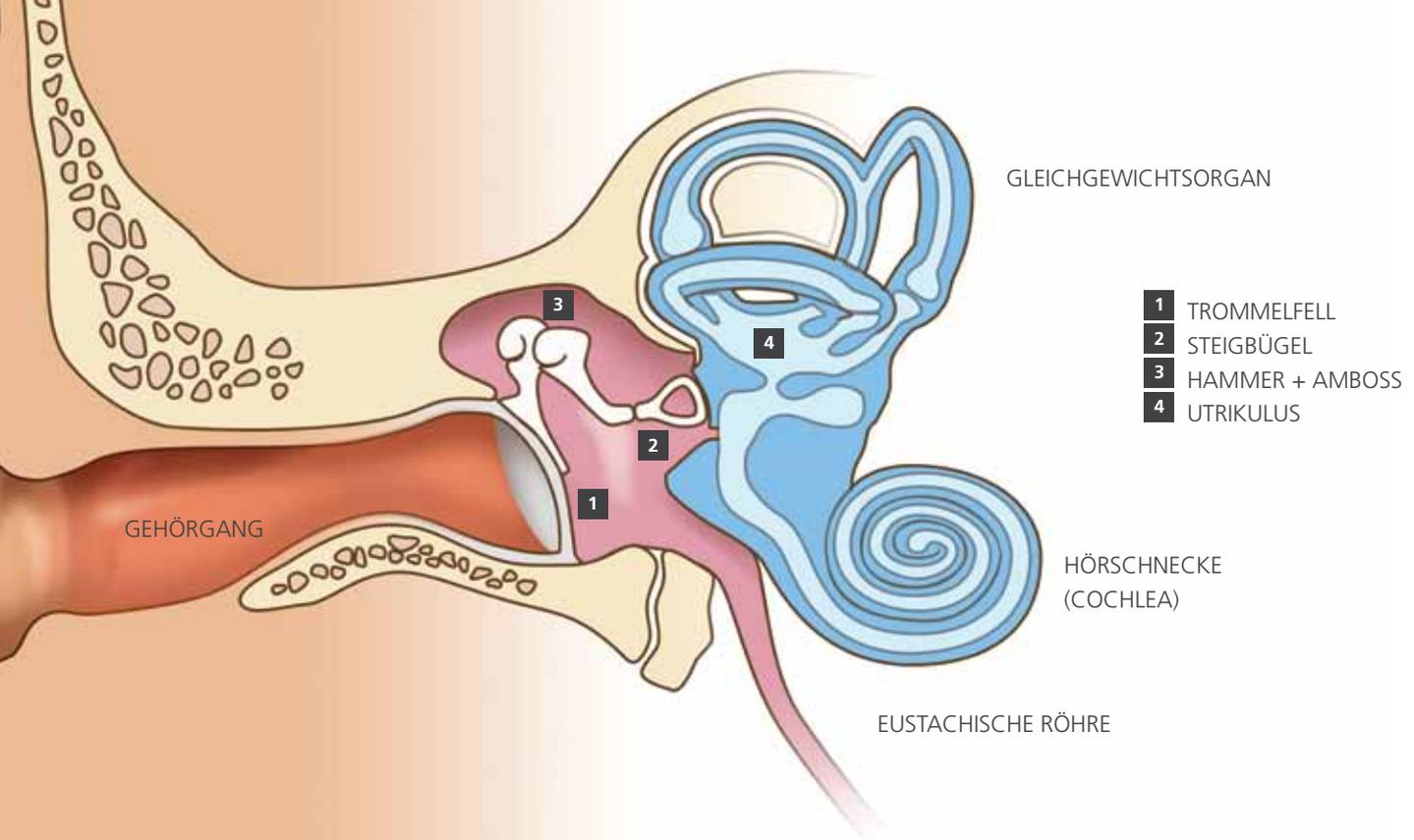
Auch das Auge sendet bei Bewegung elektrische Impulse aus. Somit kann man die Augenbewegungen über eine elektrische Messung aufzeichnen und ähnlich wie beim EKG fortlaufend darstellen. Dazu werden je vier Elektroden um jedes Auge geklebt. Die Augen müssen bestimmte Bewegungen ausführen, die gemessen werden. In der Regel findet die Untersuchung im Sitzen und ohne Bewegung des Kopfes oder des Körpers statt.

Bei der Schwindelabklärung interessieren Augenbewegungsstörungen als möglicher Auslöser. Wie besprochen ist die Steuerung der Augen eng mit dem Gleichgewichtssystem verschaltet. Daher kann man Störungen in diesem System indirekt über Auffälligkeiten bei den Augenbewegungen nachweisen.

FRENZELBRILLE

Die Frenzelbrille ist eine Brille mit sehr starken Gläsern und Beleuchtung der Augen. Setzt man sie einem Patienten auf, so kann er nichts sehen. Das ist beabsichtigt: Er soll mit den Augen nicht fixieren können. Der Untersuchende aber kann die Augenbewegungen des Patienten wie durch eine Lupe mit Beleuchtung sehen.

Die Frenzelbrille dient vor allem zur Feststellung von Augenrucken (Nystagmus), das im Zusammenhang mit Drehschwindel auftritt. Beides zusammen weist auf eine Schädigung des Gleichgewichtsorgans oder der Vestibularisnerven hin.



HIRNSTAMMREFLEXE

Schwindel kann Zeichen einer Störung im Hirnstammbereich sein. Findet man anhand der neurologischen Untersuchung keine eindeutig normalen oder eindeutig krankhaften Befunde, so kann die Messung der Hirnstammreflexe zusätzliche Sicherheit geben.

Beim Blink-Reflextest wird das reflexhafte Augenzukneifen nach einem Reiz im Gesichtsbereich (Schutzreflex) gemessen. Als Reiz in der Untersuchungssituation dient ein kurzer, leichter Stromstoß über dem Auge. Die elektrische Aktivität über den Augenschließmuskeln wird abgeleitet und ausgewertet.

Beim Masseter-Reflextest wird das reflektorische Kieferschließen nach einem leichten Schlag mit einem Gummihammer auf die Kinnspitze aufgezeichnet.

KALORISCHE PRÜFUNG (KALORIK)

Bei der Kalorischen Prüfung werden die beiden Gleichgewichtsorgane untersucht, indem man erst warmes, dann kaltes Wasser ins Ohr laufen lässt oder Luft hineinbläst. Diese Wärme- oder Kältezufuhr reizt die Gleichgewichtsorgane. Drehschwindel und ein Augenrucken (Nystagmus) sind die Folge. Der Nystagmus kann mittels Elektronystagmografie auch aufgezeichnet werden.

Wenn Drehschwindel und Nystagmus auftreten, ist das Gleichgewichtsorgan in Ordnung. Ist es jedoch ausgefallen, tritt kein Schwindel auf. Daher ist die Untersuchung für den Gesunden etwas unangenehm.

KERNSPINTOMOGRAFIE

Die Kernspintomografie dient – wie die Computertomografie – der Darstellung der Strukturen im Kopf (etwa Gehirnteile oder Gefäße). Man spricht auch von Magnetresonanztomografie (MRT).

Dabei wird keine Röntgenstrahlung benutzt, sondern man untersucht die Resonanz der Körperatome auf die Reizung durch ein starkes äußeres Magnetfeld. Das Magnetfeld wird dabei systematisch verändert. Mittels einer Messsonde wird die Reaktion der Atome im Inneren des Körpers registriert. Die Daten werden in einen Computer eingespeist und zu einem dreidimensionalen Bild verrechnet. Auf dem Bildschirm wird das Kopfinnere dann zumeist „in Scheiben geschnitten“ dargestellt. Gibt man ein Kontrastmittel über eine Infusion in die Armvene, erhält man in manchen Fällen noch zusätzliche Informationen.

Die Untersuchung ist sehr teuer und aufwendig, aber nicht mit Strahlenbelastung verbunden.

KIPPTISCH-UNTERSUCHUNG

Mit diesem Test lässt sich untersuchen, wie rasch der Kreislauf reagiert, wenn der Patient seine Lage verändert. Dies zeigt, ob Herz-Kreislauf-Probleme den Schwindel hervorrufen. Der Patient wird dabei auf einem Tisch fixiert, der langsam gekippt wird, bis der Betroffene fast aufrecht steht. Währenddessen misst man ständig Blutdruck und Herzfrequenz.

NERVENLEITGESCHWINDIGKEIT

Nerven geben Signale mit Hilfe von elektrischen Impulsen weiter. Mittels Elektroden lässt sich die Geschwindigkeit dieser Weiterleitung messen. Dies gibt Hinweise auf Schädigungen im Bereich der Nerven.

POSTUROGRAFIE

Die Posturografie dient zur Messung der Standstabilität, bei Schwindel also der Feststellung, ob zusätzlich Gleichgewichtsstörungen vorliegen.

Bei der statischen Posturografie steht der Patient auf einer fest verankerten Messplattform, welche sein Körperschwanken über den Druck auf die Plattform misst.

Bei der dynamischen Posturografie wird der Untergrund samt Messplattform plötzlich gekippt oder weggezogen und man untersucht, wann der Patient das Gleichgewicht verliert. Dazu wird er in einem Fallschirmgurtsystem gesichert, sodass es beim Sturz nicht zu Verletzungen kommen kann.

Bei der aktiven Posturografie ist der Untergrund fixiert, aber der Patient soll selbst aktiv leichte Körperschwankungen durchführen. Es wird gemessen, wie sicher er dabei stehen bleibt (Standregulation).

SCHELLONG-TEST

Bei Schwindel in Form eines Ohnmachtsgefühls wird mit diesem Test die Kreislaufregulation gemessen. Unter fortgesetzter Blutdruck- und Pulsmessung muss der Patient mindestens 15 Minuten liegen, dann rasch aufstehen und mindestens zehn Minuten stehen. Kommt es dabei zu dem beschriebenen Schwindel, so kann anhand der Blutdruck- und Pulswerte die Art der Fehlregulation gemessen werden.

PAROXYSMALER LAGERUNGSSCHWINDEL

Paroxysmal heißt „plötzlich, unvorhergesehen“. Typisch sind plötzlich einsetzende Perioden von Tagen bis Wochen, in denen es bei jedem Lagewechsel des Kopfes zu einem zehn bis 20 Sekunden anhaltenden Drehschwindel kommt.

Grund ist eine „Canalolithiasis“ (siehe Aufbau des Gleichgewichtsorgans, Seite 18): Die Steinchen auf dem „Stoppelfeld“ des Lagesensors im Gleichgewichtsorgan verrutschen und eines oder einige davon rutschen in einen (meist den hinteren) Bogengang. Dort bewegen sie sich bei jeder Lageänderung träge hin und her und verursachen dadurch eine Scheinrotation im Bogengang. Da dieser Sinneseindruck nicht mit den Eindrücken der übrigen Sinne übereinstimmt, empfinden wir Schwindel, und zwar den sogenannten Lagerungsschwindel.

Diese Form des Schwindels ist relativ häufig. Die Ursache ist unbekannt. Die apparativen Untersuchungen bringen bis auf die Frenzelbrillen-Untersuchung im akuten Zustand immer kein Ergebnis!

Die Krankheit kann ebenso schnell verschwinden, wie sie gekommen ist: dann nämlich, wenn sich die Steinchen wieder irgendwie festgesetzt oder aufgelöst haben.

Durch eine Reposition (Zurückverlagerung) mit bestimmten Bewegungen kann der behandelnde Arzt versuchen, Partikel vom hinteren Bogengang zurück in den Utrikulus zu verschieben.

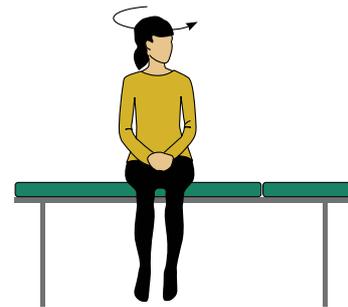
DAZU MUSS DER PATIENT FOLGENDE BEWEGUNGEN MACHEN:

- 01 in sitzender Position Kopf 45° zur Gegenseite der betroffenen Seite drehen,
- 02 auf die betroffene Seite (im Bild nach links) hinlegen, Kopf über die Kante der Liege leicht nach unten,
- 03 den Körper auf die Gegenseite kippen, Kopf nach unten auf den Fußboden gerichtet, leicht in den Nacken gelegt,
- 04 langsam zurück in Sitzposition aufrichten.

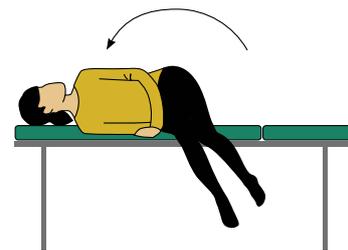
Danach mehrere Stunden nicht wieder hinlegen!
Manchmal genügt ein Versuch, um den Lagerungsschwindel zu beheben!

Eine medikamentöse Therapie ist nicht bekannt, eine Operation wegen der Risiken für das Gehör nicht angebracht.

01



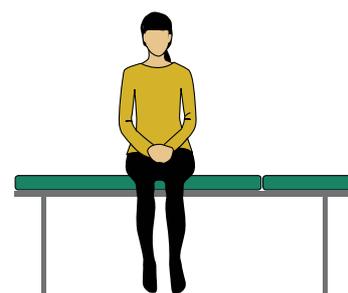
02



03



04





MENIÈRESCHER ERKRANKUNG

Der Morbus Menière ist eine gemeinsame Erkrankung von Innenohr und Gleichgewichtsorgan. Auslöser und Ursache sind nach wie vor unbekannt. Aufgrund einer Stoffwechsel-Fehlsteuerung (nicht durch eine Durchblutungsstörung!) bricht vorübergehend die Funktion eines Gleichgewichtsorgans und/oder Hörorgans („Hörsturz“) zusammen. Im Abstand von drei Tagen bis zwei Jahren kommt es zu einer oder mehreren erneuten Attacken. Dadurch wird die Funktion des betroffenen Organs immer schlechter.

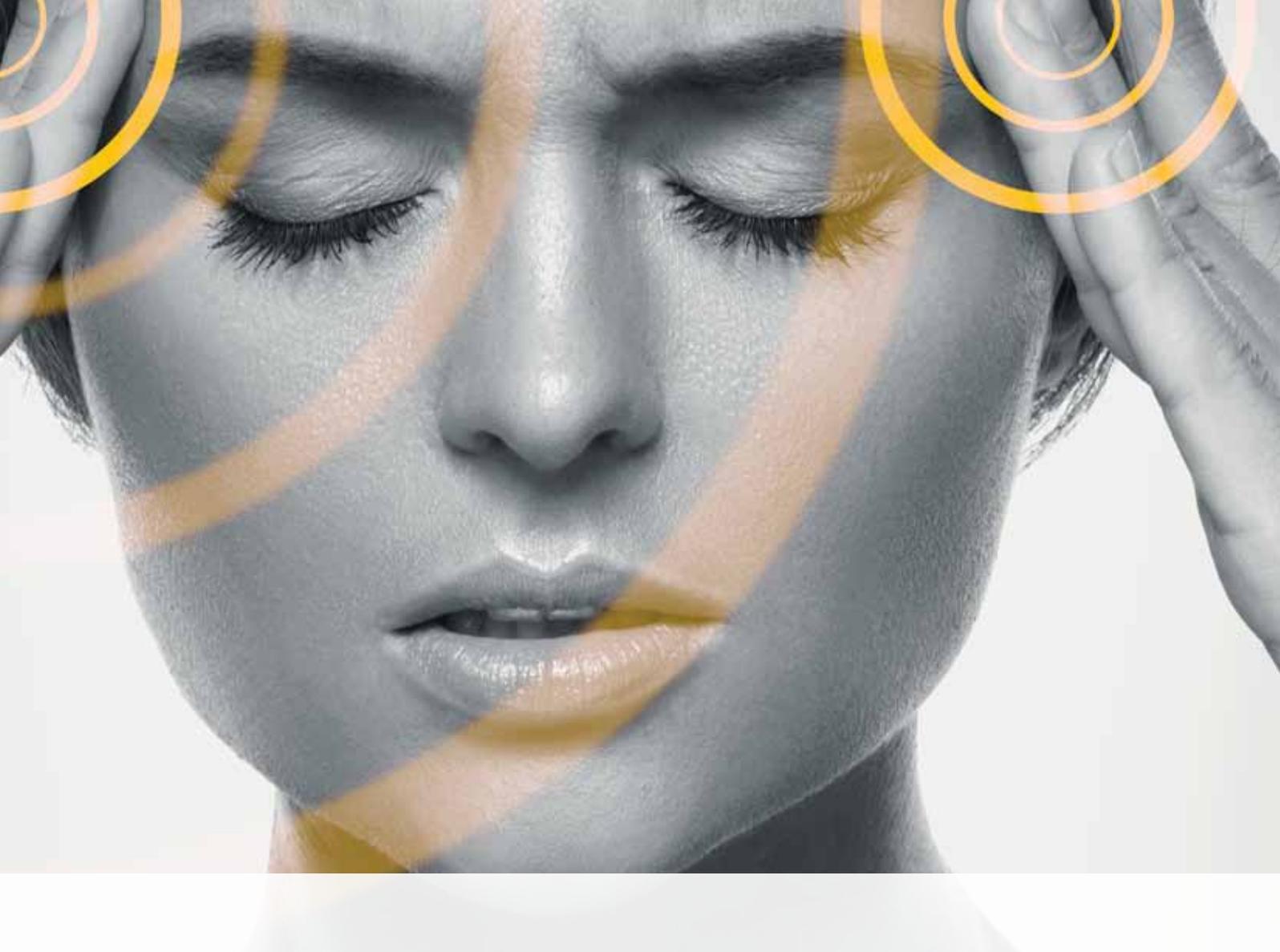
Nach vielen Anfällen kann der Patient auf der betroffenen Seite ertauben und das Gleichgewichtsorgan ausfallen. Die Attacken hören dann auf. Während sich die zunehmende Ertaubung ständig bemerkbar macht, zeigt sich der Drehschwindel als Ausdruck der Störung des Gleichgewichtsorgans immer nur während des Menière-Anfalls oder in den zwei bis drei Tagen danach. Dann hat sich das Gehirn daran gewöhnt und gleicht die Fehlfunktion mit Hilfe des Gleichgewichtsorgans auf der anderen Seite aus (zentrale Kompensation).

Während des Menière-Anfalls kommt es zu einem heftigen, meist horizontalen Drehschwindel in Richtung des betroffenen Organs, verbunden mit ruckartigen Augenbewegungen (Nystagmus). Anfangs wird der Schwindel durch jeden Lagewechsel des Kopfes verstärkt (Lagerungsschwindel). Den Nystagmus kann der Arzt mit der Frenzelbrille gut erkennen. Die Symptome klingen im Laufe von zwei bis drei Tagen langsam ab.

Die Menièresche Erkrankung ist eigentlich keine gefährliche Krankheit, aber sie beeinträchtigt die Lebensqualität der Betroffenen ganz erheblich, vor allem deshalb, weil man nie weiß, wann die nächste Attacke kommt. Während einer Attacke ist man weitgehend hilflos, kann beispielsweise nicht Auto fahren.

Im akuten Zustand erhält der Patient Medikamente, die Schwindelgefühl und Übelkeit dämpfen. Es gibt Arzneimittel, welche die Anfallshäufigkeit senken. Allerdings tritt dieser Effekt nicht immer ein. Man sollte diese Medikation wieder absetzen, wenn nach drei bis vier Monaten keine Besserung zu sehen. Bei vielen Betroffenen beeinflussen eine Belastung durch Stress und psychische Faktoren die Anfallshäufigkeit deutlich.

Manche Patienten können aufgrund ständiger Anfälle kein „normales“ Leben mehr führen. Dann lässt sich das kranke Gleichgewichtsorgan operativ ganz ausschalten. Allerdings besteht bei der Operation die Gefahr, dass das Gehör auf der betroffenen Seite schlechter wird oder ganz ausfällt.



AKUTE VESTIBULOPATHIE (AUCH NEURONITIS VESTIBULARIS = NERVENENTZÜNDUNG)

Diese Erkrankung ist durch den plötzlichen Ausfall eines Gleichgewichtsorgans gekennzeichnet. Wahrscheinlich handelt es sich tatsächlich um eine Entzündung, so ähnlich wie eine Gürtelrose in anderen Bereichen des Körpers. Durch die unterschiedliche Wahrnehmung des erkrankten Gleichgewichtsorgans im Vergleich zur gesunden Seite kommt es zu einem heftigen Drehschwindel, der ein bis zwei Wochen anhält. Dann flaut er langsam ab, da sich das Gehirn an die Fehlinformationen aus dem gestörten Organ gewöhnt. Man nennt das „zentrale Kompensation“.

Die Patienten werden mit einem Kortison-Präparat behandelt, das entzündungshemmend wirkt. Außerdem sollten im Akutstadium während der ersten Tage dämpfende Medikamente gegeben werden. Danach ist eine krankengymnastische Übungsbehandlung wichtig, um die zentrale Kompensation zu fördern. Dabei werden genau dosiert die Kopfbewegungen durchgeführt, die den Schwindel auslösen! Vermeidet man diese Bewegungen, unterhält dies den Schwindel und verlangsamt die Genesung.

Parallel zur beschriebenen Störung kann auch das Hörorgan auf der gleichen Seite ausfallen. Dabei handelt es sich um einen „Hörsturz“. Beides zusammen ist dann ein „Hör- und Gleichgewichtssturz“. Hörorgan wie Gleichgewichtsorgan können sich nach einer Weile wieder erholen. Bei den meisten Betroffenen bildet sich die Erkrankung gut zurück. Nur in seltenen Fällen bleiben die Organe für immer funktionslos.

Die genaueren Krankheitsursachen sind auch hier noch nicht erforscht, aber als Hauptrisikofaktor ist Stressbelastung anzusehen.

Es kommt nicht zu regelmäßigen Anfällen wie beim Morbus Menière, aber die Krankheit kann sich wiederholen, auch auf dem anderen Ohr, wenn der Betroffene seine Stressbelastung nicht reduziert.

PHOBISCHER ATTACKEN-SCHWANKSCHWINDEL

Dabei setzen plötzliche kurze Attacken von Schwankschwindel ohne Gleichgewichtsstörung ein, aber zum Teil verbunden mit heftiger Angst oder den körperlichen Zeichen wie Schweißausbruch, Herzklopfen, Zittern und innerer Unruhe. Das Gefühl kann so stark sein, dass man die begonnene Handlung oder seinen Weg nicht fortsetzen kann, sich hinsetzen oder manchmal auch weglaufen muss, um eventuell der auslösenden Situation zu entfliehen.

Die Attacken können in bestimmten Situationen auftreten, etwa beim Autofahren oder auf einer Brücke, dann handelt es sich um eine Phobie im engeren Sinne. Oder sie zeigen sich ohne äußeren Anlass plötzlich, dann als Ausdruck einer Angstkrankheit. Es kann auch zu Schwindel kommen, wenn der Betroffene als Folge einer psychischen Belastung beschleunigt atmet (hyperventiliert).

Apparative Untersuchungen sind völlig unauffällig, lediglich im EKG lässt sich die erhöhte Pulsfrequenz feststellen.

Therapiert wird diese Krankheit meist durch eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und medikamentöser Therapie mit nicht süchtig machenden Medikamenten.

Sicherlich ist es nicht immer einfach, sich zugestehen zu müssen, dass man an einer psychischen Krankheit leidet. Aber man sollte die Therapie nicht auf die lange Bank schieben: Bei langem Krankheitsverlauf spricht die Therapie nicht mehr gut an.

VESTIBULÄRE MIGRÄNE

Eine Sonderform der attackenförmig auftretenden Kopfschmerz-Erkrankung Migräne ist die vestibuläre oder Schwindel-Migräne. Betroffene leiden vor oder während einer Kopfschmerz-Attacke unter Dreh-, Schwank- oder Benommenheitsschwindel. Zusätzlich sind oft migränetypische Begleiterscheinungen wie Übelkeit sowie eine Licht- oder Geräuschempfindlichkeit vorhanden. Die Dauer des Schwindels reicht von wenigen Minuten bis zu vielen Stunden; in der Regel hält das Phänomen etwa eine Stunde an. Bei bis zu einem Drittel der Betroffenen tritt der Schwindel ohne Kopfschmerzen auf. Meist liegt Migräne innerhalb der Familie gehäuft vor.

Die Diagnose „Vestibuläre Migräne“ ist eine Ausschluss-Diagnose: Sie wird erst gestellt, wenn überprüft worden ist, ob keine andere Ursache für den Schwindel in Betracht kommt. Eine spezielle Therapie gibt es bislang nicht. Daher wendet man Migräne-Medikamente an, beispielsweise Triptane, welche die Patienten möglichst beim ersten Einsetzen von Symptomen einnehmen sollten. Außerdem sollten sie versuchen herauszufinden, was ihre Attacken auslöst (beispielsweise Schlafmangel oder das Auslassen einer Mahlzeit) und diese Trigger künftig meiden. Vorbeugend sind ein regelmäßiger Lebensrhythmus hilfreich, Ausdauersport und Entspannungsverfahren zur Stressbewältigung.

In schweren Fällen bietet sich eine vorbeugende medikamentöse Behandlung an. Dafür kommen verschiedene Arzneimittelgruppen in Frage, etwa Betablocker oder Medikamente gegen Epilepsie.

THERAPIE DES SCHWINDELS

Schwindel ist ein Alarmsignal. Es zeigt an, dass etwas mit der Wahrnehmung des körperlichen, aber auch des seelischen Gleichgewichts nicht stimmt. Ihn zu behandeln heißt, zuerst die Ursache zu suchen und diese dann zu behandeln. Schwindel kann sehr viele verschiedene Ursachen haben, die hier nicht alle aufgeführt werden können. Entsprechend unterschiedlich sind auch die Therapien. Nötig ist das individuelle Gespräch zwischen Patient und Arzt, der über genaue Kenntnisse des jeweiligen Einzelfalls verfügt.

Manchmal lässt sich die Ursache nicht in kurzer Zeit beseitigen. Dann kann man das Schwindelgefühl mit Medikamenten unterdrücken. Mitunter geht das Schwindelgefühl auch nach Beseitigung der Ursache nicht sofort wieder weg. Schwindel ist ein Gefühl, und Gefühle sind nicht immer genau dosier- und beherrschbar.

In seltenen Fällen wird Schwindel chronisch. Die Ursache ist längst behoben, der Schwindel hat seinen Sinn als Alarmsignal verloren. Es scheint nicht klar, wozu er jetzt noch dienen soll. Aber auch dann kann man noch eine Besserung erreichen.





MEDIKAMENTE

Schwindel entsteht im Gehirn. Und so kann man Schwindel durch Medikamente unterdrücken, die das Gehirn dämpfen. Das ist im Akutfall, wenn ein Gleichgewichtsorgan ausfällt (Vestibulopathie), auch wirklich erleichternd: Endlich hören Brechreiz und andere Folgen des Schwindelgefühls auf! Und „etwas Sinnvolles tun“ kann man in dieser Situation nicht. Es macht also zunächst nichts, wenn das ganze Gehirn als Nebenwirkung der Medikamente etwas „benebelt“ ist.

MAN SOLLTE DIESE MEDIKAMENTE ABER NICHT LÄNGER ALS DREI BIS VIER TAGE IN FOLGE EINNEHMEN:

- › Sie verlangsamen die Gehirnleistung insgesamt.
Auto fahren ist nicht zu verantworten, „Kopfarbeiter“ erleben eine erhebliche Leistungsreduktion.
- › Sie unterdrücken auch andere Gefühle, gerade die angenehmen!
- › Sie verhindern, dass man etwas Neues lernt. Bei einem Teil der oben aufgeführten besonderen Krankheiten kommt es aber gerade darauf an, dass das Gehirn lernt, mit der neuen Situation eines teilweise gestörten Sinnesorgans fertig zu werden. Diese „zentrale Kompensation“ wird durch die Medikamente unterdrückt. Das heißt: Man behält seinen Schwindel, solange die Medikamente eingenommen werden. Man braucht immer wieder Medikamente, um den Schwindel zu unterdrücken... – ein Teufelskreis.

Deshalb sollte man die dämpfenden Medikamente drei bis vier Tage nach einem akuten Schwindelereignis wieder absetzen und zur krankengymnastischen Therapie übergehen.

Stecken Verspannungen im Bereich der Halswirbelsäule dahinter, erhält der Patient zusätzlich muskelentspannende Medikamente.

Etwas anderes ist es, wenn der Schwindel Ausdruck einer psychischen Krankheit ist. Neben der psychotherapeutischen Behandlung kann hierbei auch eine längere Medikamenteneinnahme erforderlich sein. Dabei handelt es sich dann aber nicht um dämpfende Medikamente.

Hängt der Schwindel mit Durchblutungsstörungen im Gehirn zusammen, verordnet der Arzt Medikamente, um die Fließfähigkeit des Blutes zu verbessern. Mitunter kommt ein Kortison-Präparat dazu.





TRAINING UND SPORT

Mit Krankengymnastik und bei weiterer Besserung mit gezielter Sport- und Bewegungstherapie können die Betroffenen ihrem Gehirn nach einer Akutkrankheit mit Schwindel helfen, die erwähnte „zentrale Kompensation“ zu erreichen und sich auf die neue Situation einzustellen.

Natürlich muss dies wohl dosiert geschehen. Zu solch einem Trainingsprogramm kann der Betroffene die Hilfe von Fachleuten (Krankengymnasten und speziell weitergebildeten Sporttherapeuten) in Anspruch nehmen.

Aber auch bei „unspezifischem“ Schwindel können Bewegungstherapie und Sport helfen, wieder Vertrauen in die eigenen körperlichen Fähigkeiten zu gewinnen.

Bei Kreislaufregulationsstörungen ohne Herzerkrankung sind die physikalischen Therapien, insbesondere Kaltwasser-Anwendungen (nach Kneipp) und Sport therapeutisch die wirksamsten Mittel.

ENTSPANNUNG UND BELASTUNG

Um das innere Gleichgewicht wiederzugewinnen, kann eine Entspannungstherapie eine große Hilfe sein. Sie muss regelmäßig ausgeübt werden, um zu wirken.

Viele Krankheiten, die mit Schwindel einhergehen, werden durch Stressbelastung verschlechtert oder erst ausgelöst. Dazu kommt der Insuffizienzschwindel, der bei einem Teil der Betroffenen direkter Ausdruck ist von: „Ich schaffe es nicht mehr!“ Stress scheint zu einem Hauptproblem unserer derzeitigen Lebensführung geworden zu sein. Natürlich gibt es unentrinnbare Schicksalsschläge, aber im Alltag könnte man durchaus an seiner Stressbelastung etwas ändern, wenn man einmal in Ruhe darüber nachdenkt.





Zur Einführung eines adäquaten „Stressmanagements“ kann man professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, etwa im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Beratung durch Psychologen oder psychotherapeutisch ausgerichtete Ärzte.

Eine intensivere Psychotherapie ist dann erforderlich, wenn der Schwindel stark mit psychischen Problemen oder gar Krankheiten verknüpft ist. Hier sollte man nicht zu lange zögern, denn je länger die Problematik bestehen bleibt, desto geringer werden die Heilungsaussichten.



DER RICHTIGE UMGANG MIT SCHWINDEL

KANN MAN BEI EINEM SO VIELSCHICHTIGEN PHÄNOMEN EINE KURZE BILANZ ZIEHEN?

VIELLEICHT SO VIEL

- › Man soll Schwindel als Alarmsignal beachten und nach der Ursache forschen.
- › Ist der Schwindel chronisch geworden, sollte man sich von ihm nicht gänzlich vereinnahmen und nicht zu sehr einschränken lassen. Er ist zwar unangenehm, zeigt aber im Allgemeinen keine Bedrohung mehr an. Also kann man sein Leben leben – trotz des Schwindels oder mit ihm.

In diesem Sinne möchten wir alle Betroffenen während der Rehabilitation in unserer Klinik unterstützen und ihnen helfen, in jedem einzelnen Falle den richtigen Umgang mit „ihrem“ Schwindel zu finden.

Haben Sie Fragen?

Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter informieren Sie gerne.

GLEICHGEWICHT UND SCHWINDEL.

Wie Körper und Seele wieder auf die Beine kommen
von Helmut Schaaf; Verlag: Asanger, 2018

PSYCHOTHERAPIE BEI SCHWINDELERKRANKUNGEN

von Helmut Schaaf; Verlag: Asanger, 2016

DIE SCHWINDEL-AMBULANZ:

Formen und Ursachen des Schwindels
von Dagny Holle-Lee; Verlag: Herbig, 2019

THERAPIE UND VERLAUF NEUROLOGISCHER ERKRANKUNGEN

herausgegeben von T. Brandt, J. Dichgans, H.-C. Diener; Verlag: Kohlhammer, 2017

MEDICLIN

Okenstraße 27

77652 Offenburg

Telefon 0 800 44 55 888

servicehotline.mediclin@mediclin.de



Unsere Standorte –
ein starkes Netzwerk
medizinischer
Versorgung.

www.mediclin.de

- Akuteinrichtung
- Rehabilitations-Zentrum
- Privatklinik
- Pflegeeinrichtung
- Medizinisches Versorgungszentrum

Stand 03/2020