

KIMM



aktuell

MITGLIEDERZEITSCHRIFT FÜR KIMM E.V. – INFORMATIONEN FÜR MORBUS MENIÈRE BETROFFENE

10/12. November
IV. Bad Grönenbacher
Morbus Menière
Symposium

**KIMM feiert
20jähriges
Jubiläum**



**Bringen Sie sich
in Bewegung!**

Forum, Infos, Tipps



KONTAKTE UND INFORMATIONEN ZU MORBUS MENIÈRE

EUROTRAMP

Vorwort



Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und liebe Leser, zum 20jährigen Bestehen der Selbsthilfegruppe für Morbus Menière Patienten halten Sie eine neu gestaltete Zeitschrift in den Händen. Eine Zeitschrift ist ein lebendiger Organismus, der wie wir Menschen auch dem Wandel des Geschmacks und dem Wandel der Zeit unterworfen ist. In unserem Verein ist sie ein wichtiges Bindeglied zwischen den Mitgliedern in Ost und West, in Nord und Süd. Der Vorstand von KIMM hat nun in Zusammenarbeit mit der Redakteurin Renate Völker und dem Gestalter Dieter Peters der Zeitschrift ein neues Gesicht gegeben.

Am Inhalt wird sich nichts Grundlegendes ändern. Wir werden auch in Zukunft Referate, persönliche Erfahrungsberichte und Möglichkeiten der Hilfen für dieses Krankheitsbild aufnehmen.

Ein „runder“ Geburtstag gibt mir auch Anlass zum Nachdenken: Warum hast Du diese Gruppe gegründet und zwanzig Jahre geführt? Wie viele persönliche Gespräche oder Schriftwechsel entstanden dadurch? Wäre dieses Krankheitsbild auch ohne KIMM aus seinem Dornröschenschlaf erwacht? Wie geht es nach meiner Amtszeit mit KIMM weiter? Wie viele Menschen haben mir persönlich und später in der Selbsthilfegruppe und im Verein geholfen?

Allen, die mich in diesen zwanzig Jahren begleitet haben möchte ich ein herzliches Dankeschön sagen.

Inzwischen wird in den Medien viel über Schwindel berichtet. Doch sind dadurch die Selbsthilfegruppen überflüssig geworden? Ich glaube nein! Mir erscheint es wichtig für jede chronisch verlaufende Krankheit eine Leitstelle für Betroffene, Angehörige und Ärzte zu haben.

Ich wünsche allen Leidensgenossen Gesundheit und Gleichgewicht im Leben.

Inge von dem Bussche

Inhalt

Vorwort	3
Herzlichen Glückwunsch zum 20. Geburtstag	6
20 Jahre KIMM	10
Briefe	14
IV. Bad Grönenbacher Morbus-Menièr-Symposium 10 Jahre Klinik „Am Stiftsberg“ - 20 Jahre KIMM e.V.	15
«Schwerhörigkeit – das unterschätzte Symptom bei Morbus Menière»	16
«Schwerhörigkeit – Auswirkungen auf die Psyche»	22
Inge von dem Bussche wieder Vorsitzende – drei neue Mitglieder im Vorstand	27
Der neue Vorstand von KIMM e.V.	28
Walther Dierlamm – der neue Kassenführer stellt sich vor	29
Rahmenprogramm: Gesprächsgruppe, Qi Gong und Trampolinspringen	30
Forum	32
Morbus Menière naturgemäß behandeln	36
Ernährung	40
Info	42
Selbsthilfegruppen	44
Patientenführung bei M. Menière Klare Diagnose, meist schwindelerregende Perspektiven	46
Fachliteratur, Bücher	55
Bringen Sie sich in Bewegung!	60
Krankheitserleben und Krankheitsbewältigung bei Morbus Menière-Patienten	62
Kinesiologie Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten bei Tinnitus	68
Kliniken	70



Impressum

Herausgeber: KIMM e.V., Strümpfelbacher Str. 63, 71384 Weinstadt, Tel. 07151/64113,
email: IngeBussche@gmx.de

Redaktion: Renate Völker, textkontor, Weiler Str. 14, 73614 Schorndorf, Tel. 07181/9805-113,
Fax 07181/9805-100, email: voelker@textkontor.net

Verantwortlich für den Inhalt: Inge von dem Bussche

Gestaltung: Dieter Peters, Weiler Str. 14, 73614 Schorndorf, Tel. 07181/43892,
email: peters-design@t-online.de, www. augtionshaus.de

Druck: Kurz & Co, Stuttgart

Die namentlich gekennzeichneten Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.
Nachdrucke sind nur mit Genehmigung von KIMM e. V. erlaubt.

KIMM aktuell ist im Mitgliederbeitrag enthalten. Das Einzelheft kostet 6,-- Euro.



Herzlichen Glückwunsch zum 20. Geburtstag

„Zusammenkommen ist nicht schwer, Zusammenarbeiten ist nicht leicht, Zusammenbleiben ist ein Wunder“ (unbekannter Autor)

Glückauf KIMM

Voller Ehrfurcht blicke ich als Mitarbeiter einer zum Jahreswechsel 10-jährigen Klinik auf ein zweimal 10-jähriges Jubiläum einer Selbsthilfe-Organisation. Denn während wir einen breiten Stab an Therapeuten in einem professionellen Umfeld haben, kann eine Selbsthilfegruppe immer nur auf das ehrenamtliche Engagement der Mitglieder setzen. Erlahmt die Motivation und die Identifikation mit der Sache, verliert eine Selbsthilfe-Organisation ihren Kern und Sinn – dies ist zugegebenermaßen bei einer Klinik nicht viel anders.

Die Situation für Menière-Patienten vor 20 Jahren kann ich nur erahnen, weil ich zu diesem Zeitpunkt – in einem anderen Leben – noch Kardiologe werden wollte und von Morbus Menière daher nur wenig aus Büchern wusste. Aber die Begriffe Einsamkeit, Hilflosigkeit, Ohnmacht kommen mir in den Sinn, wenn ich an Menschen mit der Neu-Diagnose einer Menière Erkrankung denke. Was mache ich nun, wie geht es weiter mit Job und Familie, wer weiß vielleicht mehr und kann besser helfen als mein Arzt...? So haben vermutlich viele Betroffene zunächst verzweifelt nach Orientierung gesucht. Hier trotz eigener schwerer Krankheit, Familie und Kinder-Erziehung mutig die Initiative zu ergreifen und einfach mal etwas Neues zu versuchen, ist ein erstes Wunder, bei dem mit viel Gottvertrauen Wege aus der Isolation durch Hilfe zur Selbsthilfe gesucht und gefunden werden sollten. Damals war Selbsthilfe noch keine Selbstverständlichkeit und man fand nicht überall nur freundliche Unterstützer und verständnisvolle Sponsoren. Frau von dem Bussche hat sich nicht entmutigen lassen, mit Überzeugungskraft, nie erlahmender Empathie für Ihresgleichen, Geduld und einer Spur schwäbischer Sturheit entstand die KIMM e.V..

Wenn man 20 Jahre das eigene Kind gepflegt, getröstet, beraten, geleitet und begleitet hat, sind es keine Kinder mehr, sondern selbstbewusste, eigenständige Individuen. Wie viel Kraft und Tränen eine „Mutter“ dabei verbraucht hat, kann nur sie selbst wissen. Aber als Elternteil bekommt man auch immer etwas Positives zurück, man lernt Menschen kennen und schätzen, manche begleiten den eigenen Weg länger oder kürzer, liefern Anregungen, geben Hoffnung und Zuversicht. Im Miteinander wird manche Verzweiflung erträglich, manche Schwierigkeit gemeistert und mancher Trost oder Erfolg geteilt.

Wären die Menière-Betroffenen heute ohne KIMM genauso weit? Die Frage beantworte jeder für sich. Aber allein aus unserer Perspektive würde es vermutlich spezielle Rehabilitations-Angebote für Menière Patienten nicht geben, wenn wir in der KIMM nicht einen Partner und Berater gehabt hätten, der von der Idee bis zu Umsetzung den Prozess begleitet und immer wieder bereichert hat.

Aus einer lokalen Idee einer Selbsthilfegruppe wurde eine Erfolgsgeschichte mit heute 545 Mitgliedern. So wünsche ich der KIMM immer engagierte, innovative, optimistische Mitglieder, die sich auch in Zukunft nicht scheuen, Neues zum Wohl der Menière-Betroffenen zu wagen!

In diesem Sinne „Glückauf KIMM für die nächsten 20 Jahre“

Dr.Volker Kratzsch

Ärztlicher Leiter der Klinik „Am Stiftsberg“
Bad Grönenbach

Bewundernswertes Engagement



Als mich Frau von dem Bussche bat, ein Grußwort zum 20. Geburtstag der Selbsthilfeorganisation zu schreiben, habe ich sofort und gerne zugesagt. Nachdem ich den Telefonhörer aufgelegt hatte, dämmerte mir, dass meine eigene Menière-Geschichte ein Jahr nach der Gründung der KIMM, kurz vor meinem eigenen 30. Lebensjahr 1987, begann. Zu diesem Zeitpunkt gab es noch keine einfachen Kontaktmöglichkeiten – etwa über das Internet – und so fielen mir die ersten Informationen der KIMM erst sehr viel später in die Hände, als ich bereits in der Tinnitus-Klinik in Bad Arolsen arbeitete.

Unser erstes Treffen und mein erstes Engagement für die KIMM begann dann mit meinem allerersten Medizin-Vortrag (1995) zum Morbus Menière, nachdem ich als Resultat meiner Suche, angesichts meiner eigenen Ratlosigkeit und meines eigenen Schwindelgeschehens, die vielen widersprüchlichen wissenschaftlichen Einzelveröffentlichungen so lange gesammelt hatte und mit meiner Erkrankung verbunden hatte, dass daraus das Buch „Morbus Menière – Krieg im Innenohr“ entstehen konnte.

Dass ich nach meinem Vortrag gleich in den wissenschaftlichen Beirat der KIMM aufgenommen wurde, hat mich sehr geehrt und auch ein Stückweit angespornt, mich weiter mit dem Thema und meinem eigenen Thema zu beschäftigen. Dabei hat sich als „günstig“ für die Bearbeitung mit dem Thema herausgestellt, dass nicht ich den Morbus Menière ausgesucht hatte und dann wieder fallen lassen konnte, sondern dass er mich doch mit seinen Begleiterscheinungen, aber auch seinen zunehmenden Differentialdiagnosen und dem Interesse am Gleichgewicht und seinen Störungsmöglichkeiten insgesamt herausforderte. Inzwischen kann man mit Fug und Recht sagen, dass der Morbus Menière, anders als vor noch 20

Jahren, keine unbekannte Seite von einem fernen Planeten ist und die Menschen nicht, etwa wie Luther noch im 15. Jahrhundert glauben mussten, dass der Verursacher des Schwindels gar „der schwarze zotticht Geselle aus der Hölle“ selbst gewesen ist, der ihn „in seinem Reich auf Erden wohl nicht leiden mag“ und daher das Drehen, Brummen und den Hörverlust hergerufen habe. Dazu hat die KIMM und insbesondere ihre Vorsitzende mit ihrem mehr als bewundernswerten Engagement und ihrem, trotz massiver Hindernisse, sehr beispielhaften Weg bis hin in die Überwindung der beidseitigen Taubheit nun durch ein beidseitiges Cochlear-Implant und einem bis heute fortbestehenden Engagement, dafür gesorgt, dass das Wissen um diese Innenohrerkrankung und ihre Auswirkung auf den ganzen Menschen deutlich zugenommen hat. So kann zumindestens in einigen Schwerpunktkliniken adäquat an den veränderbaren Anteilen des Morbus Menière gearbeitet werden.

Dass die KIMM als Organisation es noch viel schwerer hat als die DTL liegt sicher sowohl an dem sehr viel selteneren, wirklichen Auftreten der Erkrankung und an dem Wesen des M. Menière: Wem schwindlig ist, dem ist nicht nach Ausgehen, und ist der Schwindel vorbei, ist man erst einmal froh, dass man nichts mehr damit zu tun haben muss.

Umso bewundernswerter ist es, dass es der KIMM und Frau von dem Bussche gelungen ist, über viele Jahre letztendlich trotz der vielen Durststrecken, das Netz aufrechtzuerhalten, wofür ich ihr ganz herzlich danken möchte und ihr Glück wünsche für ihr eigenes Leben und für den Weiterbestand der Selbsthilfeorganisation.

Dr. Helmut Schaaf

Leitender Oberarzt der Tinnitus Klinik Arolsen



Grußwort des Landrats

Unser Gesundheitssystem befindet sich in einem rasanten Wandel. Beinahe täglich hören wir von neuen Fortschritten bei der Diagnose und Therapie von Krankheiten. Der Einzelne, insbesondere wenn er selbst oder Angehörige von einer seltenen, oft auch chronischen Erkrankung betroffen ist, kann hier schnell den Überblick verlieren. Je vielseitiger unser Gesundheitssystem wird, desto schwerer wird es, die nötige umfassende Information für jede Erkrankung und jeden Menschen bereit zu halten und die Strukturen transparent zu machen.

Genau an dieser Stelle ist das ehrenamtliche Engagement von Selbsthilfegruppen aus unserem heutigen Gesundheitssystem nicht mehr wegzudenken. Selbsthilfegruppen ergänzen die professionellen Angebote der gesundheitlichen Versorgung in wertvoller Weise und sie geben Betroffenen Halt und Unterstützung.

Die Selbsthilfegruppe «Kontakte und Informationen zu Morbus Menière e.V.», kurz: KIMM, beweist das in ganz herausragender Weise. Vor 20 Jahren in unserem Landkreis als kleine lokale Gruppe von betroffenen Patientinnen und Patienten gegründet ist sie heute ein bundesweit tätiger Verein mit über 500 Mitgliedern.

Die Selbsthilfegruppe hält kontinuierlichen Kontakt zu medizinischen Experten in Klinik und Praxis und kann so aktuellste Erkenntnisse und Entwicklungen direkt weitergeben an die Mitglieder. Sie bietet die Möglichkeit des regelmäßigen persönlichen Austausches und der gegenseitigen Hilfe, sie vermittelt fachliche Ansprechpartner und übernimmt Wegweiserfunktion. Leistungen die unser professionelles Gesundheitssystem so nicht erbringen kann, die aber von unschätzbarem Wert für die Betroffenen und ihre Angehörigen sind. KIMM ist ein vorbildliches Beispiel für ehrenamtliches Engagement im Gesundheitsbereich, möge es viele Nachahmer finden!

Ich danke den Mitgliedern der Selbsthilfegruppe für ihr langjähriges Engagement im Dienste der Bürgerinnen und Bürger des Rems-Murr-Kreises und wünsche Ihnen für die Zukunft weiterhin viel Kraft und die notwendige Unterstützung.

Ihr

Johannes Fuchs
Landrat des Rems-Murr-Kreises



Grußwort des AOK-Geschäftsführers



Selbsthilfegruppen sind eine unverzichtbare Ergänzung der professionellen Gesundheitsversorgung. Sie helfen ihren Mitgliedern, deren Angehörigen und anderen von der jeweiligen Krankheit betroffenen Menschen bei der Krankheitsbewältigung. Selbsthilfegruppen leisten damit einen eigenständigen, professionell kaum ersetzbaren Beitrag zur Prävention.

Die AOK unterstützt die aktive Mitarbeit und Selbstverantwortung ganz gezielt und legt dabei den Schwerpunkt auf die Förderung regionaler und lokaler Gruppen. Das Hauptaugenmerk unserer Hilfe liegt da, wo chronisch kranken Menschen sich zusammenfinden und durch gegenseitige Unterstützung Veränderungen im Verhalten und in der Einstellung zu ihrer Krankheit bewirken.

Neben finanzieller Unterstützung bauen wir vor allem auf strukturelle Hilfe: Die AOK stellt Räume und Referenten zur Verfügung und unterstützt Selbsthilfetag.

Voraussetzung für eine Unterstützung durch die AOK ist eine verlässliche und kontinuierliche Gruppenarbeit. Die Selbsthilfegruppe „Kontakte und Informationen zu Morbus Meniere“ (K.I.M.M.) wurde mit Unterstützung der AOK im Rems-Murr-Kreis vor 20 Jahren gegründet. Seither leistet die Gruppe mit Hilfe, Informationen und Erfahrungsaustausch bundesweit unersetzliche Arbeit für Menschen die von der Meniereschen Krankheit betroffen sind. Dafür danken wir allen Mitgliedern und Verantwortlichen der Selbsthilfegruppe K.I.M.M. Für die nächsten Jahre wünschen wir Ihnen Zuspruch und Anerkennung beim ehrenamtlichen Engagement.

Ihr

Erik Scherb
AOK-Geschäftsführer



20 Jahre KIMM

Inge von dem Bussche und Marlis Herzogenrath
beim Selbsthilfekongress in Bad Homburg 1999



Trampolin-Springen in Bad Grönenbach im
Frühjahr 2000



Der Druckpulsgenerator Meniett 20
wird erprobt



Gründungsprotokoll
Kontakte und Informationen für Morbus Ménière

Am 23. April 1994 trafen sich zur Gründungsversammlung des KIMM Kontakte und Informationen für Morbus Ménière Betroffene in Gasthaus "Schwäbischer Hof" in Weinstadt - Endersbach 15 Personen.

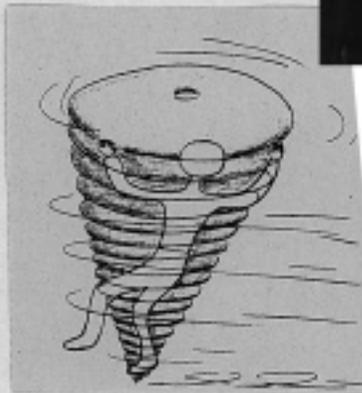
Zur Versammlung war ordnungsgemäß von Freifrau von dem Bussche eingeladen worden.

Aus diesem Personenkreis haben 9 Personen den Verein
KIMM e.V.
gegründet.

- 1 Frau Gretel Holz
- 2 Herr Robert Benz
- 3 Frau Irene Rehlinger
- 4 Frau Rose Steinwandel
- 5 Herr Walter Kottmann
- 6 Herr Edgar Bauer
- 7 Frau Lore Röder
- 8 Herr Rudolf Nifale
- 9 Freifrau von dem Bussche

Für das Protokoll
Inge von dem Bussche
Freiherr von dem Bussche

Korb am 23. April 1994



Informationsstand im Bürgerzentrum
Waiblingen (1998)



Frau Bick-Sander beim Vortrag zu Meniett 20



Selbsthilfe-Aktionstag im Rems-Park
Waiblingen (2000)



Vortrag bei der AOK Rems-Murr



Wolfgang Wirth und Dr. Volker Kratzsch beim Symposium
in Bad Grönenbach im Mai 2005



Hauptversammlung von KIMM im Jahr 2000

20 Jahre «KIMM»

Weihnachtsstimmung 2001 im Waiblinger „Rems-Park“



Stadtbesichtigung in Waiblingen



Dr. Helmut Schaaf und Frau Coulon im September 2002 in Köln



„Kimm“ 2003 in Berlin



.... am Rande ein Tänzchen wagen

Rückkehr aus der Stille

Inge von dem Bussche hat Computer in den Ohren



(rv) Mit 40 Jahren war sie taub. Rechts vollständig und links an Taubheit grenzend schwerhörig. Viele Jahre war das Telefonieren für Inge von dem Bussche ein Wunschtraum zur

Kommunikation mit der Außenwelt. Jetzt nimmt sie ganz selbstverständlich den Hörer ab. An der Universität Tübingen ließ sie sich zunächst links und später auch im rechten Ohr ein elektronisches System implantieren – das so genannte Cochlea-Implantat. Ein technisches Wunderwerk brachte ihr Stimmen, Geräusche und die Musik zurück. „Das war eine kleine Sensation,“ sagt sie. „Ich war weltweit die 26. Patientin mit beidseitigen Implantaten.“ Ihre Krankheit begann bereits im Alter von 14 Jahren. Mit 23 Jahren diagnostizierte ein Allgemeinmediziner die Krankheit Morbus Menière. Inge von dem Bussche hatte häufig Anfälle und musste schließlich ihre Arbeit als Direktrice aufgeben. Die Mutter von fünf Kindern machte eine Ausbildung als Beschäftigungs-Therapeutin und war bis 1998 in diesem Metier tätig. 1983 gründete sie eine Selbsthilfegruppe für Schwerhörige, Ertaubte, Gehörlose und Hörende in Waiblingen – den „Förderkreis zur Integration für Schwerhörige und Ertaubte“ – genannt „FISCHE“. Drei Jahre später wurde von ihr die Selbsthilfegruppe für Morbus Menière Patienten aus der Taufe gehoben. Die „FISCHE“ wurden ein gemeinnützig anerkannter eingetragener Verein mit angeschlossener Menière-Selbsthilfegruppe, daraus entstand dann „KIMM“, deren Vorsitzende sie bis heute ist. 1997 kam die erste Ausgabe der Mitgliederzeitung „KIMM aktuell“ heraus. „Zehn Jahre habe ich gebraucht, um die Krankheit anzunehmen,“ betont Inge von dem Bussche. Sie habe sich oft ausgeschlossen gefühlt „wie ein Chinese unter lauter Schwaben“. Fast unvorstellbar, dass sie in dieser Zeit drei Söhne und zwei Töchter aufzog. „Die Kinder sind damit aufgewachsen und damit umgegangen.“ Und natürlich hätten sie diese Behinderung zuweilen kräftig ausgenützt. Da wurden im Badezimmer heftige Wasserschlachten veranstaltet nach dem Motto „macht nix, Mama hört nix“. Aber weil Mamas andere Sinne im Laufe der Jahre gestärkter hervortraten, roch sie halt zuweilen den Braten und stand plötzlich in der Tür vor der grölenden Meute.

Morbus Menière hat ihr Leben bestimmt, Spuren hinterlassen, „aber auch Chancen eröffnet, die einem Gesunden verschlossen bleiben,“ resümiert sie.



KIMM präsentiert sich





Liebe Frau von dem Bussche,

für Ihr freundliches Antwortschreiben danke ich Ihnen herzlich. Das Mindeste, was ich wohl tun kann, um Ihre Arbeit zu würdigen, ist die Lektüre der KIMM-Hefte und Ihnen einige Gedanken dazu zu schreiben. Mit großem Gewinn habe ich die präzisen Erläuterungen eines Menière'schen Anfalls von Prof. Dr. Helms gelesen. Die Aussage – die sichtlich auf langjähriger Erfahrung beruht –, dass es bei über Jahren bestehendem M.M. zu einer bleibenden Minderung der Gleichgewichtsregulierung kommt, dass die Gleichgewichtsnerve irreparabel geschädigt werden, hat mir so eindeutig noch kein Arzt gesagt, obwohl ich dies täglich am eigenen Leib erfahre. Auch für die verstärkte Unsicherheit im Dunkeln konnte der Augenarzt keinen Grund finden. Ich hoffe, dass Sie Professor Helms noch öfters als Ratgeber heranziehen können.

Ganz verstehe ich allerdings nicht, daß eine Form der Erkrankung nicht erwähnt wird, die auch Dr. Schaaf (soweit ich seine Bücher kenne) außer acht lässt, nämlich die des Menièreschen Anfalls ohne Hörverlust: diese Form der Erkrankung geht im Gegenteil mit einer extrem schmerzhaften Geräuschempfindlichkeit einher. In meiner nun 55jährigen Krankengeschichte des mehrfach diagnostizierten M.M. habe ich u. a. während verschiedener Klinikaufenthalte (Laser, Sauerstoff, chinesische Tee-Behandlung) eine Reihe von Patienten getroffen, die – wie ich – unter dieser Form litten.

Des weiteren haben mich einige Ausführungen erstaunt, die nach Artikeln von Dr. Schaaf und Dr. Holtmann vorgestellt werden. Es scheint mir nach eigener Erfahrung kaum möglich, beim Drehschwindelanfall mit Erbrechen (was zudem häufig mit spontaner Blasen- und Darmentleerung einhergeht) ein Suppositorium einzuführen. Ebenso unmöglich ist die Einnahme eines Plättchens Tavor expidet, wenn man erbricht (ganz abgesehen davon, dass es überaus schwierig ist, dieses Plättchen aus der Packung zu lösen). Was soll übrigens die Einschränkung, dass Tavor nicht eingenommen werden soll, wenn Angst von einem

M.M.-Schwindelanfall nicht unterschieden werden kann. Tavor expidet ist ein Mittel gegen Angst. Und welcher M.M.-Patient hat vor einem weiteren Anfall keine Angst, die gelindert werden sollte? Da ist der Gedanke an eine mögliche Suchtgefahr abstrus.

Über die Aussage, die wohl als Trost gedacht sein soll, dass "M.M. keine Todesdiagnose ist, sondern bei meist einseitigen Funktionsausfällen gutartig ist", habe ich länger nachgedacht. Nein, einseitig ist ein M.M.-Anfall nicht, es ist ein komplexer Vorgang, der den ganzen Körper erfasst. Sicher, ich lebe noch nach 55 Jahren M.M., habe ein juristisches Studium absolviert, zwei Söhne geboren und war mit meiner Familie zwölf Jahre im Ausland. Aber, was hat diese Krankheit Lebensqualität gekostet und tut es bis zum heutigen Tag!

Liebe Frau von dem Bussche, Sie sehen, wie wichtig und anregend die Texte in den Heften für die Mitglieder der Selbsthilfe-Gruppe sind. Mein Brief möchte Sie bei Ihrer ehrenamtlichen Arbeit ermutigen.

Mit nochmaligem Dank und herzlichem Gruß
Ihre
Hilde Kormann
Lichtenfels

Hilfreich

Mit großem Interesse lese ich alle Ausgaben der „KIMM aktuell“ und finde mich in vielen Patientenberichten selbst wieder. Alle Beiträge, ob medizinisch, rechtlich oder andere Infos sind spannend und hilfreich. Vielen Dank dafür.

F. Schleibinger

Die Redaktion behält sich vor Leserbriefe und Zuschriften gegebenenfalls zu kürzen.

IV. Bad Grönenbacher Morbus-Menièrè-Symposium

10 Jahre Klinik „Am Stiftsberg“ - 20 Jahre KIMM e.V.



Rund 80 Teilnehmer – weit mehr als erwartet – kamen am zweiten Novemberwochenende zum Bad Grönenbacher Morbus-Menièrè-Symposium in die Klinik „Am Stiftsberg“. Hoch über dem Kurort gelegen fand in der Fachklinik, die dieses Jahr das 10jährige Jubiläum begehen kann, das nun vierte Symposium statt. Schwerpunkt war diesmal das Thema „Schwerhörigkeit“. Das Programm umfasste neben den beiden Vorträgen, auch Gesprächskreise, Fragerunden und Kleingruppentraining. Einige

Teilnehmer und deren Partner waren bereits am Vorabend angereist, und nahmen das Angebot gerne in Anspruch, in geselliger Runde Erfahrungen auszutauschen und neue Kontakte zu knüpfen. Auf den nachfolgenden Seiten veröffentlichen wir die Vorträge von Dr. Volker Kratzsch, Leitender Arzt der Klinik „Am Stiftsberg“, und Anja Krüger, Diplom-Psychologin. In Bildern und Texten geben wir Eindrücke der diesjährigen Tagung und des Rahmenprogramms wieder.

«Schwerhörigkeit – das unterschätzte Symptom bei Morbus Menière»

Die Schwerhörigkeit ist eines der drei Leit-Symptome bei der Menière- Erkrankung. In ihrer Bedeutung für den Betroffenen steht sie meist im Schatten des Schwindels, der den Alltag soviel offensichtlicher beherrscht und ihm Grenzen gibt. Andererseits verbleibt die Schwerhörigkeit auch nach Ausbleiben der Schwindel-Attacken und stellt damit eine längerfristige Behinderung als der Schwindel dar. Im folgenden soll nun die Bedeutung der Schwerhörigkeit für den Alltag des Einzelnen dargestellt werden.

Stellen Sie sich vor, Sie lesen in einer Zeitung, welche ausschließlich folgende unvollständige Schrift-Informationen enthält:

h ö r b e h i n d e r t

Ein Freund besitzt die gleiche Zeitung, jedoch sind bei ihm alle Informationen in herkömmlicher vollständiger Form dargestellt.

h ö r b e h i n d e r t

Sie haben beide nun die Aufgabe, innerhalb einer Stunde einen bestimmten Artikel in dieser Zeitung zu lesen. Das Ergebnis nach der einen Stunde ist im wahrsten Sinne des Wortes absehbar: Der Freund wird den Artikel vollständig gelesen haben und sich dabei nur auf den Inhalt und dessen Verständnis konzentriert haben. Er wird am Ende nicht wesentlich angestrengt sein, je nach Inhalt kann die Lektüre sogar einen hohen Freizeitwert darstellen. Sie selbst werden mehr mit der unvollständigen Informationsübermittlung als mit dem Inhalt oder den Zusammenhängen beschäftigt sein. Während Ihr Freund also alle Energie zielgerichtet der Aufgabe zuwenden kann, müssen Sie erst einmal den formalen Inhalt der Aufgabe erkennen können. Dazu müssen Sie sich, wenn wir bei unserem obigen Beispiel bleiben, sehr anstrengen, überlegen, was gemeint sein könnte, kombinieren, Unklares aus dem vermutlichen Sinnzusammenhang ergänzen... Am Ende werden Sie bestimmt nicht jedes Wort entschlüsselt haben, vielleicht mit aller Anstrengung zumindest den thematischen Schwerpunkt identifiziert haben. Es verbleibt aber ein Teil Verunsicherung, ob Sie den Inhalt soweit korrekt erarbei-

ten konnten. In jedem Fall werden Sie am Ende wegen der hohen Konzentration und Kombinationsmühen vollständig erschöpft sein und trotz aller Ihrer Anstrengungen dem Freund gegenüber erheblich im Nachteil sowohl hinsichtlich der inhaltlichen Information wie auch des eigenen Ressourcen-Einsatzes sein.

Damit sind wir schon mitten im Thema, was es bedeutet schwerhörig zu sein. Entgegen der landläufigen Überzeugung bedeutet Schwerhörigkeit keinesfalls, alle Informationen etwas leiser zu hören, sondern es bedeutet, bestimmte Vokale, Konsonanten oder Umlaute wegen ihres Frequenz-Spektrums nicht zu verstehen und andere ganz normal zu hören.

Nehmen wir als Beispiel die häufigste Form der Schwerhörigkeit, die zu einem Ausfall der hohen Frequenzen führt. Ursache hierfür können z. B. Knall- oder Lärm-Ereignisse irgendwann im Leben oder auch das fortschreitende Alter („Alters-Schwerhörigkeit“) sein. Fallen also die hohen Frequenzen aus, wird von dem Wort „Zahl“ nach Ausfall des hochfrequenten „Z“ nur „ahl“ verstanden. Wie weiß ich aber dann, ob „Mahl“, „Mal“, „Tal“, „Saal“, „Pfahl“, „fahl“, „kahl“, „Wahl“, „Qual“ oder „Aal“ gesagt wurde. Zunächst erscheint dies noch nicht so schwierig, weil man aus dem Sinnzusammenhang das einzelne Wort sicher erschließen können wird, aber es fehlt ja nicht nur dieses eine Wort, sondern alle hohen Frequenzen sind betroffen. So fallen in diesem Fall einer begrenzten Hörminderung im Hochfrequenzbereich schon alle Zischlaute aus dem Hörverständnis weg. Ich werde mir also den Satz zu Ende anhören und dann die Ergänzungen durch Konzentration und Kombination vornehmen müssen, die für mich dem Zusammenhang entsprechend sinnvoll erscheinen. Stellen Sie sich aber bitte auch vor, was passiert, wenn nicht nur die hohen Frequenzen nicht mehr erkennbar sind,



sondern auch die mittleren und tiefen nicht mehr zu verstehen sind! Dann laufe ich bildlich gesprochen jeder Kommunikation permanent mit dem „Bearbeiten und Ergänzen“ hinterher, ich werde auch einzelne Sätze gar nicht mehr aufnehmen können, weil ich noch an der Ergänzung des letzten Satzes arbeite, was die Information noch unvollständiger und unsicherer macht.

Es ist leicht nachvollziehbar, dass dies im Alltagsleben zu erheblichen Belastungen führen kann. Dazu möchte ich einige Beispiele wählen, die nicht die klassischen Auswirkungen des „was hast Du jetzt gesagt“ meinen, sondern auf körperliche und seelische Folgebelastrungen der Schwerhörigkeit fokussieren:

Die Angst vor dem zunehmendem Hörverlust bis hin zur Gefahr der Ertaubung ist für viele Schwerhörige ein permanenter Begleiter. Was wird mit meinem Beruf, wenn ich noch weniger oder vielleicht gar nichts mehr hören kann? Werde ich dann zum Sozialfall?

Das Selbstbewusstsein und die Selbstsicherheit gehen verloren, weil ich vieles, was um mich herum passiert, nicht mehr mitbekomme oder nicht richtig einschätzen kann. Überlegen Sie einmal, wie viele Informationen wir nicht im gesprochenen Wort, sondern in der Betonung, in der Sprachmelodie und –modulation verstecken. Wenn mir diese Informationen nicht mehr zur Verfügung stehen, werde ich zwangsläufig unsicher, aber auch misstrauisch. Gehe ich an zwei Kollegen vorbei, die sich unterhalten und plötzlich schallend lachen, habe ich als Hörender meist Bruchstücke des Gesagten verstanden und weiß, dass deren Lachen nichts mit mir zu tun hat. Als Schwerhöriger kann ich dies nicht einordnen und werde es daher vermutlich auf mich beziehen („die lachen bestimmt über mich, weil ich nichts mitbekomme“).

Isolation ist für viele Schwerhörige eine Folge der Kommunikationsbehinderung. Dies ist allein schon offensichtlich, wenn wir selbst einmal überlegen, wie viele Kontakte und Vereinbarungen wir

schnell über das Telefon abwickeln. Wenn ich nicht mehr telefonieren kann, bin ich allein dadurch von vielen Kommunikationswegen ausgeschlossen. Dabei ist die Isolation ein Geschehen, in welche sich einerseits der Betroffene als Ergebnis der Überforderung und Frustration über die nicht hinreichend zustande kommende Sicherheit in der Kommunikation flüchtet, andererseits wird sie aber auch durch die Umwelt als unbewusster Ausschluss des Behinderten verstärkt. Hierzu zwei Beispiele:

Sie haben eine neue Arbeitsstelle angetreten. Die Kollegen laden Sie zu einem Betriebsfest ein, um den ersten persönlichen Kontakt zu erleichtern. Als Schwerhöriger wissen Sie, dass ein solcher Rahmen Ihnen denkbar schlechte Kommunikationsvoraussetzungen bietet: Es ist laut, alle reden durcheinander, die Beleuchtung ist schlecht. „Am besten gehe ich gar nicht erst hin“, wird vielleicht Ihr erster logischer Gedanke sein. Dann werden die Kollegen aber sich vielleicht brüskiert fühlen, weil Sie ja eingeladen wurden, um Ihre Eingliederung zu beschleunigen. Also gehen Sie doch hin. Die meisten Schwerhörigen versuchen dann, so wenig wie möglich, mit ihrer Behinderung aufzufallen. Das heißt, man lacht, wenn die anderen lachen, versteht man etwas, versucht man inhaltlich etwas beizutragen. Meist geht das schief, die anderen haben den Eindruck, der Neue habe an unpassenden Stellen gelacht oder nicht zusammenhängende Einwurfe gemacht. Eine andere Möglichkeit der Strategie ist, selbst viel zu reden. Wenn ich selbst rede, weiß ich, worum es geht und kann das Gespräch selbst steuern, ohne mich aufs Zuhören konzentrieren zu müssen. Wenn man nicht das Talent zum Alleinunterhalter hat, was ja nur wenigen gegeben ist, wird das nicht besonders gut ankommen. Fazit: Eigentlich ist es egal wie man sich als Schwerhöriger in dieser Situation verhält, richtig machen kann man es kaum. Deshalb bleibe ich dann beim nächsten Mal doch zu Hause. Ergebnis ist immer größere Einsamkeit und Isolation.



«Es sollte immer nur einer reden...

Beim zweiten Beispiel sind Sie mit Ihrem Partner bei einem befreundeten Ehepaar am Samstagabend eingeladen. Bei vier Personen und Freunden fällt es Ihnen als Schwerhörigem nicht so schwer, am Anfang des Abends alle zu bitten, auf eine für Sie günstige Kommunikation zu achten: Es sollte immer nur einer reden, wenn möglich deutlich sprechen und Sie sollten angeschaut werden. In der ersten Stunde klappt dies vorbildlich, doch dann lässt die Konzentration und damit die Rücksichtnahme deutlich nach. Sie sind trotz der anfänglich guten Kommunikationsbedingungen erschöpft und nehmen sich eine Auszeit. Dann bitten Sie noch einmal, die anfangs geschilderte Bitte zu berücksichtigen. Jetzt hält dies gerade zehn Minuten vor, dann berücksichtigt niemand mehr Ihr Anliegen. Am Ende gehen Sie frustriert nach Hause, Sie haben sich fast nicht an den Gesprächen beteiligen können, fühlten sich ausgeschlossen und die Erfahrung, dass selbst in diesem Kreis sich niemand wirklich um Ihre Sorgen gekümmert hat, tut weh. Sie erklären Ihrem Partner, hier nicht mehr hingehen zu wollen. Ihr Partner fand den Abend sehr gelungen und hatte eine ganz andere Wahrnehmung („wir haben doch alle auf Dich Rücksicht genommen“). „Dann musst Du da in Zukunft halt allein hingehen“, antworten Sie ihm. Was Sie aber noch mehr enttäuscht, dass selbst er Ihre Bedürfnisse nicht so begreifen kann, wie sie für Sie notwendig sind. Sie brauchen sich aber auch keine Gedanken zu machen, weil Sie vermutlich nicht noch einmal eingeladen werden: Das einladende Paar fand den Abend „sehr anstrengend, weil man immer Rücksicht nehmen musste und dann auch noch ständig ermahnt wurde, weil man nicht immer daran dachte. „Da stellen wir uns einem Samstagabend einfach stressfreier und weniger verpflichtend vor“. Hier haben Sie beide Anteile der Isolation, die selbstgewählte aus Überforderung und die von außen als Aus- und Abgrenzung.

Ein letztes Beispiel für Alltagssituationen, in denen Sie vermutlich nicht primär an eine Bedeutung der Schwerhörigkeit denken: An Ihrem **Arbeitsplatz** wird ein neues Betriebssystem für die



EDV-Anlage eingeführt. Ein hoch-kompetenter Spezialist gibt in einer Fortbildung ausführlich Auskunft. Als Schwerhöriger haben Sie aber nur einen Teil der Informationen akustisch verstehen können, weshalb Sie häufiger nachfragen. Aber viele Tipps und Tricks gehen doch akustisch verloren. Bei der Anwendung machen Sie daher mehr Fehler als die Kollegen, was zu meist verdeckter Kritik und „Gerede“ führt („der hat doch bei der Fortbildung noch ständig nachgefragt, hat er es immer noch nicht verstanden?“). Hier entsteht durch die Kommunikationsbehinderung ein Wissensdefizit, welches von Kollegen dann nicht selten als Intelligenzdefizit wahrgenommen wird.



- Schlafstörungen
- deutliche Einschränkung der Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit
- Nervosität und Unruhe, Gereiztheit
- Depression
- Angst-Symptomatik

Nun kann ich quasi Ihren Einwand schon erahnen, der auf die segensreiche Wirkung von Hörgeräten hinweist. Dies ist zu einem Teil schon richtig, aber kein noch so aufwendiges und gut eingestelltes Hörgerät kann jemals auch nur annähernd ein normales Hörvermögen wiederherstellen. Das bedeutet, auch mit einem „guten“ Hörgerät bleibt der Betroffene in seiner Kommunikation erheblich eingeschränkt, dann aber häufig in dem Irrglauben seiner Umwelt, jetzt sei alles wieder in Ordnung, die Einschränkungen sein damit ausgeglichen, eine weitere Rücksichtnahme nicht erforderlich. Teilweise führt diese Haltung dazu, dass ein Schwerhöriger das Hörgerät nicht nutzt, weil er dann nicht erklären muss, warum er nun auch mit dem Hörgerät nicht zurecht komme. Das Hörgerät ist eine wesentlich Unterstützung und Erleichterung, doch anders als wir es von der Brille kennen, welche die Sinnesbehinderung „Sehen“ fast immer ausgleichen kann, ist ein Hörgerät trotz enormen technischen Fortschritts - insbesondere in den letzten zehn Jahren - „eine Krücke“. Darüber hinaus gilt es unverändert als „uncool“, um mit einem Ausdruck jüngerer Leute zu argumentieren. Ein Mensch mit Hörgerät gilt - ganz im Gegensatz zur Brille - als alt, behindert, unattraktiv. Eitelkeit ist daher einer der häufigsten Gründe für die sog. „Schubladen-Hörgeräte“.

Hier wurden bewusst Beispiele aus dem Alltag gewählt, die typisch sind, aber meist nicht als die charakteristischen Schwerhörigen-Probleme verstanden werden. Die Liste ließe sich fast unendlich fortführen...

Wir wissen heute, dass die folgenden körperlichen und seelischen Auswirkungen besonders häufig durch eine Schwerhörigkeit (mit)verursacht auftreten können:

- chronischer Tinnitus
- Hyperakusis (Geräusch-Empfindlichkeit)
- Halswirbelsäulen-Beschwerden
- Schwindel
- Kopfschmerzen, Kopfdruck

Lassen Sie mich diese erste Kurz-Information zur Schwerhörigkeit mit einigen Zeilen von Ludwig van Beethoven schließen. 1802 schreibt er sein „Heiligenstädter Testament“, welches bitte nicht im heutigen Begriff verstanden werden soll, sondern eher unter dem Gesichtspunkt des Erklärens (heute verwendet man gern den Begriff des PR) zu verstehen ist. Beethoven versucht im Alter von 32 Jahren Verständnis für seine schwierige Situation als Hörbehinderter zu erlangen. Zu diesem Zeitpunkt ist er hochgradig schwerhörig, aber



noch nicht ertaubt. Er komponiert seine zweite Symphonie, steht also eher am Beginn seines Schaffens. Die zweite Symphonie gilt auch nicht als besonders „schwermütig“, so dass angenommen werden kann, dass Beethoven die Zeilen des „Heiligenstädter Testaments“ nicht in einer Phase tiefer Depression niederschrieb. Er fasst hier aber die Auswirkungen der Schwerhörigkeit auf seinen Alltag so eindrucksvoll zusammen, dass die ganze Problematik darin exemplarisch deutlich wird.

Beethoven schrieb:

„ihr Menschen, die ihr mich für feindselig, störrisch oder misanthropisch haltet oder erkläret, wie unrecht tut ihr mir ! Ihr wisst nicht die geheime Ursache von dem, was euch so scheint..., aber bedenket nur, dass seit sechs Jahren ein heilloser Zustand mich befallen, durch unvernünftige Ärzte verschlimmert. Von Jahr zu Jahr in der Hoffnung, gebessert zu werden, betrogen, endlich zu dem Überblick eines dauernden Übels (dessen Heilung vielleicht Jahre dauern wird oder gar unmöglich ist) gezwungen, mit einem feurigen, lebhaftem Temperamente geboren, selbst empfänglich für die Zerstreuungen der Gesellschaft, mußte ich früh mich absondern, einsam mein Leben zubringen... Doppelt weh tut mir mein Unglück, indem ich dabei verkannt werden muß. Für mich darf Erholung in menschlicher Gesellschaft, feinere



Dr. Volker Kratzsch, geb. 1959 in Wuppertal; 1979-85 Studium der Humanmedizin an der Rheinischen Friedrich-Wilhelm-Universität Bonn; Promotion; 1985-93 Internistische Facharztausbildung in Bergisch Gladbach; 1994-96 Oberarzt an der Baumrainklinik in Bad Berleburg; 1996 Anerkennung der Zusatzbezeichnungen "Physikalische Therapie", "Rehabilitationswesen"; seit 1997 Chefarzt der Klinik "Am Stiftsberg" Bad Grönenbach; 2005-2006 berufsbegleitendes Studium Betriebswirtschaftslehre an der FH Neu- Ulm.

Unterredungen, wechselseitige Ergießungen nicht statthaben. Ganz allein fast, nur so viel, als es die höchste Notwendigkeit fordert, darf ich mich in Gesellschaft einlassen. Wie ein Verbannter muß ich leben; nahe ich mich einer Gesellschaft, so überfällt mich eine heiße Ängstlichkeit, indem ich befürchte, in Gefahr gesetzt zu werden, meinen Zustand merken zu lassen...Aber welche Demütigung, wenn jemand neben mir stund und von weitem eine Flöte hörte und ich nichts hörte, oder jemand den Hirten singen hörte und ich auch nichts hörte. Solche Ereignisse brachten mich nahe an Verzweiflung: es fehlte wenig, und ich endigte selbst mein Leben.“



Dr. Volker Kratzsch: „15 Millionen Menschen in Deutschland haben Hörprobleme. 80 Prozent der Hörgeräte liegen in der Schublade. Da müssen wir Mediziner noch viel tun...“

Adäquate Geräteausstattung

Der Menière-Kranke unterscheidet sich in seiner Schwerhörigkeit erheblich vom "normalen" Altersschwerhörigen. Nicht nur wegen des oft gleichzeitig bestehenden Tinnitus, sondern auch insbesondere wegenger teils erheblich schwankenden Intensität der Hörminderung in Abhängigkeit vom aktuellen Zustand der Menière-Situation. Dies ist nicht nur für den Betroffenen und seiner unmittelbaren Umgebung oft sehr schwer zu ertragen, sondern fordert auch von der Hörgeräteversorgung eine intensive Betreuung und adäquate Geräteausstattung, die sicher nicht mit "Kassen-Standards" zu bewerkstelligen ist (was wieder einmal beweist, dass seitens der gesetzlichen Krankenkassen eben hier nicht einmal das wirklich "Notwendige" bereitgestellt wird...). Soweit also die individuelle "durchschnittliche" Hörsituation dies noch zulässt, ist aus meiner Erfahrung als Betroffener und Arzt (7.Jahr mit Hörgerät einseitig) folgendes sinnvoll:

- digitales HdO-Hörgerät (Innenohrgeräte haben weniger Platz für Technik, deshalb tendenzielle eher nachteilig, auch kleinere Batterien mit kürzerer Wirkdauer!)
- soweit möglich "offenes System" (besserer Klang und zusätzlich "normales" Hören)
- ganz wichtig: "POTI" (Potentiometer am Gerät zur flexiblen Einstellung der jeweiligen Verstärkungsnotwendigkeiten entsprechend der individuell-aktuellen Hör-/Menière-Situation)

Es gibt leider wohl bisher nur wenig Systeme, die alle diese Kriterien erfüllen, z.B. SENSO DIVA elan (Fa.WIDEX) ca. 2000 Euro/Gerät (bin bisher ganz zufrieden damit nach eineinhalb Jahren). Ob eine frühzeitige beidohrige Versorgung sinnvoll ist, muss individuell entschieden werden. Mir fällt aber auf, dass ein, wenn auch nur kurzer Ausfall des Gerätes (z.B. wegen der Batterie) fast regelmäßig in meinem Ohr bereits nach kurzer Zeit (ca. 15-20 min) zum Menière-typischen Vorboten wie dem Gefühl einer Drucksteigerung im Ohr führt. So, als ob das Innenohr "abhängig" von der verbesserten Information durch das Hörgerät reagiert.

Der Abend vor dem Symposium

„Bayrische Spezialitäten garniert mit Life-Musik empfangen uns am Freitagabend im Restaurant der Klinik „Am Stiftsberg“. Doch nach dem Gaumenschmaus zogen wir Menière Patienten uns gerne in den ruhigen Clubraum zurück.

Es war eine interessante Runde von acht Betroffenen und vier Angehörigen, die sich unter Leitung von Inge von dem Bussche trafen. Jeder berichtete über seine Erfahrungen mit diesem Krankheitsbild. Es wurde über Akupunktur, Gentamycin, diverse Formen der Schwindelanfälle, Mediziner und der Wirkung der einzelnen Medikamente gesprochen. Der Bogen der Informationen spannte sich von absoluter Ruhe oder Ruhestellung des Körpers bis zur Ignoranz des gesamten Geschehens und des Abwartens, was passiert. Denn oft, so stellte sich heraus, passiert nichts und nur die Angst hindert den Patienten „normal“ zu leben, allerdings mit dem Bewusstsein, es kann mal schwindeln mit zum Teil unangenehmen Folgen. Aber soll man sich deshalb in seiner Wohnung verstecken und das Leben vorbeiziehen lassen?

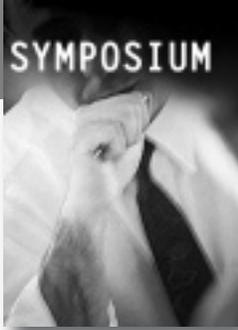
In Erwartung auf ein interessantes Symposium klang dieser nette und gesellige Abend aus.“



Bad Grönenbach - seit 1954 Kneippkurort

Die Wurzeln der Kur reichen in Bad Grönenbach bis ins 16. Jahrhundert hinein. Einige Jahre lebte und wirkte auch Sebastian Kneipp an diesem Ort im Unteren Allgäu - unweit von Memmingen. Seit 1954 ist Bad Grönenbach staatlich anerkannter Kneippkurort. Die Gemeinde erhielt 1996 das Prädikat Kneippheilbad.

Informationen zu Kuren, Sanatorien, Kliniken, Kultur- und Freizeitangeboten sowie einen kleinen Filmausschnitt gibt es unter www.bad-grönenbach.de oder Kurverwaltung, Marktplatz 5, 87730 Bad Grönenbach, Tel. 08334/605-31.



«Schwerhörigkeit – Auswirkungen auf die Psyche»

Welche Auswirkungen hat die Schwerhörigkeit auf den von Gleichgewichtsstörungen schon belasteten Menschen?

Die Erkrankten sind wahrscheinlich mit ihren Schwindeln so beschäftigt, dass sie am Anfang die Schwerhörigkeit vielleicht nicht besonders bemerken. Mit der Zeit passieren ihnen dann im Kontakt mit anderen Personen Missverständnisse, die vorher nicht da waren. Sie bemerken, dass sie häufiger nachfragen müssen, in Gruppengesprächen nicht mitkommen, sich da vielleicht schon zurückziehen und schneller in kommunikativen Situationen erschöpft sind als früher. Manchmal schiebt man das dann auf die Schwindelanfälle, aber irgendwann kommt dann die Erkenntnis: „ich höre schlechter als früher.“

Was bedeutet das für die Identität des Morbus Meniere Erkrankten?

Nach Erickson (1980) ist Identität „die unmittelbare Wahrnehmung der eigenen Gleichheit und Kontinuität in der Zeit und die damit verbundene Wahrnehmung, dass auch andere diese Gleichheit und Kontinuität erkennen“. Diese wird besonders über das Erzählen, auf der sprachlichen Ebene im Austausch mit anderen Menschen erreicht. Identität ist aufgrund der vielfältigen Anforderungen in unserer schnelllebigen Zeit mit den häufigen Wechseln (beruflich, räumlich) ein immer sich neu strukturierender Entwicklungsprozess.

Die neuen Erfahrungen (hier mit der Schwerhörigkeit) werden fortlaufend mit alten (vor der Erkrankung) gemachten Erfahrungen abgeglichen und neu eingepasst, ausprobiert, bewertet und im Zusammenhang gebracht. Ob dieser Prozess gut oder weniger gut bewältigt wird, hängt von mehreren Faktoren ab. Und da kommen wir zu den Besonderheiten der Behinderung durch die Schwerhörigkeit.

„Der Arzt behandelt nicht Krankheiten, sondern kranke Menschen“ (Anm.: dieses und alle weiteren Zitate aus: „Was schwerhörig sein bedeutet“ von Werner Richtberg). Das bedeutet für die Schwerhörigkeit, dass der Mensch nicht primär

an der Erkrankung des Hörorgans leidet, sondern „unter den meist einschneidenden Lebenserschwernissen und Konfliktbetroffenheiten als Folge ihrer Hörstörung“.

Werner Richtberg hat hier ein sehr gutes „Strukturmodell des hörgeschädigten Menschen“ entwickelt, was die drei großen Faktoren der Bewältigungsvoraussetzungen darstellt:

1. Qualität der Hörstörung:

Die Schwere, „die sich aus dem Grad des Hörverlustes, dem Zeitpunkt ihrer Erstmanifestation (z.B. Kindheit, Jugend, höheres Alter) und aus dem Krankheitsverlauf (z.B. akut oder schleichend-progredient) ergibt. Für die Schwere der Störung ist auch bedeutsam, ob Begleitsymptome wie Ohrgeräusche, Ohrschmerzen, Gleichgewichtsstörungen und ähnliches vorhanden sind. All diese Feststellungen haben einen behinderungsgestaltenden Einfluss“. Wichtig ist auch die Frage, wie gut ist die Hörgeräteversorgung und der Umgang damit?

2. Person:

Welche Anlagen, Fähigkeiten, innere Haltungen und Entwicklungsmöglichkeiten bringt ein Mensch mit. Hat er zum Beispiel eine aktive Leidensgestaltung oder eher eine passive. Gibt es eine angemessene Resignation oder eine Leidensauflehnung, fühlt er sich überwältigt oder schätzt er die Schwerhörigkeit als ein für ihn zu bewältigendes Problem ein.

3. Sozialfeld:

Welche mitmenschlichen Beziehungen hat die hörgeschädigte Person (Familie, Partnerschaft, Freundeskreis, Beruf, Schicht usw.) Wird die Person von ihnen gestützt, geschützt, getragen oder gibt es „freiheitseinschränkende und damit behinderungsfördernde Einflüsse“. Welche Kontaktfähigkeit und welches Kontaktbedürfnis besteht miteinander. Welche Ansprüche und Erfüllungsmöglichkeiten gibt es? Welche Belastungen sind außerdem noch da?



Diese Faktoren beeinflussen sich gegenseitig und wirken jeweils im konkreten Fall zusammen und bestimmen damit den Behinderungsgrad, den der einzelne erlebt.

Dazu gibt es mehrere Aspekte der Situation eines Hörgeschädigten zu beachten.

Manchmal kann es zu einem scheinbaren Leidensgewinn kommen (sekundärer Krankheitsgewinn): „Ein Leiden entschuldigt auch manche persönliche Schwäche (z.B. im Beruf) und die Vernachlässigung gewohnter sozialer Pflichten im zwischenmenschlichen Bereich. Ein solcher Leidensgewinn, der sich aus vermehrter Nachsicht, Rücksicht, Betreuung, Schonung und Passivität ergibt, wird jedoch oft mit Freiheitseinschränkung und einer Verarmung menschlicher Entfaltungsmöglichkeiten bezahlt“ (Richtberg).

So können Rollenveränderungen (z.B. Telefonanrufe werden vom nicht betroffenen Partner übernommen) in der Partnerschaft zu Konflikten führen oder alte Konflikte wieder aufflammen lassen.

Aufgrund dessen ist für Richtberg eine wichtige Relation zwischen Person und Sozialfeld „das Verhältnis von Selbsthilfen zu Fremdhilfen in jedem Einzelfall zu bedenken. Fremdhilfen, z.B. in Form von Unterstützung, Betreuung und Versorgung durch Angehörige, Arbeitskollegen oder professionelle Helfer, können verbliebene Entfaltungsmöglichkeiten sichern helfen. Sie können aber auch eigene Unselbstständigkeit und Bevormundungshaltung der Umwelt provozieren, sofern sie ein Übergewicht erlangen“. Er gibt zu bedenken: „Wer als Behinderter fremde Hilfe sucht und in Anspruch nimmt, muss sich daher stets der Tatsache bewusst sein, dass damit immer ein Verzicht auf Selbstständigkeit verbunden ist.“

Ein positiver Leidensgewinn ist es, wenn sich in der Auseinandersetzung mit den auferlegten Belastungen, eine neuer Lebenssinn entwickelt und die Person zu sich selbst findet und eine neue Identität entwickelt, indem sie Antworten

findet auf die Fragen: wer bin ich, was will ich und was kann ich. Was hat in meinem Leben Priorität, was ist mir wichtig.

Niemand möchte gerne als Behinderter bezeichnet werden. Noch immer hängt diesem Begriff eine Negativität an. Nach Brengelmann (1985) zeichnet sich Behinderung durch mehrere Merkmale aus:

1. Einschränkung der Selbstbestimmung - im Sinne eines Verlustes der Fähigkeit, sein Leben selbst gestaltend in die Hand zu nehmen bzw. im Sinne eines Verlustes von Verhaltensautonomie und -Souveränität.
2. Rollenverlust - im Sinne erlebter sozialer Ohnmächtigkeit).
3. Verlust an Selbstvertrauen - Gefühl sozialer Abhängigkeit und Entscheidungsunsicherheit.
4. Zustand relativer Hilflosigkeit - im Sinne vermehrter Abhängigkeit von fremden Hilfen, Rücksichten und Nachsichten.
5. Zustand der Kritikangst - im Sinne vermehrter Unsicherheit über die Einschätzung der eigenen Person durch andere.

Diese Behinderungseigenschaften werden nach Richtberg häufig durch diese Bewältigungsstrategien kompensiert, wenn nicht eigene wie oben genannte Bewältigungsfaktoren (Qualität der Hörstörung, Person, Sozialfeld) dem entgegenwirken:

Neigung zu Selbstüberlastung:

„Bei Hörgeschädigten basiert sie vor allem auf das Verstehen durch Lippenablesen, welches ein hohes Maß an Konzentration erfordert. Aber auch das Bedürfnis, sich und anderen die eigene Leistungsfähigkeit zu beweisen, überfordert vielfach die Kräfte und bahnt Wege in chronische Erschöpfungshaltungen, wie wir sie bei Schwerhörigen überdurchschnittlich häufig antreffen.“



Vermehrte emotionale Kontrolle:

„Hier ist die Neigung vieler Behinderten angesprochen, sich im direkten zwischenmenschlichen Kontakt spontaner Gefühlsäußerungen zu enthalten. Aus der Sorge, negativ auffallen zu können, legen sie sich eine Art „schützender Selbstbefangenheit“ auf.“

Verlust an Entspannungsfähigkeit:

„Aktive Behinderungsbewältigung ist neben erhöhtem Kräfteaufwand mit einem Verlust normaler Gelassenheit verbunden...“.

Vermehrte Nachgiebigkeit und Unterordnungsbereitschaft:

„Gemeint ist damit die Bereitschaft vieler Behinderter, im Konfliktfall von den eigenen Ansprüchen und Überzeugungen Abstriche zu machen.“

Das Sozialfeld spielt eine große Rolle bei der Bewältigungsleistung von Behinderung. Der häufigste Fall ist so: „Angehörige stützen indirekt, wenn sie für den Hörgeschädigten einen Lebenssinn verkörpern, der ihn zu Geduld, Ausdauer,

Aktivität und Tapferkeit im Leiden verpflichtet, indem sie ihm einfach das Gefühl des Gebrauchtwerdens vermitteln. Manch einer würde sich der Anstrengung schmerzhafter Operationen oder des Absehenslernens nicht unterziehen, wenn er nicht wüsste, dass er es auch für seine Angehörigen tut.“

Manchmal allerdings erleben die Hörgeschädigten, dass sie mit „aggressiver Fürsorglichkeit und kindlicher Bevormundung“ von Angehörigen bedacht werden. So wird für sie auf Fragen geantwortet oder eine Übersetzung von etwas akustisch nicht verstandenen wird mit dem Satz: „Ach, das ist nicht so wichtig für dich.“ abgetan.

Ein wichtiger Punkt hierbei ist aber auch, dass auch die Angehörigen nur eine begrenzte Kapazität an Bewältigungsformen und -energie haben, um mit der Hörbehinderung des Angehörigen umzugehen. So berichtet Richtberg, dass auf einem internationalen Kongress folgende Aussage getroffen wurde: „Wir müssen verstehen, dass



Anja Krüger: „Ein Abnehmen des Gehörs muss nicht zwangsläufig zur Verzweiflung führen.“



andere es übel nehmen, ihre Einstellungen und Gewohnheiten nur unseretwegen ändern zu müssen.“

Wieder zurück zur Identitätsarbeit des Hörgeschädigten. Wichtig ist es für den Hörgeschädigten zu erkennen, dass sich „Ist und Soll im eigenen Leben durch die Krankheit verändert haben“. Dies musste der Morbus Menière Erkrankte schon durch das aus dem Lot geratene Gleichgewichtsgefühl erkennen und begreift es mit der Zeit auch für die Schwerhörigkeit.

Hierbei spricht Richtberg von einer angemessenen Resignation, womit er „den bejahten Verzicht auf nicht mehr leistbare bzw. nur noch um den Preis von Enttäuschung, Kränkung oder Versagen realisierbare Lebensentfaltungen“ meint. Er warnt: „Wer weiter hinter unerreichbar gewordenen Zielen herläuft und dabei auch noch die Toleranz und Nachsicht seiner Umwelt überschätzt, der hat sich Konflikte, Unglück und Leid zu Lebensbegleitern gewählt.“

Was ist das besondere am Hören in der Beziehung zu anderen Menschen? Zur Funktion des Hörens schreibt Richtberg: „Zusammenfassend lässt sich sagen, dass unser Gehör rezeptives Organ für eine große Vielfalt von Informationen ist und damit unterschiedliche Funktionen im Rahmen unserer Lebensanpassung erfüllt. Im Einzelnen trägt akustische Wahrnehmung zur emotionalen und vitalen Daseinsicherung bei (Alarmierung, Schreck). Hören erleichtert ferner die räumliche Orientierung, es begründet unsere Sprachkompetenz, fördert geistige Entwicklung, eröffnet differenzierte zwischenmenschliche Kommunikation und macht emotionale Beziehungserlebnisse unmittelbar möglich. Ferner können wir aus der gehörten Stimme eines Menschen verlässliche Rückschlüsse auf bestimmte personbezogene Eigenschaften ziehen.“

Eine charakteristische Form der Vertrauensstörung findet Richtberg bei Schwerhörigen und bezieht sich dabei auf die Unverlässlichkeit des Gehörs.



„Für jemanden, der nie sicher weiß, ob er richtig verstanden hat, ob er richtig verstanden worden ist, oder ob sein Missverstehen oder Unverständnis von den anderen motivistisch richtig gedeutet wird, wird Unsicherheit zum begleitenden Lebensgefühl. Sie engt Freiheitsgrade des Verhaltens ein und erschwert normale Spontaneität. Im gleichen Zuge wachsen Misstrauen, Empfindlichkeit, Ungeduld und Verletzbarkeit. Die tägliche Lebensführung wird durch Angst, Skrupel, Zweifel und Minderwertigkeitsgefühle belastet.“

Eine Gefahr ist die Vereinsamung. Dabei ist Einsamkeit kein an äußeren Bedingungen verknüpftes Gefühl, sondern entwickelt sich aus dem Verlust eines inneren Zugehörigkeitsgefühls zu einer Gemeinschaft. Man kann sich auch unter vielen Menschen einsam fühlen und allein sehr wohl fühlen, wenn man sich selbst dafür entschieden hat.

So meint Richtberg: „Auch Schwerhörigkeit prädisponiert zu solchen psychischen Entwicklungen, vor allem wenn sie in den Reifejahren oder im mittleren Alter auftritt. Sie vermag Lebensläufe zu verändern. Gewohnte Lebensentfaltungen in Beruf, Freizeit und Privatleben können nach einem traumatischen Hörverlust oft von heute auf morgen nicht mehr realisiert werden. Vertraute mitmenschliche Bindungen können durch diese Behinderung ihre Bedeutung verlieren. Auch wenn solche Extreme nicht diese Regel bestimmen, gilt doch, dass Schwerhörige in besonderem Maße vom Leiden der Vereinsamung bedroht sind.“

Ein weiterer Aspekt ist die Unsichtbarkeit der Behinderung Schwerhörigkeit. Es ist einerseits eine Chance als Behinderter unerkannt zu bleiben und andererseits besteht die Gefahr der Missdeutung. So kann z.B. ein nicht reagieren auf einen Gruß als Ausdruck von Sturheit oder Desinteresse gedeutet werden.

Die Unsichtbarkeit verhindert auch die spontane Rücksichtnahme oder Hilfsangebote und auch die Anerkennung als Behinderung. So wird dann



Anja Krüger, geb. 1968, hat in Bremen Psychologie studiert. Seit 1986 arbeitet sie mit auditiv wahrnehmungsgestörten Kindern und Erwachsenen. Ab 2000 auch in eigener Psychotherapeutischer Praxis. Seit 2002 ist sie in der Erziehungsberatung in Bremen mit Gehörlosen und deren Familien tätig. Seit 2003 arbeitet sie in der Klinik „Am Stiftsberg“ als approbierte psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), Einzeltherapie und Gruppen, mit Schwerpunktthemen Tinnitus, Schwerhörigkeit, Morbus Meniere. Seit Mitte Mai dieses Jahres hat sie auch die Leitung der psychologischen Abteilung in der Klinik in Bad Grönenbach übernommen.

häufig auch die Leidenswertigkeit von Schwerhörigkeit unterschätzt.

Und dieses „Differenzerlebnis, das Schwerhörige hinsichtlich der öffentlichen Einschätzung und Beachtung ihres Leidens im Vergleich zu anderen Behinderten haben, ist zuweilen ein zusätzlicher Leidensverstärker“ und kann zu Persönlichkeitsveränderungen führen.

Um dem zu begegnen ist u.a. ein Austausch mit anderen Betroffenen wichtig, um die eigenen Erfahrungen einordnen zu können.

Prof. Hintermair sagt: „Damit dieser Prozess der Identitätsarbeit bei hörgeschädigten Menschen eine günstige Basis hat, ist neben den beiden Aspekten der sozialen Anerkennung (durch andere Menschen) und der personalen Stärkung vor allem dafür Sorge zu tragen, dass eine möglichst hohe Vielfalt an sozialen und kulturellen Optionen verfügbar gemacht wird, damit das einzelne hörgeschädigte Individuum gute Voraussetzungen vorfindet, um seine Identitätsarbeit konstruktiv, befriedigend und zukunftsorientiert zu leisten.“

Inge von dem Bussche wieder Vorsitzende – drei neue Mitglieder im Vorstand



Am Morgen vor dem Symposium fand im Tagungsraum der Klinik „Am Stiftsberg“ die diesjährige Mitgliederversammlung von KIMM e. V. statt. Inge von dem Bussche wurde von den 21 anwesenden Teilnehmern einstimmig (mit einer, ihrer eigenen Enthaltung) in ihrem Amt bestätigt. Sie gab zuvor einen kurzen Rückblick auf das vergangene Jahr und kündigte die jetzt vorliegende neue und umgestaltete Mitgliederzeitung „KIMM aktuell“ an.

Anna Bott bleibt zweite Vorsitzende. Sie war an diesem Tag verhindert, wurde aber ebenso wiedergewählt. Neuer Kassenführer ist Walther Dierlamm, der dieses Amt seit März dieses Jahres kommissarisch führt, nachdem der frühere Kassenführer Herr Lemke aus beruflichen Gründen aus dem Vorstand ausscheiden musste. Nicht ganz einfach gestaltete sich die Suche nach einem Schriftführer. Wie auch in anderen

Vereinen ist dieser Posten meist nicht sehr gefragt. Verständlicher ist bei von Krankheiten Betroffener noch schwieriger Menschen zu finden, die mitarbeiten können. Die Teilnehmer waren deshalb besonders erfreut, als nach einer Sitzungsunterbrechung Dr. Fred Knäbel sich für dieses Amt zur Verfügung stellte. Dr. Knäbels Ehefrau Renate ist seit Jahren an Morbus Menière erkrankt. Sie konnte ihn zu dieser Aufgabe überreden.

Edeltraud Kerschenlohr, die maßgeblich an der Vorbereitung des Symposiums in Würzburg beteiligt war, stellte sich als Beisitzer zur Verfügung ebenso Sigrid Oppermann. Beide wurden vom Gremium bestätigt. Dr. Volker Kratzsch übernahm die Wahlleitung. Für seinen Einsatz und seine Hilfe überreichte die neue und bisher amtierende Vorsitzende nach vollbrachter Wahl einen Korb voll Äpfel. Vor zwei Jahren erhielt der engagierte Mediziner einen jungen Apfelbaum für seinen Garten. „Der trägt vermutlich noch nicht genügend Früchte für Ihre gesamte Familie,“ bedankte sich Inge von dem Bussche bei Dr. Kratzsch, der am Tag des Symposiums auf die Geburt seines vierten Kindes wartete.

Die KIMM-Vorsitzende dankte allen, die neu oder wieder im Vorstand tätig werden. „Wir brauchen Menschen, die mitarbeiten, damit wir auch weiterhin bestehen können.“



Der neue Vorstand von KIMM e.V.

1. Vorsitzende: Inge Freifrau von dem Bussche, Strümpfelbacher Str. 63, 71384 Weinstadt, Tel: 07151-64113, Email: IngeBussche@gmx.de

2. Vorsitzende: Anna Bott, Schwabstr. 40, 70197 Stuttgart, Tel: 0711-611793, Email: guenter.anna@onlinehome.de

Schriftführer: Dr. Fred Knäbel, Weimarer Str. 66, 53332 Bornheim, Email: EFFKA@web.de

Kassenführer: Walther Dierlamm, Strümpfelbacher Str. 2/1, 71384 Weinstadt, Tel: 07151-61455, Email: w.dierlamm@gmx.net

Beisitzer: Edeltraud Kerschenlohr, Steiner Str. 5, 91161 Hilpoltstein, Tel: 09174-9409

Beisitzer: Sigrig Oppermann, Wachendorfer Str. 13, 90513 Zirndorf, Tel: 0911-607816



Der neue Vorstand (von links nach rechts): Schriftführer: Dr. Fred Knäbel, 1. Vorsitzende: Inge Freifrau von dem Bussche, Beisitzer: Edeltraud Kerschenlohr, Beisitzer: Sigrig Oppermann und Kassenführer: Walther Dierlamm. Nicht im Bild Anna Bott, die 2. Vorsitzende.

Walther Dierlamm – der neue Kassenführer stellt sich vor

Nachdem ich nach 36-jähriger Tätigkeit als Berufsschullehrer und Schulleiter einer Sonderberufsschule für lernbehinderte Jugendliche pensioniert wurde, erging es mir wie manch anderem Ruheständler. Es kamen auf mich Leute mit folgendem Satz zu: „Du hast doch jetzt Zeit, könntest Du nicht ...?!“. So auch die Vorsitzende von KIMM. Sie schilderte mir eindrücklich die Not, in der sich KIMM ohne Kassenführer gerade befinde. In ihrer Schilderung und ihren Überredungsbemühungen wurde sie von ihrem Ehemann tatkräftig unterstützt. Ich erklärte mich schließlich bereit, diese Aufgabe zu übernehmen. Die Krankheit Morbus Menière kannte ich bis dahin noch nicht. Seit der Frühjahrsversammlung im März dieses Jahres führe ich nun kommissarisch die Kasse von KIMM. Diese Aufgabe erfordert wesentlich mehr Zeit als ich mir vorstellte.

Allein die Mitgliedsbeiträge von ca. 550 Mitgliedern zu kontrollieren und zu buchen, erfordert trotz EDV einen erheblichen Zeitaufwand. Ein- und Austritte, Anschriftenänderungen, Kontoänderungen etc. müssen in die Datenverwaltung eingegeben werden. Sehr aufwändig ist die Recherche von neuen Anschriften der Mitglieder, die umgezogen sind. Rund 100 Mitglieder bezahlen ihren Jahresbeitrag per Überweisung. Das bedeutet für den Kassenführer 100 Bezahlungsvorgänge von Hand zu buchen, zu kontrollieren, notfalls zur Bezahlung aufzufordern. Beim Abbuchungsverfahren ist der Aufwand wesentlich geringer.

Deshalb meine Bitte an die Überweiser: Nehmen Sie am Abbuchungsverfahren teil!

Zur Zeit bin ich neben den laufenden Arbeiten dabei, eine EDV-Lösung zu erstellen, mit der die Mitgliederdaten effektiver und weniger fehlerträchtig verwaltet werden können.

Zu den Finanzen von KIMM: Die Einnahmen aus den Mitgliedsbeiträgen decken z. Zt. die laufenden Kosten. Hierbei sind die größten Kostenfaktoren die Herstellung und der Versand der Mitgliederzeitschrift. In diesem Jubiläumsjahr werden diese Kosten jedoch nicht durch die Beiträge abge-

deckt. Wir haben im Vorstand beschlossen, für diese Jubiläumsausgabe auf Rücklagen zuzugreifen. Durch die ehrenamtliche Geschäftsführung sind die laufenden Kosten des Vereins gemessen an der Mitgliederzahl sehr niedrig. Es kann dadurch der Mitgliedsbeitrag niedrig gehalten werden, was vielen Mitgliedern überhaupt die Mitgliedschaft ermöglicht. Etliche Mitglieder bezahlen aber auch mehr als den Mindestbeitrag



Stimmen zum Symposium

Hella Fürst aus München:

„Ich bin seit einem halben Jahr Mitglied bei KIMM. Seit mehreren Jahren habe ich meine Wohnung nicht mehr verlassen, weil ich mehrmals am Tag Anfälle hatte.“

Dieses Symposium war nach langer Zeit mein erster Ausflug. Ich fühle mich jetzt bereichert. Es tut gut Betroffene zu sehen und zu hören. Ich habe mich in den letzten Jahren sehr zurückgezogen. Ich bin jetzt eher bereit, mich mit Betroffenen zu treffen.“

oder überweisen Spenden. Ihnen sei herzlich gedankt; natürlich auch den Spendern, die KIMM unterstützen, ohne Mitglied zu sein. Ich bedanke mich auch auf diesem Wege nochmals bei meinem Vorgänger Herrn Lemke. Er hat mir die Unterlagen wohl geordnet übergeben, hat mich in die grundlegenden Vorgänge eingewiesen und hat mir alle meine Fragen bereitwillig beantwortet.

Rahmenprogramm: Gesprächsgruppe, Qi Gong und Trampolinspringen

Was ist Qi Gong

Qi Gong ist ein ganzheitliches System mit Selbstheilungstechniken und Meditation und ein wesentliches Teilgebiet der Traditionellen Chinesischen Medizin. Qi ist der chinesische Begriff für Lebensenergie. In der chinesischen Medizin gilt Qi als die lebende Kraft. Gong bedeutet Arbeit oder Erfolg durch Ausdauer und Übung. Qi Gong ist daher Arbeit mit der Lebensenergie.

Jeder kann Qi Gong üben. Es gibt Übungen für jedes Alter und jeden Gesundheitszustand. Die Übungen können im Stehen, Sitzen und Liegen ausgeführt werden. Wie beim Tai Chi wird auch beim Qi Gong das Immunsystem gestärkt, sowie eine innere Ausgeglichenheit und Vitalität gefördert. Beim Symposium in Bad Grönenbach führte Anja Krüger die Teilnehmer mit praktischen Übungen in diese Entspannungstechnik ein.



Beim Qi Gong: „Die Füße sind wichtige Sinnesgeber wenn wir an der Fußstellung etwas ändern, passiert etwas im ganzen Körper“ (Anja Krüger)



Im Gespräch mit Betroffenen und Angehörigen

Morbus Menière beeinträchtigt den Alltag, tangiert Beruf und Freizeit und betrifft vor allem auch die Lebenspartner. Im Gespräch mit der Diplom-Psychologin Ann Kathrin Meyer-Ponstein diskutierten und erörterten Betroffene und Angehörige ihre Probleme und Anliegen.



Luft-Sprünge beim Trampolin-Training

In der Sporthalle leitete die Heilpädagogin Renate Klinger umsichtig und erfahren das Trampolin-Training. Dieses Gleichgewichtstraining ist ein Behandlungsschwerpunkt bei der M. Menière-Rehabilitation in der Klinik „Am Stiftsberg“.

Einige Teilnehmer haben diese Übungen bzw. das Springen auf einem großem Trampolin zum ersten Mal probiert und waren sehr angetan von dieser Körpererfahrung: „Das ist das Beste was ich je gemacht habe, um meine Gangunsicherheit in den Griff zu bekommen. Eine tolle Sache.“ (Brigitte Braun)

„Es ist eine Erfahrung, die kann man nicht beschreiben. Man überwindet die Angst.“ (Helga Kutsche)

„Einfach phänomenal. Ich habe das zum ersten Mal gemacht und fühle mich total gut.“ (Hans-Joachim Heinsohn)



Stimmen zum Symposium

Sigrid Oppermann aus Nürnberg:

„Seit neun Jahren bin ich erkrankt. Vor vier Jahren wurde Morbus Menière diagnostiziert. Ich bin gut informiert über meine Erkrankung. Ich möchte mich aber ständig auf dem Laufenden halten. Der Gesprächsaustausch ist mir wichtig. Das Internet allein reicht mir nicht. Ich habe dieses Wochenende wieder sehr genossen.“

Die Kommunikation untereinander tut einfach gut.“



Stimmen zum Symposium

Fred Knäbel aus Köln (der neue Schriftführer von KIMM):

„Ich bin begeistert. Meine Frau, die seit fast 20 Jahren erkrankt ist, hat mich mitgeschleppt. Als Partner muss man ständig lernen, mit der Erkrankung umzugehen.“

Bei diesem Symposium habe ich wieder dazu gelernt.“

Es war schön, neue Kontakte zu knüpfen. Meine Frau hat mich überredet den Posten des Schriftführers bei KIMM zu übernehmen. Ich freue mich auf diese Aufgabe.“



Der Tinnitus hat sich zurück gemeldet

Mit großem Interesse lese ich die Mitgliederzeitschrift „KIMM aktuell“ und ziehe Vergleiche von Krankheitsbild zu Krankheitsbild. Dabei muss ich dann doch immer wieder feststellen, dass ich im Großen und Ganzen noch gnädig davon komme. Mit einem heftigen Hörsturz Ende der 90ziger Jahre, es war ein Sonntag, ich weiß es noch genau, begann die Krankheit. Damals war von M.M. noch keine Rede, es folgte aber ein Hörsturz dem andern. Ich bekam Infusionen und Medikamente, Betahistin war es noch nicht. Das Hörvermögen auf meinem linken Ohr hatte entsprechend nachgelassen.

Im Januar 2000, kurz nach meinem 55.Geburtstag bekam ich im Büro meinen ersten Drehschwindel, am Schreibtisch. Ich hatte ein Zimmer für mich allein und konnte schnell noch den Personalleiter um Hilfe rufen. Auf der Fahrt zum HNO-Arzt mussten wir immer wieder anhalten, da ich mich wahnsinnig übergeben musste. Beim Arzt angekommen, hat man mich ganz liebevoll aufgenommen und mit Zäpfchen – Vertigo-Vomex S – nach Hause geschickt. Die Bettruhe hat mir sehr gut getan und ich war glücklich, als das Schlafzimmer aufhörte sich um mich zu drehen. Bei diesem einen Anfall ist es aber nicht geblieben und so lautete die Diagnose bald M.M.. Wegen des Tinnitus bin ich einmal in Bad Meinberg gewesen, dort hat man mich dann ebenfalls mit der Diagnose M.M. wieder nach Hause geschickt.

Sehr belastend war für mich während meiner Berufstätigkeit die jeweils förmlich über Nacht auftretende Berufsunfähigkeit, besser Arbeitsunfähigkeit. Im Juli 2002 bin ich in Vorruhestand gegangen. Mit meinem Mann haben wir uns nun täglich auf das Fahrrad gesetzt und steigerten unsere Touren von 10 bis 50 Kilometer. Es war herrlich und wir genießen die Radtouren noch heute. Die Schwindelanfälle wurden kürzer und die Zeiträume dazwischen länger. Ich hatte mich in einem Fitness- Studio angemeldet und besuche dieses auch heute noch 3x in der Woche. Ausdauer- und Gerätesport sowie 1 Stunde Asia Mix tun mir recht gut. Bis Januar 2006 blieben die Anfälle

aus, auch von meinem Tinnitus war nichts mehr zu hören! Nun hat sich der Tinnitus zurück gemeldet, totaler Tieftonabfall links und vier heftige Schwindelanfälle. Bettruhe und Vertigo Vomex helfen mir wieder auf die Beine. Nach kurzer „Auszeit“ besuche ich wieder mein Fitness Studio und habe mit leichten Übungen wieder angefangen und steigere langsam die Leistung. Einmal wöchentlich steht ein Saunabesuch an, der mir immer recht gut tut. Die Fahrräder sind schon startklar, warten wir auf wärmere Temperaturen. Das Rauschen im Ohr ist konstant, es gibt aber Stunden, in denen ich es gar nicht wahrnehme und dann plötzlich denke, halt, es rauscht ja doch noch. Ich hoffe auf Besserung. Warum sollten nicht wieder zwei gute Jahre folgen:

Doris Eißmann

Ein Mitglied fragt: Wer hat Erfahrung mit der Magnetfeld-Therapie?

Seit 2000 leide ich unter Morbus Menière. Mein behandelnder Arzt schlug mir nun eine Magnetfeld-Therapie vor, die ich anwenden ließ. Aber hierbei habe ich keine Besserung verzeichnet; im Gegenteil, ich hatte seit dieser Zeit 8 Anfälle. Wer hat positive oder negative Erfahrungen mit dieser Therapie?

Bitte senden Sie Ihren Bericht an Inge von dem Bussche.

Panische Angst quält mich sehr

Seit zehn Jahren bin ich von Morbus Menière betroffen und wurde in gewissen Abständen trotz regelmäßiger Medikamenten Einnahme, auch vier Wochen Infusionen, von Anfällen überfallen. Seit Anfang dieses Jahres häufen sich die Schwindel Anfälle in besonders starker Form. Stundenlang begleitet mich ein Pfeifen und Klingeln in den Ohren sowie starkes Kribbeln in der rechten Gesichtshälfte. Panische Angst überfällt mich. Eine neurologische Untersuchung ergab einen normalen Befund.

N.N.



Heftige Panikattacken

Es hat damit angefangen, dass ich über die allgemeine Vorbeugung und Symptome wegen eines Herzinfarktes gelesen habe. Eines abends lag ich im Bett und hatte vermeintlich eine kardiografische Attacke. Meine Angst steigerte sich immer mehr, es könnte ein Herzinfarkt sein (ich bin Raucherin). Ich konnte mich trotz Autogenem Training nicht beruhigen. Schließlich rief ich den Notarzt und eine Einweisung ins Krankenhaus folgte. Alle Untersuchungen verliefen negativ. Seit dieser Zeit leide ich an Schwindelattacken. Herzrhythmusstörungen, Herzschmerzen, Herzklopfen, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Gleichgewichtsstörungen, Magenübersäuerung, Flimmern vor den Augen, Druck im Kopf und Druck auf den Ohren treten immer mal wieder einzeln oder zum Teil zusammen auf. Gesprächstherapie brachte mir für einige Zeit Hilfe und ich entschloss mich meinen Beruf wieder aufzunehmen.

Seit einigen Wochen habe ich ein neues Schwindelgefühl: Vor mir dreht sich alles, es dreht sich selbst abends wenn ich im Bett liege und die Augen schließe. Der Schwindel dauert Sekunden bis Stunden und manchmal wird mir übel. Ebenfalls habe ich ein Druckgefühl im rechten Ohr, das aber nachlässt, wenn ich Kaugummi kaue.

Meine Ärzte, Hausarzt, Neurologe, HNO Arzt, Psychologin sagten mir, dass ich körperlich gesund sei und man nichts an diesen Symptomen ändern könne. Jetzt wird von den Ärzten die Menière'sche Krankheit erwähnt. Was ist das und was kann ich tun? Berufstätig bin ich nicht mehr.

Meine Sorgen, Ängste und Nöte zu dieser extremen Form des Schwindels (Menière) kann ich schriftlich gar nicht alle wiedergeben, bin aber froh mir einen Teil davon von der „Seele“ geschrieben zu haben.

R.P.

Die Diagnose wurde rasch gestellt

Ausschnitt aus dem Schreiben eines Betroffenen: Einem plötzlich ganz starken Schwindel bei der Arbeit waren zwei Tage mit leichtem Schwindel vorausgegangen. Mein Vorgesetzter fuhr mich nach Hause und Bettruhe brachte Besserung. Langsam bewegte ich mich zum Hausarzt, der mich mit Verdacht auf Morbus Meniere zum Hals-Nasen-Ohren-Arzt überwies. Dieser bestätigte die Vermutung des Hausarztes und verordnete mir Infusionen und Medikamente. Am nächsten Tag bemerkte ich, dass ich viel schlechter hören konnte, muss wohl ein Hörsturz dabei gewesen sein. Bis es mir wirklich wieder besser ging vergingen etwa vier Wochen.

N.R.

Jeden zweiten Tag einen Anfall

Ich leide seit 2005 an M.M. 4 Monate hatte ich keine Anfälle, jedoch kamen sie leider in schlimmer Form zurück. Seit Mai habe ich jeden zweiten Tag einen Anfall, der sich jetzt auf über 12 Stunden hinzieht. Durch das starke Erbrechen ist der Magen angegriffen. Mein Arzt spritzt mir nun Vomex i.V., damit das Erbrechen unterbrochen wird. Im Klinikum wurde eine Atlas-Therapie durchgeführt, leider auch ohne Erfolg. Ich habe u. a. Krankenhausaufenthalt, Reha, Hes- Infusionen, Cortison, Akupunktur, Osteopathie, Homöopathie usw. hinter mir. Auch die Ärztin für Naturheilverfahren, bei der ich jetzt gelandet bin, stochert wohl nur im Nebel herum.

Ich bin ganz verzweifelt. Meine Psychologin hat mittlerweile die Sitzungen ausgesetzt, da ich nicht mehr aus dem Haus gehen kann. Die Ärzte sind wohl überfordert – oder wie soll ich das sonst nennen?

Gibt es Mitglieder die einen ähnlichen Weg hinter sich haben?

M.E.



War Viruserkrankung im Kindesalter der Auslöser für Morbus Menière?

Ich habe die „KIMM aktuell“ sehr sorgfältig gelesen und mein Krankheitsbild verglichen. Seit dem 16.12.2005 führe ich Buch über mein Befinden. Ich nehme an, dass die Krankheit „MM“ wie auf Seite 6 angeführt, bei mir im ersten Stadium verläuft. Meist habe ich sehr starken Tinnitus mit wesentlicher Hörverschlechterung: der Tinnitus wird wieder leiser und das Gehör verbessert sich. Der Wechsel wird unterbrochen durch schwere oder mittlere Anfälle (schwer: starker Schwindel mit Erbrechen, mittelschwer: Schwindel ohne Erbrechen): Begleiterscheinungen wie Druck im Ohr kenne ich schon mehrere Jahre. Mein rechtes Ohr ist betroffen, auf dem linken höre ich noch sehr gut. Die Hörminderung habe ich seit einem Hörsturz 2002 mit Vestibularausfall. Damals hätte ich meines Erachtens besser behandelt werden müssen. Ich war nicht aufgeklärt und habe das so hingenommen. Mit einem Hörgerät habe ich mich versucht, aber ohne Erfolg, da das Hörvermögen sich ständig ändert.

Im Juni 2004 hatte ich bereits mehrere Schwindelanfälle mit Erbrechen. Damals wurde die Ursache Innenohr jedoch ausgeschlossen und die HWS, die sehr abgenutzt ist, als Grund diagnostiziert.

Da in der Zeitschrift – Herbst 2005 - als mögliche Ursache von M.M. Viruserkrankungen auch im Kindesalter erwähnt werden, möchte ich eine doppelseitige Mittelohrvereiterung bei mir im Alter von drei Monaten erwähnen.

Infektionen und Tumorerkrankungen im Bereich des Kopfes wurden durch Blutuntersuchungen und MRT ausgeschlossen.

Als Therapie wurde mir 3 mal 1 Aequamen verordnet. Leider konnte mir weder Apotheker noch Arzt oder Medikamentenhersteller etwas über evtl. Schäden bei Langzeiteinnahme sagen. Ich bin deshalb vorsichtig, da mir 1999 wegen eines gutartigen Leberhämangioms (Blutschwamm) fast die Hälfte der Leber entfernt wurde.

Noch im April werde ich eine Kur in einem der drei von Ihnen empfohlenen Kurheime beantragen. Eine Psychotherapie habe ich auch beantragt, ich muss aber noch warten. Ich möchte etwas zur Entspannung tun.

Angstzustände kenne ich bisher nicht. Allerdings hatte ich zum Glück allein in der Öffentlichkeit noch nicht so eine schlimme Situation wie sie von MM-Patienten geschildert wurden.

F. Franke

Anfall vor vier Jahren

Ich hatte erst einen Anfall vor vier Jahren. Dieser war sehr heftig und ich höre seitdem auf dem linken Ohr nur noch sehr wenig. Mit Hörgerät geht es aber gut.

Ich hatte von Anfang an eine sehr gute Betreuung durch meine Hausärztin, meinen HNO-Arzt, meine Heilpraktikerin und meine Therapeutin und mir geht es körperlich und psychisch gut. Durch die gute Betreuung, habe ich die Hilfe des KIMM-Infoheftes fast nicht gebraucht. Zu Anfangs haben mich die schrecklichen Krankheitsgeschichten sogar eher noch erschreckt und ich dachte, dass es bei mir auch so verlaufen wird. Besonders hilfreich nach meinem Anfall war eine Äußerung meines HNO-Arztes, dass es keine Regel bei Morbus Menière gibt über die Anfallshäufigkeit und danach habe ich beschlossen, dass dies mein letzter Anfall ist. Bisher hat sich dies bestätigt. Gegen die Schwindelangst (und andere Ängste), half mir gut der Drehtanz der Sufis eine Art Drehmeditation, die sehr gut hilft in die eigene Mitte zu kommen und Schwindel zu beherrschen. Außerdem mache ich seit vier oder fünf Jahren intensiv Feldenkreisarbeit. Auch diese trägt dazu bei eine bessere körperliche Selbstbeherrschung zu bekommen und hat bei mir schon viele Änderungen bewirkt.

Meine Heilpraktikerin hat mich außerdem zum Kieferorthopäden geschickt, da sie meinte, dass die Schwindelattacken auch etwas mit einer Kieferfehlstellung zu tun haben. Ich hatte vorher schon jahrelang nachts mit den Zähnen geknirscht



und bin regelmäßig morgens völlig verspannt aufgewacht. Seitdem trage ich vorwiegend nachts eine Unterkieferschleife und ich merke deutliche Verbesserungen. Der Druck im Kopf ist in der Regel völlig weg und tritt nur noch selten in sehr angespannten Lebenssituationen auf. Ich habe sehr intensiv mit meiner Therapeutin daran gearbeitet mit solch angespannten Situationen besser umzugehen, was mir zunehmend immer besser gelingt (wobei ich glaube, dass dies wohl eine Lebensaufgabe sein kann). Da ich zu dem Zeitpunkt des Anfalls in einer besonderen Überlastungssituation war mit einer Familie mit fünf Kindern und einer extrem anspruchsvollen und zeitintensiven Arbeit war es auch sehr wichtig in all diesen Bereichen zu reduzieren. Ich habe meine Arbeit aufgegeben und ansonsten viele Termine, die mir schlussendlich doch nicht so wichtig waren, gestrichen. Ich habe immer noch kein ruhiges Leben, aber es ist wesentlich entspannter geworden und ich genieße Zeiten, in denen es mal besonders ruhig zugeht.

N.N.

Hilferuf! Tägliche Stürze

Bin die Mutter einer Tochter die beidseitig von M.M. betroffen ist. Die Krankheit hat sich seit 15 Jahren entwickelt, mit all den Symptomen die bei M.M. bekannt sind. Meine Tochter ist 40 Jahre alt und lebt mit mir zusammen im Haus. Zurzeit (von Januar 2006 ansteigend) ist meine Tochter im Nachfolgestadium der Erkrankung mit schwersten Stürzen, so genannten „Tumarkinschen Otolithen-krisen“ belastet. Dies geschieht mehrmals täglich, mitten im Gespräch oder einer Beschäftigung zieht es ihr in Sekunden und abrupt die Beine weg, sie stürzt mit voller Wucht und einem Schrei nach hinten zu Boden. Für meine Tochter und ihr Umfeld ist dies alles ein unerträglicher Zustand. Auch sind durch die Stürze schon schwerwiegende Schäden an Hals, Nacken, Schulter, Wirbelsäule, Steißbein, Hüften usw. entstanden. Unerträgliche Kopfschmerzen, Schläge im Kopf, sowie Sehstörungen kommen zu den Explosionen im Kopf noch hinzu.

Dieser Zustand macht meine Tochter körperlich und seelisch total fertig.

Im Internet und Apothekerzeitung fanden wir heraus, dass im Klinikum Großhadern/München (Prof. Dr. Brandt und Prof. Dr. Strupp) mit der Krankheit M.M. und vielen anderen Schwindelerkrankungen Erfahrung haben. Aus diesem Grund hat der HNO Arzt meine Tochter am 12.09.06 in die neurologische Abteilung dieser Klinik stationär eingewiesen. Dort hat man gesehen wie die schweren Stürze meiner Tochter ablaufen sowohl von Ärzten, Personal und Mitpatienten. Meine Tochter war so hoffnungsvoll, dass die Ursache für die gehäuften Sturzanfälle gefunden wird und sie dadurch etwas mehr Lebensqualität erlangt.

Aber statt Hilfestellung und gezielten Untersuchungen (Langzeit EEG, Prüfung des Ohrsteinchenapparates und was es in einer Klinik noch an Möglichkeiten gibt), hat man meine Tochter nach sieben Tagen abgeschoben. Mit der Aussage für ihre Erkrankung eine andere Sichtweise zu haben wird eine Reha- Klinik vorgeschlagen. Wenn dort keine Besserung eintritt, soll sie halt wieder kommen. Nun geht es so weiter . Mehrere Stürze täglich, ich fühle mich als Mutter hilflos und verzweifelt. Wer trägt Verantwortung, wenn meiner Tochter durch die Stürze andere schwerwiegende Folgeerkrankungen entstehen?

Meine Tochter ist über M.M. bestens informiert, hat sich über Literatur kundig gemacht und sich recht gut mit der Krankheit arrangiert. Meine Tochter lebt von der Hoffnung, dass die schweren Sturzanfälle bald aufhören, denn das ist kein Leben sondern ein unerträglicher Zustand.

Wer hat ähnliche Erfahrungen mit derartigen gehäuften Sturzanfällen? Wer weiß Rat? Und bitte wie und wo kann meiner Tochter geholfen werden? Danke für hilfreiche Vorschläge und kurze Mitteilungen.

Christa Neuweiler
Calwer Str. 46
75323 Bad Wildbad 5



MEDIZIN

Morbus Menière naturgemäß behandeln



Der Morbus Menière ist nach heutigem Wissen eng mit einer Störung von Bildung, Transport und Wiederaufnahme der Endolymphflüssigkeit im menschlichen Innenohr verknüpft. Der von einer Haut umfasste Endolymphraum liegt dabei im Zentrum von Hör- und Gleichgewichtsorgan, führt über einen Kanal aus diesem heraus und mündet in einer Tasche der harten Hirnhäute. Diese ist außerhalb des Felsenbeinknochens in der großen Schädelhöhle gelegen.

Ein Blick auf die in der Literatur als mögliche Auslöser beschriebenen krankhaften Veränderungen, lässt folgende übergeordnete Bereiche erkennen.

- Abflussbehinderungen anatomischen Ursprungs
- Veränderung bei Bildung und Resorption der Endolymphflüssigkeit
- Veränderungen am Immunsystem

Treten anfallsartig die drei Symptome: Schwindel, Ohrgeräusch und Hörminderung auf, spricht man von der Menière'schen Krankheit (Morbus Menière), in über ¾ der Erkrankungen findet sich jedoch nur eine oder zwei dieser Symptome, so dass der Begriff Endolymphstörung (ES) umfassender und klarer erscheint. Die Ursachen und Wege der Krankheitsentstehung sind



nicht vollständig geklärt. In der Praxis von Untersuchung und Behandlung der ES stehen die Naturheilverfahren (NHV) neben den konventionellen Methoden und der Psychotherapie (incl. Retraining Therapie) in einem System von Überlappung und Ergänzung.

Bewegungsapparat

Um Abflussbehinderungen aus räumlich-körperlichen Gründen besser verstehen zu können, ist es sinnvoll einen Blick auf das Endolymphorgan und seine Vernetzung innerhalb von Kopf und übrigen Körper zu werfen. Hier fällt zunächst die direkte Verbindung des Endolymphsacks zu den harten Hirnhäuten via Endolymphkanal auf.



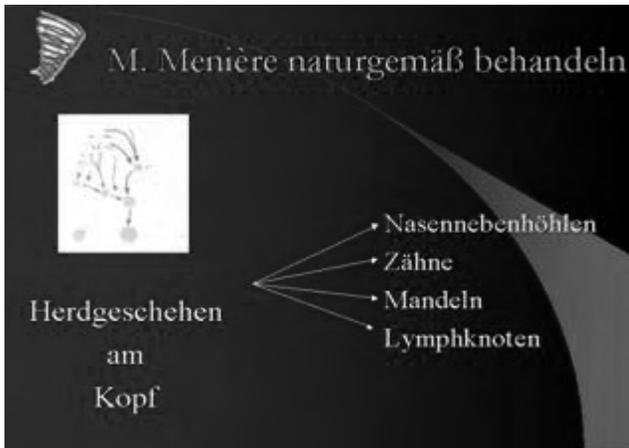
Die Ernährungstherapie und Pflanzenheilkunde der NHV finden sich identisch in konventionellen Behandlungsansätzen oder ähneln z.B. der modernen Medikamentenbehandlung. Die

Diese harten Hirnhäute reichen als ein einheitliches großes Organ vom Kopf bis zum Steißbein und stellen durch ihre unelastische Beschaffenheit eine Verbindung zum gesamten Bewegungsapparat, bestehend aus Schädelknochen, Wirbelsäule, Extremitäten, Gelenken, Sehnen und Muskeln, her. Veränderungen des gesamten Bewegungsapparates wirken so auch auf die Region der Schädelgrube ein, in der das Endolymphorgan mündet.



(Lebens-) Ordnungstherapie der Naturheilkunde bedient sich häufig Methoden der modernen Psychotherapie. Beide haben die Ressourcenstärkung der betroffenen Menschen zum Ziel. In manchen Bereichen gehen die NHV aber auch eigene Wege - dieser Beitrag möchte die Endolymphstörungen (ES) aus dem Blickwinkel eines ganzheitlichen Ansatzes darstellen und die sich so ableitenden Behandlungsmethoden in ihrem Prinzip veranschaulichen.

Ein erster wesentlicher Behandlungsansatz ist daher die Gesundung und Normalisierung des Bewegungssystems von Schädelknochen, Halswirbelsäule und Kauorgan, da von hier die wesentlichen Störungen ausgehen.

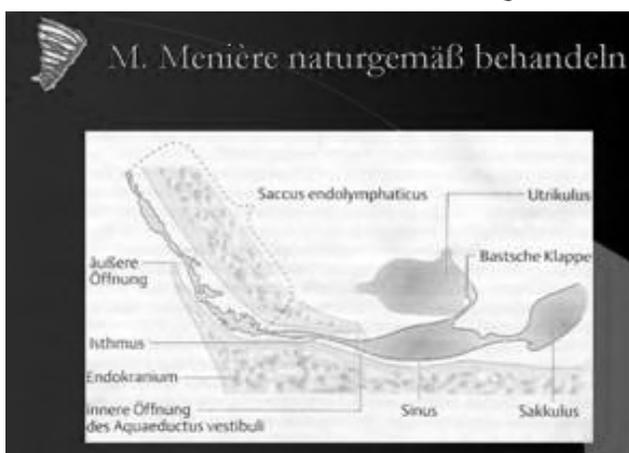


Lymphsystem

Der Endolymphraum liegt mit dem gesamten Hör- und Gleichgewichtsorgan im Felsenbein, einem Knochen, der Teile der Schädelbasis bildet. Die Lymphflüssigkeit dieser Region fließt ebenso wie die der anderen Kopfgane (Mandeln, Zähne, Nasennebenhöhlen etc.) durch die Lymphknoten in den Kieferwinkel und via Hals in den Brustraum. Eine wichtige Voraussetzung der erfolgreichen Behandlung ist daher die ebenso gewissenhafte, wie schonende Beseitigung aller chronischen Entzündungsprozesse an Kopf und Hals.

Immunsystem

Der Endolymphsack (ES) stellt ein äußerst filigranes und in seinen Funktionen vielseitiges Organ dar. Es zählt zum sog. Schleimhaut-assoziierten-Immunsystem von Kopf- und Bauchraum. Seine Immunfunktionen innerhalb des Organismus haben ihm den Namen „Ohrmandel“ eingebracht.



Eine Häufung von ES bei Nahrungsmittelallergien ist belegt und unterstreicht diese funktionelle Vernetzung. Eng mit der Entstehung und Ausprägung

von allergischen Reaktionen verbunden ist der Rest des lymphatischen Gewebes im Bauchraum. Eine Untersuchung und Behandlung von chronischen Entzündungsprozessen im Darmbereich, sowie die Ernährungstherapie ist damit ebenfalls eine Säule der erfolgreichen M. Menière-Therapie.

Ganzheitliche Einbindung

Nicht an körperliche Strukturen gebunden, deshalb aber nicht minder existent ist die seelische Vernetzung. Abhängig von der individuellen Beschaffenheit eines Menschen wirken seelische Belastungen auch auf alle Teile des Körpers ein. Sie bewirken häufig zunächst ohne, dass es uns bewusst wird Veränderungen des Immun- und Lymphsystems, ebenso wie solche des Bewegungsapparates. Gestörtes Gleichgewicht und Verkrampfung sind ja ohnehin Begriffe, die wir in unserer Sprache für körperliche, wie seelische Phänomene verwenden. Diese starke Vernetzung des Endolymphraumes innerhalb des Körpers aus Sicht der NHV erklärt, dass eine Vielzahl verschiedener Behandlungsansätze existiert. Alle Ursachen einer ES müssen in Betracht gezogen und beim Betroffenen untersucht werden. In der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die spätere naturheilkundliche Behandlung umfasst eine vollständige Untersuchung daher zunächst die umfassende Erhebung der **Krankengeschichte** und klinische **HNO-ärztliche Untersuchung** (mit Hörprüfungen). Praktisch immer finden sich hier erste zielrichtende Hinweise auf verursachende Störungen. Nächster unverzichtbarer Schritt ist die **zahnärztliche Untersuchung** auf chronisch-bakterielle Entzündungen (**Herderkankungen**) von Zähnen und Kieferknochen nebst Funktionsprüfung von Kiefergelenk und Aufbissverhalten (Okklusion). Letztere besitzen Bedeutung für die Funktion des obersten Halswirbelsäulengelenks und seiner Verbindung zum Kopf. Die **orthopädische Untersuchung** gibt Aufschluss über die Funktion der Hals-Brust- und Lendenwirbelsäule des Beckens und der Hüftgelenke. Das feine Zusammenspiel von Schädelknochen, harten Hirnhäuten und übrigem Bewegungssystem kann in der **kraniosakralen Osteopathie**, einer manuellen Spezialmethode untersucht und behandelt werden. Immunologische

Veränderungen im Lymphsystem können mittels **laborchemischen Untersuchungen** im Blut nachgewiesen werden, ebenso Belastungen mit Umweltschadstoffen und Schwermetallen, die das Immunsystem beeinträchtigen.

Über die genauen Ursachen von Immunstörungen ist noch wenig bekannt, dies gilt auch für den Nachweis erhöhter Schwermetallwerte, deren Bedeutung gegenwärtig heftig diskutiert wird. Untersuchungen bei ES haben somit im wesentlichen die Nachbarorgane, nämlich einerseits das Lymph- und Immunsystem von Kopf und Hals, und andererseits den Bewegungsapparat zum Ziel. Ebenso vielgestaltig wie die Untersuchungsmethoden ist die **Behandlungspraxis**. Hier existiert zudem eine gewisse Hierarchie innerhalb der Methoden. So kommt der **Behebung** chronisch entzündlicher Prozesse an Kopf und Hals hervorragende Bedeutung zu. Jede therapeutische Bemühung bleibt erfolglos oder hat eine Verschlimmerung des Krankheitsbildes zur Folge solange **Herderkrankungen** in z. B. Mandeln od. Zähnen vorliegen. Durchaus schwierig ist dabei die Entscheidung, ob eine chirurgische Behandlung anzuraten ist, oder ob konservativ therapiert werden kann. Nur erfahrene ÄrztInnen mit umfangreicher Ausbildung sollten hier entscheiden. Dies gilt insbesondere, wenn Befunde von Testmethoden wie Elektroakupunktur, Kinesiologie und Thermographie in den Entscheidungsprozeß mit einbezogen werden. Nie sollte eine therapeu-



Dr. Michael Golenhofen, geb. 1959, studierte Medizin in Mainz und promovierte in klinischer Immunologie. Der Arzt für Allgemeinmedizin und Hals-Nasen-Ohrenheil-Kunde beschäftigt sich seit über 20 Jahren mit der traditionellen Chinesischen Medizin, mit Naturheil-Verfahren und Homöopathie. Seit 2003 leitet er am Prienamed Zentrum für Ganzheitsmedizin in Prien am Chiemsee das 4myEar-Zentrum für Integrale Tinnitus-Therapie (ITT). Hier verbindet der Mediziner moderne neurootologische Forschung und traditionelle Heilverfahren bei der Behandlung von Tinnitus, M. Meniere, Hyperakusis und Hörsturz in einem integralen Konzept. (www.4myEar.de und www.meniereClinik.de)

tische Entscheidung von Einzelbefunden dieser Testmethoden abhängig gemacht werden. Große Bedeutung besitzt weiter die Behandlung des Bewegungsapparates, hier reichen die Methoden von der **manuellen Medizin** über die **Krankengymnastik** und medizinischen Trainingstherapie. **Reflextherapien** wie Neuraltherapie, Akupunktur, Triggerpunktinfiltration spielen ebenso eine Rolle, wie die **Übungsverfahren** (z.B.: Feldenkrais, Postisometrische Relaxation, etc.). Mir hat sich eine Kombination aus **kraniosakraler Osteopathie**, Akupunktur und dem Somatics-Programm bewährt. Eine wichtige Rolle spielt in der Behandlung des



Bewegungsapparates die Funktion des Kiefergelenks, da es steuernd auf die Funktion der gesamten Wirbelsäule einwirkt. Hier können eine therapeutische Aufbißschiene, Akupunktur und Krankengymnastik die Zeit bis zu einer funktionellen **Sanierung des Kauorgans** überbrücken.

Aus der alten Naturheilkunde stammen die Verfahren zur **Lymphbehandlung**, die an Kopf und Hals sehr wirksam sind. Das Cantharidenpflaster mit dem Gift der spanischen Fliege, Schröpfen mittels kleinen Sauggläsern sind ebenso wie **neuraltherapeutische Injektionen** und Akupunktur Mittel zur schnellen Entlastung der Lymphbahnen.

Schließlich kommen **Pflanzenstoffe** wie das Picrotoxin der Kokkelskörner oder der Ingwer als pflanzliches Arzneimittel oder homöopathischer Potenzierung zur Anwendung, um direkt auf die Bildung und Resorption der Endolymphflüssigkeit einzuwirken. Auf diese Wirkung zielt auch die **Ernährungstherapie** in Form der Kochsalzkarenz und der proteinfreien Abendmahlzeit ab. Schließlich kann die Anwendung von Lokalanästhetika im Mittelohr ebenfalls als neuraltherapeutische Behandlung angesehen werden, sie ist ebenfalls als ein konventionelles Verfahren beschrieben.

- **Herdsanierung**
- **Zahn- und Kiefergelenkbehandlung**
- **Osteopathie**
- **Akupunktur**
- **Neuraltherapie**
- **Krankengymnastik**
- **Trainingstherapie**
- **Übende Verfahren**
- **Lymphtherapien**
- **(Lebens)-Ordnungstherapie**
- **Pflanzenheilkunde**
- **Ernährungstherapie**

Methodenspektrum der Naturheilkunde bei M. Menière

Bleibt noch den Blick auf die **seelischen Behandlungsaspekte** zu werfen. Aus der traditionellen Naturheilkunde Chinas ist das Krankheitsbild der ES dem Element Erde zugeordnet, das den

Bezug zu den Körperstrukturen Bindegewebe, Milz, Magen herstellt. Hier führen Störungen zu **Stauung**, Stillstand, Überlastung des Integrationsvermögens und seelisch drückt sich dies in einem Verlust von „**Mitte**“ und **leiblicher Integrität** aus. All diese seelischen Dimensionen gilt es im therapeutischen Prozess stets im Auge zu behalten, auch wenn sich die Behandlung rein körperlich abspielen sollte. Fragen wie: „Kann ich alles verdauen, was ich schlucke?“ oder „Entscheide ich noch frei über das, was sich in meinem Leben abspielt?“, „Bin ich im Gleichgewicht?“, „Höre ich auf das, was mein Körper mir sagt?“ sind Fragen, die bewusst in Gesprächen oder während Entspannungsphasen assoziativ bearbeitet werden können.



Zusammenfassend fußt die naturgemäße Behandlung der Menière’schen Krankheit und verwandter Endolymphstörungen auf den drei elementaren Säulen der Therapie von Bewegungsapparat, chronischen Herden im Kopfbereich und des Immunsystems. Darauf aufbauend können eine Vielzahl von Methoden der Naturheilverfahren für die Behandlung eingesetzt werden. In einem modernen integrierten Behandlungskonzept darf keine der Grundlagentherapien fehlen.

Eine ganzheitliche naturheilkundliche Behandlung erfasst den erkrankten Menschen in seiner körperlichen und seelischen Dimension, was für Behandelte wie Behandler angenehm und zufriedenstellend ist. Behandlungsziel ist die leiblich-seelischen Mitte zurückzufinden, und so Gleichgewicht als Zustand des Ganzen empfinden, in seinem seelischen, wie körperlichen Aspekt.



Gesundheit aus dem Spupermarkt

Funktionelle Lebensmittel - oder auch "Functional Food" – sind seit ein paar Jahren ein boomender Trend in der Lebensmittelbranche. Es ist eine neue Generation von Lebensmitteln, die dem Verbraucher viel versprechen: Genuss ohne Reue, Gesundheit und Wohlbefinden. Immer mehr so genannte „Gesundheits“produkte finden sich in den Regalen der Supermärkte zwischen den „normalen“ Nahrungsmitteln, die für sich mit einem gesundheitlichen Mehrwert werben.

Im allgemeinen versteht man unter funktionellen Lebensmitteln Lebensmittelprodukte, die zusätzlich zu ihrem Nährwert eine positive gesundheitliche Wirkung ausüben sollen. Durch die Zugabe oder Entfernung bestimmter Zutaten soll das erreicht werden.

In Asien sind funktionelle Lebensmittel seit langem bekannt. Schon 1935 entwickelte die japanische Lebensmittelindustrie ein probiotisches Milchgetränk. Seitdem stehen dort die Lebensmittelhersteller im starken Innovationswettbewerb zueinander, in der ständigen Suche nach Neuerungen, mit denen sie ihre eigenen Produkte von denen der Konkurrenz abheben können. In Deutschland gab es das erste Angebot 1996, ebenfalls ein probiotisches Milchprodukt. Seitdem ist die Palette der funktionellen Lebensmittel enorm gewachsen. Milchprodukte, Müslis, Brot und Backwaren enthalten probiotische Milchsäurebakterien und präbiotisch wirkende Ballaststoffe. Probiotika sind lebende Mikroorganismen, die vorübergehend sich im Darm ansiedeln und die Darmfunktion unterstützen sollen.

Präbiotika sind unverdauliche Stoffe, die auf bestimmte Bakterienarten abzielen und diese zum Wachstum anregen. Die Vitamine A, E, C und Beta-Carotin werden Getränken ("ACE-Getränke") und auch Müslis zugesetzt. Diese Stoffe zählen zu den Antioxidanzien, welche die Körperzellen vor sogenannten „freien Radikalen“ schützen. Omega-3-Fettsäuren sind mehrfach ungesättigte Fettsäuren, die den Fettstoffwechsel des Körpers positiv

beeinflussen. Normalerweise findet man sie im Fisch und in pflanzlichen Ölen. Jetzt werden sie auch der Margarine, Brot, Eiern und Erfrischungsgetränken zugesetzt.

Phytosterine, eine natürlich vorkommende Stoffgruppe, wird der Margarine beigefügt und verspricht Vorbeugung vor Herz- und Kreislauferkrankungen. Viele funktionelle Lebensmittel müssen täglich verzehrt werden, da sie sonst keine Wirkung zeigen, das gilt z.B. für den schon genannten probiotischen Joghurt. Ob funktionelle Lebensmittel tatsächlich einen Nutzen für die Gesundheit bringen, ist wissenschaftlich umstritten. Oft sind die Neuen teurer als die traditionellen Lebensmittel mit ähnlicher oder sogar gleicher Wirkung. Auch herkömmlicher Joghurt tut dem Darm gut und sorgt für eine gute Darmflora.

Die Basis für einen gesunden, fitten und leistungsfähigen Körper ist und bleibt ein abwechslungsreiches und ausgewogenes Essen und Trinken. Dazu gehören

- Reichlich Obst und Gemüse, welche von Natur aus ausreichend Antioxidanzien enthalten.
- Fisch, Nüsse und hochwertige Öle, die uns mit wertvollen Fettsäuren versorgen.
- Milchprodukte, wie Joghurt, Kefir, Sauermilch halten den Darm mit Milchsäurebakterien ebenfalls fit.
- Verschiedenes aus vollem Korn oder Reis, Nudeln und Kartoffeln unterstützen die Darmtätigkeit mit ihren Ballaststoffen.
- Und dazu genügend Trinken am besten Wasser oder Saftschorle.

Einmal pro Woche Fisch auf den Tisch

Die meisten Fischarten sind eiweißreich, fettarm und leicht verdaulich. Außerdem enthalte sie Jod und wichtige Mineralstoffe. „Fisch ist gesund. Wer sich ausgewogen ernähren möchte, sollte einmal in der Woche Fisch essen,“ empfiehlt Bettina Mölter, Ernährungsberaterin bei der AOK. „Ganz wichtig für die Ernährung sind die so genannten Fettfische mit einem Fettgehalt von über zehn

Prozent, wie Makrele und Hering. Sie enthalten Omega-3-Fettsäuren, die eine wichtige Funktion etwa bei der Entzündungshemmung spielen.“



Doch auch die fettärmeren Variaten sind gesund. Zum Beispiel Magerfische wie Seelachs oder Zander mit einem Fettgehalt von weniger als einem Prozent oder die mittelfetten Fisch, wie Forelle oder Karpfen. Wer frischen Fisch möchte und nicht direkt am Meer wohnt, kann in einem Fischgeschäft oder in der Fischabteilung eines großen Supermarktes einkaufen. Auch Fischstände auf Märkten bieten frischen Fisch an. Ob der Fisch tatsächlich frisch ist lässt sich an drei Merkmalen leicht erkennen: „Die Augen des Fisches müssen prall und klar sein. Hat der Fisch trübe und milchige Augen, dann ist er nicht mehr frisch. Die Haut sollte noch metallisch glänzen und schimmern, so die Ernährungsberaterin.

Außerdem sollte das Blut an Kiemen und Bauchhöhle des Fisches eine frische rötliche Farbe haben. Sind Blut oder Kiemen eher bräunlich oder grau, liegt der Fisch schon länger. Die Alternative zu frischem Fisch sind tiefgekühlte Produkte.

„Tiefkühlfische sind ebenso gut wie frischer Fisch, da sie sofort nach dem Fang auf dem Schiff ausgenommen und schockgefroren werden,“ betont die AOK-Ernährungsberaterin.

Der grüne Hafer

Kann er uns Menschen helfen oder ist er nur für Pferde und Esel gut?

Wenn der Hafer kurz vor der Vollblüte geerntet wird, also die noch grünen oberirdischen Teile, und luftgetrocknet verarbeitet wird, kann er als Haferstroh-Tee vielseitig verwendet werden. Seine Wirkung ist in der Volksmedizin schon lange bekannt. Zum Beispiel bei nervöser Erschöpfung, Schlaflosigkeit und Nervenschwäche als Beruhigungsmittel. Vielleicht wird auch der Harnsäurespiegel im Blut gesenkt, dabei auch Rheuma und Gichtanfälligkeit vermindert. Auch als Herz- und Kreislaufmittel wird der grüne Haferstroh-Tee eingesetzt. Ob er bei Hautausschlägen oder Sexualstörungen hilft, ist nicht bewiesen. Insgesamt sind die aufgeführten Wirkungen klinisch nicht nachgewiesen, aber wenn sie trotzdem helfen, ist es auch gut. Es treten keine Nebenwirkungen auf! Bekannt und nachgewiesen sind wichtige Aminosäuren der Eiweißstoffe, Mineralstoffe, Phosphor, Kalium, Zink, Aluminium, Jod. Sie sehen der Hafer ist rundum positiv anzuwenden. Auch Bäder in Haferstroh-Sud sind bei Rheuma, Gicht oder anderen Stoffwechselstörungen zu empfehlen.





Zubrot kann Altersbezüge schmälern

Rentner, die ihre Haushaltskasse aufbessern möchten, sollten die aktuellen Verdienstgrenzen kennen. Andernfalls drohen Kürzungen oder gar Streichung der Rentenbezüge. Nur Ruheständler ab 65 Jahren können unbegrenzt dazuverdienen. Die Nebenbeschäftigung muss auch nicht dem Rentenversicherungsträger gemeldet werden. Wer jünger als 65 ist, muss aufpassen. Die Verdienstgrenze liegt für jüngere Altersrentner zurzeit bei 350 Euro. Das Limit darf in zwei Monaten im Jahr verdoppelt werden. Wer nur wenig mehr verdient, muss dagegen kräftige Abstriche in Kauf nehmen. Problematisch kann es beim Minijob werden. Das eine hat mit dem andern nichts zu tun. Auch für Minijobs gilt: Frührentnern unter 65 sind maximal 350 Euro im Monat als Zubrot erlaubt. Außerdem besteht wieder Versicherungspflicht. In die Renten-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung müssten Beiträge abgeführt werden. Hier empfiehlt es sich einen Rentenberater aufzusuchen. Auch Frührentner, die aus gesundheitlichen Gründen ihren Beruf aufgeben mussten und eine so genannte Erwerbsminderungsrente beziehen, dürfen in einem bestimmten Rahmen Geld dazuverdienen. Aber aufgepasst: Werden die individuellen Limits überschritten, kann die Rente gleich bis auf ein Viertel des Vollbetrags gekürzt werden. Schlimmstenfalls wird sie komplett gestrichen. Denn dann bewies der Rentner, dass er doch noch arbeiten kann. Wer eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bezieht, kann in der Regel nur weniger als sechs, aber mindestens drei Stunden täglich arbeiten.

Betroffene sollten sich unter der Hotline Tel. 0800-10 00 48 00 (kostenfrei) bei der Deutschen Rentenversicherung informieren. Weitere Informationen unter: www.deutsche-rentenversicherung.de.

AOK- care- Telefon

Die AOK bietet Ihren Mitgliedern umfassende Informationen für Ihre Gesundheit unter der Telefon Nummer 0180 1050500. Erfahrene Ärzte

und Fachkräfte geben Ihnen umfassend Auskunft über Fachärzte und Kliniken, Diagnosen und Therapien, Selbsthilfegruppen und Vorbeugung.

Hörsturz bei Karnevalsanzug

Das Landgericht von Trier wies die Schmerzensgeldklage einer Närrin ab, die bei einem Rosenmontag einen Hörsturz erlitten hatte (AZ. 1S 18/01). Gegen laute Geräusche beim Karnevalsanzug müssten sich die Zuschauer selbst schützen.

Riskante Nebenwirkungen von Medikamenten

Ähnlich wie Alkohol wirken Medikamente bei Menschen unterschiedlich. Manche Ursachen gegenüber Arzneimitteln sind genetisch bedingt, die Folgen kann ein Arzt nicht vorhersehen. Abhilfe könnte hier die Gentechnik schaffen, jedoch werden diese Untersuchungen von den Kassen noch nicht bezahlt. Jeder Mensch reagiert auf Medikamente anders, daher ist die Zahl der Nebenwirkungen hoch. Z.B. baut ein bestimmtes Leberenzym ein Viertel aller bei uns üblichen Medikamente ab, indem es die im Blut gelösten Wirkstoffe so verändert, dass der Körper sie mit Urin und Stuhl ausscheiden kann. Über dieses Enzym werden vor allem Psychopharmaka stark verstoffwechselt, so etwa Neuroleptika und eine Reihe von Antidepressiva, außerdem blutdrucksenkende Mittel wie Metoprolol, der am meisten eingesetzte Betablocker. Doch der Eiweißstoff kommt in über 50 verschiedenen wirksamen Varianten vor, von denen manche heikle Folgen haben können. Nehmen Patienten ein lebenswichtiges Medikament ein, kann es in ungünstigen Fällen bei manchen zu schwach, bei anderen zu stark und bei einer dritten Gruppe gar nicht wirken. Denn bei fünf bis zehn Prozent der Bundesbürger sind die Erbanlagen schuld daran, dass ihrer Leber das wichtige Enzym schlichtweg fehlt. Das wissen in der Regel weder die Betroffenen noch ihre Ärzte. Wie ein Medikament vertragen wird und wirkt, hängt von einer Vielzahl von Einflussfaktoren ab, sagt Professor Ivar Roots, der Direktor des Instituts für Klinische Pharmakologie an der Berliner Charité: „Die Genetik ist davon



nur einer – aber immerhin einer, der übers ganze Leben hinweg konstant bleibt.“ Auch das Körpergewicht, der Gesundheitszustand und gleichzeitig eingenommene Arzneimittel oder Alkohol verändern die Wirkung. Manche Medikamente z. B. gegen Depressionen zeigen erst nach einigen Wochen ihre Wirkung. Inzwischen sind Gentests verfügbar, mit denen sich verlässliche Anhaltspunkte gewinnen lassen, wie ein Mensch auf eine Vielzahl von Medikamenten reagiert.

Patientenberatung der LAGH

Die Patientenberatung ist eine Einrichtung der Landesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (LAGH) Baden –Württemberg e.V. Die LAGH ist ein Dachverband von 46 Selbsthilfevereinigungen behinderter und chronisch kranker Menschen und

ihrer Angehörigen. Sie können dort Rat zu medizinischen und versicherungsrechtlichen Fragen erhalten.

Patientenberatung der LAGH, Rotebühlstr. 133, 70197 Stuttgart. Tel: 0711-251181-30, E-Mail: patientenberatung.lagh@t-online.de oder patientenberatung.lagh@t-online.de, Internet: www.lagh-bw.de www.lagh-bw.de

Beratungsservice der Kassenärztlichen Vereinigung

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordwürttemberg, Albstadt 11, 70567 Stuttgart, bietet einen telefonischen Beratungsservice zu allen Fragen rund um Ihre Gesundheit. Tel: 01805-6332255, 12 Cent pro Minute.



Selbsthilfegruppe Morbus Menière Köln

Gelungene Fachtagung

Unsere Selbsthilfegruppe besteht seit 1999 und wurde von Frau Lore Coulon und zwei weiteren MM-Betroffenen gegründet. Zur Zeit haben wir über 40 Mitglieder, von denen etwa 12 bis 14 Patienten regelmäßig an unseren Sitzungen teilnehmen. Wir treffen uns jeden zweiten Monat im Hause des Informationsfachdienstes des Landschaftverbandes NRW in Köln. Dank des großen Engagements unserer Leiterin, Frau Coulon, ist es uns gelungen, dort über einen angenehmen großen Raum zu verfügen. Die Schwerhörigen unserer Selbsthilfegruppe können die elektronischen Hörhilfen (FM-Anlage) des Informationsfachdienstes benützen, so dass jedem Mitglied gutes Hören ermöglicht wird.

Die Gruppe unterhält enge Kontakte zu KIMM, zur deutschen Tinnitus-Liga, zu verschiedenen Kölner Fachärzten, zum Schwerhörigenbund und zur Dachorganisation der Selbsthilfegruppen KISS. In unregelmäßigen Abständen laden wir Ärzte (z. B. Prof. Dr. Michel, Herrn Dr. Schaaf) und andere Fachleute zu unseren Sitzungen ein, die zu speziellen Themen berichten oder wir organisieren eigene „außerplanmäßige“ Veranstaltungen.

Seit Jahren präsentiert sich die Gruppe immer wieder auf den Kölner Gesundheitstagen und dem Kölner „Tag des Hörens“. Eine kleine Gruppe sehr aktiver Mitglieder unterstützt Frau Coulon bei der Vielzahl der organisatorischen Tätigkeiten: Teilnahme an Veranstaltungen der DTL, KIMM, der Kommunen, Treffen mit Ärzten etc, die schließlich der Gruppe durch die vielen neuen Informationen, die die Teilnehmer erhalten, zugute kommen.

Seit kurzem haben wir einen engen Kontakt zu einer jungen Kölner HNO-Ärztin, die – soweit notwendig – Patienten aus unserer Gruppe berät und behandelt. Frau Dr. Grohé hat über Morbus Menière promoviert ist daher für die betroffenen Patienten aus dem Großraum Köln eine wirkliche Bereicherung. Sie hat uns nicht nur mit Vorträgen auf dem Kölner Tag des Hörens 2005 von ihrer

Kompetenz überzeugt, sondern hat auch die bisher schlechte Versorgung der Schwindelpatienten in Köln durch die Eröffnung ihrer Praxis entscheidend verbessert.

Und ein weiterer wichtiger Schritt ist uns nach zäher und ausdauernder Arbeit von Frau Coulon – gelungen. Sie konnte nach langem Drängen Herrn Dr. Hinterkausen, den Bezirksvertreter der HNO-Ärzte aus der Region, überzeugen, eine Fortbildung zum Thema Morbus Menière anzubieten, die mehr als 70 Fachärzte wahrnahmen. Nach einem Vortrag von Prof. Michel hatte Frau Coulon die Gelegenheit, die Krankheit aus Patientensicht darzustellen und die Arbeit unserer Selbsthilfegruppe zu erläutern. Die anwesenden HNO-Ärzte waren von Frau Coulons Vortrag beeindruckt. So konnten bei dieser Tagung auch neue Kontakte zu einigen Ärzten aus verschiedenen Kliniken zwecks klinischer Betreuung von MM-Patienten geknüpft werden.

Ein anderes großes Vorhaben unserer Gruppe, das uns seit einem Jahr stark beschäftigt und über das Frau Coulon in einem älteren KIMM-Heft bereits berichtet hat, ist ein umfangreicher Fragebogen zum Thema Morbus Menière. Aufgrund der vielen detaillierten Berichte von Betroffenen und der oft differierenden Darstellungen der Ärzte entstand das Bedürfnis, die Erfahrungen der Patienten festzuhalten, sie zu analysieren, um der Krankheit Morbus Menière und Ihren noch immer unerklärlichen Ursachen ein wenig „näher zu kommen“. In vielen Kleingruppen-Sitzungen entstand so ein umfangreicher und sehr differenzierter Fragebogen, den wir zunächst innerhalb der Gruppe verteilten, um eine erste Auswertung vorzunehmen. Langfristig haben wir vor, den Kreis der Teilnehmer nach Möglichkeit auszuweiten, damit die sich anschließende Dokumentation auf eine möglichst große Datenmenge zurückgreifen kann. Zur Zeit dokumentieren wir die ersten Ergebnisse. Danach muss der Fragebogen sicher nochmals überarbeitet werden.

Wir hoffen, den KIMM-Lesern dann auch einige neue Erkenntnisse vorstellen zu können.

Dr. Birgit Veil

Adressen

Änderung:

Margarete Vierheilig
Oberer Adelbergweg 3
97078 Würzburg
☎ 0931/285251

**Selbsthilfegruppen / Kontaktadressen
für Menière- Patienten unter dem
Dach von KIMM**

Lore Coulon
Im Weingartskamp 51/53
51061 Köln
Tel: 0221-661730

Margarete Vierheilig
Oberer Adelbergweg 3
97078 Würzburg
Tel: 0931-285251

Ingrid Räder Weizenweg 11
97453 Schonungen
Tel: 09721-58342

Valentine Klaaßen
Auf der Gaste 9
26802 Moormerland
Tel: 04954-2314

Volker Svenson,
Hamburger Str. 14,
23619 Hamberge,
Tel: 0174-9407495,
Fax:0451-6932742,
E-Mail: v.svenson@t-online.de





Patientenführung bei M. Menière

Klare Diagnose, meist schwindelerregende Perspektiven

Die Menièresche Krankheit wird als „ätiologisch unklare, überwiegend (70 %) einseitige Erkrankung des kochleovestibulären Organs mit den charakteristischen Symptomen: anfallsweiser, heftiger Drehschwindel (Minuten bis Stunden anhaltend), anfangs fluktuierendes Gehör, Tinnitus (meist tief-frequent) und Druckgefühl im betroffenen Ohr“ definiert (1). Bei aller verbleibenden Unklarheit in der Pathogenese kommt Prosper Menière das Verdienst zu, 1861 als erster die Symptomtrias als eigenständige Krankheit des Innenohrs erkannt zu haben (15). 1938 entdeckten Hallpike und Cairns (5) sowie Yamakawa (27) die organische Endstrecke im "Endolymphatischen Hydrops". Die Ursachen des Hydrops werden in einer verminderten Resorption der kaliumreichen Endolymph im Ductus endolymphaticus sowie vor allen Dingen im Saccus endolymphaticus gesehen. Der Anfall selbst wird nach heutigen Erkenntnissen am überzeugendsten als jeweils akute Permeabilitäts störung der Innenohrschranken interpretiert (9).

Im akuten Anfall erleben die Patienten dabei – oft nicht wissend, was ihnen geschieht – auch Todesangst und Vernichtungsgefühle, so dass deswegen das akute Geschehen beim ersten Anfall auch schon einmal als Infarkt missdeutet werden kann. Auch kann beim erstmaligen Geschehen die Abgrenzung zum – einmaligen – Vestibularis-ausfall schwierig sein. Ab dem zweiten Anfall bereitet das - nun rezidivierende – Geschehen für den HNO-Arzt diagnostisch kaum noch Schwierigkeiten. So führen die Krankengeschichte und die neurootologischen Befunde in der Regel zur klaren Diagnose.

Diagnosestellung und Therapieansätze nach den HNO - Leitlinien

Bei der Diagnosestellung kann sich der HNO-Arzt nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde auf folgende, als „notwendig“ ausgewiesene Untersuchungen stützen:

- HNO-Status
- Ohrmikroskopie
- Hörprüfung (Stimmgabel, Audiogramm, Sprachaudiogramm, Recruitment)
- BERA
- Gleichgewichtsuntersuchung (Frenzel-Brille: spontaner oder latenter Nystagmus, Lage- und Lagerungsnystagmus, vestibulo-spinale Prüfungen, thermische Prüfungen)

Im Einzelfall können nach ADANO nützlich sein:

- Tympanometrie, Stapediusreflexmessung
- Evozierte otoakustische Emission
- Glyceroltest nach Klockhoff oder Lasix-Test
- Elektronystagmographie
- Elektrocochleographie
- Röntgen: Schüller
- CT/MRT: Felsenbein, Schädel
- Serologie: Viren (z. B. Herpes simplex Typ 1, HIV), Spirochäten (Treponema pallidum, Borrelien)
- Funktionsuntersuchung der HWS
- Interdisziplinäre Untersuchungen (z. B. Neurologie)

Die konservative Therapie wird wie folgt aufgelistet:

- Im akuten Anfall Bettruhe, milde Sedierung, Antiemetika, evtl. Antivertiginosa
- Glukokortikoide



- Infusionen mit z. B. Rheologika
- Bei anhaltendem Schwindel: Betahistin langfristig, evtl. orale Rheologika
- Transtympanale medikamentöse Zerstörung der Sinnesendstellen des Vestibularorgans mit Gentamycin (chemische Labyrinthausschaltung)

Operationsindikationen können bestehen bei

- mangelndem Ansprechen auf konservative Therapiemaßnahmen
- invalidisierenden Schwindelanfällen (Saccotomie, Saccusdekompression, Vestibulotomie, Labyrinthektomie, Neurektomie des N. vestibularis)

Die konservative Behandlung wird ambulant als möglich erachtet. Bei ausgeprägtem Krankheitsverlauf mit starker vegetativer Reaktion wird eine stationäre Therapie ebenso empfohlen wie zur medikamentösen Labyrinthausschaltung und für alle operativen Eingriffe.

Der stadienorientierte Stufenplan nach Jahnke

Der - nach dem Delphiverfahren als interaktive Umfragemethode mit kontrolliertem Feedback und Befragung einander unbekannter, anonymisierter Teilnehmer - erstellten Aufzählung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (von 1996; überprüft 2001) hatte Jahnke 1994 (9) einen „stadienorientierten“ Stufenplan vorweggeschickt, der vor allem die organisch bedingten Schwindelanfälle sowie die Einschränkung des Hörvermögens berücksichtigt (siehe Tab.1).

In Stadium 1 und 2 werden kurzfristig Diuretika und langfristig Betahistine vorgeschlagen. Diuretika sollen den Endolymphstau vermindern, Betahistine werden vielfach in der Vorstellung eingesetzt, die Durchblutung zu verbessern. Dabei überschreiten die Erfolge - so muss man kritisch anmerken - nicht den Placebo-Effekt. So fehlt auch für die Substanzgruppe der Betahistine bis

heute eine Studie, die in einem dem Krankheitsbild und -verlauf angemessenen Studienaufbau gezeigt hätte, dass beim Menschen die Wirksamkeit des Betahistins über Placebo hinaus besteht (10, 24).

Die Menièresche Krankheit ist durch attackenweise Drehschwindelanfälle gekennzeichnet, die mit einer meist einseitigen Innenohrschwerhörigkeit und Tinnitus einhergehen. Hinzukommen können psychogene Folgeerscheinungen bei wiederholten Schwindelattacken in Form eines sich entwickelnden reaktiv-psychogenen Schwindels, depressiven Verläufen und Angsterkrankungen.

Während sich die Diagnose - insbesondere bei rezidivierenden Anfällen - meist gut sichern lässt, ist die Patientenführung ebenso schwierig wie der oft unvorsehbare Verlauf. Basis der Therapie des sehr wechselhaften Krankheitsbildes ist eine verlässliche therapeutische Arzt-Patienten Beziehung, die begründet sein sollte durch eine über den HNO Befund hinausgehende Kenntnis des Krankheitsbildes und aufbauend auf einem fundierten medizinischen Counseling.

Schlüsselwörter: Morbus Menière - Patientenführung - psychogener Schwindel

In Stadium 2b und 3 kommen weitergehende Eingriffe in Betracht. Solange noch ein Hörvermögen im Sprachbereich vorliegt, werden Eingriffe versucht, bei denen eine Erhaltung des Hörvermögens möglich ist. Chirurgisch wird die Saccotomie als weltweit häufigster Eingriff bei M. Menière in vielfältigen Variationen durchgeführt, in der Hoffnung, den endolymphatischen Sack zu entlasten. Aber auch hier überschreiten die Erfolge nicht den Placeboeffekt, dieser liegt allerdings bei 70 % (26).

Beeinträchtigt in **Stadium 3** der - innenohrbedingte! - Schwindel öfter als zweimal die Woche erheblich die Lebensqualität oder die Arbeitsfähigkeit und ist das Hörvermögen im Sprachbereich ausgefallen, kommen auch destruktive Maßnahmen in Betracht (9, 16). Dazu gehört die transtympanale Gabe des ototoxischen Gentamycin, die auch schon in Stadium 2b durchgeführt wird (9, 14), oder die immer erst als letzte



STADIUM	MASSNAHME	THERAPIEANSATZ
Akute Anfälle	Antiemetika i.v., oral, supp.	Zentrale Dämpfung des innenohr- bedingten Schwindels
	Selbst-Hilfekarte Tüte, Mobiltelefon	Erhöhte Patienten kompetenz bei jederzeit möglichen Anfällen
Stadium I fluktuierendes Hörvermögen, das sich nach dem Schwindelanfall vollständig normalisieren kann	Betahistine	Über eine vermehr- te Durchblutung soll eine Besserung der Symptomatik erreicht werden
Stadium II Schwindel und fluktuierendes Hörvermögen, das sich spontan bessert, aber nicht mehr normalisiert	Saccotomie	Durch die Erweite- rung der oft verengten Verhältnisse am Saccus endo- lymphaticus hofft man auf einen besseren Fluss von Blut und Lymphe, so dass indirekt auch die Resorption der Lymphe verbes- sert wird (Janke 1994)
Stadium III deutliche Hörminderung ohne Fluktuation, weitere Schwindelanfälle	Labyrinthaus- schaltung mit Gentamycin	Überwiegend (funktionelle) peri- phäre Ausschaltung des Vestibularorgans
	Neurektomie zentral/peripher	Durchtrennung der Weiterleitung vom Labyrinth zum Gleichgewichts- zentrum

Tabelle 1: Stadienspezifische Behandlungsstrategien des M. Menière nach Jahnke (9)

Maßnahme erwogene Neurektomie des N. vestibularis. Nachteil bei der Gentamycin-Gabe ist die Gefährdung des Höranteils, bei der Neurektomie der neurochirurgische Eingriff.

Die Subjektivität des Patienten

Für Patienten stellt sich das – definitionsgemäß unvorhersehbare – meist heftige Drehschwindel-Geschehen als ein regelrechtes Herausreißen aus der bis dahin selbstverständlich geglaubten Sicherheit ihres Gleichgewichtssystems dar. Zumindest beim ersten Anfall nicht wissend, was ihnen mit einer allein nicht beherrschbaren Heftigkeit geschieht, erleben sie dabei oft Todesangst und Vernichtungsgefühle. So bricht für viele Patienten mit dem M. Menière „eine Welt“ zusammen. Was bis dahin sicher geglaubt wurde, erweist sich als anfällig und – anders als beim einmaligen Vestibularisausfall – droht sich dies unabsehbar zu wiederholen.

Prosper Menière selbst war es, der 1861 in seiner Schilderung anschaulich die sich kaum verändernden Nöte eines Patienten geschildert hat.

„Ein kräftiger junger Mann wird plötzlich ohne erkennbare Ursache von Schwindel, Übelkeit und Erbrechen befallen; eine unaussprechliche Angst lässt seine Kräfte schwinden; sein Gesicht, blass und in Schweiß gebadet, kündigt eine nahe Ohnmacht an. Oft fühlt sich der Kranke zunächst schwankend und betäubt, stürzt dann zu Boden, ohne sich wieder erheben zu können. Auf dem Rücken liegend, kann er dann nicht die Augen heben, ohne die Dinge im Raum umherschwirren zu sehen, die kleinste, dem Kopf mitgeteilte Bewegung vermehrt Schwindel und Übelkeit Wie man alsdann beobachten kann, ist sein Gesicht blass, es droht eine Ohnmacht, der Körper bedeckt sich mit kaltem Schweiß und alles deutet auf eine tiefe Angst hin“ (15).

Martin Luther sah 1530 in seiner – noch nicht so erkannten und benennbaren Menièreschen Erkrankung das Wirken Satans: „Ich dacht, es sei der schwarze zotticht Geselle aus der Hölle gewest, der mich in seinem Reich auf Erden wohl

nicht leiden mag.“ ... „Niemand glaubt mir, wie viel Qual mir der Schwindel, das Klingeln und Sausen der Ohren verursacht. Ich wage nicht, eine Stunde ununterbrochen zu lesen, auch nicht etwas klar zu durchdenken oder zu betrachten, sogleich ist nämlich das Klingeln da, und ich sinke der Länge nach hin“ (4).

„Bei meinen großen Anfällen – so ein Patient – drehte sich – aus Alpträumen erwachend – das ganze Zimmer um mich herum, ich musste erbrechen und wäre am liebsten aus einem der vielen Fenster, die sich da um mich drehten, herausgesprungen, wenn ich nur die paar Meter vom Bett aus dahingekommen wäre und dann auch noch gewusst hätte, welches der sich drehenden Fenster das richtige war. Oft genug habe ich mir gewünscht, Bewusstlosigkeit wäre eingetreten.“

Der reaktiv psychogene Schwindel

Beim wiederholten Schwindel-Geschehen sich seiner selbst nicht mehr sicher, ohne festen Stand, besteht die Gefahr, aus der Bahn geworfen zu werden. Das hat Auswirkungen auf das Zusammenleben mit dem Partner und dem Freundes- und Bekanntenkreis (18) und auf viele sonst selbstverständliche Dinge des Alltags. Dazu kommt der Verlust der Fahr- und oft auch der Berufssicherheit (6, 13).

Die Wirkung auf die Außenwelt ist oft zweigespalten unrealistisch und für die Betroffenen meist wenig hilfreich: Im Anfall hingegen glauben Außenstehende eher, einen Alkoholkranken denn einen ernsthaften Notfall vor sich zu haben. In der anfallsfreien Zeit erscheinen die Betroffenen zu gesund, als dass die Schwere der Belastung ernst genommen werden kann. Häufige Folgen sind Angst- und Depressionserkrankungen, die allein schon reaktiv Schwindelgefühle aufrechterhalten oder selbst hervorbringen können.

Über die reinen Anfälle hinaus kann sich dann ein "ständiges" Schwindelgefühl in Form eines meist reaktiven "psychogenen Schwindels" bemerkbar machen (20). Was für den Experten oft schnell als (meist klassischer) Konditionierungs-Vorgang

erkannt werden kann, bleibt für die Betroffenen meist unverstanden, angstverstärkend und somatisch erlebt. So sind es in aller Regel die beim organisch bedingten Schwindel erlebten *vegetativen Begleitreaktionen* und die oft heftigen Gefühle von Unsicherheit, Angst und Panik, die als Modell der nachfolgenden Symptombildung dienen (3).

Das Phänomen der Reizgeneralisierung stellt einen weiteren Mechanismus dar, der für die Ausweitung psychophysiologischer Störungen in Frage kommt und sich selbst dann verfestigen kann, wenn das Gleichgewichtsorgan durch die Erkrankung selbst oder durch therapeutische Ausschaltung seine Funktion längst verloren hat.

Die Patienten schildern dies wie folgt: Man sei taumelig, nicht standfest, wackelig, aneckend, wirr im Kopf, hätte ein dröhnendes Gefühl und Angst, oft sehr viel Angst. Ganze Tage seien nun „Menière-Tage“.

Dem Untersucher fällt aber auf, dass dabei der für die innenohrbedingte Menière-Attacke typische Nystagmus sowie Auffälligkeiten in der Vestibularisprüfung fehlen.

Differentialdiagnostisch gilt dabei grob, dass jeder Dauerschwindel ohne Nachweis einer Gangstörung oder Hirnnervenbeeinträchtigung *am ehesten* psychisch zu erklären ist, da nahezu alle organisch bedingten Schädigungen mit Schwindel meist nach wenigen Wochen kompensiert werden. Je vielfältiger und diffuser die Beschwerden erlebt und geschildert werden, desto eher liegt ein psychogener Schwindel vor. Voraussetzung ist, dass – zumindest mit der Frenzel-Brille – kein pathologischer Nystagmus festgestellt werden kann.

Insgesamt hängt das Ausmaß und die Art des Krankheitserlebens nicht nur von der Anzahl und Dauer der Menière-Attacken ab, sondern wesentlich auch von den Bewältigungsmöglichkeiten der Betroffenen.



So gibt es:

- Menière-Kranke, die einen Anfall gut kompensieren können und wieder schnell auf die Beine kommen,
- Menière-Kranke, die noch lange danach verzweifelt sind und das Ereignis depressiv nacherleben;
- Menière-Kranke, die angstbesetzt dem nächsten Anfall entgegenbangen, und bei denen die psychogene Angst- und Schwindelkomponente zum entscheiden den Anteil der Menière-Erkrankung wird.

Wir untersuchten 96 Menière-Patienten, die sich stationär in unsere Behandlung begaben (20). Bei 57 Patienten (59 %) fanden sich reaktiv psychogene Schwindelanteile. Diese Patienten litten mehr, länger und schwerwiegender unter dem psychogenen Schwindel als unter den – relativ seltenen – innenohrbedingten Drehschwindelattacken.

Die Interaktion mit dem Arzt

Kann der Arzt keine sichere Vorstellung von dem, was auf ihn zukommt entwickeln, droht ihm, mit dem Patienten selbst zumindest unsicher zu bleiben. Leider bleiben beim M. Menière immer noch entscheidende Aspekte unklar, was das japanische Gesundheitsministerium 1974 veranlasste, den M. Menière auf die Liste der insgesamt 43 schwer behandelbaren Krankheiten zu setzen, deren Ursprung unklar und deren Behandlung nicht etabliert ist. Obwohl daraus ein großer Forschungsauftrag erwuchs (11), konnte es dennoch nicht gelingen, kurative Ansätze und prognostische Gewissheit zu finden. Weiter kann sich beim M. Menière der organische „klare“ Schwindel mit psychogenen Schwindelformen – oft schwer unterscheidbar – vermischen. Dann sind sich auch Ärzte nur selten sicher und können sich manchmal sogar „beschwindelt“ fühlen.

Dies löst verständlicherweise beim Behandler Abwehr und viele verschiedene, oft ambivalente Gefühle von Beschützerimpulsen über

Unsicherheit und Hilflosigkeit bis hin zu aggressiven Impulse aus, die zwar der eigenen Stabilität, nicht unbedingt aber der des Patienten dienen.

Gleichzeitig spüren die Behandler die Erwartungshaltung und den Druck der Patienten, auf jeden Fall „etwas“ zu tun. Dies beinhaltet auf der Beziehungsebene auch einen – meist unausgesprochenen – Appell des Patienten an den Therapeuten, ihn zu halten und ihm die fehlende Sicherheit zu geben, die er in seinem Schwindelerleben nicht haben kann. Dieser Druck kann so groß empfunden werden, dass der Arzt versucht, trotzdem mit seinen Mitteln zu helfen, um nichts ungetan zu lassen, obwohl im eigenen Fachgebiet nichts gefunden werden konnte und die Mittel seines Fachgebietes auch nicht die geeigneten sind. Nicht immer abgesehen wird dabei, dass eine enttäuschte Hoffnung auch eine ernsthafte Nebenwirkung sein kann.

Manchmal wäre ein „neurologischer“ Blickwinkel wünschenswert, aus dem das Schwindel-Geschehen im Vergleich zu den zentralen Schwindelformen

- als „peripher“ angesehen werden darf,
 - als „intermittierend“ gilt
 - und bei dem das Hörvermögen und der Tinnitus nicht ins Fachgebiet fallen.
- Unterdessen bleibt die Unsicherheit und Angst des Patienten vom letzten Anfall und vor allen Dingen vor dem nächsten Mal, was nicht selten auch den Behandler ergreift, der weiß, dass seine „konservativen Maßnahmen“ nicht wirklich ursächlich „greifen können“. Dies könnte auch erklären, wieso eine Medikamentengruppe ohne wirklichen Wirknachweis wie die Betahistine und eine Operationsform ohne Behandlungsrational wie die Saccotomie dennoch immer wieder eingesetzt werden.. So sind viele Behandler froh, dass sie dem verzweifelten Patienten mit so viel – meist „plakativer“ Sicherheit im Rücken („bei Schwindel ... unser Betahistin-Präparat) ein Medikament in die Hand drücken können, das zumindest keine ernsthaften organischen Schäden zu zeigen scheint. Das ist verständlich, aber nicht rational und zudem teuer (7).

Gute neurootologisches Beratung als die Basis

Anders als zu Zeiten Menières und Luthers ist es heute meistens möglich, bei klarer Diagnose den akuten Drehschwindel-Anfall mit Antiemetika symptomatisch zu coupieren.



Abbildung „Durchbruch“ aus Buch M. Menière von H. Schaaf

Auf der Grundlage einer guten Aufklärung können – dazu geeignete – Patienten schon prophylaktisch soweit vorbereitet werden, dass sie sich selbst effektiv auf einen „jederzeit“ möglichen Anfall vorbereiten können. Antiemetika als Suppositorien sind meist genauso schnell wirksam, wie ein Notarzt eintreffen kann. Bei nicht-suchtgefährdeten Patienten kann man etwa Tavor expidet als sublingual schnell resorbierbares und hochwirksames Diazepam für den Bedarfsfall verordnen. Dies ist aber kontraindiziert, wenn Patienten „unaufgeklärt“ oder unfähig sind, zwischen Angst und M. Menière zu unterscheiden und das Medikament schon bei einem Anflug von Schwindel nehmen.

So ist es für die Medikation und den weiteren therapeutischen Verlauf wichtig, dass die Betroffenen lernen, wie sich der psychogene Schwindel von einem Innenohr bedingten Schwindel, aber auch von anderen hinzugekommenen Schwindelformen (etwa kardial bedingte Schwindelformen, Lage-rungsschwindel etc.) unterscheidet. Dazu kann als Anleitung vermittelt werden, sich vor dem Schwindelereignis einen sicher unverrückbaren Punkt (Türrahmen) auszusuchen. Dann können die Betroffenen überprüfen, ob sich – wie beim Innenohr bedingten Anfall – die Welt um einen herum bewegt, oder – wie beim psychogenen Schwindel – sich der Gegenstand mit dem Blick „festhalten“ lässt (19).

Ein weiteres selbständig durchführbares Unterscheidungskriterium ist die Aufforderung, bei Schwindel aufzustehen, fest aufzustampfen und zu überprüfen, ob sich mit Geh- und Treversuchen Standfestigkeit erlangen lässt und ob dabei gar der Schwindel im Kopf nachlässt.

Damit kann auch ganz praktisch der sich meist unbewusst vollziehenden psychogenen Ausweitung des Schwindelerlebens entgegengewirkt werden.

Bei der psychogenen Komponente zeigt schon die Aufklärung über das mögliche Wirkgeschehen, auch hinsichtlich der Konditionierungsvorgänge und der Reizgeneralisierung, angstreduzierende Effekte. Ungünstig und demotivierend wären hingegen verbal oder nonverbal (!) vermittelte Botschaften wie: „Stellen Sie sich nicht so an!“.

Etablierte Therapien – organisch und psychosomatisch

Wenn der organisch bedingte Schwindel das Leben und die Berufsfähigkeit relevant in Frage stellt, kann dieser meist definitiv ausgeschaltet werden. Der Preis dafür ist hoch und kann der (vorzeitige iatrogene) Verlust des Hörvermögens sein. Dabei hängt die Entscheidung z.B. für eine Behandlung mit intratympanalen Gentamycin-gaben mit (zumindest) der Gefährdung der Labyrinthfunktion oder gar der definitiven Ausschaltung des Innenohres von vielen, jeweils



abzuwägenden Faktoren ab (2). So wird man einem Patienten mit de facto Taubheit und vielen Schwindelanfällen eher ein „definitives“ Vorgehen vorschlagen als bei noch so heftigen Schwindelanfällen bei einem guten Gehör, selbst wenn man der Hoffnung Langes (14) glauben mag, dass sich die Ototoxizität des Gentamycin bei korrekter Applikation nicht auf die cochleäre Funktion auswirken soll. Soll oder muss die Erwerbsfähigkeit erhalten bleiben, ist der Druck für eine sichere, aber innenohrgefährdende Lösung höher als bei Patienten, die schon im Ruhestand sind und glauben, ihre Anfälle verkraften zu können.

Wenig – oder möglicherweise gar nicht - beeinflussbar ist der meist voranschreitende Hörverlust. Eine einseitige Schwerhörigkeit kann zwar meist „alltagstauglich“ kompensiert werden, führt aber in der Regel zum Verlust des Richtungshörens. Hier können apparative Hilfen vom – auf den Tieftonverlust eingestellten – Hörgerät (8) über eine CROS-Versorgung bis ggf. zum Cochlear implant bei dem sehr seltenen beidseitigen Verlauf mit Taubheit deutliche Besserungen erbringen.

Behandelt werden kann das Leiden an dem für Schwindelpatienten meist nicht so quälend empfundenen Tinnitus (12, 23).

Therapierbar sind auch Angst- und Depressionsentwicklungen, ebenso wie der reaktiv psychogene Schwindel. Hier sollten verantwortlich Psychotherapeuten hinzugezogen werden, die bei diesem Krankheitsbild auf die Unterstützung des HNO-Arztes bauen (22). Antidepressiva können zusätzlich durchaus sinnvoll sein (25). Diese sollten vom ärztlichen Psychotherapeuten oder Psychiater auf die spezielle Situation angepasst werden. Wegen ihres Suchtpotentials muss – abgesehen von der Notfallbehandlung – von Sedativa und Tranquilizern dringend abgeraten werden.

So ist in allen Stadien des M. Menière – schon 1991 von Paparella (17) nachdrücklich ausgeführt – eine verlässliche und sichere Begleitung in



Dr. med. Helmut Schaaf, geb. 1957 in Bardenberg bei Aachen Facharzt für Anästhesie, Psychotherapie. Er studierte Medizin und arbeitete als Anästhesist in Köln, bevor er

selber im Rahmen einer Menièreschen Erkrankung u.a. selbst Tinnitus und Schwindel als Patient kennen lernte und so aus seinem ursprünglichen Beruf ausscheiden musste. Seit 1994 arbeitet er als leitender Oberarzt in der Tinnitus-Klinik Arolsen und hat inzwischen mehrere Bücher und wissenschaftliche Beiträge zu Tinnitus, Hyperakusis, Gleichgewicht und Schwindel und M. Menière geschrieben.

Schaaf, H., Hesse, G (2004):
Tinnitus. Leiden und Chance.
2. vollst überarb. Auf. München, Wien.
Profil – Verlag. 120 S. 15 EUR

Schaaf, H. (2004):
Morbus Menière.
Ein psychosomatischer orientierter Leitfaden.
4. Auflage, Heidelberg, Springer: 222. S.,
29,95 EUR

Schaaf, H (2006): **Psychotherapie bei Schwindelerkrankungen.**
Asanger 123.S, 19,5 EUR

Schaaf, H. (2004):
Gleichgewicht und Schwindel der Seele.
2. Auflage, Titelvild. J. Holtmann. München,
Wien, Profil, S. 92. 15 EUR

Schaaf, H.; Nelting, M. (2003):
Wenn Geräusche zur Qual werden.
TRIAS. Stuttgart. S. 104

Schaaf H.; Holtmann, H. (2002):
Psychotherapie bei Tinnitus.
Schattauer. S. 141

Schaaf (2006) Psychotherapie bei
Schwindelerkrankungen.
Asanger. 135 S.

Medizinische Publikationen s. auch:
<http://www.drhschaaf.de/hslit.html>

diesem schwindelerregenden Krankheitsbild wichtig, um den jeweils richtigen Schritt einschätzen und durchführen zu können.

Aus der inzwischen über 10-jährigen überwiegend psychosomatisch bestimmten Erfahrung der stationären Behandlung und dem oben Ausgeführten erscheint ein offener Umgang mit dem M. Menière-Patienten günstiger als ein sorgenvolles Nichtansprechen. Der M. Menière ist keine Todes- oder Vernichtungs-Diagnose, sondern trotz allen – meist einseitigen – Funktionsausfällen gutartig und ist keine Krankheit des Zentralnervensystems wie etwa ein „Schlaganfall“.

Günstig hingegen ist meist die Einbeziehung der Selbsthilfegruppen, zu denen über die Deutsche Tinnitus-Liga (www.tinnitus-liga.de) und die K.I.M.M. (www.kimm-ev.de) Kontakt aufgenommen werden kann.

Was kann dem HNO Arzt helfen?

Für eine sichere Haltung ist ein Grundverständnis psychischer Wirkmechanismen und deren Reflexion nützlich. Hilfreich für Ärzte können dabei sog. Balintgruppen sein, in denen fallzentriert auch die eigene emotionale Komponente der Begegnung mit den Patienten gespiegelt werden. Über ein darin geübtes psychosomatisches Verständnis wird



Ungünstig und glücklicherweise auch unberechtigt ist, bei rein cochleären Endolymphschwankungen ohne Schwindel einen „beginnenden“ M. Menière zu vermuten (21, 28). Sonst besteht die Gefahr, dass (zu) viele dieser Patienten aus der Angst heraus und in Erwartung eines Menièreschen Geschehens einen psychogenen Schwindel entwickeln.

es dann auch möglich, sich selbst nicht „beschwindelt“ zu fühlen, wenn der Patient den – für Außenstehende offensichtlichen – Sachverhalt noch nicht verstehen oder gar umsetzen kann.

Eine stationäre psychosomatische Mit- oder Weiterbehandlung kann helfen, wenn die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind.



Dies kann insbesondere bei bedeutenden psychogenen Anteilen, depressiven Entwicklungen und Angsterkrankungen der Fall sein.

Fazit für die Praxis

Der Umgang mit Morbus Menière – Patienten stellt für den HNO-Arzt nach wie vor eine Herausforderung dar. Günstig bei dieser wiederholt anfallsartigen Schwindelerkrankung ist eine verlässliche Begleitung und Betreuung des Patienten, insbesondere zur Prophylaxe des sich oft reaktiv einstellenden psychogenen Schwindels. Der HNO-Arzt ist der erste Ansprechpartner, der den organischen Anteil der Erkrankung sicher beurteilen kann. Bei den Therapievorschlügen müssen zu den HNO-Befunden sowohl die Patientenstruktur wie die Sozial- und Arbeitsbedingungen des Patienten berücksichtigt werden.

Literatur:

1. Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Audiologen und Neurootologen (ADANO) Leitlinie Tinnitus: <http://www.hno.org/leitl.htm>
2. Arnold, W. (2001) Die Qual der Wahl bei der Behandlung des Morbus Menière. HNO 49 3 163-165
3. Eckhardt-Henn A; Breuer P; Thomalske C; Hoffmann SO; Hopf HC (2003) Anxiety disorders and other psychiatric subgroups in patients complaining of dizziness J Anxiety Disord; 17(4):369-88
4. Feldmann H, Lennarz H, Wedel, H von (1998) 2. Aufl. Tinnitus. Stuttgart, Thieme S. 28
5. Hallpike CS, Cairns H (1938) Observations on the pathology of Menière's Syndrom. Laryngo-Rhino-Otol; 53: 625-655
6. Hamann, K.-F (2002) Fahrtüchtigkeit bei vestibulären Läsionen. HNO 50: 1086 – 1088
7. Hesse, G., Rienhoff, N. K. (1999) Medikamentenkosten bei Patienten mit chronischem Tinnitus. HNO 47: 658-660.
8. Hesse, G., Schaaf, H., Kolbe, U., Brehmer, D., Andres, R. (2000) Prescription of hearing aids for Menière patients. In: Sterkers, O; Ferrary, E.; Daumann, R.; Sauvage, J.P.; Tran Ba Huy, R: (eds): Menière's disease 1999 - update. Kugler Publications, The Hague. 681-683
9. Jahnke K (1994) Stadiengerechte Therapie der Menièreschen Krankheit. Dtsch Arztebl; 91: A 428-434.

10. James, Al; Burton M.J. (2001) Betahistine for Menière's disease syndrome. Cochrane Database Syst Rev.; CD001873
11. Kitahara, M (ed) (1990) Menière's disease. Heidelberg, Springer
12. Kolbe, U (2000) Analyse zu Kardinalsymptomen im Langzeitverlauf des Morbus Menière. Vertigo, Schwerhörigkeit, Tinnitus. Dissertationsschrift der Universität Herdecke 2000
13. Kratzsch, V., Schaaf, H (2004) Fahrtauglichkeit bei Morbus Menière. Die Problematik für Arzt und Patient. Tinnitus Forum 3- 2004. S. 46 – 60
14. Lange, G., Mann, W., Maurer, J (2004) Intratympanale Intervalltherapie des Morbus Menière mit Gentamicin unter Erhalt der Cochleafunktion, HNO 52: S. 898-902
15. Menière P (1861) Mémoire sur les lésions de l'oreille interne donnant lieu à des symptômes de congestion cérébrale apoplectiforme. Gaz Méd Paris 186, Sér. 3, 16: 597-601.
16. Morgenstern, C: Morbus Menière. In: Naumann HH (Hg) (1994) Oto-Rhino-Laryngologie in Klinik und Praxis, Bd. 1: Ohr. Stuttgart: Thieme; 768-775.
17. Paparella, MM (1991) Methods of diagnosis and treatment of Menière's disease. In: Huang TS (ed.) Menière's disease. Oto-Laryngol Suppl 485, Stockholm 108-119
18. Praetorius, Ch (1997) Krankheitserleben und Bewältigungsformen bei Morbus Menière-Patienten. 2. Aufl. Neuthor Michelstadt S 121
19. Schaaf, H (2004) M. Menière. Ein psychosomatisch orientierter Leitfaden. (4. Aufl.). Heidelberg: Springer; S. 222.
20. Schaaf, H, Holtmann H, Hesse G, Kolbe U, Brehmer D (1999) Der (reaktive) psychogene Schwindel – eine wichtige Teilkomponente bei wiederholten M. Menière-Anfällen. HNO; 47: 924-932.
21. Schaaf, H, Seling, B., Rienhoff, N.K. , Laubert, A., Nelting, M., Hesse G. (2001): Sind rezidivierende Tiefton - Hörverluste ohne Schwindel – die Vorstufe eines M. Menière? HNO 49: S. 543 – 547 www.drhschaaf.de/HNOendo.htm
- Morbidität. In Biesinger, E. (2005) HNO-Praxis heute, Band 25; Schwerpunktthema: „Tinnitus im ambulanten Bereich“ – Im Druck
26. Thomsen J, Bretlau P, Tos M, Johnson NJ (1981) Placebo effect in the surgery of Menière's disease – a double blind, placebo-controlled study on endolymphatic sac surgery. Arch Oto-laryngol 107: 271-277
27. Yamakawa, K (1938) Über pathologische Veränderungen bei einem Menière Kranken. J Otolaryngl Soc Jap; 4: 2310-2312.
28. Yamasoba, T., Kikuchi, S., Sugaswa, M., Yagi, M., Harada, T (1994) Acute Low-Tone Sensorineural hearing loss without vertigo. Ach Otololaryngol head Neck Surg 120 S. 532-535

Stoll W., Most E., Tegenthoff M.

Schwindel und Gleichgewichtsstörungen

Diagnostik, Klinik, Begutachtung

4. Auflage

Verlag Thieme

ISBN 3-13-663204-4

69,95 EUR

Ein Buch - eher für Fachpersonal, weniger für Laien geschrieben - behandelt Schwindel und Gleichgewichtsstörungen. Auch über Morbus Menière wird ausführlich berichtet, seinen Symptomatikkomplex, die Verlaufsformen und die Diagnose. Beschrieben werden die Grade der Behinderung, wobei Schwindelbeschwerden, Tinnitus und Hörvermögen getrennt bewertet werden. Angesprochen wird auch die Berufstauglichkeit.

Hamann K.-F.

Schwindel

150 Fragen und Antworten

2. Auflage 2005

Verlag Zuckschwerdt

ISBN 3-88603-876-9

13,80 EUR

Diese handliche Broschüre im Taschenformat hat auf 150 Fragen entsprechende Antworten, davon über 20 speziell zu Morbus Menière. Inhalte: Fragen zum Ohr und dem Funktionsverlust des Gleichgewichtsorgans, zum Lagerungsschwindel, zu den Tumoren im Gleichgewichtsorgan bis hin zu Medikamenten und Genussmitteln. Aber auch psychosoziale Fragen werden angesprochen. Zum Schluss enthält es noch Trainingsanleitungen gegen Schwindelattacken.

Hesse G., Schaaf H.

Schwerhörigkeit und Tinnitus

2. Auflage

Profil Verlag

ISBN 3-89019-596-2

12,80 EUR

„Wanderer zwischen zwei Welten“ werden in diesem Büchlein schwerhörige Menschen bezeichnet. Auf

der einen Seite gehören Schwerhörige nicht zu den Gehörlosen, die zum Teil eine eigene Welt aufgebaut haben, zum anderen gehören sie aber auch nicht mehr zu der Welt der gut Hörenden. In einem Kapitel beschreibt Dr. Schaaf die Schwierigkeiten der Hörgeräteversorgung bei Morbus-Menièrè-Patienten.

Schaaf H.:

Gleichgewicht und Schwindel der Seele

3. Auflage

Profil Verlag 2005

ISBN 3-89019-571-7

15,00 EUR

Nichts scheint selbstverständlicher zu sein als ein funktionierendes Gleichgewicht. Um so erschreckender wird sein Schwinden erlebt. Die Zusammenhänge zwischen Körper und Seele werden in diesem Buch angesprochen und zugleich zum Nachdenken an das eigene Krankheitsgeschehen angeregt.

Schaaf H., Hesse G.:

Endolymphschwankungen im Ohr (Gehör) und Gleichgewichtsorgan

Profil Verlag

ISBN 3-89019-570-9

12,80 EUR

In diesem Heft wird versucht die Krankheitsbilder der Endolymphen im Ohr und des Gleichgewichtsorgans zu beleuchten. Dabei werden sowohl medizinische wie auch psychosomatische Aspekte vorgestellt.

Schaaf H., Hesse G.:

**Tinnitus
Leiden und Chance**

2. Auflage

Profil Verlag

ISBN 3-89019-582-2

15,00 EUR

Viele Menschen leiden unter Tinnitus. Teilweise mit Schlaflosigkeit, Nervosität, Konzentrationsstörungen und depressiven Verstimmungen. In diesem Buch wird nach möglichen Ursachen des Tinnitus gesucht und Mut und Zuversicht bei der Bewältigung des Leidens gemacht.

Gramer A.:

**Tinnitus: Wirksame Selbsthilfe durch
Musiktherapie**

Mit 2 CD's

Verlag Trias

ISBN 3-8304-3007-8

22,95 EUR

In einem drei-Wochen-Basis Programm werden Bausteine vorgeschlagen, damit Sie sich in das tinnituszentrierte Musiktraining einfühlen können. Die Innenohr-Gymnastik verbessert Ihre subjektive Hörwahrnehmung.

Michel O., Rogowski M., Hesse G.:

**Medikamentöse Behandlung von Tinnitus und
Schwerhörigkeit
Grenzen und Perspektiven**

Profil Verlag

ISBN 3-89019-518-0

12,80 EUR

Bei akutem Auftreten eines Ohrgeräusches wird in Deutschland - wie bei einem Hörsturz- eine medikamentöse Therapie versucht, die im wesentlichen die Durchblutung des Innenohres verbessern soll. So wird berichtet über die medikamentösen Behandlungsansätze und über neue diesbezügliche Studien. Zur Sprache kommen auch psychosomatische und hörtherapeutische Therapiemöglichkeiten.

van den Berg F.:

Angewandte Physiologie

5. Komplementäre Therapien verstehen und integrieren

Verlag Thieme

ISBN 3-13-131121-5

74,95 EUR

Der Markt für medizinische Therapien zur Ergänzung oder Alternative zur schulmedizinischen Behandlung ist unübersichtlich. Das vorliegende Buch kann bei der Orientierung hilfreich sein. Das Buch bietet Informationen über Naturheilkunde, traditionelle chinesische Medizin, Shiatsu und Akupressur, Reflextherapien und auch über manuelle Therapie oder Osteopathie.

Tönnies S., Dickerhof K.:

Schwerhörigkeit, Tinnitus, Schwindel

Verlag Asanger

ISBN 3-89334-410-1

15,00 EUR

Betroffene mit den verschiedensten Formen von Hörschädigungen berichten in diesem Sammelband über ihr Leben mit der chronischen Beeinträchtigung.

Schlund G.:

PatientenRecht

Ein Lexikon in Urteilen

Verlag pmi

ISBN 3-89786-047-3

19,80 EUR

Dieses Lexikon in Urteilen enthält fast 500 Stichworte, die von „Absetzbarkeit“ bis hin zu „Zahnersatz“ reichen. Über 700 Gerichtsurteile aller Instanzen sind enthalten.

Bücher-Tipps für die besinnliche Zeit

BÜCHER

Sachbücher

Fiona Bollag

Das Mädchen, das aus der Stille kam

Ehrenwirth, 18,-- EUR

Die Geschichte eines Mädchens, das nichts hört. Eigentlich. Fiona kam taub zur Welt. Dann bekam die 22jährige ein neu entwickeltes Implantat eingesetzt – plötzlich lebt sie in einer ganz anderen Welt. Ihr Buch erzählt die Geschichte einer jungen, lebenslustigen Frau, die mit ihrem Lebensweg zeigt, dass Hören ein Geschenk ist – aber auch, dass die Jahre der Stille ein Geschenk waren. Denn damals wurde sie stark, um die Welt nun auch mit allen Sinnen zu erobern. Fiona möchte allen Menschen, die unter einem Handicap leiden, eine positive Botschaft mit auf den Weg geben.

Romane und Erzählungen

Petra Durst-Benning

Das gläserne Paradies

Ullstein, 480 S. 22,-- EUR

Lauscha im Thüringer Wald im Jahre 1911: Johann führt schon seit Jahren die Glasbläserei der Familie weiter, die durch die künstlerische Begabung von Marie, ihrer jüngsten Schwester, zu unerwartetem Ruhm gelangt ist. Ihre farbenfrohen, fein erzielten Christaumkugeln werden in der ganzen Welt geschätzt. Doch nun ist das gläserne Paradies in Gefahr, denn eine der wichtigste Glashütten der Gegend soll verkauft werden. Johannes Nichte Wanda, aus Amerika zurückgekehrt, ist fest entschlossen, die Glashütte zu retten...

Fesselnd beschreibt die Autorin ein Panorama der Gründerzeit vor und nah der Wende zum 20. Jahrhundert.

Kathleen McGowan

Das Magdalena Evangelium

Lübbe, 19,95 EUR

Seit 2000 Jahren liegt ein kostbarer Schatz in den zerklüfteten Bergen des Languedoc verborgen: drei Schriftrollen mit den Aufzeichnungen der Maria Magdalena. Die Enthüllungen, die dieses geheime Evangelium verspricht, würden die christliche Welt in ihren Grundfesten erschüttern. Doch nur ein Mensch mit ganz besonderen Gaben ist imstande, diesen Schatz zu heben. Ist eine junge amerikanische Studentin, die sich von der Gestalt der Maria Magdalena angezogen fühlt, die Verheißen?

Christoph Ransmayr

Der fliegende Berg

S. Fischer 19,90,-- EUR

Die Geschichte zweier Brüder, die von der Südwestküste Irlands in den Transhimalaya aufbrechen, um dort wider besseres Wissens, nach dem vermeintlich letzten weißen Fleck der Weltkarte zu suchen. Nur einer der beiden kehrt nach diesem abenteuerlichen Unternehmen lebend aus den Bergen zurück – um sich, verwandelt nach dieser elementaren Grenzerfahrung, am Ende ein zweites Mal auf den Weg zu machen.

Paulo Coelho

Sei wie ein Fluß, der still die Nacht durchströmt

Diogenes, 19,90,-- EUR

Ein Bündel voller Lebensweisheiten steht in diesem spirituellen Wegweiser für Leute, die unterwegs sind – unterwegs zu sich selbst, zur Verwirklichung ihrer Träume und zur Bezwingung ihrer inneren Berge. Ein Stundenbuch, das gewissermaßen ein Minutenbuch ist: Im Zug, auf der Parkbank, zur Teestunde im Advent oder abends vor dem Einschlafen oder wenn man schlaflos daliegt...



Bringen Sie sich in Bewegung!

Gezielte Bewegungsübungen der Wirbelsäule und ein Kräftigungs- und Dehnungsprogramm der benachbarten Muskeln bieten die beste Chance, Haltungsschäden vorzubeugen. Beweglichkeit und Flexibilität des gesamten Bewegungsapparates ist ein zusätzlicher Lohn der kleinen Anstrengungen. Weitere Pluspunkte: Ein gesteigertes allgemeines Wohlbefinden, eine bessere Durchblutung und eine angenehme Anregung des Kreislaufs. Dreimal in der Woche sollten Sie sich Zeit dafür nehmen.

Im Folgenden zeigen wir Ihnen einige Übungen, die wir in der nächsten KIMM-Ausgabe fortsetzen werden.



Die Aufwärmphase

Beginnen Sie zunächst mit Lockerungsübungen oder neudeutsch formuliert mit einem so genannten „Warming Up“.

Wärmen Sie sich einige Minuten mit leichtem Joggen auf der Stelle. Wenn möglich, ziehen Sie dabei die Knie an den Körper ran. Anschließend schwingen Sie die Fersen so weit wie möglich Richtung Gesäß. Wichtig für das gesamte Programm ist eine aufrechte Haltung des Körpers. Recken Sie nach dem „Joggen“ Ihre Arme senkrecht hoch vom Körper weg und lassen Sie sie kreisen. Zunächst in kleinen, dann in immer größer werdenden Bewegungen. Dasselbe Kreisen folgt dann mit dem Kopf.



Zum Schluss der Aufwärmphase strecken Sie die Arme seitlich so weit von sich, wie es geht. Öffnen und schließen Sie Ihre Hände in rhythmischen Bewegungen.



Zum Schluss der Aufwärmphase strecken Sie die Arme seitlich so weit von sich, wie es geht. Öffnen und schließen Sie Ihre Hände in rhythmischen Bewegungen.



Übung 1

Falten Sie Ihre Hände und strecken Sie die Arme mit den Handflächen nach oben durch. Achten Sie darauf, Ihren Rücken so aufrecht wie möglich zu halten!



Übung 2

Beugen Sie Ihren rechten Arm und legen Sie ihn vorne um den Hals. Jetzt drücken Sie ihn mit der anderen Hand am

Ellenbogen so weit wie möglich schräg nach hinten. Dieselbe Übung machen Sie mit dem linken Arm.



Übung 3

Beugen Sie den rechten Arm und legen Sie ihn hinter den Kopf. Jetzt ziehen Sie mit der anderen Hand den gebeugten Arm so weit wie möglich zur Seite in Richtung Schulterblatt hinunter. Dasselbe machen Sie dann mit dem linken Arm.



Übung 4

Stützen Sie den Arm in die Hüfte und fassen Sie Ihren Kopf seitlich etwa in Höhe des Ohrs. Dehnen Sie die Muskeln, indem Sie den Kopf mit Gegendruck zur Seite herunterziehen. Anschließend wechseln Sie die Seite.



Übung 5

Stellen Sie sich mit gespreizten Beinen frontal dicht vor eine Wand. Legen Sie die linke Hand mit seitlich ausgestrecktem Arm flach auf die Wand. Und drehen Sie den Oberkörper soweit wie möglich nach rechts. Dasselbe machen Sie dann mit dem rechten Arm.

(Quelle: Patientenservice von Wyeth-Pharma GmbH, Münster)



Tai Chi verbindet Körper, Geist und Seele

Tai Chi – in China der Gesundheitssport Nr.1 – wird im Westen immer bekannter und beliebter.

Die ineinander fließenden Ganzkörperbewegungen, die in Zeitlupe ausgeführt werden, verbindet auf harmonische Weise Körper, Geist und Seele. Es reguliert die Atmung, stärkt Herz, Kreislauf und Nervensystem und führt rasch zu einer heiter- gelassenen Stimmung, mehr Wohlbefinden, Entspannung und Konzentration. Beim Praktizieren des Tai Chi benutzt man möglichst wenig Kraft sondern konzentriert sich auf die Hebelwirkungen der Knochen und Gelenke durch größtmögliche Entspannung während der Ganzkörperbewegungen. Stress und Anspannung werden durch diese "Gedanken-Kraft" oder "mentale Kraft" abgebaut, der Energiefluss [HYPERLINK "http://www.tai-chi-zentrum.de/qi.htm"](http://www.tai-chi-zentrum.de/qi.htm) Qi wird entwickelt und man wird klarer, was wiederum der allgemeinen Lebensführung dienlich ist.

Tai Chi als "Entspannung in Zeitlupe" ist eine schonende Gesundheitsübung, deren positive Auswirkungen wissenschaftlich immer besser dokumentiert werden.

Allerdings stellen sich tiefer gehende Wirkungen nur ein, wenn die Übungen korrekt ausgeführt und regelmäßig betrieben werden.

Chinesische Ärzte wenden Tai Chi nicht nur zur Entspannung, sondern auch zur Vorbeugung von Haltungsschäden, zur Verbesserung der Beweglichkeit, bei nervösen Störungen, bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bei Asthma, bei Magen-Darm- Problemen und bei Schmerzen in den Kniegelenken.

Tai Chi ist für jeden geeignet, benötigt keine Ausrüstungsgegenstände und nicht allzu viel Platz. Darüber hinaus kann Tai Chi sowohl drinnen als auch draußen praktiziert werden .





Krankheitserleben und Krankheitsbewältigung bei Morbus Menière-Patienten

Schwindel ist nach Kopfschmerz das zweithäufigste von Patienten beim Arzt geklagte Symptom. Schwindel belastet, Schwindel bedingt eine erheblich Einschränkung der freien Lebensentfaltung. Schwindel ist diagnostisch unspezifisch und daher nur schwer einer bestimmten behandelbaren Krankheit zuzuordnen. Schwindel-Patienten müssen oft gegen das Vorurteil der Unglaubwürdigkeit oder Dramatisierung ihrer Beschwerden ankämpfen, besonders dann, wenn die Suche nach organischen Auslösern ergebnislos geblieben ist.

Schwindel als Symptom ist diagnostisch nicht eindeutig und selten von vornherein einem bestimmten ärztlichen Fachgebiet zuzuordnen. Die Koordination der ärztlichen Spezialisten, die mit Schwindel-Kranken zu tun haben – das sind insbesondere HNO- und Augenärzte, Internisten, Neurologen, und Psychiater – ist unbefriedigend. Frustrane Irrwege der Patienten, an deren Ende Erfolglosigkeit aller Bemühungen steht, sind keine Seltenheit.

Vor diesem Hintergrund ist es unser Bestreben, das Krankheitserleben und die Krankheitsbewältigung bei Menière – und anderen Schwindel-Kranken in einem Beitrag für Interessierte und Betroffene zusammenzufassen.

Die Menière'sche Krankheit

Am 8. Januar 1861 hielt der Taubstummenarzt Prosper Menière vor der Kaiserlichen Medizinischen Akademie in Paris einen Vortrag, bei dem er folgende Krankengeschichte vortrug:

„Ein kräftiger junger Mann wird plötzlich ohne erkennbaren Grund von Schwindel, Übelkeit und Erbrechen befallen. Eine unaussprechliche Angst lässt seine Kräfte schwinden. Sein Gesicht, blass und in Schweiß gebadet, kündigt eine nahende Ohnmacht an. Oft sogar fühlt sich der Kranke zunächst schwankend und betäub und stürzt dann zu Boden, ohne sich wieder erheben zu können. Auf dem Rücken liegend kann er dann nicht die Augen öffnen, ohne die Dinge in seiner Umgebung im Raum umherwirbeln zu sehen. Die kleinste dem Kopf mitgeteilte Bewegung vermehrt Schwindel und Übelkeit. Das Brechen tritt erneut auf, sobald der Kranke versucht, seine Lage zu ändern. Der Patient konnte weder plötzlich den Kopf heben, noch sich nach links oder rechts drehen, ohne da Gleichgewicht zu verlieren. Sein Gang wurde unsi-

cher, er neigte sich, ohne es zu wollen, nach einer Seite. Der Boden schien ihm uneben, er stieß sich an dem kleinsten Hindernis. Die beiden Beine waren nicht mehr gleich geschickt, eine Treppe hinauf zu steigen. Ließ sich der Kranke beim Hinlegen plötzlich in eine waagrechte Lage fallen, so geriet alsbald das Bett, nebst allen Dingen der Umgebung in kreisende Bewegung, er glaubte sich auf der Brücke eines Schiffes, von mächtigem Schlingern geschaukelt, und alsbald trat Übelkeit auf, genau wie im Beginn der Seekrankheit. Nahm der Kranke dagegen beim Aufstehen plötzlich senkrechte Haltung ein, so taten sich die dieselben Erscheinungen kund, und wollte er sich in Bewegung setzen, so drehte er um sich selbst und fiel augenblicklich um.

Die Krankheitsphänomene und Symptome, die Prosper Menière da beschrieb, waren der damaligen Medizin nicht bekannt. Man kannte solche in Verbindung mit Ohrgeräuschen auftretenden Schwindelzustände und führte sie auf partielle Blutüberfüllung im Gehirn zurück. Als probate Therapie galt der Aderlass.

Menière war der erste, der eine Verbindung zu pathologischen Veränderungen im Innenohr herstellte, ausgehend von der Beobachtung, dass die Patienten im Laufe der Zeit zunehmend schwerhörig wurden. Auch hatte er bei Autopsien keinerlei Veränderungen an Gehirn und Rückenmark feststellen können.

Phänomenologie, Pathophysiologie und Verlauf der Menière'schen Krankheit

Für die Diagnose der Erkrankung ist die Schilderung des Patienten richtungsweisend. Als typisch gelten folgende Beschwerden: Der Anfall beginnt ohne Voranmeldung mit Drehschwindel, der oft nur Minuten, in seltenen Fällen auch Stunden anhält. Gleichzeitig werden zumeist

„sausende“ Ohrgeräusche wahrgenommen. Das Bewusstsein bleibt klar, der Patient empfindet heftige Übelkeit, Brechreiz, Angst und „Katastrophengefühle“. Mit den ersten Anfällen manifestiert sich ein Hörverlust, der anfangs noch reversibel ist, im späteren Verlauf chronisch wird und in 90 % der Fälle ein Ohr, in 10 % der Fälle beide Ohren betrifft. Während eines Anfalls kann lebhafter horizontaler Spontan-Nystagmus (unwillkürliche schnelle Zuckungen der Augäpfel) beobachtet werden. Die Ausschläge sind dabei gewöhnlich zur (erkrankten) Herdseite hin gerichtet. Man geht heute davon aus, dass die Erkrankung auf einem Flüssigkeitsüberdruck im Innenohr basiert. Dabei kommt es zu elektrophysiologischen und mechanischen Veränderungen der Verhältnisse im Innenohr, durch die Hörverlust, Ohrgeräusche und Gleichgewichtsstörungen (Drehschwindel) hervorgerufen werden. Bezüglich der Entstehung des Überdrucks werden verschiedene Hypothesen diskutiert, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll. Das Haupterkrankungsalter liegt im 4. und 5. Lebensjahrzehnt. Typisch für den Verlauf der Erkrankung ist ihr anfallartiges Auftreten, aber auch die Beobachtung, dass nach einer etwa 5 Jahre dauernden Akutphase mit hoher Anfallsfrequenz eine Spätphase eintritt, die durch seltene Anfälle und großen Hörverlust, bis hin zur Ertaubung, gekennzeichnet ist.

Therapeutische Maßnahmen

Da man keine ausreichenden Kenntnisse über die Ursachen von Morbus Menière besitzt, ist die Therapie der Erkrankung in der Regel symptomatischer Natur. Dabei lassen sich vier verschiedene Therapiestrategien unterscheiden:

Allgemeinmaßnahmen: Damit sind Ruhigstellung und Reizabschirmung, Veränderung der Lebensweise wie Verzicht auf Genussgifte (Alkohol, Nikotin, Koffein), Änderung der Ernährungsgewohnheiten, eventuell auch ein Arbeitsplatzwechsel (keine Arbeit auf Gerüsten oder an gefährlichen Maschinen gemeint).

Medikamentöse Maßnahmen: Die eingesetzten Pharmaka dienen der Durchblutungsförderung, der Sedierung (Beruhigung), der Dehydrierung (Entwässerung), der Labyrinthausschaltung, der Verbesserung des Vitamin- und Hormonhaushalts und der Einleitung antiallergischer Reaktionen.

Chirurgischer Eingriff: Die operativen Methoden sollen den Schwindel beseitigen oder vermindern, sie können aber die Funktion des Gleichgewichtsorgans herabsetzen und einen weiteren Hörverlust bewirken. Zu nennen ist hier die Sakkotomie, eine operative Drainage des Sakkus endolymphaticus zur Druckentlastung des Innenohrs. In diesem Zusammenhang gehört auch die Methode der Ausschaltung des Nervs vestibularis durch Gentamycineinspritzung. Es handelt sich hierbei um risikobelastete Therapiemethoden, unter denen es bei rund einem Drittel der Patienten zu keiner Linderung der Beschwerden kommt. Schließlich kommen apparative Therapiemethoden, als die Anpassung von Hörgeräten und Tinnitusmaskern infrage.

Psychopathologie von Morbus Menière

Bei den genannten Therapiemaßnahmen fällt auf, dass sie sich in erster Linie auf die körperlichen Symptome der Erkrankung beziehen. Sie bewirken keine Heilung, sondern bestenfalls eine Abschwächung einzelner Beschwerden von oft nur vorübergehender Dauer.

Wenn wir uns noch einmal die wesentlichen Krankheitssymptome vergegenwärtigen – plötzlicher Schwindel bei vollem Bewusstsein mit Gangunsicherheit, Hinstürzen, Übelkeit und Erbrechen, dazu quälende Ohrgeräusche und fortschreitender Hörverlust – dann wird deutlich, dass Menière-Kranke auch unter einer schweren psychologischen Belastung leiden und demzufolge auch psychotherapeutischer Hilfe bedürfen. Die Belastungen betreffen fast alle Lebensbereiche. Nach KASCHKE et al. (1990) führt die Krankheit bei jedem zweiten Patienten zu negativen beruflichen Konsequenzen, wie Wechsel in eine weniger belastende Tätigkeit (20 %), Verminderung der regelmäßigen Arbeitszeit (20 %) oder Berentung wegen

Berufs-/Erwerbsunfähigkeit (10 %). In psychischer Hinsicht sprechen die Autoren von einer „neurotisierenden Wirkung“ der Krankheit.

Zu den psychischen Begleit- und Folgestörungen von Morbus Menière zählt der Neurologe POECK (1972) u.a. Reizbarkeit, Misstrauen, ängstlich-hypochondrisches sowie aggressives paranoisches Verhalten. COKER et al. (1989) stellten bei einer Stichprobe von 48 Morbus Menière-Patienten in der aktiven Krankheitsphase bei 80 % der Fälle eine klinisch relevante Depression fest. In der symptom-stummen Phase litt noch immer jeder dritte Patient unter einer depressiven Störung. EAGGER et. al. (1992) fanden bei 60 % der untersuchten Morbus Menière-Patienten mit einer Krankheitsdauer von mehr als 5 Jahren eindeutige psychiatrische Krankheitszeichen. An der Spitze standen Angststörungen (Panikattacken mit phobischen Vermeidungsverhalten) und Depression.

Psychotherapeutische Aufgaben und Wege bei Morbus Menière

Autoren wie HOLLWEG (1989) und GREUEL (1988) gehen von einer überwiegenden bis ausschließlichen Psychogenese der Menière'schen Krankheit aus. Ihre Konzepte können jedoch wenig überzeugen und führen u.E. auf ätiologische und therapeutische Irrwege. Richtig ist, dass ein Krankheitsbild wie Morbus Menière, das Menschen in der Blüte ihrer Vitalität trifft, das Lebensentwürfe zerstört und qualvolle Affekte wie Ängste, Verzweiflung, Wut u.ä. hervorruft, wegen seines enormen Leidensdrucks einer psychotherapeutischen Mitbehandlung bedarf.

Menschen, die an anfallsartige Schwindel leiden, reagieren darauf häufig mit Angst, die sich panikartig verselbständigen kann. Dabei tritt nicht selten der Fall ein, dass neben einem Menière-Leiden eine reaktive Panikstörung steht.

Panikattacken sind etwas qualvolles. Im akuten Zustand empfinden die Patienten Atemnot, Beklemmungsgefühle, Schwindel, Herzrasen, Unwirklichkeits- und Entfremdungsgefühle und vor allem die Angst, die Kontrolle über sich zu verlieren und gleich ohnmächtig zu werden.

Panik- und Schwindelpatienten leiden unter einem Verlust von Vertrauen in ihren Körper. Sie fürchten, im Anblick anderer umfallen oder kollabieren zu können. Sie entwickeln ein sehr kontrolliertes, auf Sicherheit und einen stets möglichen Rückzug bedachtes Verhalten. Situationen, die diesem Sicherheitsbedürfnis entgegen stehen, werden nach Möglichkeit vermieden. Das Vermeiden wiederum stabilisiert die Angst und begünstigt weitere Überreaktionen.

Ein wichtiges Psychotherapieziel bei Menière-, Schwindel- und Panikpatienten betrifft das phobische Vermeidungsverhalten, mit dem ein erheblicher Freiheitsverlust des alltäglichen Verhaltens verbunden ist. Die ständige Furcht vor dem nächsten Anfall begünstigt reaktives Rückzugs- und Fluchtverhalten gegenüber vielfältigen sozialen Lebenssituationen in Beruf und Freizeit. Im Bewusstsein der Patienten spiegeln sich solche „Niederlagen“ durch die Krankheit als Verlust von persönlicher Unabhängigkeit, freier Beweglichkeit und sozialer Kompetenz wieder.

Bei Angststörungen gilt heute die Verhaltenstherapie aufgrund ihrer empirisch nachgewiesenen Kurz- und Langzeiteffekte als „Therapie der Wahl“. Mit Hilfe von Expositions-, Entspannungs- und kognitiven Verfahren ist es meist gut möglich,

- den quälenden und behindernden Cirrus vitiosus von Angst und Vermeidungsverhalten zu unterbrechen,
- dem Patienten praktische Übungen und Wege zur Adaption und Kompensation von Angst, Schwindel, Depression und ähnlichen Symptomen zu vermitteln, und ihn auf diese Weise zu einem aktiven Umgang mit der Krankheit zu bringen.

Die Angst der Schwindel- und Panik-Patienten vor dem nächsten Anfall entsteht im Kopf. Argwöhnisch achten die Patienten auf ihre körperlich-vegetativen Reaktionen. Sie registrierten kleinste Veränderungen des Körpergefühles (z.B. Herzschlag, Atmung) vom Normalzustand und schreiben diesen oft eine unangemessene Bedeutung zu. Ihr gesteigertes Sicherheitsbedürfnis führt



zwangsläufig zu einer Einengung der Bewegungsfreiheit. Um es noch einmal zu präzisieren: Schwindelerscheinungen, wie sie die Menière-Patienten und auch viele Hörgeschädigte oft erleben, sind Risikofaktoren für Panikerleben. Der psychische Traumatisierungseffekt bei Panikattacken ist sehr groß, so dass sich im Gefolge der Schwindelproblematik eine zusätzliche Panikerkrankung etablieren kann.

Krankheitserleben und –Bewältigung bei Morbus Menière Patienten

Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin profitieren in hohem Maße von individuellen Erfahrungen der Patienten im Umgang mit krankheitstypischen Belastungen. Dabei lässt sich der theoretisch sehr weit entwickelte Begriff Bewältigung (coping) praktisch gleichsetzen mit der Bedeutung des lateinischen Wappenspruches „rebus fortior“ („ich will stärker sein als die Umstände“). Bewältigung hat etwas mit Beherrschen und Kontrollieren der Krankheitssymptome zu tun. Die negative Alternative hieße passives Ausgeliefertsein an die Krankheit.

In einer empirischen Studie PRAETORIUS (1993) wurden 24 Patienten mit der Diagnose Morbus Menière mit Hilfe eines teilstrukturierten Interviews zum Verlauf ihrer Erkrankung sowie nach funktionalen und dysfunktionalen Bewältigungsverfahren befragt. Wichtige Ergebnisse in Kurzform waren:

Allgemeines Bewältigungsverhalten:

- Sich Informationen über die Krankheit beschaffen (dient der Reduktion vor Unsicherheit und Angst)
- Angehörige und Partner/Innen über den Krankheitsverlauf informieren
- symptomatische medikamentöse Behandlung
- Verzicht auf Genussgifte
- Überforderung jeder Art abbauen
- Hinlegen bei starkem Schwindel
- Während der Schwindelattacken Haus nicht verlassen
- Gesellschaften mit hohem Lärmpegel nur kurzfristig besuchen

- Einzelkontakte fördern, um Belastungen durch Hintergrundlärm zu reduzieren
- Weiterhin möglichst aktiv bleiben
- Aufbau neuer, krankheitsverträglicher Hobbys
- Kontakt zu anderen Betroffenen suchen
- Sich Ruhe gönnen
- Ggf. Arbeitsplatzwechsel

Tinnituspezifisches Bewältigungsverhalten

- Telefonieren, um Ohrgeräusche zu „überreden“
- Lauter Wecker am Bett
- Musik hören
- Verwendung eines Maskers
- Zimmerspringbrunnen
- Uminterpretation des Tinnitus in Melodie

Schwindelspezifisches Bewältigungsverhalten

- Eimer im Auto gegen Erbrechen mitführen
- Optische Fixierung eines Punktes
- An den Hauswänden gehen, um bei Drehschwindel nicht auf die Strasse geschleudert zu werden
- Bei Bahnfahrten in der Mitte des Bahnsteiges warten
- Augenbewegungen möglichst vermeiden
- Medikament gegen Reisekrankheit oder „Super-Pep-Kaugummi immer bei sich führen, beim Beginn der Symptome einnehmen bzw. kauen
- Krankenausweis mitführen
- Allein das Wissen, diese Hilfsmittel mit sich zu führen, gibt Sicherheitsgefühl und macht mutiger.

Bewältigungsverhalten bei Hörverlust

- Hörgerät tragen
- Frühzeitiges Lernen des Mundablesens
- Lernen der lautsprachbegleitenden Gebärden (LGB)
- Anschluss an Schwerhörigen/ Gehörlosenverein bzw. Selbsthilfegruppe
- Lernen anderer kompensatorischer Techniken im Rahmen von Reha-Maßnahmen
- Benützen von Faxgeräten



- Optische Signalgeber im Haus installieren
- Verstärker für Fernseher und Telefon
- Information der privaten und beruflichen Umwelt über hörbehinderengerechte Kommunikation usw.

Angstbewältigung

Angst ist in den Griff zu bekommen. Der Weg dorthin führt über drei Ebenen, die kurz skizziert werden sollen:

- **Kognitive Ebene der Angstbewältigung:** Wichtig ist, dass man seine Angst zunächst genau beobachtet und darauf achtet, was sie auslöst und wie sie verläuft. Dieses Wissen kann bereits angstmindernd wirken. Parallel dazu ist es wichtig, zu lernen, sich von den angstbesetzten Gedanken und von negativer Selbstbeobachtung zu distanzieren, z.B. durch gezielte Hinlenkung der Gedanken auf neutrale Themen, um nicht in den Sog von Erwartungsangst und Panik zu geraten. Man wird schnell die Erfahrung machen, dass die körperlichen Symptome der Angst gar nicht so unberechenbar sind wie es scheint, dass es sich dabei um ungefährliche Alarmaktionen handelt, die uns z.B. Überforderung signalisieren.
- **Verhaltensebene der Angstbewältigung:** Der entscheidende Punkt bei der Angstbewältigung ist die mutige Konfrontation mit der Angstsituation. Das Reden über die Angst ist therapeutisch wenig effektiv. Wichtiger ist das (in kleinen Schritten zu Üben) Sichaussetzen und Standhalten, das bei der verhaltenstherapeutischen Angstbehandlung eine zentrale Rolle spielt. Nur so kann man erfahren, dass man im Panikanfall weder kollabiert, stirbt die Kontrolle verliert oder verrückt wird, und dass die befürchtete Katastrophe nicht eintritt.
- **Körperliche Ebene der Angstbewältigung:** Alles, was das körperliche Wohlbefinden verbessert, sei es Sport, Ernährung, Entspannungstraining usw., führt zu einer Stabilisierung des vegetativen Nervensystems und damit zu einer Angstreduktion.

Vermutungen zur Primärpersönlichkeit von Morbus Menière-Patienten

Fast alle der von uns untersuchten 24 Patienten beschrieben sich für die Zeit vor Krankheitsbeginn als überaus aktiv, vielfältig engagiert, sehr leistungsorientiert, gewissenhaft und perfektionistisch. In der Vielfalt ihrer privaten und beruflichen Aktivitäten fanden sie persönliche Erfüllung; Möglichkeiten zur Entspannung und Erholung kamen jedoch zu kurz.

Auswirkungen der Erkrankung auf das soziale Umfeld

Die engeren Angehörigen von Morbus-Menièr-Patienten leben oft in einer ständigen Alarmbereitschaft. Ängstlich werden von ihnen unruhige Atemzüge während des Schlafes des Erkrankten registriert. Telefonklingeln bei Abwesenheit der Betroffenen lässt den Partner erschrecken. Sorgenvoll kreisen die Gedanken um den erkrankten Partner bei dessen Abwesenheit. Fast immer kommt es im Krankheitsverlauf zu einer zunehmenden Verengung geselliger Kontakte, der Freundeskreis schrumpft, die Lebensführung verengt sich auf passive Lebensformen. Wenn eine Berentung wegen der Krankheit erfolgt, sind damit oft finanzielle Einbußen und ein Absinken des Lebensstandards verbunden.

Fazit:

Das Bewältigungsverhalten bei Morbus Menière wird in der Anfangsphase der Erkrankung von hoher Ängstlichkeit, Depressivität und generalisierter Hilflosigkeit erschwert. Im weiteren Verlauf können Panikstörung und phobisches Vermeidungsverhalten auftreten. Die Patienten geraten fast immer unter starken seelischen Leidensdruck, der unabhängig neben den Leitsymptomen der Erkrankung - Schwindel, Tinnitus und Schwerhörigkeit - besteht. Es war das Anliegen unseres Beitrages, eine Reihe von Verhaltensweisen zu benennen, die den Betroffenen die Krankheitsbewältigung erleichtern können.

Kinesiologie

Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten bei Tinnitus

Kinesiologie kommt aus dem griechischen Kinesis (Bewegung) und beschäftigt sich im engeren Sinne mit den Muskeln und Bewegungsabläufen. Die Therapie hat sich in Amerika aus der Chiropraktik entwickelt. Neben der körperlichen Ebene beschäftigt sich die Kinesiologie auch mit der seelischen, geistigen und übergeordneten spirituellen Ebene. Ihr Ziel ist es, Bewegung in festgefahrene Emotionen, Denkweisen oder Glaubenssysteme zu bringen, um dem Menschen seine Mitte und seinen Platz im Kosmos finden zu lassen. Egal, wo angesetzt wird – alles hat Wechselwirkungen über die verbindende Meridianenergie (Lebensenergie) auf andere Ebenen. So können unterschiedliche Ansätze letztendlich zum gleichen Ziel führen.



Der kinesiologische Muskeltest ist über die Meridianenergie die Schnittstelle zwischen grobstofflichem und feinstofflichem Körper und stellt die Verbindung zwischen den drei Ebenen des Menschen und der übergeordneten Spiritualität her. Nachdem über die Vortests – die in den verschiedenen kinesiologischen Richtungen ähnlich sind –

ein funktionierender Indikator Muskel (ich arbeite in der Regel mit dem Deltoideus) identifiziert wurde, ist es wichtig, auf der verbalen Ebene die uneingeschränkte Erlaubnis einzuholen. Diese Vortests sind ein entscheidendes Ritual: außer der Funktionsüberprüfung des Muskels dienen sie der Vertrauensbildung gegenüber dem Therapeuten



und dem Kennenlernen dieser neuen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeit. So wird der Patient in das Geschehen involviert und behält durch diese Kontrollmöglichkeit seine Eigenverantwortung.

Der Test

Der Basistestsatz von VEGA eignet sich hervorragend zum Screening. Die Testampullen werden auf dem Haupt-Meridian - dem Zentralgefäß - auf dem Punkt KG 6 plaziert (zwei Querfinger unter dem Bauchnabel.)

Ein abgeschalteter Muskel signalisiert Streß

Tinnitus mit Nacken- und Rückenbeschwerden: Herr C. N., 35 Jahre, kam wegen seines Ohrgeräusches, das ihn ständig quälte. Begonnen hatte es vor fünf Jahren, alle bisherigen Therapieversuche: HWS-einrenken, Massage, Neuraltherapie, Akupunktur, Massage nach Penzel, Infusion, Beruhigungs- und durchblutungsfördernde Mittel hatten nichts gebracht. Alle Untersuchungen, EKG, Röntgen, Laborwerte waren ohne Befund. Jetzt sollte ein Noiser implantiert werden, um das Eigengeräusch durch ein Fremdgeräusch erträglicher zu machen.

Die Körperhaltung des Patienten war eine Schonhaltung, hochgezogene Schultern, Kopf nach unten gesenkt, Rundrücken.

Mit dem Screening-Testsatz ergab sich eine Amalgam-Belastung.

Der Mund war voll mit großflächigen Amalgam-Plomben. Eine Untersuchung mit Elektroakupunktur durch einen Zahnarzt bestätigte das kinesiologische Testergebnis.

Der Patient wurde mit ausgetesteten Medikamenten auf die Amalgamsanierung vorbereitet. Der Zahn, mit dem begonnen werden sollte, wurde ausgetestet. Das entfernte Amalgam brachte er am gleichen Tag in einem Glasröhrchen mit. Das Vorgehen war, über das Klopfen der Anfangs- und Endpunkte der Meridiane in der Reihenfolge der

Chinesischen Organuhr auszuleiten. Zusätzlich wurde eine SI Card (mit Magnetstreifen) durch ein Ausleitungsprogramm der Zahnartzkarte des VEGA-Select-Geräts beschwungen und in der Folgezeit am Körper getragen.

Nach sechs Wochen wurde der linke untere Quadrant ohne vorherige Absprache mit vier Plomben saniert. Durch die toxische Belastung veränderte sich ein chronischer Schnupfen in eine akute und heftige Nasennebenhöhlen-Entzündung, die ihn wieder in die Praxis führte. Es wurden ausleitende Maßnahmen ausgetestet und ergriffen. Der Körper reagierte mit Rücken- und Gelenkbeschwerden und großen entzündlichen Pickeln im Gesicht, auf der Brust und im Rückenbereich. Die Lymphdrüsen im Kopf- und Halsbereich waren vergrößert und äußerst schmerzhaft. Nach zehn Wochen waren die Rückenbeschwerden verschwunden. Der Patient hatte wieder eine straffe Körperhaltung- und der Tinnitus war bis auf kurze Momente verschwunden. Nun war der Patient vorsichtiger und die restliche Sanierung wurde nur nach Austestung vorgenommen. Trotzdem reagierte er nach jeder Ausleitung mit Gelenkbeschwerden. Insgesamt dauerte die Sanierung fast ein Jahr. Heute ist der Patient beschwerdefrei und hat große Fortschritte in seiner persönlichen Entwicklung gemacht.

Diese Fallbeispiel zeigt deutlich – mit dem sicheren Beherrschen des Muskeltests und dem entsprechenden Hintergrundwissen bietet die Kinesiologie eine schnelle und effektive Diagnose- und Therapiemöglichkeit, die von den Patienten dankend aufgenommen wird.

Ingeborg L. Weber, Internationale Kinesiologie Akademie (IKA),
Cunostraße 50-52,
60388 Frankfurt - Bergen
Tel. 06109-723941, Fax. 06109- 723942
E-Mail: info@kinesiologie-akademie.de
info@kinesiologie-akademie.de
Web: www.kinesiologie-akademie.de

Kliniken

Kliniken mit Schwindelambulanzen

Immer wieder erreichen uns Anfragen zur Diagnosestellung bei Morbus Menière. Hier einige Anschriften:

Aachen: Klinik für HNO. UK Aachen, Pauwel Str. 30, 52057 Aachen

Berlin: HNO-Klinik im UKB, Warener Str. 7, 12683 Berlin

Erlangen: HNO Uniklinik, Waldstr. 1, 91054 Erlangen, Abteilung für Gleichgewichtsdagnostik

Freiburg: Uni. Klinikum, HNO, Kilianstr. 5, 79106 Freiburg

Fürth: EuromedClinic, HNO, Europa-Allee 1, 90763 Fürth

Hamburg: Uni. Klinikum Eppendorf, Neurolog. Poliklinik, Martinistr. 52, 20251 Hamburg

Homburg/Saar: Uni. Klinikum des Saarlandes, Kirrberger Str., 66421 Homburg

Köln: Uni. Klinik, HNO, Josef-Stelzmann-Str. 9, 50931 Köln

Mainz: Uni. Klinik, HNO, Langenbeckstr. 1, 55101 Mainz

Münster: Uni. Klinik, HNO, Kardinal-von-Galen-Ring 10, 48149 Münster

München: Klinikum Großhadern, Marchionini-Str. 15, 81377 München

Uni. Klinik rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, 81675 München

Regensburg: Uni. Klinikum, HNO, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93042 Regensburg

Tübingen:

Uni. HNO Klinik, Elfriede-Aulhorn-Str. 5, 72076 Tübingen

Reha- Kliniken

für Morbus Menière - Patienten

Bad Arolsen

Psychosomatische Klinik Bad Arolsen - Tinnitus Klinik

Große Allee 1-3,
34454 Bad Arolsen

Tel: 05691- 89 66,

Fax: 056 91 - 89 68 00

Ltd. Oberarzt: Dr. med. Helmut Schaaf

In Kooperation mit Ohr- und Hörinstitut

Kompetenzzentrum zur ambulanten Diagnostik

und Therapie des gesamten Hör- und Gleich-

gewichtssystems bei Kindern und Erwachsenen

Ärztliche Leitung: Dr. med. Gerhard Hesse,

Arzt für HNO-Krankheiten

Bad Berleburg

Baumrainklinik

Lerchenweg 8,

57319 Bad Berleburg

Tel: 02751-87-430

www.baumrainklinik.de

Rehabilitationszentrum für Innere

Medizin/Kardiologie, Konservative

Orthopädie/Traumatologie, Hörgeschädigte,

Tinnitus-Betroffene sowie Gleichgewichts-

störungen, Schwindel und Morbus Menière

Bad Grönenbach

Klinik "Am Stiftsberg"

Sebastian- Kneipp-Allee 4/7,

87730 Bad Grönenbach,

Tel: 083 34-981-500,

Fax: 0 83 34-981-599

www.klinik-am-stiftsberg.de

info@klinik-am-stiftsberg.de

Rehaklinik für Hörgeschädigte, Tinnitusbetroffene,

psychische und somatische Störungen. Seit 1999

werden mehrmals im Jahr Rehabilitationen durch-

geführt, die auf die speziellen Bedürfnisse von

Menière-Patienten abgestimmt sind.

Fachklinik für innere Medizin.

Medizinische Leitung: Dr. med. Volker Kratzsch