

# KIMM

*aktuell*



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



**KIMM-Herbsttagung  
in der Klinik am Stiftsberg  
in Bad Grönenbach**

**Vorträge**

**Was macht einen guten Arzt aus?  
Begutachtung bei Morbus Menière  
Maßnahmen gegen die Schindel-Angst-Schwindel-Spirale**

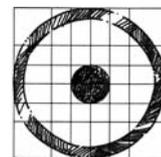
**Erfahrungsberichte  
aus dem Leben mit Morbus Menière**

**Forum, Infos, Tipps**

**Kontakte und Informationen zu Morbus Menière**

# Grußwort von Anna Bott

## kommisarische Vorsitzende von KIMM e.V.



intern



Liebe Mitglieder,

gerade jetzt im Winter, in der sich die Sonne oft im Nebel und Dunst versteckt, wird manchem seine gesundheitliche Last noch schwerer wiegen. Jedoch haben wir vor einiger Zeit erst Weihnachten gefeiert, das Fest der Lichter, der Freude und der Hoffnung. Und gerade die Hoffnung ist es, die uns doch immer weiter trägt.

So können Sie es auch in zwei Berichten von KIMM - Mitgliedern nachlesen. Beide, eine junge Frau und unsere langjährige erste Vorsitzende, strahlen trotz Krankheit, Schwindelanfällen und Schwerhörigkeit Hoffnung und Zuversicht aus und blicken ganz hoffnungsvoll und mutig in die Zukunft.

Sie haben bei unserer Tagung in Bad Grönenbach eindringliche und anschauliche Vorträge über ihr Leben mit Morbus Menière und über die Auswirkungen der Krankheit - im Falle des jüngeren Mitgliedes vor allem auf ihr Berufsleben - gehalten. Die Tagungsinhalte, die informativen Vorträge und bereichernden Workshops von Bad Grönenbach bilden wieder den Schwerpunkt in dem Ihnen aktuell vorliegenden Heft.

Ganz besonders hinweisen möchte ich Sie noch auf einen interessanten Text im Forum dieser Ausgabe. Darin geht es um die Fragestellung nach einer Bewertung von Behandlungsmethoden. Wir von KIMM werden immer wieder von Betroffenen gefragt, was denn nun die richtige Behandlung sei. Doch genau das kann nicht beantwortet werden, weil jeder Patient mit einer anderen Vorgeschichte kommt, seine Situation von einer anderen Perspektive aus betrachtet und auf die Behandlung sowohl körperlich als auch mental völlig anders reagiert. Weitergeben können wir verschiedene Methoden nur informativ und darüber berichten, wie es anderen damit ging. Seine Behandlung auswählen indes muss jeder Patient für sich selbst individuell.

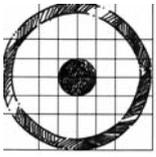
In eigener Sache möchte ich Sie noch darüber informieren, dass es uns leider noch nicht gelungen ist, eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger für unsere seitherige Vorsitzende Frau von dem Bussche zu finden.

Doch auch hier gründen wir auf die Hoffnung und wünschen uns, dass wir bis zur Frühjahrsveranstaltung in Nürnberg jemanden vorschlagen können.

Wenn Sie sich angesprochen fühlen und sich vorstellen könnten, gemeinsam mit uns im Vorstandsteam die Belange von KIMM zu lenken, dann melden Sie sich doch bei uns. Gerne erläutern wir Ihnen unverbindlich, welche Aufgaben als Vorsitzende, als Vorsitzender auf Sie zukommen würden.

Viel Freude und Licht, aber auch Mut und Kraft für gute Hoffnung wünscht Ihnen

herzlichst Ihre Anna Bott



Unterhaltung

# Sudoku

## Das Kulträtsel aus Japan

In jeder Spalte, jeder Zeile und jedem 3-mal3-Unterquadrat dürfen die Zahlen 1 bis 9 nur 1mal geschrieben werden. Viel Spaß beim Training der grauen Gehirnzellen! Fred Knäbel

### Leicht 1

	6	8	5		1	2	3	
2			9		8			6
5			3		2			9
1	2	4				8	9	3
8	3	5				6	4	7
4			6		5			8
3			8		7			2
	8	6	2		4	3	1	

### Leicht 2

	7			5			2	
8		5	2		6	1		9
	2		7		1		8	
	5	2	6		9	3	1	
4								7
	1	3	4		7	8	5	
	3		8		2		4	
1		7	5		4	9		2
	9			7				6

### Mittelschwer 1

8		3		2		7		6
	9		6		4		8	
2								4
	8			5			1	
9			1		3			5
	2			4			7	
5								1
	1		3		9		5	
6		9		1		2		3

### Mittelschwer 2

		8		6		2		
	4						6	
3			9	8	2			4
		5	2		7	4		
7		3				1		9
		9	1		3	8		
6			8	2	1			5
	3						4	
		7		3		9		

### Schwer 1

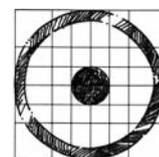
		2				7		
			3	9	2			
4								8
	2			1			9	
	5		6		3		4	
	8			4			7	
3								2
			1	5	8			
		9				4		

### Schwer 2

		5	9		4	1		
	2	7				5	6	
	6			5			3	
			1		3			
	5			2			9	
	7	9				4	5	
		3	4		6	8		

# Inhalt

## Themen in KIMM aktuell 2 / 2009



intern



intern

**Grusswort** von Anna Bott, Komm. Vorsitzende KIMM e.V

Seite 3

**Unterhaltung** Sudoku - Kulträtsel aus Japan

Seite 4



Tagung

**Ankündigung** der Frühjahrstagung 2010 in Nürnberg  
**Herbsttagung** in Bad Grönenbach 2009. Rückblick

Seite 6

Seite 8

**Tagungsvortrag** von Dr. med. Helmut Schaaf  
"Was könnte einen guten Arzt bei Morbus Menière  
ausmachen?"

Seite 9

**Tagungsvortrag** von Dr. Volker Kratzsch  
"Begutachtung bei Morbus Menière"

Seite 14

**Fragen** unserer Mitglieder an die Experten  
Dr. Helmut Schaaf, Dr. Volker Kratzsch und  
Dr. Hünersen-Frech

Seite 19

**Tagungsvortrag** von Dr. Oliver Rien  
„Was tun gegen die Schwindel-Angst-Schwindel-Spirale?"

Seite 24

**Vortrag** von Inge Freifrau von dem Bussche  
"(M)ein Leben mit Morbus Menière"

Seite 26

**Arbeitskreise am Nachmittag:** Qi Gong  
Trampolinspringen

Seite 31

Seite 32



Forschung

**Symposium** 14. Bad Arolser Tinnitus-Symposium, 11./12.9.09  
**Kongress** 53. Österreichischer HNO Kongress 2009.  
Vortrag Prof. Dr. Baumgartner "Von Prosper Menière  
bis zu modernen Therapieansätzen"

Seite 34

Seite 35



Forum

**Bericht** eines KIMM-Mitgliedes "Auswirkungen des Morbus  
Menière für meine Berufstätigkeit"

Seite 38

**Briefe** unserer Mitglieder

Seite 42

**Thema** Unterschiedliche Bewertung von Behandlungsmethoden

Seite 44

**Stellungnahme** zur Labyrinthanästhesie von Dr. Schaaf

Seite 45



Literatur

**Buchtipp** Sylvia B. "menière desaster, Feind in meinem Innenohr"  
**Buchtipp** H. Schaaf (2009) MM "Schwindel - Hörverlust - Tinnitus"  
**Literatur** Querschnitt durch die Fachliteratur

Seite 46

Seite 50

Seite 52



Information

**Service** Selbsthilfegruppen und Adressen  
**Service** Klinik Adressen

Seite 53

Seite 54

### Impressum

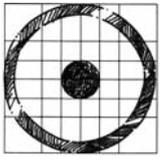
Herausgeber: KIMM e.V. c/o Anna Bott, Schwabstr. 40, 70197 Stuttgart, Tel. 0711/611793 e-mail: info@kimm-ev.de, www.kimm-ev.de

Redaktion und Gestaltung: Juliane Sonntag. Beim Hochwachturm 15. 71332 Waiblingen. e-mail: Juliane.Sonntag@arcor.de

Verantwortlich für den Inhalt: Anna Bott, Kommisarische Vorsitzende KIMM e.V.

Druck: Druckerei Vogel, Fellbach-Oeffingen

Namentlich gekennzeichnete 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 6,00 Euro.



intern

# Ankündigung der Frühjahrstagung 2010

## Herzliche Einladung



Wir laden Sie und Ihre Angehörigen recht herzlich ein zu unserer Frühjahrstagung am Samstag, 27. März 2010 in Nürnberg.

### Vortragsprogramm

Ärzte der HNO-Universitätsklinik Erlangen werden mit ihren Vorträgen zu

- Behandlungsmöglichkeiten von MM,
- Migräne und MM und Umgang mit MM, die Schwerpunkte dieser Tagung bilden.

### Mitgliederversammlung

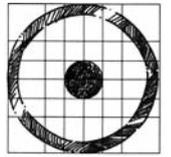
Der Tagung wird die Mitgliederversammlung vorausgehen.

Der wesentliche Punkt der Tagesordnung

unserer Mitgliederversammlung wird die die Wahl des Vorstandes sein, speziell die Wahl des oder der 1. Vorsitzenden.

Wie Ihnen allen bekannt ist, stand nach dem Ausscheiden von Frau von dem Busche niemand für die Wahl zum 1. Vorsitz zur Verfügung. Deshalb war unsere 2. Vorsitzende, Frau Bott, bereit, unseren Verein für ein Jahr – bis zum Frühjahr 2010 - kommissarisch zu leiten.

Fühlen Sie sich bitte durch diese Aufforderung – erneut und direkt – angesprochen. Prüfen Sie fair Ihre Bereitschaft, die Position der / des ersten Vorsitzenden oder eine sonstige Tätigkeit im Vorstand zu übernehmen oder auf irgendeine Art und Weise mitzuarbeiten. Unsere Selbsthilfe-



intern

gruppe leistet für Morbus Menière Betroffene einen besonderen und wertvollen Beitrag zur Bewältigung Ihres Lebens mit dieser Krankheit. Dieser Beitrag muss aber natürlich in Eigenleistung erarbeitet werden – und dazu gehört nun einmal in besonderem Maße die Vorstandstätigkeit.

Und sofern Sie zu einer positiven Entscheidung bezüglich einer aktiven Mitarbeit gelangen, wäre es hilfreich, wenn Sie uns diese Entscheidung schon vor dem Zeitpunkt der Mitgliederversammlung mitteilen würden.

### Beiprogramm

Wenn genug Interessenten zusammen kommen, besteht die Möglichkeit, Sehenswürdigkeiten Nürnbergs bei einer Altstadtführung durch eines unserer ortskundigen Mitglieder kennen zu lernen.

### Unser Tagungsort

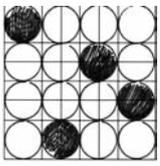
Tagung und Mitgliederversammlung finden im Caritas Pirkheimer Haus, Königstraße 64 (4 Minuten vom Hauptbahnhof entfernt) statt. Parkplätze sind in nächster Umgebung verfügbar.

Das Haus bietet auch eine begrenzte Anzahl an Übernachtungsmöglichkeiten. Bei Interesse können Buchungen über Telefon 0911 – 23 46 - 0 oder über [rezeption@cph-nuernberg.de](mailto:rezeption@cph-nuernberg.de) oder über [www.cph-nuernberg.de](http://www.cph-nuernberg.de) vorgenommen werden.

Bitte merken Sie sich den Termin schon mal vor.

Die endgültige Tagesordnung und eine Anfahrtsskizze gehen Ihnen noch in einer gesonderten schriftlichen Einladung zu.





# Rückblick auf die Herbsttagung in Bad Grönenbach im September 2009

## Tagung

Unser sehr gelungenes Herbstsymposium 2009 war eine Gemeinschaftsveranstaltung mit der HELIOS-Klinik "Am Stiftsberg" in Bad Grönenbach.

Der ärztliche Direktor der Klinik, Herr Dr. Kratzsch eröffnete pünktlich um 10 Uhr die Veranstaltung mit der Begrüßung. Auch unsere kommissarische Vorsitzende, Frau Bott, begrüßte und bedankte sich bei Dr. Kratzsch für die Unterstützung bei der Vorbereitung des Symposiums und die freundliche Aufnahme.



Der Erfahrungsbericht eines jungen Mitglieds „Auswirkungen des Morbus Menière für meine Berufstätigkeit – Erfahrungsbericht einer Betroffenen“ war ein lebendiger Vortrag aus ihrem Berufsalltag. Man konnte miterleben und spüren, wie sie mit ihrer Krankheit umgeht und wie sie es schafft, in ihrem Beruf die auftretenden Probleme zu meistern.

Herr Dr. Schaaf zeigte in seinem Vortrag „Was könnte einen guten Arzt bei Morbus Menière ausmachen“, dass es sehr schwer ist, einen guten oder den richtigen Arzt zu finden, der MM Betroffene gut in ihrer Krankheit begleiten kann.

Herr Dr. Kratzsch informierte uns in seinem Vortrag „Begutachtung bei Morbus Menière“ über gesetzliche Bestimmungen, die man im Umgang mit der MM-Erkrankung und deren Folgeerscheinungen kennen sollte.

In der anschließenden Pause hatten wir Gelegenheit unsere persönlichen Fragen für die folgende Fragestunde „Fragen Sie den Experten: Ihre Fragen zu Morbus Menière“ auf dazu ausgelegten Karten aufzuschreiben und abzugeben. Alle gestellten Fragen wurden in der Fragestunde von Frau Dr. Hünersen-Frech, Herrn Dr. Schaaf und Herrn Dr. Kratzsch ausführlich beantwortet. Zudem bestand die Gelegenheit, während der Fragestunde bei Antworten nachzuhaken bzw. neue Fragen zu stellen.

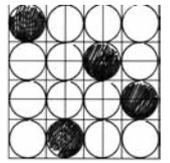
Im letzten Vortrag unter dem Titel „(M)ein Leben mit Morbus Menière“ erzählte Frau v. d. Bussche, unsere langjährige 1. Vorsitzende, sehr eindringlich ihre Morbus-Menièr-Lebensgeschichte. In ihrem Vortrag machte sie vor allen Dingen bewusst, welch reiches und erfülltes Leben man mit oder trotz MM schaffen kann.

Die regen Unterhaltungen beim Mittagessen zeigten wieder, dass der kommunikative Teil der KIMM-Veranstaltungen äußerst wichtig ist. Die eigene Leidensgeschichte mit anderen teilen zu können, kann ein richtiges Ventil sein. Ein Symposium braucht nicht nur gute Vortragende, sondern auch engagierte, kontaktfreudige Teilnehmer.

Bei den Arbeitskreisen am Nachmittag war die Qual der Wahl sicher für viele groß, denn alle drei Angebote waren für MM-Betroffene sehr interessant:

- Trampolin-Training mit Frau Klinger, Heilpädagogin
- Entspannung mit QiGong bei Frau Krüger, Dipl. Psychologin
- Was tun gegen die Schwindel – Angst – Schwindel – Spirale, Vortrag von Dr. Rien, Diplom-Psychologin

*Edeltraud Kerschenlohr*



# “Was könnte einen guten Arzt bei Morbus Menière ausmachen?”

Auf die Bitte der DTL (Deutsche Tinnitus Liga), eine Liste mit zu empfehlenden Ärzten für Morbus Menière Patienten zu erstellen, habe ich ebenso wie andere Angefragte mit Zurückhaltung reagiert. Um eine einfache Antwort oder gar eine Liste an die Hand zu geben, sind die Aspekte und Ansichten rund um diese seltene Erkrankung mit zum Teil großen Auswirkungen auf das Leben des Patienten zu vielfältig.

Dabei gibt es einige Experten zum Thema Menière, die aber größtenteils sehr unterschiedlich arbeiten und oft von sehr verschiedenen Vorstellungen ausgehen. Sicher ist nur, dass nicht jeder, der etwas zu einem Teilaspekt der Erkrankung publiziert hat, schon zum Experten für das Krankheitsbild werden kann, so wie der Eingang eines Labyrinths noch keinen Überblick über den Weg zum Ziel machen kann.

Die Antwort bleibt also komplex und – wie schon zu ahnen – am Ende ein Stück weit offen.

Das liegt auch daran, dass es weder “die Menière Krankheit” noch “den Menière-Patienten” gibt.

So gibt es zum Beispiel:

- Menière-Kranke, die nach dem Anfall und einer relativ kurzen Ruhepause wieder schnell auf den Beinen sind und den Anfall abhaken
- Menière-Kranke, die noch lange danach verzweifelt sind und das Ereignis depressiv nacherleben
- und nicht wenige Menière-Kranke, die mit Sorge dem nächsten Anfall entgegen bangen, so dass die psychogene Angst- und Schwindelkomponente zum entscheidenden Anteil der Menièreschen Erkrankung wird.

Schon wenn man “mit Sicherheit” wissen will, was genau den Morbus Menière ausmacht und vor allem: was nicht, kommt man in Definitions- und Abgrenzungs-

schwierigkeiten bis hin zu der Auffassung, dass es “den Morbus Menière” gar nicht gibt, sondern nur ein Syndrom, das nach Menière benannt ist.

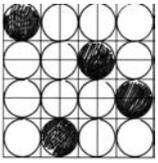
Klar ist nur, dass es sich in der organischen Endstrecke um eine Innenohrerkrankung handeln muss, die mit Schwindel, Hörverlust und Tinnitus einhergeht und möglicherweise durch vieles Organische und Psychosomatische mit beeinflusst werden kann.

Auch ist immer noch gewiss, dass es keine wirkliche Heilung für die nach Prosper Menière benannte Erkrankung des Innenohres geben kann. Stattdessen ist die Anzahl der - oft aus der Unklarheit, der Not und Verzweiflung von Patienten und Therapeuten gespeisten therapeutischen Vorschläge ebenso groß wie hinsichtlich der Erfolgskriterien unübersichtlich und nicht selten durch einen Tunnelblick aus dem Fachgebiet verstellt.

Sicher ist, dass die durch die - jedenfalls zumindest mit der - Innenohrerkrankung ausgelösten Symptome, Auswirkungen auf den ganzen Menschen haben können. So gehen die typischen Drehschwindelanfälle häufig mit Todes- und Vernichtungsängsten einher. Stellt sich dieses als existentiell bedrohlich erlebte Ereignis öfters ein, so wächst verständlicherweise auch die Angst vor der Wiederholung. Dabei kann die Angst so groß werden, dass sie selbst als Unsicherheit und Schwindel bis hin zu einem Gefühl des Drehschwindels empfunden und zu einer eigenen Krankheitskomponente wird.

**Eher könnte man fragen: Wen soll man für was bei der Erkrankung empfehlen? Wer kann helfen in der Not ???**

Prinzipiell fällt der Morbus Menière in das Fachgebiet des HNO Arztes, was aber ebenso wenig Neurologen daran hindert, sich im Rahmen ihrer Schwindelkompetenz zu engagieren noch Hausärzte davor bewahren kann, der erste Anlaufpunkt



# Vortrag von Dr. Helmut Schaaf

## Oberarzt in der Tinnitus Klinik Dr.Hesse in Bad Arolsen

### Tagung

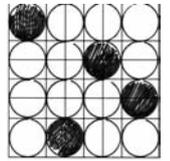
bei einer Menière Erkrankung zu sein und der Begleiter während der Erkrankung zu bleiben. Auch Psychosomatiker sehen (meist als letzte) bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Menière Erkrankung wesentliche Aspekte, die nicht durch die Organiker abgedeckt werden können. Dabei kann es frappierend erscheinen, wie unterschiedlich die Meinungen von eher chirurgischer, neurologischer oder psychosomatischer Sicht ausfallen. Da es realistisch letztlich für den Morbus Menière zwar viele Wege zur Hilfe und Symptomlinderung, aber keine Heilung im klassischen Sinne gibt, und die medizinische und psychologische Begleitung manchmal Menière Patienten eher ratlos zurück lässt, suchen viele ebenso verständlich wie kostspielig und oft wirkungslos Experten des nicht-schulmedizinischen Bereiches auf, die bereit sind zuzuhören und Konzepte

anbieten, auch wenn sie noch so ungesichert sind.

Viele Differenzen zwischen den verschiedenen Ansichten und Fachgruppen könnten sich klären lassen, wenn man sich darüber einigt, ob man bei seinen Vorschlägen über Maßnahmen zur Symptomlinderung (z.B. der Attackenschwindel oder das dauerhafte Schwindelgefühl soll weniger werden oder das Hörvermögen soll erhalten oder besser werden) redet oder ob man annimmt, wirklich kurativ (kausal) "heilen" zu können.

So kann es vorkommen, dass der Menière Patient in den unterschiedlichsten Phasen seiner Erkrankung mit jeweils mehr oder weniger günstigen Fachmenschenn zusammenkommt, wobei es oft sinnvoll ist, trotz einer noch so gut gemeinten und auch fundierten ersten Meinung eine zweite einzuholen, um den Preis, dann auch eine





# “Was könnte einen guten Arzt bei Morbus Menière ausmachen?”

eigene Entscheidung für schließlich das eigene Leben treffen zu müssen.

## Was nützt zu Beginn?

Günstig für Menière Patienten ist, wenn Mediziner

- die Krankheit diagnostizieren können, wozu in aller Regel Wissen im Bereich der HNO Heilkunde unerlässlich ist
- die möglichen Differentialdiagnosen (vor allem die Migräne) kennen, was wieder vor allem in das Fachgebiet der Neurologen fällt

Eine gute Diagnose ist gerade im Frühstadium in vielen Fällen gar nicht so einfach. Viele Erkrankungen können ähnliche Symptome zeigen wie beim Morbus Menière, auch ohne dass die eigentlich definierte Innenohrerkrankung vorliegt.

## Was ist beim korrekt diagnostizierten Morbus Menière zu tun:

Nach der genauen Diagnostik hilft eine - für die Betroffenen nachvollziehbare - Aufklärung, eigentlich eine Selbstverständlichkeit, die in vielen Kassenpraxen kaum noch selbstverständlich ist und durch eigene Bemühungen (Recherchen im Internet, möglichst hilfreiche Literatur und nicht zuletzt durch Selbsthilfegruppen) ergänzt werden muss.

Vielleicht mehr noch als bei anderen Erkrankungen mit körperlichen und seelischen Komponenten ist das organische Verständnis im Sinne von Verstehen und Wissen bei Morbus Menière nötig. Je besser die Erkrankung verstanden werden kann und je mehr praktikable Möglichkeiten des Umgangs mit den daraus erwachsenden möglichen Problemen wie dem Schwindel und der allgemeinen Unsicherheit deutlich werden, desto geringer können die Folgeprobleme bleiben. Dies gilt insbesondere für die Phänomene



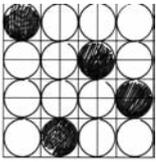
des psychogenen Schwindels und der Ausweitung der Angstkomponente, die für das Erleben des Anfalls verständlich ist. Nötig ist hier von Seiten des “Experten - Mediziners” ein verständnisvoller Zugang für das Wissensbedürfnis und die Not des Patienten. Dabei ist es auch für einen Mediziner schwierig auszuhalten, “nicht heilsam” sein zu können.

Wichtig zu verstehen ist, dass der Morbus Menière keine Todes- oder Vernichtungs - Diagnose ist, sondern eine Erkrankung des Innenohrs bezeichnet, die bei allen - meist einseitigen - Funktionsausfällen gutartig und keine Krankheit des Zentralnervensystems wie etwa ein “Schlaganfall” ist.

**Im weiteren gilt es zu erkunden, was noch möglich ist, ohne aber in vermeintlicher Schonung eine Machbarkeit vorzutäuschen, die schnell enttäuscht wird.**

Auch wenn die Krankheit an sich nicht heilbar ist, so sind dennoch

- viele Auswirkungen des Morbus Menière in vielen Teilen ausgleichbar
- viele Auswirkungen des Morbus Menière günstig beeinflussbar
- und viele ungünstige, die Auswirkungen begünstigende Faktoren angebar.



# “Was könnte einen guten Arzt bei Morbus Menière ausmachen?”

## Tagung

### Günstig für Menière Patienten ist, wenn Mediziner

- die Akuttherapie durchführen oder veranlassen
- und - wenn es geht - den Patienten in seiner Eigenkompetenz unterstützen. Tritt der - innenohrbedingte! - Schwindel öfter als zweimal die Woche auf und ist das Hörvermögen im Sprachbereich ausgefallen, kommen auch ausschaltende Maßnahmen in Betracht. Dazu gehört die Gabe des “ohrengiftigen” Gentamycin direkt vor das Innenohr oder die immer erst als letztes erwogene Durchtrennung (Neurektomie) des Gleichgewichtsnerven (N. Vestibularis).

### Die Begleitung und die Therapie zwischen den Anfällen

Auch und gerade zwischen den Anfällen bleibt die ärztliche Begleitung hinsichtlich der Fragen und Nöte der Patienten wichtig. Insbesondere gilt es oft zu klären, was weiter möglich ist und was nicht, wann Hörhilfen sinnvoll sind und inwieweit der Schwindel und die Angst vor dem Schwindel größere seelische Ausmaße zeigt.

### Günstig für Menière Patienten ist, wenn Mediziner

- um den Verlauf und die Veränderbarkeit des Krankheitsbildes wissen
- den Umstand berücksichtigen, dass ein Menière Patient nicht immer Menière Schwindel erleiden muss, sondern - mehr als andere - einen gutartigen Lage- rungsschwindel entwickeln kann und oft eine (reaktive) psychogene Schwindel- komponente aufweist oder vielleicht sogar an Migräne leidet.
- die seelische Seite wahrnehmen und respektieren und gegebenenfalls professionelle Weichenstellungen vornehmen können, wobei schon Entspannungsver-

fahren wie die Progressive Muskelrelaxation oder das Autogene Training einen veränderten Umgang mit der Erkrankung einleiten können.

Was in der Regel die Möglichkeiten der normalen Kassenpraxis weit überschreitet, sind die zeitintensiven Zwischenschritte und die professionelle - psychotherapeutische und ggf. auch körpertherapeutische - Bearbeitung der Not der Betroffenen. Diese Bearbeitung ist aber oft nötig.

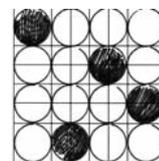
### Psychologische Maßnahmen

Psychologische Maßnahmen über das Erlernen von Entspannungsverfahren hinaus sollten erwogen werden, wenn Krankheitsbewältigungsprobleme auftreten und die Lebens-, Beziehungs- und Berufsfähigkeit gefährdet ist. Psychotherapeutische Hilfe ist insbesondere notwendig, wenn sich ein psychogener Schwindel einstellt. Wichtig ist nachspürbar zu klären, ob es sich bei den “Schwindelanfällen”

- um Attacken aus dem Innenohr oder - bei den bei uns behandelten Patienten in der Regel öfter, länger und das Krankheitsbild bestimmend -
- um psychogene Schwindelereignisse handelt, die sich für die Betroffenen im Erleben ähnlich oder gleich anfühlen können.

**Es ist schon viel gewonnen, wenn psychotherapeutisch dahingehend gearbeitet werden kann, dass sich der unvermeidbare Schwindel auf die rein organischen Attacken beschränkt.**

So haben wir in Bad Arolsen die Erfahrung gemacht, dass unsere Patienten nach einer sechs- bis achtwöchigen psychosomatischen Arbeit meist einen “festeren” Stand und eine neue Sicherheit erlangt haben.



## Vortrag von Dr. Helmut Schaaf

### Günstig für Menière Patienten ist, wenn Psychologen

auch organisch - zumindest grob - Bescheid wissen oder sich in Kenntnis setzen lassen und - das ist der Wunsch und die Anforderung an die nichtärztlichen Psychotherapeuten - nicht jeder Anfall als psychogen gedeutet wird.

### Günstig für Menière Patienten ist, wenn er selbst

trotz allen Schwindels und Verzweiflung die eigene Motivation und den Willen hat, an den veränderbaren Anteilen zu arbeiten und mit den unveränderbaren Anteilen umzugehen.

### Beeinflussbare Faktoren sind:

- Psychologisch therapierbare Konstellationen, die zu Schwindel und - vielleicht auch über eine sich nicht auflösende Spannung - zu Veränderungen im Innenohr führen
- Die Ausweitung des aus dem Innenohr kommenden Schwindels zum psychoge-

nen Schwindel mit seinen - möglichen - Rückwirkungen auf das Innenohrschehen.

- Die Vermischung mit anderen Schwindelformen (Blutdruck, Angst, Sehfehler..)

Ausgleichbare Folgen sind:

- Die Schwerhörigkeit
- Das Erleben der Erkrankung
- Die sozialen Auswirkungen
- Die zwischenmenschlichen Einbrüche und Herausforderungen

Letztlich geht es bei allen therapeutischen Begegnungen darum, dass die Menschen auf der Suche nach Lösungsmöglichkeiten in die eigene Gestaltung kommen können. Man wird wahrscheinlich nicht so oft einen Therapeuten finden, der alles in sich vereint, was ein Menière Patient braucht. Manchmal findet sich ein auf einander bezogenes, abgestimmtes Team, in den wenigen Kliniken, die regelmäßig mit Menière Patienten arbeiten. Aber auch, wenn sie möglicherweise weit weg sind, ist ihre Kompetenz – noch anders als vor 20 Jahren - in verschiedenen Formen erreichbar.

### Dr. med. Helmut Schaaf

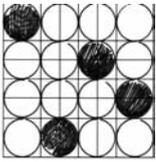
arbeitete als Facharzt für Anästhesie, bevor er selbst an Morbus Menière erkrankte.

Er musste deshalb seine ursprüngliche Tätigkeit aufgeben. Seit 1994 ist er Oberarzt in Bad Arolsen, jetzt in der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse.

Er hat mehrere Bücher und wissenschaftliche Beiträge zu den Themen Morbus Menière, Schwindel, Tinnitus und Hyperakusis geschrieben.



Dr. Helmut Schaaf im Gespräch mit einer Patientin



# Vortrag von Dr. Volker Kratzsch

## Chefarzt Helios-Klinik "Am Stiftsberg" Bad Grönenbach

### Tagung

#### Vorwegbemerkung

Die Schwierigkeit bei der Begutachtung ist, dass es den Menière als Diagnose in der Begutachtung nicht gibt. Heute werden die einzelnen Symptome begutachtet. Und wenn sozialmedizinisch begutachtet wird, dann kommen noch ganz unterschiedliche Dinge in die Begutachtung mit hinein.

In meinem Vortrag beschäftige ich mich mit

- der Arbeitsunfähigkeit
- dem Grad der Behinderung
- der Gesetzlichen Rentenversicherung
  - der Berufsunfähigkeit
  - der Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung
- der Berufsunfähigkeitsversicherung bzw. der privaten Unfallversicherung
- der Beurteilung der Fahrtüchtigkeit

Der Arzt bewertet in seiner Begutachtung die Schwere der Erkrankung hinsichtlich der Therapie. Sie wird in den Schweregrad 1 bis 4 eingeteilt. Häufig fragen Patienten: „Wie viel Prozent höre ich denn noch?“ Dabei kommt „prozentual“ in der Bewertung eigentlich gar nicht vor, sondern prozentual ist nur Grad der Behinderung ausgedrückt oder der Grad der Beeinträchtigung und letztendlich der subjektive Leidensdruck.

**Bsp: chronischer Tinnitus.** Ein unerträglicher Tinnitus auf beiden Ohren mit Schlafstörungen ergibt einen Grad der Behinderung von maximal 10: Das kann der Patient sicher nicht verstehen. Medizinisch ärztliche Begutachtungen im Schwerbehindertenrecht werden in Baden-Württemberg übrigens von Mitarbeitern des Landratsamtes und in Bayern von Mitarbeitern des Versorgungsamtes nach festgelegten Skalen bearbeitet.

**Fallbeispiel:** Eine 55jährige Lehrerin im

Angestelltenverhältnis an einer Grund- und Hauptschule, die nach einem Hörsturz vor 9 Monaten auf der rechten Seite erblaubt ist und seitdem an einem chronischen Tinnitus leidet, wurde dem klinischen Schweregrad 2 – 3 zugeordnet.

#### Begutachtung der Schwerhörigkeit

**Das Erste in einer Begutachtung ist die klinische Einschätzung, wie hoch denn nun diese Schwerhörigkeit ist. Ist sie leichtgradig, mittel- oder hochgradig?**

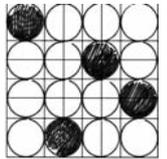
Das Ergebnis der Kurven der Tonaudiometrie ist ungenau. Deshalb wird auch die Sprachverständlichkeit geprüft. Bei einer Testlautstärke von 65 Dezibel wird eine ganze Anzahl von Wörtern angeboten. Danach wird geprüft, wie viel Prozent davon richtig erkannt wurden. Hat jemand von den 20 angebotenen Wörtern 10 verstanden, dann entspricht das 50 %. Das wäre also eine mittelgradige Schwerhörigkeit.

Diese Hörtests werden in einer Kabine ohne Störgeräusche gemacht.

Als drittes Element wird die objektive Einschätzung des Patienten im Alltag berücksichtigt. Der Patient beschreibt, dass er leise und mittellaute Geräusche nicht hören kann. Es bereitet ihm erhebliche Schwierigkeiten, Sprache, speziell bei Hintergrundgeräuschen, zu verstehen. Kommt er im Einzelgespräch - auch bei unterschiedlichen Personen, wenn es ruhig ist und bei einer guten Akustik gut zurecht, würde man sagen: mittlerer Hörverlust. Das Ergebnis der Tonaudiometrie sowie der Sprachaudiometrie und das, was der Patient berichtet hat, schätzt der Arzt aus medizinischer und ärztlicher Sicht als mittelgradigen Hörverlust ein.

#### Grad der Behinderung

Bei der gutachterlichen Stellungnahme,



# “Begutachtung bei Morbus Menière”

z.B. im Rahmen eines Gutachtens zur Schwerbehinderung, hat der Gesetzgeber ganz klar gesagt, was gemacht werden muss: Die prozentualen Hörverluste aus einer Tonaudiometrie und aus der Sprachaudiometrie werden zusammengestellt und daraus folgernd die Behinderung an Hand von Tabellen festgelegt. Hier wird nicht von Prozent gesprochen, sondern von Grad der Behinderung. Für die Ertaubung eines Ohres gibt es Grad 20, für Tinnitus ohne nennenswerte Begleiterscheinungen maximal 10. Wird eine mittelgradige Schwerhörigkeit mit einem Hörgerät versorgt, wird der Grad der Behinderung reduziert. Auch wenn die Hörgeräte den Hörverlust ausgleichen, darf das dem Patienten nicht zum Nachteil gereichen.

## Zurück zum Fallbeispiel:

Man könnte sagen, die Lehrerin hat Grad 20 für ihre Ertaubung und 10 für ihren Tinnitus, also zusammen 30. Weil die Ertaubung den Tinnitus aber als Komplikation nach sich zieht, sind in den 20 die 10 für den Tinnitus schon integriert: somit bleibt es bei Grad 20. Hinzu kommt aber der subjektive Leidensdruck. Durch die Ertaubung rechts hat diese Lehrerin erhebliche Kommunikationseinschränkungen in einem kommunikationsabhängigen Beruf: verzerrtes Hören, Geräuschempfindlichkeit, Verlust der Stille durch den Tinnitus, Konzentrations- und Leistungseinschränkungen, Schlaflosigkeit, Nervosität, Unruhe und natürlich soziale Zukunftsängste – sie ist ja angestellt.

Die subjektive Beeinträchtigung ist erheblich größer. Daraus ergeben sich sozialmedizinische Fragen wie Arbeitsfähigkeit, Berufsunfähigkeit, usw.

## Arbeitsunfähigkeit

Bei der Arbeitsunfähigkeit wird ausschließlich begutachtet, ob die aktuelle bisher

ausgeübte Tätigkeit auf Grund der Einschränkungen durch die aktuelle Erkrankung weiter ausgeübt werden kann oder nicht. Zum Beispiel kann einer Sekretärin, die sich am Sprunggelenk verletzt hat, zugemutet werden, dass sie mit Gips ihre im Sitzen auszuübende Tätigkeit weiter wahrnimmt. Wie sie mit ihrer Behinderung zur Arbeit kommt, ist nicht die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit. Notfalls muss sie im Taxi kommen oder Urlaub nehmen.

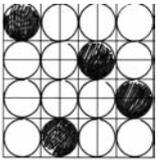
## Wer zahlt für die Arbeitsunfähigkeit?

Zunächst zahlt 6 Wochen lang der Arbeitgeber und dann bis zur 78. Woche die Krankenkasse Krankengeld. Ab der 79. Woche gibt es keinen Kostenträger mehr. Lohnfortzahlung und Krankengeld wird häufig geprüft durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Dem Arbeitnehmer kann sowohl während und sogar wegen Krankheit gekündigt werden. Es kann ganz regulär gekündigt werden, zum Beispiel betriebsbedingt. Doch da gibt es Ausnahmen: Bei großen Unternehmen geht das nicht. In einem mittelständischen Unternehmen, in dem 30 Leute arbeiten, kann der Arbeitgeber sagen: „Sie sind der Einzige, der dies oder das macht. Jetzt habe ich ein halbes Jahr die Arbeitsstelle nicht besetzt, ich muss die Stelle neu besetzen, es geht nicht anders.“ Dann kann er wegen Krankheit durchaus kündigen.

## Berufsunfähigkeit

Der Gesetzgeber hat 2001 eine neue Rentenregelung eingeführt. In diesem Rahmen hat er gleichzeitig die Berufsunfähigkeit abgeschafft. Für ältere Mitarbeiter gibt es eine Bestandsregelung, einen Vertrauensschutz sozusagen, da es älteren Mitarbeitern nicht mehr zuzumuten wäre, eine private Berufsunfähigkeitsversicherung ab-



## “Begutachtung bei Morbus Menière“

### Tagung

zuschließen. Arbeitnehmer bis zum Geburtsjahrgang 1960 haben noch Anspruch auf eine Berufsunfähigkeitsrente. Ab Jahrgang 1961 und jünger gibt es keine Berufsunfähigkeitsrente mehr. Berufsunfähig ist, wer eine Ausbildung abgeschlossen hat und seine letzte Tätigkeit nicht mehr ausüben kann. Theoretisch ist man dann berufsunfähig. Praktisch ist das deutlich schwieriger, da im Gesetz von der Verweisungsfähigkeit auf eine artverwandte Tätigkeit gesprochen wird.

Beispiel: Ein Fliesenleger mit zwei kaputten Knien, der auf dem Boden nicht mehr arbeiten kann, würde darauf verwiesen werden, Tätigkeiten im Stehen zu verrichten, z.B. Fliesen an der Wand verlegen. Sich in dieser Situation eine Stelle zu suchen, ist aber sicher sehr problematisch.

Wenn eine Berufsunfähigkeit anerkannt wird, besteht Anspruch auf 50 % der Erwerbsunfähigkeitsrente.

### Erwerbsunfähigkeit

Die Erwerbsunfähigkeit ist unabhängig von der bisherigen Tätigkeit oder Ausbildung. Wenn eine leichte körperliche Tätigkeit ohne besondere psychische Belastung mindestens 3 Stunden an 5 Tagen in der Woche ausgeübt werden kann und dies vom Arbeitnehmer bestätigt wird, dann besteht kein Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente. Wenn man diese Leistung nicht erbringen kann, dann muss man schon sehr krank sein. Im anderen Fall nützen die Hinweise, dass man zu alt ist, um einen neuen Arbeitsplatz zu finden oder dass man im eigenen Beruf und mit der Ausbildung nicht unterkommt, nichts.

Zur Verdeutlichung dieser recht unsozial klingenden Regelung kann folgende Erklärung angeführt werden: „1910 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung 44 Jahre. Da war es natürlich leicht zu sagen,

mit 65 gibt's eine fette Rente. Das wäre ungefähr so, als würde man heute sagen, Rente mit 100 - ohne Abschläge.“ Das Problem ist, dass der Zeitpunkt des Eintritts in die Rente konstant bleibt und die Lebenserwartung immer länger wird. Das heißt, das, was wir kriegen, nimmt auf Grund des zeitlichen Verlaufs immer mehr zu. Es ist prognostiziert, dass die Zahl der Erwerbstätigen von 2010 bis 2050 von 50 Millionen auf 35 Millionen abnehmen wird, während die Zahl der Rentner von 16 auf 23 Millionen ansteigt. Das kann nicht funktionieren. Das heißt Rentenkürzungen. Deshalb Rente mit 67.

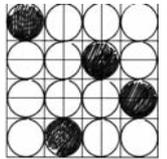
### Schwerbehinderung und Schwerbehindertenausweis

Unsere Lehrerin beantragt beim Versorgungsamt einen Schwerbehindertenausweis. Es erfolgt eine Begutachtung nach dem Grad der Behinderung. Die Behinderung ist im Sozialgesetzbuch, IX. Buch, definiert. Das Versorgungsamt muss den Grad der Behinderung von 10 bis maximal 100 angeben.

Ab Grad 50 der Behinderung ist man schwerbehindert und fällt unter das Gesetz. Von Grad 10 bis 40 besteht keine Schwerbehinderung. Ab dem Grad der Behinderung 60 ist man chronisch krank. Das mindert die Zuzahlung beim Eigenanteil der gesetzlichen Krankenversicherung.

### Die Schwerbehinderung bringt weitere Vorteile:

- früherer Bezug des Altersruhegeldes, d.h. aktuell mit 63, später mit 65.
- Maximaler Abzug von 10,8 % des Altersruhegeldes bei vorzeitigem Bezug
- Erhöhte Steuerfreibeträge
- Verbesselter Kündigungsschutz
- Unterstützung durch die Integrationsämter
- Verlängerter Urlaubsanspruch



## Vortrag von Dr. Volker Kratzsch

- Erhöhte Abfindung im Falle eines Sozialplanes anlässlich einer Kündigung

**Hinweis:** Auf Parkplätzen für Behinderte darf man nur dann parken, wenn im Schwerbehindertenausweis das Zeichen AG für "außergewöhnliche Behinderung" steht.



Die Begutachtung des Grads der Behinderung macht nicht ein Arzt, sondern ein Sachbearbeiter beim Landratsamt oder Versorgungsamt. Dieser bekommt vom Schwerbehinderten die ärztliche Schweigepflichtentbindung und zieht alle Befunde ein, die erhoben worden sind. Anhand der "Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit" vom Ministerium für Arbeit und Soziales 2008 – die gibt es jedes Jahr neu – werden die Grade der Schwerbehinderung festgesetzt. In der Tabelle ist z. B. ganz klar festgelegt: Für an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit gibt es 15, bei Taubheit auf einem Ohr 20, bei beidseitiger Taubheit 80 Grad der Behinderung. Tinnitus ergibt maximal 10. Bei psychischer Belastung bis hin zu depressiven Störungen durch den Tinnitus gibt es eine Ausnahme: Die Psyche kann über ein psychiatrisches Konzil begutachtet wer-

den. Der Psychiater würde die psychischen Auswirkungen - wie depressive Störungen – begutachten und könnte dann entsprechend höher klassifizieren. Hier würde dann die Depression und nicht der Tinnitus begutachtet werden. Das darf nur der Psychiater, kein anderer Facharzt.

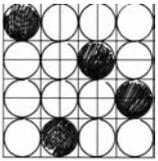
**Schwindel** wird wie folgt begutachtet: Wenn in der Woche einmal ein mittelschwerer Anfall von 2 bis 4 Stunden auftritt, dann ist der Grad der Behinderung 30. Von Vorteil ist, wenn der Patient eine Aufstellung gemacht hat, über Häufigkeit und Dauer der Anfälle sowie über Krankenhausaufenthalte. Dann kann man das sehr gut begutachten. Da die Anfälle nicht nur in der Freizeit kommen, sondern auf der Dienstreise, vor dem Konzert, beim Einkaufen... ist die Lebensqualität ruiniert.

### Morbus Menière und Unfall

Auf Grund der ärztlichen Schweigepflicht ist es nicht bekannt, wenn ein Unfallbeteiligter Morbus Menière Patient ist.

Aber der Arzt muss den Morbus Menière Patienten darüber aufklären, dass er nicht Auto fahren darf, andernfalls ist der Arzt belangbar. Wenn der Patient, der den Unfall verursacht, behauptet, dass er nicht darauf hingewiesen wurde, dass er nicht Auto fahren darf, dann haftet der Arzt mit – er haftet zwar nicht allein, aber er haftet mit. Wenn der Arzt dokumentiert hat, dass er den Patienten aufgeklärt hat, dann haftet der Patient alleine.

Verursacht ein Morbus Menière Patient während eines Anfalls einen Unfall, wird die Polizei wegen der Auswirkungen der Krankheit den Patienten erst mal als Betrunkenen sehen. Weist der Patient darauf hin, dass er Schwindel hat, dann wird er ins Krankenhaus eingewiesen. Die Staatsanwaltschaft ermittelt und stellt fest, dass der Patient eine Schwindelerkrankung hat



## “Begutachtung bei Morbus Menière”

### Tagung

und nicht Auto fahren darf. Der Staatsanwalt wird ein zivil- und strafrechtliches Verfahren einleiten und die Versicherung wird nicht bezahlen. Der Morbus Menière Betroffene muss alles selber bezahlen. Da sollte schon wohl überlegt sein, ob man sich ans Steuer setzt.

Bei einer Fahrzeugkontrolle passiert nichts.

Direkt zum Vortrag meldet sich ein Mitglied zu Wort und berichtet von seiner Reiserücktrittsversicherung.

Das Mitglied berichtet von einer gebuchten Reise. Vorher hatte es 9 Monate keinen Anfall, konnte aber dann doch die Reise nicht antreten. Die Reiserücktrittsversicherung zahlte nicht, weil es kein unvorhergesehenes Ereignis gewesen sei.

#### **Kommentar von Dr. Kratzsch:**

Wenn zum Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung der Morbus Menière schon

bekannt ist und im Vertrag steht „bestehende Risiken werden ausgeschlossen“, dann tritt die Versicherung bei Morbus Menière nicht in Kraft. Wenn man den Morbus Menière neu hat, dann hat man gute Chancen. Wenn er schon seit 10 Jahren da ist oder es war schon der 5. Anfall, dann hat man keine Chance.

Wenn Sie z. B. für einen Gehörlosen eine Krankenversicherung abschließen, dann wird alles, was in Folge der Behinderung an Kosten entsteht, grundsätzlich nicht übernommen. Wenn er z. B. psychisch auffällig wird durch Mobbing-situationen am Arbeitsplatz, dann könnte die Versicherung dahingehend argumentieren: Psychotherapie bezahlen wir nicht. Die Probleme haben mit der Kommunikationssituation zu tun, weil der Betroffene ja gehörlos ist. Alles, was beim Abschluss einer Versicherung als Risiko bekannt ist, ist nicht versichert.



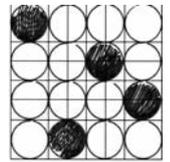
#### **Dr. Volker Kratzsch**

ist Chefarzt der Helios Klinik am Stiftsberg in Bad Grönenbach, Fachklinik bei Hörbehinderung und Tinnitus, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie und Unfallchirurgie.

Dr. Kratzsch entwickelte spezielle Programme zur Rehabilitation von Morbus Meniere Patienten.



# Fragen an Dr. Helmut Schaaf, Dr. Volker Kratzsch und Dr. Hünersen-Frech



Tagung

**Frage:**

Mein letzter Schwindelanfall war vor zwei Jahren. Darf ich jetzt wieder Auto fahren?

**Antwort Dr. Kratzsch:**

Nein, es kann durchaus Intervalle von 2 bis 3 Jahre geben, in denen man keine akuten Drehschwindelattacken hat. Wenn Sie keine Zustimmung vom Arzt bekommen, dass das Problem jetzt vorbei ist, dürfen Sie kein Auto fahren. Die derzeitigen Richtlinien der Begutachtung sind klar: lebenslanger Ausschluss vom Führen von Kraftfahrzeugen, wer an anfallsweisen chronischen Schwindelbeschwerden leidet.

**Frage:**

Wie viele Anfälle im Jahr muss man nachweisen, um eine Schwerbehinderung zu bekommen?

**Antwort Dr. Kratzsch:**

Wenn Sie jede Woche einen Morbus Menière-Anfall haben, dann ergibt das eine Behinderung von 30 und damit sind sie nicht schwerbehindert. Aber wenn Sie pro Woche einen Schwindel haben, dann sind Sie sicher auch nicht in euphorischer und super optimistischer Stimmung, Sie haben Tinnitus und leiden unter Schwerhörigkeit. Insofern ist eigentlich klar, dass sich dadurch die Behinderung nicht aus der Häufigkeit der Schwindelattacken begründen lässt, sondern aus den Komponenten Tinnitus, Schwindel, Schwerhörigkeit und Angst. Die psychische Komponente kann zur Schwerbehinderung führen.

**Frage:**

Ist Morbus Menière vererbbar?

**Antwort Dr. Schaaf:**

Wie immer ist das zum Teil richtig. Morbus Menière als Diagnose ist relativ schwer zu sichern. Es gibt Familien, die schon über Generationen hinweg ihr Morbus Menière vererben. Vater und Mutter haben Morbus Menière,

die Kinder haben auch Morbus Menière.

Es gibt Studien, wonach 10 bis 13 % wohl auch zumindest einen genetischen Anteil haben. Ich glaube, dass es Menschen gibt, die eher mit dem Ohr reagieren und das ist natürlich organisch festgeschrieben über die Erbgene. Ich glaube trotzdem, dass die Frage, ob ich es dann bekomme und mit welcher Schwere ich es bekomme, wieder davon abhängt, wie intensiv ich lebe und von noch vielen anderen Dingen, die sehr individuell gestaltbar sind.

**Frage:**

Gibt es eine Empfehlung für kompetente Ärzte?

**Antwort Dr. Schaaf:**

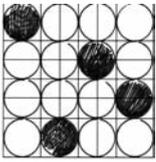
Ich finde das ganz schwierig. Der kompetente Arzt kann der Hausarzt sein, der Sie versteht und sich über das, was er nicht weiß, klug macht. Das kann natürlich in einer Phase sein, wo es darum geht: ich habe mehr als 2 Anfälle pro Woche, ich muss mein Ohr ausgeschaltet kriegen und ich denke darüber nach, was wäre die geeignete Methode. Wer ist dann kompetent? Es muss ja kein kompetenter Morbus Menière Versteher sein. Es ist ja sogar besser, wenn ein HNO-Arzt mit Gefühlen nichts zu tun hat und einfach schneidet; und ich kann Ihnen aus meiner Anästhesietätigkeit sagen: Wenn man operativ tätig ist, darf man kein Gefühl haben, wie man es als Psychotherapeut haben soll. In jeder Phase gibt es letztendlich eine andere Antwort auf das, was ich brauche und auch dann ist es unendlich schwierig. Idealerweise wäre dies natürlich der Arzt Ihres Vertrauens, der sie über eine lange Zeit begleiten kann.

**Frage:**

Gibt es ein anderes Medikament als Vomex gegen Übelkeit?

**Antwort Dr. Schaaf:**

Ja, gibt es. Für alle Patienten, die kein



## Fragen an die Experten Dr. Helmut Schaaf, Dr. Volker Kratzsch und Dr. Hünensen-Frech

### Tagung

Suchtproblem haben, also für alle, die nicht wissen, wie Alkohol geschrieben wird und auch noch nie Valium genommen haben ist Tavor das Medikament, das Sie in der Tasche haben sollten. Tavor ist ein hoch wirksames unter der Zunge lösliches Valiumpräparat. Wenn sie es unter der Zunge auflösen, haben sie die Chance, in 2 bis 10 Minuten keinen Schwindel mehr zu merken. D.h. aber nicht, dass er weg ist. Ich würde es jedem alkoholgefährdeten oder sonst auch auf der Medikamentenseite labilen Patienten verweigern. Es wäre unverantwortlich. Dazwischen gilt es, dass Sie im Prinzip selber oder mit ihrem verantwortlichen Arzt rauskriegen müssen, wo der Nutzen gegenüber der Gefährdung liegt.

Vomex ist ein tolles Mittel, aber das Blöde ist das Einführen. Es wirkt 1000-mal schneller als der Notarzt, der erst kommen müsste. Es ist eine gute Alternative, wenn sie es dabei haben.

#### **Zwischenfrage:**

Können Sie die Wirkungsweise von Vomex und Tavor vergleichen?

#### **Antwort Dr. Schaaf:**

Beides dämpft, beides betäubt das Gehirn.

#### **Zwischenfrage:**

Ist es derselbe Wirkstoff?

#### **Antwort Dr. Schaaf:**

Es ist ein anderer Wirkstoff und eine andere Form, den Schwindel nicht mehr zu spüren. Bei Tavor kann es sogar sein, dass Sie glauben, Sie könnten gerade gehen und von außen sieht man, dass das nicht so ist. Von daher muss man sich gut damit vertraut machen. Aber wenn Sie ein klarer Patient sind, würde ich das vorziehen.

#### **Antwort Dr. Kratzsch:**

Tavor und Vomex nehmen die Übelkeit und machen müde. Bei Tavor haben Sie ein sehr hohes Abhängigkeitspotential.-

Wenn man jedes Mal bei einem Schwindelanfall Tavor nimmt, dann induziert man die Abhängigkeit. Das Medikament der allerersten Wahl, das man problemlos nehmen kann, ist Vomex. Tavor ist die Alternative, wenn es im Supermarkt passiert und 10 Leute rumstehen. Wenn man Tavor regelmäßig über 3 oder 4 Wochen nimmt, hat man Suchtprobleme.

#### **Zwischenfrage:**

Was ist mit Atosil?:

#### **Antwort Dr. Kratzsch:**

Atosil ist ein Neuroleptikum, hat keine Suchtsymptomatik, behandelt aber nicht die Übelkeit.

#### **Zwischenfrage:**

Was ist eine Suchtproblematik?

#### **Antwort Dr. Kratzsch:**

Das ist, wenn man das Medikament jeden Tag wieder nehmen möchte. Und wenn Sie es nicht nehmen, kriegen Sie die klassischen Entzugserscheinungen: Zittern, Unruhe und Schweißausbrüche, Schlaflosigkeit usw.

#### **Frage:**

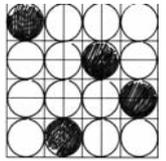
Habe ich das richtig verstanden, „echte“ Morbus Menière -Attacken sind nicht häufiger als 2 – bis 3-mal jährlich? Worauf stützt sich diese Aussage?

#### **Antwort Dr. Schaaf:**

In der Regel sind echte Morbus Menière -Attacken sehr selten. Morbus Menière -Attacken können 2 – 4, ja bis zu 10 pro Woche kommen. Was ich sagen wollte: in der Regel ist das aber nicht so. In der Regel sind echte Morbus Menière -Attacken sehr selten. Eher 3 bis 4mal im Jahr oder 1 mal im Monat. Der eine hat ganz viele und der andere hat nur alle 10 Jahre

#### **Frage:**

Wie gehe ich am besten mit Reizüberflu-



## Fragen an die Experten

tungen um?

**Antwort Dr. Hünersen-Frech:**

Treffen in Räumen ohne Hintergrundgeräusche, z.B. nicht in Gasthäusern, Geräuschpegel runter, Ruhepausen einlegen.

**Frage:**

Seit 9 Jahren habe ich Morbus Menière. Durch Aufzeichnungen konnte ich über die vielen Jahre immer die gleichen Vorzeichen erkennen. Kein einziger Anfall kam total überraschend. Damit würde ich mein Autofahren in guten Zeiten begründen. Wie sehen Sie das?

**Antwort Dr. Hünersen-Frech:**

Die Gesetzeslage ist ganz eindeutig. Es kann trotzdem sein, dass wieder ein Anfall kommt ohne Vorzeichen. Es gibt Patienten, die auf der Autobahn aus heiterem Himmel einen Anfall bekamen, obwohl sich die Anfälle sonst mit Anzeichen wie Druckgefühl angemeldet haben.

**Frage:**

1. Welche Reha - Kliniken sind geeignet (bez. Kosten v. DRV)
2. Wie sieht das Programm während einer Reha aus? Welche Vorlaufzeit gibt es? Anmeldung?

**Antwort Dr. Kratzsch:**

Zwei Systeme existieren nebeneinander: Es gibt psychosomatische Kliniken, die im Akutbereich Morbus Menière -Patienten oder Schwindelpatienten betreuen und es gibt die klassische Reha, bei der vorher ein Antrag beim Kostenträger gestellt wird. Kostenträger können - für alle, die im Erwerbsleben stehen, d. h. Beiträge zur Rentenversicherung zahlen - die Krankenversicherungen oder die Rentenversicherungen sein. Wenn Sie nicht im Erwerbsleben stehen und keine Beiträge in die Rentenversicherung leisten (Schüler, Studenten, Hausfrauen, Rentner, usw.), dann läuft alles über die Krankenkasse.

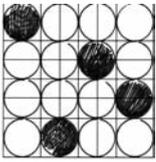
Es gibt ein einheitliches Formular für die Beantragung, das Sie von den Krankenkassen und der Rentenversicherung bekommen.

Innerhalb von 5 Wochen muss entschieden werden, ob eine Leistung zur Reha übernommen werden kann und ob es dafür eine medizinische Notwendigkeit gibt. Die Kostenträger müssen es untereinander ausmachen. Es gab Fälle, in denen sich Krankenkasse und Rentenversicherung jahrelang die Zuständigkeit zuschoben; deshalb diese 5 Wochen.

Anspruch auf eine Reha hat grundsätzlich jeder; dies ist im Sozialgesetzbuch festgeschrieben. Beim Antrag ist das Allerwichtigste, dass Sie eine nachvollziehbare Begründung haben. Es muss drin stehen, warum eine solche Rehabilitation stationär erforderlich ist. Die Aussage, "Ich habe Morbus Menière " oder "ich habe Tinnitus und brauche eine Reha" ist mit Sicherheit nicht ausreichend, sondern es muss daraus hervorgehen, was sind die Alltagsbelastungen und was sind die Ziele für eine solche Reha.

Oft lehnen die Kostenträger erst mal ab. Legen Sie Widerspruch ein! Das Entscheidende ist, Sie brauchen ein aussagekräftiges Attest, in dem dargestellt ist, welche Belastungen Sie haben und welches Ziel erreicht werden soll.

Am allerwichtigsten ist für alle Patienten das Gleichgewichtstraining. Sie werden sagen, davon gehen meine Drehschwindel-Attacken nicht weg. Stimmt! Sie werden nicht davon weggehen, aber die Unsicherheit schwindet. Es ist eine Auseinandersetzung mit der Frage, "Wie kann ich mich wieder auf mein Gleichgewicht verlassen?" Der Angstschwindel, das sind die Themen, die wir sowohl beim Gleichgewichtstraining als auch über die psychologische Begleitung und Beratung versuchen anzugehen. In der Regel ist das ein erheblicher Profit, nach Hause zu gehen



## Fragen an die Experten Dr. Helmut Schaaf, Dr. Volker Kratzsch und Dr. Hünensen-Frech

### Tagung

und zu sagen: Ich weiß jetzt um die Komponente Angst und weiß, dass man etwas dagegen tun kann.

#### **Frage:**

(Wie) lässt sich ein Gleichgewichtsausfall beidseitig kompensieren?

#### **Antwort Dr. Schaaf:**

Über die Augen und über körpereigene-Fühler, die in der Haut, den Muskeln, den Sehnen und den Gelenken liegen. Trotzdem wird der, der einen beidseitigen Gleichgewichtsausfall hat, ein Unsicherheitsgefühl haben, wenn er rauf und runter geht. Es ist, wie wenn Sie mit einer Kamera vor den Augen laufend was filmen, was sich vor den Augen bewegt. Ihr Gehirn wird es, wenn Sie es ihm erlauben, für sich selber dazu kommen, dass das ok ist; aber Ihr Nachbar sagt „Du läufst so schief“. Das ist das Glück, dass das Gleichgewichtssystem so vielfältig ist und es alles subjektiv kompensieren kann, wenn Sie es erlauben. Wenn Sie angst- und depressionskrank sind, wird das Gleiche nicht passieren können, obwohl sie organisch dazu in der Lage wären.

#### **Frage:**

Sind Ihnen allergische Reaktionen auf Gentamycin, das Gleichgewichtszentrum im Gehirn betreffend, bekannt?

#### **Antwort Dr. Schaaf:**

Die kenne ich nicht, aber es gibt nie etwas, was es nicht gibt. Aber es ist nicht so wirklich häufig.

#### **Frage**

Es gibt ganz verschiedene Arten von Schwindel, stimmt das?

#### **Antwort Dr. Schaaf:**

Wenn Sie einen Balken beobachten und der dreht sich. Sie behaupten, ich kann dann nicht mehr schauen. Doch Sie könnten, wenn Sie wollten und ich ermutige

Sie, es zu tun, denn wenn Sie mit geschlossenen Augen liegen und haben eine Panikattacke, dann dreht sich die Welt innen drin auch, aber außen nicht.

#### **Zwischenfrage**

Was ist mit dem Gefühl, die Welt steht still und ich drehe mich selbst, als wäre ich eine Uhr, die am Boden liegt und ich bin der Zeiger.

#### **Antwort Dr. Schaaf:**

Wenn Sie dabei umfallen, ist das ein Tumarkin Drop. Unter der Voraussetzung, dass alle anderen Befunde dazu passen.

#### **Zuhörer:**

Ja, das würde dazu passen, das fühlt sich so an. Von Null auf Nichts ist man auf dem Boden und irgendeiner muss einem eine geboxt haben.

#### **Antwort Dr. Schaaf:**

Das ist eine starke Reaktion von den ganz kleinen Gleichgewichtsplättchen direkt hinten auf die Spinalnerven und man sackt so zusammen. Das dauert nicht lange. Beim Umfallen sagt er zu seiner Frau: Das ist jetzt ein Tumarkin Drop. Das Gehirn merkt sich diesen Vorgang und reagiert bei ähnlichen Vorgängen jetzt genauso.

#### **Zwischenfrage:**

Ist es durchdiskutiert, ob das Auftreten von Tumarkin ein wirkliches Anzeichen vom Ausbrennen des Morbus Menière ist?

#### **Antwort Dr. Schaaf:**

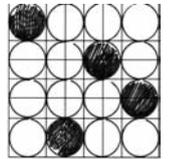
Im Augenblick geht es wohl mehr da hin, dass das wohl nicht der Fall ist.

#### **Zwischenfrage:**

Saccotomie?

#### **Antwort Dr. Schaaf:**

Saccotomie ist nicht wirklich wirksam. Die eigentliche Wirkung ist das Paukenröhrchen. Wenn es hilft, dann klasse!



## Fragen an die Experten

### Frage:

Ich habe 2 Saccotomie-OP's hinter mir und frage, ob als nächste Methode die Meniett-Pumpe für mich in Frage kommt?

### Antwort Dr. Schaaf:

Ich glaube nicht daran, dass es wirklich wirksam ist. Es kann keiner erklären, warum es wirksam sein sollte. Wenn die Meniett-Pumpe wirksam sein sollte, dann über die Mittelohrkomponente. Wenn es sinnvoll was behandelt, behandelt es ein anderes Krankheitsbild.

Die eigentliche Wirkung:

Wir machen ein Loch ins Trommelfell, legen ein Paukenröhrchen und bauen von außen einen wechselnden Druck auf. Dadurch wird die Endolymphzirkulation beeinflusst.

### Frage:

Umschulung zum Audiotherapeut – ist das ein Beruf mit Zukunft? Wer bezahlt ihn?

### Antwort Dr. Schaaf:

Ja, aber keiner bezahlt ihn.

### Frage:

Welche Rolle spielt die Ernährung?

### Antwort Dr. Hünersen-Frech:

Es ist sehr wichtig, was wir unserem Körper zuführen, ob es gesunde Dinge sind oder nicht. Für Morbus Menière haben sich alle diätischen Versuche nicht so bewährt. Da gab es mal so eine Diät mit kaliumarmer Kost. Das hat sich nicht bewährt. Es war eher eine zusätzliche Quälerei für die Patienten, die sich zu sehr eingeschränkt haben. Kaffee kann man uneingeschränkt trinken.

### Frage:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Nackenverspannungen und Morbus-Menièr-Anfällen?

### Antwort Dr. Kratzsch

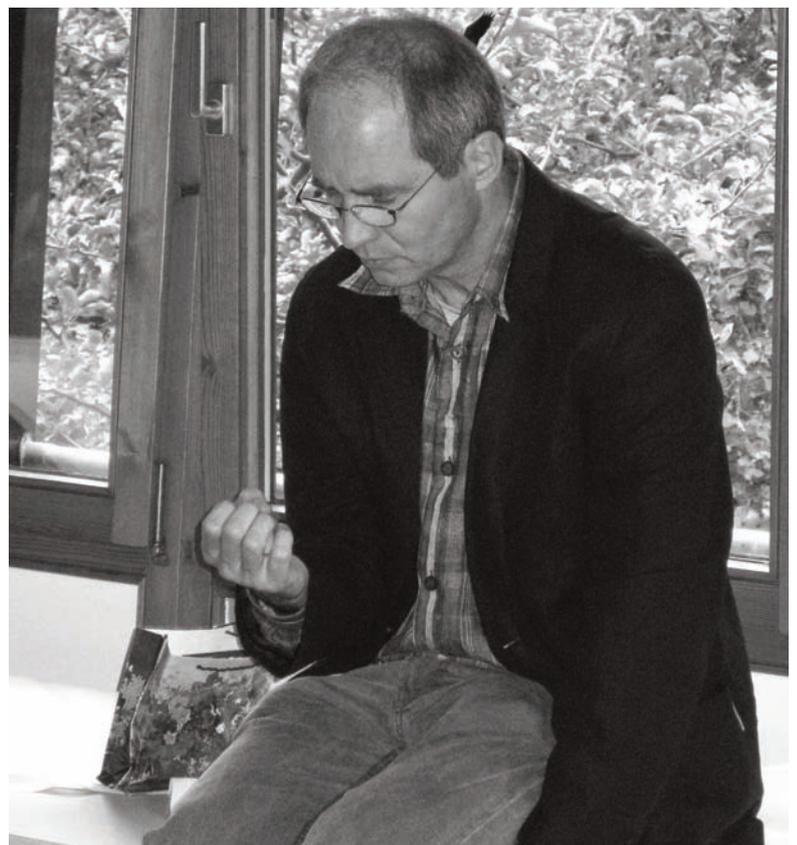
Augen - Schulternackmuskulatur - Teil des Gleichgewichtssystems: es ist klar, dass es da ganz enge Verbindungen gibt. Die Informationen laufen über denselben Weg zum Gehirn. Wir wissen, dass sowohl der Tinnitus als auch die Schwindelsymptomatik häufig dazu führen, dass der Patient Nackenverspannungen hat und dann manchmal massiert wird. Vor der Massage warnen wir, weil die klassische Massage im schulternahen Bereich die Tinnitus-symptomatik eher verstärkt.

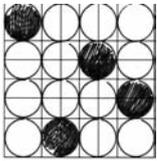
### Frage:

Stimmt es, dass Morbus Menière nach einer CI-Implantation verschwindet?

### Antwort Dr. Kratzsch:

Prinzipiell nein, es sei denn, Sie trennen den Nerv dabei ab und machen eine Neurektomie. Das wäre aber ein zusätzlicher Eingriff, weil das Einführen des Drahtes in die Schnecke überhaupt nichts bewirkt.





# „Was tun gegen die Schwindel-Angst-Schwindel-Spirale?“

## Tagung

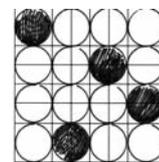
Der Vortrag von Dr. Oliver Rien in einem stichwortartigen Protokoll.

*Zusammengefasst von M.S.*

- Angst ist lebensnotwendig, denn sie führt zum Lernen, aber sie führt auch zu körperlichen Reaktionen.
- Angst sollte nicht zur „Vermeidung“ führen, sondern zu einer Handlung, die erfolgreich ist (Beispiel: Zahnarzt, nicht hinzugehen –Vermeidung- ist keine Lösung).
- (Wunsch nach) Kontrolle führt zu Stress. Für Morbus Menière-Patienten ist erlebter Kontrollverlust schlimm.
- Es entsteht Ohnmacht, Angst vor Verschlimmerung, existenzielle Ängste (Erwerbsfähigkeit gefährdet?), Verlust der Lebensqualität, Verlust sozialer Kompetenz, Scham, sozialer Rückzug (dann hat man verloren und die Krankheit hat gesiegt)
- Info: Nackenverspannungen sind auch oft Folgen der Schwerhörigkeit durch die Anspannung.
- Es treten Persönlichkeitsveränderungen ein: weniger belastbar, gereizt, empfindlich, sich zurückziehen => Dies belastet auch den Partner/die Familie, weswegen eine Angehörigenbetreuung wichtig ist.
- Handlungsmöglichkeiten: Entspannungstechniken erlernen, Psychotherapie, Stressmanagement, Nutzung von Hörhilfen etc.
- Scham als Stressor / Angstverstärker: Wie erkläre ich es meiner Familie / Freunden? Welchen Eindruck hinterlasse ich?
- Einsamkeit ist das Schlimmste für Menschen.
- Insbesondere in der heutigen leistungsorientierten Gesellschaft werden gesundheitliche Einschränkungen als Schwäche empfunden.
- Man kann die Gedanken anderer nicht kontrollieren. Wenn man bei jedem beliebt sein will, macht man sich Stress.
- Menschen mit Morbus Menière werden oft sozial unsicher.
- 80 % unseres Handelns sind darauf ausgerichtet, dass andere einen mögen und als Gesprächspartner interessant finden.
- Morbus Menière wird oft als Stigma empfunden (Definition von „Stigma“: Eigenschaft einer Person, die zutiefst diskreditierend ist)
- Identitätsstrategien führen zu Relativierung („Ich höre ein bisschen schlecht“, GdB-Ausweis)
- „Wer oder was mich verletzt, entscheide ich selbst“. Es kommt nicht darauf an, was gesagt wird, sondern wer es sagt. (Am Beispiel „Beleidigung durch einen Fremden/Freund/Familienmitglied/Partner“ erläutert)
- Oft tritt bei Betroffenen eine Reaktion von Verletzung durch Menschen ein, die einem gar nicht wichtig sind. Das sollte man abstellen.
- Ich bin das Wichtigste, dann kommt die Familie, dann der Rest.



# Vortrag von Dr. Oliver Rien, Diplompsychologe an der Klinik Bad Grönenbach



Tagung

- Man sollte sich von Menschen distanzieren, die für die Erkrankung kein Verständnis haben. Das tut weh, bedeutet Trennung, aber es hilft (z.B. Bereinigung des Freundeskreises). In schlechten Zeiten trennt sich die Spreu vom Weizen.
- Die Krankheit sollte als Chance gesehen werden, für sich etwas sichtbar zu machen.
- „Wer mich liebt und kennt, unterstützt mich.“
- „Ich muss mich nicht erklären!“
- „Ich schaue nicht nach den anderen, sondern nach mir.“
- Man sollte nicht dem alten Bild von sich hinterher rennen, weil man es nicht mehr erreichen kann.
- Aufklärung anderer sollte sachlich sein, konkrete Wünsche beinhalten. Keine Füll-



wörter (eigentlich, ein bisschen,...) und keine Konjunktive, keine Entschuldigung. Schwäche zeigen ist eine Stärke.

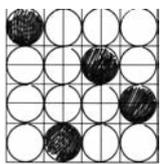
- Beispiel für eine Formulierung, mit der man sich klein macht: „Entschuldigung, ich höre etwas schlecht.“ => Man kann sich nur für Dinge entschuldigen, die man beeinflussen kann. Eine Krankheit hat man sich nicht ausgesucht. Eine Entschuldigung impliziert ein Versprechen, dass man etwas in Zukunft anders bzw. besser machen wird. Dieses Versprechen kann man bei einer Krankheit nicht geben. Daher das „Entschuldigung“ weglassen. Auch das „ein bisschen“ weglassen. Es gibt der Umgebung Unsicherheit. Bessere Formulierung: „Ich möchte Sie darüber informieren / aufklären, dass ich Morbus Menière habe / dass ich schlecht höre....“

- Das Gegenüber ist nicht kontrollierbar. Der andere muss auch Entgegenkommen zeigen. Als Schwerhöriger kann man jedoch eine Brücke bauen, aber man sollte die Kräfte in Grenzen einsetzen. Beispielrechnung: 7 Tage pro Woche à 24 Stunden ergeben 168 Stunden insgesamt. Die Arbeit im Rahmen von 40 Stunden pro Woche entspricht ca. 23 %, gefühlt sind es aber oft mehr, weil man gedanklich dienstliche Themen mit nach Hause nimmt und sich noch nach Feierabend damit beschäftigt. Die 23 % sollten jedoch nicht die übrigen % beeinflussen oder gar vereinnahmen. Man könnte sich z.B. eine Regel setzen, dass max. 15 Minuten pro Tag zu Hause von der Arbeit geredet werden darf.

---

## Dr. Oliver Rien

ist Dipl. Psychologe an der Helios Klinik "Am Stiftsberg" in Bad Grönenbach. Er ist selbst hörbehindert. Dr. Rien ist per E-Mail über die Klinik erreichbar.



# “(M)ein Leben mit Morbus Menière“ Inge Freifrau von dem Bussche erzählt

## Tagung

Anlass zum Feiern sehe ich nicht, doch ein kurzer Rückblick sei mir gestattet:

An den ersten Besuch dieses Herrn Menière bei mir kann ich mich noch gut entsinnen. Irgendein unbekanntes Wesen schubste mich samt der Schulbank mitten im Französischunterricht und ich kreiste durchs Klassenzimmer wie der kleine Häwelmann bei seiner Reise zum Mond. In meiner Not klammerte ich mich am Tisch fest, doch es half nichts, meine Blicke flogen weiter bis ich mich heftig übergeben musste. Ich war nicht im Stande das Klassenzimmer zu verlassen, meine Mitschüler schleppten mich in den Sanitätsraum und ich schämte mich unendlich. Einige Stunden später nach mehrmaligem Erbrechen und tiefem Schlaf schien alles wieder vorbei zu sein. Ich machte mich auf den Heimweg. Doch der Spuk kam in unregelmäßigen Abständen und in unterschiedlicher Intensität wieder.

Der befragte Hausarzt, der damals – 1950 – mit dem Fahrrad aus dem Nachbardorf angeradelt kam um seine Patienten zu besuchen, wusste keinen Rat. Er tröstete meine Mutter mit den Worten: “Wird wohl die Pubertät sein”. Gründliche Untersuchungen gab es kurz nach Ende des 2. Weltkrieges und nach der Währungsreform nicht. Meine Mutter hatte mit 5 Kindern und einem krank aus dem Krieg heimgekehrten Ehemann andere Sorgen.

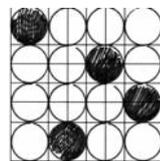
Die Pubertät war überstanden, doch diese Schwindelattacken nicht. Migräne wurden sie nun genannt. Trotzdem war in den „guten Zeiten“ aus mir ein lebensfroher junger Mensch geworden, der die Geselligkeit und den Tanzboden liebte. Mit dem Diplom in der Tasche trat ich die vielseitige und anspruchsvolle Stelle einer Direktrice in der Herstellung von Damenoberbekleidung an. Hier machte ich meine erste Bekanntschaft mit einer gehörlosen Schneiderin. Eine nette fröhliche Frau, die aber durch ihre Hörbehinderung kaum



Kontakt zu ihren Kolleginnen fand. Ihre Außenseiterrolle machte mich nachdenklich.

Gute und schlechte Zeiten kennen wir alle. Das Krankheitsbild zeigt ruhige und turbulente Zeiten. So eine menièreaktive Zeit bahnte sich nun an. Ich suchte Hilfe bei einem Allgemeinmediziner in Stuttgart. Er sprach zum ersten mal von Morbus Menière. Mit den Worten: „Die Krankheit ist unheilbar, damit müssen Sie leben, sie führt nicht zum Tod, aber Sie werden taub im Alter von 30 oder 40 Jahren.“ und einer Krankmeldung wurde ich nach Hause geschickt. Weitere Arztbesuche brachten keine bessere Prognose. Es gab weder Informationen zum Krankheitsbild noch Ansprechpartner. Dies war vor 50 Jahren.

Meine Familie zeigte kein Verständnis, der Freundeskreis schrumpfte. Die Angst vor der bevorstehenden Taubheit wuchs, kannte ich doch die Kommunikationsprobleme der gehörlosen Schneiderin. Andere Ärzte konnten mir ebenfalls keine bessere Diagnose stellen. An Arbeit in meinem geliebten Beruf war nicht zu denken. Die Schübe kamen immer häufiger. Termine mit Freunden konnten nicht mehr wahrgenommen werden, die Angst vor der Zukunft und der bevorstehenden Taubheit wuchs. Tiefe Verzweiflung machte sich in mir breit.



# Inge Freifrau von dem Bussche erzählt

Ein Freund war mir geblieben, der verständnisvoll wusste, was mit mir zu tun ist, wenn Herr Menière mich, wie von einem unsichtbaren Faden gesteuert, im Kreise tanzen ließ: eine ruhige Lagerstatt, eine Speischale, Hilfe beim Toilettengang, Dunkelheit wenn möglich, ein Tuch, um den kalten Schweiß zu wischen, und danach eine wärmende Decke.

Aus der Freundschaft wurde Liebe, die ein Leben lang anhielt. Fünf Kinder wurden uns in wenigen Jahren geschenkt, die inzwischen alle über 40 Jahre alt sind, und noch keiner hat M.M. Für uns Eltern war es eine harte Zeit. Manchmal brachte mir mein Mann den hungrigen Säugling zusammen mit der Speischale ins Bett. Der Arzt hatte Recht behalten, durch die schweren und häufigen Schübe verschlechterte sich mein Gehör rasch. Mit 26 Jahren entschied ich mich für mein erstes Hörgerät, mit 30 für das 2. Gerät auf der anderen Seite.

Es war 1962 als die ersten Hinter - dem - Ohr-Hörgeräte auf den Markt kamen. Daumenstarke Geräte, aber ich konnte sie hinter den Haaren verbergen, denn eine Hörhilfe war damals etwas für alte Menschen und als sogenannte „Taschengeräte“ gut sichtbar. Aber ich konnte damit besser hören und akzeptierte die Geräte. Die Kosten für Hörgeräte wurden nicht von den Krankenkassen übernommen. Auch aus ärztlicher Sicht benötigten Frauen keine Hörgeräte, um sich mit den Kindern zu verständigen. Was hat sich doch alles verändert in den letzten 45 Jahren!

Zu all den grausigen Symptomen kam der quälende Tinnitus, der manchmal wie ein Presslufthammer in meinem Kopf arbeitete, ein anderes mal schienen sich Grillen in meinem Gehörgang verirrt zu haben. Später trat ein gleichbleibender monotoner Ton auf. Ich nannte ihn „Pausenzei-

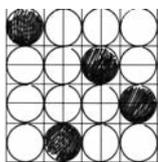
chen“. Diesen Ton akzeptierte ich als Vorzeichen für einen Menière- Anfall und legte, wenn möglich, eine Pause ein. Aber manchmal trat dieser Spuk auch in der Nacht oder ohne Voranmeldung und mit folgenschweren Stürzen auf. Dunkle Gedanken wurden durch die Fröhlichkeit der Kinder ausgelöscht. Es gab keinen Urlaub, kein Entfliehen vor dem Alltag oder der Krankheit. Keine Familienpflegerin wurde – wie heute üblich - vom Arzt verordnet und die Kosten von der Krankenkasse übernommen. Wir mussten alleine durch! Dies hat meinen Mann und mich noch mehr zusammengeschweißt. Es sind ja nicht nur die schönen, sondern gerade die schweren Zeiten die verbinden.

## **Beweggründe eine Selbsthilfegruppe für Morbus Menière aufzubauen**

Strebsamkeit, Ehrgeiz und Neugier scheint wohl in die Biographie eines Menière- Patienten zu gehören.

Was war das für ein Geist, der in mir hauste, gegen den Ärzte und Pharmaindustrie machtlos waren? In der Literatur war wenig über dieses Krankheitsbild zu finden und das wenige musste mit dem Lexikon in der Hand für den Laien verständlich gemacht werden. Über Schwerhörigkeit und Gehörlosigkeit konnte ich einiges finden, aber über Morbus Menière schrieb erst Dr. Schaaf in seinem 1995 erschienenen ersten Buch mit dem Titel „Morbus Menière - Krieg im Innenohr“.

Gewidmet hat Dr. Schaaf dieses Buch den Menière- Mitbetroffenen und ihren Mitmenschen. Es steht auf derselben Seite: „Je weniger wir miteinander reden, desto mehr müssen Bücher geschrieben werden“. Damals bestand in Waiblingen schon seit 9 Jahren eine Selbsthilfegruppe für MM-Patienten. Heute sind wir 47. Veranstaltung von KIMM zusammenkommen um miteinander zu reden. Bereits



# “Im kommenden Jahr - 2010 - habe ich ein Jubiläum: 60 Jahre mit MM”.

## Tagung

1997 waren Sie, lieber Herr Dr. Schaaf, als Referent von Bad Arolsen zu einer Veranstaltung von KIMM nach Waiblingen angereist.

Für mich war der Gedanke der Vereinsamung durch den Hörverlust im Vordergrund. Ich schloss mich einer Gruppe gehörloser Menschen an, erlernte die Gebärdensprache und wurde bald ins Mitarbeiter-Team im Stuttgarter Gehörlosen-Zentrum aufgenommen. Auch beruflich hatte ich eine neue Ausbildung in der Begleitung und Betreuung für ältere Menschen begonnen - dies war

1976. In Stuttgart gab es auch einen Schwerhörigen-Verein. Kommunikationshilfen wie lautsprachbegleitende Gebärden wurden strikt abgelehnt. Nur das Gesprochene von den Lippen ablesen war erlaubt. Aus meiner Erfahrung ist dies aber nur bedingt möglich. Beim Dachverband des Deutschen Schwerhörigen Bundes, DSB, wurde ich Mitglied. Bei nationalen und internationalen Kongressen und Seminaren beim DSB lernte ich viele Freunde und spätere Referenten für meine Veranstaltungen kennen.

In Waiblingen, meiner Heimatstadt, fand ich viel Unterstützung für eine SHG für Gehörlose, Schwerhörige, Ertaubte und deren Angehörige. Die Aufklärung der Angehörigen lag mir von Anfang an am Herzen, denn von einer Krankheit oder Behinderung ist immer auch der Partner

betroffen.

Es war in der Adventszeit 1983, als die Tageszeitung von einem beeindruckenden Gottesdienst in Waiblingen von Pfarrer Lenhardt aus Heilbronn berichtete. Pfarrer Lenhardt verstand seine Predigten auch für Hörbehinderte verständlich zu gestalten. Bald machte die Gruppe die sich „Förderkreis zur Integration für Schwerhörige und Ertaubte“ nannte, kurz „FISCHE“, von sich reden.

Es war die Zeit der Selbsthilfe-Bewegung. Das Rehasentrum für Schwerhörige und

Ertaubte in Rendsburg wurde aufgebaut und von der Universität Hamburg und Dr. Werner Richtberg, Psychologe an der Universität Frankfurt, den ich auf Vorträgen kennen und schätzen gelernt hatte, wissenschaftlich begleitet. Der Leiter dieses Zentrums in Rendsburg war Uli Hase. Im Frühjahr 1984



besuchte ich ein vierwöchiges Seminar in Rendsburg. Voll Power und mit dem „Schlagwort: Totale Kommunikation“ kehrten die Teilnehmer in ihre Wohnorte zurück!

Wieder war es Waiblingen, wo das erste Treffen der „ehemaligen“ Rendsburger für den Süddeutschen Raum stattfand. In Bad Berleburg im schönen Siegerland waren Rehabilitationen für Hörbehinderte im Entstehen. Hier wurde mir von Dr. Richtberg

KIMM e.V.  
c/o Anna Bott  
Schwabstr. 40  
70197 Stuttgart

KIMM e.V.  
c/o Anna Bott  
Schwabstr. 40  
70197 Stuttgart

# Anschriftenänderung

Meine Anschrift / mein Name hat sich geändert.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

seitheriger Name: \_\_\_\_\_

neue Anschrift:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_



Bitte heraustrennen und absenden an: siehe Rückseite

# Kontoänderung

Meine Kontoverbindung hat sich geändert.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

seitherige Bank: \_\_\_\_\_

neue Konto-Verbindung:

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_



Bitte heraustrennen und absenden an: siehe Rückseite

# Einzugsermächtigung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Der Jahresbeitrag von zur Zeit 20,-- EUR pro Jahr für die Mitgliedschaft bei KIMM e.V. kann von folgendem Konto abgebucht werden:

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Bankinstitut: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber/in bin ich selbst

andere/r Kontoinhaber/in:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

KIMM e.V.  
c/o Walther Dierlamm  
Strümpfelbacher Str. 2/1  
71384 Weinstadt

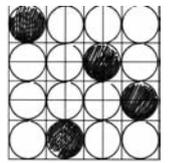


KIMM e.V.  
c/o Walther Dierlamm  
Strümpfelbacher Str. 2/1  
71384 Weinstadt



KIMM e.V.  
c/o Walther Dierlamm  
Strümpfelbacher Str. 2/1  
71384 Weinstadt

# Fortsetzung: Inge Freifrau von dem Bussche erzählt



Tagung



Inge Freifrau von dem Bussche nach ihrem Vortrag, gerahmt von Anna Bott, der kommissarischen Vorsitzenden von KIMM e.V. und dem Gastgeber in Bad Grönenbach, Dr. Volker Kratzsch

eine Reha empfohlen. Mit hohen Erwartungen - nicht zuletzt durch die hörbehindertengerechte Redekunst von Dr. Werner Richtberg - ging ich dort hin, es war Sommer 1995. Dr. Kratzsch führte die Neuen in den Klinikalltag ein. Für mich als an Taubheit grenzenden Menschen war es unmöglich den Einführungen zu folgen. Inzwischen genießt Dr. Kratzsch – nicht nur wegen seiner deutlichen und klaren Aussprache – bei allen Hörgeschädigten hohes Ansehen. Wir M.M. Patienten verdanken ihm, dass er schon 1997 bereit war, in Bad Grönenbach die ersten Rehabilitationen speziell für diesen Personenkreis einzurichten. Heute sind wir zum V. Symposium für Menière-Patienten in die „Klinik am Stiftsberg“ eingeladen. Auch in Waiblingen war Dr. Kratzsch schon mehrmals als Referent in unserem Kreis. Herzlichen Dank!

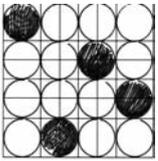
Wie entstand nun KIMM e.V.?

Zu den verschiedenen Veranstaltungen, die ich leitete, kamen auch Menschen mit Drehschwindelattacken. Für diesen Personenkreis wurde im Frühjahr 1986 ein weiteres Treffen vereinbart. Fortan traf sich

diese Gruppe im Frühjahr und Herbst, um gezielt über ihr Krankheitsbild zu berichten und Informationen auszutauschen. Edgar Bauer und ich bereiteten die Treffen vor und schrieben und verschickten die Protokolle in loser Form.

Die Selbsthilfegruppe nannte sich „Kontakte und Informationen zu Morbus Menière“ kurz KIMM. 1994 waren 50 Mitglieder registriert, zu groß für eine SHG, und es wurde ein eingetragener und gemeinnütziger Verein daraus. Aus den einst losen Infoblättern wurde ab 1997 eine Mitgliederzeitschrift. Mut zum Weitermachen bekam ich immer wieder von den Teilnehmern und Referenten der Tagungen. Die Referentenliste seit 1991 ist lang und namhafte Redner sind eingetragen.

Früh war mir klar geworden, dass der Umgang mit der unheilbaren Krankheit entscheidend ist. Klagen, jammern, sich bedauern und darüber nachgrübeln bringt nichts, sondern verstärkt nur die negative Stimmung. Stattdessen tue etwas, das dir Spass und Freude macht und dich ablenkt und auf andere Gedanken bringt. Aber ziehe dich nicht aus der Gesellschaft zurück. So war es zwischen meinem Mann



Tagung

## Von dem Bussche: "Mein Leben mit MM"

und mir: ich schleppte ihn in Gebärdenkurse und auf Kongresse für Hörbehinderte und er mich in Opern und Konzerte.

Manche von Ihnen kennen sicher die Spirale der Krisenverarbeitung als Lernprozess aus dem Buch von Dr. Erika Schuchardt mit dem Titel "Warum gerade ich?". Die einzelnen Stadien müssen durchlebt werden um letztendlich seinen Weg zu finden um mit der Krankheit leben zu können. Dieses Buch ist 1983 erschienen und lag bei unseren Veranstaltungen immer auf dem Büchertisch.



Auch ich musste den Weg durch diese Spirale gehen. Von der Ungewissheit bis zur Solidarität mit der Krankheit. Von der Taubheit bis zum wieder Hören können mit zwei Cochlear Implantaten. Freude und Trauer gehört zum Leben und ich durfte beides reichlich erfahren und bin dankbar dafür.

**Was hat sich für die Betroffenen geändert? Ist die Situation besser geworden?**

Viele Antworten auf diese Fragen haben Sie heute schon gehört oder Sie finden sie selbst. Denken Sie nur an ein solches Symposium wie heute oder an Medikamente gegen Schwindel, auch Gentamycin, Operationen, alternative Medizin, Psychotherapie oder Hörgeräte bis zum CI. Dies alles gab es vor 50 Jahren noch nicht.

Unter meiner Amtszeit als Vorsitzende von KIMM wurde einiges eingeläutet und nun ist die Zeit meiner Verantwortung bei KIMM zu Ende. Diese 23 Jahre meines Lebens waren für mich eine wertvolle und bereichernde Zeit und werden es in meiner Erinnerung bleiben. Ich bedanke mich bei allen, die mich begleitet haben.

Auch ohne ein Amt bei KIMM möchte ich mit Menière Patienten verbunden bleiben und meine reichen Erfahrungen weitergeben.

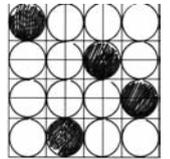
Uns allen wünsche ich viel Glück und Gesundheit.

Herzlich grüßt Sie Ihre

Inge von dem Bussche

*Inge von dem Bussche*

# Wurde zur Qual der Wahl: Die Arbeitskreise am Nachmittag. Qi Gong und Trampolinspringen



Tagung



Diplom Psychologin Anja Krüger überzeugte uns davon, dass „Entspannung mit QiGong“ wirklich möglich ist.

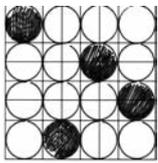
nen Körper und die Bewegungen. Für daheim bekamen wir schriftliche Anweisungen für weitere Heilübungen

KIMM-Mitglied E. K. berichtet:  
“Erst wies uns Frau Krüger darauf hin, dass wir es mit chinesischen Heilübungen zu tun haben. Die traditionelle chinesische Medizin geht von Energiebahnen im Körper aus, an denen z. B. auch die Akupunkturpunkte liegen. Blockaden werden aufgelöst und der Energiefluss unterstützt. Richtig ausgeführt, ist es möglich, das Selbstbewusstsein aufzubauen, das Immunsystem zu kräftigen und ein neues Gefühl von „Gleichgewicht“ zu vermitteln.

Die langsamen Bewegungen prägen sich durch ständige Wiederholung ein. Allmählich entsteht jene entspannte hochkonzentrierte Geisteshaltung, die Voraussetzung für diese Art der Entspannung ist. Konzentriert folgten wir den Anweisungen und atmeten ruhig und langsam bei den einzelnen Übungen, achteten auf den eige-



Bilder von den Workshops:  
„Entspannung mit QiGong“ mit Anja Krüger, Diplom Psychologin  
Nächste Seite: “Trampolinspringen” mit Heilpädagogin Renate Klingner



## Tagung

# Tolle Arbeitskreise machten am Nachmittag die Wahl schwer. Qi Gong und Trampolinspringen

Beim Trampolin-Training mit der Heilpädagogin Renate Klinger, konnten unsere Mitglieder ihr Gleichgewicht trainieren. E. M. berichtet: Nach der Einweisung wurden wir in zwei Gruppen aufgeteilt. Zuerst haben wir uns an die anderen Geh-Eigenschaften auf dem Trampolin gewöhnt, dann erst sind wir gehüpft und gesprungen. Mit Übungsvorschlägen nahm uns Frau Klinger unsere anfängliche Unsicherheit. Auf die Fähigkeiten des jeweiligen Teilnehmers abgestimmt, probierten wir die verschiedensten Übungen:

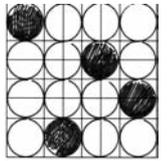
zu zweit Fußball spielen, Ball zuwerfen, Hocksprünge, Drehungen um die eigene Achse, vom Sitzen in den Stand kommen u.v.m. Wir hatten viel Spaß dabei. Die Zuschauer und wir selbst waren erstaunt, dass wir uns auf dem Trampolin trotz MM so gut stabilisieren und bewegen konnten. Zum Schluss war ein Teilnehmer sogar bereit, zu zeigen, was unter Stresssituation passiert: man verliert nämlich das Gleichgewicht und kann nicht mehr gerade und gleichmäßig springen.



## Herzlichen Dank Frau Klinger! von Lore Coulon

Da ich durch die Teilnahme an Symposien in Bad Grönenbach zweimal die Möglichkeit hatte, auf ein Trampolin zu steigen, und am Tag darauf (nach einer längeren nächtlichen Ruhepause) die „Leichtigkeit des Seins“ erfahren konnte, entschied ich mich auch schon bei der Anmeldung zum diesjährigen Symposium in Bad Grönenbach zur Teilnahme am Trampolin-Training bei Frau Klinger. Am Vorabend des Symposiums kam ich

sehr abgespannt in Bad Grönenbach an, eine bequeme Hose für's Trampolin hatte ich vergessen. Meine Erschöpfung hielt am nächsten Vormittag während der Vorträge an und ich beschloss, lieber einen Mittagschlaf zu machen und dann im Schwimmbad Entspannung zu suchen. Als ich die Anmeldeliste fürs Trampolintraining sah und las, dass Zuschauer ebenfalls herzlich eingeladen seien, war ich erst recht nicht bereit, mich vor Zuschauern auch noch zu



## Herzlichen Dank Frau Klinger! Zum dritten Mal in Bad Grönenbach. Zum dritten Mal auf dem Trampolin.

produzieren. Immerhin bin ich 72 Jahre alt, und so fühlte ich mich auch an jenem Vormittag. Ich zückte den Stift, um meinen Namen auf der Teilnehmerliste auszustreichen. In diesem Augenblick sprach mich Herr Dierlamm an und fragte, ob ich einen Kurzbericht über das Trampolinspringen für KIMM schreiben könne. Wie oft in meinem Leben sagte ich „ja“ statt „nein“ und drückte meinen Unmut vielleicht unbewusst dadurch aus, dass ich dann als Letzte zum Trampoltraining erschien. Als ich Frau Klinger erklärte, dass ich für das Trampolin zu erschöpft sei, obwohl ich schon zweimal gute Erfahrungen gemacht hätte und deshalb nur zuschauen wolle, meinte sie, ich käme gleich in der ersten Gruppe mit an die Reihe, danach könnte ich mich entscheiden.



Als Erste also musste ich aufs Trampolin, konnte nur in leicht gebückter Haltung stehen und die ersten Schritte machen. Nur mühsam hielt ich das Gleichgewicht. Aber dann... schon nach der ersten Runde auf dem Trampolin hatte ich die aufrechte Haltung wieder erlangt und damit auch meinen Mut. Ein Zweiter kam auf das Trampolin und wir mussten Fußball spielen. Ich war weiterhin auf meine aufrechte Haltung konzentriert. Frau Klinger war mal neben uns mit auf dem Trampolin, reichte

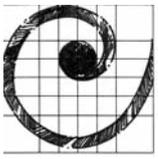
unten mit ihren beobachtenden Blicken. Von Übung zu Übung verlor ich die Anspannung, spürte Sicherheit und mächtige Freude, auf einem Untergrund, der ständig sich bewegte, aufrecht zu bleiben. Mein Selbstbewusstsein wuchs, Spaß an den einzelnen Übungen kam hinzu. Aufhören? Nein, ich doch nicht!

Als Zuschauerin beobachtete ich dann, dass andere Teilnehmer/innen - wenn sie ungeübt auf das Trampolin stiegen - die gleiche Entwicklung zeigten, jüngere Teilnehmer/innen mit natürlich akrobatischeren Ergebnissen. Ein sehr großer, jüngerer Mann z.B. bewegte sich in seiner ersten Runde auf dem Trampolin recht unsicher und nach vorn gebeugt. Ich konnte seine Befindlichkeit seinem ernstesten Gesichtsausdruck und meinen eigenen Gefühlen bei meiner ersten Runde entnehmen. Wie

dieser Mann im Laufe der Übungen zu aufrechter Haltung kam, über das ganze Gesicht lachte und dann zu hohen Sprüngen mit 180° Drehungen in der Lage war, konnte mich nur begeistern.

Weshalb ich gern regelmäßig ein Trampoltraining machen würde, hängt jedoch mit meinem Befinden am darauffolgenden Tag zusammen: Die nächsten Stunden nach dem Training fühlte ich mich sehr

müde. Aber am nächsten Morgen hatte ich dann jedes Mal das Gefühl eines befreiten Kopfes! Kein Druck, keine Spannungen, keine Schwingungen! Ein Gefühl der Leichtigkeit und der Ruhe im Kopf, das sich in meinem gesamten Befinden ausbreitete, das mir Mut und Selbstvertrauen schenkte. Ich weiß nicht, wie lange dieses Gefühl jeweils anhielt, 1, 2 oder 3 Tage? Diese positiven Erfahrungen überhaupt gemacht zu haben, ist für mich das Wichtigste. Herzlichen Dank, Frau Klinger!



# 14. Bad Arolser Tinnitus-Symposium am 11. und 12. September 2009 Bericht eines Mitglieds

## Medizin

Zum 14. Bad Arolser Tinnitus-Symposium in Bad Arolsen startete ich zusammen mit zwei weiteren Mitgliedern der Essener Selbsthilfegruppe: Tinnitus und Morbus Menière, um uns aus den Fachvorträgen Informationen zum Umgang mit dem o.g. Krankheitsbild zu holen. Dabei überzeugte Bad Arolsen schon auf Anhieb durch die historischen Gebäude im Stadtkern und machte schon Vorfreude auf den angekündigten abendlichen Empfang im steinernen Saal des Residenzschlosses.



Ansicht des Residenzschlosses in Bad Arolsen

Aber bevor die Äußerlichkeiten der Stadt genossen werden konnten, hatte die Tagung noch ein umfangreiches Programm zu bieten. Natürlich konnten nicht alle Veranstaltungen besucht werden. Somit suchte sich jede der drei Teilnehmerinnen der Essener Selbsthilfegruppe die Workshops und Vorträge aus, die für ihr jeweiliges Krankheitsbild am meisten versprach.

Ich entschied mich am Freitag für folgende zwei Workshops:

1. Ich höre Dir zu – Körperarbeit mit sich und im Kontakt
2. Durch Achtsamkeit zur Ruhe kommen

In beiden Workshops stand die bewusste Körperwahrnehmung im Vordergrund. Die erfahrenen Bewegungstherapeuten erläuterten die Bedeutung der Entspannungstechniken und die bewusste Wahrnehmung der Körpersignale insbesondere in Stresssituationen. Anschließend schloss sich die Führung durch die beiden Kliniken „Große Allee“ und „Hofgarten“ an. Auf diesem Weg konnte ich die Flyer unserer Selbsthilfegruppe auslegen.

Ein Höhepunkt der Veranstaltung war unsere Teilnahme an der Abendveranstaltung mit Buffet im steinernen Saal des Residenzschlosses Bad Arolsen. Es herrschte eine sehr feierliche und gleichzeitig entspannte Atmosphäre. Wir kamen mit Ärzten, Therapeuten und Betroffenen zwanglos ins Gespräch.

Am Samstag wurden von 9 bis 15 Uhr Vorträge zu folgenden Themen gehalten:

1. Moderne Hörgeräte bei Tinnitus
2. Vom Arbeitsplatzkonflikt zum Hörsturzereignis
3. unsere Erfahrungen mit Biofeedback in der Tinnitus-Behandlung
4. Leitsymptom Schwindel – Diagnostik und Therapie
5. Tinnitus und Hyperakusis
6. Tinnitus-Behandlung: ambulant oder stationär?

Zwischen den sehr informativen, aber gleichzeitig auch anstrengenden Vorträgen konnte man sich in den Pausen bei Kaffee und Gebäck noch einmal mit den Teilnehmern austauschen.

Wir fuhren mit vielen positiven Eindrücken heim und werden im nächsten Jahr beim 15. Tinnitus-Symposium am 10. und 11. September 2010 in Bad Arolsen wieder dabei sein. All unsere dort gesammelten Informationen haben wir bereits an unsere Selbsthilfegruppe weitergegeben. Weitere Detailinformationen können unter: 14. Bad Arolser Tinnitus-Symposium herunter geladen werden.



# 53. Österreichischer HNO Kongress 2009

## Edeltraud Kerschenlohr von KIMM hat ihn besucht



Medizin

Durch Vermittlung von Prof. Dr. Müller aus Würzburg hatte ich eine Einladung zum österreichischen HNO Kongress erhalten. Der Kongress fand vom 09. bis 13. September 2009 im Festspielhaus Bregenz statt. Über 150 Ärzte referierten über Krankheiten und deren Behandlungsmöglichkeiten im HNO-Bereich. Medizinische Geräte, Medikamente und Hörhilfen wurden von 40 Firmen in einer großen Ausstellung gezeigt. Das Festspielhaus als Veranstaltungsort bot einen wunderschönen Rahmen für die gut organisierte Veranstaltung.

Mich interessierten natürlich nur die Vorträge über Morbus Menière, Tinnitus und Gleichgewichtsstörungen.

Am Mittwochabend wurde die Fachausstellung eröffnet. Als MED EL-CI-Trägerin wurde ich am Stand der Firma MED EL freundlich aufgenommen und konnte mich über das neue Modell Opus 2 informieren.

Am Donnerstag stand schon um 8.00 Uhr „Morbus Menière“ auf dem Plan.

Prof. Dr. Gibson aus Sydney, Australien, hielt den Internationalen Vortrag mit dem Thema Pathophysiology of Menière Disease – New Aspects, Diagnostics. Diesem Vortrag schlossen sich folgende Referate an:

- Prof. Dr. Baumgartner, Wien „Von Prosper Menière zu modernen Therapieansätzen“ (s. Seite 36 und 37)
- Dr. C. Walch, Graz „Konservative Therapieoptionen“
- Dr. Arnoldner, Wien „Die Labyrinthanästhesie – eine nebenwirkungsarme trans-tympanale Therapieform“
- Dr. Baier, Darmstadt, Prof. Dr. Müller, Würzburg „Stellenwert der Saccotomie, Re-Saccotomie“
- Prof. Dr. Franz, Wien „Tenotomie – eine Therapievariante“
- Dr. Sprinzel, Innsbruck „Stellenwert der Vestibularis-Neurektomie“

Mit den Grußworten vom Bürgermeister der Stadt Bregenz, Herrn M. Linhart, und dem Landeshauptmann, Herrn Dr. Sausgruber, wurde der Kongress eröffnet.

Die Festrede „Ausbrennen im ärztlichen Beruf – Vorbeugung und Bewältigung des Burnouts“ wurde von Prof Dr. Haller (Feldkirch) gehalten.

Da immer drei Vorträge gleichzeitig waren, musste ich am Nachmittag wählen zwischen Cochlea Implantat und Schwindel. Ich entschied mich für die Vorträge über Schwindel.

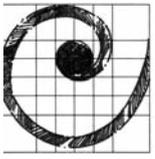
Beim Vortrag Stationäre Schwindelpatienten – Eisenstädter Erfahrungen zeigte Dr. Dialer (Eisenstadt) anhand von Tabellen Untersuchungsergebnisse seiner Klinik ohne allgemeine Informationen, denn es gibt keine HNO ärztliche Schwindelstatistiken, was nötig wäre. Von seinen Untersuchungen konnte er sagen, dass Frauen mehr betroffen sind als Männer und dass es eine sehr hohe Zahl an unklaren Ursachen beim Schwindel gibt.

Frau Dr. Marek aus Leverkusen machte in ihrem Vortrag Einteilung psychogener Störungen im HNO-Fachgebiet u. a. deutlich, dass MM eine organische Erkrankung ist, aber auch psychisch krank macht.

Hörsturz von Prof. Dr. Franz (Wien), Akuter Tinnitus von Dr. Walch (Graz) und Akute Vestibularisstörungen von Prof. Dr. Scholz (Innsbruck) waren die Vorträge am Freitagvormittag.

Den ersten Vortrag von Prof. Dr. Baumgartner „Von Prosper Menière bis zu modernen Therapieansätzen“ habe ich für diese „KIMM aktuell“ aufgeschrieben.

*Edeltraud Kerschenlohr*



# Prof. Dr. Baumgartner: Von Prosper Menière bis zu modernen Therapieansätzen



Tagungsort Festspielhaus Bregenz Österreich  
Copyright: Festspielhaus Bregenz/Bruno Klomfarh

Prosper Menière wurde 1799 in Angers geboren und starb am 7. Februar 1862 in Paris. Er hat selbst als Arzt und Honorarprofessor nur ein Jahr lang seine Entdeckung der menièr'schen Krankheit aktiv miterlebt.

Er hat zunächst in Angers studiert und ist später nach Paris übergesiedelt und wurde 1828 zum Doktor der Medizin. Als 29-jähriger promovierte er.

Die Zeiten in Europa waren unruhig, vor allem in Frankreich. Menière wurde damals verpflichtet - im postnapoleonischen Frankreich - in Südfrankreich bei der Bekämpfung der Cholera-Epidemie mitzumachen. Hier hat er sich als Arzt besonders verdient gemacht und wurde anschließend bereits als 36-jähriger in die französische Ehrenlegion aufgenommen, was eine besondere Ehre war. Die Ehrenlegion wurde von Napoleon als Ersatz für die alten Adelstitel geschaffen, welche in der Französischen Revolution abgeschafft wurden. Die Tradition der Ehrenlegion setzt sich bis heute fort.

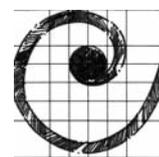
1838 wurde Dr. Menière Vorstand des Taubstummeninstituts Dieu in Paris und hat sich in erster Linie mit Hörstörungen beschäftigt. - und wie Sie wissen, beschäftige ich mich auch mit CI. Damals hat er

Gehörlosigkeit versus Normalhörigkeit geschrieben, die damals schon kontrovers aufgenommen wurden.

Bis zu seinem Lebensabend hat er die leitende Funktion in dem Institut ausgefüllt. Er hat keine andere Position mehr angenommen.

Unverhofft ist er dann im Februar 1862 an einer Lungenentzündung verstorben.

Er war in Paris in das kulturelle soziale Leben sehr integriert. Er war befreundet und stand in engem Briefkontakt mit Victor Hugo und Honoré de Balzac. Insgesamt hat sich sein medizinisches Interesse auf die Hörstörungen und das Innenohr gerichtet. Erst als 62-jähriger, im Jahre 1861, hat er das Syndrom von anfallsartigem Schwindel mit gleichzeitiger und fortschreitender Schwerhörigkeit und dem Tinnitus, dem Ohrgeräusch, beschrieben. Dr. Menière hat selbst auch die Patienten, die er behandelt hat, im Institut für Gehörlose obduziert, insbesondere auch die Felsenbeine. Er hat bemerkt, dass es bei gewissen Erkrankungen - nämlich jahrelangen anfallsartigen Erkrankungen von Patienten, die er behandelt hat - in der Schnecke, in der Cochlea anders ausgesehen hat als im Bogengangssystem und



# Von Prosper Menière bis zu modernen Therapieansätzen

daraus hat er geschlossen, dass die Problematik des Schwindels und der Emesis<sup>1)</sup>, der Hörstörungen, nicht wie damals behauptet, einen neurogenen Ursprung im Gehirn hat, sondern dass ein Zusammenhang mit dem Bogengangsystem besteht.

Prosper Menière hat erstmals diese Beschwerden als das Problem des Innenohrs richtig erkannt und definiert. Denn bis dahin galt es als eine Form der Epilepsie und wurde den neurologischen Krankheiten zugerechnet.

Er hat 1861 diese Arbeit der französischen Akademie der Wissenschaften vorgelegt, die davon gar nichts gehalten hat. Er wollte die Kollegen überzeugen, dass das Innenohr schuld ist und nicht die Neurologie und ist auf Ablehnung gestoßen. Sein Ansatz war damals kontrovers und er wurde nicht Professor an der Sorbonne. Aus einem Briefverkehr geht hervor, dass er gerne Professor an der Sorbonne geworden wäre.

Damals war die Behandlung nach wie vor Aderlass und Blutegelbehandlung. Er hat also selbst den großen Erfolg seiner Theorie gar nicht miterlebt.

1867 wurde erstmals in der österreichischen und Wiener Literatur der Ausdruck "menièreische Krankheit" verwendet.

Den entscheidenden Durchbruch brachte aber damals Jean-Martin Charcot, der große Neurologe, der erste Neurologe in Salpêtrière in Paris.

1874 hat er Morbus Menière in die französische medizinische Literatur übernommen und seither wird es eigentlich als menièrische Erkrankung anerkannt.

Es ist kein Zufall, dass Charcot, der damals zum Durchbruch dieser Erkrankung geführt hat, Neurologe war und kein Otologe.

Dr. Menière hat sich selbst mit einem Akzent geschrieben auf dem zweiten „e“. Allerdings, auf dem Familien-Friedhof in Montparnasse in Paris gibt es eine divergierende Schreibweise.

Nun zum heutigen Morbus Menière: Hier eine Karte von der deutschen Tinnitus Liga. Eine Subgruppe<sup>2)</sup> beschäftigt sich mit Menière und auffallend ist, dass da steht: „Bitte bringen Sie mich nicht ins Krankenhaus“.

Sind wir Ärzte so unwissend?

Können wir den menièreschen Kranken nicht gut behandeln?

Die Behandlung zeichnet sich ja aus durch Polypragmasie<sup>3)</sup>. Zwischen Paukenröhrchen und allen anderen Therapien gibt es eine wahre Vielzahl an Anwendungen.

1) Emesis = Erbrechen

2) Anmerkung der Redaktion: Gemeint ist hiermit wohl KIMM e.V.

3) Die Polypragmasie bezeichnet in der Medizin die wegen des Risikos für Wechsel- und Nebenwirkungen zu vermeidende sinn- und konzeptionslose Diagnostik und Behandlung mit zahlreichen Arznei- und Heilmitteln sowie anderen therapeutischen Maßnahmen. (Zitiert aus Wikipedia)

So sieht die Notfallkarte von KIMM e.V. aus (vorne und hinten):

## Ich habe Morbus Menière, bitte helfen Sie mir!

Bringen Sie mich **nicht** in ein Krankenhaus! Bitte helfen Sie mir nach Hause!  
Meine Adresse:

Vorname, Name

Straße

Wohnort

Telefon-Nummer meines nächsten Angehörigen



Symptome:  
Drehschwindel  
Tinnitus  
Schwerhörigkeit

## Morbus Menière Pass • Morbus Menière Pass

## Ich habe Morbus Menière, bitte helfen Sie mir!

herausgegeben von:

**KIMM e.V.**

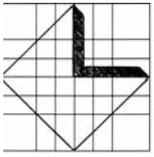
Kontakte und Informationen  
zu Morbus Menière

www.kimm-ev.de  
info@kimm-ev.de



Überregionaler Selbsthilfeverein für Betroffene  
der Krankheit Morbus Menière

## Morbus Menière Pass • Morbus Menière Pass



# Auswirkungen des Morbus Menière für meine Berufstätigkeit

## Forum

Guten Tag,

Mein Name ist M.S. Ich möchte heute gerne meine Erfahrungen zum Thema Morbus Menière mit Ihnen teilen, speziell im Hinblick auf die Vereinbarkeit mit der Berufstätigkeit.

Kurz zu meiner Person:

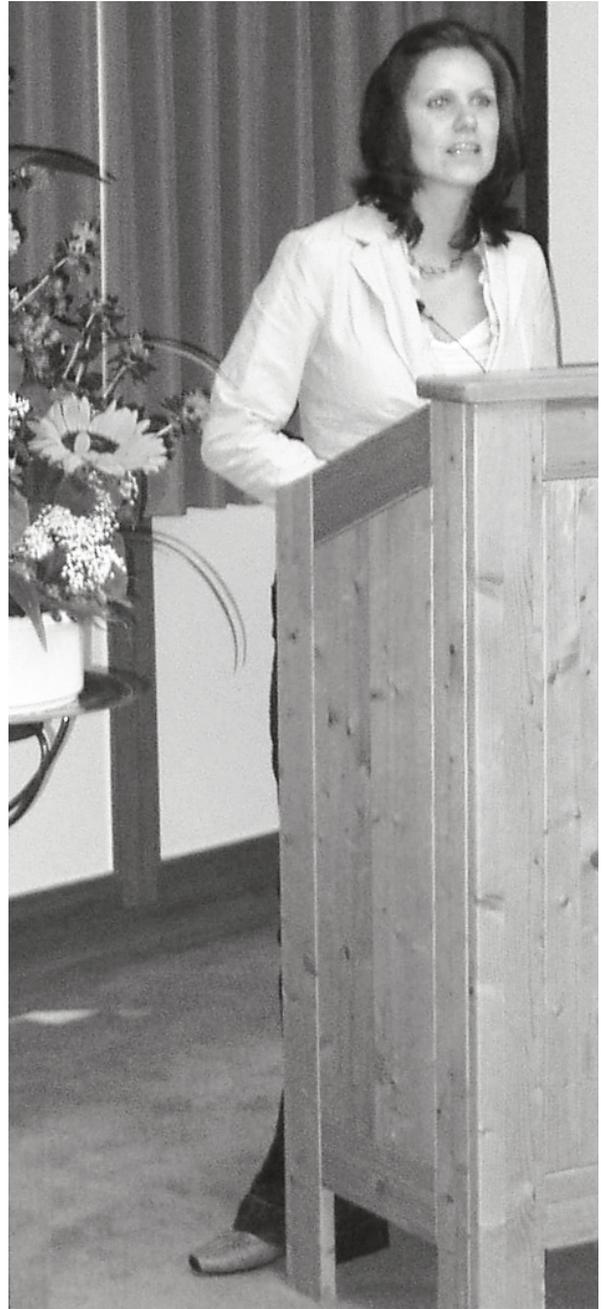
Ich bin 30 Jahre alt und lebe mit meinem Partner zusammen seit ein paar Jahren in Unterfranken. Dort arbeite ich in einem größeren Unternehmen der Automobilbranche im Personalwesen als Gruppenleiterin. Meine Tätigkeit bringt viel Menschenkontakt, Dienstreisen, Arbeit am PC und hohe Arbeitszeiten mit sich.

Vor ca. 2 Jahren zeigten sich bei mir die ersten Symptome des Morbus Menière. Im Sommer letzten Jahres wurde ich beginnend mit einem Turmakin-Anfall auf der Arbeit für fast drei Monate aus dem Berufsleben gezogen. Nach einiger Zeit wurde die Diagnose Morbus Menière gestellt. Dank einer sehr guten Betreuung durch Hr. Dr. Waldfahrer in der Uniklinik Erlangen, der ebenfalls mit KIMM in Kontakt steht, konnte ich nach einiger Zeit wieder die Arbeit aufnehmen.

Die Diagnose empfand ich alles andere als erfreulich, aber auch nicht vernichtend. Ich ging pragmatisch und rational an die Sache heran: Internetrecherche, Literatur zum Thema, Austausch mit Betroffenen etc. Eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema war für mich zunächst der beste Weg und ich hatte das Gefühl etwas Sinnvolles zu meiner Genesung beitragen zu können.

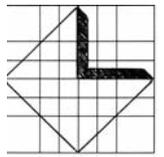
Daher entschied ich mich dafür diese offene Begegnung mit Morbus Menière auch auf der Arbeit fortzusetzen.

Bereits während der Zeit des so genannten „Krank-Geschrieben-Seins“ hatte ich re-



gelmäßig Kontakt zu Kollegen und meinem Vorgesetzten. Natürlich wollten sie wissen, wann ich wiederkomme und was denn los ist. Als ich die Arbeit wieder aufnahm, ergriff ich die Flucht nach vorn und habe meine direkten Kollegen aufgeklärt, was Morbus Menière ist, was bei einem Anfall passieren kann und wie sie damit umgehen können. Ich wollte Ihnen eine gewisse Unsicherheit nehmen, die unausgesprochen im Raum stand. Auch den Werksarzt informierte ich, damit man Bescheid weiß, falls ich mal wieder umkippe.

# Erfahrungsbericht einer Betroffenen - Aufgeschrieben für das Symposium in Bad Grönenbach



Forum

Zu Beginn sah man mir noch an, dass die letzten drei Monate an mir gezehrt hatten. Ich war trotz des Sommers blass, hatte bei meiner ohnehin schlanken Figur zusätzlich abgenommen und die Ränder unter den Augen sprachen scheinbar Bände.

Der Start auf der Arbeit war körperlich nicht leicht, aber ok. Ich hatte wohl noch so eine Art „Schonfrist“. Ziemlich schnell kehrte jedoch der Alltag ein. Man sagte mir „Du siehst ja ganz fit aus, scheint ja alles wieder ok. zu sein“.

Ich betrachtete das als Kompliment und war froh, dass man mir nicht ansah, dass doch auf der Arbeit nicht alles so glatt ging, wie ich mir das vorgestellt hatte.

Ich kämpfte mit den üblichen Problemen bei Terminen, in denen viele Leute teilweise durcheinander sprachen, musste immer wieder nachfragen, da ich kein Hörgerät besaß. Hinzu kam die Arbeit am PC, die mir nach einem Arbeitstag nachmittags schwer fiel, weil das Bild teilweise verschwamm. Und natürlich die Sorge bei wichtigen Terminen, in denen ich gut funktionieren musste, ob nicht gerade jetzt ein Anfall auftreten könnte...

Ich hatte mir präventiv vorgenommen, die Arbeitszeiten in einem „gesunden“ Rahmen zu halten. Ich fing morgens früher an und war die erste im Büro, damit ich im Feierabend noch genug Zeit zur Erholung hatte.

Zusätzlich meldete ich mich für Qi Gong- und Tai Chi- Kurse an, die zeitlich so lagen, dass ich an diesen Tagen nicht viel Mehrarbeit leisten konnte.

Mir tat der Rhythmus und die Regelmäßigkeit zunächst gut, aber meinem beruflichen Umfeld schien dies nicht zu gefallen, da eine große zeitliche Flexibilität verlangt wird, was sich mit festen regelmäßigen Terminen nach der Arbeit kaum vereinbaren lässt.

Dies hatte zur Folge, dass mein Chef mich acht Wochen nach meiner Rückkehr ansprach. Er sagte, ich sähe recht fit aus und mir ginge es ja wieder besser, da ich kaum noch Anfälle hatte. Dann sagte er, dass es ja nun Zeit wäre wieder richtig einzusteigen und mehr zu arbeiten.

Ehrlich gesagt, war ich schockiert und wusste gar nicht, was ich dazu sagen sollte. Mir ging es bei weitem nicht so gut, wie es aussah, und ich war froh, dass ich mit meiner Vollzeittätigkeit einigermaßen klar kam. Und nun das!

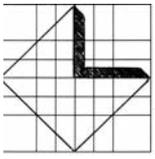
Die privaten Termine, die angenehm sein sollten, wurden allmählich zu stressigen Terminen nach der Arbeit. Der Tag war einfach zu voll und zu eng geplant.

Zum Jahreswechsel kam ich aufgrund meines Urlaubs etwas zur Ruhe. Ich realisierte, dass man als Menière-Patient gerade mit den Symptomen neben den Schwindelanfällen stärker zu kämpfen hat als ich es vorher dachte.

Ich hielt an meiner Strategie fest: Offener Umgang mit Morbus Menière und eine gute Work-Life-Balance trotz der großen Erwartungshaltung im Job.

Der Druck auf der Arbeit wurde stärker. Die Krise hatte auch unser Unternehmen erfasst. Die Stimmung war gedrückt. Das Konkurrenzdenken nahm zu.

Ich stellte schleichend fest, dass ich scheinbar keine Konkurrenz mehr für meine Kollegen darstellte. Ich war ja diejenige, die nicht mehr so gut funktionierte wie früher: Die Schwindelanfälle, dann noch die Pollenallergie, welche mich verschneift und verheult aussehen ließ, dann hatte ich noch diesen grippalen Infekt, weswegen ich ein paar Tage ausfiel, dann noch die Zahnschmerzen und Arzttermine...ständig war was anderes. Ich fühlte mich körperlich geschwächt, angeschla-



# Erfahrungsbericht einer Betroffenen

## Forum

gen und ausgelaugt. Das Rauschen im Ohr wurde lauter und ließ mich nachts nicht schlafen.

Gleichzeitig nahm der berufliche Druck zu. Ich empfand eine große psychische Belastung gesund sein zu müssen und das auch als Bild nach draußen zu transportieren.

Es kam wie es kommen musste: Ein heftiger langer Anfall. Der erste so schlimme seit einiger Zeit. „Zum Glück ist es Freitag Abend!“ dachte ich. „Da bekommt es keiner auf der Arbeit mit.“ Das war meine einzige Sorge.

Doch es kam noch schlimmer: Ich hielt eine Präsentation vor einer größeren Gruppe gestandener Männer aus dem Fertigungsbereich. Zum Schluss saß ich auf einem Stuhl. Während ich Worte der Verabschiedung sprach, begann ein heftiger Drehschwindelanfall. Zum Glück saß ich. Panik stieg in mir hoch. „Jetzt keine Blöße geben. Warte bis alle draußen sind.“ Ich versuchte ruhig zu bleiben, tief durchzuatmen. Schließlich landete ich auf der Liege des Werksarztes, der ja zum Glück Bescheid wusste. Mir wurde direkt Vomex gereicht. Meine Arbeitskollegen wurden informiert, damit man mir meine Tasche und Jacke bringen konnte. Mein Partner holte mich ab und brachte mich nach Hause.

Jetzt war es wieder so weit. Mein Plan mit der offenen Kommunikation und der Work-Life-Balance ging nicht auf. Es sprach sich schnell rum und man ging davon aus, dass ich wieder des Öfteren

ausfallen werde. Daher landeten bestimmte Themen gar nicht mehr auf meinem Tisch. Das Risiko, dass Zeitkritisches liegen

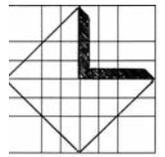


bleibt, war scheinbar zu groß.

Es folgte noch eine zaghafte Anfrage, ob ich eine wichtige Dienstreise nach Shanghai antreten würde. Gerne hätte ich es gemacht, allein schon um Mut zu beweisen und mich nicht von der Krankheit dominieren zu lassen, allein aus Trotz. Letztendlich verließ mich jedoch der Mut, denn ich hatte wieder ein paar Anfälle und wollte damit nicht so eine stressige Reise antreten. Ich hatte Angst und sagte ab.

Da war das Wort: Angst. Ich dachte nicht, dass es in meinem Berufsalltag eine große Rolle spielen würde, sondern dass man sich mit der richtigen Einstellung der Angstspirale entziehen könnte.

Der Schwerbehindertenbeauftragte unseres Unternehmens, mit dem ich beruflich auch zu tun habe, sprach mich an. Wir stellten einen Antrag. Das Resultat waren 40 GdB. Es waren zwar keine 50, aber beim Lesen des Briefs dachte ich nur:



# Erfahrungsbericht einer Betroffenen

„Jetzt hast Du es sogar schriftlich, dass Du nicht mehr richtig funktionierst.“

Im letzten Mitarbeitergespräch sagte mein Chef mir, dass es nicht mein Jahr gewesen sei. Er wollte wissen, wann ich wieder Auto fahre, damit ich die Dienstreisen in gewohntem Umfang aufnehmen kann. Er sagte auch, dass man mir anmerke, dass ich angeschlagen bin. Einen Moment lang wusste ich nicht, ob ich froh sein sollte, dass man es mir ansah. Vielleicht würde ich dann keine bösen Blicke mehr ernten, wenn ich mal pünktlich nach Hause gehe. Ich deutete an, dass ich evtl. eine Reha bzw. einen stationären Aufenthalt angehen werde, damit alles wieder besser wird. Natürlich war er nicht begeistert, aber da muss ich jetzt standhaft bleiben.

Im Nachhinein betrachtet habe ich wohl die Einschränkungen, die einen auch zwi-

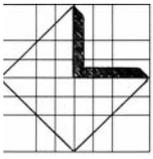
schen den Anfällen begleiten, unterschätzt. Ich bin dennoch der Meinung, dass ich einen Weg finden werde auch mit Morbus Menière arbeiten zu können und mich gut dabei zu fühlen. Ob ich allerdings meinen jetzigen Job so wie früher ausüben können werde.....ich weiß es nicht. Ich zweifle. Aber irgendeinen Weg gibt es Beruf, Privat und MM in Einklang zu bringen. Davon bin ich überzeugt. Dieser Weg sieht sicher für jeden unterschiedlich aus. Ich hoffe, Sie haben Ihren Weg schon gefunden. Ich bin noch auf der Suche nach meinem Weg.

Daher freue ich mich heute hier sein zu dürfen und hoffentlich weitere Impulse für den Umgang mit Morbus Menière zu erhalten.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.



Anna Bott und M.S. nach dem Vortrag



# Forum: Briefe und Fragen Betroffener

## Briefe

### Brief eines Mitglieds

Ich habe seit 2000 Morbus Menière. Trage seit 2004 beidseitig Hörgeräte. Habe immer wieder Hörstürze, zuletzt auf beiden Ohren im März 2009. Bin im März und April 2009 im Krankenhaus mit Kortisoninfusionen behandelt worden. Leider auf beiden Ohren kein Erfolg. Jetzt hat sich das Gehör weiter verschlechtert, so dass meine Hörgeräte nicht mehr ausreichen. Durch den Morbus Menière und Tinnitus schwankt das Gehör sehr oft. Durch laute pulsierende Ohrgeräusche ist das Hören noch schlechter. Wenn die Geräusche leiser sind, ist das Hören auch besser. Kennt jemand diese Beschwerden? Welche Behandlungen gibt es da noch?  
J.F.

*Antworten leiten wir sofort an das Mitglied weiter. Wollen Sie direkten Kontakt aufnehmen, vermitteln wir diesen gerne.*

---

Seit einigen Jahren bin ich - obwohl im "hohen Norden" wohnend - Mitglied von KIMM e.V. Ihrer Zeitschrift entnehme ich viele Anregungen, oft auch Trost und Zuversicht.

Auf diesem Wege erfuhr ich vor 3 Jahren von einer besonderen Reha-Maßnahme in der Heliosklinik "Am Stiftsberg" in Bad Grönenbach. Ich hatte das Glück, drei Wochen im Kreise Betroffener Erfahrungen auszutauschen und Kraft tanken zu können. Die Angst vor Anfällen hatte mich zu diesem Zeitpunkt wieder voll im Griff. Da ich seit über 30 Jahren an Morbus Menière leide - lange Odyssee durch verschiedene Arztpraxen - bis zur Diagnose nach 20 Jahren; hat die Angst von Zeit zu Zeit die Oberhand. Die drei Wochen in Bad Grönenbach waren für mich sehr lehrreich und ich lernte sogar psychogenen Schwindel von dem Morbus Menière - bedingten Schwindel zu unterscheiden.

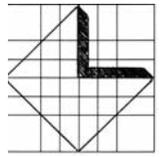


Leider konnte mein Hauptanliegen dort nicht berücksichtigt werden. Alle Mitglieder unserer Patientengruppe lebten in einer Partnerschaft. Ich lebe aber alleine. Mich würde sehr interessieren, wie gehen andere alleinlebende Betroffene mit der Krankheit und der Angst um?

Verstehen Sie meine Zeilen nicht falsch. Ich sitze nicht zu Hause und warte auf die nächste Attacke, sondern ich bin ein sehr aktiver Mensch. So arbeite ich im Vorstand des hiesigen Schwerhörigen-Vereins, reise und bin auch Mitglied eines populär-wissenschaftlichen Vereins - also nicht abhängig von der Krankheit und trotzdem ist sie immer irgendwie präsent. Daher wäre ich an einem Gedankenaustausch mit ebenfalls betroffenen alleinlebenden Patienten sehr interessiert.

Vielleicht können Sie mir helfen.  
Vielen Dank und alles Gute für Ihre weitere Arbeit.

*KIMM e.V. ist gerne bereit, den Kontakt zu vermitteln.*



# Forum: Briefe und Fragen Betroffener

### Erfahrungsbericht von Fr. D.

Die ersten Anzeichen traten bei mir im Jahr 2001 mit zeitweiligem Piepen im linken Ohr, Druckgefühl und Hörminderung auf. Erst Verdacht auf Hörsturz, doch nach einigen Tests sagte mir mein HNO-Arzt, dass es doch kein Hörsturz sei und schickte mich wieder arbeiten.

Meinen ersten schweren Drehschwindelanfall mit Übelkeit, Erbrechen, totalem Hörverlust und einem wahnsinnig hohen Druck erlitt ich zu Weihnachten 2001 während der Arbeit. Meine damaligen Chefs (alles Ärzte, Nephrologen) konnten mir nicht weiter helfen und ich kam zum ersten Mal in die MHH. Ich erhielt eine 10-tägige Infusionstherapie, sonst keine weiteren Informationen.

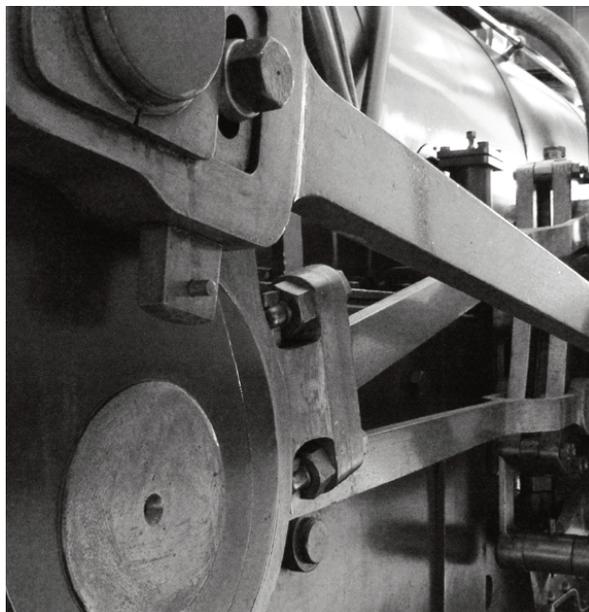
Danach wandte ich mich an einen anderen HNO-Arzt. Von Januar bis März 2002 schickte er mich zu allen möglichen anderen Ärzten, wie z. B. Orthopäde, Neurologe, Zahnarzt, Kieferorthopäde ... keiner konnte irgendetwas feststellen oder sagen, woher der Schwindel kam. Ich begann schon, an mir selbst zu zweifeln, weil mir keiner Glauben schenken wollte. Im April 2002 stand dann fest, dass es sich nur um Morbus Menière handeln konnte.

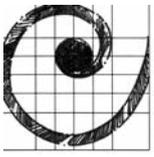
Mit Aequamen wurde es nicht wesentlich besser. Mir war täglich schwindelig und ich hatte ständig ein Übelkeitsgefühl. Das Innenohr und das Gleichgewichtsorgan hatten wohl durch den unbehandelten Hörsturz einen dauerhaften, irreparablen Schaden genommen. Die Schwindelanfälle kamen in unregelmäßigen Abständen zwischen 3 bis 4 Wochen und hielten bis zu 12 Stunden an. 2003 musste ich aus dem Beruf als Krankenschwester ausscheiden. Im März 2006 bekam ich nach einer Umschulung einen Job weit weg von zu Hause. Bald ging es mir wieder zusehends schlechter. Ein Akustikusneurinom am

Ansatz des Hörnervs verursachte ein weiteres Schwindelgefühl.

Im Februar 2007 wurde durch einen Schnitt im Trommelfell mittels Laser das Neurinom entfernt und eine Labyrinthanästhesie gesetzt. Nachdem ich mich von der OP erholt hatte, ging es mir richtig gut! Im September 2007 bekam ich einen neuen Job in meiner Heimat, der jedoch sehr stressig war, was zu Lasten meiner Gesundheit ging. Nachdem die Medikamente jetzt nicht so bedingungslos wirkten, wie zuvor bei der Labyrinthanästhesie, bekam ich April 2008 erneut diese OP. Ich fühlte mich absolut frei und wohl. Doch dieses Mal hielt die Wirkung nicht so lange an. Von November 2008 an ging es wieder extrem bergab.

Auch nach einer erneuten Infusionstherapie geht es mir nicht besser. Mir ist fast ständig schwindelig, der kaum auszuhaltende Druck im Ohr, Schlafstörungen, Alpträume und Angstgefühle und Gleichgewichtsstörungen plagen mich. Der von mir gestellte Antrag auf teilweise Erwerbsminderung wurde abgelehnt. Ich habe Widerspruch eingelegt. Nun warte ich auf das Ergebnis des Widerspruchs und auf die Reha.





# Das Problem der unterschiedlichen Bewertung von Behandlungsmethoden

Das Leben eines von Morbus Menière Betroffenen findet auch heute noch unter der Überschrift statt: „Morbus Menière kann man nicht heilen“. Und es ist - leider - immer noch häufig genug so ziemlich die einzige „Erklärung“, die der Morbus Menière-Patient von seinem behandelnden Arzt bei der Feststellung der Diagnose erhält. Deshalb suchen immer mehr Morbus Menière-Betroffene Heilung in der Alternativmedizin. Ihre Erfahrungen sind dabei - auch bei gleicher Anwendungsmethode - allerdings nur allzu oft sehr unterschiedlich. Dessen ungeachtet wird - verständlicherweise - von KIMM e.V. im Normalfall erwartet, dass einem Betroffenen auf seine Frage „Kann mir eine bestimmte Therapie helfen?“ eine eindeutige Antwort gegeben wird.

Um genau diese Problematik der völlig unterschiedlichen Einschätzung einer bestimmten Behandlungsmethode zu verdeutlichen, berichten wir an dieser Stelle von den Erfahrungen zweier Mitglieder, die sich der Low-Level-Laser-Therapie unterzogen haben:

### 1. Erfahrungsbericht in KIMM aktuell 2/2008:

„... Dann, im Mai 2006, hörte ich von der hochdosierten Low-Level Lasertherapie nach Dr. Wilden. Ohne zu zögern fasste ich den Entschluss, diese Therapie auszuprobieren. Was die heutige Medizin als unheilbar bezeichnet, ist mit dieser Therapie gelungen. Nach einer intensiven Erstbehandlung und vereinzelt Nachbehandlungen ist der Schwindel vollständig verschwunden. Meine Hörfähigkeit ist wieder deutlich verbessert und mein Tinnitus ist kaum noch wahrnehmbar. ...“

### 2. Leserzuschrift vom 25.5.2009 als Reaktion auf diesen Erfahrungsbericht:

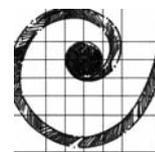
"Sehr geehrte Damen und Herren, die von einer Morbus Menière - Betroffenen geschilderte Low-Level-Laser-Therapie

bei ... in .., habe ich Anfang des Jahres selbst ausprobiert. Enttäuschend war, dass keine echte Studie über Morbus Menière-Heilung vorlag. Alle Aussagen beruhen nur auf subjektiven Eindrücken. Ich kann verstehen, dass die Schulmedizin diese Therapie anzweifelt und nicht anerkennt. Mir haben die einstündigen Bestrahlungen zu je 200 Euro jedenfalls nicht geholfen, meine Anfälle blieben mir – und das seit 8 ½ Jahren. Der Arzt erschien mir nicht sehr kompetent, was MM betrifft. Etwas unseriös, was die Bezahlung anbelangt (am liebsten bar und ohne Rechnung!) und mysteriös, was eine Unterschriftforderung betraf, die ich für „Studienzwecke“ geben sollte. Also eine reine Geldschneiderei, übertriebene Gebühr für wenig Leistung und am Ende soll man noch ein Heimgerät kaufen zu 2000 Euro oder 920 Euro !!!

### 3. Stellungnahme von Herrn Dr. Schaaf auf eine entsprechende Anfrage einer Betroffenen

In KIMM-aktuell 1/2009 wandte sich eine MM-Betroffene mit der Frage, ob die „Low-Level Lasertherapie“ als sinnvolle Methode einzustufen sei, an Herrn Dr. med. Helmut Schaaf, Selbstbetroffener und Autor vieler Bücher über MM. Seine Antwort war klar und eindeutig: "Liebe Frau ..., sparen Sie sich lieber das Geld, es ist vollkommen unwissenschaftlich, dafür ohne Nebenwirkung. Investieren Sie Ihr Geld lieber in eine gute Hörverbesserung (Kommunikationshilfen) und spenden das Geld zum Beispiel der Selbsthilfe. Liebe Grüße Dr. med. Helmut Schaaf"

Diese drei Briefe zeigen die Problematik auf, die in der berechtigten Frage von oft verzweifelten Mitgliedern steckt: "Kann mir eine bestimmte Therapie helfen?" Sie verdeutlicht auch, dass es KIMM e. V. im allgemeinen leider nicht möglich ist, auf die derartige Fragen konkrete Antworten



# Labyrinthanästhesie. Eine Stellungnahme von Dr. Helmut Schaaf, Oberarzt der Tinnitus-Klinik Bad Arolsen

KIMM e.V. hat mich gebeten zu dem Thema der "Labyrinthanästhesie" in der letzten KIMM aktuell, so wie sie von Prof. Illberg vorgetragen und geschildert wurde, Stellung zu nehmen. Dies will ich, so weit mir dies möglich ist versuchen.

Die "Labyrinthanästhesie" beinhaltet, dass ein lokales Betäubungsmittel (Lidocain) in das Mittelohr gegeben wird. Von da aus wird die Weiterleitung der Gleichgewichtsinformationen der Nerven zum Gehirn auf kurze Zeit blockiert. Für das Gehirn macht sich dies wie bei einem "normalen" Gleichgewichtsausfall bemerkbar, weswegen es mit Schwindel, Augenflackerbewegungen, Gangunsicherheit und Fallneigung zur betroffenen Seite - auf Zeit - reagiert.

Vor- und Nachteil dieses Vorgehens ist, dass das lokale Betäubungsmittel nur eine begrenzte und in der Regel sehr kurze Zeit wirkt, meistens weniger als 8 Stunden. Das heißt, der Effekt dieser Maßnahme ist auch auf wenige Stunden begrenzt. Da keine Strukturen geschädigt werden (wenn nicht durch den operativen Eingriff etwas verletzt wird) treten auch keine Nebenwirkungen auf.

Prof. Illberg verbindet mit diesem Vorgehen die Vorstellung und die Patienten die Hoffnung, dass es in der kurzen Zeit der Betäubung zu einer Umstellung im Gleichgewichtsorgan kommen soll, indem "das vegetative Nervensystem das Innenohr kurzfristig blockiere. Dies soll dann eine langfristige Schwindelfreiheit oder zumindest eine deutliche Verbesserung nach sich ziehen. Ein bisschen ist das so, wie wenn man auf einen defekten Fernseher schlägt und hofft, dass dann das Bild wieder kommt. Für die Labyrinthanästhesie berichtet Illberg von Erfolgen und stattgehabten Untersuchungen.

Für jede Behandlungsmethode des Morbus Menière gibt es natürlich auch skeptische

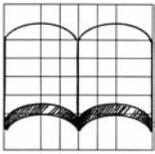
Beurteilungen; ich bin bei dieser Methode eher zweifelnd. Dies ist in der aus meiner Sicht schwachen Datenlage begründet und in dem prinzipiellen Zweifel, wie eine kurzfristige Betäubung über die Wirkdauer des Lokalanästhetikums hinaus langfristige und dann auch noch positive Veränderungen haben soll, und das noch ohne Nebenwirkungen. Anders als die Betäubung mit dem Lokalanästhetikum Lidocain führt die Gentamycintherapie ebenfalls zu einer Funktionsminderung im Gleichgewichtsorgan, dies aber gewollt und langfristig anhaltend. Dabei liegt es in der Entwicklungsgeschichte und Anatomie des Organes, dass das benachbarte Hörorgan zu mindestens mit betroffen sein kann. Zum Glück hat inzwischen die veränderte Technik der Gentamycingabe dazu geführt, dass sich die negativen Auswirkungen auf das Hören geringer auswirken als früher geschehen.

Nun ist es leider relativ häufig, dass Patienten bei Misserfolgen oder bei Kümmernissen selten den Anwender selbst informieren, oder sie an ihrem Erleben mit Rückmeldungen teilhaben lassen, sondern zu anderen Behandlern gehen. Auch deswegen kommen nicht wenige Patienten nach einer erfolglosen Labyrinthanästhesie zu uns, ebenso wie wahrscheinlich von unserem Vorgehen enttäuschte Patienten woanders weiter suchen. Günstiger wäre es sicher, den Behandlern direkte Rückmeldungen zu geben, im eigenen und im Interesse der zukünftig Behandelten.

In der Zusammenfassung bedeutet dies für die Labyrinthanästhesie:

- \* der Effekt ist mehr als fraglich,
- \* benötigt viel Zuversicht
- \* und kostet richtig viel privates Geld.

Dr. med. Helmut Schaaf  
Oberarzt der Tinnitus-Klinik  
Ohr- und Hörinstitut Hesse(n)  
im Krankenhaus Bad Arolsen



# „menière desaster, der Feind in meinem Innenohr“ von Sylvia B.

Das bei BoD (Books on Demand) unter der Nummer ISBN 978-3837095753 erschienene Buch „menière desaster, der Feind in meinem Innenohr“ von Sylvia B. beschreibt Morbus Menière unverfälscht aus der Sicht einer Betroffenen: 20 Jahre Morbus Menière, eingebettet in ihr Leben – oder eher: ihr Leben eingebettet in Morbus Menière?

Sprachlich und stilistisch bedient sie sich dabei durchaus ungewöhnlicher Mittel: durchgehende Kleinschreibung und wer nach Kommata, Schlusspunkten und vergleichbaren Strukturierungsmitteln sucht, wird nicht fündig; die Strukturierung erfolgt ausschließlich durch Zeilenumbruch und Leerzeile. Das kann gegebenenfalls für den Leser gewöhnungsbedürftig sein – ich selbst habe es nicht nur akzeptiert, sondern genossen.

Neben der eindringlichen detaillierten Beschreibung der Wucht, mit der der Menière sich sein Recht im Leben des / der Betroffenen einfordert, wird im vorliegenden Buch auch das Leben von Sylvia B. durch Sylvia B. sehr nah beschrieben, wird nicht beschönigt, dass der Partner nicht nur keine Hilfe, sondern eindeutig verschlimmernder Teil ihres Lebens ist. Dennoch findet weder eine weinerliche Schuldzuschreibung noch entsprechend gefärbter, simpler Schicksalshader statt: Hier beschreibt eine Kämpferin - unverblümt direkt, aber nicht schmähend - ihren Weg in ein dennoch lebefähiges und lebenswert erstrittenes Leben mit Morbus Menière. Und dieser Weg führt sowohl durch unwissende und selbstherrliche als auch durch wissende und mitfühlende Ärzteschaft hindurch. Er kennt nur allzu genau das privat und beruflich missverstehende Umfeld und muss auch durch Phasen, in denen Suizidgedanken das alleinige Tagesthema sind.

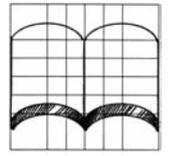
Und stets ist der Eimer als wichtiger Weggefährte in griffweiter Nähe – aber bei aller Frische und Prägnanz der Sprache vergisst der Leser nie den Ernst des Gesagten.

Das Buch dürfte aus meiner Sicht auch / gerade für den nicht- oder nur indirekt betroffenen Leser eine exzellente Lektüre sein, die sein Verstehen von Morbus Menière bzw. den davon Betroffenen voranbringen kann. Dabei mag die zum Teil recht weitgehende Beschreibung des Privatbereiches nicht jedermanns (jederfraus) Sache sein – aber die Autorin muss natürlich IHR Leben beschreiben und zudem verliert das Buch in keinsten Weise seine Eindringlichkeit und Nähe, wenn diese Stellen vom abgeneigten Leser vielleicht nur diagonal durchlesen werden.

Die als kleine Leseprobe angeführten Auszüge stellen natürlich eine subjektive Auswahl dar, die mir aber einige der häufig beschriebenen Situationen von Morbus Menière -Betroffenen im Alltag gut zu repräsentieren scheint: die Behandlung durch einen „Gott in Weiß“ im Vergleich zu einem um die Besonderheiten von Morbus Menière wissenden Arzt, der sogar wagt, Anteilnahme zu zeigen. Den Abschluss bilden Textstellen, die mich selbst besonders berührt haben.



# ...als ich dann völlig erschöpft meinen eimer umarmte..." Leseprobe



Literatur

...  
und von den symptomen  
blieb nur  
morbus menièrè  
übrig

das war eine überlegung wert  
ich sollte mir  
einen ohrenarzt suchen  
und diese angelegenheit  
mit ihm besprechen

das gab sinn

denn so  
konnte es nicht weiter gehen  
das durfte nicht noch einmal  
passieren

es gestaltete sich etwas schwierig  
relativ zeitnah einen termin  
bei der wohnortnahen ohrtechnischen  
koryphäe zu ergattern  
sicherheitshalber hatte ich mir den vormit-  
tag  
schon freigehalten und die kinder  
entsprechend untergebracht  
was sich auch  
als weise entscheidung herausstellte  
ich warte gerne  
wenn es denn der sache dient  
aber auf mich haben wartezimmer  
eine etwas ermüdende wirkung  
so war ich froh  
als ich endlich aufgerufen wurde

der hörtest hatte bestätigt  
linke seite schien nachzulassen  
aber nichts bedrohliches

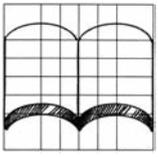
wo ich denn ein problem sehe  
mutig trug ich meine beschwerden  
und auch meine überlegung dazu vor

was dann kam hat meine kühnsten  
vorstellungen bei weitem übertroffen

was mir entgegenflog  
war gepaart mit akademischem hochmut  
der gerne entsteht  
wenn mit summa cum laude promovierte  
den ganzen tag  
hypochondern ausgesetzt sind  
die sich dann auch noch  
als eindeutig erkannte simulanten  
erdreisten  
eine eigene theorie  
zur feststehenden diagnose  
zu stellen.

erschwerend will sagen lästig  
wird es dann  
wenn eine spezielle spezies  
vom typ junge frau  
die durch ehe  
und erfüllung des erziehungsauftrages  
komplett überfordert  
keine gelegenheit auslässt  
sich in selbstgemachten stresssituationen  
in irgendwelche krankheiten zu flüchten  
um sich dadurch  
auf problematische art und weise  
interessant zu machen  
und  
menièrè hahaha  
sie haben doch keinen menièrè hahaha  
und ich habe kein zeit  
meine patienten warten  
gewöhn sie sich das rauchen ab  
und machen sie sich keinen stress  
wo es keinen stress gibt

es hat sehr lange gedauert  
bis ich diese  
geballte ladung inkompetenz  
verarbeitet hatte  
geholfen hat sie mir nicht  
weitergebracht auch nicht  
aber  
in der zeit die folgte  
bin ich mir selbst  
ein guter gesprächspartner geworden



## ...der notfallarzt..." Leseprobe

...  
der notarzt ist da  
ein praktischer arzt aus dem ort  
der bereitschaft hat  
er leuchtet in meine augen  
stellt fragen  
und hält einen vortrag  
über menièr  
und sagt  
dass sein alter professor gesagt hat  
glauben sie einem menièr erst  
wenn sie ihn gesehen haben  
und das hier ist ein menièr anfall

...

mein glauben  
war wissen

und ich weine  
ich weine mich

in den schlaf

wir saßen uns gegenüber  
am tag danach  
nach dem dienst  
habe ich ihn  
in seiner praxis aufgesucht  
er meinte  
dass er versäumt hätte  
mich krank zu schreiben

ich brauche keinen krankenschein  
ich erzähle  
von den untersuchungen  
von seinen kollegen  
die auch im notfall  
gerufen wurden  
davon  
dass ich gesund erschien  
kerngesund  
die untersuchungen und die ergebnisse  
haben andere ursachen ausgeschlossen  
so hatte alles doch einen sinn  
und es bestätigte den menièr

über den nicht viel bekannt ist

und wie soll es jetzt weitergehen?

...

mein neuer hausarzt  
wirkte kompetent  
engagiert  
und doch ruhig  
nachdenklich  
und

betroffen

....

# Leseprobe aus "menière desaster, der Feind in meinem Innenohr" von Sylvia B.



Literatur

...  
mir wurde komisch  
das dröhnen setzte ein  
es war wieder soweit  
es machte mich traurig  
manchmal habe ich mich ja  
gerade an diesem tag  
auf irgendetwas gefreut  
meistens war es  
ein tag wie jeder andere  
ich traf vorbereitungen  
habe mich mit meinem freund  
dem eimer  
und einer flasche wasser  
zurückgezogen  
es hat mir gut getan  
wenn ich diesen ausdruck benutzen darf  
das wasser auszubrechen  
mein magen tat eh  
was er wollte  
so schmerzte er  
nicht so  
stark

...

ich gönnte mir das  
was der volksmund so schön  
mit einem nervenzusammenbruch  
umschreibt  
verbunden  
mit dem zweiten hörsturz

...

...  
irgendwass  
in der zeit damals  
bin ich noch ins bad gegangen  
als der schwindel nachließ  
habe mich am waschtisch abgestützt  
und versucht  
mein gesicht zu betrachten  
um mich dabei zu fragen  
was aus mir geworden ist  
ich war viel zu erschöpft  
um mich zu erschrecken  
und außerdem  
kannte ich diesen menschen nicht  
der mich im spiegel aus hohlen augen  
ansah

das wäre kein anblick  
für einen prinzen  
gewesen

...

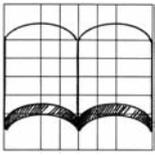
ich war was ich war  
ich war ein  
amtlich bescheinigtes sicherheitsrisiko

und  
ich denke  
ich war die einzige  
die das  
nicht  
erkannt hatte

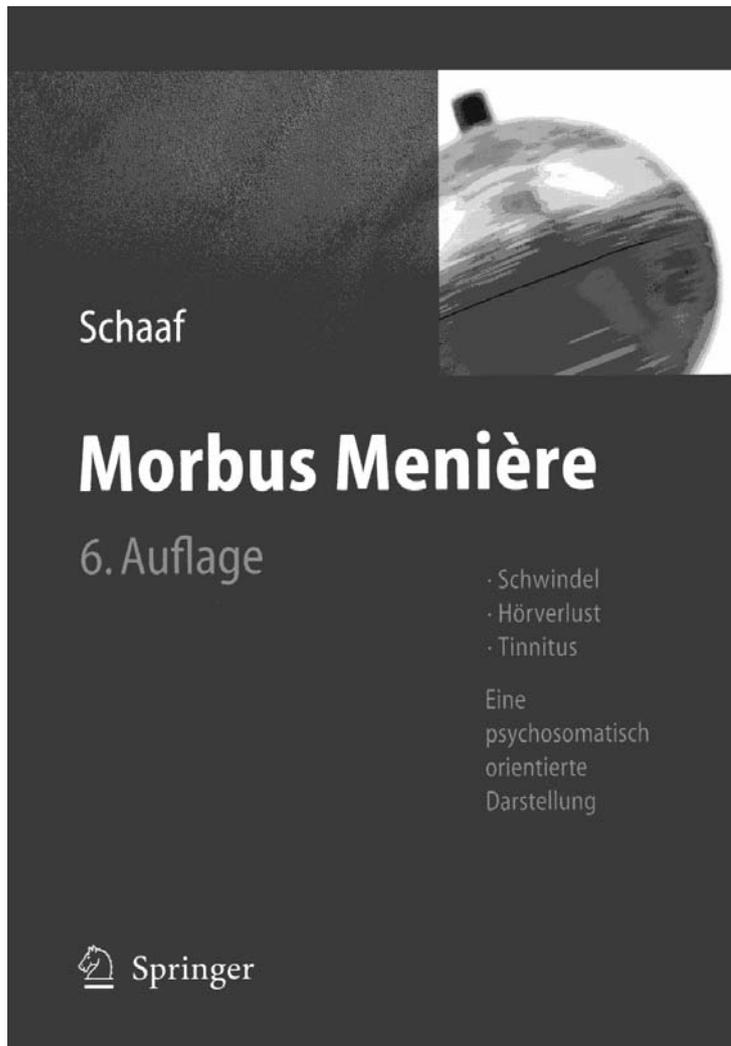
...

das schreibt sich jetzt  
sehr locker  
um ehrlich zu sein  
das war es nicht

....



# H. Schaaf (2009) Morbus Menière: "Schwindel - Hörverlust - Tinnitus"



## Morbus Menière - Wege zur Therapie

komplett bearbeitet und  
auf dem neuesten Stand.  
ISBN 978-3-642-00426-1

## Kapitelüberschriften aus dem Inhaltsverzeichnis

1. Klinik des Morbus Menière
2. (Physiologische und anatomische) Grundlagen
3. Pathophysiologie des Morbus Menière
4. Sonderformen
5. Abgrenzung von anderen Krankheitsbildern (Differenzialdiagnose)
6. Untersuchungsmethoden
7. Therapie des Morbus Menière
8. Beidseitige Erkrankung
9. Wie geht es weiter?
10. Resümee - Rückblick - Ausblick
11. Kurze Antworten auf häufig gestellte Fragen

Kurzbeschreibung des Verlages:

**Was sollte man über die Krankheit wissen?**

**Welche Behandlungskonzepte gibt es?**

Die typischen Zeichen des Morbus Menière sind

- anfallartiger Drehschwindel
- Hörverlust
- Tinnitus

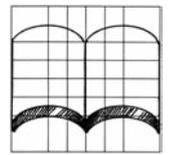
Dabei kann das Leiden zu beidseitiger Taubheit, Unsicherheit und Hilflosigkeit bis hin zur Berufsunfähigkeit und zu einer depressiven Entwicklung führen. Dass und wie trotzdem Hilfe und Unterstützung möglich sind, zeigt diese neu bearbeitete 6. Auflage.

Sie bietet Informationen über:

- neueste Erkenntnisse im Umgang mit der Krankheit,
- aktuelle medizinische Möglichkeiten und Grenzen,
- verfeinerte psychosomatische Vorgehensweise im Umgang mit der Krankheit.

Grundlagen, Auswirkungen und Therapiemöglichkeiten des Morbus Menière werden so verständlich beschrieben, dass die Betroffenen und der behandelnde Arzt davon gleichermaßen profitieren. Das Buch fasst die konkreten, praxisrelevanten Fragen zusammen und bietet klare Handlungsempfehlungen für Patienten, Angehörige, Arbeitgeber, Versorgungsämter und alle, die beruflich mit dieser Erkrankung konfrontiert sind.

# Rezension von Dr. Volker Kratzsch, ärztlicher Direktor der HELIOS Klinik Am Stiftsberg in Bad Grönenbach



Literatur

Alle (drei) Jahre wieder erscheint im Springer Verlag ein Buch für Menière - Betroffene, in dem Helmut Schaaf, mittlerweile als Oberarzt in der Tinnitus Klinik Dr. Hesse in Bad Arolsen tätig, allgemeinverständlich und erneut aktualisiert einen Einblick darüber gibt, was an Grundlagen, Auswirkungen und Therapieversuchen dieser Krankheit bekannt ist. Darüber hinaus ist explizites Anliegen des Autors, dass hinter der Krankheit auch die vom Morbus Menière betroffenen Menschen sichtbar werden. Diesen und ihren Behandlern möchte er Kriterien an die Hand geben, um das schwindelerregende Krankheitsbild für sich nachvollziehbar zu begreifen und mit dem, was trotz der Erkrankung auch noch möglich ist (!), strukturierter umgehen zu können. Dabei verweist der nun seit über 15 Jahren „selbst betroffene“ Helmut Schaaf auf die verstärkte und anhaltende Arbeit der Deutschen Tinnitus-Liga und der Selbsthilfegruppe K.I.M.M (Kontakte und Informationen zu Morbus Menière e. V.) hin.

In der neuesten Auflage hinzugekommen ist eine intensive Beschäftigung mit den psychologischen und psychosomatischen Komponenten des Morbus Menière, aber auch mit den inzwischen verbesserten Diagnosemöglichkeiten in Hinsicht auf die Funktionsfähigkeit der Otolithenorgane (Gleichgewichtssäckchen) und die Ausgleichsmöglichkeiten über die zentrale Kompensation. Daneben findet der Interessierte die Berücksichtigung neuer Publikationen aus dem medizinischen und psychotherapeutischen Bereich in dieser Neuauflage verstärkt wieder. Dabei nimmt insbesondere der durch die Erkrankung mit ausgelöste seelische (reaktiv-psychogene) Dauerschwindel einen breiten Raum ein.

Es zeigt sich oft

1. Eine niedrige Einschätzung der eigenen Bewältigungskompetenzen

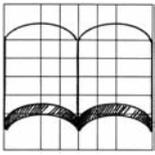
2. Ungünstige, aber auf die Krankheit als auf die Gesundheit gerichtete Aufmerksamkeitsprozesse und Bewertungen
3. Ein Vermeidungsverhalten, das aus der Angst heraus entsteht
4. Die (aus der Angst gespeiste) Furcht, neue und stabilisierende Lernerfahrungen zu machen: Eine Beeinträchtigung der sozialen Kommunikation
5. Fehlende soziale Netze

Vor allem die - für die Patienten - meist (noch) nicht handhabbare Angst vor Wiederholung stellt eine der wichtigsten aufrechterhaltenden Faktoren dar, die durch Aufklärung, Kenntnis des Krankheitsbildes und praktische Anleitung und (vorübergehendes) „An die Hand nehmen“ verbessert werden können. Zu beachten ist aber auch, dass beim M. Menière eine vorbestehende psychische Erkrankung wesentlich zur Entwicklung eines reaktiv psychogenen Schwindels beitragen kann.

In dem ausführlichen Kapitel zur Menière-Therapie werden wieder differenziert die Möglichkeiten und Risiken der einzelnen Verfahren dargestellt. H. Schaaf gibt, soweit es geht, Anleitung zum Management für das jederzeit mögliche, aber nicht ohnmächtig hinzunehmende an die Hand. Er „wirbt“ nicht zuletzt für die Inanspruchnahme der Unterstützung auch der Seele (Psychotherapie), wenn der Schwindel, ob mit oder ohne M. Menière, etwa zu depressiven Einengungen, handlungsunterdrückender ängstlicher Beobachtung oder zunehmender sozialer Isolation führt.

So kann das Buch wieder einmal empfohlen werden für alle, die zwar nicht mehr an Wunder glauben wollen, aber aus der Unsicherheit des Schwindels nach Kenntnis und gangbaren Wegen mit einem Zuwachs an eigener Kompetenz suchen.

*Dr. Volker Kratzsch*



# Literatur

## Ausgewählte Fachliteratur

Stoll W., Most E., Tegenthoff M.  
**Schwindel und Gleichgewichtsstörungen. Diagnostik, Klinik, Begutachtung**  
4. Auflage. Verlag Thieme  
ISBN 9-783-13-663204-8. 69,95 Euro  
Fachbuch über Schwindel, Gleichgewichtsstörungen und MM in Bezug auf Symptomatikkomplex, Verlaufsform u. Diagnose.

Hamann K.-F.  
**Schwindel - 150 Fragen und Antworten**  
2. Auflage 2005. Verlag Zuckschwerdt  
ISBN 3-88603-876-9. 13,80 Euro  
Handliche Broschüre im Taschenformat mit 150 Fragen und Antworten, davon über 20 speziell zu Morbus Menière.

Tönnies S., Dickerhof K.  
**Schwerhörigkeit, Tinnitus, Schwindel**  
Verlag Asanger  
ISBN 3-89334-410-1. 15,00 Euro  
Betroffenenberichte über das Leben mit Hörschädigungen und die daraus folgenden chronischen Beeinträchtigungen.

Hesse G., Schaaf H.  
**Schwerhörigkeit und Tinnitus**  
2. Auflage. Profil Verlag  
ISBN 3-89019-596-4. 12,80 Euro  
Buch über Schwerhörigkeit und die Schwierigkeiten der Hörgeräteversorgung bei Morbus-Menière-Patienten.

Schaaf H.  
**Gleichgewicht und Schwindel der Seele**  
4. Auflage. Profil Verlag 2008  
ISBN 3-89019-634-3. 18,00 Euro  
Die Zusammenhänge zwischen Körper und Seele beim Erleben einer Schwindelkrankheit werden hier beleuchtet.

Schaaf H., Hesse G. - Profil Verlag  
**Endolymphschwankungen im Ohr (Gehör) und Gleichgewichtsorgan**  
ISBN 3-89019-570-4. 12,80 Euro  
Störungen der Endolymph im Ohr und d. Gleichgewichtsorgans unter medizinischen und psychosomatischen Aspekten.

Schaaf H., Hesse G.  
**Tinnitus - Leiden und Chance**  
3. Auflage. Profil Verlag  
ISBN 3-89019-633-6. 18,00 Euro  
Suche nach möglichen Ursachen des Tinnitus. Hier wird Mut und Zuversicht bei der Bewältigung des Leidens gemacht.

Michel O., Rogowski M., Hesse G.  
**Medikamentöse Behandlung von Tinnitus und Schwerhörigkeit. Grenzen und Perspektiven**  
Profil Verlag.  
12,80 Euro, zur Zeit nicht lieferbar  
Medikamentöse Behandlungsansätze und psychosomatische und hörtherapeutische Therapiemöglichkeiten.

van den Berg F.  
**Angewandte Physiologie 5: Komplementäre Therapien verstehen und integrieren**  
Verlag Thieme  
74,95 Euro, zur Zeit nicht lieferbar  
Das Buch will helfen, sich unter alternativen Behandlungsmethoden zu orientieren.

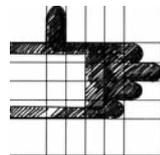
Gramer A.  
**Tinnitus: Wirksame Selbsthilfe mit Musiktherapie. Mit Audio-CD**  
2. Auflage, Verlag Trias  
ISBN 978-3-83043-502-0. 24,95 Euro  
Drei-Wochen-Basis Programm zur tinnituszentrierten Innenohr-Gymnastik.

Schlund G. H.  
**PatientenRecht. Ein Lexikon in Urteilen**  
Verlag pmi  
ISBN 3-89786-047-3. 19,80 Euro  
Lexikon in Urteilen zu ca. 500 Stichworten.

Anne Freimann **Schwindel**  
104 Seiten, 60 Farbfotos, Schlütersche Verlagsgesellschaft. 9,90 Euro  
ISBN 987-3-89993-544-8  
Ratgeber mit vielen praktischen Alltagstipps und Übungen zur Stärkung des Gleichgewichts.

# Selbsthilfegruppen

## Kontaktadressen für Menière Patienten



Selbsthilfe

**Essener** Selbsthilfegruppe Tinnitus und Morbus Menière  
Ela Schöler  
Tel. 0201-465852  
E-mail: ela.schoeler@t-online.de  
oder "Wiese" - Kontaktstelle für Essener Selbsthilfegruppen Tel. 0201-207676

Lore Coulon  
Im Weingartskamp 51/53  
51061 **Köln**  
Telefon 0221 66 17 30  
Treffen: alle 2 Monate, normalerweise der letzte Donnerstag im Monat, nachmittags von 16.00 bis 18.00 Uhr

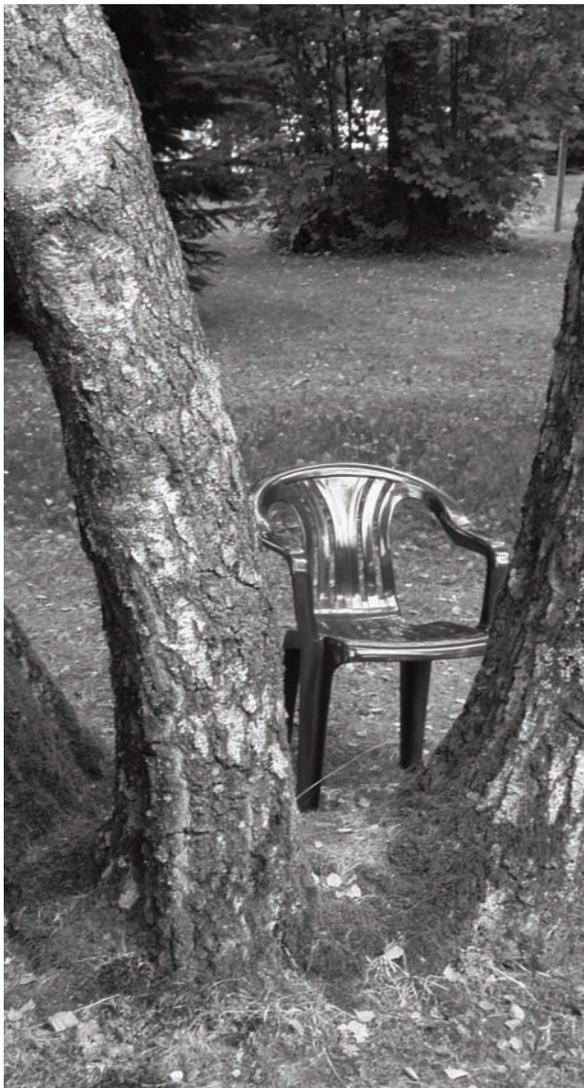
Adelheid Munck  
Ruhleben 5  
23564 **Lübeck**  
Telefon 0451 79 51 45

Valentine Klaaßen  
Auf der Gaste 9  
26802 **Moormerland**  
Telefon 04954 23 14

Barbara Paul  
Westernmauer 10  
33098 **Paderborn**  
Fax 05251 682 93 80  
E-mail: Barb.Paul@web.de  
(kein Telefon wegen Schwerhörigkeit)  
Treffen: 14-tägig  
Termine zu erfragen über Selbsthilfekontaktstelle Paderborn, Tel. 05251-8782960

Ingrid Räder  
Weizenweg 11  
97453 **Schonungen**  
Telefon 09721 58 342

Margarete Bauer  
Kettelerstraße 10  
97074 **Würzburg**  
Telefon 0931 35 81 40 44  
E-mail: margno51@jao.com



**Neu gegründet** wurde eine örtliche Selbsthilfe in **Hannover**.

Die Kontaktadresse ist:

Edeltraud Mory  
Im Bruche 7  
31535 **Neustadt am Rübenberge**  
Tel: 05034-4255  
Email: edeltraud.mory@web.de

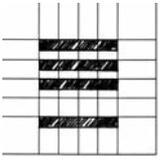
In **Stuttgart** ist eine Selbsthilfegruppe am Entstehen.

Näheres kann per E-Mail erfragt werden über:

TIMM\_Stuttgart@web.de

Aktuelle Infos über:

[www.kimm-ev.de/index.php?id=15](http://www.kimm-ev.de/index.php?id=15)



# Kliniken - Adressen und Infos zu Kliniken und Reha - Einrichtungen

## Adressen

### Kliniken mit Schwindelambulanzen

*Immer wieder erreichen uns Anfragen zur*

*Diagnosestellung bei Morbus Menière.*

*Hier einige Anschriften:*

**Aachen:** Klinik für HNO, UK Aachen, Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen

**Bad Arolsen:** Tinnitus-Klinik und Ohr- und Hörinstitut Hesse am Krankenhaus Bad Arolsen, Große Allee 50, 34454 Bad Arolsen

**Berlin:** HNO-Klinik im UKB, Warener Straße 7, 12683 Berlin

**Erlangen:** HNO Uniklinik, Waldstraße 1, 91054 Erlangen, Abteilung für Gleichgewichtsdiagnostik

**Freiburg:** Univ. Klinikum, HNO, Kilianstraße 5, 79106 Freiburg

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

**Hamburg:** Univ. Klinikum Eppendorf, Neurolog. Poliklinik, Martinstraße 52, 20246 Hamburg

**Homburg/Saar:** Univ. Klinikum des Saarlandes, Kirrberger Straße, 66421 Homburg/Saar

**Mainz:** Univ. Klinik, HNO, Langenbeckstraße 1, 55101 Mainz

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

**München:** Klinikum Großhadern, Marchionini-Straße 15, 81377 München

**München:** Univ. Klinik rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 81675 München

**Regensburg:** Univ. Klinikum, HNO, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg

**Tübingen:** Univ. HNO Klinik, Elfriede-Aulhorn-Straße 5, 72076 Tübingen

### Reha- Kliniken für MM - Patienten

**Bad Arolsen:** Medizinisch-Psychosomatische Klinik, Große Allee 1-3, 34454 Bad Arolsen, Tel 05691 - 89 66, Fax 056 91 - 89 68 00. KlinikGrosseAllee@schoen-kliniken.de, www.schoen-kliniken.de

**Bad Berleburg:** Baumrainklinik, Lerchenweg 8, 57319 Bad Berleburg, Tel 02751-87-1430

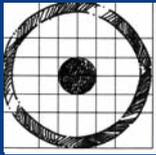
Rehabilitationszentrum für Innere Medizin/Kardiologie, Konservative Orthopädie/Traumatologie, Hörgeschädigte, Tinnitus-Betroffene sowie Gleichgewichtsstörungen, Schwindel und Morbus Menière

**Bad Grönenbach:** Klinik "Am Stiftsberg" Sebastian-Kneipp-Allee 3/4, 87730 Bad Grönenbach, Tel 083 34-981-500, Fax 083 34-981-599

Rehaklinik für Hörgeschädigte, Tinnitus-betroffene, psychische und somatische Störungen. Seit 1999 werden mehrmals im Jahr Rehabilitationen durchgeführt, die auf die speziellen Bedürfnisse von Menière-Patienten abgestimmt sind. Fachklinik für innere Medizin. Medizinische Leitung: Dr. med. Volker Kratzsch

**Bad Nauheim:** Kaiserberg-Klinik, Pitzer GmbH & Co. KG, Am Kaiserberg 8 -10, 61231 Bad Nauheim, Tel 06032-703-0, Fax 06032-703-775, www.pitzer-kliniken.de, info@pitzer-kliniken.de

Fachklinik für Hörstörungen, Tinnitus und Schwindel



KIMM

# Übersicht über Themen und Vorträge

in früheren KIMM aktuell Ausgaben



Morbus Menière naturgemäß behandeln Dr. Golenhofen 1/2-2006

Schwerhörigkeit - das unterschätzte Symptom bei Morbus Menière Dr. Kratzsch 1/2-2006

Schwerhörigkeit - Auswirkungen auf die Psyche Anja R. Krüger 1/2-2006

Patientenführung bei Morbus Menière - Klare Diagnose, meist schwindelerregende Perspektiven Dr. Schaaf und H. Holtmann 1/2-2006

Krankheitserleben und Krankheitsbewältigung bei Morbus Menière-Patienten Dr. Richtberg und C. Praetorius 1/2-2006

Kinesiologie - Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten bei Tinnitus I. L. Weber 1/2-2006

Aktuelle Aspekte zur Behandlung des Morbus Menière Dr. Waldfahrer 1-2007

Übungsanleitungen gegen Schwindel und Gleichgewichtsstörungen 1-2007

Moderne Stufentherapie des Morbus Menière Prof. Dr. Michel 2-2007

Therapie von Schwindelerkrankungen im Rahmen stationärer Rehabilitationsmaßnahmen Dr. Zeh 2-2007

Tinnitus und Musiktherapie - eine sinnvolle Ergänzung zur Habituations- und Hörtherapie Dr. Schaaf 2-2007

Psychologische Aspekte bei Morbus Menière oder: Die Gewalt der Schwindelattacken B. Kieslich-Hoffmann 1-2008

Die rechtlichen Seiten der chronischen Krankheit Morbus Menière T. Eschle 1-2008

Schwindel und die Möglichkeiten der Chinesischen Medizin Dr. Schmincke 2-2008

Die acht Brokate: Übungssequenz aus dem Qi Gong 2-2008

