1/2010

KIMM aktuell

Mitgliederzeitschrift für KIMM e.V. - Informationen für Morbus Menière Betroffene

KIMM-Frühjahrstagung und Mitgliederversammlung 2010

- die neuen Mitglieder des Vorstandes
- Dank an Edeltraud Kerschenlohr
- Anschaffung Ringschleifentechnik

Vorträge

"Hörgerät oder Cochlea-Implantat?"
"Aktuelle Aspekte zur individuellen Menière Therapie"
"Grundlagen, Diagnostik und psychosomatische Aspekte des Morbus Menière"

Forum, Infos, Tipps

Kontakte und Informationen zu Morbus Menière

Grußwort von Anna Bott

Vorsitzende von KIMM e.V.

Liebe Mitglieder und Freunde von KIMM e.V.,
heute darf ich Sie als neue Vorsitzende von KIMM e.V. sehr herzlich begrüßen und Ihnen mitteilen, dass unser Vorstand nun wieder komplett ist. Bei unserer Frühjahrstagung in Nürnberg konnten wir das Gremium mit neuen Mitgliedern ergänzen und bereits bekannte Mitglieder bestätigen, so dass wir jetzt voller Vorfreude und mit viel Tatendrang unseren Aufgaben für KIMM e.V. entgegen sehen. Ausführliche Berichte über unsere Mitgliederversammlung finden Sie im vor Ihnen liegenden Heft - darunter auch ein herzliches Dankeschön an Frau Kerschenlohr, die nicht mehr als Beisitzerin kandidiert hat.

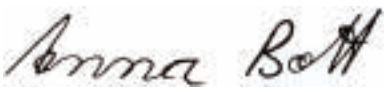
Es ist ein offenes Geheimnis, dass sich unsere Tagungen vor allem durch ihre medizinischen Fachvorträge auszeichnen. So konnten wir auch auf der sehr gut besuchten Tagung in Nürnberg wieder drei qualifizierte Vorträge anbieten: Dr. Christoph Brase, Oberarzt Dr. Frank Waldfahrer und Prof. Dr. Ulrich Hoppe, alle vom Universitätsklinikum Erlangen, sprachen über "Grundlagen, Diagnostik und psychosomatische Aspekte des Morbus Menière", "Aktuelle Aspekte zur individuellen Menière-Therapie" und über die Frage "Hörgerät oder Cochlea Implantat?".

Alle drei Vorträge können Sie im Heft nachlesen.

In dieser Ausgabe von KIMM-aktuell erzählen wir auch von unserem geselligen Beisammensein in Nürnberg, von der erlebnisreichen Stadtführung und dem guten Essen in der fränkischen Metropole. Denn ein ganz wichtiger Aspekt unseres Vereines ist und bleibt: das wohltuende Miteinander von Betroffenen, sich dabei in einem freien Rahmen austauschen und von den Erfahrungen Anderer profitieren zu können. Lesen Sie dazu auch die Rubriken „Forum-Briefe“ und „Selbsthilfegruppen“. Und für alle, die jetzt bedauern, dass sie in Nürnberg nicht dabei waren, sei gesagt, dass die Planung für unsere nächste Tagung im September in Essen – siehe die Ankündigung in diesem Heft - bereits in vollem Gange ist. Zu guter Letzt haben wir für Sie aktuelle Informationen zu Morbus Menière, Anmerkungen von Fachleuten und Erfahrungsberichte Betroffener gesammelt. Selbstverständlich kommen dabei auch immer wieder konträre Meinungen zum Ausdruck: Wenn Menschen betroffen sind, sich Fachleute spezialisiert haben und Krankheitsgeschichten, die bei jedem anders verlaufen, im Mittelpunkt stehen, muss es naturgemäß verschiedene Positionen geben. Aktuell dazu finden Sie in dieser Ausgabe die Antwort von Prof. von Ilberg auf eine Stellungsnahme von Dr. Schaaf im letzten Heft zur Labyrinth-Anästhesie und 2 unterschiedliche Positionen zur Wirksamkeit von Betahistin. Wir lassen also weiterhin - auch oder gerade - konträre Meinungen, ohne sie zu bewerten, in unserer Zeitschrift zu Wort kommen.

Nun bleibt mir lediglich noch, Ihnen viel Freude und neue Erkenntnisse beim Lesen und einen besonders schönen, von der Sonne durchtränkten Sommer zu wünschen.

Ihre



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 Hochwachtturm 15. 71332 Waiblingen. e-mail: Juliane.Sonntag@arcor.de
Verantwortlich für den Inhalt: Anna Bott, 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.

Inhalt

Themen in KIMM aktuell 1 / 2010

intern

Grusswort von Anna Bott, Komm. Vorsitzende KIMM e.V — Seite 3

Ankündigung der Herbsttagung 2010 in Essen — Seite 6

Tagung

Rückblick auf die Frühjahrstagung 2010 in Nürnberg — Seite 8

Tagungsvortrag von Dr. Christoph Brase — Seite 9
"Grundlagen, Diagnostik und psychosomatische Aspekte bei Morbus Menière"

Fragen an Dr. Christoph Brase — Seite 14

Tagungsvortrag von Dr. Frank Waldfahrer — Seite 16
"Aktuelle Aspekte zur individuellen Menière-Therapie"

Fragen an Dr. Frank Waldfahrer — Seite 21

Tagungsvortrag von Prof. Dr-Ing. Dr. rer. med. Ulrich Hoppe — Seite 23
„Hörgerät oder Cochlea Implantat?

intern

Bericht von der Mitgliederversammlung 2010 — Seite 39
- Altstadtführung durch Nürnberg — Seite 41
- Abschied: Edeltraud Kerschenlohr geht — Seite 45
- Jahresbericht der Vorsitzenden Anna Bott — Seite 46
- Neu im Vorstand: Franz Austen, Edeltraud Mory — Seite 49

KIMM aktuell:
- Bundesverdienstkreuz für Inge von dem Bussche — Seite 50
- Hörhilfen zum besseren Verständnis — Seite 51
- Selbsthilfeförderung / Urteil der Bundessozialgerichts — Seite 54
- Patientenseminar in Bad Berleburg — Seite 66

Medizin

Kurz berichtet:
- Resümee aus neuen Morbus Menière Studien — Seite 52
- Wo Hörgeräte helfen / Hoffnung bei Tinnitus — Seite 53

Unterhaltung Sudoku - Kulträtsel aus Japan — Seite 55

Briefe

Briefe und Erfahrensberichte unserer Mitglieder — Seite 56

Forschung

Medizin: - Zur Labyrinthanästhesie. Ein medizinische Diskussion — Seite 62
- Behandlung im Lichte der Cochrane Reviews — Seite 64

Information

Literatur Querschnitt durch die Fachliteratur — Seite 68
Selbsthilfegruppen und Adressen — Seite 69
Klinik Adressen — Seite 70

Ankündigung der Herbsttagung 2010

am 25. September 2010 in Essen. Herzliche Einladung

Liebe Mitglieder,
unsere Herbsttagung findet dieses Jahr in Essen im Ruhrgebiet statt in den Räumen von Comin (Kompetenzzentrum für Kommunikation und Informationstechnologie).

Hierzu laden wir Sie und Ihre Angehörigen recht herzlich ein. Übernachtungsmöglichkeiten bestehen im Bildungshotel im BFZ-Essen, Carolingerstraße 93, 45141 Essen, im selben Gebäudekomplex. Bei Bedarf bitten wir Sie unter der Telefonnummer 0201 - 3204243 oder über das Internet unter www.Bildungshotel-Essen.de direkt Kontakt mit dem Hotel aufzunehmen. Wir hoffen mit Essen erneut einen Tagungsort gefunden zu haben, der für viele gut erreichbar ist.

Tagungsprogramm

Die Tagung in Essen wird zunächst einmal aus zwei Vorträgen mit anschließenden Fragen und Antworten bestehen: Frau Dr. Tegtmeier, Chefärztin der Psychosomatischen Klinik, Bad Arolsen wird zum Thema „Angst bei Menière und der Umgang mit der Angst“ referieren, mit dem Vortrag „Das Schwindelzentrum an der Essener Uni-Klinik: Konzept, Diagnostik und Behandlungsmethoden“ stellt Herr Dr. Obermann das von ihm geleitete Schwindelzentrum vor.

Als dritter wesentlicher Teil unserer Herbsttagung sollen in mehreren Workshops / Arbeitsgruppen Einzelaspekte der Fragen bearbeitet werden,

- wie die Zusammenarbeit zwischen dem behandelnden Arzt am Heimatort des Betroffenen, der Reha-Klinik oder sonstigen medizinischen Einrichtungen und Selbsthilfeeinrichtungen der Menière-Patienten verbessert

- bzw. die Selbsthilfe unter Betroffenen verstärkt werden kann.

Die momentanen Arbeitstitel der Workshops lauten „Selbsthilfe trifft Medizin“, „Hilfe bei Morbus Menière durch das Internet“ und „Möglichkeiten zur Stärkung regionaler Selbsthilfegruppen“.
Neben diesen drei fachlichen Workshops soll eine Gesprächsrunde für Angehörige von Betroffenen angeboten werden.
Als Einstimmung auf die Workshops findet zunächst ein Gespräch zwischen Dr. Richter, HNO-Arzt in Essen, und Dr. Tegtmeier über Möglichkeiten der Zusammenarbeit auf medizinischer Seite statt, zum Inhalt

der anderen Workshops werden Kurzinformationen gegeben. Danach bitten wir um aktive Teilnahme an den Workshops.

Ziel aller Workshops ist es, sich gemeinsam aktiv - und hoffentlich mit neuen (oder gestärkten alten) Ideen - mit der Frage zu beschäftigen, was die Betroffenen in Zusammenarbeit mit Medizinern, aber vor allem auch in gegenseitiger Unterstützung tun können, um mit der Morbus Menière Erkrankung adäquat umzugehen.

Und zu guter letzt hoffen wir, dass diese Diskussion nicht nur denen Impulse gibt, die schon aktiv sind, sondern auch bisher Inaktive anregt, sich in der einen oder anderen Form am Aufbau und / oder Ausbau von Informations- und Unterstützungsstrukturen zu beteiligen.

Beiprogramm

Wie bei unserer Frühjahrstagung in Nürnberg erfolgreich praktiziert, möchten wir - bei hinreichendem Interesse - auch auf der Herbsttagung in Essen ein Beiprogramm anbieten.

Angedacht ist z.B. für Freitagnachmittag der Besuch des Essener Weltkulturerbes „Zeche Zollverein", eine zum qualitativ hochwertigen und abwechslungsreichen Kunst- und Kulturereignis umgebaute ehemalige Großzeche. Diesem Besuch könnte sich ein gemeinsames Abendessen und ein abendliches Beisammensein anschließen.

Das endgültige Tagungsprogramm wird Ihnen rechtzeitig zugehen. Wir freuen uns auf Sie und bitten um rege Teilnahme.

Foto: Fred Knäbel

Rückblick auf die Frühjahrstagung in Nürnberg im März 2010

Tagung

Unsere Frühjahrstagung fand in diesem Jahr in Nürnberg statt. Perfekt organisiert von Edeltraud Kerschenlohr, der langjährigen Beisitzerin in unserem Vorstand. Für ihr großes Engagement für diese Tagung sowie für KIMM e.V. schon gleich an dieser Stelle unser herzlichster Dank. Mehr dazu im hinteren Teil dieser Ausgabe von KIMM aktuell.

Die Frühjahrstagung 2010 fand im Caritas-Pirckheimer-Haus (CPH) in Nürnberg, Königstraße 64 statt. Ein sehr gepflegtes und seinen Gästen gegenüber wirklich freundlich handelndes Haus.
Unsere Tagung war mit mehr als 80 Teilnehmern überdurchschnittlich gut besucht. Hierzu hatte sicher auch die Vorankündigung in den Tageszeitungen beigetragen und zusätzlich Interessierte und Betroffene neugierig gemacht.
Noch während der Tagung kam es spontan zu neuen Mitgliedseintritten.

Im Mittelpunkt der Tagung standen wieder sehr interessante Fachvorträge. Gleich drei Referenten, alle vom vom Universitätsklinikum Erlangen, einer Klinik für HNO, Kopf- und Hals-Chirurgie waren diesmal geladen, uns nachhaltig zu informieren:

Dr. Christoph Brase sprach über "Grundlagen, Diagnostik und psychosomatische Aspekte des Morbus Menière"

Dr. Frank Waldfahrer, Oberarzt am Universitätsklinikum Erlangen beleuchtete "Aktuelle Aspekte zur individuellen Menière - Therapie" und

Prof. Dr. Ulrich Hoppe, Leiter des Cochlea-Implantat-Centrum am Universitätsklinikum Erlangen stellte die Frage "Hörgerät oder Cochlea Implantat?".

Die Vorträge und die im Anhang an die Vorträge gestellten Fragen der Zuhörer sind im vorliegenden Heft auf den nachfolgenden Seiten abgedruckt. Wir danken den Referenten an dieser Stelle erneut, dass sie nicht nur die Mühen des Vortrags, sondern auch die einer Veröffentlichung auf sich genommen haben. Es sind zu einem erheblichen Maße diese Beiträge, die die medizinisch-fachliche Güte unserer Mitgliederzeitschrift sicherstellen.

Vortrag von Dr. Christoph Brase
vom Universitätsklinikum Erlangen

Dr. Christoph Brase, geboren 1979 in Frankfurt am Main, studierte Medizin in Göttingen mit Auslandsaufenthalten in der Schweiz und Italien. Er schloss Promotion und Examen mit "Sehr gut" ab und ist seit Juli 2006 als Assistenzarzt an der Hals-Nasen-Ohren Klinik in der Kopf- und Halschirurgie der Universität Erlangen tätig. Seit Mitte 2007 arbeitet Dr. Brase dort im Gleichgewichtslabor mit.
2008/2009 absolvierte er ein berufsbeleitendes Studium: "Betriebswirtschaftslehre im Krankenhaus" bei der CEKIB am Klinikum Nürnberg.
Seit April 2010 ist Dr. Brase Leiter des Gleichgewichtslabors am Universitätsklinikum Erlangen.

Allgemeines

Morbus Menière ist eine Erkrankung des Innenohrs, die mit der typischen Symptomtrias von anfallsartig auftretendem Schwindel, Hörminderung sowie Tinnitus einhergeht.
Benannt ist die Krankheit nach Prosper Menière (1799-1862), der unter anderem Direktor des kaiserlichen Instituts für Taubstumme in Paris sowie Honorarprofessor an der Universität in Paris war. Seine Beschreibung einer Patientin mit einer hä morrhagischen Labyrinthitis (einer blutigenmorrhagischen Labyrinthitis (einer blutigenEntzündung des Innenohrs) wurde 1861 in der „Gazette médicale de Paris“ veröffentlicht. Prosper Menière wollte demonstrieren, dass derartige Symptome (wie Schwindel, Hörminderung und Tinnitus) durch Erkrankungen des Innenohrs auftreten können und nicht, wie es damals noch gängige Theorie war, als Folge von Schlaganfällen. Erst der bekannte französische Neurologe Jean-Martin Charcot machte 1874 das klassische Symptomtrias als „Maladie de Menière“ bekannt.

"Grundlagen, Diagnostik und psychosomatische Aspekte des Morbus Menière"

Vortrag von Dr. Christoph Brase

Häufig denken an Morbus Menière erkrankte Patienten, dass sie mit ihrer Erkrankung alleine stehen - dem ist aber nicht so!

Neben einer Inzidenz (d.h. die Anzahl der Neuerkrankungen in einem bestimmten Zeitraum) von ca. 0,01 – 0,1 % der Bevölkerung gibt es mehrere prominente Patienten der vergangenen Jahrhunderte, bei denen angenommen wird, dass sie an Morbus Menière erkrankt waren. Beispiele hierfür sind Gaius Julius Caesar, Martin Luther sowie Vincent von Gogh.

Die klassischen Symptome des Morbus Menière sind Hörminderung, Tinnitus sowie Schwindel, weswegen auch von einer „Symptomtrias" gesprochen wird.

Dr. Christoph Brase nach seinem Vortrag

Die Hörminderung tritt meistens im Tief-/ oder Mitteltonbereich auf und kann am Anfang in ihrem Ausmaß fluktuieren. Gelegentlich berichten Patienten über eine Klangverfremdung. Der Tinnitus ist meist anhaltend und wird als tiefes Dröhnen oder hohes Klingeln beschrieben. Im Anfall ist die Symptomatik meist verstärkt. Das Symptom, das gerade anfangs mit der stärksten Belastung für die Betroffenen einhergeht, ist der anfallsartig auftretende Schwindel. Die Drehschwindelattacken können ohne Vorwarnung auftreten und dauern meist zwischen mehreren Minuten und Stunden. Die Attacken sind verbunden mit einer starken vegetativen Begleitsymptomatik (Übelkeit, Erbrechen, Unwohlsein, Schüttelfrost, Schweißausbrüche, etc.). Bei den ersten Anfällen verspüren die Patienten nicht selten zusätzlich eine Todesangst, da sie nicht wissen, was mit ihnen geschieht. Häufige Zusatzsymptome sind Druckgefühl im betroffenen Ohr, eventuell das Spüren einer Aura sowie meist migräneartige Kopfschmerzen.

Meist beginnt die Erkrankung einseitig – je länger sie anhält, können auch beide Ohren betroffen sein. Hierfür werden in der Fachliteratur Zahlen bis zu 50 % angegeben. Sonderformen der Erkrankung sind das Lermoyez-Syndrom, welches mit einer Hörverbesserung während des Anfalls einhergeht, sowie der mit sogenannten „drop attacks" verbundene Tumarkin-Anfall.

Die Erkrankung verläuft typischerweise in mehreren Phasen, deren Ablauf jedoch nicht regelhaft eingehalten werden muss.

Hier gilt: jeder Patient ist individuell und hat seine eigene Krankheitsgeschichte.

Die erste Phase ist die Prodromalphase, bei der die Patienten meist nur ein fluktuierendes Gehör und Tinnitus auf einer Seite beschreiben. In der Frühphase kommen zusätzlich Schwindelanfälle hinzu. Im Lauf der Zeit kommt es dann zur chronischen

Phase, bei der die Anfallsfrequenz und die Anfallsdauer langsam abnehmen. Die chronische Spätphase ist durch ein „ausgebranntes“ Innenohr mit einer Hörminderung von ca. 50-60 Dezibel sowie durch ein schlecht oder nicht mehr erregbares Gleichgewichtsorgan auf der betroffenen Seite gekennzeichnet.
Die Diagnose eines Morbus Menière sollte nur im Verlauf gestellt werden. Ein einmaliger Schwindelanfall ist noch lange kein Morbus Menière und kann viele unterschiedliche Ursachen haben.

Das Gleichgewichtssystem

Morbus Menière ist eine Erkrankung des Gleichgewichtsorgans im Innenohr.

Das Gleichgewichtssystem des Menschen besteht jedoch aus mehreren Komponenten. Eines der Komponenten ist das bei dem Morbus Menière betroffene „vestibuläre“ System mit dem Gleichgewichtsorgan im Innenohr. Eine weitere Komponente des Gleichgewichtssystems sind unsere Augen (die visuelle Komponente). Durch unsere Augen können wir uns am Horizont orientieren und, zumindest in einer hellen Umgebung, auch bei einem Ausfall der Gleichgewichtsorgane im Innenohr das Gleichgewicht halten. Der sogenannte vestibulookuläre Reflex hilft uns, bei schnellen Bewegungen des Kopfes den Blick ruhig zu halten. Die dritte Komponente des Gleichgewichtssystems ist das propriozeptive System mit seinen Sensoren im Bereich der Gelenke. Es hilft uns bei der Wahrnehmung von Körperbewegungen und der Körperlage im Raum. Alle diese drei Komponenten werden zentral im Gehirn verarbeitet, so dass dieses als 4. Komponente angesehen werden kann. Ebenso ist das „seelische Gleichgewicht“ der Patienten von großer Bedeutung.

Die vermutete Entstehung des Morbus Menière

Wie entsteht nun der Morbus Menière überhaupt, was ist die Ätiologie? Dazu sollte man sich den Aufbau des Innenohres vor Augen führen. Das Innenohr besteht aus zwei voneinander abgegrenzten Flüssigkeitsräumen, die mit unterschiedlichen Flüssigkeiten, der sogenannten Endo- und Perilymphe gefüllt sind. Entweder durch eine Überproduktion oder durch eine mangelnde Resorption der Endolymphe entsteht ein Überdruck in dem Endolymphsystem – es kommt zu einem sogenannten „Endolymphhydrops“. Durch den Überdruck kommt es zu einer Undichtigkeit in dem Endolymphsystem und die beiden Flüssigkeiten (Peri- und Endolymphe) vermischen sich miteinander. Durch die unterschiedliche Konzentration von geladenen Teilchen (den sogenannten Ionen) werden die Sinneszellen auf einen Schlag „aus dem Takt“ gebracht und es kommt zu den oben beschriebenen Symptomen. Nach einiger Zeit werden die Undichtigkeiten in dem System und der Ionenhaushalt der Endo- und der Perilymphe wieder ausgeglichen – solange dauert auch die Phase des akuten Schwindelgefühls. Im Laufe der Krankheit kommt es zu einer Vernarbung der einzelnen Membranen mit den bekannten Folgen einer Innenohrschädigung (Hörminderung, Tinnitus, Schädigung bzw. Ausfall des Gleichgewichtsorgans).

Die Diagnostik bei Morbus Menière

Die Diagnostik des Morbus Menière ist sehr komplex und bedarf mehrerer Untersuchungen.

Das allerwichtigste dabei ist die exakte und ausführliche Schwindelanamnese, die im Rahmen eines Arzt-Patienten-Gespräches erhoben wird. Jeder Patient hat eine andere, eine eigene Geschichte seiner Er-

krankung, auf die es individuell einzugehen gilt.
Anfangs ist der Patient im Intervall beschwerde- bzw. symptomfrei, so dass hier die Diagnosestellung erschwert ist. Je länger die Krankheitsgeschichte andauert, umso häufiger finden sich auch im Intervall pathologische Befunde. Dabei ist jedoch zu beachten, dass an Morbus Menière erkrankte Patienten trotzdem kein normal funktionierendes Gleichgewichtssystem haben, was vor allem bei der Arbeits- oder Berufsfähigkeit von Bedeutung ist.

Die apparative Diagnostik beinhaltet eine ausführliche audiologische Untersuchung mit mehreren unterschiedlichen Hörtesten, dabei sind besonders die Tonschwellen- sowie die Sprachaudiometrie zu erwähnen. Die Vestibularisprüfung – also die Untersuchung des Vestibularorgans im Innenohr – ist in viele unterschiedliche Einzeltests aufgeteilt, auf die im Einzelnen hier nicht eingegangen werden kann. Sie beinhaltet neben der seitengetrennten Untersuchung der beiden Gleichgewichtsorgane auch das Zusammenspiel der Gleichgewichtssysteme in Form von Funktionstests (die sog. dynamische Posturographie).

Durch bestimmte Belastungstests des Endolymphsystems des Innenohrs kann der endolymphatische Hydrops nachgewiesen werden, der die Ursache für den Morbus Menière sein soll. Dazu wird entweder der sogenannte „Glycerintest nach Klockhoff“ oder der „Furosemidtest nach Futaki“ angewandt. Bei dem „Glycerintest nach Klockhoff“ bekommen die Patienten eine Glycerollösung zu trinken und es werden sowohl vor dem Trinken als auch danach in festgeschriebenen Intervallen Audiogramme durchgeführt. Falls sich im Verlauf eine Verbesserung des Hörvermögens in mindestens 3 benachbarten Frequenzen um mindestens 10-15 dB einstellt, gilt der Test als positiv.

Gerade am Anfang einer Erkrankung, wenn die Diagnose Morbus Menière noch nicht gestellt ist, sollte eine Magnetresonanztomographie des Kopfes durchgeführt werden, um andere Ursachen der Beschwerdesymptomatik nicht zu übersehen.

Psychosomatische Aspekte bei Morbus Menière

Ist Morbus Menière eine psychosomatische Erkrankung? Morbus Menière ist eine psychosomatische Erkrankung, wenn man darunter versteht, dass das Symptom Schwindel unmittelbar organisch bedingt ist, aber psychische Faktoren das zugrunde liegende Krankheitsbild verstärken oder aufrecht erhalten können. In diesem Fall sind die gestörten Prozesse im Innenohr die organische Ursache.
Wesentlich für die Psyche ist der Umgang der Patienten mit der Erkrankung. Manche Patienten haken einen Anfall schnell ab und sind wieder auf den Beinen. Andere Patienten sind nach einem Anfall noch lange verzweifelt und depressiv. Eine dritte Gruppe bangt mit Sorge dem nächsten Anfall entgegen.

Eines der Hauptprobleme bei Morbus-Menière-Patienten ist der Schwindel, der plötzlich und ohne Vorwarnung auftritt.

Durch diesen Schwindel geht das Gefühl von Sicherheit und festem Halt verloren, was oft – gerade bei den ersten Anfällen – als existenziell bedrohliches Ereignis mit Todes- und Vernichtungsängsten wahrgenommen wird. Stellt sich solch ein bedrohliches Ereignis häufiger ein, haben die betroffenen Patienten selbstverständlich Angst vor einem neuen Anfall. Gelegentlich wird die Angst vor einem erneuten Schwindelanfall so groß, dass die Angst selbst als Unsicherheit und Schwindel

empfunden wird. Die Drehschwindelattacken finden unter gewissen Begleitumständen statt (bestimmte Situation, bestimmter Ort, steigernder Tinnitus vor dem Anfall, usw.). In Folge können dann diese oder ähnliche Begleitumstände oder Teile davon vollkommen unbewusst ähnliche Symptome auslösen wie ein organisch bedingter Morbus- Menière-Anfall. Es ist jedoch kein direkter Innenohrschwindel, sondern mehr ein Gefühl von Panik und Unsicherheit. Die Patienten können dann kaum noch zwischen dem psychogenen Schwindel und dem organisch bedingten Innenohrschwindel unterscheiden.

Für die Patienten beginnt meist ein Teufelskreislauf: zunächst ist die Angst vor dem nächsten Schwindel, dann wird die Angst als Schwindel verkannt. Im Verlauf treten zunehmend Schwindelgefühle bei bestimmten Begleitumständen auf, so dass dann die Angst vor immer häufiger auftretendem und länger andauerndem Schwindel zunimmt. Ein großes Problem dabei ist, dass die durch die Begleitumstände ausgelösten Reize immer unspezifischer werden und so der psychogene Schwindel häufiger auftritt.

Für die Patienten ist es oftmals nicht leicht, zwischen dem organisch bedingten Innenohrschwindel und dem psychogenen Schwindel zu unterscheiden. Typische Merkmale eines Innenohrschwindels sind sehr spezifische Beschwerden. Die Patienten berichten über ein Drehschwindelgefühl (die Menschen drehen sich im Raum), was meist einen genau definierten Zeitraum andauert; Beobachter des Anfalls bemerken häufig ein „Augenflackern" (sogenannte Nystagmen). Die Symptome des psychogenen Schwindels sind hingegen sehr unspezifisch und können auch mehrere Tage anhalten, Nystagmen lassen sich nicht nachweisen.
Die Therapie des psychogenen Schwindels umfasst viele unterschiedliche Ansätze (z.B. autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen, Psychotherapie, Feldenkrais-Methode, Tai Chi, Alexander-Technik).

Dabei gilt jedoch wiederum: jeder Patient ist individuell und es gibt nicht „die" Therapie gegen psychogenen Schwindel.

Dr. Christoph Brase

Literaturempfehlungen:

- Haid, C.-T.: Ärztlicher Ratgeber Schwindel und Gleichgewichtsstörungen (2002); Schwindel aus interdisziplinärer Sicht (2003)
- Lempert, T.: Wirksame Hilfe bei Schwindel (2003)
- Michel, O.:Morbus Menière (1998)
- Schaaf, H.: Morbus Menière (2009)
- Scherer, H.: Das Gleichgewicht (1997)
- Stoll, W. et al.: Schwindel und Gleichgewichtsstörungen (2004)

Fragen an Dr. Christoph Brase

Frage: Ich wohne nahe der Autobahn. Vor vier Jahren wurde eine Funkantenne in der Nähe gebaut und seitdem geht es mir schlecht. Kann das von der Funkantenne kommen? Woanders fühle ich mich wohl, nur zu Hause geht es mir schlecht. Ich habe gehört, dass auch anderswo Menschen wegziehen mussten, weil es ihnen in der Nähe von Funkantennen schlecht ging.

Antwort Dr. Brase:
Es gibt darüber keine Studien, es wurde bislang auch noch kein direkter Zusammenhang festgestellt.

Frage: In welchem Lebensalter tritt der Morbus Menière bevorzugt auf?

Antwort Dr. Brase:
Bevorzugt tritt er im Alter von 30 - 40 Jahren auf.

Frage: Ich habe nach den Anfällen Panikattacken. Was kann mir da helfen?

Antwort Dr. Brase:
Bei Panikattacken, die reaktiv auf den MM-Anfall auftreten, helfen Entspannungsmöglichkeiten und Psychotherapie. Wichtig ist dabei, dass man sich auf die Therapie einlässt.

Frage: Ist Morbus Menière vererblich?

Antwort Dr. Brase:
Die Veranlagung dazu wird weitergegeben, aber nicht zwingend bekommt jeder einen Morbus Menière. Es gibt vereinzelte Fälle, die als „vererbt" eingestuft wurden.

Frage: Ich habe häufiger länger andauernden Schwindel. Kann mir da Gleichgewichtstraining helfen?

Antwort Dr. Brase:
Das Gleichgewichtssystem ist ein aktives Organ. Es braucht Anreize, da ist Gleichgewichtstraining eine gute Möglichkeit zur Verbesserung.

Frage: Haben Durchblutungsstörungen, z.B. Bluthochdruck, und entsprechende Medikamente einen Bezug zu Morbus Menière?

Antwort Dr. Brase:
Die Medikamente, die man bei Bluthochdruck nehmen muss, haben keinen Einfluss auf Morbus Menière. Morbus Menière ist keine Durchblutungsstörung.

Frage: Gibt es Auslöser in der Ernährung, die man vermeiden sollte?

Antwort Dr. Brase:
Es gibt Patienten, bei denen wirkt sich der Genuss von Kaffee, Tee oder Alkohol negativ aus. Das ist aber bei jedem unterschiedlich. Es gibt keine spezielle Menière-Ernährung.

Frage: Sollte man das Gleichgewichtsorgan ausschalten lassen?

Antwort Dr. Brase:
Nur, wenn Medikamente nicht helfen. Bei Rückgang der Häufigkeit der Schwindelattacken ist es nicht angezeigt.

Frage: Ende letzten Jahres hatte ich im Urlaub mitten in der Nacht einen heftigen Schwindelanfall, musste mich übergeben und bin zusammengebrochen. Ich kam als Notfall ins Krankenhaus und wurde eingehend, vor allem am Kopf, untersucht. Entlassen wurde ich mit der Diagnose Morbus Menière.

Antwort Dr. Brase:
Wir sprechen bei nur einem Anfall nicht von Morbus Menière. Morbus Menière isteine Verlaufsdiagnose, erst nach mehreren Anfällen kann man von Morbus Menière sprechen.

Frage: Ich habe Morbus Menière. Vor mehreren Jahren hatte ich einen Hörsturz. Das Gehör hat sich wieder erholt. Steht der Hörsturz in Zusammenhang mit Morbus Menière?

Antwort Dr. Brase:
Das ist schwierig zu beantworten. Jedenfalls muss ein Hörsturz nicht zwingend mit Morbus Menière in Zusammenhang stehen.

Frage: Ist es typisch für Morbus Menière, dass man bei Tinnitus und Hörminderung eine Hyperakusis entwickelt?

Antwort Dr. Brase:
Ja, es existieren Anzeichen für die Gültigkeit dieser These.

Dr. Christoph Brase bei seinem Vortrag vor KIMM-Mitgliedern

Vortrag von Dr. Frank Waldfahrer

Oberarzt am Universitätsklinikum Erlangen

Dr. med. Frank Waldfahrer, 1968 geboren in Nürnberg.
1988-1994 Medizinstudium in Erlangen.
1995-2000 Weiterbildung zum HNO-Arzt in Erlangen und Homburg.
Seit 2000 Facharzt für Hals Nasen Ohren.
Seit 2000 in der Universitäts-HNO-Klinik Erlangen, dort seit 2002 Oberarzt
Auszeichnungen:
3 x Lehrpreis der Medizinischen Fakultät,
Dissertationspreis,
Posterpreis der Deutschen Krebsgesellschaft.
zahlreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen,
Mitautor an mehreren Fachbüchern,
Leiter der Gutachterstelle,
Leiter der HNO-Intensivstation.
Mitglied einer Expertengruppe an der Bundesanstalt für Straßenwesen.

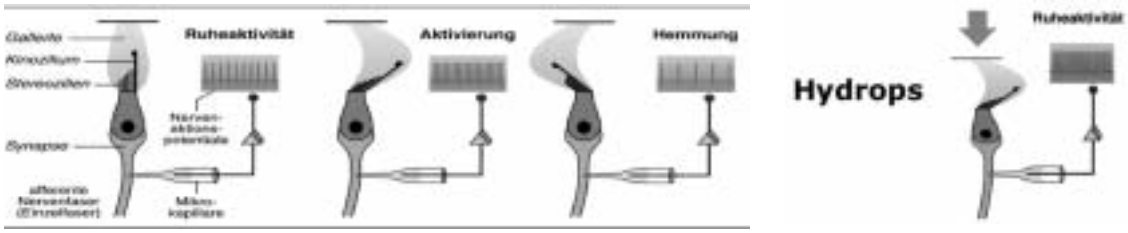
Morbus Menière und endolymphatischer Hydrops

Es kann als gesicherte wissenschaftliche Erkenntnis gelten, dass der so genannte endolymphatische Hydrops Grundlage der Krankheitssymptome der Menière-Krankheit ist. Weshalb es allerdings zu dieser Aufblähung des Endolymphschlauches im Innenohr kommt, ist bislang noch nicht aufgeklärt. Offenbar wird entweder zuviel Endolymphe produziert oder zuwenig Endolymphe rückresorbiert.
Eine Schlüsselrolle könnte der Endolymphsack (Saccus endolymphaticus), der als Endolymphreservoir fungiert, spielen. Verein facht ausgedrückt, führt der „Überdruck" im Endolymphraum zu einer Funktionsstörung der kochleären Haarzellen, so dass es zu einer Hörminderung und/oder zu einem Tinnitus kommen kann. An den vestibulären Haarzellen kann eine Zunahme der Ruhefrequenz mit Schwindelsymptomen auftreten (siehe Abbildung).

Nachweis eines endolymphatischen Hydrops

Das Vorhandensein eines endolymphatischen Hydrops geht nicht zwangsläufig mit den Symptomen der Menière-Krankheit einher, umgekehrt ist aber bei jedem

“Aktuelle Aspekte zur individuellen Menière-Therapie”



a b c d

Vestibuläre Haarzellen weisen im Gegensatz zu kochleären Haarzellen eine Ruheaktivität auf (a). Je nach Richtung der auf die vestibulären Haarzellen einwirkenden Beschleunigung kommt es zu einer Abnahme (b) oder zu einer Zunahme (c) der Aktivität der Haarzellen. Durch den endolymphatischen Hydrops kann die Aktivität der Haarzellen auch in Ruhe erhöht werden (d).

Menière-Patienten ein solcher zu erwarten.

Zum Nachweis eines endolymphatischen Hydrops stehen vier diagnostische Methoden zur Verfügung:

- Elektrokochleographie
- Glyzerol-Test nach Klockhoff
- Furosemid-Test nach Futaki
- Magnetresonanztomographie mit hoher Feldstärke

Bei der Elektrokochleographie wird eine dünne Elektrode durch das Trommelfell gestochen, um auf der gegenüber liegenden Wand, dem Promontorium, Potentiale messen zu können. Nach akustischer Reizung lassen sich drei verschiedene Reizantworten registrieren, wobei sich beim Vorliegen eines endolymphatischen Hydrops charakteristische Veränderungen nachweisen lassen.
Beim Glyzerol-Test nach Klockhoff macht man sich den osmotischen Effekt des dreiwertigen Alkohols Propantriol bzw. Glyzerol zu Nutze. Vor und nach oraler Aufnahme einer Glyzerol-Lösung werden Tonschwellenaudiogramme und die otoakustischen Emissionen gemessen.
Eine Besserung der Hörschwelle nach Glyzerol-Gabe wird als Nachweis eines endolymphatischen Hydrops gewertet.
Der Furosemid-Test nach Futaki verläuft nach Injektion des Diuretikums Furosemid analog wie der Glyzerol-Test. Mittels spezieller Messsequenzen konnte der endolymphatische Hydrops auch mittels Magnetresonanztomographie an drei Tesla-Geräten nachgewiesen werden. Allerdings wurde hierzu das Kontrastmittel Gadolinium in den meisten Studien in das Mittelohr injiziert. Aber auch nach intravenöser Gabe von Gadolinium war in Einzelfällen ein Hydrops visualisierbar.

Therapeutische Ansätze

Eine positive Beeinflussung des endolymphatischen Hydrops ist somit der Schlüssel zur Therapie des Morbus Menière.
Diuretika wie Furosemid werden vor allem in den Vereinigten Staaten zur Basistherapie eingesetzt; in Europa ist hingegen Betahistin das Standardmedikament zur Behandlung des Morbus Menière (Betahistin ist in den USA nur als Import verfügbar).
Auch die Sakkotomie, also die operative Freilegung und Eröffnung des Saccus endolymphaticus, zielt auf die Beseitigung des endolymphatischen Hydrops ab.

Betahistin

Betahistin wurde um 1940 eigentlich zur Behandlung eines bestimmten Kopfschmerztyps entwickelt, erwies sich dann

aber vor allem beim Morbus Menière als wirksam und wird seit 1965 für diese Indikation verwendet. Hierbei wirkt die Substanz insbesondere auf die Schwindelsymptome, das Hörvermögen wird durch Betahistin in aller Regel nicht gebessert. Betahistin wirkt im zentralen Nervensystem an Histaminrezeptoren und reguliert u.a. die durch den Hydrops gesteigerte Ruhefrequenz der vestibulären Haarzellen. Betahistin ist zumeist gut verträglich, Probleme können bei Patienten mit Histaminsensitivem Asthma bronchiale entstehen. Moderne Antihistaminika zur Behandlung von Allergien kommen mit Betahistin nicht ins Gehege, da diese die Blut-Hirn-Schranke nicht penetrieren können. Ältere Antihistaminika können mit Betahistin hingegen interagieren, daher ist von der gleichzeitigen Verwendung abzuraten.

Es ist wichtig zu wissen, dass Betahistin in Gestalt zweier verschiedener Salze im Handel ist, die unterschiedlich dosiert werden:

- Betahistin-dihydrochlorid: Vasomotal®, Betavert® N, AcuVer®
- Betahistin-dimesilat: Aequamen®, Betavert®, alle Betahistin-Generika

Die beiden verschiedenen Salze dürfen somit nicht unkritisch gegeneinander ausgetauscht werden. Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass Betahistindihydrochlorid-Präparate rund 65% Wirkstoff enthalten, während dies für Betahistindimesilat-Präparate nur für rund 42% gilt.

Betahistindihydrochlorid-Präparate haben somit den höheren Wirkstoffanteil.

Dies muss bei einem eventuellen Präparatewechsel berücksichtigt werden. Neuere Studien (z.B. von Prof. Strupp, München, 2008) konnten zeigen, dass eine höhere Dosierung von Betahistin mit einer höheren Wirksamkeit einhergeht, wobei die Dosierung ohne relevante Zunahme von Nebenwirkungen verdreifacht wurde. Am Rande sei erwähnt, dass kürzlich auch über eine neue Indikation für Betahistin berichtet wurde: in einer Plazebo-kontrollierten Studie kam es in der Betahistin-Gruppe zu einer signifikanten Gewichtsabnahme von rund 2,5kg in zwölf Wochen.

Diuretika

Aufgrund der Verfügbarkeit von Betahistin in Deutschland hat die Diuretika-Therapie des M. Menière nicht den gleichen Stellenwert wie in den USA. Zweifellos kann ein Diuretikum den endolymphatischen Hydrops positiv beeinflussen. Diuretika sollten insbesondere dann eingesetzt werden, wenn auch eine Indikation aufgrund einer Herz- oder Nierenerkrankung gegeben ist. In jedem Fall muss der Elektrolythaushalt konsequent kontrolliert werden.

Cinnarizin + Dimenhydrinat

Ähnlich wie Betahistin vermag auch Cinnarizin die Ruhefrequenz der vestibulären Haarzellen zu modulieren. In einer Vergleichsstudie zwischen Betahistin und dem Kombinationspräparat Cinnarizin und Dimenhydrinat (Arlevert®) erwiesen sich beide Medikamente als gleichwertig zur Anfallsprophylaxe (Novotny et al. 2002).

Picrotoxin

Picrotoxin ist der Wirkstoff, der in der indischen Kletterpflanze Anamirta cocculus enthalten ist. Kockelskörner wurden bereits im Mittelalter von Seeleuten gegen Seekrankheit eingenommen. Kürzlich wurde der Wirkstoff in Form von Zäpfchen zur Prophylaxe von Menière-Anfällen mit Betahistin in normaler Dosierung verglichen (Weikert et al. 2008). Beide Medikamente zeigten keine Unterschiede in der Wirksamkeit. Eine echte Therapiealternative dürfte allerdings erst dann gegeben

sein, wenn Picrotoxin in einer oralen Präparation vorliegt.

Sulpirid

Sulpirid gehört zur Substanzgruppe der Neuroleptika und wird zur Therapie von Depressionen und Schizophrenien eingesetzt; in niedrigerer Dosierung ist die Substanz auch zur Behandlung des Morbus Menière zugelassen. Da das Medikament einige relevante Wechselwirkungen und Nebenwirkungen aufweist, ist es allenfalls als Reservemedikament bei M. Menière anzusehen.

Dexamethason (intratympanal)

Auch wenn diskutiert wird, ob es sich beim Morbus Menière um eine Autoimmunerkrankung handelt, kann klar festgestellt werden, dass eine Langzeittherapie mit Cortison-Präparaten den Krank- heitsverlauf nicht günstig beeinflusst. Corticosteroide sind nur in der Akuttherapie des Menière-Anfalls wirksam.
In neueren Studien (Boleas-Aguirre et al. 2008, Salt & Plontke 2009) wurde die intratympanale Gabe von Dexamethason bei Morbus Menière mit ermutigenden Ergebnissen erprobt. Die intratympanale Gabe von Arzneimitteln, also das Einbringen in das Mittelohr, hat sich inzwischen zur Therapie des Hörsturzes als Sekundärmaßnahme etabliert und wird derzeit zunehmend auch zur Primärtherapie eingesetzt. Der Vorteil der intratympanalen Dexamethason-Therapie gegenüber der intratympanalen Gentamicin-Therapie besteht darin, dass hierbei kein irreversibler Schaden an den Haarzellen verursacht wird.

Dr. Frank Waldfahrer bei seinem Vortrag vor KIMM-Mitgliedern

Aquaporine und Vasopressin

Ein neuer Therapieansatz des Morbus Menière steht in Zusammenhang mit Aquaporinen und dem Hormon Vasopressin (ADH, antidiuretisches Hormon).
Aquaporine sind Proteine, die in den Zellwänden für den bidirektionalen, passiven Transport von Wasser zuständig sind. Die Aquaporine wurden erst in den 90iger Jahren des letzten Jahrhunderts entdeckt, Peter Agre erhielt hierfür 2003 den Nobelpreis für Chemie.
Man kennt derzeit zehn verschiedene Aquaporine, wobei einige davon neben Wasser auch Glyzerol (siehe Klockhoff-Test!) und Harnstoff transportieren und deshalb als Aquaglyzeroporine bezeichnet werden. Im menschlichen Körper wurden Aquaporine an roten Blutkörperchen, in der Niere, an der Augenlinse, an Speicheldrüsen, im Gehirn und am Innenohr nachgewiesen. Die Sialadenose der Speicheldrüsen wird nach aktuellen Forschungsergebnissen als Aquaporin-Funktionsstörung angesehen, gleiches gilt für die polyzystische Nierenerkrankung.

Vasopressin ist ein Hormon, das im Hypophysenhinterlappen gespeichert wird. Vasopressin wirkt antidiuretisch, d.h. es löst eine Harnkonzentrierung aus. Vasopressin wird freigesetzt, wenn im Organismus ein Flüssigkeitsmangel vorliegt. Ein Mangel an Vasopressin besteht bei dem Krankheitsbild Diabetes insipidus (so genannte Wasserharnruhr), es kommt hier infolge der fehlenden Harnkonzentration zu einer exzessiven Harnausscheidung. Auch Alkoholkonsum hemmt die Vasopressin-Freisetzung, so dass es auch hier zu einer vermehrten Harnausscheidung kommt.
Derzeit sind drei Vasopressin-Rezeptoren (V1a, V1b, V2) bekannt. Über den V2-Rezeptor bindet Vasopressin, das bei Flüssigkeitsmangel im Organismus freigesetzt wird, an Aquaporin 2-haltige Nierenepithelzellen, wodurch es zu einer Harnkonzentration kommt, die dem Flüssigkeitsmangel entgegen wirkt.

Aquaporin-Vasopressin-System und Morbus Menière

Aktuell wird die Hypothese untersucht, dass dem endolymphatischen Hydrops beim Morbus Menière eine Funktionsstörung des Aquaporin-Vasopressin-Systems im Innenohr zugrunde liegt. In Tierversuchen konnte nachgewiesen werden, dass die Gabe von Vasopressin eine Volumenzunahme im Saccus endolymphaticus auslöst, ein Vasopressin-Antagonist löste eine Volumenabnahme aus. Damit ist die Abhängigkeit des endolymphatischen Flüssigkeitsgehalts vom Aquaporin-Vasopressin-System tierexperimentell nachgewiesen.
Bei Patienten mit Morbus Menière konnten überdies erhöhte Vasopressin-Spiegel nachgewiesen werden.
Damit ergibt sich die Schlussfolgerung, dass Medikamente, die als Vasopressin-Antagonisten am Rezeptor V2 wirken, einen endolymphatischen Hydrops positiv beeinflussen können.
Kürzlich wurde der V2-Vasopressin-Rezeptorantagonist Tolvaptan zur Behandlung von polyzystischen Nierenerkrankungen, Herzinsuffizienz, Natriummangel und Bauchwassersucht (Aszites) bei Leberzirrhose zugelassen. Erste Berichte lassen auch auf eine positive Beeinflussung eines endolymphatischen Hydrops hoffen, allerdings mit dem Preis einer deutlichen Zunahme des Urinvolumens. Daher wird die Substanz derzeit in der intratympanalen Anwendung erprobt.
Zusammenfassend könnten die Vaptane in Zukunft eine vielversprechende Perspektive bei der Behandlung des endolymphatischen Hydrops bei Morbus Menière darstellen.

Fragen an Dr. Waldfahrer

Frage: Ich bin seit 25 Jahren beidseitig von Menière betroffen, seit 1 1/2 Jahren haben sich die Morbus Menière-Anfälle in Turmakin-Anfälle verwandelt. Ich nehme Aequamen. Kann man damit die Turmakin-Anfälle einschränken oder sind sie eine Nachfolgeerkrankung des Morbus Menière?

Antwort Dr. Waldfahrer:
Turmakin-Anfälle sind nicht zwingend eine Nachfolgeerkrankung, sie können auch mal am Anfang der Erkrankung auftreten. Es ist aber schon ein Hinweis auf eine Verschlechterung der Erkrankung. Betahistin hilft auch bei Turmakin-Anfällen, aber es ist fraglich, ob ein vollständiges Verschwinden der Anfälle stattfindet. Es sollte vielleicht auf einer Seite eine Gentamicin-Behandlung gemacht werden. Durch Tests kann man herausfinden, von welcher Seite die Turmakin-Anfälle kommen und dementsprechend dann etwas dagegen tun. Eine Saccotomie wäre auch beidseitig möglich.

Tagungsteilnemher stellen ihre Fragen

Frage: Ist es bei Morbus Menière üblich, dass Turmakin-Anfälle auftreten?

Antwort Dr. Waldfahrer:
Das ist nicht üblich, kommt aber ausnahmsweise vor.

Frage: Jetzt hat mir mein Arzt Betahistin verordnet. Wie ist es damit?

Antwort Dr. Waldfahrer:
Betahistin, alle acht Stunden genommen, wirkt, man muss aber die genaue Dosierung herausfinden.

Frage: Ich habe Trental eingenommen, in diesem viertel- bis halben Jahr habe ich keine Anfälle mehr gehabt. Mein Arzt hat gesagt, dass ich sie nicht mehr nehmen darf. Muss ich wieder mit neuen Anfällen rechnen?

Antwort Dr. Waldfahrer:
Das kann Zufall sein, dass sich die Krankheit unter Trental verbessert hat. Trental könnte man als Dauermedikament nehmen, müsste es aber selbst zahlen. Aber es wirkt nicht bei Morbus Menière.

Frage: Was ist der Unterschied zwischen Vasomotal und Betahistin?

Antwort Dr. Waldfahrer:
Betahistin ist der Name des Wirkstoffs, Vasomotal ist der Name von einem Handelsprodukt.

Frage: Ich habe viele Jahre keine Schwindelanfälle mehr. Wirkt sich Vasomotal negativ auf mein Hörvermögen aus?

Antwort Dr. Waldfahrer:
Weder negativ noch positiv. Ich empfehle Ihnen, es weiter zu nehmen, sonst riskieren Sie neue Schwindelanfälle. Aber um zu erfahren, ob es eine spontane Besserung ist, kann man eventuell einen Absetzversuch machen, wenn man es arbeitsmäßig einrichten kann.

Frage: Ich nehme jetzt 3 x 16 mg Betahistin, soll ich es reduzieren?

Antwort Dr. Waldfahrer:
Man geht ja von niedriger Dosierung auf eine höhere, wenn es nicht ausreicht, bis

man die richtige Dosis gefunden hat. Nacheinem halben Jahr Anfallsfreiheit kann eine Dosisreduzierung versucht werden.

Frage: Seit anderthalb Monaten nehme ich Arlevert, davor hatte ich starke Schwindelanfälle. Auf dem Beipackzettel steht, dass man es nur 4 Wochen nehmen sollte. Kann ich es ruhig weiternehmen als Langzeittherapie?

Antwort Dr. Waldfahrer:
Nach dem kurzfristigen Verlauf sollten Sie es noch nicht absetzen. Es spricht nichts dagegen, es als Langzeitmedikation einzunehmen.

Frage: Wann wirkt Betahistin bei Morbus Menière? Ich habe gehört, dass es erst nach einem Jahr hilft.

Antwort Dr. Waldfahrer:
Ein frischer Morbus Menière braucht bis zu einem halben Jahr, um eine optimale Dosierung zu finden. Frühestens nach einem Monat sollte man eine Dosisanpassung machen. Nach einem Jahr ist eine Aussage möglich, ob Betahistin langfristig hilft.

Frage: Muss man sein Trinkverhalten und die Salzzufuhr einschränken?

Antwort Dr. Waldfahrer:
Früher wurde eine Diät mit höchstens 2g Salz pro Tag empfohlen. Das schränkt die Lebensqualität erheblich ein. Man soll auch nicht nur zwei Liter pro Tag trinken. Wenn man zu wenig trinkt, gehen vorher die anderen Organe kaputt, bevor der Hydrops entwässert wird. Kaffee in Maßen getrunken schadet nicht, man sollte aber auch keine vier Maß Bier zu sich nehmen.

Frage: Ich nehme Betahistin, seit Anfang März hatte ich in 4 Wochen 4 schwere Anfälle. Jetzt hat mein Arzt die Dosis verdoppelt, ich habe immer noch ständigen Druck. Vor einer Woche hatte ich den letzten Anfall. Soll ich ein Paukenröhrchen einsetzen lassen?

Antwort Dr. Waldfahrer:
Warten Sie einen Monat ab, eventuell muss die Dosierung noch einmal gesteigert werden. Mit dem Paukenröhrchen würde ich noch warten, damit man unterscheiden kann, ob die Anfälle durch die Medikamentenerhöhung oder durch das Paukenröhrchen ausbleiben.

Dr. Waldfahrer steht den KIMM MItgliedern Rede und Antwort

Literatur beim Autor

Dr. med. Frank Waldfahrer
Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Kopf- und Halschirurgie
(Direktor: Prof. Dr. Heinrich Iro)
Universitätsklinikum Erlangen
Waldstraße 1, 91054 Erlangen
frank.waldfahrer@uk-erlangen.de

Audiomitschnitt des Vortrages von Prof. Dr.-Ing. Dr. rer. med. Ulrich Hoppe

Prof. Dr.-Ing. Dr. rer. med. Ulrich Hoppe (43)

Nach dem Physik- und Medizinstudium in Göttingen promovierte Ulrich Hope 1996 zum Dr.-Ing. an der Universität Erlangen und 2000 zum Dr. rer. med. an der Universität des Saarlandes.
2003 erhielt er einen Ruf auf die Professur für Biosignalverarbeitung an der Techn-schen Universität llmenau, wo er bis Ende 2005 lehrte.
Seit Dezember 2005 leitet er als Professor für Audiologie die Audiologische Abteilung der HNO-Klinik am Universitätsklinikum Erlangen, seit 2009 das ebenso dort ansässige Cochlear Implant Centrum CICERo.
Ulrich Hoppe ist verheiratet und hat drei Kinder im Alter von drei, sechs und acht Jahren.

In diesem Beitrag möchte ich auf die Frage eingehen, welche Versorgungsmöglichkeit Hörgerät oder ein Cochlea Implantat (CI) - für hochgradig Schwerhörige besser geeignet ist. Hier hat sich in den vergangenen Jahren viel getan.
Darüber hinaus wird die Besonderheit der CI gegenüber Hörgeräten vorgestellt und einige Aspekte der CI-Versorgung beleuchtet.

1. Wie funktioniert das normale Hören?
   Wann ist das Cochlea-Implantat (CI) einem konventionellen Hörgerät vorzuziehen?
2. Was sind Cochlea-Implantate?
3. Wie ist der Ablauf der Cochlear-implantat Versorgung?
   Was muss man beachten?

Hörgerät oder Cochlea Implantat?
Prof. Dr.-Ing. Dr. rer. med. Ulrich Hoppe

1. Wie funktioniert das normale Hören? Wann ist das Cochlea-Implantat (CI) einem konventionellen Hörgerät vorzuziehen?

Wir benutzen – auch beim Hören – gerne und häufig das Wort "normal", reden also von "normalem" Hören. Tatsächlich gibt es deutliche Schwankungen zwischen allen Hörenden, auch bereits zwischen den sog. Normal-Hörenden, mit Sicherheit aber verstärkt unter den Leicht-Hörgeschädigten, die ihre von Person zu Person unterschiedliche Hörminderung noch sehr gut im Alltag derart kompensieren können, dass ihre unterschiedlichen Hörbeeinträchtigungen für den Außenstehenden nicht erkannt werden. Selbst der Leicht-Hörgeschädigte gilt deshalb sehr häufig im alltäglichen Leben noch als Normalhörender.

Wie funktioniert nun unser Hören?

Die prinzipielle Funktionsweise des Ohres ist Ihnen als Menière-Betroffener sicher geläufig, die Unterteilung in Außenohr, Mittelohr, Innenohr ebenfalls: Vom Außenohr führt der äußere Gehörgang ins Mittelohr mit Trommelfell, Hammer, Amboss und ovalem Fenster, im dahinter liegenden Innenohr befindet sich in enger Verbindung zum Gleichgewichtsorgan die sog. Cochlea (zu deutsch: ‚Schnecke'). Die Cochlea ist der Teil des Innenohres, der für das Hören zuständig ist.

Konzentrierter Zuhörer beim Vortrag

Abbildung 1 zeigt die wesentlichen Teile des Gehörs in immer größerer Vergrößerung von links oben nach links unten. Im Querschnitt zeigt die Cochlea die 3 Bereiche der Scala Vestibuli, Scala tympani und dem ductus cochlearis (s. Abb. 1). Sie umlagern unter anderem die Hör-Sinneszellen, die sog. Haarzellen. Für den Hörvorgang wichtig ist, dass die Flüssigkeiten (Lymphen) in dem ductus cochlearis und der Scala Vestibuli eine unterschiedliche Zusammensetzung haben.

Die vom Trommelfell und dem nachgeschalteten System (Amboss, Hammer etc.) weitergegebenen Schwingungen der Schallwellen bewegen die Flüssigkeit in der Cochlea hin und her, diese überträgt sich auf die Härchen der Haarzellen, die Härchen stoßen ihrerseits oben an die Tektorialmembran, durch dieses Anstoßen werden die Härchen abgelenkt. Im Augenblick der Ablenkung entstehen elektrische Ströme in der Haarzelle, die über den Hörnerv ans Gehirn übertragen werden. Dort führen sie zu einem Höreindruck.

In einer Cochlea befinden sich viele tausend Haarzellen, die für bestimmte Schallfrequenzen zuständig sind. Der Mensch hört in einem Frequenzbereich von 20 Hertz (Hz) bis 20.000 Hz.
In der Cochlea, die aus 2 ½ Windungen besteht, werden diese Frequenzen auf unterschiedliche Bereiche aufgeteilt:
Die höheren Töne werden in der unteren Windung, die mittleren in der mittleren Windung und die tiefen Töne in der obe-

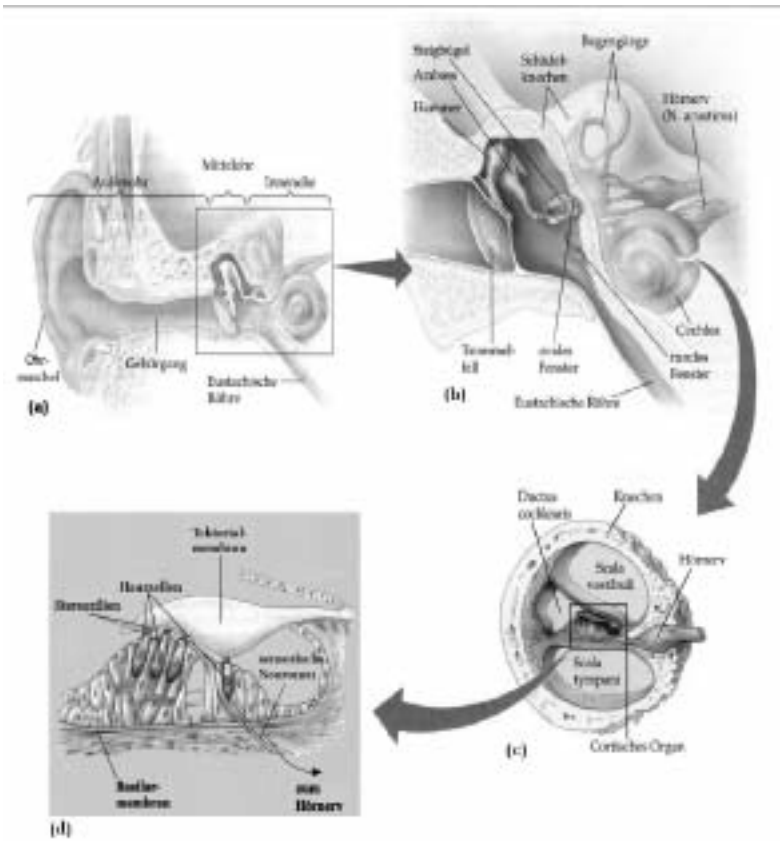


Abbildung1: Aufbau des Gehörs. Von links oben nach links unten in immer größerer Vergrößerung bis zu den Haarzellen.

ren Windung der Cochlea erfasst. Alle eintreffenden Geräusche werden also beim Hörvorgang in ihre Frequenzen zerlegt, an getrennten Stellen der Cochlea erfasst und an getrennte Stellen an den Hörnerv übertragen. Folglich sind Hörstörungen in bestimmten Frequenzbereichen oftmals eindeutig einer Störungen oder Schädigung eines bestimmten Bereiches der Cochlea zuzuordnen.

In der medizinischen Wirklichkeit ist die Cochlea natürlich ein sehr komplexes Gebilde. Bei dem Morbus Menière ist die Membran zwischen den unterschiedlichen Flüssigkeiten des ductus cochlearis und der Scala Vestibui sehr kritisch. Diese kann nämlich bei einem sich aufgebauten Überdruck im ductus cochlearis reißen und dadurch werden Endolymphe und Perilymphe vermischt. Dies führt dann zu den gefürchteten Schwindelattacken und Hörschwankungen. Passiert dies zu oft oder zu stark, können die Haarzellen dauerhaft geschädigt werden.

Fast 90 Prozent aller Hörstörungen gehen auf die Schädigung bzw. Zerstörung der Haarzellen zurück.
Entstehende Schädigungen sind irreversibel, können also nicht rückgängig gemacht werden.
Unter anderem werden derartige Schäden durch die wiederholte Vermischung von Endolymphe und Perilymphe verursacht – also durch den Auslöser der Menière-typischen Schwindelanfälle. Die Haarzellen werden auch zerstört durch Lärm, lauter Musik und lauten Geräuschen allgemein. Hier sind es die mechanischen Kräfte, die durch die starken Geräusche entstehen. Auch können Medikamente wie bestimmte Antibiotika zur Zerstörung der Haarzellen und dadurch zu Hörminderungen führen. Bekannt ist Ihnen dies sicher als die früher häufige und gravierende Nebenwirkung

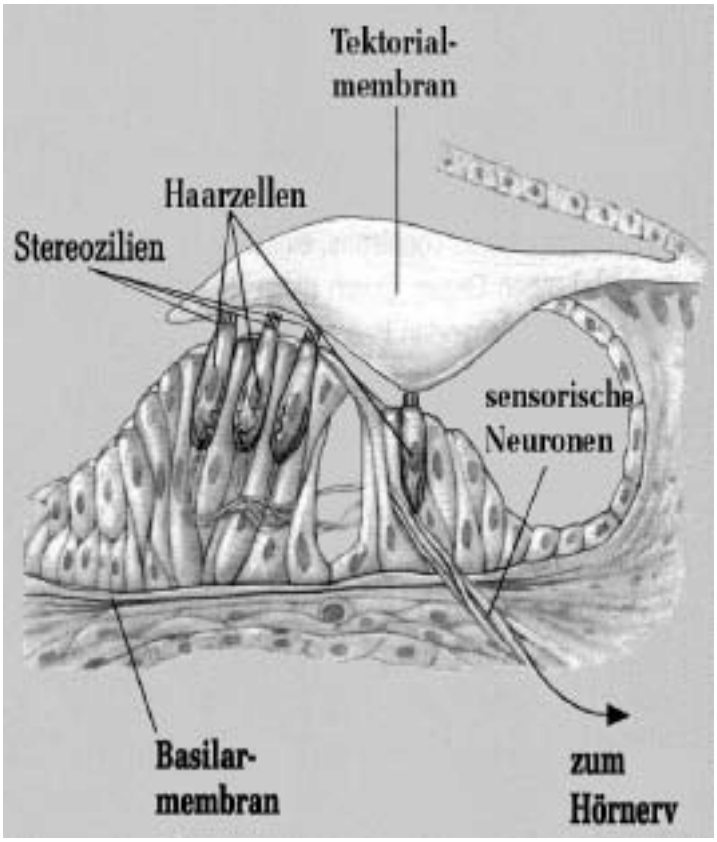


Abbildung 2: Äußere Haarzellen (links) und innere Haarzelle (rechts). Während die inneren Haarzellen für die Sensorik (Empfindung) wichtig sind, sind die äußeren für die Schallverstärkung von Bedeutung.

einer Gentamyzin-Behandlung. Insgesamt ist der Morbus Menière nicht die häufigste Ursache für eine Schwerhörigkeit, sondern genetisch bedingte Hörminderungen sind am häufigsten. Die Haarzellen sind, dem gesamten Verlauf der Cochlea folgend, in vier Reihen angeordnet: eine Reihe sogenannte innere Haarzellen und drei Reihen äußere.

Die Reihen zeigen unterschiedliche Ausformung der Haarzellen: die innere Reihe zeigt eine Art gerader Frisurschnitt die äußeren haben V- bzw. W-förmige Ausbildung. Die insgesamt ca. 3500 Haarzellen pro Reihe sind bündelweise jeweils für einen bestimmten Ton zuständig, den äußeren Reihen obliegt zusätzlich eine Verstärker- bzw. Dämpfungsfunktion, damit leise Töne auch inmitten anderer lauter erkannt werden können. Insgesamt verfügt also jeder Mensch über ca. 15000 Haarzellen pro Ohr.

Je nach dem lokalen Anteil zerstörter Haarzellen lässt dann die Hörfähigkeit an dieser Stelle der Cochlea – und damit das Hören eines bestimmten Tones einer bestimmten Frequenz – nach oder die betreffende Frequenz fällt völlig aus. Deren Verlust wird meist zunächst nicht erkannt. Die typische Aussage eines Patienten ist dann: "Ich höre alles - aber ich verstehe keine Sprache mehr, speziell dann nicht, wenn Störgeräusche in der Nähe sind".

Um es mit einem Bild zu charakterisieren: Stellen wir uns die für einen bestimmten Ton zuständigen Haarzellen als Richtmikrofon vor, so fehlen nun sozusagen einige dieser Mikrofone, die anderen Mikrofone hören den Bereich, für den das ausgefallene Mikrofon zuständig war, zwar noch irgendwie mit, aber das Hören wird insgesamt undeutlicher.

Wie für alle Zellen, muss es auch für die Haarzellen als normal akzeptiert werden,

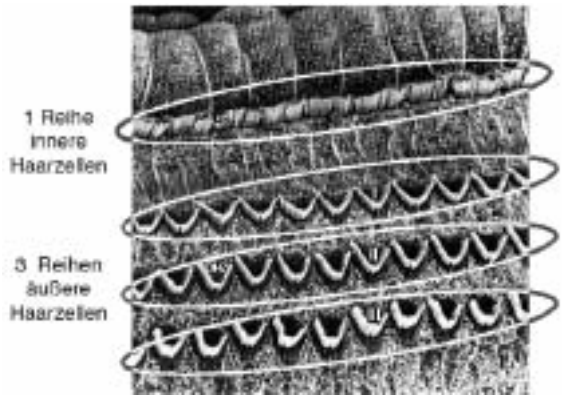


Abbildung 3: Haarzellen unter dem Rasterelektronenmikroskop.
Oben: Härchen der inneren Haarzelle
Unten die W-förmigen Härchen der äußeren Haarzellen (drei Reihen).

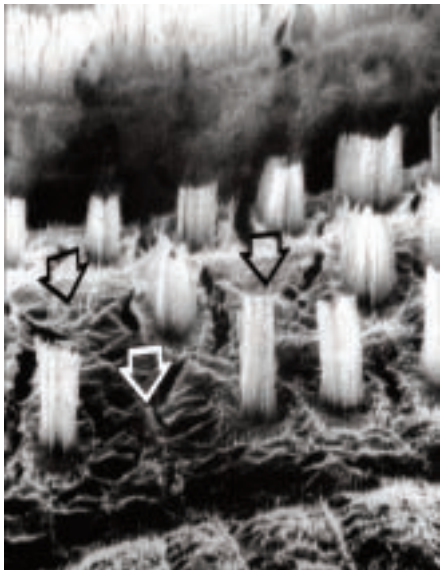


Abbildung 4: Elektronenmikroskopische Aufnahme von geschädigten Haarzellen: Die Pfeile deuten auf zerstörte Härchen hin. Solche Haarzellen sind für immer geschädigt.

dass sie im Laufe des Lebens altern, degenerieren oder beschädigt werden. Erst wenn dies auf zu viele von ihnen zutrifft, zu viele defekt sind, wird das Hören schlechter. Dies ist Morbus Menière Betroffenen nur allzu vertraut: Ein einzelner Schwindelanfall, der einzelne Hydrops erzeugt zunächst nur eine temporäre Hörstörung, weil durch die Vermischung der Flüssigkeiten - durch veränderte Ionisierung der entstehenden Mischflüssigkeit - keine Ströme mehr fließen können. Erst über die Häufigkeit der Anfälle kommt es dann zu dauerhaften, mechanisch verursachten, Schädigungen der Haarzellen.

Bis wann Hörgerät, ab wann Cochlea-Implantat?

Hörgeräte können das Sprachverstehen gut verbessern, wenn noch hinreichend viele Hörzellen intakt sind. Mit zunehmendem Verlust an intakten Haarzellen kann zwar weiterhin Hören an sich mittels Hörgeräten erreicht werden, Sprachverstehen jedoch nicht mehr. In diesem Fall sind Cochlea-Implantate den Hörgeräten überlegen.

Dabei hat sich die Grenze der "Zuständigkeit" der Cochlea-Implantate eindeutig zu Gunsten des CI verschoben. So hat sich die vor 20 Jahren gängige Regel "Cochlea-I Implantate nur bei Gehörlosen oder komplett tauben Ohren" vor etwa 5 Jahren in ein "Es darf nur noch ein minimales Restgehör auf dem zu behandelnden Ohr verblieben sein" gewandelt. Heute wissen wir, dass, selbst wenn noch ein mäßiges Sprachverstehen da ist, - telefonieren mit Hörgerät ist noch möglich - dem Hören mit Cochlea-Implantat eindeutig der Vorzug zu geben ist. Das Hören und damit das Sprachverstehen ist selbst in diesen Fällen eindeutig besser mit CI.

2. Was sind Cochlea-Implantate CI?

Das CI besteht aus einem zu implantierenden und einem nach Art eines Hörgerätes ausgebildeten äußeren Teil. Der größere, flache Teil ist der Empfänger, der später

Abbildung 5: CI-System von heute: rechts oben: Implantat. Die kleine Spirale wird bei der OP in die Cochlea eingelegt, das Implantat wird unter die Kopfhaut gesetzt. Der Prozessor (mitte in weiß) wird wie ein Hörgerät am Ohr getragen. Er kann über die Fernbedienung geregelt werden. (Bild: Fa. Cochlear Deutschland)

von außen durch die Kopfhaut gesendeten Signale des Hörgerätes. Er wird unter die Kopfhaut implantiert, der an ihm anhängende sog. Elektrodenträger wird von hinten über das Mittelohr in die Hörschnecke eingeführt. In Angleichung an die Schnekkenform der Cochlea ist der Elektrodenträger in seinem Grundzustand als Spirale aus-gebildet. Das erleichtert das Einführen in die Cochlea während der Operation. Die eigentliche Erfassung des Schalles übernimmt der externe Teil: ein Hörgerät mit Sprachprozessor und Sendespule, das außen über dem Implantat sitzt und an dieses sendet.

Abbildung 6: Das Cochlea Implantat (links). Rechts: vergrößerte Darstellung des Elektrodenträgers mit seinen 22 Elektroden. (Bild: Firma Cochlear Deutschland))

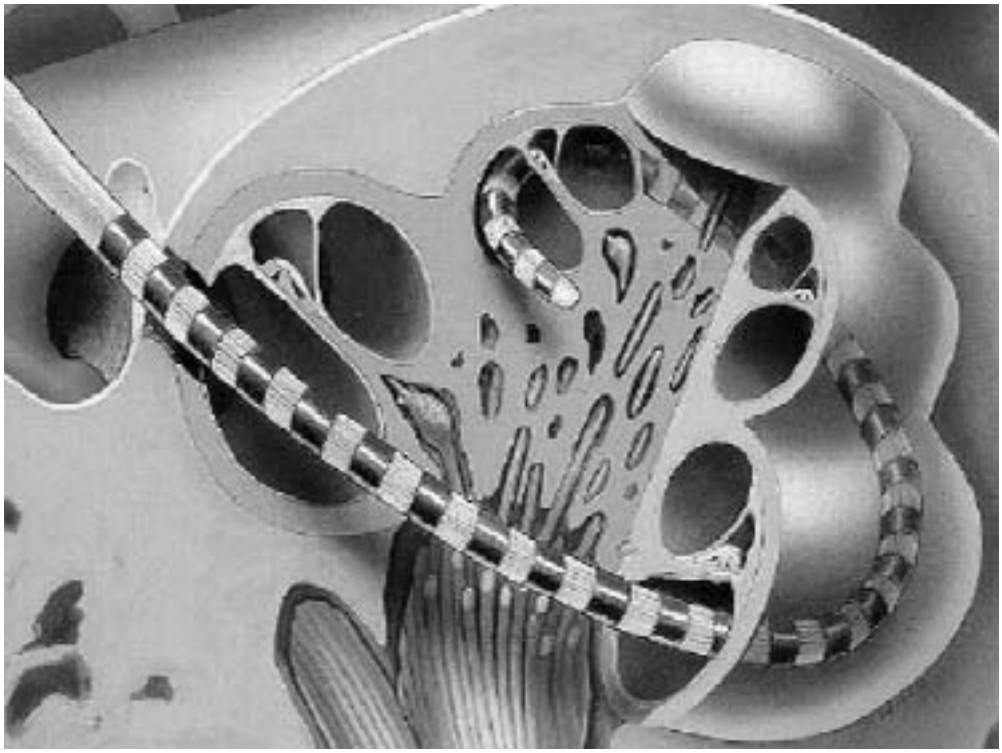


Abbildung 7: Elektrodenträger in der Cochlea. Der Hörnerv (Fasern) wird durch die Elektroden elektrisch stimuliert.

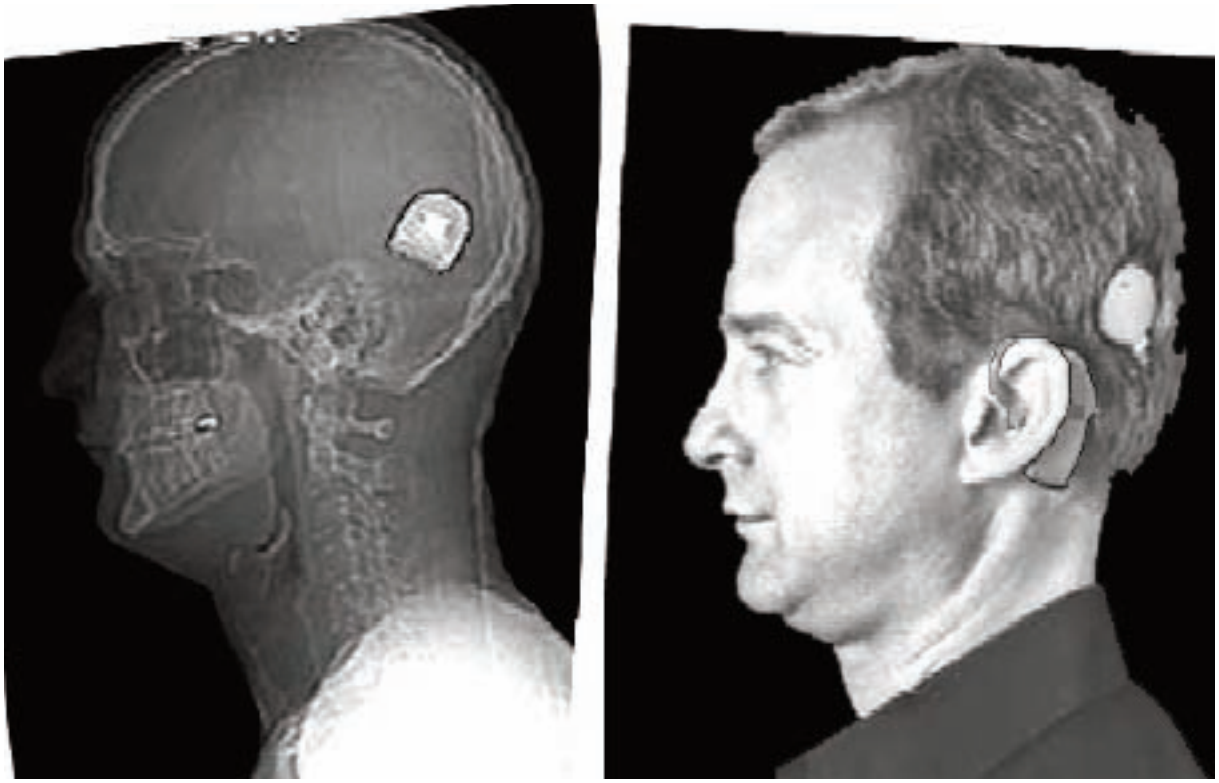


Abbildung 8: Röntgenaufnahme mit Cochlea Implantat (links) und Foto mit Sprachprozessor (rechts) eines CI-Trägers. Das Röntgenbild zeigt die innere Lage des Implantats. Das rechte Bild zeigt die Sendespule und den Sprachprozessor.

Bei der Operation wird in die Cochlea ein etwa 1 mm weites Loch gebohrt, durch das der Elektrodenträger in die Hörschnecke eingeführt wird. Die Magnete in Sender und Empfänger erzeugen eine automatische Haftung des Außenteiles an der Kopfhaut. Mit dem CI hören wir nicht mehr über das Trommelfell, sondern über das Implantat, das direkt seine elektrischen Impulse an den Hörnerven überträgt.

Abbildung 9: Erste Versuche mit Cochlea Implantaten. Der Prozessor hatte 1979 noch die Größe eines Kassettenrekorders, ein zusätzliches Mikrophon war ebenfalls erforderlich.

Die ersten Versuche zur direkten Anregung des Hörnerves nach Art des CI erfolgten vor 30 Jahren in Australien, USA und Deutschland. Der Sprachprozessor hatte noch die Größe eines Schuhkartons. Die Verbindung "nach außen" / aus dem Kopf heraus erfolgte über eine Steckverbindung. Das Mikrofon war ein reguläres, also ebenfalls entsprechend groß.
Trotz seiner Größe war das Gerät technisch eindeutig schlechter als die heutigen Geräte. Es wurde lediglich als Unterstützung für das Lippenablesen verwendet, die Geräusche wurde zwar wahrgenommen – aber ohne die Chance eines Verstehens. Dennoch war dieses Gerät für die damalige Zeit ein echter Durchbruch zur Überwindung völliger Taubheit. Heute ist – wie bereits erwähnt - die Technik des äußeren Teils des CI dem der Hörgeräte identisch. Eine Fernbedienung hilft außerdem, notwendige Einstellungen in neuen Hörsituationen (Bierzelt, Telefon, ruhige Umgebung usw…) vorzunehmen.

Bei den heute auf dem Markt befindlichen Geräten von verschiedenen Firmen wird in der Werbung häufig auf spezielle Unterschiede hingewiesen. Diese Unterschiede sind in der Praxis viel geringer. Aus der Sicht der Hörqualität bestehen keine generellen Unterschiede, die für oder gegen ein bestimmtes Fabrikat sprechen. Vielmehr wiegen die Vorteile in einem Bereich die Nachteile in einem anderen auf. Die großen Unterschiede im CI-Hören liegen in erster Linie in der Hör-Vergangenheit des Ohres des Betroffenen:
War das Ohr von Geburt an taub, wird es sehr schwer sein, mit einem CI zufriedenstellend zu hören. Hat demgegenüber das betreffende Ohr lange gut oder mäßig gut gehört und folgte erst dann - auch über mehrere Jahre - eine Periode schlechten Hörens oder sogar die Taubheit, dann ist die Chance, hinreichend gutes Hören wieder herzustellen, groß.

Kurze Erklärung der technischen Wirkungsweise des CI

Wie bereits erwähnt, entspricht die beim CI verwendete Erfassungs- und Übertragungs-Technik der moderner Hörgeräte : Das ankommende Schallsignal wird in verschiedene Frequenzbereiche aufgespalten, die Frequenzen werden getrennt an die der Frequenz zugeordnete Elektrode des Elektrodenträgers übertragen. Dieser gibt dann seinen zugeordneten Stromimplus als Reizung des Hörnervs jeweils an einer Stelle der Cochlea ab, wie dies beim normalen Hören auch geschieht.
Als wesentlicher Unterschied zum Hörgerät bleibt lediglich, dass die elektrische Stimulation nicht so fein erfolgen kann: So können CI-Träger oft weniger als 100 Ton-

höhen unterscheiden, Normalhörige hingegen etwa 350. In der Abbildung 10 ist schematisch die Aufteilung eines akustischen Signals auf sechs unterschiedliche Frequenzbänder dargestellt. Die einzelnen elektrischen Signale werden dann an den Hörnerven gesendet.

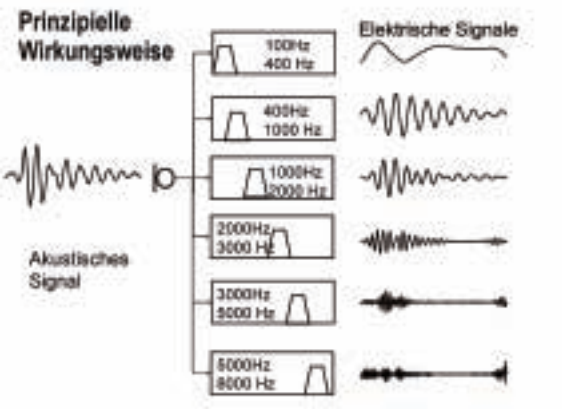


Abbildung 10: Prinzipielle Wirkungsweise der Frequenzseparation

Noch eine kurze Anmerkung zu den übertragenen Frequenzen: Während der Normalhörende Frequenzen zwischen 20 und 20000 Hz hören kann, beschränken sich die Hörgeräte auf den Bereich von 100 bis 8000 Hertz. Damit sind alle wichtigen Frequenzen für die Sprachübertragung erfasst. Ein Telefon zum Beispiel überträgt auch nur den Bereich von 500 bis 4000 Hertz.

Erreichte Verbesserungen der Hörbehinderung und des Sprachverständnisses durch die implantierten CI.

Eine statistische Auswertung der in Erlangen in einem Zeitraum von 3 Jahren behandelten erwachsenen Patienten über 18 Jahre lieferte folgende Ergebnisse: Nach Abzug weggezogener und nur über unzureichende Deutschkenntnisse (für Sprachtests zwingend erforderlich) verfügende Personen verbleiben 74 CI-Träger. In der Analyse wurde das Sprachverstehen mit Hörgerät (0-100%) dem Sprachverstehen mit CI gegenüber gestellt.

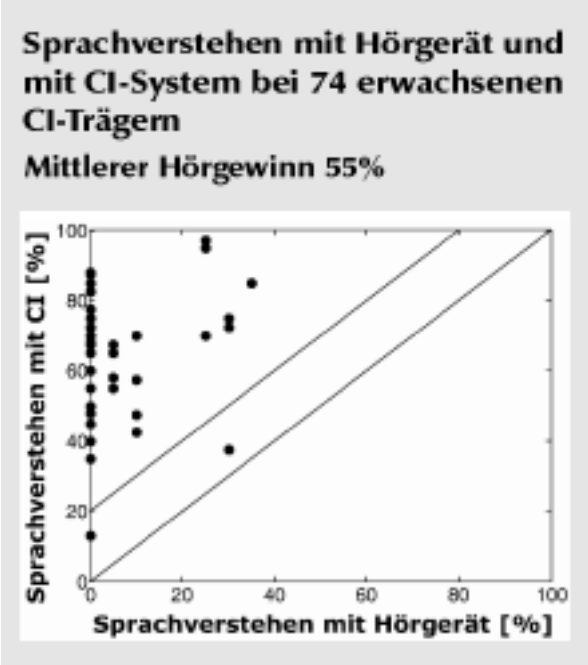


Abbildung 11: Sprachverstehen für einsilbige Wörter mit Hörgerät vor der Operation (x-Achse) und mit CI-System nach einem halben Jahr CI-Hören (y-Achse). Der mittlere Gewinn liegt bei 55%. Keiner hört mit dem CI-System schlechter als mit dem Hörgerät (deswegen ist in dem Dreieck rechts unten kein Datenpunkt).

Demnach haben die meisten Patienten vor der CI-Implantation fast nichts mit dem Hörgerät verstanden, mit CI verstanden sie eindeutig besser. Keiner der Patienten hat mit CI schlechter gehört als vor der Implantation. Insgesamt lag der Hörgewinn durch die Nutzung eines CI im Mittel bei 55% - mit 15% als geringste und mit über 90% als höchste Verbesserung.
Bezüglich des Patienten, der mit CI lediglich 15% - also immer noch schlecht – versteht, muss berücksichtigt werden, dass der betreffende Patient vorher im wahrsten Sinne des Wortes *nichts* verstanden und seit Jahrzehnten *nichts* mehr gehört hatte. Trotz des geringen Verstehens wird

das CI von ihm genutzt. Der Fall zeigt im-Wesentlichen, dass wir auch heute – je nach Hörvergangenheit des Patienten - nicht in jedem Fall zu einem hinreichenden Wieder-Verstehen der Sprache gelangen. Wir halten das Gesamtergebnis dennoch für einen echten Erfolg. Das sehen auch unsere Patienten so. Schließlich berichten alle, dass sie ihr CI-System den ganzen Tag tragen. Bei Hörgeräten sind die Erfolge oftmals nicht so gut.

3. Wie ist der Ablauf der Cochlear-Implant Versorgung? Was muss man beachten?

Der Gesamtablauf einer CI-Versorgung lässt sich in 4 Teilbereiche zergliedern:

- Voruntersuchung
- Operation
- Erstanpassung
- Nachsorge - über mehrere Jahre

Die Voruntersuchung besteht aus allen Tests, die der Erfassung und Beschreibung des noch vorhandenen Hörvermögens dienen. Die entsprechenden Erfassungs- und Auswerte-Methoden bitte ich an anderer Stelle nachzulesen.

Zur Operation möchte ich ergänzend zum bereits Gesagten folgendes anmerken: Die Operation fällt - da sie nicht Leben-verlängernd ist - unter die medizinische Kategorie des Wahleingriffes und wird daher von gesetzgebender Seite bereits als risokoloser bis risikoarmer Eingriff eingestuft. Der operative Eingriff von ca. 1 bis 1,5 Stunden Dauer beinhaltet die Lagerung des Empfängers unter der Kopfhaut und die Einführung des Elektrodenträgers in die Hörschnecke. Speziell der zu implantierende Teil ist äußerst robust gebaut und besteht aus den medizinisch bewährten Materialien Platin, Titan und Silikon. Die robuste Ausführung ist - besonders bei Kindern – zwingend. Dennoch tritt bei Kindern ab und an der Fall ein, dass ein zu starker, unbeabsichtigter Stoß zu "mechanischen Problemen" mit dem CI führt.

Während der Operation garantiert ein stabilisierender Draht im Elektrodenträger das exakte Einführen in die Schnecke. Dabei wir der Elektrodenträger unter Nutzung der Richtkraft des Drahtes zusehends tiefer in die Hörschnecke geführt. Nach Herausziehen des Hilfsdrahtes legt sich der Elektrodenträger aufgrund seiner flexiblen Eigenkrümmung exakt an die Innenwand der Cochlea - und damit an den Hörnerv - an. Das Einführen wird im wahrsten Sinne des Wortes vom Operateur geübt. Und um "in der Übung zu bleiben", sollte selbst ein erfahrener Operateur weiterhin pro Jahr eine gewisse Anzahl an Operationen vorweisen. 5 bis 10 Operationen im Jahr sind aus unserer Erfahrung unzureichend. Es sollten deutlich mehr sein. Über die Mindestanzahl der Operationen wird derzeit noch in der Fachwelt diskutiert.

Nach der Operation wird die richtige Lage von Empfänger und Elektrodenträger über eine Röntgenaufnahme kontrolliert, während der Operation wird die Funktion des CIs von im Operationssaal anwesenden Technikern kontinuierlich überprüft. Die durch die Operation verbleibende Narbe ist im Vergleich zu früher so gering, dass der Eingriff in den Bereich der sog. minimalinversiven Chirurgie fällt. Das hat natürlich - verständlicherweise - die Probleme beim Abheilen nach der Operation wesentlich reduziert.

Im weiteren Verlauf steht das Hörtraining im Vordergrund, speziell bei Kindern. Hier muss das Hörtraining vor allen Dingen Spass machen: Kinder machen nicht einfach - nur so - mit! Das Training für Erwachsene sollte ebenfalls möglichst natürlich ablaufen. Die Mitarbeit der CI-Träger ist ein **wichtiger Teil des Erfolges.**

Abbildung 12: Hörtraining bei Kindern im CI Centrum Erlangen, CICERO

Abbildung 13: Einweisung in das Hörtraining bei Erwachsenen mit visueller Unterstützung (Fernseher) und Freifeldlautsprecheranlage

Die entsprechenden Räumlichkeiten sind nicht unwesentlicher Teil unseres Institutes CICERO.
Wichtig kann während des Hörtrainings das wiederholte Nachspielen einzelner Trainingsabschnitte sein. Dies geschieht unter Verwendung eines Fernsehgerätes, in dem die Vorgänge entsprechend detailliert untersucht werden können, um zu ergründen, „wo es wirklich hakt".

Gravierend kann beim Training sein, dass im Akustikraum alles bestens war, die harte Alltags-Wirklichkeit aber ganz anderen Gesetzen zu gehorchen scheint. Meist wird mit der verbesserten Hörhilfe durch das CI „das Leben da draußen" als zu laut oder als unnatürlich empfunden bzw. gewisse Probleme treten zwangsweise erst in ihr auf. Wir versuchen diesen gesamten Problemkreis durch eine entsprechende Vielfalt der Testmöglichkeiten im Labor zu minimieren. Zudem hat es sich als sinnvoll herausgestellt, CI-Patienten spezielle kleine Wohneinheiten zur Verfügung zu stellen, da sie weitreichende Probleme mit der Übernachtung im regulären Patientenzimmer hatten.

Anzahl der durchgeführten CI-Implantationen

In den letzten Jahren hat die Zahl der CI-Implantationen bei uns in Erlangen – nicht erst seit der Einrichtung des CICER0-Institutes - stark zugenommen. Dabei ist die Kinderanzahl nur etwas, die Anzahl der Erwachsene dagegen ganz deutlich gestiegen. Dies führen wir unter anderem entscheidend darauf zurück, dass zum einen die Implantationsmethode und deren Nachsorge verbessert wurde. Mitentscheidend ist aber, dass in den letzten 2 Jahren zur bisherigen Hauptgruppe der Schlechthörenden oder Ertaubten eine weitere hinzu gestoßen ist: die Gruppe derer, die noch über 1 normal hörendes Ohr verfügen, das 2. Ohr ist nach einem Hörsturz plötzlich ertaubt. Diese Kombination „gesundes Ohr / taubes Ohr" – also für den Betroffenen 1 Ohr mit natürlichem, normalem Hören und 1 Ohr mit elektronischem Hören über CI - wurde früher eindeutig eingestuft als „... wird nie funktionieren". Tatsächlich hat es sich aber herausgestellt, dass Betroffene sehr gut von dieser Kombination profitieren können, wenn das CI-Gerät richtig eingestellt, qualifiziert nachgesorgt und dem Patienten vorher ehrlich erklärt wird, was er bei realistischer Sicht von dem Eingriff erwarten kann.

Abschließende Bemerkungen und Zusammenfassung

- CI-Implantate sind heute nicht mehr lediglich "hochmoderne komische Geräte", sondern mittlerweile sicher bewährte hörelektronische Hörhilfen, bestehend aus zwei Teilen, von denen der eine implantiert ist, der andere wird außen getragen. Ein auch heute noch anzutreffender Irrtum einzelner Patienten ist, dass der Begriff Implantat zu der Annahme verleitet, von außen sei überhaupt nichts mehr sichtbar. D.h. der Patient mit dieser Einschätzung verband mit dem CI im wesentlichen die Hoffnung, nicht mehr als Hörbehinderter erkennbar zu sein.

- Der Sprachprozessor sendet das Signal über das CI direkt an den Hörnerven. Es ist also für diese Technik ohne Einfluss, wie der Patient ohne Hörhilfe noch hört. Ob und in welcher Höhe noch funktionierende Haarzellen existieren, ist unerheblich. Wichtig ist einzig und allein der Hörnerv, er muss noch funktionieren. Für MM-Betroffene ist es dabei wichtig zu wissen, dass Morbus Menière auf den Hörnerv im allgemeinen nur geringen negativen Einfluss hat.

- Wenn das Sprachverstehen mit Hörgerät unter 50% liegt, ist ein CI-Gerät in der Regel besser als ein Hörgerät. So war das zumindest in unserer zuvor angeführten Gruppe von 74 Patienten.

- Die Cochlea-Implantation selbst ist heute nicht mehr die ganz besondere oder gar exotische Operation - weltweit nutzen mehrere hunderttausend Menschen diese Geräte. Das Hören mit CI funktioniert deutlich besser als man oftmals vermutet. Dies gilt für taub-geborenen und / oder Ertaubte. Es gilt aber speziell bei Menière-Patienten, deren Hörverlust über Jahre entstanden und kontinuierlich zugenommen hat.

- Der Ablauf einer erfolgreichen CI-Implantation besteht aus einer umfangreichen Voruntersuchung, einer ca 1,5 bis 2 Stunden dauernden Operation, der ein insgesamt einwöchiger Aufenthalt in der Klinik folgt. Nach ca. 4 Wochen erfolgt dann die Erstanpassung / Ersteinstellung des CI, also die Aktivierung des Prozessors und Geräteschulung. Im Zuge der Nachsorge / der Nachkontrollen sind zunächst monatliche, später jährliche Kontrollen in der Klinik erforderlich.

- Hörtraining und Geräteschulung sind notwendig und hilfreich, nur in wenigen Fällen "geht alles von alleine". Nach unserer Erfahrung bedürfen Patienten von 80 Jahrem an aufwärts im Normalfall einer intensiveren Schulung – insbesondere bei der Gerätehandhabung. Hilfsmittel wie Induktionen oder FM-Anlagen können heute mit allen CI-Systemen verwendet werden. Man sollte all diese Möglichkeiten auf jeden Fall selbst testen. Danach erst sollte man die Aussage „hilft / hilft nicht“ treffen.

- Unser CI-Zentrum CICERO des Uniklinikums Erlangen versteht sich im besonderen Maße als Anlaufstelle für Schwerhörige vor einer möglicherweise angezeigten CI-Implantation, um alle für die Entscheidung zum CI notwendigen Untersuchung durchzuführen. Wir beschäftigen uns jedoch mit allen Arten von Schwerhörigkeit für Hörgeräte- und CI-Träger

Mitgliederversammlung und Frühjahrstagung im Caritas-Pirckheimer-Haus, Nürnberg, am 27.März 2100

Liebe Mitglieder,

In der Vergangenheit folgten unsere Tagungen mit einer fast schon traditionellen Regelmäßigkeit dem Muster: pro Jahr eine Tagung, vornehmlich die Frühjahrstagung in Waiblingen, die zweite Tagung in einer freundschaftlich mit KIMM e.V. verbundenen Reha-Klinik oder in einer sonstigen medizinischen Einrichtung.
Mit dieser Tradition wurde nun erstmalig gebrochen, die Frühjahrstagung fand in Nürnberg statt. Organisiert von Edeltraud Kerschenlohr, in engem Kontakt mit den übrigen Mitgliedern des Vorstandes. Letztlich aber waren es ihre Schultern, die alles im perfekten Alleingang getragen und durchgestanden hatten. Leider hat sich Edeltraud Kerschenlohr mit dieser Großtat, insbesondere aus persönlichen Gründen, aus dem Vorstand von Kimm e.V. zurückgezogen. (siehe dazu auch unsere Danksagung „Frau Kerschenlohr – eine kritisch-sachliche Stimme verlässt den Vorstand von KIMM e.V.“ auf Seite 45).

Nürnberg Stadtansicht

Mit der Vorgehensweise „Tagungen an unterschiedlichen Orten deutschlandweit, vornehmlich in Großstädten“ wollen wir zunächst einmal unserer Entwicklung zur bundesweiten Selbsthilfegruppe Rechnung tragen, dafür ein äußeres Zeichen setzen. Zudem soll hierdurch prinzipiell langfristig allen Mitgliedern eine größere Chance gegeben werden, an der ein oder anderen Tagung persönlich teilnehmen zu können. Und zu guter letzt – und dies hat die Tagung in Nürnberg durch die spontanen Mitgliedseintritte ja bereits bewiesen – hoffen wir damit, eine weitere Möglichkeit zu schaffen, stärker auf Morbus Menière und uns als Betroffene aufmerksam machen zu können.

Mitgliederversammlung 2010

In die Frühjahrstagung eingebettet war unsere Mitgliederversammlung, die ebenfalls mit 50 stimmberechtigten Mitgliedern überdurchschnittlich gut besucht war. Sie begann pünktlich um 10 Uhr und hatte als Tagesordnungspunkte

1. Begrüßung und Bericht der Vorsitzenden
2. Bericht des Kassenführers und der Kassenprüfer
3. Entlastung des Vorstandes
4. Wahl des Vorstandes und der Kassenprüfer
5. Verschiedenes: Ankündigung unserer Herbsttagung in Essen

Anna Bott begrüßte als kommissarische Vorsitzende die anwesenden Mitglieder von KIMM e.V. recht herzlich und verlas dann ihren Rechenschaftsbericht für das zurückliegende Jahr. Den kompletten Wortlaut ihrer Ausführungen finden Sie ab Seite 46 in dieser Ausgabe.

Unter dem Tagesordnungspunkt „Bericht des Kassenführers und der Kassenprüfer“ stellte unser Kassenführer, Herr Dierlamm, die Übersicht der Einnahmen und Ausgaben des Jahres 2009, die Vermögensübersicht per Ende 2009 und den Wirtschaftsplan für 2010 vor.
Er erläuterte im Besonderen die Gründe für etwaige Minusbeträge und hob erneut hervor, dass der Hauptkostenfaktor pro Jahr weiterhin - und eindeutig - unsere

Zeitschrift KIMM-aktuell ist. Zum Kassenbericht wurden seitens der Mitglieder keine Zusatzfragen gestellt. Der Vorschlag von Herrn Dierlamm, den Mitgliedsbeitrag in seiner bisherigen Höhe von 20 Euro pro Jahr beizubehalten, wurde einstimmig angenommen.
Anschließend verlas Herr Dierlamm den Bericht der Kassenprüfer, Herr Feghelm und Herr Schrem. Wesentliche Aussage war, dass die Prüfung am 6. März 2009 keinerlei Beanstandung ergeben hatte. Die Kasse gilt als allen gesetzlichen Vorgaben entsprechend geprüft. Eine handschriftliche Anmerkung in der Rubrik „Sonstige Bemerkungen“ lautete „Vorbildliche, transparente Kassenführung!“

Im Anschluss daran wurde der Vorstand einstimmig entlastet.

Für die anschließende Neuwahl des Vorstandes übernahm Frau Coulon, Leiterin der Morbus Menière-Selbsthilfegruppe Köln, die Wahlleitung.

Gewählt wurden als neue Vorstände

1. Vorsitzende	Anna Bott
stellv: Vorsitzender	Franz Austen
Kassenführer	Walther Dierlamm
Schriftführer	Dr. Fred Knäbel
2 Beisitzer(innen)	Sigrid Oppermann
	Edeltraud Mory

Vorstand von KIMM e.V. im Frühjahr 2010

Edeltraud Kerschenlohr hatte nach langjähriger aktiver Tätigkeit als Beisitzerin nicht mehr kandidiert. Alle Kandidaten nahmen ihre Wahl an und danken für das entgegengebrachte Vertrauen.
Einziges Thema unter dem Tagesordnungspunkt „Verschiedenes“ war die Ankündigung unserer Herbsttagung in Essen. Hierzu führte Dr. Fred Knäbel aus, dass sich die geplanten Vorträge unter anderem mit der Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen REHA und ärztlicher Betreuung am Heimatort bzw. den Unterstützungsmöglichkeiten dieser Zusammenarbeit durch Selbsthilfegruppen befassen werden. (Siehe hierzu die gesonderte Ankündigung in diesem Heft). Als Referenten für die Tagung konnte Dr. Richter, HNO-Arzt eines unserer Mitglieder aus Essen, Frau Dr. Tegtmeier von der Tinnitusklinik in Arolsen und Herr Oppermann, Leiter der im Aufbau begriffenen Schwindelambulanz in Essen gewonnen werden.
Die Mitgliederversammlung endete gegen 10.45 Uhr.

Frühjahrstagung

Auf die Mitgliederversammlung folgten die vorne im Heft abgedruckten drei Vorträge unserer Referenten Dr. Christoph Brase, Dr. Frank Waldfahrer und Prof. Dr. Ulrich Hoppe, Universitätsklinikum Erlangen, Leiter Cochlea-Implantat-Centrum Erlangen: "Hörgerät oder Cochlea Implantat?".

Nürnberg – abendlich, kulturgeschichtlich, bei fröhlich akzeptiertem Regen

Der Tagung ging am Freitagabend eine Stadtbesichtigung, ein gemeinsames Essen in der Nürnberger Altstadt und ein abschließendes Beisammensein in der hausinternen Weinstube des Caritas-Pirckheimer-Haus voraus. Siehe folgende Seiten.

Dr. Fred Knäbel

Altstadtführung unter fachkundlicher Anleitung durch Herrn Kerschenlohr

16 Mitglieder und Angehörige hatten sich am Spätnachmittag des Freitags in der Empfangshalle unseres Tagungshauses eingefunden, um an einem von Herrn Kerschenlohr geführten Rundgang durch die Altstadt von Nürnberg teilzunehmen.

im Regen vor der Frauenkirche

Zwar waren unsere Anträge zur Bereitstellung sonnigen Wetters in den dafür zuständigen „oberen Regionen" entweder nicht angekommen oder trotz Ankunft unberücksichtigt geblieben, der Stimmung der zur Altstadtführung Willigen tat dies aber offensichtlich keinen Abbruch – allen Hörgeräten und Hörhilfen zum Trotz.

Barbara Paul und Lore Coulon

An der 1498 bis 1502 von Hans Beheim d. Ä. als reichsstädtisches Kornhaus erbauten Mauthalle vorbei, erreichten wir die weltberühmte Lorenzkirche. Der Baubeginn dieser dreischiffigen gotischen Basilika ist etwa gegen 1250 anzusetzen. Um die Wünsche der Nürnberger Patrizier und finanzstarken Bürger berücksichtigen zu können, ergaben sich schon während der Bauzeit Planänderungen, die wohl für die lange Bauzeit verantwortlich sind. Vermutlich um 1400 wurden die beiden Türme vollendet. 1439 bis 1477 wurde der gewaltige spätgotische Hallenchor erbaut.

Lorenzkirche

Das Hauptaugenmerk der Führung richtete sich auf die beiden Kostbarkeiten der Kirche: Der englische Gruß nebst dazu gehörigem Marienleuchter von Veit Stoß und das Sakramentshäuschen von Adam Kraft.

Marienleuchter

1517/18 schuf Veit Stoß sein Meisterwerk: freischwebend im Raum und umgeben von 55 Blüten des Rosenkranzes verkündet der Erzengel Gabriel der Jungfrau Maria die Geburt Christi.

Lorenzirche Sakramentshaus

Der schlanke, turmartige Aufbau das Sakramentshäuschen von Adam Kraft ragt bis ins Gewölbe empor. Es ist dabei so filigran herausgearbeitet, dass ihm manche Bewunderer nachsagten, er könne „Steine verbiegen". Dass das Sakramentshäuschen die Zerstörung durch den zweiten Weltkrieg überstanden hat, obwohl die Kirche schwer beschädigt wurde, ist darauf zurückzuführen, dass das Sakramenthäuschen in Kriegszeiten mit einer Ziegelmauer ummantelt und mit Sand ausgefüllt war.

Hans Sachs Brunnen

Vorbei am Weißen Turm mit Hans-Sachs-Brunnen - oder Ehekarussell-Brunnen - führte der Rundgang über den Henkersteg zur Weißgerbergasse – der einzigen Straße in Nürnberg, in der während des 2. Weltkrieges eine größere Anzahl von Häusern (etwa 20) nicht zerstört wurden und deren ursprüngliche Fassaden erhalten blieben.

An der Kirche St. Sebald vorbei führte der Weg zum Schönen Brunnen am Hauptmarkt, eine 19 Meter hohe vergoldete Steinpyramide aus dem 14. Jahrhundert.

Nächstes Ziel mit längerem Aufenthalt war die Frauenkirche.

Frauenkirche

Dem Bau der Frauenkirche ging ein Progrom voraus. In zentraler Lage der Stadt sollte ein neues Gotteshaus im Baustil einer Verschmelzung der fränkischen und böhmischen Elemente entstehen. Im Wege waren die jüdische Siedlung und ihre Synagoge. Kaiser Karl IV., der auch in Prag residierte, erlaubte 1349 den Abbruch dieser Siedlung. Das bedeutete für die betroffenen Juden ihren Tod auf dem Scheiterhaufen. Am Ort der ehemaligen Synagoge wurde die Frauenkirche errichtet.

Sie war im Vergleich zu St. Lorenz und St. Sebald mehr eine „kayserliche capelle" und sollte als „die erste fränkische Halle" der Spätgotik in erster Linie der Aufbewahrungsort der Reichsinsignien sein. Das Westportal mit erhöhtem Michaelschor diente 1361 als „Steinerner Heilturmstuhl", von dessen Galerie der Kaiser die Reichskleinodien den Nürnbergern präsentierte. Ein beredtes Zeugnis von der Herrschaftsstruktur Kaiser Karl IV. und von seinem Verhältnis zu den Kurfürsten kann heute vielleicht aus dem sogenannten „Männleinlaufen" gezogen werden.

Frauenkirche Männleinlaufen

Es kann vom Hauptmarkt aus auf dem Turm der Frauenkirche bestaunt werden: Dreimal umkreisen die sieben Kurfürsten den thronenden Kaiser und huldigen ihm. Keine Gestalt des Mittelalters ist für Nürnberg bedeutender geworden als dieser Kaiser.

Im 2. Weltkrieg blieben von der Frauenkirche nur die Umfassungsmauern und der Westvorbau stehen. An die jüdische Vorgeschichte erinnern heute noch der Davidstern auf dem Boden der Kirche und der Tabernakel in Form einer Thorarolle. Die Figur der Heiligen Edith Stein soll zudem die jüdische Siedlung im Mittelalter in Erinnerung rufen: Edith Stein, eine Jüdin, die sich mit 31 Jahren taufen ließ und 1942 von NS Schergen in Auschwitz umgebracht wurde.

Der Kenner von Nürnberg und der Kunstgeschichte wird in den obigen Ausführungen bisher den Namen ihres vielleicht berühmtesten Sohnes - Albrecht Dürer -

vermissen. Hier hatte Herr Kerschenlohr frühzeitig zu verstehen gegeben, dass zur hinreichenden Würdigung dieses Mannes eine eigene Führung erforderlich wäre. Und damit dürfte folglich schon ein nicht unwesentlicher Punkt für ein zukünftiges Rahmenprogramm einer zukünftigen KIMM-Tagung in Nürnberg vorgegeben sein ...

Am Schönen Brunnen wurde noch kurz einem alten Wunschglauben gefrönt.

Ring Spiele

An die Altstadtführung schloss sich ein gemeinsames Abendessen in einer der typischen Altstadtrestaurants an.

...in geselliger Runde

Als Besonderheit möchten wir dankend hervorheben, dass Nachbartische des für uns reservierten Bereiches erst nach Rücksprache mit uns für andere Gäste freigegeben wurden – weil man um die Hörprobleme unserer Mitglieder wusste und diese auch beachten wollte.

Der Abend klang aus im Weinstüble des CPH. Bei selbstgeführter Strichliste über die „ihrer Bestimmung zugeführten Flüssigkeiten" ließen sich gut erfreuliche und weniger erfreuliche Erfahrungen mitteilen, mit einander teilen und austauschen.

Dr. Fred Knäbel

Fröhlicher Ausklang bei einem schönen Abendessen

Edeltraud Kerschenlohr – eine sachlich-kritische Stimme verlässt den Vorstand von KIMM e.V.

Edeltraud Kerschenlohr: konstruktiv, engagiert, im positiven Sinne kritisch und stets offen für einen Spaß.

Mit großem Bedauern nahmen die übrigen Vorstandsmitglieder von KIMM e.V. die Mitteilung von Edeltraud Kerschenlohr zur Kenntnis, dass sie ihre Mitarbeit im Vorstand mit Ende der Frühjahrstagung 2010 beenden wird. Wie wir Frau Kerschenlohr als „Edeltraud" erlebt haben, wird es ihr sicher peinlich sein, hier viel Positives über sich zu lesen. Sie wird es ertragen müssen.
Im Vorstand von KIMM e.V. arbeitete sie über lange Jahre aktiv als Beisitzerin mit. Als Früchte und Höhepunkte ihrer Mitarbeit seien als Erstes die beiden federführend von ihr vorbereiteten KIMM-Tagungen in Würzburg und - die gerade zurückliegende - im März diesen Jahres in Nürnberg, genannt. Beide Tagungen sind vielen Teilnehmern noch in bester Erinnerung: wohlorganisiert, inhaltlich lehrreich, mit wunderschönem Beiprogramm und alles in einer angenehmen Atmosphäre.
Viel Arbeit, die nicht gleich so offensichtlich ist, leistete sie im Hintergrund. Als wahre Sisyphus-Arbeit kann man die Durchsicht sämtlicher Artikel aller Ausgaben unserer Zeitschrift KIMM-aktuell bezeichnen – es galt eine Sortierung nach Themenbereichen vorzunehmen und ihren Inhalt bezüglich ihrer Güte, ihrer Aussagefähigkeit und ihrer Noch-Gültigkeit vorzunehmen. Diese Arbeit bildete die wesentliche Grundlage zur inhaltlichen Gestaltung der neuen Homepage von KIMM, insbesondere des Bereiches, der nur für die Mitglieder zugänglich ist.
Für unsere Zeitschrift KIMM-aktuell war sie einer der wichtigen „geheimen Bewerter" von Zeitungs- und Zeitschriftenartikel, bevor diese den Weg in unsere Zeitschrift finden konnten. Man bekam immer eine sachlich-kritisch wertende Antwort, wobei sie diese stets als ihre sehr persönliche Meinung deklarierte. Sie nahm für KIMM e.V. an Seminaren und Fortbildungstagungen teil, deren Inhalt für unsere Mitglieder interessant zu sein versprach und verfasste entsprechende Berichte für KIMM-aktuell. Als eine ihrer letzten Arbeiten dieser Art sei ihre Teilnahme an einer Fortbildungstagung für österreichische HNO-Ärzte in Bregenz erwähnt und ihr Bericht in KIMM-aktuell. Sie konnte in Berichten aber „auch anders" – wie ihr Reisebericht in 2007 über ihre Dreirad-Tour nach Wien bewies.

In den Vorstandssitzungen erlebten wir ihre Diskussionsbeiträge als konstruktiv, engagiert, und oft im positiven Sinne kritisch. Dabei blieb sie aber immer offen für einen Spaß. Ihre Art möchten wir folgendermaßen beschreiben: zuverlässig, konstruktiv, sachlich, sehr bescheiden.
Auch auf diesem Wege bedankt sich der gesamte Vorstand bei Edeltraud Kerschenlohr für ihre Mitarbeit zum Wohle von KIMM e.V.

Walther Dierlamm

Jahresbericht der Vorsitzenden Anna Bott auf der Mitgliederversammlung am 27. März 2010 in Nürnberg

Liebe Mitglieder,
ich möchte in einigen wenigen Ausführungen kurz auf „größere Normalitäten und kleinere Besonderheiten“ des zurückliegenden Jahres eingehen. Und die erste Besonderheit ist, dass wir heute erstmals unsere bisherige Regel „Frühjahrstagungen in Waiblingen“ / „Herbsttagung in einer uns befreundeten Reha-Klinik“ – sprich Arolsen, Bad Nauheim, Groenenbach etc. – durchbrechen.

• Mitgliederzahl:
Zum Jahresbeginn 2009 betrug unser Mitgliederstand 532, zum 1.Oktober 2010 haben wir 555 eingeschriebene Mitglieder. Wir können uns als bundesweite Selbsthilfegruppe verstehen, auch wenn das Hauptgewicht der Mitglieder immer noch eindeutig im süddeutschen Raum liegt.

• Homepage:
Unsere Homepage erfüllt weiterhin zufriedenstellend ihre Aufgabe der qualifizierten Kurzinformation zu Morbus Menière für jeden Besucher und der vertieften Information für unsere Mitglieder im Mitgliederbereich. Unsere Homepage wird gut angenommen, Neumitgliedschaften finden überwiegend über unsere Homepage statt. Ausbauen wollen wir das Archiv im Mitgliederbereich.

• Frühjahrstagung 2009 in Waiblingen
Im Zuge unserer Frühjahrstagung in Waiblingen fand unsere Mitgliederversammlung statt. Wesentlicher Punkt war hier zunächst, dass dies die letzte Versammlung war, die unsere langjährige 1. Vorsitzende, Frau von dem Bussche leitete. Sie trat, wie Sie alle wissen, nicht erneut zur Wahl an. Im Zuge ihrer Verabschiedung hielt Herr Dierlamm als Vertreter des KIMM-Vorstandes die Laudatio, in der der „Lebensweg der KIMM“ von der ersten zaghaften Annonce im Lokalblatt bis hin zur bundesweiten Vereinigung mit mehr als 500 Mitgliedern nachgezeichnet wurde. Von Seiten der Helios Klinik in Groenenbach verlaß Frau Dr. Hünersen-Frech ein Grußwort von Herrn Dr. Kratzsch. Herr Dr. Pollinger von der Baumrainklinik übermittelte persönlich seinen Dank für die positive Zusammenarbeit, Herr Dr. Schaaf, Bad Arolsen, ebenfalls über Jahrzehnte mit KIMM verbunden, hatte postalisch ein Grußwort übermittelt. Frau von dem Bussche wurde für ihre Verdienste um KIMM die Ehrenmitgliedschaft verliehen.

Auf der Mitgliederversammlung konnte keine neue Vorsitzende gewählt werden. Ich hatte mich daraufhin bereit erklärt, gemäß unserer Satzung für ein Jahr diese Stelle kommissarisch zu besetzen.

Auf unserer eigentlichen Frühjahrstagung hatten wir dann als Referenten Herrn Prof. von Ilberg, der uns sein von ihm entwickeltes Verfahren der „Labyrinth-Anästhesie“ erläuterte. Im zweiten Vortrag ging Herr Prof. Kiessling von der Uniklinik in Gießen sehr detailliert auf die neuesten Entwicklungen im Bereich der Hörhilfen ein. Die Frühjahrstagung klang aus mit einem Umtrunk zu Ehren unserer langjährigen Vorsitzenden Frau Inge von dem Bussche.

• Herbsttagung 2009 in Groenenbach
Unsere Herbsttagung im September fand in Zusammenarbeit zwischen KIMM und der Klinik Groenenbach als 5. Symposium zu Morbus Meniére statt.
Herr Dr. Kratzsch, Leiter der Klinik, erläuterte uns dieses Mal die Vielzahl der Haken und Ösen die bei der Begutschtung bei Morbus Meniére zu beachten sind. Herr Dr. Schaaf hatte seine Ausführungen unter die Überschrift gestellt „Was könnte einen guten Arzt bei Morbus Menière ausmachen?“ Der Nachmittag war unterschiedlichen Workshops und einem praxisnahen Vortrag zur Schwindelangstspirale durch Herrn Diplom-Psychologen Rien vorbehalten.

• Unsere Zeitschrift KIMM-aktuell
Unsere Zeitschrift erfüllt weiterhin die wesentliche Aufgabe, speziell die Inhalte der Referate unserer Tagungen allen unseren Mitgliedern zugänglich zu machen. Sie soll deshalb 2mal pro Jahr, jeweils im Anschluss an unsere Tagungen herausgegeben werden. Die redaktionelle Arbeit seitens KIMM ist dabei nicht unerheblich, weil die Artikel meist erst anhand der Tonbandaufzeichnungen erstellt und dann den Referenten zur abschließenden Prüfung vorgelegt werden.
Dies hat speziell bei der letzten Ausgabe 2/2009 zu langen Bearbeitungszeiten und damit erst zu einer Auslieferung im Januar 2010 geführt. Wir hoffen mit Ihnen, dass derart lange Zeiträume zwischen der jeweiligen Tagung und dem Versand der Zeitschrift in Zukunft vermieden werden können. Sollte es aber dennoch eintreten, so sei Ihnen versichert, dass kein böser Wille seitens des Vorstandes vorliegt.

• Mitgliederaustausch
Neben den Referaten bietet unsere Zeitschrift KIMM-aktuell Raum für Mitteilungen aus unseren Selbsthilfegruppen, für Erfahrungsberichte und vieles mehr. Hier bitten wir auch für die Zukunft um rege Nutzung dieser Möglichkeit der Kommunikation unter den Mitgliedern bzw. der Darlegung unterschiedlicher Standpunkte z.B. zu der ein oder anderen Behandlungsmethode zu Morbus Meniére.

• Zur Arbeit des Vorstandes
Die Arbeit im Vorstand ist echte Teamarbeit – eine Tatsache, die uns selbst am meisten freut. Im Normalfall findet diese Teamarbeit per email über das Internet statt. Speziell in Verbindung mit der Vorbereitung unserer Tagungen sind allerdings direkte Treffen unerlässlich. Im letzten Jahr, seit unserer letzten Mitgliederversammlung im März 2009, fanden 5 derartige Sitzungen des Vorstandes statt: Jeweils eine direkt vor den Tagungen, jeweils eine im Zuge der Vorbereitung einer Tagung – und im zurückliegenden Jahr eine „geheime“ im Zuge der Vorbereitung der Verabschiedung von Frau von dem Bussche…

• Frau von dem Bussche
Und noch einer kleiner Nachtrag zur Verabschiedung von Frau von dem Bussche … ein Nachtrag, der eigentlich ein richtig großes Geheimnis bleiben sollte: Wir haben von der Seite des Vorstandes direkt im Anschluss an ihre Verabschiedung auf der letztjährigen Frühjahrstagung in Waiblingen bei den zuständigen Stellen die Verleihung des Bundesverdienstkreuzes beantragt. Leider war der Amtsschimmel allerdings auch hierbei sehr sehr groß: Die Fülle an Informationen, die das Verfahren zu guter letzt nachfragt, konnten wir leider nur liefern, indem Frau von dem Bussche selbst einen nicht unwesentlichen Teil von Informationen liefert. Dies ist der momentane Stand des Verfahrens, wir sind zuversichtlich, dass wir es gemeinsam mit Frau von dem Bussche schaffen, alle nachgefragten Informationen zu liefern. Es bleibt dem Vorstand ein Anliegen, dass das Lebenswerk von Frau von dem Bussche auch offiziell gewürdigt wird.

Und zum Abschluss meiner Ausführungen darf ich Ihnen die freudige Mitteilung machen, dass unser mehr als 1-jähriges Bemühen, Zuschüsse zur Anschaffung von tragbaren Hörhilfen mit Ringschleifentechnik zu erhalten, wohl von Erfolg gekrönt sein wird. Wir haben daraufhin zehn dieser Geräte angeschafft. Wir hoffen, dass wir hierdurch für den ein oder anderen eine echte Hör-Erleichterung auf unseren Tagungen erreichen können und hoffen auf rege Nutzung dieser Möglichkeit durch Sie.
Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Ihre Anna Bott

Neue Mitglieder im Vorstand von KIMM e.V.

Die Vorsitzende von KIMM e.V. Anna Bott berichtet auf der Mitgliederversammlung

Ein gerade auch für die nächste Zukunft wichtiger Punkt in den Ausführungen on Anna Bott, der Vorsitzenden von KIMM e.V., war es, den Mitgliedern den neu gewählten und zum Teil bestätigten Vorstand von KIMM e.V. vorzustellen.

Nach dem Weggang der langjährigen Vorsitzenden Inge von dem Bussche hatte Anna Bott den Verein kommisarisch geführt. Nun wurde sie offiziell zur ersten Vorsitzenden des Vereines gewählt und damit in ihrer Amtsführung bestätigt.

Neu im Vorstand sind Franz Austen als stellvertretender Vorsitzender und Edeltraud Mory als Beisitzerin. Beide stellen sich Ihnen auf den folgenden Seiten vor:

Franz Austen: stellvertretender Vorsitzender

Mein Name ist Franz Austen, ich bin am 20. Januar 1941 geboren und wohne in Duisburg.
Auf der Frühjahrstagung in Nürnberg wurde ich zum stellvertretenden Vorsitzenden von Kimm e.V. gewählt.
Die Diagnose Morbus Menière bekam ich 2007, Symptome gab es aber schon mindestens 5 bis 6 Jahre früher. Dazwischen lag - was den Schwindel betrifft – eine lange Ruhephase.
Als es dann so richtig losging, habe ich nach einer Phase vergeblichen Hoffens, dass der Spuk bald vorbei sei - bzw. vergeblichen Suchens nach *dem* Heilmittel - irgendwann begriffen, dass ich mich mit der Krankheit auseinandersetzen muss.
Und irgendwo las ich, dass Ärzte zwar unterstützen können, dass man aber den Weg, mit der Krankheit umzugehen, selber finden muss.
Ich habe dann alles an Informationen gesammelt, das ich finden konnte. Hier war - und ist - das Internet eine große Hilfe, übers Internet habe ich mich auch mit an

Neu im Vorstand: Franz Austen

deren Betroffenen ausgetauscht.
Die Erfahrung, dass Betroffene, sich gegenseitig stützen können, hat mich zuguter letzt auch bereit gemacht, bei KIMM mitzuarbeiten. Dabei scheint mir KIMM auch wichtig, um zu versuchen, Verbesserungen verschiedenster Art für Morbus Menière-Betroffene - wenn auch vielleicht nur in kleinen Schritten - zu erreichen.

Edeltraud Mory, Beisitzerin im Vorstand

Neu im Vorstand: Edeltraud Mory

Liebe KIMM-Mitglieder,
auf der Mitgliederversammlung am 27. März 2010 in Nürnberg wurde ich als neue Beisitzerin in den Vorstand gewählt. Deshalb möchte ich mich Ihnen vorstellen:

Ich heiße Edeltraud Mory und wurde am 7. Juli1959 in Hildesheim geboren. Ich wohne in einem kleinen Dorf bei Neustadt am Rübenberge, das liegt etwa 35 km nördlich von Hannover in Niedersachsen. Mit meinem Mann bin ich seit 29 Jahren glücklich verheiratet, wir haben zwei Söhne, 28 und 27 Jahre, und eine Tochter, 23 Jahre alt. Unsere Söhne Alexander und Stefan haben uns schon zu dreifachen Großeltern gemacht, was wir sehr genießen.

Ich habe eine Ausbildung zur Erzieherin absolviert, aber auf Grund unserer schnell hintereinander geborenen Kinder 17 Jahre nicht in meinem Beruf gearbeitet. Dafür habe ich mich in den Schulen unserer Kinder sehr engagiert, im Elternrat und auch im Förderverein der Schulen. Nebenbei habe ich mich ehrenamtlich mit Kindern im Krankenhaus beschäftigt, die stationär betreut wurden. Dies alles habe ich mit viel Freude getan. Vor elf Jahren begann ich dann wieder als Erzieherin zu arbeiten.

2002 hatte ich siebeneinhalb Wochen Dauerschwindel, den niemand erklären konnte. Es hörte dann auch urplötzlich wieder auf und nach drei Jahren kam der erste Drehschwindelanfall, mitten in der Nacht. Es war eine lange Odyssee, so wie bei vielen anderen auch, bis letztendlich Morbus Menière diagnostiziert wurde. Leider wurde mir durch Morbus Menière das Arbeiten immer schwerer, so dass ich meine Arbeit aufgegeben und mich um mich und meine größer werdende Familie gekümmert habe.

Nach einer Reha im November - Dezember 2008 in Bad Berleburg geht es mir besser, so dass ich langsam auch wieder Zuversicht entwickelt habe. Seit September letzten Jahres arbeite ich wieder einmal in der Woche für zwei Stunden in einem Hort mit Schulkindern, mit denen ich Lesen übe.

Außerdem habe ich letztes Jahr im Sommer angefangen, andere Betroffene in meiner Nähe zu finden und ab September eine Selbsthilfegruppe in Hannover aufgebaut. Betroffene aus dem Umfeld sind bei uns herzlich willkommen!

Meine Hobbies sind meine Familie, Lesen, unser Garten, Radfahren und auch Schwimmen, soweit der Morbus Menière es mir erlaubt. Außerdem habe ich in der Reha wieder zum Gedichteschreiben gefunden, das lange verschüttet war. In ihnen spiegeln sich oft meine Gefühle wieder. Ich bin gern in der Natur unterwegs und nehme vieles jetzt intensiver wahr als vor meiner Erkrankung. Ich sehe es so, dass die Erkrankung mich erst zu dem Menschen gemacht hat, der ich jetzt bin.

Ich freue mich auf eine gute Zusammenarbeit mit Ihnen.

Herzliche Grüße Ihre Edeltraud Mory

KIMM-Vorstand beantragt Bundesverdienstkreuz für Inge von dem Bussche

Soll mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet werden: Inge von dem Bussche

Nachdem im letzten Jahr die Gründerin und langjährige Vorsitzende von KIMM e.V., Frau von dem Bussche, ihre Arbeit an vorderster Front beendet hat, war es dem neuen Vorstand ein Anliegen, ihre Pionierarbeit hinreichend zu würdigen.

KIMM-intern geschah dies durch die Verleihung der Ehrenmitgliedschaft. Der Vorstand ging - und geht - jedoch davon aus, dass dieser große und erfolgreiche Einsatz von Inge von dem Bussche für die an Morbus Menière Erkrankten auch eine offizielle öffentliche Ehrung erfahren soll.

Er beantragte deshalb im September 2009, dass ihr für ihre Verdienste das Bundesverdienstkreuz verliehen wird.

Die Antragstellung erfolgte ohne ihr Wissen, um sie mit der Ehrung zu überraschen.

Im Laufe des umfänglichen bürokratischen Verfahrens wurden jedoch Daten abgefragt, die nur sie selbst liefern konnte. Sie musste also in die Vorarbeiten eingeschaltet werden, aus der ganz großen Überraschung konnte so leider nichts werden. Das Verfahren der Antragstellung wird weiterhin aktiv vom Vorstand verfolgt und wir hoffen, das die eingereichten Unterlagen über das Lebenswerk von Inge von dem Bussche ausreichen, den Bundespräsidenten bzw. die vorgeschalteten Behörden davon zu überzeugen, dass sie dieser besonderen Ehrung würdig ist.

Wie die Entscheidung auch ausfallen wird, der Vorstand ist der festen Überzeugung, nicht nur im Sinne der eigenen Einschätzung ihrer Leistungen, sondern im Sinne aller KIMM-Mitglieder gehandelt zu haben.

Walther Dierlamm

So kennt man Inge von dem Bussche bei KIMM e.V.: Immer aktiv, stets informiert und über alle Maßen engagiert für "ihre" Sache, die Unterstützung der Morbus Menière Erkrankten

In eigener Sache: Hörhilfen zum besseren Verständnis

KIMM beschaffte zum Einsatz bei seinen Veranstaltungen eine große Hilfe für Hörgeräteträger und Cochlea-Implantierte: eine sogenannte FM-Anlage. Premiere hatte die Anlage bei der Frühjahrstagung in Nürnberg. Alles, was in die Mikrofone gesprochen wurde, konnte von Hörgeräteträgern über sogenannte Tele- oder Induktionsschlingen in ihr Hörgerät direkt übertragen werden. Die Benutzer mussten dazu nur ihr Hörgerät auf "Telefon" umstellen, sich ein kleines Empfangsgerät und die Teleschlinge umhängen.

Die Teleschlinge wird auch Induktionsschlinge genannt, da sie die Töne auf elektromagnetischem Weg in die Empfangsspule des Hörgeräts überträgt.
Die Benutzer berichteten, dass sie mit der FM-Anlage die Vorträge und Diskussionen wesentlich besser verfolgen konnten, insbesondere die oft störenden Umweltgeräusche seien ausgeblendet worden. Die Teilnahme an der Veranstaltung hätte sie deshalb wesentlich weniger angestrengt.

Leider haben keine Cochlea-Implantat-Träger bei der Tagung in Nürnberg die Möglichkeit der Funkübertragung genutzt. So liegen uns auch keine direkten Erfahrungen vor. Der Hersteller empfiehlt seine Geräte jedoch auch für diese Personen.

Insgesamt 10 Empfangsgeräte stehen jetzt den Teilnehmern an den KIMM-Veranstaltungen zur Verfügung. An die Geräte können nicht nur die Teleschlingen sondern auch Kopfhörer angeschlossen werden. In einem Koffer, der zugleich Ladestation zum Aufladen der Akkus ist, sind die Geräte gut zu transportieren. Ob am Ende einer Veranstaltung auch alle Empfänger und der Sender wieder zurückgegeben wurden, lässt sich leicht kontrollieren. Es müssen nur alle Steckplätze im Koffer belegt sein.

Mit der nicht gerade billigen Anschaffung will KIMM den Mitgliedern, die seither nur mit großen Anstrengungen den Vorträgen und Diskussionen folgen konnten, die Teilnahme an seinen Veranstaltungen erleichtern, ja manchen Mitgliedern überhaupt erst ermöglichen. *Walther Dierlamm*

Kurz berichtet: Resümee aus neuen Morbus Menière Studien

Kurzresümee neuerer Studien zu „Häufigkeit und Verlauf von Morbus Menière“

Die Aussagekraft vieler Studien zu Morbus Menière leidet u.a. meist darunter, dass die Fallzahlen, also die Zahl der erfassten Personen, sehr klein ist oder, dass die Krankheit nicht im langfristigen Verlauf betrachtet wird.

Wir möchten Ihnen dieses Mal die Kurzresümees einer amerikanischen Studie mit sehr großer Fallzahl und einer deutschen Studie vorstellen, die sich dem Verlauf von Morbus Menière widmet.

1. Ergebnisse einer amerikanischen Studie auf Basis von 60 Mio Krankenversicherten

Für die USA gibt es jetzt eine Studie über die Häufigkeit von Morbus Menière, die sich auf eine sehr große Fallzahl bezieht: In der vorliegenden Studie* wurden die Daten von 6o Millionen Krankenversicherter ausgewertet. Dabei hatten 190.000 der Versicherten die Diagnose Morbus Menière, also etwa 0,3 %.

Die Krankheit betrifft nach dieser Studie Frauen und Männer nicht gleichermaßen. Hier beträgt die Relation (Frauen : Männer) 1,89: 1, Frauen sind demnach also fast doppelt so häufig Morbus Menière-Betroffene wie Männer. Nicht weiter erstaunlich ist, dass die Anzahl der Betroffenen mit zunehmendem Alter steigt, da Morbus Menière ja eine lebenslange – zwar behandelbare, aber nicht heilbare - Krankheit ist: Von den unter 18-Jährigen leiden 90 von 100.000 an der Krankheit, von den über 65 jährigen sind es 440 (von 100.000).

2. Ergebnisse einer deutschen Verlaufsstudie auf Basis von 46 Einzelstudien

Der Verlauf der Krankheit ist individuell unterschiedlich - jeder Patient ist anders. Trotzdem ist es wichtig und interessant, allgemeine Tendenzen des Verlaufs zu erforschen.

Dieser Zielsetzung widmet sich eine deutsche Studie**, in der die Daten von 46 Einzelstudien gesichtet wurden. Dabei wurden insgesamt 7852 Morbus Menière-Patienten erfasst.

Als Tendenzen wurden festgestellt:

- **Die Häufigkeit der Schwindelattacken nimmt innerhalb von 5 bis 10 Jahren ab.**
- **Hörverschlechterungen (von 50-60dB) und eine Minderung der Gleichgewichtsfunktion (von 35-5o%) finden hauptsächlich in den ersten 5 bis 10 Jahren statt.**
- **Drop attacks können sowohl im frühen als auch im späteren Verlauf der Krankheit auftreten.**

Literaturverweise :
* Harris JP, Alexander TH „Current-Day Prevalence of Meniere's Syndrome“

** Huppert D, Strupp M, Brandt T : Long-term course of Meniere's disease revisited

Franz Austen

Kurz berichtet: Wo Hörgeräte helfen und: Hoffnung bei Tinnitus

Artikel „Wo helfen Hörgeräte tatsächlich und wo sind ihre Grenzen?"in der Zeitschrift „Tinnitus_Forum" der Tinnitus Liga e.V., Ausgabe 2-2010, Seite 68 - 71

Wir möchten an dieser Stelle auf einen äußerst informativen Artikel zur Hörgeräteversorgung in der Ausgabe 2-2010 des „Tinnitus Forums" (Mitgliederzeitschrift der Tinnitus Liga e.V.) hinweisen. Unter der Überschrift „Wo helfen Hörgeräte tatsächlich und wo sind ihre Grenzen?" geht der Autor Dr. Steffens, Leiter Audiologie der Universitäts-HNO-Klinik Regensburg, sehr qualifiziert und praxisnah auf Fragen im Umfeld der Hörgeräteversorgung ein.

Wir werden uns um einen Abdruck des Artikels in der nächsten Ausgabe von KIMM-aktuell bemühen. Die Mitglieder, die momentan gerade in der schwierigen Phase sind, sich für eine bestimmte Hörhilfe entscheiden zu müssen, seien auf den Abdruck im Tinnitus-Forum verwiesen.

"Hoffnung bei Tinnitus"

Unter der Überschrift „Hoffnung bei Tinnitus" erschien im Februar 2010 in den Fürther Nachrichten der Hinweis, dass es Medizinern und Physikern vom Forschungszentrum Jülich gelungen sein soll, durch Stimulation die den Tinnitus verursachende krankhafte Gleichschaltung der Nervenzellen aus dem Takt zu bringen.

Dadurch könnten sich – so die Erklärung der Experten - die Nervennetzwerke im Gehirn „umbauen". Der die Stimulation bewirkende sog. Neurostimulator hat die Größe eines Hörgerätes, durch ihn werde dauerhafte Linderung der Krankheit erreicht. Nach Aussage des Forschungszentrums ergaben erste klinische Studien, dass die Symptome bei 70% der Betroffenen signifikant zurück gingen. Das Gerät soll in 2010 auf den Markt kommen.

Im gleichen Artikel wird berichtet, dass die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Nürnberger Klinikum seit 2 Jahren die sog. Magnetstimulation anwendet. Dieses Verfahren soll bei 80% der Tinnitus-Betroffenen zu Linderung geführt haben.

Wir werden seitens KIMM e.V. versuchen, Einzelheiten über die Methoden, ihren Wirkmechanismus und die Erfahrungen Betroffener zu ermitteln und in der nächsten KIMM-aktuell über die Ergebnisse unserer Bemühungen berichten.

Fred Knäbel

Kurz berichtet: Sebsthilfeförderung und: Urteil des Bundessozialgerichtes

Selbsthilfeförderung

Im Jahr 2010 erhielt KIMM e.V. zur Erfüllung seiner Aufgaben aus dem Topf der GKV - Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene Fördermittel.nach § 20c SGB V in Höhe von 2000,00 Euro.
Die GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene verwaltet die Selbsthilfeförderung im Namen aller Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene.

Dies sind:
der Verband der Ersatzkassen (vdek)
der AOK-Bundesverband, GbR
der BKK Bundesverband, GbR
der IKK e.V.
die Knappschaft
der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Walther Dierlamm

Interessante Neuigkeiten sind Gesprächsstoff für Mitglieder von KIMM e.V.

Entscheidung des Bundessozialgerichts:

Nahezu Ertaubte haben Anspruch auf hochwertige Hörgeräte

Das Bundessozialgericht hat am 17.12.2009 entschieden, dass die Krankenkasse für die medizinisch notwendige Versorgung eines nahezu ertaubten Versicherten die Kosten für ein hochwertiges digitales Hörgerät zu übernehmen hat. Die Krankenkassen bezahlen üblicherweise einen Höchstbetrag von etwas unter 1000 EURO für ein Hörgerät. Das Urteil setzt diesen Betrag für ganz erheblich Hörgeschädigte mit nahezu 100% Hörverlust außer Kraft. Die Krankenkasse muss in diesen Fällen das zum Ausgleich der Hörbehinderung notwendige Hörgerät wesentlich höher bezuschussen. Im konkreten Fall waren dies zusätzlich rund 3000 EURO.
(Bundessozialgericht, Urteil vom 17.12.2009,
Aktenzeichen: B 3 KR 20/08 R)

Walther Dierlamm

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

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

Leicht 2

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

Mittelschwer 1

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

Mittelschwer 2

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

Schwer 1

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

Schwer 2

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

Erfahrungsberichte Morbus Menière - Betroffener

Vorbemerkung von KIMM e.V.

Wir geben an dieser Stelle Erfahrungsberichte unserer Mitglieder wieder.
Wir bemühen uns dabei, den Originaltext so weit wie möglich zu erhalten, leichte Umformulierungen behalten wir uns vor.
Entfernt werden allerdings alle im Text genannten persönlichen Daten von Dritten.
Wir bitten hierfür um Verständnis.

Die drei Erfahrungsberichte in diesem Heft stammen von Ulrike Spitzer aus Solingen, Barbara Paul aus Paderborn und Holger Dierks aus Hamburg.
Dabei stellt der zweite Bericht von Barbara Paul eine kleine Besonderheit dar, weil er aus der Sicht eines Mitglieds geschrieben ist, das selbst eine örtliche KIMM-Selbsthilfegruppe ins Leben gerufen hat. In ihrem Bericht reflektiert Frau Paul – neben dem Vorteil der Selbsthilfe für die anderen Mitglieder der Gruppe - nicht zuletzt auch über die positiven Auswirkungen der Leitung der Gruppe auf ihren eigenen Umgang mit Morbus Menière. Und so ganz nebenbei kann dieser Bericht als eine Art von „Erstanleitung zur Gründung einer KIMM-Selbsthilfegruppe vor Ort“ angesehen werden.

Erfahrungsbericht von Ulrike Spitzer aus Solingen

Lieber Vorstand KIMM e.V.,

zunächst einmal Danke für die Einladungen zu den Versammlungen, an denen ich aus Gründen der weiten Entfernung leider nicht teilnehmen kann. Umso froher bin ich, die Berichte der Tagungen in den Mitgliederzeitungen lesen zu können.
Seit Ende letzten Jahres gibt es hier in Solingen auch eine Selbsthilfegruppe, deren Vorsitzende ebenfalls von MM betroffen ist. Ich werde im April zum ersten Mal hingehen und unsere Zeitschrift mitnehmen, da KIMM e.V. in der Gruppe noch nicht so bekannt ist. Mir wird der direkte Austausch mit Betroffenen sicher gut tun, obwohl mir bei den Berichten von Betroffenen doch immer etwas schlecht wird.

Hier nun mein eigener Bericht:

Nach 4 Jahren Anfallspause bekam ich ab Ende Februar 2009 wieder Anfälle, wahrscheinlich aufgrund einiger familiärer, stark belastender Ereignisse.
Die Anfälle fingen mit Übelkeit vom Magen her an, was ich zunächst nicht deuten konnte. Dann kam das Erbrechen und der Schwindel. Nach einigen Malen habe ich dann gleich bei beginnender Übelkeit eine Vomex Reisetablette oder ein Zäpfchen genommen, so dass ich das Erbrechen verhindern konnte. Ich lag wieder 2-3mal die Woche flach, zum Glück - bis auf das 1. Mal - war ich immer zu Hause oder kurz vor meinem Zuhause. Zum Sommer hin wurde es besser und seit ca. 7 Monaten bin ich wieder schwindelfrei. Auf Rat meiner Ohrenärztin übe ich mich in der "Achtsamkeitsmeditation" und in der progressiven Muskelentspannung. Dies tut mir sehr gut. Mein Gehör ist wieder schlechter geworden, mit dem Gedanken an ein Hörgerät muss ich mich aber erst einmal innerlich abfinden.
Zum Glück bin ich Rentnerin und nicht mehr berufstätig.
Was ich noch nicht richtig beherrsche, ist öfter mal "NEIN" zu sagen.

Herzliche Grüße und dem Verein weiterhin gutes Gelingen und Anerkennung für die Arbeit, die hinter allem steckt.

Solingen, 21. März 2010
Ulrike Spitzer

Erfahrungsbericht von Barbara Paul von der Paderborner Selbsthilfegruppe für Morbus Menière Betroffene

Reflexionen über den Nutzen einer Selbsthilfegruppe

Jeder Morbus Menière Betroffene / jede Betroffene sucht meist viele Jahre vergeblich nach dem Heilverfahren, das ihn / sie endlich von dieser Erkrankung erlöst. Aber niemand sagt einem, wie man in der Zeit zwischen Hoffen und Bangen zurechtkommen kann. Dabei ist die Beantwortung dieser Frage – zumindest zu einem großen Anteil - eigentlich recht einfach: Selbsthilfe. Sich selbst und/oder auch anderen helfen und nicht nur auf Hilfe von außen warten, sondern selbst aktiv werden. Eine Selbsthilfegruppe kann wirklich eine Bereicherung sein.

Der Kontakt zu anderen Betroffenen bringt erst mal Erleichterung.

Da ist jemand, der mich versteht und mich mit meinen Sorgen annimmt. Druck kann abgebaut und Ängste können reduziert werden. Außerdem findet man wieder Mut, mehr am Leben teilzunehmen. Das Selbstbewusstsein wird gestärkt. Der Austausch mit und das Vertrauen zu anderen Betroffenen helfen beispielsweise, nicht blind nach jedem Strohhalm zu greifen und unsinnige Behandlungen auszuprobieren, um am Ende doch wieder enttäuscht zu werden. Der regelmäßige Kontakt zu anderen stärkt und bringt auch wieder Freude zurück.

Wichtig ist es, zu erfahren, anderen Menschen geht es ebenso wie mir und ich bin nicht allein damit. Man muss nicht viel erklären, denn die anderen in der Gruppe empfinden ähnlich und sie wissen, wovon ich spreche. Jeder hat ähnliche Erfahrungen gemacht und - egal wie individuell der Morbus Menière bei jedem ist - jeder kann verstehen: das Gefühl der Hilflosigkeit, dieses Ausgeliefert-Sein während eines Anfalls, auch die Beeinträchtigungen, die im Laufe der Erkrankung dazu kommen, wie Schwerhörigkeit, Tinnitus, Depressionen, Ängste, sozialer Rückzug und nicht zuletzt: die Sorge um den Arbeitsplatz und den sozialen Status.

Mit einer Selbsthilfegruppe wächst die eigene Chance auf Krankheitsbewältigung

Denn in einer Gruppe ist man Gleiche / Gleicher unter Gleichen. Man kann erkennen, wie andere mit der Erkrankung zurechtkommen und wo man selbst steht. Menschen, die sich so ehrenamtlich engagieren und sich in Selbsthilfegruppe zusammenfinden, haben eine deutlich größere Chance auf Krankheitsbewältigung als solche, die sich mit allem allein gelassen fühlen, sich selbst allein lassen und sich passiv verhalten. In der Gruppe kann ich Dinge ansprechen, die ich mich nie trauen würde, einen Mediziner zu fragen oder ihm zu erzählen. Aber wenn ich im Gespräch mit anderen Betroffenen erfahre, ich bilde mir das alles nicht nur ein, meine Empfindungen, meine Wahrnehmungen teilen andere auch und sie sind keine Hirngespinste: Das tut gut und ist wichtige Voraussetzung, um wieder Vertrauen in sich selbst und seinen Körper zu gewinnen.

Die Belastbarkeit steigt wieder, die Lebensfreude kommt zurück. Man traut sich wieder mehr zu. Nach einem Treffen mit den anderen Betroffenen fühlt man Erleichterung und man geht mit einem guten Gefühl wieder nach Hause.

Eine Selbsthilfegruppe kann auch Dinge am Ort verändern, qualifiziert aufklären, Informationen sammeln und so Ärzten und Akustikern oder auch Therapeuten von der Krankheit und ihren Folgen berichten. Wenn man nicht allein ist, kann

man viel mehr bewegen - und so auch wieder etwas zurückgeben. In größeren Orten gibt es ganz sicher noch andere Betroffene und man wird bei der Gründung einer Gruppe von Einrichtungen des Wohlfahrtsverbandes unterstützt. Manchmal hilft einfach ein Aufruf in der Tageszeitung oder man fragt bei verschiedenen Ärzten nach anderen Betroffenen und hinterlegt seine Kontaktdaten.

Es ist erstaunlich: wenn sich einer traut, kommen die anderen von ganz allein.

Natürlich bedeutet eine Selbsthilfegruppe auch Arbeit und Organisation, aber man bekommt auch viel zurück und wenn man den Schritt gemacht hat, möchte man dies alles nicht mehr missen. In der Selbsthilfe findet man viele liebenswerte Menschen, die auch das eigene Leben bereichern.

Viele Menschen schrecken allerdings vor der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe zurück: Gruppe – hört sich schrecklich an, da weinen sich doch eh alle nur aus. Aber nein, das ist eher wie in einem freundschaftlich verbundenen Kegelverein, wo viel gelacht wird und wo man Leid und Freude miteinander teilen kann. Nur in einer Selbsthilfegruppe wird halt nicht gekegelt - außer man tut dies als Freizeitgestaltung gemeinsam als Gruppe - sondern man redet über die Erkrankung und all das, was einem auf dem Herzen liegt. Schwindel ist eine Wahrnehmung, also ein Gefühl und daher auch sehr individuell in der Ausprägung. Ganz so wie bei Schmerzen. Jeder weiß, was es ist, nur jeder empfindet anders, aber alle leiden darunter und keiner will sie haben.

Schwindel kann den Boden unter den Füßen wegziehen, daher ist Selbsthilfe auch Lebenshilfe.

Eine kluge Frau hat einmal gesagt: „Angst vor Veränderungen hindert uns daran Neues zu wagen“. Aber diese Auseinandersetzung mit der Erkrankung - besonders in einer Gruppe mit anderen Betroffenen - hilft, Abstand vom Leid zu bekommen. Der Leidensdruck sinkt und man findet Wege, mit dieser Erkrankung zu leben. Durch die Gruppe sieht man erst wieder, was alles noch mit Morbus Menière im Leben machbar ist und nicht mehr nur das, was nicht mehr möglich ist.

Die positive Veränderung durch eine Gruppe hilft besonders chronisch Kranken. Daher ist es nicht verwunderlich, dass die Selbsthilfe eine feste Säule im Gesundheitssystem ist, die auch von den Krankenkassen unterstützt wird. Kluge Ärzte haben das auch erkannt und vermitteln sogar ihre Patienten in die entsprechenden Gruppen. Zudem sind sie auch bereit, durch Vorträge oder Gesprächsabende das Arzt-Patienten-Verhältnis zu bereichern.

So können alle nur gewinnen – durch Selbsthilfe.

Holger Dierks aus Hamburg berichtet über seine Erfahrungen mit der Tinnitus-Klinik Prof. Hesse in Bad Arolsen.

Was macht einen guten Arzt bei Morbus Meniere aus? Und ebenso wichtig: Was macht eine gute Klinik aus?

Dr. Schaaf stellt die wichtigste Frage für Meniere-Patienten überhaupt: Wie sieht eine gute ärztliche Betreuung aus? Seinen Ausführungen kann voll und ganz zustimmen, aber der Alltag vor Ort (zumindest bei mir in Hamburg) sieht ganz anders aus. Umso wichtiger ist die Umsetzung seiner Erkenntnisse zumindest im Klinikalltag. Dr. Schaaf - und mit ihm das gesamte Team an der Tinnitus-Klinik Prof. Hesse - versuchen dies vorzuleben.

Meine erste Begegnung mit der Klinik war eine verzweifelte Mail an Dr. Schaaf: „Was muss ich tun, damit ich zu Ihnen darf???“ Ich litt zu dem Zeitpunkt seit zwei Jahren unter Morbus Menière, die Abstände zwischen den Schwindelanfällen verkürzten sich auf ca. einen Anfall pro Woche, und in der Zeit dazwischen verhinderte meine Angst vor dem nächsten Anfall, dass ich mich überhaupt noch vom Grundstück traute. Meine Krankenversicherung, die Central, verweigerte mir mehrfach die Kostenübernahme für einen Klinikaufenthalt, obwohl der Amtsarzt mich wegen der Auswirkungen meiner Krankheit schon in den vorzeitigen Ruhestand versetzt hatte. Und die vielen Ärzte, die ich in meiner Not aufsuchte, waren unbestritten in ihrem Fachbereich gut, aber bei meinem komplexen Leidensbild des Morbus Menière konnten sie mir nicht helfen, ebenso wie die zwei Krankenhäuser in Hamburg, in die ich zwischendurch mehrmals eingewiesen wurde. Mehrfach wurde ich sogar als Hypochonder angesehen und sehr herablassend behandelt: „Was wollen Sie hier, ich habe Patienten, die sind richtig krank“. Und dieser Arzt steht in der Liste der DTL!! Dr. Schaaf hingegen nahm sich die Zeit, mir eine ausführliche Antwort zu senden, die mir in meinem tiefen schwarzen Loch endlich das Gefühl gab, ernst genommen zu werden. Toll! Und er half mir, die Zusage meiner Krankenkasse zu erhalten. Zwar anfangs nur für zwei Wochen, aber da wurde ich vom Klinikleiter Professor Hesse beruhigt, er würde wegen der notwendigen Verlängerung für mich den Papierkrieg übernehmen und notfalls auch die Schreierei am Telefon. Wieder nahm jemand meine Not ernst! Und als ich dann mehrfach in der Klinik anrief, um meinen Aufenthalt vorzubereiten, wurde ich sehr fröhlich und aufmunternd beraten.

Am Tag meiner Ankunft - meine Kinder hatten mich gefahren, da ich mich allein nicht einmal auf den Weg zur Bahn getraut hätte, bekam ich mein Zimmer und dann eine ausführliche Führung, die mit meiner „Übergabe“ an die Mitpatienten endete. Zehn Plätze hat die Klinik, neun neue Gesichter, und sofort war klar: Diese kleine Gruppe entwickelte eine Dynamik, die sehr zum Behandlungserfolg beitrug. Später, beim gemeinsamen Essen, dem Mittagskaffee, dem morgendlichen Walken oder dem abendlichen Tai Chi, war immer jemand da, der sich meine Sorgen anhörte oder mir seine mitteilte. Dies erleichterte mich sehr, und von Tag zu Tag ließ meine Anspannung ein wenig nach.

Ernst genommen zu werden in der Angst ist der erste Schritt zurück ins Leben

Meine Schwindelangst saß tief, und allein wäre ich kaum auf den Vorplatz des Krankenhauses gegangen. Aber mit der Fürsorge der Anderen besserte sich meine Angst immer mehr, und alle ermutigten mich, kleine Wege allein zu unternehmen. Zusammen mit der einfühlsamen psychologischen Betreuung von Frau Geißler war

dies der Beginn einer Aufwärtsbewegung in Richtung alter Normalität. Als ich dann in Arolsen meinen ersten Schwindelanfall bekam, waren es Professor Hesse und Frau Geissler, die mir sehr geduldig und verständlich erklärten, warum dieser Anfall psychisch und nicht durch das Innenohr bedingt war. Sie vermittelten mir das Wissen zu erkennen, warum 90% meiner in meinem Tagebuch aufgezeichneten Anfälle psychisch bedingt waren, aber ebenso, warum mein zweiter Anfall in Arolsen ein „echter" Menière war.

Es ist sehr wichtig, selbst ganz genau über die Krankheit Bescheid zu wissen

Es war immer das wichtigste, dass wir Patienten über unser Leiden Bescheid wussten, und es gab täglichen Theorieunterricht über das Innenohr und über die psychischen Faktoren unserer Erkrankung. Damit wurden wir in die Lage versetzt, zu erkennen, warum die in der Klinik durchgeführten Maßnahmen genau in unserem Fall helfen, und wie wir zu Hause mit diesen fortfahren könnten. Die Gleichgewichtsübungen brachten mir rasche Fortschritte, das Hörtraining half mir, die Tinnitusgeräusche in meinem betroffenen linken Ohr weitgehend zu ignorieren. Progressive Muskelentspannung, Nordic Walking, Tai Chi und Qi Gong wurden gute Werkzeuge, um den Körper bei einem Schwindelanfall oder bei Angst besser zu kontrollieren und zu entspannen. Sie sind es für mich heute noch.

Als klar war, dass ich ein echter Menière-Patient bin, besprach Dr. Schaaf mit mir ruhig und geduldig die verschiedenen medizinischen Möglichkeiten.
Ich entschied mich für die Ausschaltung des linken Gleichgewichtsorgans durch Gentamycin. Die Behandlung wurde an mehreren Tagen mit Einträufelungen bei schwacher Dosierung durchgeführt. Der Erfolg zeigte sich durch einen Ausfallnystagmus und ich erlebte ehrliche Freude bei allen Beteiligten darüber. Die Folge ist dass ich jetzt seit sieben Monaten keinen Anfall mehr hatte, mein Gehör nicht weiter gelitten hat und ich die durch den kompletten Ausfall eines Gleichgewichtsorgans entstandene Gleichgewichtsstörung weitgehend wegtrainiert habe. Ich genieße das Radfahren wieder, dränge meine Angst vor dem Schwindel mit Hilfe eines Psychotherapeuten immer weiter zurück und habe wieder Lebensqualität.

Die wichtigste Erfahrung für mich war jedoch die menschliche Komponente. Ich hatte in der Tinnitusklinik von Professor Hesse den Eindruck, hier haben sich Menschen versammelt, die sich natürlich einerseits ihren Lebensunterhalt verdienten, andererseits aber ein wirkliches tiefes Bedürfnis haben, ihren Patienten zu helfen. Beruf als Berufung! Dies habe ich in dieser Intensität nie vorher oder danach erlebt. Das deutlichste Zeichen dafür kam, als ich mit einer Lungenentzündung in das „normale" Krankenhaus überwiesen werden musste. Täglich waren mindestens ein oder zwei Mitarbeiter der Tinnitusklinik, oft Prof. Hesse oder Dr. Schaaf selbst, bei mir und erkundigten sich nach meinem Wohlergehen. Das schuf Glaubwürdigkeit auch für das, was sie mir vorher mitgegeben haben. Und der Beistand meiner Mitpatienten war toll!

Mit der Möglichkeit, mit anderen Betroffenen darüber zu sprechen, quält der Schwindel nicht mehr ganz so sehr

Ich bin jetzt wieder zu Hause, aber ich weiß - und habe es auch schon in Anspruch genommen -, dass ich mich bei Problemen gern an Prof. Hesse und Dr. Schaaf wenden kann. Sie haben mir schon mehrfach auf Fragen geantwortet. Für sie bin ich nicht „der Menière aus Hamburg",

sondern der Mensch Holger Dierks, dem sie so weit wie möglich helfen wollen. Für meine Nachsorgeuntersuchungen werde ich lieber nach Arolsen fahren, bevor ich wieder in Hamburg eine Odyssee erlebe bei der Suche nach dem idealen Arzt für mich.

Falls jemand Näheres von mir erfragen oder sich seinen Menière einfach von der Seele reden möchte, bin ich per Telefon oder Mail jederzeit erreichbar.

Denn auch das habe ich in Bad Arolsen gelernt: Wenn man die Möglichkeit hat, mit anderen Betroffenen darüber zu sprechen, quält der Schwindel nicht mehr ganz so sehr.

Holger Dierks
Treptower Straße 137
22147 Hamburg
Telefon: 040 / 647 01 35
Mail: holger.dierks@snafu.de

Zur Labyrinth-Anästhesie.

Eine medizinische Diskussion

Vorbemerkung von KIMM e.V.

In der Ausgabe 2-2009 unserer Zeitschrift „Kimm aktuell“ wurde aus gegebenem Anlass „Das Problem der unterschiedlichen Bewertung von Behandlungsmethoden“ - sowohl unter den Betroffenen als auch innerhalb der medizinischen Forschung - von unserer Seite bewusst angesprochen.
Wie aus den nachfolgenden Anmerkungen von Herrn Prof. Dr. von Ilberg zu entnehmen ist, trifft diese Problematik auch auf die von ihm vertretene Labyrinth-Anästhesie zu.
Zu ihr hatte sich Herr Dr. Schaaf, Oberarzt der Tinnitus Klinik Bad Arolsen in der gleichen Ausgabe von „KIMM aktuell“ mit kritischen Anmerkungen geäußert.
In der nachfolgend abgedruckten Antwort nimmt Prof. von Ilberg Bezug auf diesen Beitrag von Herrn Dr. Schaaf.

Antwort von Professor Dr. von Ilberg, Frankfurt, auf den Beitrag von Dr. Schaaf in „KIMM aktuell“ 2-2009, Seite 45: „Labyrinth Anästhesie. Eine Stellungnahme von Dr. Helmut Schaaf, Oberarzt der Tinnitus Klinik Bad Arolsen“

Sehr geehrte Damen und Herren,

da in dem o.g. Beitrag direkt auf die mit meinem Namen verbundene Behandlung der Labyrinth Anästhesie eingegangen wird, möchte ich Sie bitten auch meinen Kommentar dazu in einer Ihrer nächsten Ausgaben der KIMM Aktuell zu veröffentlichen.

Es ist mir bekannt und wurde mir von meinen Patienten, die auch an Veranstaltungen von KIMM teilnehmen berichtet, dass Dr. Schaaf sich wiederholt abfällig über die Behandlungsmethode der Labyrinth Anästhesie geäußert habe. Auch wurde die Frage an mich gestellt, weshalb Dr. Schaaf sich während meines vor Mitgliedern der KIMM gehaltenen Vortrags am 20. März 2009 in Waiblingen nicht mit kritischen Fragen gemeldet habe.

Entsprechend negativ ist auch die Stellungnahme zur Labyrinth Anästhesie ausgefallen.
Die Tatsache, dass ein Lokalanästhetikum, wie das Xylocain nur eine kurze Wirkungsdauer hat, ist bekannt, spricht aber ‚per sec' nicht gegen die Wirksamkeit der Methode. Der Vergleich mit dem “defekten Fernseher” ist unsinnig und irreführend. Der Langzeiteffekt von Lokalanästhetika ist ja seit langem - nicht erst seit der Labyrinth Anästhesie – bekannt nämlich seit der Hunneke'schen Neuraltherapie. Auch hier wird durch eine einmalige Injektion von Lokalanästhetika eine Langzeitwirkung auf Schmerz- und Entzündungszustände erzielt.

Dr. Schaaf geht auf die “schwache Datenlage” nach Labyrinth Anästhesie ein. Hierzu darf ich bemerken, dass von Adunka et al. 2003 über die Erfolge der Labyrinth Anästhesie ausführlich berichtet wurde. Diese Arbeit dürfte der Aufmerksamkeit von Herr Dr. Schaaf offensichtlich entgangen sein. Andererseits ist mir eine Erfolgsstatistik der von Herrn Dr. Schaaf bevorzugten Behandlung mittels Paukenröhrchen, die auf Professor Montandon (Genf) zurückgeht, nicht bekannt.

Interessant dürfte in diesem Zusammenhang auch eine neuere Aufstellung von L. Denkert 2007 sein, der verschiedene Behandlungsformen des Morbus Menière anhand von 145 Fällen miteinander vergleicht. Nach Saccotomie konnte eine Schwindelfreiheit in 62% erreicht werden; dabei wurde eine Hörverschlechterung in 50% und in 5% sogar eine Ertaubung be-

beobachtet. Gentamycin-Instillationen führten in 30% zu einer subjektiven Remission oder Verbesserung, bei einer Hörverschlechterung in 5% und 5% Ertaubungen. Die besten Ergebnisse wurden mit einer konservativen Infusionsbehandlung erzielt: bei 2,46 % der Patienten wurde der Therapieerfolg mit "sehr gut" und bei 20,96% mit "gut" bewertet.

Wenn ich diese Erfolgsergebnisse mit denen der Labyrinth-Anästhesie vergleiche, dann meine ich, dass sie bei völligem Fehlen von Nebenwirkungen erhebliche Vorteile gegenüber fast allen bisher bekannten Methoden bietet. Dies gilt in besonderem Maße für den beidseitigen Morbus Menière für den sich fast jede andere Behandlung verbietet.

Zur Kostenfrage, die eigentlich nicht Inhalt dieser Stellungnahme sein sollte, nur soviel: Jede der o.g. Behandlungsformen dürfte ein Vielfaches der Labyrinth Anästhesie kosten. Die Frage, die sich hier stellt ist nur, weshalb die Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen werden.

Meines Erachtens verbietet sich im Interesse unserer Menière Patienten jede Polemik gegen unterschiedliche Behandlungsformen solange hier "der Stein der Weisen" nicht gefunden worden ist und der Morbus Menière geheilt werden kann. Bis dahin gilt für mich, den Patienten wenigstens keinen Schaden zuzufügen.

Mit freundlichen Grüßen

Professor Dr. med. Chr. von Ilberg
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Frankfurt

Literatur

Adunka, O. ; Moustaklis, E. ; Weber, A. ; May, A. ; von Ilberg, C. ; Gstoettner, W. ; Kierner, A.C.: Labyrinth Anesthesia - A Forgotten but Practical Treatment Option in Menière's Desease
ORL (2003); 65:84-90

Lars Denkert (Doktorarbeit Berlin Charite (2007) : 1970 - 1999 (Charite Berlin) 145 Fälle von Morbus Menière

Behandlung des Morbus Menière im Lichte der Cochrane Reviews

Medizin

Bei der Behandlung des Morbus Menière`s scheiden sich die Geister. Dies liegt sicherlich schon an der Schwierigkeit, das Krankheitsbild genau zu fassen und zum Anderen an der, bisher immer noch letztendlich unbekannten Genese der Erkrankung. Sicher ist, dass der Morbus Menière als eine Innenohrerkrankung definiert wird, die mit einem Endolymphhydrops einhergeht.

Kennzeichnend sind dann

- wiederholte (mindestens zwei) attackenweise auftretende Drehschwindelanfälle.

Diese sind begleitet

- von einer meist einseitig schwankenden, aber in der Tendenz fortschreitenden Innenohrschwerhörigkeit
- und einem – typischerweise tieffrequenten Tinnitus.

Bei der Therapiesicherheit ist nur sicher, dass sie sich auf einem sehr niedrigen Evidenzniveau bewegt, also geringe unmittelbare Gewissheit aufweist. Nur bei den destruktiven Maßnahmen - wie der Durchtrennung des Gleichgewichtsnerven und der Gentamycingabe ins Mittelohr (http://www.drhschaaf.de/gentamy.htm) – erreicht sie eine Höhe an Gewissheit, die über das Niveau einer reinen Meinung von „Experten“ hinausgeht, soll heißen: nur bei diesen Methoden ist der Wirkmechanismus klar, das Ergebnis der Maßnahme sicher auf Erfolg oder Misserfolg überprüfbar. Dennoch werden – manchmal scheinbar unbeirrbar – Erfolgsquoten der ein oder anderen Methode von 80% berichtet und selbst Therapien propagiert, deren rationale Basis oft nur schwer nachzuvollziehen ist.

Der Beseitigung dieses Missstandes widmet die Cochrane Collaboration, ein internationales Netzwerk von Wissenschaftlern und Ärzten, ihre Arbeit.Sie orientiert sich strikt an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin, sichtet demzufolge nur Studien, die gewissen Qualitätsansprüchen genügen und die vor allen Dingen objektivierbar und auswertbar sind. Sie bewertet diese Studien dann hinsichtlich ihrer Effektivität. Das zentrale Ziel der Cochrane Collaboration ist dabei die Verbesserung der wissenschaftlichen Grundlagen für Entscheidungen im Gesundheitssystem.

Dieses Ziel wird vor allem durch die Erstellung, Aktualisierung und Verbreitung systematischer Übersichtsarbeiten (systematic reviews) zur Bewertung von Therapien erreicht. Diese werden in der Datenbank Cochrane Library online veröffentlicht. Nicht berücksichtigt werden Studien, in denen man den Verdacht haben muss, dass die Patientenauswahl, ebenso wie die Auswahl der Methodik und die Auswertung selber, möglicherweise kritischen Beanstandungen oder vergleichbaren Untersuchungen nicht standhalten könnte. In Bezug auf Morbus Menière hat die Cochrane Collaboration nun zwei häufig propagierte Vorgehensweisen bei der Therapie von Morbus Menière unter die Lupe genommen : Die Behandlung mittels Betahistin und die Saccotomie.

Zur medikamentösen Behandlung mit dem Wirkstoff Betahistin heißt es:

„Es gibt nicht genügend Ergebnisse aus qualitativ hochwertigen Studien zur Beurteilung der Wirksamkeit von Betahistin auf die Menière Krankheit bzw. das Pseudo-Menière-Syndrom“

(James A, Burton MJ. Betahistine for Ménière's disease or syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 1. Art. No.: CD001873. DOI: 10.1002/14651858.CD001873)

Zur Saccotomie, dem weltweit häufigsten Eingriff bei Morbus Menière, wurden nur zwei Studien gefunden, die die strengen Kriterien der Cochrane Collaboration erfüllen.
Diese umfassen insgesamt 59 Patienten, bei denen man einen Eingriff am endolymphatischen Sack mit der Anlage eines Paukenröhrchen und einem einfachen Eingriff am Mastoid verglich.
Keine der beiden Studien zeigte einen günstigen Effekt hinsichtlich Placebo oder einem anderen Eingriff .
Daraus schlossen die Autoren, dass sich kein nachweisbarer Nutzen für die Eingriffe am endolymphatischen Sack aufzeigen lässt.

Pullens B, Giard JL, Verschuur HP, van Benthem PP. (2010) Surgery for Ménière's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jan 20;(1):CD005395)

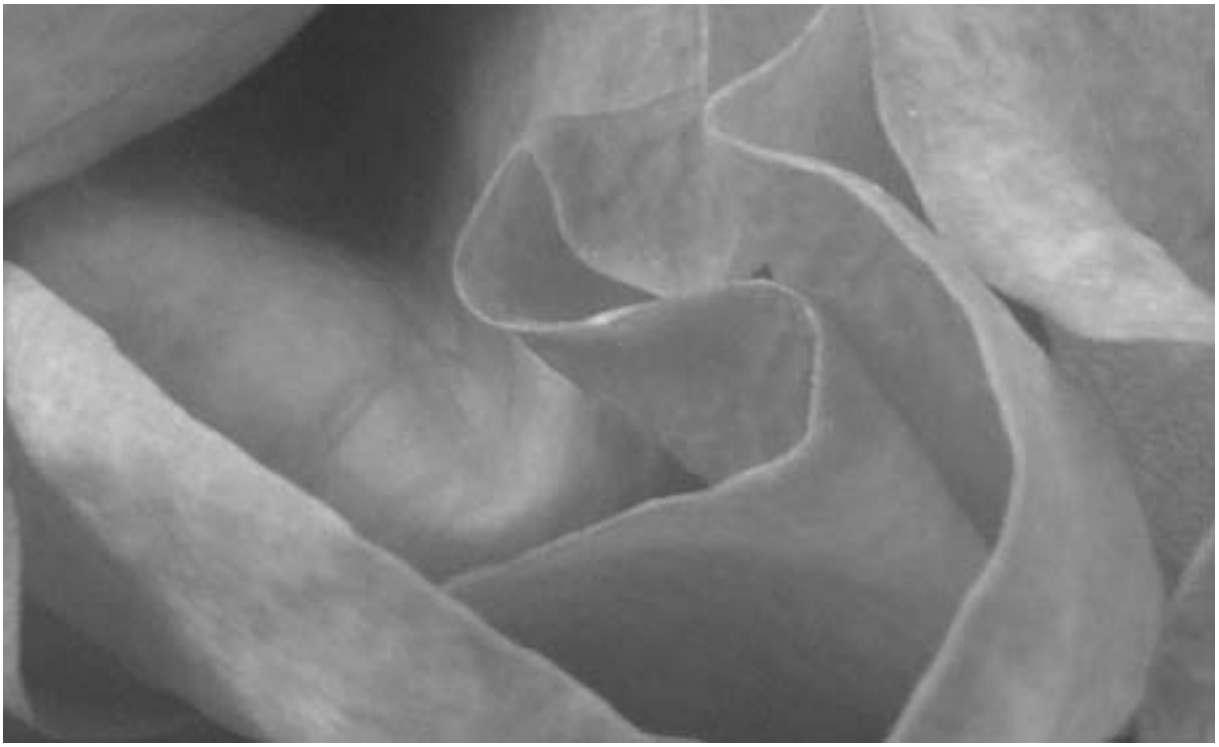
Dr. med. Helmut Schaaf, Bad Arolsen
(Weitere Einzelheiten können der Homepage ttp://www.drhschaaf.de entnommen werden.

Tinnitus und das Leiden am Tinnitus

Dr. Helmut Schaaf, Christiane Eichenberg, Dr. Gerhard Hesse haben in der Fachzeitschrift „Psychotherapeut" (Ausgabe 2010-55: Seite 225-232) einen Artikel zum Thema „Tinnitus und das Leiden am Tinnitus" verfasst. Er stützt sich auf die psychosomatischen Befundkonstellationen von 287 Tinnituspatienten, die über einen Zeitraum von 15 Monaten von einem ärztlichen Psychotherapeuten mit HNO-Schwerpunkt ambulant gesehen wurden.

Für weitere Einzelheiten müssen wir aus rechtlichen Gründen zum gegenwärtigen Zeitpunkt auf die Internetseite http://www.drhschaaf.de/Schaaf%20Eichenberg%20Hesse%20Tinnitus%20Psychotherapeut%20free%20Seite%201.pdf verweisen. Wir bemühen uns, in unserer nächsten Ausgabe von KIMM-aktuell ein Resümee der Untersuchung abdrucken zu können.

Fred Knäbel



Patientenseminar im Rehazentrum Bad Berleburg, ein Bericht von Edeltraud Mory

Bericht über das Patientenseminar am 7./8. Mai 2010 im Reha-Zentrum der Baumrainklinik

Die Baumrainklinik, Bad Berleburg, hatte am 7. und 8. Mai 2010 unter dem Thema "Hilfen bei Tinnitus" ehemalige Patienten, Angehörige und Freunde zum Patientenseminar eingeladen. Am Freitag Abend begann es mit einem gemeinsamen Abendessen und einem gemütlichen Beisammensein zum Gedankenaustausch. Das eigentliche Seminar fand am Samstag im Reha-Zentrum der Kinik statt, das Programm sah vier Vorträge am Vormittag und zugeordnete Workshops am Nachmittag vor.

Zu Beginn des Patientenseminars am Samstag begrüßte Dr. Pollinger, Chefarzt der Baumrainklinik, die 70 angereisten Gäste herzlich, ebenso Herr Knoche, Verwaltungsleiter der Klinik. Die Moderation übernahm Dr. Behrooz Eghlimi, HNO-Arzt und Oberarzt der Klinik.

Prof. Dr. med. Gerhard Hesse, HNO-Arzt, Leiter der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse, Bad Arolsen, sprach über "Neuigkeiten zu Tinnitus".

Dabei hob er besonders hervor, dass der Hörverlust der entscheidende Stressfaktor für Veränderungen der zentralen Hörbahn darstellt. Das löst Tinnitus aus, ebenso Distress (negativer Stress), hohe Belastung, Burnout und Überreizung. Daraus können Hyperakusis (Geräuschüberempfindlichkeit) und Depressionen entstehen. Lärm ist ein weitaus größerer Risikofaktor als das Lebensalter.

Akustische Stimulationen (Musik hören oder besser noch selber machen) helfen, den Tinnitus in den Hintergrund treten zu lassen. Auch eine Hörgeräteversorgung bei Hörminderung kann den Tinnitus lindern. Bei einem Hörsturz sollte man keine absolute Ruhe, sondern leise Musik und Geräusche hören, um den Tinnitus zu beruhigen. In der Akutbehandlung sind in den ersten 6-8 Wochen Infusionen mit Cortison sinnvoll, danach sind Erfolge gering.

Nach einer Kaffeepause sprach Elke Knör, Geschäftsführerin der Deutschen Tinnitus-Liga (DTL) in Wuppertal und Chefredakteurin des "Tinnitus Forum" zu dem Thema "Was bewirkt Selbsthilfe bei Tinnitus und Hörstörungen?"

Sie erklärte dabei noch einmal, dass Tinnitus kein psychisches Problem ist und nur so laut wie Blätterrauschen sei. Erst auf der Hörbahn auf dem Weg zum Gehirn baut sich die Hörwahrnehmung auf und lässt den Tinnitus lauter erscheinen, als er in Wirklichkeit ist. Durch einen Hörverlust werden manche Töne und Geräusche von außen nicht wahrgenommen, so dass auch dies den Tinnitus lauter erscheinen lässt.

Selbsthilfe ist ein Lernprozess mit unterschiedlichen Ansätzen für die verschiedenen Menschen. Ihre Erfahrungen und eigene Selbstsicherheit wirken mit. Ziel ist es, den Menschen zum eigenen Handeln zu befähigen durch Aufklärung. Patienten und Ärzte sollten zu zusammenarbeitenden Partnern werden.

Prof. Dr. med. Hans-Georg Kempf, Facharzt HNO, Plastische und Ästhetische Operationen, Helios-Klinikum Wuppertal, Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, sprach über "Operative Behandlungsmöglichkeiten des Mittelohres und die Auswirkungen auf Tinnitus".

Alle Operationen, die das Hören verbessern, wirken auch dem Tinnitus entgegen. Wer nach einer Operation besser hört, hat weniger Probleme mit ihm. Eine Sacchus-

Operation ist gehörerhaltend, aber hat keinen Einfluss auf den Tinnitus. Bei Innenohrschwerhörigkeit sind Implantate empfehlenswert, z.B. bei mechanischer Schwerhörigkeit der Einbau eines knochenverankerten Hörgerätes, bei Innenohrschwerhörigkeit teil- oder auch vollimplantierbare Hörgeräte, bei Taubheit und schwerer Schwerhörigkeit ein Cochlear-Implantat, wenn keine Verbesserung des Sprachverstehens mit einem Hörgerät erreicht werden kann. Bei Hörnerventaubheit gibt es die Möglichkeit eines Hirnstamm-Implantats. Kinder und Erwachsene erhalten die gleichen CI-Implantate eingesetzt, weil die Hörschnecke (Cochlear) im Leben eines Menschen nicht weiterwächst.

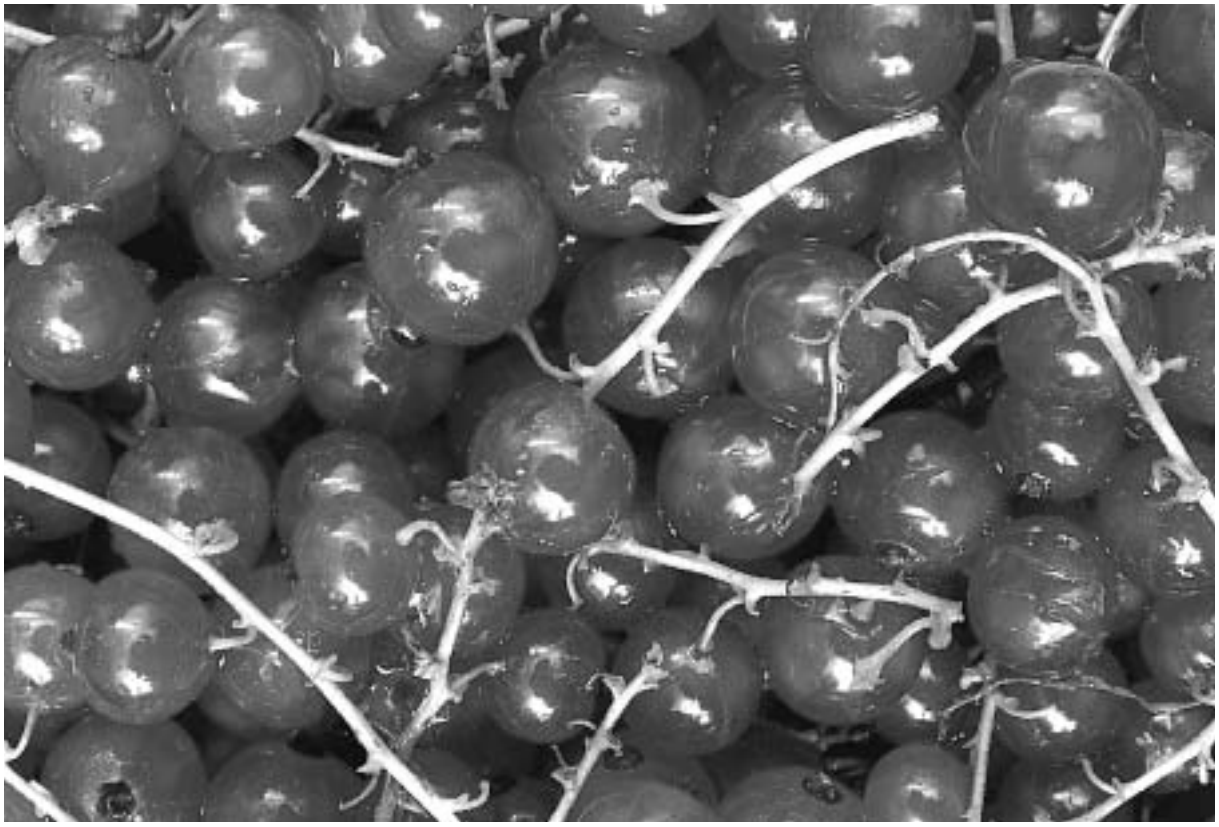
Klaus-D. Müller, Dipl. Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut der Baumrainklinik, Bad Berleburg, erläuterte Aspekte zum Thema "Mit Tinnitus leben - Basale psychologische Aspekte der Tinnitus-Bewältigung".

Folgen eines erfolglosen Heilungsversuchs können Frustration, Verzweiflung, Ärger, Das wiederum kann Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Hilflosigkeit, innere Unruhe, Ein- und Durchschlafstörungen, Erschöpfung, Gereiztheit, Depressionen und Hyperakusis auslösen. Der Wunsch nach Heilung sollte sich in den Wunsch nach Verbesserung des Befindens wandeln, das bedeutet, die Annahme und den Umgang mit dem Tinnitus zu lernen.

Dafür sollten folgende Bewältigungsstrategien eingesetzt werden:
- sozial aktiv sein
- Hörversorgung bei Verlust des Hörvermögens,
- Erfahrungsaustausch
- positive Aspekte des Hörens entdecken
- den Lebensstil ändern
- die Weisheit und den Humor nicht verlernen.

Nach dem Mittagessen fanden verschiedene Workshops zum Thema statt.

Edeltraud Mory.



Literatur

Ausgewählte Fachliteratur

Schaaf H.
Morbus Menière - Schwindel - Hörverlust - Tinnitus
6. Auflage 2009. Verlag Springer
ISBN 978-3-642-00426-1. 34,95 Euro
Was sollte man über die Krankheit wissen? Welche Behandlungskonzepte gibt es? 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 Betroffene und der behandelnde Arzt davon gleichermaßen profitieren.

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 - 175 Fragen und Antworten
3. Auflage 2010. Verlag Zuckschwerdt
ISBN 3-88603-969-2. 14,90 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 Endolymphen 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.

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.
ISBN 987-3-89993-544-8. 9,90 Euro
Ratgeber mit vielen praktischen Alltagstipps und Übungen zur Stärkung des Gleichgewichts.

Selbsthilfegruppen
Kontaktadressen für Meniére Patienten

Essen
Selbsthilfegruppe Tinnitus und Morbus Menière
Ela Schöler
Telefon 0201 - 46 58 52
E-mail: ela.schoeler@t-online.de
oder "Wiese" - Kontaktstelle für Essener Selbsthilfegruppen Telefon 0201 - 207 676

Hannover
Edeltraud Mory
Im Bruche 7
31535 **Neustadt am Rübenberge**
Telefon 05034 - 42 55
Email: edeltraud.mory@web.de
Treffen: jeden letzten Montag im Monat, außer an Feiertagen und im Dezember von 17.00 Uhr bis 19.00 Uhr im Freizeitheim Lister Turm, Walderseestr. 100 in Hannover

Köln
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

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

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

Paderborn
Barbara Paul
Westernmauer 10
33098 Paderborn
Telefon und Fax 05254 - 937 84950
E-mail: Barb.Paul@web.de
Treffen: jeden 2. Dienstag im Monat von 18.00 - 20.00 Uhr in Paderborn, Leostr. 42 im Hause der AWO, Seminarraum 2

Schonungen
Ingrid Räder
Weizenweg 11
97453 Schonungen
Telefon 09721 - 58 342
siehe auch Würzburg

Stuttgart
Näheres kann per E-Mail erfragt werden über: TIMM_Stuttgart@web.de

Würzburg
Margarete Bauer
Kettelerstraße 10
97074 Würzburg
Telefon 0931 - 35 81 40 44
E-mail: margno51@]aol.com
Treffen: jeden letzten Montag der Monate Januar, März, Mai, Juli, September und November um 18.00 Uhr, in der "Villa Kunterbunt", Reiserstraße 7, 97080 Würzburg (Nähe Uni-Klinikum).

Zur Beachtung! Diese Angaben können sich ändern. Bitte informieren Sie sich immer bei den angegebenen Kontaktadressen!

Aktuelle Infos über:
www.kimm-ev.de/index.php?id=15

Kliniken - Adressen und Infos zu Kliniken und Reha - Einrichtungen

Kliniken mit Schwindel-ambulanzen

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

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 Morbus - Menière - 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, Tinnitusbetroffene, 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