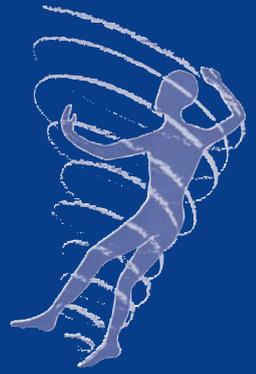


KIMM

aktuell



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

KIMM e.V. Herbsttagung 2010

Vorträge:

“Die Angst bei Morbus Menière und der Umgang mit ihr”

“Das Schwindelzentrum der Essener Uniklinik: Konzept, Diagnostik und Behandlungsmethoden”

Workshops:

“Reha - und was dann?”

“... da wird doch nur gejammert”

“Das Internet als Informationsquelle für Betroffene und Ärzte”

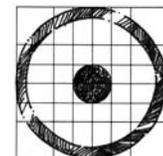
“... und wer denkt eigentlich an mich?”

Forum, Infos, Tipps

Kontakte und Informationen zu Morbus Menière

Grußwort von Anna Bott

Vorsitzende von KIMM e.V.



intern



Liebe Mitglieder, liebe Freunde von KIMM aktuell,

wieder hat ein neues Jahr begonnen. Da darf ich Sie herzlich begrüßen und Ihnen auch im Namen von KIMM e.V. noch ein gutes und hoffentlich weitgehend gesundes Jahr 2011 wünschen.

Sie halten die neueste Ausgabe von KIMM aktuell in Händen. Darin finden Sie einen Bericht von unserer KIMM-Herbsttagung in Essen, die freundlicherweise überwiegend von unserem Mitglied Elisabeth Schöler aus Essen organisiert wurde. Hierfür an dieser Stelle unser herzlicher Dank.

Der Schwindel war diesmal das Thema der Tagung, auf deren Agenda zwei Vorträge standen: Dr. Marlies Märtner von der Schön-Klinik in Bad Arolsen sprach über den Schwindel und die Angst, die mit dem Schwindel stets einhergeht. Und – ganz elementar - über den Umgang mit dieser Angst bei Morbus Menière. Dr. Ralph Weber von der Neurologischen Universitätsklinik in Essen stellte das erst im März 2010 eröffnete Schwindelzentrum der Essener Universitätsklinik vor.

Erstmals wurden im Rahmen der KIMM-Tagung am Nachmittag Arbeitsgruppen zu

verschiedenen Themenstellungen angeboten, bei denen man gemeinsam Fragen erörtern, von eigenen Erfahrungen berichten und Themen diskutieren konnte. Den Anstoß dazu und den Grundgedanken "aktivere Selbsthilfe" verdanken wir Dr. Richter, dem behandelnden HNO-Arzt eines unserer Mitglieder in Essen. Die Workshops (s.S.27 bis 33) wurden sehr gut angenommen und haben sich schon gleich „bei ihrer Jungfernfahrt“ sehr bewährt.

Ganz besonders auffallend war die schöne Atmosphäre, in der die Tagungsteilnehmer zusammengearbeitet haben. Eine Stimmung, die im übrigen alle KIMM Tagungen auszeichnet. Ernst und fachkundig in der Sache, gesellig und fröhlich im Austausch, respektvoll und freundlich untereinander. So kennen unsere Mitglieder und Besucher unsere Tagungen. Ein Tenor, über den wir uns freuen und auf den wir stolz sind.

In dieser Ausgabe gehen wir auch einer fragwürdigen Kurzinformation in den Medien nach, wo zu lesen war: „Bei Schwindelanfall hilft Injektion...“ KIMM hat beim Bundesverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte nachgefragt. (Seite 36). Es ist schon spannend, wie in der Presse mit Meldungen umgegangen wird.

Wie immer beschließt unser Serviceteil das Heft, mit Adresslisten von Selbsthilfegruppen, Kliniken und Reha-Angeboten sowie mit Literaturtipps zu Morbus Menière.

Beim Lesen der aktuellen Zeitung wünsche ich Ihnen nun viel Freude und natürlich vor allem, dass Sie neue Informationen und Wissenswertes für sich und Ihre individuelle Geschichte darin finden.

Uns allen noch schöne Wintertage und dann einen hoffentlich frühen und sonnigen Frühling. Es grüßt Sie herzlich

Ihre

Inhalt

Themen in KIMM aktuell 2 / 2010



intern

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

Ankündigung der Frühjahrstagung 2011 in Würzburg Seite 5



Tagung

Tagungsvortrag von Dr. Marlies Märtner Seite 6

“Der Schwindel, die Angst und der Umgang mit ihr bei Morbus Menière“

Fragen an Dr. Marlies Märtner Seite 14

Tagungsvortrag von Dr. Ralph Weber Seite 15

“Das Schwindelzentrum der Essener Uniklinik: Konzept, Diagnostik und Behandlungsmethoden“

Fragen an Dr. Ralph Weber Seite 22

Ein Novum für KIMM: Workshops am Nachmittag Seite 27

Workshop I: “Reha - und was dann?” Seite 28

Workshop II: “... da wird doch nur gejammert!” Seite 30

Workshop III: “Das Internet als Informationsquelle für Betroffene und Ärzte” Seite 31

Workshop IV: “... und wer denkt eigentlich an mich?” Seite 32



intern

KIMM aktuell: Seite 34

- Abschied von Sigrid Oppermann
- Bilder von der Herbsttagung 2010



Medizin

Medizin: Seite 35

- Umgang mit unterschiedlichen Meinungen unter medizinischen Fachleuten

- Fragwürdige Kurzinformation in den Medien Seite 36

- Kommentar zum Vortrag von Professor Tass Seite 38

- Betahistin Studie und KIMM-Anmerkungen dazu Seite 40



Briefe

Briefe und Erfahrungsberichte unserer Mitglieder Seite 42



Medizin

Medizin:

- Hör- und Kommunikationsseminar in Bad Nauheim Seite 46

- 15. Bad Arolser Tinnitus-Symposium Seite 48



Information

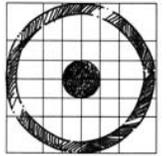
Service:
Selbsthilfegruppen: Adressen und Abschied von Lore Coulon Seite 50

Literatur: Querschnitt durch die Fachliteratur Seite 52

Klinik- und Reha-Einrichtungen: Adressen Seite 53

Unterhaltung Sudoku - Kulträtsel aus Japan Seite 54

Ankündigung der Frühjahrstagung 2011 am 26. März 2011 in Würzburg. Herzliche Einladung!



intern



Zu dieser Tagung sind die Angehörigen unserer Mitglieder ganz besonders mit eingeladen, denn bei den Vorträgen am Vormittag dreht sich alles ums Hören.

- Die Audiopädagogin, Frau Bogár-Sendelbach, wird bei ihrem Vortrag „Wenn sich Hören und Verstehen ändern – Empfehlungen und Hilfestellungen für positive Begleitung und Einwirkung“ mit Übungsbeispielen zeigen, wie man Gespräche besser verstehen kann.
- Dr. Kinkel von Hörgeräte Kind zeigt aktuelle Trends bei Hörgeräten und wird uns die neuesten Hörgeräte vorstellen und technische Hilfen für den Alltag zeigen.
- Über das Cochlear Implantat wird Dr. Mlynski informieren.

Am Nachmittag steht mit Dr. Radeloff das Thema Morbus Menière im Mittelpunkt.

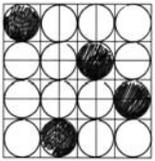
Hierzu sind alle Mitglieder eingeladen, ihre ganz persönlichen Fragen mitzubringen.

Sie haben aber auch Gelegenheit, am Freitag Abend bei einer Fahrt mit dem „Oldtimer-Express“, einer historischen Straßenbahn, die wunderschöne Stadt Würzburg kennenzulernen. Ein gemütliches Beisammensein beim Abendessen in einem typischen fränkischen Weinlokal schließt sich an.

Für Übernachtungen bietet das Kolpinghaus Würzburg sehr günstige Zimmer an.



links Falkenhaus, rechts Rathaus, oben Marienveste, Blick über den Main Fotos: Clara Starrach



Vortrag von Dr. Marlies Märtner

von der Schön - Klinik in Bad Arolsen

Tagung

“Der Schwindel, die Angst und der Umgang mit ihr bei Morbus Menière“, war der Vortrag überschrieben, in dem Dr. Märtner über verschiedene Schwindeldiagnosen sprach. Da der Schwindel bei chronischen Schwindelerkrankungen immer wieder kommt, es sich dann aber nicht zwangsläufig um einen Menière-Anfall handelt, sei es besonders wichtig, den Schwindel einordnen zu können, erläuterte sie. Im Folgenden können Sie den ganzen Vortrag von Marlies Märtner nachlesen.

Wenn die Diagnose einer chronischen Erkrankung gestellt ist, dann ist die Angst, dass sich ein Schwindelereignis wiederholt, der ständige Begleiter. Aber nicht jeder Schwindel, der dann auftritt, ist auch ein erneuter Menière-Anfall.

Daher ist es wichtig, die Differentialdiagnosen zu kennen, d.h. die Diagnosen, die als alternative Erklärung in Frage kommen; zumal auch andere Schwindelerkrankungen beim Morbus Menière gleichzeitig auftreten können, häufiger als in der Normalbevölkerung:

Im Folgenden sind dies:

- der gutartige Lagerungsschwindel
- Vestibuläre Migräne
- Neuritis vestibularis
- Angstschwindel oder Phobischer Schwankschwindel

In den folgenden Ausführungen möchte ich unter Schwindel verstehen:

Gleichgewichtsstörungen, Schwindel entstehen aus der Dysbalance (Widerspruch) der Information aus Anteilen



Dr. Marlies Märtner

Jahrgang 1960, Studium der Humanmedizin in Hamburg

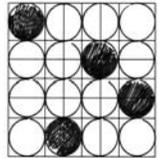
Weiterbildung zur Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie - Psychotherapie (1992)

Tätigkeit in Neurologischen Rehakliniken

seit 1998 als Oberärztin in der Tinnitus-Klinik in Bad Arolsen

jetzt stellvertretende Chefarztin an der Schön-Klinik Große Allee in Bad Arolsen

“Der Schwindel, die Angst und der Umgang mit ihr bei Morbus Menière“



Tagung

des Gleichgewichtssystems hervorgerufen durch Schädigung bzw. Funktionsausfall einzelner Strukturen oder der wahrnehmungspsychologischen Verarbeitung.

Der Schwindel kann ausgelöst werden, wenn eine der am Gleichgewichtssystem beteiligten Komponenten erkrankt und / oder gestört wird oder wenn es „Missverständnisse“ der verschiedenen Komponenten untereinander gibt.

Das Gleichgewichtssystem besteht aus den drei Sinnesorganen:

- Dem Gleichgewichtsorgan im Innenohr
- Den Augen
- Den Propriozeptoren (in Muskeln, Sehnen und Gelenken. Die Propriozeptoren gewährleisten die Wahrnehmung der Stellung und der Bewegung des Körpers im Raum)

Hinzu kommen

- die zentralen vestibulären (also den Gleichgewichtssinn betreffenden) Bahnen im Hirnstamm, welche die Hirnnervenkerne miteinander und mit weiteren Teilen des Gehirns verbinden
- Teile des Kleinhirns
- Großhirnrinde (Wahrnehmung)

Schwindel ist also die Wahrnehmung des Verlustes der Raumorientierung.

Das Resultat der Versuche des Körpers, diese Dysbalance auszugleichen, sind dann Gleichgewichtsstörungen (Ataxie) und Augenbewegungsstörungen (Nystagmus) als Auswirkung auf die Widersprüche aus Blickmotorik und Haltungsmotorik.

Anmerkungen zur medizinischen Diagnosestellung

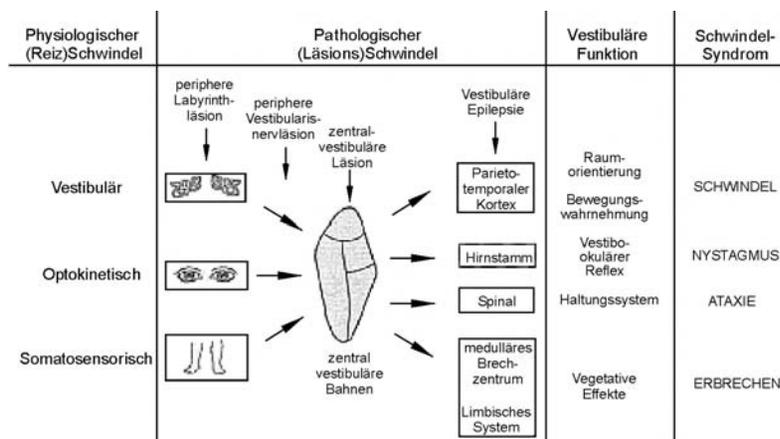
Die meisten Erkrankungen lassen sich schon aus der genauen Erhebung der Krankheitsgeschichte erkennen. Als wesentlich gelten dabei:

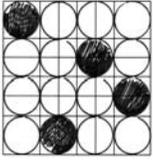
Als Symptome:

- Dauer der Symptomatik und
- Entwicklung, Häufigkeit und Intensität des Schwindels

Als Begleitsymptome:

- Übelkeit, Lichtempfindlichkeit,
- Geräuschempfindlichkeit, Sehstörungen, neurologische Ausfälle, vegetative Begleitsymptome (Übelkeit, Erbrechen),
- Kopf- oder Nackenschmerzen, Bewegungseinschränkungen,
- Ruhebedürfnis oder Neigung zu Aktivität





Vortrag von Dr. Marlies Märtner

Tagung

Zusätzlich kann man für die Diagnose Folgendes nutzen:

- Frenzelbrille,
- das Verfahren des Vestibulokulären Reflexes (VOR) (1), bzw.
- visuelle Fixationssuppression des VOR
- Spontan- und Provokationsnystagmus, Blickmotorik
- Kalorische Prüfung, Drehstuhl, Drehtrommel, Elektronystagmographie)
- VEMP (2): VEMP werden zur Diagnostik der Sacculus-Funktion des Gleichgewichtsorgans eingesetzt. Hierdurch kann eine Beeinträchtigung der Wahrnehmung von linearer Beschleunigung in der Senkrechten („Liftbewegung“) nachgewiesen werden.

- SVV (= subjektive visuelle Vertikale: Messung der Wahrnehmung der eigenen Körpersekrechten im Raum, Abweichungen bei Störungen des Gleichgewichtssystems auf allen Ebenen möglich)
- Posturographie (3)

Bei Verdacht auf eine symptomatische bzw. zentrale Ursache kommen ergänzend zur Anwendung

- Computertomographie und
- Kernspintomografie (Magnetresonanztomografie).
- Abklärung Sehleistung/ Hörleistung / orthopädische Probleme

Die anschließende Behandlung erfolgt dann entsprechend den Vorgaben für die gefundene Diagnose.

Anmerkungen:

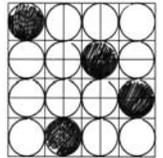
(1) Beim **Vestibulookulären Reflex** (abgekürzt: VOR) handelt es sich um einen *Hirnstammreflex*, der eine spezielle Form von *Augenbewegungen* auslöst, welche dazu dienen, während Kopfbewegungen eine stabile visuelle Wahrnehmung zu ermöglichen. Der VOR sorgt bei Kopfdrehungen dafür, dass sich die Augen mit gleicher Geschwindigkeit in entgegengesetzter Richtung bewegen, ein Objekt also weiterhin fixiert werden kann. Dies wird durch eine Verschaltung der *Bogengänge* des *Gleichgewichtsorgans* mit den Nervenkernen der *Augenmuskeln* (*Nucleus nervi oculomotorii* *Nucleus nervi trochlearis*, *Nucleus motorius nervi abducentis*) erreicht. (Wikipedia)

(2) **Vestibulär Evozierte Myogene Potentiale** (abgekürzt: **VEMP**); (engl.: Vestibular Evoked Myogenic Potentials) sind ein *Reflex* des *Gleichgewichtsorgans* auf akustische Reize. Sie dienen der selektiven

und seitenspezifischen Funktionsbestimmung des *Sacculus* („Säckchen“, ein Abschnitt des Gleichgewichtsorgans). Die erste Beschreibung der VEMP erfolgte durch Colebatch und Halmagyi im Jahre 1992.

Zur Messung von VEMP werden Click- oder Burst-Reize gesetzt. Diese lösen eine reflektorische Antwort der *Halsmuskulatur* aus, die mit einem *Elektromyogramm* am *Musculus sternocleidomastoideus* messbar ist. Die typische Reizantwort zeigt zwei Potentialkomplexe, einen „vestibulären Komplex“ bei 13 und 23 ms, der vom Sacculus ausgeht, und einen „cochlearen Komplex“ (cochlea ist die *Hörschnecke*) bei 34 und 44 ms.

(3) Die **Posturographie** (Gleichgewichtsanalyse) ist ein Verfahren zur Ermittlung der Funktionsfähigkeit der *Gleichgewichtsregulation* unter Belastung der unteren Extremitäten. (<http://de.wikipedia.org/wiki/Posturographie>)



Angeführt seien hier stichwortartig Anmerkungen zu

- Morbus Menière
- Vestibuläre Migräne
- Neuritis vestibularis
- Gutartiger Lagerungsschwindel (BPLS = BPPV)
- Phobischer Schwankschwindel

Gefolgt von der Fragestellung, wann – als Sonderfall der Behandlung - eine Psychotherapie im eigentlichen Sinne angezeigt ist.

=> Diagnosestellung: Morbus Menière

Beweis nur durch histopathologischen Nachweis, also durch Untersuchung des Gewebes, eines Endolymphhydrops

Sichere Erkrankung

- Zwei oder mehr Schwindelattacken von > 20 min Dauer
- Nachgewiesene Hörminderung bei mindestens einer Untersuchung
- Tinnitus oder Ohrdruck im betroffenen Ohr
- Andere Ursachen klinisch ausgeschlossen
- Symptomatik
- Drehschwindel mit rotierendem Spontannystagmus und gerichteter Fallneigung, Übelkeit, Erbrechen, dazu Hörminderung, Tinnitus und Druckgefühl in einem Ohr
- Selten Bewusstseinsstörung (sekundäre Synkope)
- plötzliches zu-Boden-Stürzen ohne Bewusstseinsverlust („drop attacks“) = Tumarkinsche Krise

Verlauf und Therapie

- Gleichgewichtsstörungen
- sowie zunehmende Innenohrschwerhörigkeit im Tieftonbereich mit häufigen Schwankungen, die

anhält trotz Abnahme der Schwindelattacken nach 5 – 10 Jahren (permanente Fistel der Trennmembran zwischen Peri- und Endolymphe, die kontinuierlichen Abfluss der überflüssigen Endolymphe erlaubt).

- Nach 2 Jahren 15% bilateral, nach 5 bis 10 Jahren 30%, nach 20 Jahren bis 47%

Behandlung

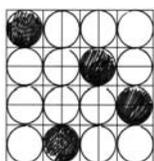
- Akut: Vomex, Benzodiazepine
- Prophylaktisch: Betahistin als Mittel zur Förderung der Mikrozirkulation im Innenohr, regulierender Einfluss auf die Vestibulariskerne. 3 x 24 mg bis zu 3 x 48 mg
- Evtl. Kombination mit Triamteren (Arzneien, die die Natriumauscheidungen fördern)
- „Kausal“: Gentamycin (intratympanale Installation ototoxischer Antibiotika)

Zur Zeit wird eine neue STUDIE zum Nachweis der Wirksamkeit von Betahistin 3 x 48 mg gestartet, zu der noch Teilnehmer gesucht werden. (s.S. 40/41)

Ich möchte Sie an dieser Stelle in besonderem Maße bitten, den in dieser Zeitschrift abgebildeten Aufruf zur Teilnahme an dieser Studie aufmerksam daraufhin durchzulesen, ob die für die Studie erforderliche Ausformung der Krankheitssymptome bei Ihnen vorliegen.

Dann ist meine Bitte, dass Sie tatsächlich teilnehmen, denn: Letztlich ist die Teilnahme Betroffener der einzige Weg, die betreffende Krankheit entweder zu heilen oder ihre Behandlung zu verbessern, effektiver zu machen.

Helfen Sie der Medizin – damit die Medizin Ihnen helfen kann!



Tagung

=> Diagnosestellung: Vestibuläre Migräne

- Schwindel, Stand- und Gangunsicherheit, Sehstörungen, Hirnstammsymptome
- Kopfschmerz (Okzipital - Richtung Hinterkopf - betonter)
- Übelkeit und Erbrechen
- Erhöhte Lichtempfindlichkeit, Geräuschempfindlichkeit und für Bewegung
- Dauer der Attacken sehr variabel, Sekunden bis Minuten oder viele Stunden bis Tage
- Generell empfindlich gegenüber Bewegungen und Bewegungskrankheit (neuronale sensorische Übererregbarkeit – neuronale Funktionsstörungen in Hirnstammkernen)
- Zentrale Okulomotorikstörungen (Störungen der Augenbewegungen, Blickfolgebewegungen, Blicksprünge) im Intervall
- Keine bleibende Hörminderung trotz vieler Schwindelattacken
- Andere neurologische Symptome wie Taubheitsgefühl im Gesicht (basiläre Migräne)
- Kopf- und Nackenschmerzen

Behandlung

Akut:

MCP, NSAR oder ASS, Triptane mit Vorsicht (in Aura (Zeitraum neurologischer Symptome meist vor Beginn der Kopfschmerzen) nicht zugelassen), Prophylaxe mit Betablocker, alternativ Flunarizin

Prophylaxe:

Betablocker, Calciumantagonisten, Antiepileptika (Topiramid, Valproinsäure, Lamotrigin) Sport, PMR, VT, Akupunktur

=> Diagnosestellung: Neuritis vestibularis

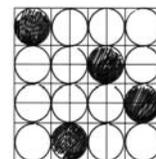
- Akuter einseitiger Labyrinthausfall
- Anhaltender Drehschwindel über Tage bis wenige Wochen
- Übelkeit, Erbrechen
- Oszillopsien, Oszillopsie
- Horizontal rotierender Spontan-nystagmus anhaltend
- Fallneigung, Gangabweichen, Vorbeizeigen ipsiversiv
- Einseitige Funktionsstörung des horizontalen Bogengangs beim raschen Kopfpuls-Test (VOR) und der Kalorik sowie der Otolithen mit pathologischer Kippung der SVV ipsiversiv
- Einmalig auftretende Erkrankung (> 95%), Rückfall nur kontralateral

Ursache

- Infektion mit latenten Herpes-Viren (Rezidive kontralateral ca. 2%) des Neuritis vestibularis, Pars superior (daher horizontaler und anteriorer Bogengang, Utriculus und Teile des Sacculus betroffen)
- Erholung des Labyrinthes bei ca. 40 – 50%
- 20% Persistenz des kompletten Ausfalls
- 30 – 40% verminderte Labyrinthfunktion bleibt bestehen (z.B. Oszillopsien bei raschen Kopfbewegungen)

Therapie

- Symptomatisch in akuter Phase (Tag 1-3) Mittel gegen Schwindel (Dimenhydrinat 100 mg/d)
- Ursache: Methylprednisolon (z.B. Urbason) für 1-3 Wochen (initial 80 mg/l, langsam ausschleichend) (Strupp et al., NEJM 2004)
- Verbesserung der zentralen Kom-



ensation: Physiotherapie mit Gleichgewichtstraining

Besserung

Beschwerdefreiheit durch

1. Erholung des Labyrinthes
2. Substitution des Funktionsausfalls durch das auf der anderen Körperseite befindliche Gleichgewichtssystem sowie durch die durch Halspropriozeptionen und Augen erhaltene Informationen
3. zentrale Kompensation des peripheren vestibulären Tonusungleichgewichts

Maß dafür ist:

SVV (siehe unter Diagnostik) sollte nach 14 – 20 Tagen wieder kompensiert sein, wenn pathologisch, inkomplette zentrale Kompensation.

Wenn Schwindelbeschwerden bestehen bleiben, aber SVV normal ist, besteht meist ein sekundärer phobischer Schwindel

=> Diagnosestellung: Gutartiger Lagerungsschwindel (BPLS = BPPV)

Im Wesentlichen auf der Basis der Erfassung von

1. Latenz
2. Begrenzte Dauer
3. Crescendo – decrescendo Zeitverlauf der Attacken
4. Linear / rotatorischer Nystagmus
5. Umkehr von Schwindel- und Nystagmusrichtung bei Rückkehr zur Ausgangsposition
6. Lagerungsgeschwindigkeit bestimmt die Intensität
7. Ermüdbarkeit
8. Wiederauftreten der Symptome nach Ruhepause



Epidemiologie:

- Etwa jeder Dritte > 70 Jahre: mind. einmal BPPV
- 9 von 100: unerkannter BPPV bei 60 – 90jährigen
- Frauen : Männer = 2 : 1 rechtes > linkes Labyrinth

Ätiologie

- „idiopathisch“: > 90%
- symptomatisch: SHT (~ 20% bilateraler BPPV), nach Neuritis vestibularis (~ 15%)

Häufiger bei

- Vestibulärer Migräne
- Morbus Menière (Karlberg et al. 2000)
- längerer Bettlägerigkeit

Therapie

- Lagerungstraining
- Befreiungsmanöver

=> Diagnosestellung:

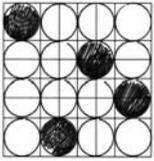
Phobischer Schwankschwindel

Was aber, wenn sich weder sichere Hinweise auf Menière-Schwindel und keine andere Erkrankung finden lassen und eine entsprechende Symptomatik besteht? Dann sieht es so aus, dass sich eine psychisch bedingte Symptomatik entwickelt hat, die wir als Phobischen Schwankschwindel bezeichnen.

Er ist charakterisiert durch:

Diffuser Schwindel

- Subjektive Gang- und Standunsicherheit



Tagung

- Externe Situation wie bei anderen phobischen Erkrankungen (Panikstörung)
- Generalisierung mit zunehmendem Vermeidensverhalten, Angst oft nicht bewusst
- Besserung nach leichtem Alkoholgenuß und bei sportlicher Betätigung
- Häufig sekundär nach „organischem“ Schwindel oder bei psychosozialer Belastungssituation

Der Phobische Schwankschwindel entsteht relativ häufig aus anderen organischen Schwindelerkrankungen, indem sich die Sinnesempfindung des tatsächlich existenten Schwindels ändert z.B. bei Bewegungsreizen durch eine Funktionsstörung des Gleichgewichtsorgans im Sinne einer Störung des Raumkonstanzmechanismus mit teilweiser Entkoppelung der Efferenzkopie (Rückkopplung für die Motorik) für aktive Kopf- und Körperbewegungen. Dabei werden aktive Bewegungen wie passive wahrgenommen bzw. es entsteht Schwindel durch Mismatch der Information (Efferenz / Efferenzkopie)

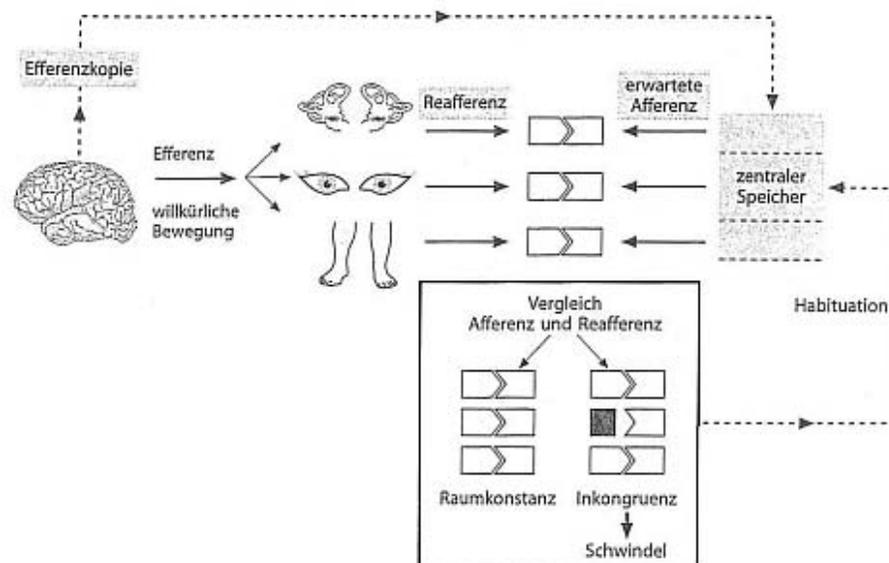
Entstehung durch

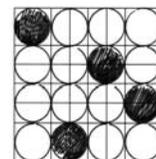
- z.B. Müdigkeit auch beim Gesunden (dann angstfrei)
- Irritation nach organischer Schädigung bzw. vorübergehender Funktionsstörung
- Ängstliche ständige Kontrolle und Überprüfung der Gleichgewichtsregulation, dadurch Bahnung einer bewussten Wahrnehmung sensorischer Vorgänge, die normalerweise unbewusst über erlernte (reflexartig abgerufene) Programme verschiedener Aktivierungsmuster der Haltungsmuskulatur ablaufen

Therapie

- Aufklärung
- Gleichgewichtstraining (GGT)

Auch hier spielt die Gleichgewichtstherapie eine zentrale Rolle, einmal, um dem Patienten wieder Sicherheit zu geben, dass die Gleichgewichtsfunktion nicht komplett gestört ist wie beim Menière-Anfall, andererseits, um genügend Bewegungsreize zu liefern, dass sich eine "Neujustierung" des Gleichgewichtssystems etablieren kann.





Tagung



- Depression (primär bzw. reaktiv)
- Als Aufklärung / Psychoedukation (Information über Schwindel, Umgang mit Stress, Konfliktbewältigung – GSK, Selbstfürsorge, Schlafhygiene...)

Letztlich geht es allgemein um die "Krankheitsverarbeitung", d.h. lernen mit einer chronischen Erkrankung zu leben, um die Neuausrichtung des Lebenskonzeptes, das Wiederfinden eines befriedigenden Selbstkonzeptes trotz evtl. eingeschränkter Leistungsfähigkeit und vor allem Aufgeben des Konzeptes von Unversehrbarkeit, Unverletzlichkeit, Akzeptieren von Kontrollverlust, vielleicht sogar Todesangst.

Zusammenfassung:

Abschließend möchte ich wie folgt zusammenfassen:

- => 90% aller Schwindelpatienten bekommen eine von 10 Diagnosen
- => Selbst bei dauerhaften Ausfällen ist zentrale Kompensation möglich
- => Therapie :

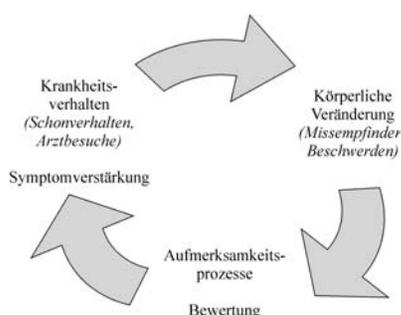
- Aufklärung (Counselling)!!!
- Eventuell Medikamente
- Gleichgewichtstherapie
- Eventuell Psychotherapie

(Wann) muss stationäre Behandlung sein? (Reha)?

Bei Depression, Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, Begleiterkrankungen, Medikamentenabhängigkeit, massiven Konflikten in der Umgebung.

Erforderlich werden dann die interdisziplinäre Behandlung im Sinne von Diagnostik, ärztlicher Aufklärung, Psychotherapie, übenden Verfahren wie PMR (Entspannungstraining), GGT, integrative Bewegungstherapie

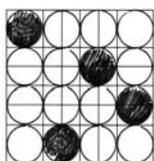
Es geht also um das Durchbrechen des Teufelskreises von Symptomwahrnehmung, Aufmerksamkeit und Symptomverstärkung:



Wann ist eine Psychotherapie angezeigt?

Immer dann, wenn die anderen Maßnahmen nicht ausreichen bzw. ein deutlicher Verdacht besteht, dass es primär eine

- psychisch bedingte Erkrankung ist



Fragen an Dr. Marlies Märtner

Tagung

Frage: Ich bin von meinem HNO-Arzt mit Medikamenten versorgt, wenn ich Glück habe, kriege ich noch was erklärt. Wie kann ich meinen HNO-Arzt dazu bringen, eine Verordnung für Krankengymnastik auszustellen für Gleichgewichtstraining? Vieles kann ich nicht allein durchführen, brauche auch Anleitungen dazu.

Antwort Dr. Märtner:

Diese Frage kann Ihnen Dr. Richter für den ambulanten Bereich besser beantworten. Was in der stationären Reha gemacht wurde, kann man zu Hause weitermachen. Sie bekommen eine Anleitung auf einem Merkblatt mit nach Haus.

Frage: Welche Nebenwirkungen gibt es bei der Einnahme von Betahistin?

Antwort Dr. Märtner:

Es gibt wenige Nebenwirkungen, bekannt sind Magen-Darmstörungen. Die kann man mit einem Magenmittel (Säureblocker) gut beeinflussen.

Frage: Ich habe seit 36 Jahren Menière. Mein Neurologe sagt, ich habe eine Durchblutungsstörung des Hirnstammes und bin Schlaganfall-gefährdet. Jetzt höre ich, dass es mit Menière zusammenhängt.

Antwort Dr. Märtner:

Der Menière spielt sich im Gleichgewichtsorgan ab. Was da passiert, wird im Hirnstamm verarbeitet. Es kann sein, dass Sie noch andere Beschwerden haben. Das muss genau untersucht werden, was Menière-bedingt ist und was von der Durchblutungsstörung kommt.



Teilnehmer beiteiligen sich rege an den Fragerunden

Die normale Funktion ist so: alles vom Gleichgewichtsorgan wird über den Hörnerv geleitet und im Hirnstamm verarbeitet. Schwindel kann überall entstehen: im Gleichgewichtsorgan, in den Nerven, im Hirnstamm oder auch in anderen Bereichen des Gehirns.

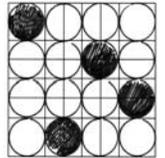
Hirnstammdurchblutungsstörungen und MM sind unterschiedliche Erkrankungen, die im fortgeschrittenen Alter auch nebeneinander auftreten können. Man kann auch Menière und Migräne oder Menière und Lagerungsschwindel haben.



Vortrag von Dr. Marlies Märtner

Vortrag von Dr. Ralph Weber

Neurologische Universitätsklinik Essen



Tagung



Dr. Ralph Weber

Jahrgang 1974
Facharzt für Neurologie

Von 2002-2003 und seit
2005 an der Neurologischen
Universitätsklinik Essen tätig.

2003-2005 Forschungsauf-
enthalt am Max-Planck-
Institut für Neurologische For-
schung in Köln.

Klinische Schwerpunkte:
Schlaganfall, Kopfschmerzen,
Schwindelerkrankungen, Bo-
tulinumtoxin-Sprechstunde.

Verheiratet, 2 Kinder

In seinem Vortrag auf der Herbsttagung von KIMM e.V. 2010 stellte Dr. Ralph Weber das Schwindelzentrum der Essener Universitätsklinik vor. Er sprach über das Konzept, die Diagnostik und die Behandlungsmethoden, die das im März 2010 eröffnete Zentrum auszeichnen. Einer der ganz großen Vorteile für die Patienten ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Fachärzten mit Physiotherapeuten und Psychologen unter einem Dach. Hier können Sie seine Ausführungen nachlesen.

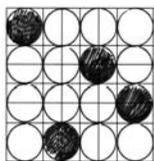
Warum ein Schwindelzentrum?

Am Uni-Klinikum Essen hat - nach mehreren Jahrzehnten der Behandlung von Schwindelerkrankungen im Rahmen der allgemeinen Sprechstunde - im März 2010 das Schwindelzentrum seine Arbeit aufgenommen. Vorrangiges Ziel ist zunächst die qualifizierte Diagnosestellung bei Schwindelerkrankungen im Rahmen einer ambulanten Erstvorstellung. Außerdem bietet das Schwindelzentrum neben der Diagnostik auch spezielle Therapieangebote, z.B. im Rahmen einer tagesklinischen Behandlung an.

Schwindel ist neben Kopfschmerzen das häufigste neurologische Symptom, wes-

halb Patienten zu ihrem Hausarzt oder einem Neurologen gehen. Dabei ist aber leider „Schwindel“ nicht gleich „Schwindel“, sondern es ist ein Symptom, das bei verschiedenen Erkrankungen auftreten kann. Erschwerend kommt hinzu, dass einzelne Behandlungs- und Therapieformen nur bei einzelnen Schwindelerkrankungen wirksam sind, bei anderen Formen hingegen nicht.

Aus diesem Grunde arbeiten im Essener Schwindelzentrum Neurologen, Psychologen und Physiotherapeuten in einem Team zusammen und es besteht außerdem eine Kooperation mit der Essener HNO-Universitätsklinik.



Das Schwindelzentrum der Essener Universitätsklinik

Tagung

Interdisziplinäres Team

- **Neurologen**
- **Physiotherapeuten**
- **Psychologen**
- **Kooperation mit den Kollegen der HNO-Klinik des Universitätsklinikums Essen**

Neben dem Vorteil, dass die Patienten für die Diagnosestellung nicht von einer Arztpraxis in die nächste zu wechseln brauchen, kommt hinzu, dass der notwendige Informationsfluss zwischen den behandelnden Personen direkter und wesentlicher Bestandteil des Schwindelzentrums ist.

Im Rahmen der ambulanten Erstvorstellung steht zunächst die genaue Anamnese (Befragung) und körperliche Untersuchung der Schwindelpatienten im Vordergrund. Diese sind in erster Linie entscheidend für die Diagnosestellung. Danach schließen sich technische Zusatzuntersuchungen an, die in den meisten Fällen - bis auf Sonderfälle, die bildgebende Untersuchungen notwendig machen – direkt vor Ort am gleichen Tag durchgeführt werden und anschließend mit den Patienten ausführlich besprochen werden können. Die Patienten, die zu uns kommen, haben meistens bereits 3 bis 10 unterschiedliche Ärzte aufgesucht, oftmals ist aber keine konkrete Diagnose gestellt worden. Die Diagnosestellung ist aber Voraussetzung für eine sich anschließende gezielte Therapie. Wir sehen uns daher auch als Anlaufstelle bei bisher schwieriger oder fehlender Diagnosestellung im Rahmen von Schwindelerkrankungen – wie z.B. beim Morbus Menière (MM).

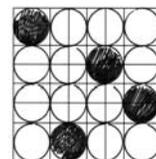
Unser Konzept "Integrierte Versorgung Schwindel"

Bei einem Arztbesuch in einer Hausarztpraxis stehen dem behandelnden Arzt für den einzelnen Patienten im Durchschnitt ca. 8 Minuten zur Verfügung. Aufgrund des Konzeptes der "Integrierten Versorgung Schwindel" stehen uns demgegenüber durchschnittlich 45 Minuten pro Patient zur Verfügung. Dadurch ist es möglich, eine genaue Anamnese und körperliche Untersuchung durchzuführen und auch psychische Aspekte einer langjährigen, chronischen Schwindelerkrankung adäquat zu berücksichtigen und den Patienten über seine Erkrankung aufzuklären.

Diese Vorgehensweise hat sich auch bei anderen Erkrankungen (z.B. beim Kopfschmerz) bewährt und kann im Essener Schwindelzentrum durch die Zusammenarbeit mit bisher 4 Krankenkassen (KKH-Allianz, IKK Nordrhein, AOK und Knappschaft) als spezielles diagnostisches und therapeutisches Konzept Schwindelpatienten angeboten werden. Aufgrund des hohen zeitlichen Aufwandes und der technischen Zusatzuntersuchungen können Versicherte anderer Krankenkassen nur dann behandelt werden, wenn die Krankenkasse einer Übernahme der Kosten für die Erstvorstellung in Höhe von 175 Euro im Vorfeld zustimmt oder die Patienten diese Kosten selbst tragen. Daneben behandeln wir natürlich auch Patienten privater Krankenkassen.

Ablauf der ambulanten Erstvorstellung

- Detaillierte Anamnese
- Klinisch-neurologische Untersuchung „von Kopf bis Fuß“
- gefolgt von gezielter Zusatzdiagnostik, (die bis auf bildgebende Verfahren alle in der eigenen Klinik durchgeführt werden können)
- Abschlussgespräch mit Erklärungen der Befunde und der Diagnosen



Ambulante Erstvorstellung

- **An erster Stelle steht die Diagnosestellung**
- **Die eingehende Anamnese und klinisch-neurologische Untersuchung ist das "A und O" in der Schwindeldiagnostik**
- **Gezielte Zusatzdiagnostik**
 - **Elektronystagmographie**
 - **Posturographie**
 - **Ultraschall**
 - **Elektroneurographie**
- **Bildgebung (Computer- oder Kernspintomographie) (ambulant)**

Der Anamnese wird hierbei besondere Bedeutung beigemessen, entsprechend wichtig ist hier die Mitarbeit des Patienten. Wir veranschlagen hierfür einen Zeitbedarf von 15 bis 30 Minuten.

Die anschließenden technischen Zusatzuntersuchungen werden an die Anamnese und den klinischen Untersuchungsbefund angepasst und umfassen die folgenden Bereiche:

- Ohrspülungen mit Aufzeichnungen der Augenbewegungen (Kalorische Messung im Rahmen der Elektronystagmographie)
- Gleichgewichtsuntersuchungen (Posturographie)
- Ultraschalluntersuchungen zur Überprüfung der hirnversorgenden Blutgefäße
- Nervenmessungen, speziell an den Beinen (Elektroneurographie)
- außerhalb des Schwindelzentrums werden bildgebende Verfahren wie Computer- oder Kernspin-Tomogra-

phien durchgeführt, um z.B. Tumore und andere Erkrankungen abzuklären oder auszuschließen. Dies ist aber nur in Ausnahmefällen für unsere Diagnosestellung erforderlich.

Schwindel kann die unterschiedlichsten Ursachen haben, wie die häufigsten Diagnosen der großen Münchener Schwindelambulanz zeigen:

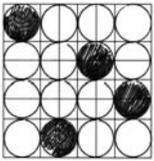
- Lagerungsschwindel ca. 19%
- Phobischer Schwankschwindel ca. 16%
- Zentral-vestibulärer Schwindel ca. 13%
- Vestibuläre Migräne ca. 10%
- Morbus Menière ca. 9%
- Neuritis vestibularis ca. 8%
- Bilaterale Vestibulopathie ca. 5%
- Vestibularisparoxysmie ca. 4%
- Psychogen (ohne Phob.) ca. 4%
- Perilymphfistel ca. 0,5 %
- Unklare Ursache ca. 3,3 %

Für unser Gleichgewicht sind mehrere Funktionsorgane bzw. -systeme wichtig:

- die Augen
- das Gleichgewichts- oder Vestibularorgan im Innenohr
- Muskel- und Gelenk-Rezeptoren in den Beinen und Füßen sowie Sensoren, die für unser Gefühl in den Füßen und Beinen zuständig sind

Zusammengeführt und miteinander „verschaltet“ werden diese verschiedenen Informationen im zentralen Nervensystem, insbesondere im Hirnstamm, das auch Signale aus dem Kleinhirn bekommt. Von dort gelangen sie zum Großhirn, wo die bewusste Wahrnehmung von Schwindel stattfindet.

Jedes dieser Systeme kann durch Krankheiten geschädigt und in ihrer bzw. seiner Funktion beeinträchtigt sein, deshalb ist es so wichtig, diese Systeme zu untersuchen.



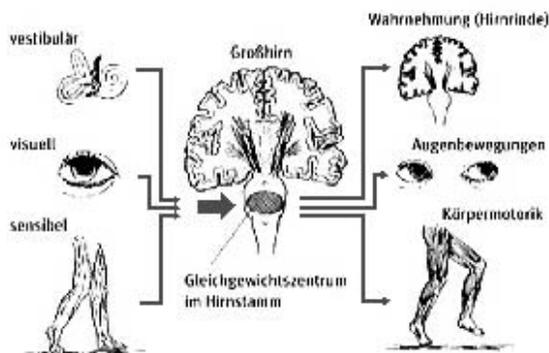
Tagung

Augen erfassen das Abbild der Umwelt

Gleichgewichtsorgan im Innenohr erkennt Haltung und Bewegung des Kopfes

Fühler in Gelenken, Muskeln und Körpergliedern empfangen Informationen über Haltung, Bewegung und Kontakt des Körpers zum Boden

Integration und Umschaltung der Informationen im Hirnstamm und Wahrnehmung im Großhirn



Durch das oben beschriebene Konzept der "Integrierten Versorgung Schwindel" konnte bei bisher ca. 600 behandelten Patienten in ca. 90% der Fälle eine Diagnose gestellt werden.

Behandlungsmöglichkeiten im Essener Schwindelzentrum

Neben dem vorrangigen Ziel der Diagnoseerstellung werden im Essener Schwindelzentrum die folgenden Behandlungsmöglichkeiten angeboten:

- Aufklärung und Erklärung des Krankheitsbildes
- Einführung in physiotherapeutische Übungen und psychologisches Erstgespräch im Rahmen der Erstvorstellung
- Medikamentöse Therapie

- Operative oder invasive Therapie (in Zusammenarbeit mit der HNO- und der Neurochirurgie-Klinik)
- Multimodale Tagesklinische Behandlung über eine Woche

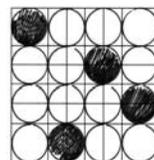
In der Tagesklinischen Behandlung gibt es als wesentliche Ansatzpunkte die organische und die psychologische Ebene. Dabei ist durch Ärzte, Physiotherapeuten und Psychologen ein kompaktes 1-wöchiges Behandlungsprogramm erarbeitet worden, das von Montag bis Freitag von 9.00 bis 16.00 Uhr läuft. Prinzipiell sind die Morgen physiotherapeutischen Maßnahmen vorbehalten, die Nachmittage widmen sich der weiteren Aufklärung der Patienten (sog. Psycho-Edukation) und psychologischen Therapieverfahren. Im Rahmen der tagesklinischen Behandlung erfolgt keine Übernachtung im Krankenhaus.

Die Kosten für eine Woche Tagesklinische Behandlung liegen bei ca. 670 Euro. Im Vorfeld sollte jeder Patient bei seiner Krankenkasse abklären, ob sie diese Kosten ganz oder teilweise übernimmt.



Für die Therapie in der Tagesklinik kommen v.a. Patienten infrage:

- mit ein- oder beidseitiger Vestibulopathie (Schädigung oder Ausfall eines oder beider Gleichgewichtsorgane), z. B. im Rahmen eines Morbus Menière
- mit phobischem Schwankschwindel
- mit zentral-vestibulärem Schwindel (z.B. durch Schlaganfall, Multipler Sklerose, Kleinhirnschädigung)



Ablaufplan des tagesklinischen Aufenthaltes

	Psychoedukation	Physiotherapie	Psychologie		
Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
09:00 - 10:00		Schwindeltraining im Sitz (Hocker)	Training der Somatosensorik/ Einzelgespräch	Schwindeltraining im Stand	Wiederholung Eigenübungsprogramm
10:00 - 11:00	Begrüßung Eingangsrunde	Schwindeltraining im Sitz (Sitzball)/ Einzelgespräch	ab 10:15 Uhr Visite	Gleichgewichtstraining im Stand (Mattenrolle)/ Einzelgespräch	Zirkeltraining (u.a. Trampolin)/ Einzelgespräch
11:00 - 12:00	Einführung Schwindeltraining	Schwindeltraining im Sitz (Drehstuhl)/ Einzelgespräch	Gleichgewichtstraining im Stand und Gang/ Einzelgespräch	Gleichgewichtstraining im Stand (Weichbodenmatte)/ Einzelgespräch	Schwindeltraining im Gang/ Einzelgespräch
12:00 - 13:00	Einzelgespräch <u>ODER</u> Mittagspause				
13:30 - 14:00	Entspannungstraining	Entspannungstraining	Entspannungstraining	Visite	Entspannungstraining
14:00 - 14:30	Schwindel-Schulung	Schwindel-Schulung	Schwindel-Schulung	Schwindel-Schulung	Gruppensitzung "Für jedes Problem gibt es eine Lösung"
14:30 - 16:00	Gruppensitzung "Ankommen und Entspannen"	Gruppensitzung "Selbsterfahrung"	Gruppensitzung "Auslöseranalyse"	Gruppensitzung "Körper und Psyche gegen den Schwindel"	

Die tagesklinische Behandlung ist also nicht vorrangig oder ausschließlich auf Morbus Menière-Patienten im Frühstadium der Erkrankung ausgelegt – ist also keine speziell auf Drehschwindel ausgerichtete Anfallsprophylaxe - sondern ist auf typische Komplikationen einer langjährigen Menière-Erkrankung ausgerichtet. Gerade eine ein- oder beidseitige Schädigung oder Ausfall eines Gleichgewichtsorganes oder der phobische Schwankschwindel finden sich häufig im Verlauf bei Menière-Patienten.

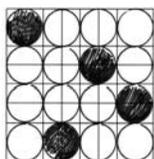
Morbus Menière als Ursache für eine bilaterale Vestibulopathie (beidseitiger Gleichgewichtsausfall)

Je länger man Patienten mit Morbus Menière verfolgt, desto häufiger sieht man beidseitig (bilateral) Betroffene. Im frühen Stadium von Morbus Menière - bis zu 2 Jahren - sind etwa 15% der Patienten beidseitig erkrankt, im weiteren Verlauf entwickelt sich in bis zu 50% ein beidseitiger Morbus Menière. Deshalb stellt der Morbus Menière die zweithäufigste Ursache für eine bilaterale Vestibulopathie (beidseitige Gleichgewichtsschädigung) dar. Häufigste Ursache der bilateralen Ve-

stibulopathie ist die intravenöse Gabe von bestimmten Antibiotika (Aminoglykoside, z.B: Gentamycin). Bei Menière-Patienten werden aber auch genau diese Antibiotika in sehr geringen Dosen durch HNO-Ärzte in der Behandlung eingesetzt, wenn die medikamentöse Therapie nicht oder nicht mehr wirksam ist. Die bilaterale Vestibulopathie ist nicht durch Schwindelattacken gekennzeichnet, sondern durch einen Schwankschwindel v.a. beim Gehen, eine Gangunsicherheit und ein „Bildwackeln“



Dr. Weber beim Vortrag vor Besuchern



Tagung



Konzentrierte ZuhörerIn

beim Gehen, so dass der Betroffene nicht mehr in der Lage ist, während des Gehens Gesichter zu erkennen oder Straßennamen zu lesen.

Phobischer Schwankschwindel als langfristige, aber heilbare Begleiterscheinung von Morbus Menière

Eine weitere langfristig erworbene Komplikation des Morbus Menière, der wir besondere Aufmerksamkeit schenken, ist der sog. phobische Schwankschwindel. Charakteristisch dafür ist eine neurologisch regelrechte Untersuchung und ein permanenter Schwankschwindel (oder auch ein Benommenheitsgefühl), der in bestimmten Situationen zunimmt und bei Ablenkung und/oder Genuss geringer Mengen Alkohol abnimmt. Dieser kann im Rahmen oder nach organischen Schwindelerkrankungen, aber auch nach besonders belastenden Ereignissen auftreten.

Der phobische Schwankschwindel entwickelt sich schnell, ist aber im Gegensatz zu Morbus Menière heilbar, d.h. die Morbus Menière-Attacken verbleiben zwar unter der entsprechenden Behandlung, aber der Dauerschwindel wird deutlich besser oder verschwindet komplett. Insgesamt darf

der phobische Schwankschwindel aus ärztlicher Sicht nicht unbeachtet bleiben, da er die Patienten in ihrer Lebensqualität erheblich einschränken kann.

Spezifische Behandlung bezüglich der Anfallsattacken des Morbus Menière am Schwindelzentrum Essen

=> Als Attackenprophylaxe

1. Gabe von Betahistin,

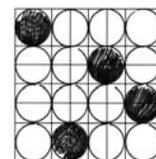
Zu Beginn 3 x 16 oder 3 x 24 mg/täglich über sechs Monate, falls darunter keine Senkung der Attackenfrequenz eintritt, Übergang auf eine Hochdosistherapie mit 3 x 48 mg/täglich über zwölf Monate.

Durch die Betahistin-Behandlung wird die Flüssigkeitsproduktion im Innenohr vermindert und damit die Gefahr eines Menière-auslösenden Hydrops und der damit verbundenen Attacken gesenkt. Höchstwahrscheinlich ist die Hochdosistherapie mit 3 x 48 mg am besten wirksam, eine entsprechende Studie dazu läuft aber im Moment noch.

Die Einnahme von Betahistin erfordert für aussagekräftige Schlüsse auf den Verlauf der Krankheit auf jeden Fall eine längerfristige Einnahme von mindestens zwölf Monaten. Daher ist es sinnvoll, einen sogenannten Schwindelkalender zu führen, in den die Attacken eingetragen werden können. Nebenwirkungen, die unter Betahistin auftreten können, sind Magen-Darm-Unverträglichkeiten (leichte Übelkeit, Durchfall), Kopfdruck- oder Kopfschmerzen und Nervosität. Betahistin wird aber von den meisten Patienten sehr gut vertragen, auch in der Hochdosistherapie.

2. Transtympanale Injektion von Gentamicin

Bei weiterhin hoher Attackenfrequenz unter Betahistin halten wir beim Morbus Menière eine Anwendung dieser Therapie für angezeigt. Sie wird nach Rücksprache



durch die Kollegen der HNO-Klinik in mehrwöchigem Abstand zur Ausschaltung des Gleichgewichtsorgans durchgeführt. Als Nebenwirkung kann es unter dieser Therapie zu einer dauerhaften Hörminderung kommen, daher sollte diese Therapie erst nach Ausschöpfung der medikamentösen Therapie angedacht werden.

=> Als akute Attackenbehandlung

empfehlen wir Dimenhydrinat (Vomex) oder Benzodiazepine (z.B. Tavor 0,5 -1 mg) über 1-2 Tage. Von einer längerfristigen Einnahme beider Medikamente raten wir aber ab, da sowohl Dimenhydrinat als auch Benzodiazepine das zentrale Nervensystem dämpfen und die Verarbeitung der Gleichgewichtssignale hemmen kann und Benzodiazepine bei längerer Einnahme abhängig machen.

Abschließende Bemerkungen

1. Die Diagnose einer Schwindelerkrankung beruht primär auf einer genauen Befragung und körperlichen Untersuchung des Patienten. Dadurch, und mit Hilfe bestimmter gezielter Zusatzuntersuchungen, kann in der großen Mehrzahl der Patienten eine Diagnose gestellt werden. Einige Untersuchungen werden lediglich zum Ausschluss anderer Krankheitsursachen durchgeführt. Die Diagnose als auch die Behandlung von Schwindelpatienten erfordert meistens ein interdisziplinäres Vorgehen, in erster Linie von Neurologen, HNO-Ärzten, Physiotherapeuten und Psychologen.

2. Wir können den Morbus Menière weiterhin nicht heilen – aber qualifiziert behandeln.

3. Der Morbus Menière kann als langfristige Folge der eigentlichen Erkrankung eine bleibende Hör- und Gleichgewichtsschädigung verursachen sowie einen phobischen Schwankschwindel auslösen.

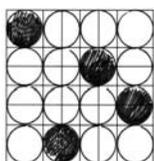
Der phobische Schwankschwindel ist aber durch eine gezielte Behandlung gut behandelbar.

Das Schwindelzentrum Essen ist erreichbar unter:

Schwindel-Zentrum Essen
Klinik für Neurologie
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45147 Essen
Telefon: 0201-723-83180
Fax: 0201-723-5542
Email: schwindel@uk-essen.de
Website: www.schwindel-zentrum-essen.de



Anna Bott, die Vorsitzende von KIMM e.V. dankt Dr. Ralph Weber für seinen informativen Vortrag



Fragen an Dr. Ralph Weber

Tagung

Frage: Ich habe seit Jahrzehnten Menière, zunächst einseitig, dann beidseitig. Mittlerweile ist nicht mehr der Drehschwindel mein Hauptproblem, sondern die Schwerhörigkeit und der Tinnitus – und ein dauerhafter Schwankschwindel, der sich speziell bei unzureichendem Licht und beim Gehen auf unebenem Untergrund bemerkbar macht. Kann ich Ihren Ausführungen entnehmen, dass es sehr wahrscheinlich ist, dass dieser Schwankschwindel nicht phobischer Natur ist, sondern eine organische Ursache hat, die ihrerseits eine Folge der langjährigen Einwirkungen des Menières ist?

Mir geht es bei dieser Frage speziell darum, dass wir uns als Patienten bewusst sind, dass man nicht auf die „psychogene Schiene“ geschoben werden muss und dass jeder Betroffene weiß, dass der phobische Schwankschwindel eine mögliche Ursache ist.

Antwort Dr. Weber:

Vorbehaltlich einer eingehenden Untersuchung, lässt mich Ihre Beschreibung in hohem Maße vermuten, dass der von Ihnen beschriebene Schwankschwindel nicht psychogener Natur ist, sondern – als Folge des Menières – auf eine beidseitige Schädigung Ihres Gleichgewichtsorgans zurück zu führen ist. In diesem Zusammenhang muss ich leider anmerken, dass viele behandelnde Ärzte sich gerade dieser langfristigen Auswirkungen von Morbus Menière unzureichend bewusst sind. Unter anderem deshalb brauchen wir entsprechende Schwindelzentren, die sich verstärkt dieser Problematik widmen.

Frage: Ich kann die in der vorangegangenen Frage enthaltene Befürchtung in abgewandelter Form nur unterstützen: Wenn ich mit den zuvor beschriebenen Beschwerden zu meinem HNO-Arzt komme, verschreibt er mir Betahistin,

also das Präparat zur Bekämpfung von Morbus Menière selbst. Dieses Medikament löst aber bei mir – wo es eh unangebracht ist - zu allem Überfluss den eigentlich nicht mehr aktiven Drehschwindel aus. Meine dann vorgebrachten Einwände werden nicht akzeptiert, bzw. es wird dann die Diagnose „Phobischer Schwankschwindel“ gestellt.

Antwort Dr. Weber:

Dass ein beidseitiger Morbus Menière nicht selten eine bilaterale Vestibulopathie verursachen kann, ist ein Ergebnis der Forschung in den letzten Jahren. Diese Tatsache ist HNO-Kollegen bisher nur selten bekannt, aber auch etliche Neurologen sind sich dieses langfristigen Einflusses durch Morbus Menière nicht bewusst.

Frage: Sie gehen in Ihrem Vortrag von einer mittleren Dauer für Morbus Menière von 8-12 Jahren aus. Ich selbst habe auch nach 25 Jahren noch heftigste Morbus Menière-Attacken.

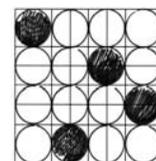
Antwort Dr. Weber:

Diese Aussage ist natürlich ein statistischer Wert. Zudem ist gerade vom Morbus Menière bekannt, dass sein Verlauf von Patient zu Patient sehr stark variieren kann.

Frage: Für mich ist Ihre Aussage neu, dass die Halswirbelsäule sicher *nicht* Mitverursacher des Morbus Menière sein kann.

Antwort Dr. Weber:

Die Halswirbelsäule spielt beim Morbus Menière keine Rolle. Der sog. zervikogene, d.h. von der Halswirbelsäule ausgehende Schwindel, ist ein schon länger bestehender Streitpunkt zwischen den verschiedenen medizinischen Disziplinen. Die Mehrzahl der Neurologen ist der Ansicht, dass



es einen zervikogenen Schwindel praktisch nicht gibt, da dieser bisher noch nicht zweifelsfrei bei Patienten (nicht unter experimentellen Bedingungen) nachgewiesen werden konnte. Dennoch verbleibt der diesbezügliche „Glaubenskrieg“.

Aber was andererseits stimmt, ist, dass z.B. infolge von Hörstörungen bei MM Haltungen und Schonhaltungen eingenommen werden können, die dann zu Nackenproblemen führen. Dabei ist dann der Nacken der Leidtragende, nicht der Verursacher. Und hier hilft dann natürlich Krankengymnastik – aber nicht ursächlich gegen Ihren Schwindel. Eine vergleichbare Aussage gilt für Migräne und deren Bezug zu Nackenverspannungen.

Frage: Ich empfinde in jedem Jahr den Einfluss von Morbus Menière stark unterschiedlich. Im ersten Halbjahr habe ich häufig schwere Attacken und bei den Untersuchungen zeigt sich, dass das Gleichgewichtsorgan noch teilweise reagiert. Im zweiten Halbjahr habe ich im allgemeinen überhaupt keine Attacken. Die Untersuchung zeigt dann auch keinerlei Reaktion des Gleichgewichtsorgans. Mein HNO-Arzt nimmt mir meine entsprechenden Aussagen dennoch nicht ab, sondern bezieht sich dann stets auf die Untersuchung, die keine Reaktion des Gleichgewichtsorgans zeigte.

Antwort Dr. Weber:

Ihre Aussage passt völlig zu unserem Verständnis des Morbus Menières, der sich bezüglich all seiner Symptome fluktuierend verhalten kann. Was wir leider nicht wissen, warum das so ist. Ihre Schilderung ist aber nicht untypisch! Warum diese Fluktuation bei Ihnen allerdings diese spezifische Ausformung hat und ob die Jahreszeiten einen Einfluss haben, kann ich nicht sagen.

Frage: Wenn ich mich heute bei Ihnen zur Diagnosestellung anmelde, mit welchen Wartezeiten habe ich zu rechnen?



Die Gelegenheit, Dr. Weber Fragen zu stellen, wurde reichlich genutzt.

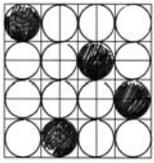
Antwort Dr. Weber:

Sie müssen – sowohl für die Erstvorstellung als auch für die Tagesklinik – mit 3 bis 4 Monaten Wartezeit rechnen. Aufgrund der großen Nachfrage stoßen wir momentan nicht nur personell, sondern auch räumlich an unsere Grenzen.

Frage: Wie viele Menière-Fälle haben Sie in den sieben Monaten seit der Eröffnung des Schwindelzentrums diagnostizieren können?

Antwort Dr. Weber:

Seit der Inbetriebnahme unseres Zentrums konnten wir bei ca. 10% unserer mehr als 500 Patienten die Diagnose Morbus Menière entweder erstmals stellen oder bestätigen. Das entspricht in etwa auch den Erfahrungen in den anderen Schwindelzentren.



Tagung

Frage: Wo sind diese Betroffenen heute, warum sind die nicht hier?

Antwort Dr. Weber:

Was wir am Schwindelzentrum zukünftig mit Sicherheit tun werden, ist, die Flyer von KIMM e.V. für unsere Patienten auszuliegen. Wir halten Selbsthilfegruppen für extrem wichtige Einrichtungen, nicht nur für die Patienten, sondern auch für unsere eigene Einrichtung, denn auch unser Ziel ist, dass der Patient so viel wie möglich über seine Erkrankung weiß.

Frage: Ich nehme seit längerem Betahistin (3 x 12mg), vertrage es gut und fühle eindeutig Verbesserungen bzw. habe seit einem halben Jahr so gut wie keine Attacken mehr. Habe ich Ihre Ausführungen richtig verstanden, dass ich nun nach 6-monatiger Dauereinnahme eine Pause einlegen soll?

Antwort Dr. Weber:

Man muss zunächst sagen, dass genauere Angaben über die medizinisch sinnvollste Länge der Einnahme von Betahistin noch nicht vorliegen. Da Betahistin jedoch keinerlei bekannte langfristige Schäden an Organen oder dergleichen verursacht, würde ich es mindestens über einen Zeitraum von 12 bis 18 Monaten einnehmen. Danach würde ich – im Sinne eines Auslass-Versuches - auf eine 2-mal-tägliche Einnahme reduzieren. Sollten die Attacken dann wieder zunehmen, würde ich natürlich wieder auf die letzte wirksame Dosis zurückgehen. Der Zeitpunkt sechs Monate wurde im Vortrag genannt, weil zu diesem Zeitpunkt meist ein Erstresümee über das weitere Vorgehen und die zukünftig einzunehmende Dosis stattfindet. Wenn Sie bisher keinerlei unangenehme Begleiterscheinungen haben, sondern sich sogar eindeutig besser fühlen, können Sie Betahistin nach heutigem Wissensstand auch über Jahre nehmen.

Frage: Ich nehme seit zwei Jahren Äquamen forte und Cinnarizin Forte. Bin seit dieser Zeit anfallsfrei, habe aber immer noch fluktuierende Hörstörungen. Haben Sie dafür eine Erklärung?

Antwort Dr. Weber:

Äquamen forte hat den gleichen Wirkstoff wie Betahistin. Cinnarizin wird zusammen mit Dimenhydrinat als Arlevert eingesetzt und ist ein Medikament primär gegen die Übelkeit in den Attacken. Es sollte nur in den akuten Attacken eingesetzt werden und nicht als prophylaktisches Medikament.

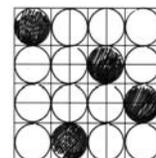
Für den Menière ist es typisch, dass er von Patient zu Patient und von Attacke zu Attacke unterschiedlich verlaufen kann (Attacken mit Drehschwindel oder Schwankschwindel, Hörverlust ja/nein, Tinnitus ja/nein). Fluktuierende Hörstörungen sind typisch für den Morbus Menière.

Ich würde Ihnen raten, mindestens einmal im Jahr einen Ton-Audiotest durchführen zu lassen, mit dem Ziel, zu überprüfen, ob das Gehör schlechter geworden ist oder nicht. Sollte das Gehör letztlich stabil geblieben sein, würde ich versuchen, die Medikamenteneinnahme mit Betahistin etwas zu reduzieren.

Frage: Mir wird stets gesagt, dass in verschiedenen Medikamenten der gleiche Wirkstoff enthalten sei und ich deshalb problemlos das kostengünstigere Medikament einnehmen könne. Nach einer derartigen Umstellung von Vasomortal auf Betavert hat sich mein Zustand aber eindeutig verschlechtert, die Anfälle sind zurückgekehrt. Ich führe dies auf eine - wenn auch im Wirkstoff gleiche - so doch andere Zusammensetzung des Medikamentes zurück.

Antwort Dr. Weber:

Wir können ihre Erfahrungen aus unserer Erfahrung teilweise bestätigen und dies



nicht nur für die Behandlung des Morbus Menière, sondern auch teilweise bei Epilepsie und in der Kopfschmerzbehandlung. Wir schließen daraus, dass letztlich die allgemeine Zusammensetzung des Medikamentes „wirkt“, nicht nur der eigentliche Wirkstoff. Dies könnte z.B. damit zusammen hängen, dass der eigentliche Wirkstoff des Medikamentes unterschiedlich schnell im Körper freigesetzt wird. Zur Information: Ihr behandelnder Arzt kann durch ein entsprechendes Ankreuzen auf dem Rezept bisher noch dafür sorgen, dass der Apotheker Ihnen das gewünschte Präparat aushändigen muss – auch wenn es teurer ist.

Frage: Im vorigen Jahr hatte ich nach längerer Anfallsfreiheit erneut einen schweren MM-Anfall. Seit dieser Zeit nehme ich auf Raten meines HNO-Arzt und meines Neurologen Betahistin (1 mal 12mg) und Citalopram (1 mal 10mg). Ich habe mich nie wohler gefühlt als jetzt.

Antwort Dr. Weber:

Citalopram wird als leichtes Antidepressivum auch bei uns am Schwindelzentrum primär in der Behandlung des phobischen Schwankschwindels eingesetzt. Es wirkt nicht auf den Menière selbst, kann aber die Angst vor einem Anfall reduzieren. Im Gegensatz z.B. zu Valium macht es aber nicht abhängig. Es erzeugt auch keine langfristigen Organschäden und kann daher auch – natürlich nach Rücksprache mit ihrem behandelnden Arzt über längere Zeiträume für 2 bis 3 Jahre eingenommen werden. Wir empfehlen es nicht routinemäßig zum Einsatz bei Patienten mit einem Morbus Menière. In Ihrem Fall würde ich versuchen, es probeweise mal wieder wegzulassen und dann schauen, wie Sie sich fühlen.

Frage: Ich habe 1 Jahr lang Citalopram genommen, dann abgesetzt. Danach ging es mir ganz ganz schlecht, also habe ich erneut mit der Einnahme von Citalopram begonnen. Jetzt geht es mir wieder besser.

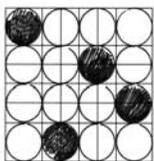
Antwort Dr. Weber:

Wie ich schon anmerkte, ist Citalopram als Antidepressivum natürlich Stimmungsverbessernd und Angst-verbindernd – es wirkt aber nicht auf den eigentlichen Menière. Unser Rat ist hier, überprüfen zu lassen, ob bei Ihnen nicht auch Anteile eines phobischen Schwankschwindels vorliegen! Ansonsten halten wir einen diesbezüglichen Gedanken- und Erfahrungsaustausch z.B. in Selbsthilfegruppen für wichtig und sinnvoll. Auch die versuchsweise Einnahme eines Medikamentes kann für den einen oder anderen Patienten eine mögliche Therapieoption sein, weil es die Lebensqualität durchaus verbessern kann. Vorrangiges Ziel sollte dabei allerdings sein, den regulären, auf MM direkt bezogenen Behandlungsweg bei möglichst geringer Einnahme von Medikamenten zu befolgen. Natürlich sollte die Einnahme nur nach Rücksprache mit Ihrem behandelnden Arzt erfolgen. Wenn dann z.B. ein Zeitraum von 3 Monaten keine echte Wirkung zeigt, sollte man den Versuch beenden - man sollte kein Medikament umsonst nehmen.

Frage: Ich bin vor 10 Jahren operiert worden, um das Gleichgewichtsorgan still zu legen. Den Namen des Eingriffs kann ich nicht mehr benennen, aber die Schwindelanfälle waren ab dann weg. Mittlerweile laufe ich allerdings sehr schlecht, sehr schwankend, meine Schwerhörigkeit hat stark zugenommen.

Antwort Dr. Weber:

Ihr Schwindel hat sich also gewandelt. Da aber 10 Jahre zwischen ihrer Operation und ihrem heutigen Schwindelverhalten



Tagung

liegen, bedarf es einer exakten neuen Untersuchung, bevor eine qualifizierte Diagnose gestellt werden kann. Für diese Untersuchung wären Sie z.B. bei uns an der richtigen Adresse.

Frage: Ich habe bei Ihrem Vortrag den Eindruck gewonnen, dass Sie der Neurektomie kritisch gegenüber stehen. Mir selbst sind mehrere MM-Betroffene persönlich bekannt, die diesen Eingriff haben durchführen lassen und sich seitdem als anfallsfrei bezeichnen.

Antwort Dr. Weber:

Unser Schwindelzentrum ist bezüglich sämtlicher Eingriffe, die auf die Ausschaltung / Zerstörung des Gleichgewichtsorgans zielen, zunächst zurückhaltend, da aktuell eindeutig die medikamentöse Behandlung des Morbus Menière im Vordergrund der anfänglichen Therapie steht. Bei der Neurektomie muss man bedenken, dass das Gleichgewichtsorgan komplett ausgeschaltet wird und es auch zu Schädigungen des Hörnervens kommen kann. Als eine mögliche späte Therapieoption, wenn andere Therapien nicht wirksam waren, ist die Neurektomie noch zu diskutieren. Wir würden allerdings vorher einen Behandlungsversuch mit Antibiotika (Gentamycin), die vom HNO-Arzt in das Innenohr gespritzt werden, empfehlen. Sie werden aber andere Ärzte finden, die hier eine andere Position beziehen, insbesondere HNO-Ärzte. Wir beziehen uns primär auf die Therapieleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und behandeln entsprechend.

Vielleicht eine kurze Erläuterung, wie solche Empfehlungen entstehen:

Zunächst einmal müssen Studien, deren Ergebnisse in der medizinischen Fachwelt anerkannt sein wollen, in medizinischen Fachzeitschriften veröffentlicht und innerhalb der medizinischen Fachwelt diskutiert werden. Wir sind also primär etwas skeptisch

gegenüber Erfahrungen einzelner Institutionen, die nicht veröffentlicht worden sind.

Expertengruppen bewerten die veröffentlichten Studien und überprüfen, ob sie bestimmten qualitativen Anforderungen genügen.

Frage: Was halten Sie von Saccotomie?

Antwort Dr. Weber:

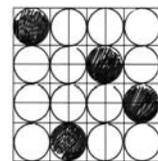
Doppelblindstudien haben für die Saccotomie ein negatives Ergebnis gezeigt. Diesem Verfahren wurde deshalb nur die Wirksamkeit eines Placeboverfahrens zugesprochen. Wir wenden es deshalb nicht an und sprechen auch keine Empfehlung aus.

Frage: Was halten Sie von Labyrinth-Anästhesie?

Antwort Dr. Weber:

Es gibt keine gute Studienlage zur Labyrinthanästhesie, daher setzen wir dieses Verfahren nicht ein und empfehlen es auch nicht unseren Patienten. Was sich in kleineren Studien als wirksam erwiesen hat, ist – neben dem Einsatz von Antibiotika – das Einspritzen von hochdosiertem Cortison (Dexamethason) ins Ohr. Da das Verfahren mit Gentamycin in Studien als gut wirksam belegt ist, geben wir Gentamycin den Vorzug gegenüber der Gabe von Dexamethason. Insgesamt möchte ich aber abschließend nochmals betonen, dass wir Methoden, die das Gleichgewichts- oder Hörorgan schädigen (können), erst nach einer ausreichend hochdosierten und ausreichend langen medikamentösen Therapie (für Betahistin z.B. 3 x 48 mg über 12 Monate) empfehlen.

Ein Novum: Arbeitsgruppen und Workshops auf unserer Herbsttagung 2010



Tagung

Unsere Herbsttagung in Essen am 25. September 2010, deren Organisation freundlicherweise unser Mitglied Elisabeth Schöler mit großem Einsatz übernommen hatte, hatte mit den Vorträgen von Dr. Marlies Märtner und Dr. Ralph Weber – siehe die entsprechenden Veröffentlichungen in diesem Heft – erneut hervorragende medizinisch-fachliche Inhalte.

Sie hatte aber auch ein absolutes Novum: Denn auf dieser Tagung wurde mit der Durchführung von Arbeitsgruppen, - neudeutsch: Workshops - wirkliches KIMM-Neuland betreten. Insgesamt wurden vier derartige Arbeitsgruppen gebildet. Ihnen allen lag der Basisgedanke "aktivere Selbsthilfe" zugrunde.



Die Workshops waren geprägt von einer lockeren Arbeitsatmosphäre

Den Anstoß, diesen Gedanken zur Basis mehrerer Arbeitsgruppen zu machen, verdanken wir hauptsächlich Dr. Ralph Richter, behandelnder HNO-Arzt in Essen. Auf der Tagung fasste Herr Dr. Richter seine Zielsetzung wie folgt zusammen:

„Wir müssen uns stärker engagieren, uns gegenseitig helfen. Die Familienangehörigen müssen mit eingebunden werden. Die Gruppen untereinander müssen sich verbinden und - in Form kompetenter Kliniken - Stellen haben, die man zwischenzeitlich kontaktieren kann.“

Der komplette Wortlaut seines Aufrufs ist in diesem Heft an anderer Stelle wiedergegeben.

Vor diesem thematischen Hintergrund wurden die folgenden 4 Arbeitsgruppen bzw. Workshops zur Wahl gestellt:

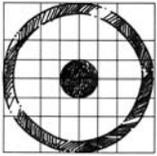
- Workshop 1: „Reha und was dann?“ oder „Wie können Kliniken, behandelnde Ärzte, Patienten und örtliche Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten?“
- Workshop 2: „...da wird doch nur gejammert!?“ oder „Die Möglichkeiten der örtlichen Selbsthilfegruppen - Informationen und Erfahrungsaustausch“
- Workshop 3: „Das Internet als Informationsquelle für Betroffene und Ärzte“ oder „Wie können auf der KIMM-Homepage die Informationen zu Morbus Menière möglichst umfassend dargestellt werden?“
- Workshop 4: „...und wer denkt eigentlich an mich?“ Eine Gesprächsrunde für Angehörige der Betroffenen.

Dr. Ralph Richter selbst leitete dankenswerterweise den Workshop „Reha und was dann?“.

Auf den folgenden Seiten finden Sie die Resümees der einzelnen Arbeitsgruppen. Diese Resümees gilt es nun nachhaltig „mit mehr Fleisch am Knochen“ zu versehen. Das wird nicht immer einfach sein – und es kann mit Sicherheit nur gelingen, wenn sich mehr Mitglieder aktiv an der täglichen Arbeit „unserer KIMM“ beteiligen. Und so lautet meine abschließende Bitte an Sie, das Lesen der Resümees zum Anlass zu nehmen, über eine direkte, aktive Mitarbeit bei KIMM nachzudenken.

Ich würde es begrüßen, von Ihnen entsprechend zu hören.

Fred Knäbel, Schriftführer, KIMM e.V.



Workshop I "Reha und was dann?"

intern

Am Workshop I nahmen 18 Personen teil. Mit in unserer Gruppe saßen zwei Profis: Dr. Richter, HNO-Arzt aus Essen und Barbara Kieslich-Hofmann, Psychologin aus der Baumrainklinik in Bad Berleburg. Die Beteiligung seitens der Teilnehmer an der Diskussion war groß. Die uns zur Verfügung stehende Zeit von eineinviertel Stunden verging rasend schnell.

Große Übereinstimmung bestand in der Beantwortung der Frage: "Reha - und was dann?": Der Betroffene fällt nach Entlassung aus der Reha-Klinik häufig in ein „Loch“. Die Diskrepanz zwischen Reha (Oase / Insel der Harmonie) und dem Zuhause (Alltagswahnsinn) ist einfach sehr groß. Wir diskutierten angeregt über Möglichkeiten der besseren Zusammenarbeit zwischen Patient, HNO-Arzt, Reha-Klinik und Selbsthilfegruppen mit dem Ziel, den Wiedereinstieg in den Alltag im Anschluss an die Entlassung aus der Reha-Klinik besser vorzubereiten.

Im Verlauf des Workshops kam es immer wieder zu Abweichungen vom Thema. Eine wesentliche Frage lautete: "Wie komme ich in eine Reha-Klinik?" Die gewünschte Klinik zeigt den Weg in die Klinik dem Betroffene genau auf - immer in Abhängigkeit von den jeweiligen Versicherungsbedingungen. Desweiteren nutzten wir aufgrund der Anwesenheit des HNO-Arztes Dr. Richter oft die Gelegenheit, persönliche Fragen im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild Morbus-Menièrè an den Profi zu stellen. Aber dennoch ist es uns erfolgreich gelungen, den „roten Faden“ immer wieder zu finden.

Wir sind zu folgenden Ergebnissen gekommen:

- **Verknüpfung Betroffener – Angehöriger:** Einbeziehung der Angehörigen bei der Aufklärung zum Krankheitsbild, u.a. informieren über Strategien zum Verhalten während des Anfalls. Einbe-

ziehung der Angehörigen beim Entlassungsgespräch aus der Reha-Klinik

- **Schritte aus der Hilflosigkeit:** Im Entlassungsgespräch aus der Reha-Klinik Adressen von Selbsthilfegruppen aushändigen. Es gibt eindeutig zu wenig regionale Gruppen. Deshalb: Informationen über Selbsthilfeberatungsstellen in den größeren Städten wie die „Wiese“ in Essen.

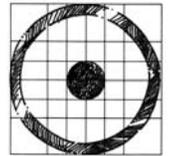
An KIMM als überregionale und bundesweit bekannte Selbsthilfeorganisation verweisen. Selbsthilfegruppen müssen sich *transparenter* machen: HNO-Ärzte aufklären, über Entlastungsmöglichkeiten informieren, Vorurteile gegenüber SH-Gruppen abbauen: „Da wird ja doch nur gejammert.“ Stärkung der Position der SH-Gruppen durch Einladung von HNO-Ärzten oder anderen Experten zu Gruppentreffen, Infos der SH-Gruppen an Reha-Kliniken.

- **Rückmeldung des Patienten** nach Klinikaufenthalt über seinen Gesundheitszustand und erhofften Kurerfolg.

1. Reha-Ziel: Angsttherapie. *Wissen entängstigt!* Morbus-Menièrè ist nicht heilbar – aber behandlungsfähig!

2. Reha-Ziel: Patient soll eigenverantwortlich Wege der Krankheitsbewältigung finden: „*ohne eigenes Dazutun geht nichts*“. Was schafft ein Mensch aus Eigeninitiative? Wo hole ich mir Unterstützung auf dem Weg zur Reha bzw. im Umgang mit der Erkrankung? KIMM, Selbsthilfegruppe, HNO-Arzt oder andere Experten. SH-Gruppen unterstützen beim Aus – und Durchhalten! Rückmeldungen sind auch möglich durch regelmäßig stattfindende Patiententage / Seminare für Betroffene und Angehörige. Seit 1991 gibt es in der Baumrainklinik in Bad Berleburg 1 x jährlich einen Patiententag.

- **Das Netzwerk über das Medium PC nutzen!** Ziel: Vernetzung von SH-Gruppen, HNO-Ärzten und Kliniken (verschie-



dene Plattformen / Ebenen). Im Anschluss an den Workshop ergänzte Dr. Richter die Diskussion um den Aspekt der Videokonferenzen, die 1 x oder 2 x jährlich stattfinden könnten.

Der Anfang ist nun gemacht! In Arbeitsgruppen könnten diese Themen wie Vernetzung und Videokonferenzen weiter vertieft werden.

Ich hoffe, den Tenor der Diskussion wiedergegeben zu haben und bedanke mich ganz herzlich bei allen Teilnehmern/innen für die Unterstützung zum Gelingen unseres gemeinsamen Workshops.

Ela Schöler

Statement von HNO - Arzt Dr. Richter: Aufruf zu stärkerer Zusammenarbeit



Dr. Richter, Ideengeber der Workshoparbeit im Rahmen der KIMM-Herbsttagung, nutzte dieses Podium zu einem Aufruf zu stärkerer Zusammenarbeit von Kliniken, HNO-Ärzten, den Betroffenen und deren Angehörigen und Selbsthilfegruppen.

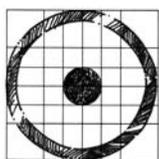
„Mein Anliegen ist es, ein Vernetzungsbild zu schaffen zwischen den stationären Behandlungsmaßnahmen und der ambulanten Betreuung, damit die Patienten insgesamt und speziell nach einer Kur nicht in ein Loch fallen, sondern weiter begleitet werden können. Die Dinge, die in der Klinik gelernt wurden, müssen ambulant weitergeführt werden. Dazu brauchen wir Hilfen, wie den HNO-Arzt, der wissen

muss: Was wurde da gemacht? Ebenso muss auch der Patient über seine Erfahrungen erzählen und dann auch selber weitermachen. Er muss Eigeninitiative übernehmen und nicht danach suchen, wer ihm hilft oder denken: "Ich armer Kerl, ich bin so allein" bzw. das Selbstbild aufbauen: "Ich bin stark". Angst heißt eigentlich Nichtwissen - und Nichtwissen macht wieder Angst. Wissen aber nimmt die Angst! Wir wissen nicht viel um den Menière, darum macht er uns zuweilen Angst. Darum sollten wir uns nach Möglichkeiten umsehen, unser Wissen zu vergrößern. Wenn ich weiß, ich habe einen HNO-Arzt, der mir hilft, oder auch eine Selbsthilfegruppe, wo ich Hilfe finde, kann ich mir dort Wissen holen, das dann die Angst nimmt.

Meine Botschaft heute hier ist: Wir müssen Netzwerke schaffen, wo Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten, bestimmte Facharzt-Gruppen sich zusammenschließen und als "Mutterschiff" die ein oder andere Klinik steht, die durch die Konzentration an Erkrankungen und Patienten hocherfahren im Umgang mit Morbus Menière ist. Hier erhalten dann auch wir an der Basis Tätige im Bedarfsfall Unterstützung.

Ich möchte auch die Familie einbinden, damit sie gut informiert ist und durch ihre Informationen dem Betroffenen die Angst nehmen kann. Außerdem können sie die Trainingsprogramme mit durchführen und so auch unterstützen. Denn bei Morbus Menière ist permanentes Trainieren nötig, weil auch Training eine heilende Maßnahme ist.

Resümee: Wir müssen uns stärker engagieren, uns gegenseitig helfen. Die Familienangehörigen müssen mit eingebunden werden. Die Gruppen untereinander müssen sich verbinden und - in Form kompetenter Kliniken - Stellen haben, die man zwischenzeitlich kontaktieren kann."



Workshop II

“Da wird doch nur gejammert!?”

intern

“Da wird doch nur gejammert” oder: Die Möglichkeiten der örtlichen Selbsthilfegruppen, Informationen und Erfahrungsaustausch. An diesem Workshop nahmen 15 Personen teil, vier davon waren Gruppenleiter und insgesamt 14 Teilnehmer hatten bereits Gruppenerfahrungen.

Zuerst kamen Fragen auf, wie man Probleme angehen kann: Von der Gruppengründung über den Austausch mit anderen Gruppenleitern und das Erwerben von Kompetenzen, um eine Gruppe leiten zu können. Durch einen regen Austausch wurde deutlich, dass sich die Gruppenleiter/innen mehr Austausch untereinander und auch Fortbildungsmaßnahmen wünschen. Es kam die Frage auf, ob das von KIMM angeboten werden könnte.

Es stellte sich heraus, dass in den bestehenden Gruppen die Treffen 14-tägig, einmal im Monat oder auch alle 2 Monate stattfinden. Der Rhythmus ist den Gegebenheiten und Wünschen der einzelnen Gruppen entsprungen.

Wichtig erschien allen, Netzwerke zu schaffen, um Informationen zu bekommen und weitergeben zu können. Dazu zählt der Kontakt zu HNO-Kliniken, HNO-Ärzten, Hausärzten, Neurologen und Psychologen. Je besser die Informationen an Einzelne sind, desto größer die Möglichkeit, diese Informationen auch an die anderen Gruppenteilnehmer weiterzugeben.

Unter dem Aspekt „Was biete ich in den Gruppentreffen an?“ wurden viele Möglichkeiten genannt, unter anderem: Vorträge, Fachleute einladen, aktive Freizeitgestaltung, Problemlösungsmöglichkeiten anbieten, Atem- und Entspannungsübungen ausprobieren. Wichtig erschien dabei auch, dass man sich nicht nur mit der Krankheit auseinandersetzt, sondern auch andere Dinge unternimmt, um sich abzulenken und am „normalen“ Leben weiter teilzunehmen. Deshalb auch gemeinsame



Das Bild entstand beim Workshop “Reha und was dann?”

Unternehmungen macht, wie z.B. Ausflüge, sportliche Aktivitäten und ähnliches.

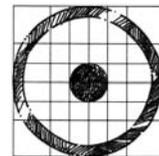
Ein weiterer wichtiger Aspekt waren auch die Möglichkeiten, wo man sich Hilfe holen kann. Da gab es viele Nennungen, z.B. die Wohlfahrtsverbände, KISS und KIBIS, NAKOS, das sind Selbsthilfekontaktstellen. Ebenso bei Ehrenamtlich Tätigen, im Bürgerbüro der Städte, bei Krankenkassen und Selbsthilfeverbänden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Wunsch nach mehr Kontakt zwischen den einzelnen Gruppen und auch zu KIMM da ist. Einfach, um sich auszutauschen, zu informieren und gemeinsam neue Strategien entwickeln zu können.

Ich danke allen Beteiligten, die sich rege an diesem Workshop beteiligt und zu diesem Ergebnis beigetragen haben.

Edeltraud Mory

Workshop III "Das Internet als Informationsquelle für Betroffene und Ärzte"



intern

Das Internet als Informationsquelle, und die daraus folgende und gleich in die Praxis weisende Frage "Wie können auf der KIMM-Homepage die Informationen zu Morbus Menière möglichst umfassend dargestellt werden?" waren Themen des III. Workshops im Rahmen der Herbsttagung 2010.

An diesem Workshop nahmen nur sehr wenig Personen teil. Das Ergebnis des Workshops ist die folgende Fragen- und Aufgabensammlung:

1. Zum **Inhalt** der Internetseite: Wie können auf der Internetseite von KIMM möglichst seriöse Informationen zu den folgenden Themen veröffentlicht werden?

a) **Diagnose:** Welche Diagnoseverfahren gibt es? Aufforderung zum Einholen mehrerer Diagnosen von unterschiedlichen Ärzten (z.B. HNO, Neurologe, Orthopäde), möglichst in einer Schwindelambulanz

b) **Therapien:** Welche gibt es und wie wirksam sind sie? Welche Studien belegen die Wirksamkeit?

c) **Symptome** der Krankheit

d) **Ursachen** der Krankheit: Welche Erkenntnisse gibt es dazu? Wo wird zu Morbus Menière geforscht?

e) **Rechtliche Fragen**, z.B. zu Schwerbehinderung, Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, Fahrtüchtigkeit

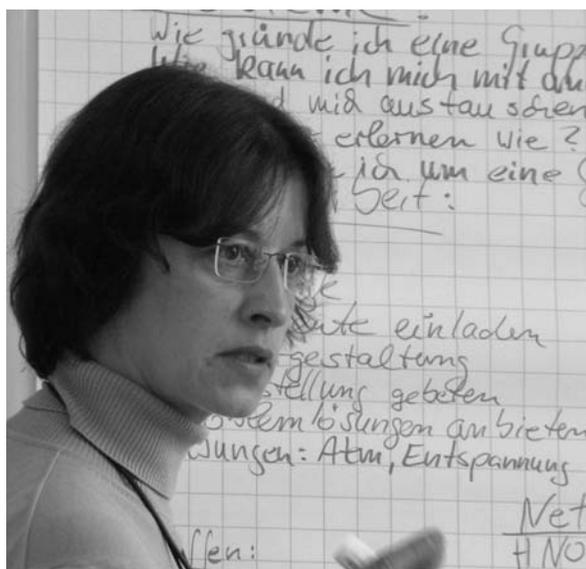
2. Welche Informationen werden im öffentlichen Teil, welche im geschlossenen Mitgliederbereich der Internetseite veröffentlicht?

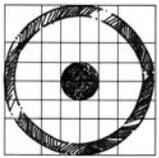
3. In einer weiteren Stufe des Ausbaus der Internetseite wäre die Installation eines Forums im geschützten Bereich der Homepage zur Kommunikation und zum Austausch zwischen den Vorstandsmitgliedern und den örtlichen Selbsthilfegruppen wünschenswert.

4. Welche all dieser Aufgaben und Fragen können wir selber leisten und wozu brauchen wir Unterstützung? Wer kann uns unterstützen und wie können die eventuellen Unterstützer gewonnen werden? Können diese auch für spätere Ergänzungen, Erweiterungen und Berichtigungen gewonnen werden? Anregung: Ein Aufruf zur Mitarbeit könnte in "KIMM aktuell" veröffentlicht werden.

Walther Dierlamm

Fotos auf dieser Doppelseite: Eindrücke aus den Workshops I + II





Workshop IV für Angehörige „... wer denkt eigentlich an mich?“

intern

Erstmalig gab es während einer KIMM-Tagung auch ein Angebot für Angehörige von Morbus Menière Erkrankten, also für „nur“ indirekt Betroffene. Sieben Teilnehmer hatten sich dazu gemeldet. Schnell kristallisierte die spontan einsetzende Diskussion heraus, dass das vorgedachte Thema: „...wer denkt eigentlich an mich?“ mehr unter dem Aspekt „Wie kann ich meinem an Morbus Menière erkrankten Lebenspartner helfen“ zu besprechen ist.

Nach der Diagnose Morbus Menière, die häufig erst nach Irrfahrten durch verschiedene Arztpraxen festgestellt wurde, stand zunächst einmal der Betreuungsaspekt als „Soforthilfe“ im Vordergrund. Dabei geht es mehr um Versorgungsaspekte wie trinken, essen, waschen... Je nach Lebenssituation können in dieser Phase auch Familienangehörige oder enge Freunde eine große Hilfe sein; insbesondere dann, wenn arbeitsbedingt eine Betreuung durch den Lebenspartner nur sehr schwer möglich ist. In dieser Situation fühlt man sich als Angehöriger noch stark, da man das Gefühl hat, direkt helfen zu können. Nach Abklingen der Attacke kommt eine zweite Phase auf den Partner zu. Häufig fällt er - gemeinsam mit dem Erkrankten - in ein tiefes Loch. Hier bestimmt die Angst vor einer unheilbaren Krankheit die weiteren Gedanken. Die Angst wird noch verstärkt durch eine Hilflosigkeit, weil man nicht im eigentlichen Sinn helfen kann.

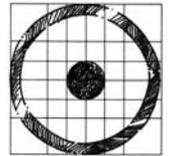
Während der Erkrankte nach Hilfe von außen sucht (geeigneter HNO-Arzt; Selbsthilfegruppe; Klinik; neuerdings eventuell auch Schwindelambulanz), steht der Angehörige meist am Rande. Nur selten wird er in die Behandlung mit einbezogen. (Anm. des Berichterstatters: Ich war die große Ausnahme in der Gruppe, da mich der behandelnde HNO-Arzt meiner Frau mehrfach bei der Behandlung einbezogen hat). Schlagen diese Hilfen von außen an,

wird auch die Psyche des Partners wieder stabilisiert. Schlagen sie jedoch fehl, steigert sich die Hilflosigkeit bis hin zur Hoffnungslosigkeit. Dann kann aus einem erst hilfreichen Partner sogar eine Belastung werden, weil er den psychischen Belastungen nicht mehr gewachsen ist.

Die Hörminderung bei Morbus Menière führt bei allen Beteiligten zu einer Änderung des Privatlebens. Es wird deutlich schwieriger, an Veranstaltungen mit einem erhöhten Geräuschpegel (Konzerte, Volksfeste...) teilzunehmen. Vereinzelt ist es schon schwierig, Restaurants aufzusuchen, die gut besucht sind. Diese Problematik wurde von den anwesenden Partnern insgesamt jedoch nur als Randproblem eingestuft. Bei einzelnen Erkrankten entsteht das Zusatzproblem, dass sie vieles nicht mehr verstehen. Ursache ist, dass einzelne Frequenzen nicht erfasst werden können, und die Folge davon ist, dass teilweise Sinnzusammenhänge fehlen. Hier hilft ein Lautstellen des Hörgerätes nicht. Bis der Partner das Problem erkennt, kann das Zusammenleben durch aufgetretene Missverständnisse zusätzlich belastet werden.

Auffällig war, dass sich nicht nur die Krankheitssymptome der Erkrankten häufig glichen. In vielen Fällen war auch der Ablauf bei den Partnern gleich. Dies gab den Anwesenden das Gefühl, nichts Wesentliches falsch gemacht zu haben. Auch Tipps, die einzelnen Erkrankten – zumindest zeitweise – geholfen hatten, wurden in der Runde gerne aufgenommen. Erwähnen möchte ich in diesem Zusammenhang die Brille einer Erkrankten: Ein holländischer HNO-Arzt, der gleichzeitig Augenarzt war, konnte ihr Leiden durch eine besondere Brille deutlich mindern; weshalb auch immer. Die gemeinsame Suche nach Strohhalmen jedenfalls war um eine Facette reicher.

Eine Teilnehmerin hat einen erkrankten Partner, mit einer vielfältigen Krankheits-



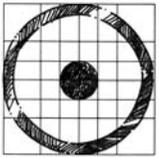
geschichte auch in anderen Krankheitsbildern. Der Bericht dieser Teilnehmerin, dass auch bei anderen Erkrankungen der Partner stark mit belastet wird und teilweise von dem Erkrankten psychisch wieder aufgebaut werden muss, wurde als zusätzliche Bereicherung des Workshops empfunden.

Als abschließendes Resümee möchte ich festhalten: Erstens erklärten alle Beteiligten der Arbeitsgruppe, dass dieser Workshop eine gute Einrichtung war, die zu gegebener Zeit wiederholt werden sollte, weil eine konkrete Hilfe für die Angehörigen in der Regel nicht erfolgt. Zweitens glauben alle Arbeitsgruppenmitglieder, dass der Partner eine entscheidende

de Hilfe beim Umgang des Morbus Menière-Patienten mit seiner Krankheit ist, um insbesondere die unvermeidliche, aber sicher mit einhergehende, Angst - zumindest in Teilbereichen - zu mindern.

Ich möchte mich bei allen Workshop-Mitgliedern herzlich für die offene Diskussion bedanken. Ich war sehr erleichtert, dass alle bei den naturgemäß sehr persönlichen Gesprächen dennoch das Thema nicht aus dem Auge verloren haben. Dies erleichtert es einem Diskussionsleiter - der dies nicht täglich macht - die Arbeit ungemein. Ich hoffe die Beiträge und Gedanken der Teilnehmer hinreichend korrekt wieder gegeben und nichts im Sinn entstellt zu haben.
Bruno Schöler





In eigener Sache: Abschied von Sigrid Oppermann

intern

Rücktritt unseres Vorstandsmitglieds Frau Sigrid Oppermann

Liebe Mitglieder,
wir müssen Ihnen leider mitteilen, dass unsere mehrjährige Beisitzerin Frau Sigrid Oppermann aus privaten Gründen von ihrer Position als Beisitzerin zurück getreten ist. Nach ihrer eigenen Angabe machen es ihr die privaten Gründe unmöglich, sich so im Vorstand einzubringen, wie sie es sich selbst zum Ziele gesetzt hat.
Wir bedauern, aber verstehen diesen Schritt. Wir danken Frau Oppermann für ihre geleistete Arbeit und wünschen ihr für ihre Zukunft alles Gute.

Anna Bott, 1. Vorsitzende, KIMM e.V.

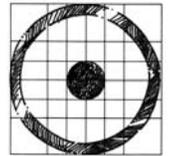
Bildergalerie Tagung 2010



Alle Fotos auf dieser Seite entstanden bei der KIMM Herbsttagung 2010: Von links nach rechts und von oben nach unten: am Büchertisch - beim Mittagessen - bei der Workshoparbeit - Tischrunde - am Vorabend. Aus allen Bildern spricht eine nette und heitere Atmosphäre, kennzeichnend für KIMM e.V.



Umgang mit unterschiedlichen Meinungen unter medizinischen Fachleuten



intern

Wieder einmal melden wir uns zum Umgang mit unterschiedlichen Meinungen innerhalb der medizinischen Fachwelt zu einzelnen MM-Behandlungsmethoden und MM-Therapien zu Wort.

Liebe Mitglieder,

In der medizinischen Fachwelt ist es durchaus üblich, dass es oft unterschiedliche Positionen zu den einzelnen Behandlungs- oder Heilmethoden zu einer bestimmten Krankheit gibt. Dies trifft leider auch auf die Behandlungsmethoden der zumindest bis jetzt nicht heilbaren Krankheit Morbus Menière zu.

Wie Sie - in fast jeder Ausgabe unserer Zeitschrift KIMM-aktuell - nachlesen können, weisen wir insbesondere bei der Vorstellung neuerer Ansätze zum Umgang mit Morbus Menière jedes Mal mit besonderem Nachdruck auf diesen Umstand hin.

Der letzte derartige Fall ist das in der Ausgabe 1/2009 unserer Zeitschrift vorgestellte Verfahren der Labyrinth-Anästhesie von Prof. Dr. med. Christoph A. von Ilberg, ein Verfahren, das von den Kritikern als unzureichend erprobt beschrieben wird. Diese sehen keinen nachvollziehbaren Wirkmechanismus. Einen derart kritischen Standpunkt bezieht z.B. einer unserer medizinischen Berater, Dr. Helmut Schaaf, den wir deshalb um eine entsprechende Stellungnahme gebeten hatten (siehe KIMM aktuell 2-2009).

Die Reaktion von Prof. v. Ilberg auf diese Kritik erschien in KIMM aktuell 1-2010.

Unsere Frage lautete deshalb: Wie können wir eine - keiner Seite und speziell den von Morbus Menière Betroffenen nicht helfende - Serie von „Erwidern der Erwidern der Erwidern“ vermeiden?

Hierzu erhielten wir von Herrn Dr. Schaaf einen Vorschlag, den wir zukünftig versuchen wollen zu beschreiten:

Dr. Schaaf schlägt vor, pro bestehendem oder neu vorgeschlagenen Verfahren - sei es nun für die Diagnosestellung oder eine operative oder medikamentöse Therapie oder Behandlungsmethode - eine Art von Pro / Kontra - Katalog zu erstellen. Gemeint ist eine Auflistung, die prägnant und für den Laien verständlich aufführt, was aus medizinischer Sicht für und gegen die jeweilige Methode spricht. Die Ergebnisse sollen dann unseren Mitgliedern bzw. allen Interessierten z.B. über unsere Homepage oder unsere Zeitschrift zur Verfügung gestellt werden. Damit kann man sich auf dieser Grundlage eine eigene Meinung zu dem entsprechenden Verfahren bilden. Hinzugestellt werden könnten gegebenenfalls auch persönliche Erfahrungen unserer Mitglieder als deren subjektive Wertung.

Der Vorstand unterstützt deshalb den Vorschlag von Dr. Schaaf. Der Vorstand ist sich aber bewusst, dass zur Umsetzung dieser Idee natürlich qualifizierte konträre Positionen ausfindig gemacht werden müssen. Letztlich wird der Vorstand aber nicht umhin können, die Behandlungsmethoden auch auf die eine oder andere Art zu werten.

Die dabei einzuschlagende Vorgehensweise ist momentan innerhalb des Vorstandes und im Verbund mit unseren medizinischen Beratern in der Diskussion. Wir werden Sie als Mitglieder entsprechend auf dem Laufenden halten. Die Problematik ist aber sicher nicht dergestalt, dass Sie bereits morgen mit fertigen Ergebnissen rechnen können.

Es grüßt Ihr Vorstand von KIMM e.V.



KIMM fasst nach: fragwürdige Kurzinformation in den Medien

Medizin

„Bei Schwindelanfall hilft Injektion...“,

Solche oder ähnliche Überschriften hatten Presseberichte über die Therapie von MM, die den Vorstand im Oktober aufhorchen ließen. Darin waren oft Sätze zu lesen wie: „Die Krankheit lasse sich allerdings mit einem einfachen Eingriff behandeln“. In vielen Zeitungen und online-Medien wurde über eine Pressemitteilung des Bundesverbandes der Hals-Nasen-Ohrenärzte zu Morbus Menière berichtet.

Hier die Stuttgarter Nachrichten am 21. Oktober 2010

Bei Schwindelanfall hilft Injektion

Manche Menschen leiden regelmäßig an plötzlichen Schwindelanfällen mit gleichzeitigen schweren Hörstörungen. Besonders betroffen von der Krankheit Morbus Menière sind Männer zwischen 45 und 60 Jahren, erläutert der Deutsche Berufsverband der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte in Neumünster. Die Krankheit lasse sich allerdings mit einem einfachen Eingriff behandeln. Dabei wird ein bestimmtes Antibiotikum ins Mittelohr gespritzt. Bereits nach wenigen Tagen lasse der Schwindel nach. Auslöser ist eine Störung des Gleichgewichts der Innenohrflüssigkeiten. (dpa)

Das klang ja alles so, als meine man, dass jetzt der Morbus Menière leicht in den Griff zu bekommen sei.

Wir haben daher den Bundesverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte um weitere Informationen gebeten:

Betr.: Ihre Pressemitteilung zur Behandlung Morbus Menière

Sehr geehrte Frau Böhnke, sehr geehrte Damen und Herren, als bundesweite Selbsthilfegruppe haben

wir doch etwas erstaunt jüngste Pressemeldungen (etwa in den Stuttgarter Nachrichten s. Anlage, in Welt online etc.) von Ihnen zur Kenntnis genommen, die berichten, dass Sie die Behandlung von Morbus Menière für einfach halten.

Mal abgesehen davon, dass Ihre Erkenntnis, dass meistens Männer im Alter von 45 bis 60 Jahren betroffen sind, für uns neu ist (auf welche Studien, Untersuchungen, Statistiken stützt sich diese Aussage?) ist uns nicht klar, was Sie mit der Injektion ins Ohr meinen. Meinen Sie etwa die nicht ganz unproblematische Gentamycin-Behandlung?

Überall in Deutschland versuchen HNO-Ärzte das Menière-Syndrom mit Betahistin in den Griff zu bekommen und nicht mit einer „Injektion ins Ohr“.

Wenn Sie als Berufsverband diesen - durchaus nicht unumstrittenen - Therapieansatz für überholt halten, wären wir für ausführlichere Informationen dankbar und auch dankbar, wenn Sie uns die Studien nennen würden, auf die sich Ihre Aussagen stützen.

Ich würde mich über Nachricht von Ihnen freuen.

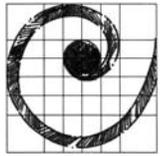
Mit freundlichen Grüßen

Dankenswerterweise erhielten wir schnell Antwort:

herzlichen Dank für Ihre freundliche Mail, die sich auf den Artikel in den Stuttgarter Nachrichten bezieht.

Auch uns hat die Wiedergabe der Pressemeldung in wenigen Sätzen erstaunt, den vollständigen Text finden Sie in der Anlage. Prinzipiell wird von der Agentur, die solche Pressemeldungen herausgibt, der LINK der vollständigen Information mitgeliefert und eine Zitation empfohlen.

Hinsichtlich der Therapie der Morbus Me-



Medizin

nière gibt es immer wieder gegensätzliche und kontroverse Ansichten. Die COCHRANE-Studienlage ist für solche wissenschaftlichen Bewertungen in Streitfällen einzige Grundlage. Ein Review aus unserer Feder aus dem Jahre 2005 und einen kürzlichen Artikel, den ich gemeinsam mit Herrn Schaaf verfasst habe, füge ich bei. In diesem Artikel ist die aktuelle Studienlage noch einmal aus neutraler Sicht auf der Basis der COCHRANE Collaboration aufgearbeitet worden. In diesem paper ist die KIMM im übrigen auch erwähnt. Mir sind von August 2010 bis jetzt auch keine weiteren Informationen bekannt.

Mit der "Gentamycintherapie" lässt sich die Erkrankung natürlich nicht beseitigen, jedoch, und das sollte in der Pressemeldung auch nicht zum Ausdruck kommen. Die Behandlung hat in den meisten Fällen positive Effekte auf die Schwindelanfälle, dies ist wissenschaftlich belegt und auch unsere Erfahrung und das bestätigen uns auch die Patienten Ihrer Selbsthilfegruppe, die bei uns in den letzten Jahren behandelt worden sind, immer wieder dankbar.

Herzliche Grüße Ihr L. Walther

Aus unserer Sicht bedeutet das zusammengefasst:

Die Behandlung mit Gentamycin gilt als effektiv. Wichtig scheint uns aber, noch einmal darauf hinzuweisen, dass die Gentamycin-Behandlung nach herrschender Meinung und laut verschiedenen Studien offensichtlich in den allermeisten Fällen in der Lage ist, den Schwindel in etwa in den Griff zu bekommen. Durch diese Therapie wird aber der Morbus Menière nicht geheilt. Sie zerstört Zellen im Ohr. Bei einer Minderheit der Behandelten kommt es daher auch zu Hörverschlechterung. Bei der überwiegenden Mehrheit tritt diese Hörverschlechterung nicht ein. (Nach

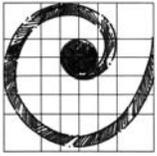
einer neueren Studie ca. 75% ohne Hörverschlechterung) Aber das gilt es für jeden einzelnen abzuwägen.

Bei der Therapie mit Betahistin verweist Dr. Walther auf die Cochrane Collaboration (einem unabhängigen weltweiten Netzwerk von Wissenschaftlern, die die verfügbaren Studien zur Wirksamkeit einer Therapie, eines Medikamentes auf ihre Qualität und Stichhaltigkeit untersuchen). Laut der Cochrane Collaboration gibt es Hinweise auf die Wirksamkeit von Betahistin. Ein wirklicher Nachweis ist hiernach aber bisher nicht gelungen.

Also insgesamt: Nichts Neues unter der Sonne - und leider entsprechen schöne Presseberichte offensichtlich nicht immer den bitteren Tatsachen.

Franz Austen, KIMM-Vorstand





Zu einem Vortrag von Professor Tass

Kommentar von Dr. Fred Knäbel

Medizin

Persönliches Resümee eines weder von Morbus Menière noch von Tinnitus Betroffenen zum Vortrag von Professor Tass mit dem Thema „Neue Therapiemöglichkeit bei chronischem tonalem Tinnitus mittels CR-Neuromodulation“, gehalten in Grevenbroich am 10. November 2010:

In der letzten Ausgabe des Tinnitus-Forums (Anmerkung der Redaktion: Zeitschrift der Deutschen Tinnitus-Liga e.V. (DTL) und der Schweizerischen Tinnitus-Liga (STL)) war das von Professor Tass entwickelte Coordinated Reset-(CR)-Verfahren bzw. die Studie zur Anwendung des Verfahrens beim tonalen Tinnitus stark kritisiert worden. Ich wollte mir deshalb einen eigenen, direkten Eindruck von Methode und Vertreter verschaffen. Herr Professor Tass ist Direktor des Instituts für Neurowissenschaften und Medizin, Neurostimulation am Forschungszentrum Jülich. Er hat Medizin, Physik und Mathematik studiert.

Mein persönliches Resümee

Die Veranstaltung war gut besucht, der Vortrag erfreulich verständlich, ohne sein wissenschaftliches Niveau in Frage zu stellen. Der neurologische und mathematische Hintergrund des Coordinated-Reset-(CR)-Verfahrens wurde transparent dargelegt. Meine Fragen, in denen ich eindeutig auf die kritischen Veröffentlichungen hinwies, wurden qualifiziert beantwortet. Anwesende Betroffene, die sich der Behandlung unterzogen hatten, berichteten durchgehend positiv von Therapie und ihren subjektiven Ergebnissen.

„Coordinated Reset“ steht für „koordinierte Zurücksetzung“. „Koordiniert zurück gesetzt“ werden soll dabei ein krank-

haft synchroner Zustand eines Gehirnareals in seinen zuvor gesunden - d.h. ohne äußere Anregung UN-synchronen – Zustand (siehe auch <http://www.anm-medical.com/>). Die CR-Neurostimulation ist am international anerkannten Forschungszentrum in Jülich in einem Zeitraum von mehr als zehn Jahren entwickelt worden. Sie ist nicht auf das Hören / den Hörbereich des Gehirns beschränkt und kann auf verblüffend erfolgreiche Anwendungen im Bereich der Parkinsonschen Krankheit verweisen. Man wollte die hier gezeigten Videos über den Erfolg der CR-Methode bei invasiver Anwendung (Implantation einer Sonde, vergleichbar der Implantation eines Cochlea Implantats) fast nicht glauben.

Als entscheidendes Kriterium für die grundsätzliche Möglichkeit von diesem Verfahren beim tonalen Tinnitus zu profitieren, wurde genannt, dass der Betroffene durch Hörvergleiche die Frequenz seines Tinnitustones bzw. seiner Tinnitustöne bestimmen kann. Zudem muss er die später als Therapie verabreichten – gegenüber seinem Tinnitus leicht versetzten – Töne hören können (mehr oder minder individuell verstärkt). Nach Aussage des Referenten sind keine anhaltenden Nebenwirkungen des Verfahrens bekannt. Der sich bisher einstellende, tiefere und im Mittel nach drei Behandlungsmonaten um 36 Punkte in seiner von 0 bis 100 gemessenen Lautstärke verringerte Tinnitus-Ton wird von den Betroffenen subjektiv – zumindest für den Zeitraum der Behandlung bis heute - als wesentlich erträglicher beschrieben. Zum Erreichen eines anhaltenden und stark ausgeprägten Therapieerfolgs muss die Therapie länger als drei Monate durchgeführt werden.

Insgesamt entstand bei mir während des Vortrags und der Fragen nie der Eindruck, dass Ergebnisse, die nicht passten, verdeckt oder verschwiegen wurden. Es war für mich kein „Verkaufsvortrag“. Als be-



Medizin

merkwürdig positiv empfand ich, dass für das Therapiegerät (Preis: Euro 2685 ein zugegebenermaßen „stolzer“ Preis) gewährte Rückgaberecht, wenn der Betroffene auf die Therapie nicht anspricht. Rückerstattet werden in einem Zeitraum bis zu zwölf Wochen ca. 85% des Neupreises, eine Rückgabequote von ca. 25 % wurde genannt. Zum Preis des Gerätes kommen ca. 500 bis 700 Euro Kosten für den HNO-Arzt hinzu.

Der Vortragende hofft, das Verfahren mittelfristig auch auf nicht-tonale Formen des Tinnitus (Tinnitusrauschen) erweitern zu können.

Es steht für mich außer Frage, dass weitere Studien zur CR-Neurostimulation wünschenswert bzw. erforderlich sind.

Es war erfreulich für mich, zu hören, dass die bereits durchgeführte Studie unmittelbar vor ihrer offiziellen Veröffentlichung in einschlägigen Fachzeitschriften steht.

Tinnitus ist sicher nicht das vorrangige Problem bei Morbus Menière. Ich würde mir dennoch wünschen, dass sich die Vertreter der unterschiedlichen Standpunkte – zum Wohle der Betroffenen – an den berühmten Tisch setzen – um ..., denn „Neues braucht Freunde“. *Dr. Fred Knäbel*





Anmerkungen zum Aufruf zur Teilnahme an einer neuen Betahistin-Studie

Medizin

Bei der überwiegenden Mehrzahl derjenigen, die die Diagnose Morbus Menière gestellt bekommen haben, wird versucht, die Schwindelattacken mit dem Wirkstoff Betahistin in den Griff zu bekommen. Die Einnahme von Betahistin ist damit wohl in Deutschland und in Teilen Europas der verbreiteste therapeutische Ansatz.

Der Wirkstoff wird - soweit wir wissen - seit Mitte der 80er Jahre eingesetzt; ist also ca. 25 Jahre im Einsatz. Trotzdem fehlt bis heute ein in medizinischen Fachkreisen allgemein akzeptierter Nachweis, dass er die Schwindelattacken verhindert, bzw. die Zahl der Attacken deutlich verringert und die Heftigkeit einer Attacke stark abmildert.

Einen Nachweis über die Wirksamkeit eines therapeutischen Ansatzes bei Schwindelattacken ist bei Morbus Menière aus verschiedenen Gründen sehr schwierig. Zum einen ist schon lange bekannt, dass bei jedem therapeutischen Ansatz bei Morbus Menière der Placebo-Effekt kurz- bzw. mittelfristig sehr hoch ist. Zum anderen fluktuiert das Symptom Schwindel bei Morbus Menière auch stark. Die wenigsten Patienten haben konstant eine gewisse Anzahl von Anfällen pro Woche bzw. Monat. Bei den meisten Betroffenen lösen sich Attackenphasen mit z.T. sehr langen Ruhephasen ab. So ist es erklärbar, dass es nur sehr wenige qualitativ gute Studien zu Morbus Menière gibt.

Die „Cochrane Collaboration“, ein internationaler Zusammenschluss unabhängiger Mediziner, hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Wirksamkeit therapeutischer Ansätze bei Krankheiten mit Hilfe der vorhandenen Studien zu überprüfen. Das hat sie auch für Betahistin gemacht und hat nur ganz wenige Studien gefunden, die qualitativ für eine solche Überprüfung überhaupt berücksichtigt werden konnten.

Die Cochrane Collaboration kommt deshalb zu dem Ergebnis: „Es gibt Hinweise, dass Betahistin hilft; ein Nachweis ist nicht erbracht.“ Das Fehlen des Nachweises liegt im Wesentlichen an methodischen Schwächen selbst dieser qualitativ besseren Studien.

Vor diesem Hintergrund begrüßen wir den Versuch, in einer großangelegten Studie die Wirksamkeit bzw. Nichtwirksamkeit von Betahistin endlich nachzuweisen. Dazu gehört unter anderem die Untersuchung, ob bisher möglicherweise Betahistin in zu geringer Dosierung verabreicht wurde.

Die Frage, ob diese geplante Studie von ihrer Anlage her, von den Erhebungsmethoden und von der Laufzeit in der Lage sein wird, diesen Nachweis zu erbringen, können wir von KIMM nicht beantworten. Hierüber wird es möglicherweise unter den interessierten Mediziner Diskussionen geben. Die Bedingung, dass es sich bei einer derartigen Studie um eine Blind- (double-blind)- Studie (<http://de.wikipedia.org/wiki/Blindstudie>) handeln muss, ist jedenfalls erfüllt.

Im Vordergrund sollten wir aber - unabhängig von methodischen Diskussionen - sehen, dass es Fortschritt nur geben wird, wenn geforscht wird. Wir von KIMM hoffen, dass diese Studie mehr Klarheit über die Möglichkeiten einer Therapie mit Betahistin bringt.





Studie zur Behandlung des Morbus Menière: Teilnehmer gesucht

Für eine Studie der Universitätsklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München werden Patienten mit Morbus Menière gesucht.

Die Therapie des Morbus Menière stellt noch immer ein großes Problem dar. Zwar existiert eine Fülle von Behandlungsstrategien, jedoch gibt es bisher keine nach „state-of-the-art“-Prinzipien durchgeführten Studien. Frühere Untersuchungen konnten zeigen, dass eine höhere Dosierung von Betahistin therapeutisch wirksamer ist als eine niedrigere.

Ausgehend von diesen Befunden wird nun eine multizentrische, Placebo-kontrollierte, doppelblinde Dosisfindungsstudie durchgeführt. Ziel dieser Studie ist es, den Effekt von unterschiedlich hoch dosiertem Betahistin auf die Anzahl der Schwindelattacken zu prüfen. Untersucht werden soll dabei insbesondere eine höhere Dosierung von Betahistin (3x48 mg pro Tag), die bisher noch nicht zur Behandlung des Morbus Menière zugelassen ist. Die Studie (EudraCT-Nr. 2005-000752-32)

wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziert (BMBF177zfyGT).

Rahmendaten der Studie:

Einschlusskriterien:

Definitiver M. Menière gemäß den Kriterien der American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery:

- zwei oder mehr Drehschwindelattacken von mindestens 20 Minuten Dauer
- Tinnitus oder Völlegefühl im betroffenen Ohr
- Ausschluss anderer Ursachen
- audiometrisch dokumentierter Hörverlust
- mindestens zwei Menière-Attacken pro Monat für mindestens 3 aufeinander folgende Monate
- Alter: 18–80 Jahre

Ausschlusskriterien:

- andere Erkrankungen des vestibulären Systems (z. B. vestibuläre Migräne oder phobischer Schwankschwindel)
- Kontraindikationen für die Behandlung mit Betahistin (z. B. Asthma, Phäochromozytom)
- Schwangerschaft oder Stillzeit
- Schwere Nieren- oder Leberinsuffizienz, Magen- oder Dünndarmulzera, Tumoren, schwere koronare Herzerkrankung
- Behandlung mit anderen Antihistaminika

Behandlungsdauer:

9 Monate, weitere 3 Monate follow-up

Klinische Ziele:

Verhinderung der Schwindelattacken, Abschwächung bzw. Beendigung von Tinnitus, Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Hörfunktion
Zehn Zentren in den folgenden Städten beteiligen sich an der Studie: Aachen, Berlin, Erlangen-Nürnberg, Essen, München, Regensburg, Tübingen.

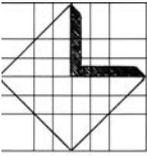


Für diese klinisch wichtige Behandlungsstudie werden dringend geeignete Patienten/-innen gesucht. Kollegen/-innen, die in Frage kommende Patienten behandeln, oder interessierte Patienten können sich direkt bei Herrn Prof. Michael Strupp über die Studie und das für Sie nächstgelegene Studienzentrum informieren.

Ansprechpartner:

Herr Prof. Dr. Michael Strupp
Klinikum der Universität München,
Campus Großhadern
Neurologische Klinik und IFB Schwindel
tel: 089 / 7 095 – 6678 oder 6680
fax: 089 / 7095 – 6673
E-Mail: Michael.Strupp@med.uni-muenchen.de

Quelle: Ludwig-Maximilians-
Universität München,
www.schwindelambulanz-muenchen.de



Erfahrungsberichte Morbus Menière - Betroffener

Briefe

**Dank an KIMM e.V. für die gelungene
Herbsttagung in Essen von Gaby
Schwarze aus Düsseldorf**

Durch das sh-meniè-re-Forum, in dem ich mit Morbus Menière-Betroffenen in Kontakt stehe, erfuhr ich von der KIMM-Tagung am 25. September 2010 in Essen: Natürlich hat es mich sofort interessiert. Und da meine Heimatstadt Düsseldorf nicht weit entfernt von Essen liegt, nahm ich trotz meiner Sorge, einen Menière-Anfall zu bekommen, daran teil. Zumal ich dort eine Teilnehmerin treffen konnte, die ich aus dem Forum persönlich kannte.

Da ich zu diesem Zeitpunkt noch kein Mitglied von KIMM war, wusste ich allerdings gar nicht, was mich dort erwartete. Aber schon am Eingang des Veranstaltungsortes Comin-Center wurde ich sehr freundlich begrüßt und direkt von einigen Mitgliedern in Gespräche mit einbezogen. Es sollten neben den Vorträgen auch Arbeitsgruppen (Workshops) angeboten werden und ich war nach wie vor sehr gespannt darauf.

Nach der sehr freundlichen Begrüßung der Vorsitzenden Frau Bott hielt Frau Dr. Märtnner, Oberärztin an der Tinnitus-Klinik Bad Arolsen, ihren Vortrag unter dem Thema „Die Angst bei Morbus Menière und der Umgang mit ihr“. Dieser Vortrag war für mich sehr interessant, da ich mich einfach in meinen Alltagsängsten und meinem Umgang damit sehr verstanden fühlte. Es wurden verschiedene Schwindelarten sehr gut erklärt und somit fühlte ich mich in meiner Diagnose Morbus Menière voll und ganz bestätigt.

Der zweite Vortrag wurde von Dr. Weber, Arzt im neuen Schwindelzentrum Essen, gehalten:
In diesem Vortrag wurde das erste Thema

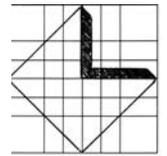
weiter ausgearbeitet und auch hier wurden meine Eindrücke, dass Morbus Menière heute viel zu schnell diagnostiziert oder mit anderen Schwindelarten verwechselt wird, bestätigt. Die anschließende Diskussionsrunde war sehr gut gestaltet. Es wurden viele Fragen fachlich beantwortet und erneute Anregungen bezüglich der Diagnostik gegeben. Ich hätte mir 2004, als meine Diagnose in der Uniklinik Düsseldorf gestellt wurde, ein solches Schwindelzentrum oder eine Schwindelambulanz gewünscht. Ein Ort, an dem man in Form eines einwöchigen Aufenthaltes mehr über Schwindel und den Umgang damit lernen und sich einer zweiten Diagnose unterziehen kann. Eine gute Sache, die ich hier nicht komplett wiedergeben, aber empfehlen kann.

Auch Dr. Richter, HNO-Arzt aus Essen, hat seine Informationen sehr verständlich weitergegeben. Dabei ging es im Allgemeinen um eine wünschenswerte Zusammenarbeit von Rehakliniken und HNO-Ärzten vor Ort.

Ich nahm dann an der Arbeitsgruppe "Selbsthilfegruppen" teil und mein Fazit war, dass es viel zu wenige davon gibt. Denn dort kann man wirklich noch einiges für uns Betroffene tun. Eine solche Gruppe ist sehr wichtig und sollte in jeder größeren Stadt vorhanden sein. Dort kann man neben dem Treffen und Austausch mit anderen Morbus Menière'lern auch einiges mehr erfahren, was Ämter, Arbeitsfähigkeit etc. betrifft.

Es wäre schön, wenn sich mehr solcher Gruppen bilden würden, damit man gemeinsam mehr Kraft für den Alltag erwerben kann. Es wäre auch mir ein Anliegen, mit jemandem zusammen eine Selbsthilfegruppe in Düsseldorf entstehen zu lassen.

Zum Schluss möchte ich mich noch mal



Briefe

bei allen Beteiligten ganz herzlich für diese rundum gelungene Veranstaltung bedanken. Vor allem auch für die Technik, die uns Hörgeräteträgern ein sehr gutes Verstehen der Redner über die Induktionsanlage ermöglichte. Bei der nächsten Tagung in meiner Umgebung bin ich bestimmt wieder aktiv dabei. *Gaby Schwarze*



Aufwändige Technik im Hintergrund und eine gründliche Vorbereitung gewährleisten den Erfolg der KIMM-Tagungen

Erfahrungsbericht zur Labyrinth - Anästhesie von Ulrika Kunz

Zur Erfahrung der Labyrinth-Anästhesie (LA) möchte ich Folgendes mitteilen:

Anfang Januar bis Mai 2009 hatte ich mehrere Tumarkin-Anfälle in der Woche. Diese Anfälle haben sich bei mir im August 2008 eingestellt. Es war so schlimm, dass ich keinen Schritt mehr allein aus dem Haus wagte, ich brauchte eine Begleitperson. Mein Mann musste vieles mit mir erdulden. Es konnte nicht mehr so weitergehen. Mein Job stand auf der Kippe, das Ende des Verständnisses der Firma war erreicht.

Als ich dann im März bei KIMM in Waiblingen

den Vortrag von Prof. Ilberg hörte, war mir klar: diese Behandlung lasse ich durchführen! Schlechter konnte es ja nicht mehr werden.

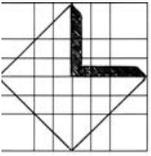
Ende Mai hatte ich den Termin für die LA in Frankfurt. Der Eingriff war harmlos, der danach einsetzende Schwindel mit Erbrechen und Übelkeit war ein ausgeprägter Menièreanfall. Aber nach ein paar Stunden und zwei Infusionen ging es mir wieder relativ gut. Ein paar Tage hatte ich noch leichten Schwindel, aber dieser legte sich wieder. Ich hatte bis Anfang April keine Tumarkin-Anfälle mehr.

Erst kurz vor Ostern kamen diese Schwindelattacken wieder. Aber nicht so stark, dass ich stürzte. Es war nur kurzer Sekundenschwindel, ohne jegliche Einschränkung. Auch das hat sich wieder gebessert.

Ich kann nur für mich selbst sprechen, ich bereue keinen Tag, diese Behandlung durchgeführt zu haben. Meine Lebensqualität hat sich um 100% gebessert. Ich bin wieder selbständiger geworden. Die Kosten für die Behandlung sind nicht gerade gering. Die Krankenkasse hat sich geweigert, die Kosten zu übernehmen. Das gesamte Widerspruchsverfahren hatte ich durchgekämpft, keine Chance! Die Aussage der Kassen: Mit Betahistin ist der Menière gut zu behandeln!

Liebe Frau Bott, vielleicht können Sie dem einen oder anderen mit dieser Aussage helfen. Wie gesagt, das ist nur meine persönliche Erfahrung.

Eine gute Zeit wünscht Ihnen Ulrika Kunz



Briefe

Erfahrungsbericht zur Cochleo-Sacculotomie von I. Blotzheim-Horriar

Sehr geehrte Frau Bott, es ist einige Zeit her, dass ich meine Geschichte erzählen durfte (Erfahrungsbericht in der Ausgabe 2-2007). Im Rahmen einiger wichtiger Fragen möchte ich noch Folgendes dazu ergänzen:

Nach meiner Saccotomie hatte ich sage und schreibe über ein Jahr nur kleinere Anfälle, Schwindel natürlich täglich einbe-griffen. Aber man ist das ja gewöhnt. Letztes Jahr im März ging es über Nacht plötzlich los: Aus den schweren Anfällen kam ich gar nicht mehr heraus. Nach "Aufpöppelung" in meinem Heimatkran-kenhaus wurde ich von dort in die Uni-Kli-nik nach Aachen gebracht.

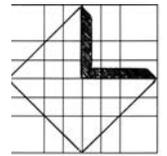
Nach einigen Wochen von Tests mit neuen Medikamenten, die alle bei mir nicht an-schlugen, entschied sich Herr Prof. West-hoven Ende Mai, eine Cochleo-Sacculoto-mie vorzunehmen. Ich war damit einver-standen, da mir 1. eine Besserung bis zu 80% versprochen wurde und 2. ich auf mein noch 10%iges Hörvermögen links verzichten konnte. Man versprach mir, dass ich wirklich keine schweren Anfälle mehr haben werde und dass der innere Druck gemindert wird.

Nach Durchführung der OP fühlte ich mich gut. Ich konnte auch direkt wieder laufen, was ja damals erst nach ein paar Monaten möglich war. Der Schwindel hat sich ge-wandelt in eine Benommenheit (es ist, als ob ich jeden Tag Sekt trinke). Auch Ge-wöhnungssache. Da ich weiterhin jeden Dienstag eine Stunde Gleichgewichts- und Gymnastiktraining habe, denke ich, dass ich alles hinreichend gut im Griff habe.

Nun meine Frage an diejenigen, die auch so eine OP erlebt haben: Seit einigen Mo-naten häufen sich bei mir kleinere Anfälle. Diese Anfälle kündigen sich bei mir mit großem Schwitzen an und die Beine wer-den schwach. Nach einiger Zeit Liegen kommt plötzlich die Übelkeit und ich muss brechen. Es ist, als ob im Magen/Bauch ein Schwindel stattfindet. Mein HNO sagte dazu, das Hirn würde einfach die früheren Situationen nicht vergessen. Spinnt der Kopf, Befehl ans Hirn: "k.....". Der Druck hat sich auch verändert: er hat sich wieder gesteigert. Jedoch nicht so stark, dass ich dann nicht mehr laufen mag. Mein Alltag gestaltet sich derart, dass ich vieles erledigen kann: Der Kopf bestimmt, wie lange. Nur Radfahren und Schwimmen kann ich nicht. Wie sieht es bei anderen damit aus? Kann man dies wieder riskie-ren?

*Schwindelige und vernebelte Grüße
Ihre I. Blotzheim-Horriar*





Begriffsklärung: Cochleo-Sacculotomie

Die Cochleo-Sacculotomie ist auf dem amerikanischen Kontinent verbreiteter als in Europa. Ziel dieser Methode ist die Herstellung eines persistierenden endo-perilymphatischen Shunts zur Vermeidung eines endolymphatischen Hydrops. Das Verfahren kann in Lokalanästhesie durchgeführt werden. Ein scharfes rechteckig gebogenes Häkchen (2-3 mm) wird dabei so in die Rundfenstermembran eingeführt, dass die Spitze in die Mitte der Fußplatte zeigt. Der Haken wird anschließend etwas nach rechts und nach links bewegt. Dadurch wird eine Fraktur der Lamina spiralis ossea und des Ductus cochlearis provoziert. Danach wird die Prozedur wiederholt und das Fenster bindegewebig verschlossen. Einige Patienten nehmen intraoperativ ein clickartiges Geräusch wahr, wenn der Haken in das runde Fenster eingeführt wird, jedoch keine Schwindelsensationen. Die Langzeiterfolge liegen zwischen 82% und 89%. Jedoch sind die Auswirkungen auf das Hörvermögen nicht unbedeutend. Schuknecht berichtet bei 60 Patienten über eine Rate von immerhin 25% Hörverschlechterungen. Viele Autoren sehen daher eine Indikation im fortgeschrittenen Alter oder bei fehlender Narkosefähigkeit. Wegen des hohen Prozentsatzes an nachfolgenden Hörminderungen ist die Methode aus eigener Anschauung ausschließlich Patienten mit hochgradiger Hörstörung oder Hörverlust indiziert.

Aus: Gestörtes Gleichgewicht. Wiederherstellende Verfahren bei gestörtem Gleichgewicht von L.E. Walther, Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und Plastische Kopf- und Halschirurgie, Universitätszentrum Aachen





Hör- und Kommunikationsseminar in Bad Nauheim Bericht von Barbara Paul

Medizin

Vom 26. bis zum 29. August fand es statt, das Hör- und Kommunikationsseminar, das Barbara Paul von der Paderborner Selbsthilfegruppe für Morbus Menière so begeistert hat. Eine "Kommunikationsbrücke" zu erlernen, aber auch das eigene Verhalten so den eigenen Grenzen anpassen zu können, waren hier Themen. Und nicht zuletzt die Technik und wie sie helfen kann.

Barbara Paul berichtet:

Frau Classen, die Leiterin des Seminars, kannte ich von einem Workshop im Jahre 2009. Danach stand für mich fest, dass ich unbedingt an einem kompletten Hör- und Kommunikationsseminar teilnehmen wollte. Ein derartiges Seminar wird in der Regel zweimal jährlich in bekannten Reha-Kliniken in Kooperation zwischen der DTL und der DHS (deutsche Hörbehindertenselbsthilfe) angeboten. Zudem kommt Frau Classen nach Absprache auch direkt in eine Selbsthilfegruppe, um über Probleme aus dem Umfeld Hören und Verstehen zu referieren.

Vierzehn Teilnehmer, alle unterschiedlich betroffen, von Anfang 40 bis 80 Jahre alt, waren anwesend. Nur drei davon waren noch berufstätig, der große Rest bereits im Ruhestand, den manche aus gesundheitlichen Gründen vorziehen mussten. Leider konnten wir keinen gut Hörenden unter uns ausmachen – der dann ggf. nach der Veranstaltung mehr Verständnis für uns hätte aufbringen können. Als Wort des Tages empfand ich die Bezeichnung „Kommunikationsbehinderte“ – eine Wortschöpfung von Frau Classen – für uns „Schwerhörige“.

Zu Beginn des Seminars wurden wie immer FM-Empfänger mit Schleife als Zusatztechnik verteilt. Dabei wurde wieder

klar, wie wenig Betroffene Bescheid wissen, ob ihr Hörgerät über eine vom Akustiker aktivierte / freigeschaltete T-Spule verfügt. Und leider ist es offensichtlich vielen Betroffenen weiterhin wichtiger, dass die Hörgeräte sehr klein sind, während aufgeklärte Hörgeschädigte auf helfender Zusatztechnik bestehen (!) – auch wenn das Gerät dadurch größer ausfällt.

In der Kennenlernrunde mussten sich immer zwei Teilnehmer gegenseitig interviewen und sich den Anderen dann in der Gruppe vorstellen. Das Eis war schnell gebrochen. Unter Betroffenen ist das meiner Erfahrung nach immer so. Hörgeschädigte gehen einfach anders mit einander um, sie wissen, was der andere braucht, um besser zu verstehen. Deshalb ist der Kontakt zu anderen „Kommunikationsbehinderten“ so wichtig.

Im Seminar lernten wir das Modell der „Kommunikationsbrücke“ kennen und wie wir sie für uns begehbar machen können im Umgang mit Normalhörenden. Das Bild der Brücke sollte dabei speziell verdeutlichen, dass der Austausch von Informationen immer zwei Seiten braucht, einen Sender und einem Empfänger der Information. Wir haben aber auch gelernt, dass wir nicht nicht kommunizieren können: Wir senden permanent auch Signale über Körpersprache und Mimik, „hören“ also mit allen Sinnen, vor allem mit den Augen, aber auch über die Haut. Nach Aussage von Frau Classen fühlen Hörgeschädigte Vibrationen, die gut Hörende gar nicht wahrnehmen. Wie gut wir das schon können, erfuhren wir in einer Wahrnehmungsübung. Bewusst oder unbewusst wird vom Hörgeschädigten viel genutzt, um auszugleichen, was beim Hören selbst „nicht mehr da ist“. Natürlich kann auch aus der Situation heraus selbst vieles abgeleitet und kombiniert werden. Nur kostet dies alles sehr viel Kraft und Konzentration.



Medizin

Wir lernten im Seminar auch unser Verhalten anzupassen, unsere Grenzen zu akzeptieren und zu verstehen, *warum* Hören so verdammt viel Kraft kostet und wie hoch der Konzentrationsaufwand dabei ist. Und wie helfend Zusatztechnik dann sein kann.

Besonders gut gefiel mir auch der CI-Vortrag von Dr. Zeh, Chefarzt der Kaiserberg-Klinik, Bad Nauheim (siehe Beitrag in KIMM-aktuell 2-2007), selbst beidseitiger CI-Träger. Erklärt hat er, wie wir eigentlich hören und was passiert, wenn auf der Leitung vom Ohr zum Gehirn - wo wir tatsächlich erst „das Hören“ gewahrt werden - etwas fehlt und unter welchen Bedingungen ein CI hier Abhilfe schaffen kann.

Über technische Hilfsmittel allgemein referierte Frau Gerner. Hier wurde erneut deutlich, wie wenige Hörgeschädigte darüber Bescheid wissen. Frau Gerner ging ebenfalls darauf ein, wie wichtig es ist, gerade am Arbeitsplatz oder in einer größeren Runde solche Geräte zu nutzen.

In der Gruppenarbeit fertigten wir aus

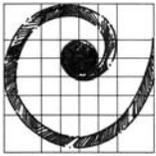
alten Zeitschriften Collagen an zum Thema „Ich als Kommunikationsbehinderter in einer hörenden Welt“. Arbeiten, die bei identischem Ausgangsmaterial zu völlig unterschiedlichen Ergebnissen führten: Jeder hört eben anders und für jeden ist es anders, hörbehindert zu sein. Jeder Mensch hat andere Ressourcen, die er nutzen kann und andere Voraussetzungen, mit einer solch schweren Beeinträchtigung sein Leben zu meistern.

Wer wollte, hatte im Hause der Kaiserberg-Klinik noch die Möglichkeit, sein Gehör überprüfen zu lassen und auch abzuklären, ob bereits eine CI-Indikation vorliegt. Zwei vermeintlich Normalhörende wurden so mit einer Hörgeräteindikation konfrontiert. Für sie ein richtiger Schlag.

Dieses Wochenende habe ich - selbst als „erfahrenes Schlappohr“ - als sehr interessant empfunden.

Ich möchte speziell Frau Classen danken und - nach einigem zeitlichen Abstand - werde ich sicher noch einmal ein solches Seminar besuchen.





15. Bad Arolser Tinnitus-Symposium

Bericht von Edeltraud Mory

Medizin

Im Rahmen des 15. Bad Arolser Tinnitus-Symposium am 10. und 11. September 2010 in der Schön-Klinik fand ein Workshop zum Thema "Verbesserung der Lebensqualität durch Sport" statt.

Aus einer Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen weiß man heute, dass sich regelmäßige Bewegung positiv auf das psychische Wohlbefinden auswirkt.

Menschen, die regelmäßig Sport treiben, fühlen sich insgesamt: ausgeglichener, selbstbewusster, leistungsfähiger, haben einen gesünderen Schlaf und sind davon überzeugt, die Lösungen ihrer Probleme besser in den Griff zu bekommen. Sie werden besser mit Stress fertig und haben eine bessere Konzentrationsfähigkeit u.v.m.

Außerdem kann regelmäßiges sportliches Bewegen das Ausmaß an Angst verringern und helfen, Depressionen zu überwinden.

Unmittelbar nach dem Training erleben 75% der Sporttreibenden positive Befindlichkeitsveränderungen. Sie fühlen sich entspannter, tatkräftiger, besser gelaunt und weniger nervös, niedergeschlagen und energielos.

Pluspunkte des Sports sind jedoch nicht nur die körperliche und geistige Fitness bis ins hohe Alter, sondern auch die gemeinsame Betätigung in der Familie, der gesellige Kontakt, die Unterhaltung mit vertrauten und unbekanntem Menschen, die gemeinsame Betätigung.

Grundregeln für den Anfang: Suchen Sie etwas aus, das Ihnen Spaß macht! Nur dann bleiben Sie auf Dauer dabei.

Planen Sie die Bewegung in Ihren Tagesablauf ein! Nur so kann es zu einem wiederkehrenden Ritual werden und wird beibehalten.

Fangen Sie langsam an! Ihr Körper muss sich erst an die Belastung gewöhnen, geben Sie ihm Zeit dazu. Sport wird als negativ empfunden, wenn einem im Anschluss alles weh tut, dann fällt es auch schwerer, sich wieder neu anzustrengen.

Legen Sie regelmäßig Pausen ein!
Steigern Sie die Belastung langsam!
Bewegen Sie sich regelmäßig!

Die Belastungsintensität:

Eine gute Hilfe, ohne technische Geräte, bietet die Atmungskontrolle: Während der Bewegung sollte man noch reden können.

Sportarten des Ausdauertrainings sind:

Dauerlauf, Nordic-Walking, Schwimmen, Radfahren, Langlauf, etc.

Mindestens 60 Minuten in der Woche, aufgeteilt in 3 x je 20 Minuten, sind optimal. Im Anschluss daran sollten Sie Dehnübungen durchführen.



Jetzt ist die richtige Jahreszeit für ausgedehnte Spaziergänge an der frischen klaren Luft - mit oder ohne Schlitten



Medizin

Krafttraining mit leichten Gewichten und 15 bis 20 Wiederholungen durchführen. Der Körper sollte dabei nicht an die Erschöpfungsgrenze herangeführt werden. Wichtig ist, gleichmäßig zu atmen und Pressatmung zu vermeiden. Im Anschluss sollten Sie Dehnübungen durchführen.

Dazu kommt eine **gesunde Ernährung**, die 50% der Gesundheit, Attraktivität und Fitness ausmacht.

Stellen Sie Ihre Ernährung um auf gesunde, vollwertige Ernährung. Ihr Körper wird es Ihnen danken. Essen Sie viel Obst und Gemüse, Vollkornprodukte, Fisch und mageres Fleisch, Geflügel, magere Milch und deren Produkte.

Trinken Sie reichlich ungesüßte Tees oder stilles Wasser, mindestens 1,5 Liter am Tag, meiden Sie gesüßte Getränke und Alkohol. Verzichten Sie auf fettige Produkte

und essen Sie nicht weiter, wenn Sie satt sind.

Der Body-Mass-Index (BMI) errechnet sich wie folgt: Nehmen Sie Ihr Körpergewicht (in kg) und teilen Sie es durch Ihre Körpergröße im Quadrat (in m), also:

BMI = kg : Größe²
Beispiel: 80 kg: 1,75 x 1,75 = 26,14 kg/m²

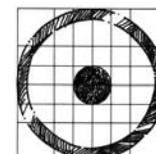
unter 18kg/m ² =	untergewichtig
18-24,9	normal
25-29,9	übergewichtig
30-34,9	fettleibig Klasse 1
35-39,9	fettleibig Klasse 2
über 40	fettleibig Klasse 3

(gilt nicht für Kinder und Sportler!)

Zum Abnehmen reichen 1 bis 2 kg im Monat. Das sind 12 bis 24 kg im Jahr

Edeltraud Mory, KIMM e.V.

In eigener Sache: Aufruf an alle SHG



intern

KIMM-Aufruf an alle Morbus Menière-Selbsthilfegruppen

Liebe Mitglieder und Leiter einer Morbus Menière-Selbsthilfegruppe,

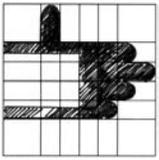
wir haben überlegt, wie die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Gruppen und dem Vorstand verbessert werden könnte.

Eine gute Möglichkeit sehen wir z.B. darin, dass Sie als Leitung oder als Mitglied einer örtlichen Morbus Menière-Selbsthilfegruppe stärker als bisher aus Ihrem Leben in der Gruppe berichten. Wir bitten Sie daher um Berichte über ihre Arbeit im allgemeinen und / oder über besondere Aktivitäten.

Das möchten wir dann jeweils in unserer Zeitschrift KIMM-aktuell veröffentlichen, um die Arbeit vor Ort bekannter und transparenter zu machen. Außerdem haben wir beschlossen, einmal im Jahr ein Treffen der Gruppenleiter anzubieten, um den Austausch untereinander und die Weitergabe von Informationen zu verstärken.

Bitte melden Sie sich mit Ihren Beiträgen und Fragen bei Edeltraud Mory, Telefon 05034 / 4255, Im Bruche 7, 31535 Neustadt oder unter Edeltraud.Mory@kimm-ev.de

Wir freuen uns auf eine aktive Vertiefung und Erweiterung unserer Zusammenarbeit.
Der Vorstand



Abschied: Lore Coulon übergibt "ihre" Selbsthilfegruppe an ihre Nachfolger

Selbsthilfe

Mit der Ankündigung „Treffen der Morbus Menière Selbsthilfegruppe Köln, am 25. November 2010 von 16.00 - 18.00 oder 19.00 Uhr im Gertrud-Stock-Saal des Integrationsfachdienstes, Köln, Lupusstr.22“ lud Lore Coulon zum letzten Mal als Leiterin der Gruppe zur alle zwei Monate stattfindenden Zusammenkunft ein.



Vor mehr als elf Jahren gründete sie gemeinsam mit zwei weiteren Frauen diese Selbsthilfegruppe und stand ihr ebenso lange als Leiterin vor. Nun war es ihrer Meinung nach Zeit, die Leitung - nach einjähriger Ankündigung - in andere Hände zu übergeben. Und es sind mehr als zwei Hände, denn in Zukunft werden sich mehrere Mitglieder der Gruppe die bisher von Lore Coulon wahrgenommenen Aufgaben untereinander aufteilen. Es wurde rege darüber diskutiert, wie bei der vorgesehenen Aufteilung auf mehrere Personen altbewährte Abläufe zukünftig durchzuführen sind. Zum Ende des Treffens dankte Frau Engels, langjährige Mitstreiterin und Wegbegleiterin, Lore Coulon im Namen aller Mitglieder für ihr unermüdliches Einsetzen für die Belange der Morbus Menière-Betroffenen. Von Seiten KIMM e.V. nahm Dr. Fred Knäbel am Treffen teil und dankte speziell für das KIMM entgegengebrachte Vertrauen und die langjährige Unterstützung der gemeinsamen Sache.



„Jedem Abschied wohnt ein Anfang inne“ Hermann Hesse (1877 - 1962).

Wir wünschen Lore Coulon von ganzem Herzen alles Gute für ihre nun hoffentlich ein wenig ruhigere Zeit. Aber natürlich hoffen wir dennoch, bei der ein oder anderen Morbus Menière-spezifischen Fragestellung auf ihren reichhaltigen Erfahrungsschatz zurückgreifen zu dürfen. Den neuen Leiterinnen wünschen wir guten Erfolg ihrer Unternehmungen und freuen uns auf weiterhin erfolgreiches gemeinsames Streiten und Wirken für alle Morbus Menière-Betroffenen.

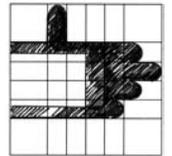
Der Vorstand KIMM e.V.



Fotos auf dieser Seite:
Lore Coulon bei ihrem letzten Treffen als Leiterin der Selbsthilfegruppe Köln

Selbsthilfegruppen

Kontaktadressen für Menière Patienten



Selbsthilfe

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

Neu! Hamburg

Email: meniere.shg.hh@web.de
erste Treffen fanden schon statt. Termine
und Ort über die Emailadresse erfragen.

Hannover

Edeltraud Mory
Im Bruche 7
31535 Neustadt am Rübenberge
Telefon 05034 - 42 55
Email: edeltraud.mory@web.de
Treffen: Termine bitte bei Edeltraud Mory
erfragen

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
Email: adelheid_munck@freenet.de

Moormerland

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

Neu! Nürnberg

Edeltraud Kerschenlohr
Telefon 0917 - 94 09
Email: edeltraud.kerschenlohr@t-online.de
Treffen: jeden 1. Samstag im Monat
10.00 Uhr bis 12.00 Uhr in den Räumen
von KISS, Am Plärrer 15 in Nürnberg

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

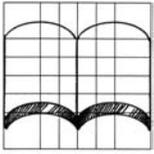
Stuttgart

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@jao1.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 Würz-
burg (Nähe Uni-Klinikum).

Zur Beachtung! Diese Angaben können
sich ändern. Bitte informieren Sie sich
immer bei den angegebenen Kontakt-
adressen! Aktuelle Infos über:
www.kimm-ev.de/index.php?id=15



Literatur

Ausgewählte Fachliteratur

Literatur

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

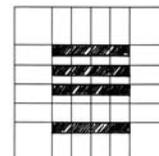
Verlag pmi
ISBN 3-89786-047-3. 19,80 Euro
Lexikon in Urteilen zu ca. 500 Stichworten.

Anne Freimann

Schwindel

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

Kliniken - Adressen und Infos zu Kliniken und Reha - Einrichtungen



Adressen

Kliniken mit Schwindel-ambulanzen

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

Aachen: Klinik für HNO, UK Aachen, Paulwelsstraße 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

Essen: Schwindelzentrum Essen, Klinik für Neurologie, Universitätsklinik Essen, Hufelandstraße 55, 45147 Essen

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

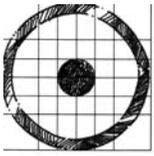
Bad Berleburg: Baumrainklinik, Lerchenweg 8, 57319 Bad Berleburg, Tel 02751-87-1430

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

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



Sudoku

Das Kulträtsel aus Japan

Unterhaltung

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

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

LEICHT 2

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

MITTELSCHWER 1

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

MITTELSCHWER 2

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

SCHWER 1

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

SCHWER 2

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