

KIMM

aktuell



MITGLIEDERZEITSCHRIFT FÜR KIMM E.V. – KONTAKTE UND INFORMATIONEN ZU MORBUS MENIÈRE

Frühjahrstagung 2012 Bad Grönenbach

„Morbus Menière -
eine Achterbahnfahrt
im Alltag“

„Morbus Menière &
Vestibuläre Migräne:
Zwillinge, Geschwister
oder nur Verwandte?“

„Lebensfreude trotz Morbus
Menière - Was kann die
Psychologie beitragen“

„Morbus Menière 2012 -
mögliche Ursachen &
Therapien“



Weitere Themen:

- Mitgliederversammlung
und neuer / alter Vorstand
- 2. Treffen der SHG-Leitungen
- Initiative MM-Treff Nürnberg
„Induktives Hören“

Kontakte und Informationen zu Morbus Menière

Spezielle Rehabilitation für Morbus Menière Patienten



Die HELIOS Klinik Am Stiftsberg ist eine anerkannte Fachklinik in der Behandlung von Hörbehinderten und Tinnitus-Patienten mit 177 Betten. Mit unserer seit 1997 gesammelten Erfahrung haben wir das Therapiekonzept speziell auf die besonderen Belastungen und Probleme von Hörbehinderten und Tinnitus-Patienten abgestimmt. Für alle Mitarbeiter stehen diese Erfordernisse im Mittelpunkt ihrer Aufmerksamkeit.

In der HELIOS Klinik Am Stiftsberg steht eine umfangreiche technische Ausrüstung zur Unterstützung der Betroffenen zur Verfügung. Wenn gewünscht, stellt unsere Gebärdensprachdolmetscherin eine sichere Kommunikation her, auch viele Mitarbeiter nutzen die Gebärdensprache. Wir haben alle Voraussetzungen geschaffen, dass jeder Patient ohne wesentliche Kommunikationsprobleme alle Möglichkeiten unserer Klinik nutzen kann.



Auch in diesem Jahr gibt es wieder spezielle Sonderprogramme und -aufenthalte in der HELIOS Klinik Am Stiftsberg.

Sprechen Sie mit uns oder informieren Sie sich auf unserer Internetseite:

www.helios-kliniken.de/am-stiftsberg

Ausführliche Informationen erhalten Sie unter:

HELIOS Klinik Am Stiftsberg

Sebastian-Kneipp-Allee 3/4

87730 Bad Grönenbach

Telefon (08334) 981-500

Telefax (08334) 981-599

info.am-stiftsberg@helios-kliniken.de

www.helios-kliniken.de/am-stiftsberg

*Liebe Mitglieder und Freunde von KIMM e.V.
und KIMM aktuell,*

Sie halten die neue Ausgabe 1-2012 unserer Zeitschrift *KIMM aktuell* in den Händen und ich hoffe, dass wir auch in diesem Heft wieder interessante Informationen für Sie bereitstellen konnten, Informationen, die Ihnen speziell in Ihrem Alltag, im berühmt-berüchtigten Tagesgeschäft, helfen sollen. Wir hoffen auch, dass Sie durch die Beiträge ermutigt werden, an der nächsten KIMM-Tagung in Hannover teilzunehmen, um die positiven Einwirkungen einer Tagung leibhaftig zu erfahren.

Sie finden zunächst das äußerst lebendige Referat unseres Mitglieds Frau Heider über ihre Lebens-Achterbahn mit Morbus Menière; Psychologe Dr. Rien geht in seinem Beitrag auf Möglichkeiten ein, trotz Morbus Menière Lebensfreude zu empfinden. Einen direkten Einblick in den aktuellen Stand der medizinischen Forschung zu Morbus Menière gewährt uns Prof. Helling vom Uniklinikum Mainz: Wichtigste Aussage in seiner Ausarbeitung scheint mir die Anerkennung der Wirksamkeit von Gentamycin im Rahmen einer Veröffentlichung der allseits anerkannten Cochrane Collaboration zu sein. Und als letzten Referenten nenne ich hier Herrn Dr. Kratzsch, medizinischer Direktor der Klinik am Stiftsberg, Bad Grönenbach, der die Abgrenzung unserer Erkrankung zur vestibulären Migräne aufzeigt. Und mit Herrn Dr. Kratzsch bin ich bei der Person angelangt, der ich unseren ganz besonderen Dank aussprechen möchte: Dank für die Tatsache, dass er uns seit vielen, vielen Jahren vorzüglichst „als Wiederholungstäter“ unterstützt und uns dieses Mal unter der Überschrift „VI. Bad Grönenbacher Morbus Menière – Symposium“ erneut das Dach und die Referenten für unsere Frühjahrstagung bot.

In den Nachmittag dieser Tagung waren 4 Workshops eingebettet, zu denen Sie jeweils eine Kurzinformation finden. Alle Workshops zeigten, wie wichtig die Gruppenerfahrungen für MM-Erkrankte sind. Sei es im Gespräch miteinander, sei es im Gespräch mit Experten, sei es bei praktischen Übungen zum Entspannen oder zum Gleichgewicht.



Die Berichte über die Frühjahrstagung werden abgerundet durch einen fotografischen Gang durch Bad Grönenbach. Nachgereicht in unserer nächsten Ausgabe von *Kimm-aktuell* werden die Fragen und Ant-

worten der Fragestunde zu Morbus Menière.

Sie finden in diesem Heft auch das Kurzprotokoll der Mitgliederversammlung mit der Wiederwahl des Vorstandes und den Rechenschaftsbericht. Im Namen aller „alt-neuen“ Vorstandsmitglieder danke ich Ihnen für das entgegengebrachte Vertrauen und hoffe auf weitere gute und fruchtbringende Zusammenarbeit.

In einem Kurzbericht werden die Ergebnisse des 2. Treffens der Leitungen der örtlichen MM-Selbsthilfegruppen in Paderborn vorgestellt. Hinweisen möchte ich noch auf ein nachahmenswertes Beispiel von aktiver Selbsthilfe: die Aktionen unserer ehemaligen Beisitzerin Edeltraud Kerschenlohr in Nürnberg unter dem Stichwort „Induktives Hören“. Ich schließe mein Grußwort ab mit der Bitte, Ihren Blick auf die Rezension von Herrn Dr. Eghlimi, Bad Berleburg, zu dem neu erschienenen Buch „Gleichgewicht und Schwindel“ von Herrn Dr. Schaaf zu richten.

Ich wünsche Ihnen von ganzem Herzen, dass Sie sich wie die junge Amsel auf unserem Titelbild „neugierig und hungrig nach Leben“ allem entgegen recken, was Ihnen in diesem Sommer Lebensmut und Freude beschert. Mit freundlichen Grüßen bis zum Wiedersehen auf unserer Herbsttagung am 29. 9. 2012 in Hannover,

herzlichst Ihre

Anna Bött

Grußwort	Grußwort unserer Vorsitzenden Anna Bott	1
	Inhaltsverzeichnis	2
KIMM intern	Ankündigung: KIMM-Herbsttagung, 29. September 2012, in Hannover	3
Tagung	Vortrag Frau Heider: „Morbus Menière - eine Achterbahnfahrt im Alltag“	4
Tagung	Vortrag Dr. Kratzsch: „Morbus Menière & Vestibuläre Migräne – Zwillinge, Geschwister oder nur Verwandte?“	10
Tagung	Vortrag Dr. Rien: „Lebensfreude trotz Morbus Menière – Was kann die Psychologie beitragen?“	16
Tagung	Vortrag Prof. Dr. Helling: „Morbus Menière 2012 – mögliche Ursachen & Therapien“	18
Tagung	Frühjahrstagung Bad Grönenbach: Die Workshops	28
	Erfahrungsbericht zu Workshop 1: Morbus Menière & Angst	29
	Kurzinfo zu Workshop 2: Morbus Menière & Stress, Praxis QiGong	31
	Erfahrungsbericht zu Workshop 3: Morbus Menière & Lebensqualität	31
	Erfahrungsbericht zu Workshop 4: Morbus Menière & Gleichgewichtstraining	33
KIMM intern	Mitgliederversammlung: Kurzprotokoll zur Versammlung am 24.3.2012	34
	Mitgliederversammlung: Begrüßung und Rechenschaftsbericht der Vorsitzenden	36
	Kimm e.V. 2012: Der neue (alte) Vorstand	37
	„Gemeinsam sind wir stärker!“ – Resümee des zweiten Treffens der Leitungen der örtlichen Morbus Menière-SHG's in Paderborn	38
Selbsthilfe in Aktion	Initiative des MM-Treff Nürnberg zum Induktiven Hören:	40
	„Die Hörakustiker sind unsere wichtigste Adresse.“	
	SHG Köln: „Besuch des Leiters der HNO-Klinik“	47
Erfahrungsberichte / Briefe	Erfahrung als Forumbeitrag bei sh-meniére.de:	47
	„KIMM Frühjahrstagung in Bad Grönenbach“	
	„Erfahrungsbericht eines Betroffenen“	48
Für Sie gefunden	„Wann bekommt der Kunde eine FM-Übertragungsanlage verordnet?“	50
	„Gehirn muss trainieren“	51
	„Sicherer Gang“	51
Unterhaltung	„Visuelles Resümee unserer Frühjahrstagung“	52
	„Bad Grönenbach – das Städtchen am grünen Bach.“	53
	Sudoku	55
Literatur	Rezension zur Neuerscheinung: H Schaaf, Gleichgewicht und Schwindel	56
Adressen	Liste örtlicher Morbus Menière Selbsthilfegruppen	58
	Liste von Reha-Kliniken	59
Literatur	Liste ausgewählter Fachliteratur zu Morbus Menière	60



Ankündigung:

KIMM
intern

KIMM-Herbsttagung am 29. September 2012 in Hannover

Unsere diesjährige Herbsttagung wird am 29. September 2012 in Hannover stattfinden, im **Stadteilzentrum Kronsberg, Thie 6, 30539 Hannover**, volksmundlich „KroKuS“ für „**Kronsberg – Kulturelles und soziales Stadtteilzentrum**“. Um insbesondere den Mitgliedern aus dem Norden Deutschlands die Teilnahme zu erleichtern, wagen wir uns erstmals mit dem Tagungsort in nördliche Breiten vor.

Die Tagung wird in Zusammenarbeit mit der Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) stattfinden. Mit dem Direktor dieser Einrichtung, Herrn Prof. Prof. h.c. Thomas Lenarz, stimmen wir zur Zeit einen möglichen Vortragsschwerpunkt ab. Bekannt und weltweit anerkannt ist das MHH für seine Forschung rund um das Cochlear-Implantat (CI); die HNO-Klinik führt pro Jahr mehr als 400 CI-Implantationen durch.

Nach dem Vortrag von Herrn Prof. Lenarz möchten wir unsere Selbsthilfevereinigung KIMM e.V. im Rahmen einer Kurzpräsentation vorstellen. Danach sind mehrere Workshops vorgesehen, deren genauer Inhalt sich momentan ebenfalls noch in der Diskussion befindet. Wichtig werden aber wieder Gespräche rund um einschlägige Themen zu Morbus Menière und praktische Übungen zur Alltagsbewältigung sein.

Für den Zweitvortrag am Nachmittag konnten wir erfreulicherweise Herrn Dr. Schaaf gewinnen, der vielen von Ihnen durch seine bisherigen Referate und Beiträge bei KIMM und aufgrund seiner Fachbücher über MM bekannt ist. Dr. Schaaf ist auch weitergehend mit der Arbeit von KIMM e.V. seit langem vertraut, und ist uns immer als Ratgeber hilfreich gewesen.

Der genaue Tagesablauf wird Ihnen in einer gesonderten Einladung frühzeitig mitgeteilt werden. Mit dieser Ankündigung möchten wir sicherstellen, dass Sie sich den Termin reservieren und gleichzeitig die Chance erhalten, sich hinreichend früh um ggf. erforderliche Übernachtungsmöglichkeiten und kostengünstige Zugverbindungen zu bemühen.

Wir sind bestrebt, auch dieses Mal am Vorabend der Tagung wieder ein Beiprogramm anzubieten, und bitten um rege Teilnahme.

Wir freuen uns auf Sie

*Fred Knäbel,
Schriftführer KIMM e.V. für den Vorstand*

Impressum

Herausgeber: KIMM e.V. c/o Anna Bott,
Schwabstaße 40. 70197 Stuttgart.
Telefon 0711 / 611793
E-Mail: info@kimm-ev.de. www.kimm-ev.de

Redaktion: Fred Knäbel
E-Mail: redaktion@kimm-ev.de

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

Gestaltung: www.schramms.de

Druck: druckladen bonn gmbh,
Euskirchener str. 30, 53121 Bonn-Endenich
www.druckladen-bonn.de

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Nachdrucke sind nur mit Genehmigung von KIMM e.V. erlaubt.

KIMM aktuell ist im Mitgliederbeitrag enthalten.

Das Einzelheft kostet 6,00 Euro.



Vortrag Frau Heider: „Morbus Menière – eine Achterbahnfahrt im Alltag“

Vorbemerkung

Herr Dr. Kratzsch, medizinischer Direktor der Klinik am Stiftsberg, hatte für das Symposium in Bad Grönenbach um einen Beitrag einer Betroffenen gebeten. Unser Mitglied Frau Christiane Heider aus der SHG „MM-Treff Nürnberg“ hatte sich freundlicherweise bereit erklärt, dieser Bitte nachzukommen. Wir geben den Wortlaut ihrer prägnanten Rede hier ungekürzt wieder und können versichern, dass der mündliche Vortrag während der Tagung sehr eindrucksvoll war – und dies gleichermaßen für Betroffene als auch für Nichtbetroffene.

Frau Heider ist 54 Jahre alt, verheiratet, Mutter eines Sohnes und war bis zum Ausbruch des Menière bei der Stadtverwaltung Nürnberg im Sozialbereich tätig. Sie liebte es, wie sie selbst formuliert, „Hektik und Chaos zu beherrschen“. Dann kann der 24.12.2000 ...

„Morbus Menière – eine Achterbahnfahrt im Alltag“

Sehr geehrte Damen und Herren, würden wir das Jahr 2000 schreiben und würde ich mich Ihnen vorstellen, könnte das so lauten:

Ich heiße Christiane Heider, bin 42 Jahre alt, verheiratet, Mutter von einem Sohn und ich liebe es, Hektik und Chaos zu beherrschen. Ich bin laut, quirlig, singe gern und bin auch in Stresssituationen äußerst belastbar.

Beruflich bin ich bei der Stadtverwaltung Nürnberg im Sozialbereich tätig. Die letzten 7 Jahre war ich in der Adoptionsvermittlung und seit kurzem bin ich im Kinderheim. Als einzige Verwaltungskraft bin ich äußerst gefordert. Ein Ohr ständig am Telefon, dauernd irgendwelche Zurufe von vorbeieilenden Mitarbeitern, Andrang bei Schichtwechsel unserer Pädagogen und Therapeuten, die ja nur eine kurze Frage, aber keine Zeit zum Warten haben.

In meiner Freizeit betreue ich eine Jugendgruppe im karnevalistischen Tanzsport. Dies macht mir besonders viel Spaß, da die Mädchen zwischen 11 und 14 Jahren ja besonders gerne und vor allem laut diskutieren. Bei Auftritten oder vor Turnieren, wenn die Aufregung besonders groß ist, alle durcheinander schreien, einige schnell noch ein paar aufmunternde oder tröstende Worte brauchen, ist es leichter, einen Sack Flöhe zu hüten. Bis von 20 aufgeregten, nervösen und pubertierenden Mädchen die Schminke und die Perücke passen, der Hut richtig sitzt, jede noch schnell eine Haarklammer, einen Gumi oder ein Nachschminken braucht, die Strumpfhose eine Laufmasche hat, am weißen Schuh plötzlich ein schwarzer Schmierer war oder sonst irgend eine Katastrophe über so ein Nervenbündel

hereinbricht, war Ruhe und Standvermögen gefragt. Mit Gelassenheit diesem Durcheinander begegnen, das war die Herausforderung, der ich mich gerne stellte.

Alles Aktive war mein Leben. Laufen, wandern oder Fahrrad fahren, Tanzen, im Winter Skilaufen, ins Fitnessstudio gehen, unterwegs sein.

Ich traf mich gerne mit Freundinnen, wobei uns der Gesprächsstoff nie ausging, stand in der Küche bei Festen unserer Vereine und bei Veranstaltungen war ich meist auf der Seite des Wirtes, selten auf der Seite des Gastes.

Aber dann kam der 24. Dezember 2000. Ich lag im Bett, die Augen noch geschlossen und ging gedanklich den Ablauf des Heiligen Abend und meines bevorstehenden Geburtstages durch. Ich drehte mich zur Seite und etwas Gewaltiges durchfuhr meinen Körper. In der gleichen Sekunde wurde mir so übel, so schwindelig, der Schweiß brach mir aus, wie noch nie in meinem Leben. Ich hatte nur den Gedanken, das Bett zu verlassen. Ich kam nur 3 Schritte voran, krachte in die Schlafzimmertür und krabbelte zurück ins Bett. Unaufhörlicher Brechreiz zog meinen Magen zusammen, unser Schlafzimmerfenster fuhr ständig an mir vorbei und ich hatte kein Gefühl mehr für oben oder unten. Ich startete zu einem zweiten Versuch aus dem Bett, schaffte es bis nach der Tür, aber ich konnte mich nicht mehr auf den Beinen halten. Mit Hilfe meines Mannes schaffte ich es wieder zurück ins Bett, völlig erschöpft, schweißgebadet und mit einer inneren Angst, dass da etwas „Größeres“ passiert ist. Der Notarzt vermutete einen Schlaganfall und wies mich in die Klinik ein.

Nach einigen Untersuchungen wurde dies jedoch ausgeschlossen und ich in eine HNO-Klinik gefahren. Dort wurden dann viele Tests mit mir gemacht. Und besonders das warme Wasser in meinem Ohr brachte mich an meine Nervengrenze, als die Übelkeit und der Schwindel von vorne losgingen. Die erste Trentalinfusion schickte mich ebenfalls in die Hölle der Übelkeit zurück. Dass ich das nicht vertrage, konnten die Ärzte überhaupt nicht verstehen, und so wurden mir weitere Infusionen auch nicht erspart. Mein Krankenhausaufenthalt dauerte über 14 Tage, da ich jeden Tag mehrere Anfälle hatte. Als ich entlassen wurde, war ich ein Häuflein Elend, schwankend, unsicher, schneeweiß im Gesicht und ständig schwindelig. Erst jetzt merkte ich meinen gewaltigen Hörverlust, die Geräusche von Spülmaschine und Waschmaschine zerrten an meinen Nerven und die dauernde Beschallung durch ein Radio konnte ich nicht mehr ertragen. Ich konnte nicht gerade und nicht freihändig laufen, Denken oder Koordinieren funktionierte nicht so wie gewohnt und ich nahm jede Kante, jeden Türstock mit. Ich war schon völlig erschöpft, bis ich gewaschen und angezogen war, und wusste überhaupt nicht, wie mir geschieht. Ich lebte in dieser Zeit wie unter einer Glasglocke, was heißt leben, ich vegetierte so dahin, war völlig hilflos bei den nächsten Attacken, die jedoch leichter ausfielen als die erste. Im Entlassungsbericht war von einem Hörsturz die Rede. Meine Hörfähigkeit links wurde mit jedem Ausfall stark beeinträchtigt und diesem Verlust wurde versucht, mit Infusionen entgegenzuwirken, was teilweise auch funktionierte. Den vorherigen Zustand erreichte ich jedoch bei keiner Behandlung.

Nach ca. 6 Monaten kamen keine Attacken mehr und ich konnte meine Berufstätigkeit wieder aufnehmen, aber ich war nicht mehr der Mensch der ich vor-

her war. Ich hatte Konzentrationsstörungen, war immer sehr müde und konnte nicht lange bei einer Arbeit bleiben, mein Gang war unsicher geblieben und ich traute mich nicht mehr Auto oder Fahrrad zu fahren. Die Hektik im Büro überforderte mich zuweilen und am Nachmittag war ich immer sehr erschöpft. Meine Familie und ich standen der neuen Lebenssituation völlig hilflos gegenüber. Niemand, den ich kannte, hatte so eine Krankheit und ständig Hörstürze in meinem Alter hatte auch niemand.

Ich war sehr angeschlagen. In meiner Erziehung spielten Disziplin und die eigenen Bedürfnisse hinten anstellen eine große Rolle. Ich wollte mir beweisen, dass ich wieder der Mensch sein konnte, der ich einmal war. Mit eiserner Disziplin und einem täglichen Kampf, der mir meine ganze Kraft und Energien kostete, versuchte ich an mein altes Leben anzuschließen.

Sie, meine Damen und Herren und alle Betroffenen wissen es aus eigener Erfahrung besser. Ich wusste es nicht und hätte mir viel Kampf, Nerven, Enttäuschungen und Energie sparen können.

Ich versuchte mit aller Kraft mein Leben wieder aufzunehmen. Aber die erste Veranstaltung mit meiner Jugendgruppe endete für mich in einem Fiasko. Schon die laute Musik überforderte mich total und der Geräuschpegel in der Umkleidekabine mit 20 schnatternden Mädchen war nur mit größter Anstrengung auszuhalten. Verstanden habe ich nur noch durch Anschreien, aber auch nur teilweise. An die frühere Geschwindigkeit beim Schminken und Herrichten unserer Mädchen konnte ich überhaupt nicht mehr anschließen, die Konzentration und Ruhe bei mir war überhaupt nicht mehr vorhanden. Nach kurzer Belastung brach mir der Schweiß aus, meine Hände fingen an zu zittern und ein sauberes Schminken war nicht mehr möglich. Als unsere Garde endlich auf

der Bühne war, saß ich enttäuscht und verstört in der Umkleidekabine, zitternd und schweißig am ganzen Körper, verzweifelt über meine Unfähigkeit und unheimlich traurig. Ich zog mich von der Betreuungsarbeit zurück. Eine Folge davon war aber auch, dass ich keine Veranstaltungen mehr besuchte. Einerseits wegen der Lautstärke, andererseits war ich immer den Tränen nahe, wenn meine Mädchen angerannt kamen und fragten, wann ich wieder komme. So begann ganz langsam der Rückzug aus meinem sozialen Umfeld.

Ich empfand meinen Alltag, meine Arbeit, meine Familie und mein gesamtes Umfeld als anstrengend und wollte am liebsten für mich alleine sein. Ein ständiges Hoffen, dass alles wieder gut wird, wurde von der totalen Verzweiflung, dass ausgerechnet ich so etwas habe, abgelöst. Es begann ein ständiges Auf und Ab der Gefühle.

Kaum dass es mir ein bisschen besser ging, musste ich mir beweisen, was noch in mir steckt. Dies hatte natürlich neue Anfälle zur Folge, die mich weiter herunter zogen und je mehr mein Hörvermögen nachließ, desto mehr zog ich mich zurück.

Meine Ausfälle bestimmten nun unseren gesamten Alltag. Mein Mann litt darunter, mir nicht helfen zu können, und je schlechter es mir ging, desto mehr zog ich mich zurück. Ich litt furchtbar darunter, wenn ich nicht aufstehen konnte, mein Haushalt ins Hintertreffen kam und sich die Arbeit im Heim durch meine Kranktage immer mehr stapelte. Ich war so ruhebedürftig, konnte es aber kaum aushalten, nichts zu tun und hatte dauernd ein schlechtes Gewissen. Meiner Wahrnehmung nach tat ich doch gar nichts mehr im Vergleich zu vorher und trotzdem litt ich an Überforderung. Die ersten Anzeichen einer Depression begannen sich zu zeigen, was ich aber nicht wahrhaben wollte. Ich ging in keine

Lokale mehr, mied größere Menschenansammlungen und war nur noch am liebsten alleine und zu Hause. Je mehr Ausfälle ich hatte, desto schlimmer wurde mein Hörverlust, der Tinnitus links blieb dauernd. Nach einem schlimmen Monat mit vielen Ausfällen stellten sich bei mir Wortfindungsstörungen und Gedächtnislücken ein. Ich wusste plötzlich phasenweise nicht mehr, wie ich meine Arbeit zu machen hatte, wer für was zuständig ist, wie ich an ein bekanntes Ziel oder wieder nach Hause kam.

Dies belastete mich vor allem bei der Arbeit ungemein, da alles immer sofort oder am besten gestern erledigt sein sollte. Mein Arzt ging immer von Hörstürzen aus und ich sollte mich schonen, ausruhen und entspannen. In meinem Umfeld meinten auch einige, ich wäre halt psychisch sehr labil und müsste nur an mir arbeiten und mich etwas zusammenreißen.

Nach fünf Jahren wechselte ich endlich den Arzt und nach einigen schweren Ausfällen wurde im Krankenhaus Morbus Menière diagnostiziert, die Behandlung erfolgte mit Medikamenten, aber hauptsächlich mit Infusionen.

Der letzte Ausfall hinterließ in meinem linken Ohr ein Echo. Ich hatte immer eine Geräuschkulisse, als wenn sich 3-4 Personen in meinem Ohr unterhalten würden. Im Büro den Telefonhörer links an die Schulter klemmen und rechts schreiben war nicht mehr möglich. Ich bekam Schwierigkeiten mit meiner Chefin wegen meiner Fehlzeiten. Außerdem war ich nicht mehr so belastbar, konnte den enormen Arbeitsaufwand nicht mehr so bewältigen und außerdem war ich zu Überstunden nicht mehr bereit.

Nach einigen weiteren Ausfällen blieb mir auch rechts ein Tinnitus, das Echo links war verschwunden, dafür hatte ich einen Dauerdruck. Nun hörte ich links nur noch verschwommen Geräusche wie unter Wasser.

Versuche mit einem Hörgerät brachten nicht den gewünschten Erfolg und ich ließ es wieder bleiben.

Entnervt ließ ich mich ein Jahr vom Dienst freistellen, um mich zu erholen und um wieder ganz fit zu werden. Sie merken schon, ich habe immer noch gekämpft und nicht begriffen, dass ich meine Einschränkungen akzeptieren muss.

Anstelle von Ruhe suchten mich immer mehr Ausfälle heim und als ich nach einem Jahr meinen Dienst wieder beginnen sollte, war ich arbeitsunfähig.

Ich war so verzweifelt. Nach Auszug meines Sohnes wollte ich doch noch einmal richtig durchstarten, viel unternehmen und immer auf Achse sein.

Ich stand so unter Druck und jedes Mal, wenn ich einen neuen Termin zum Vorstellen in Aussicht hatte, versagte mir mein Körper den Dienst. Ich war so enttäuscht von mir und war nur noch ein Häuflein Elend, als ich beim Amtsarzt eine Unterredung hatte.

Es interessierte ihn nicht so sehr, was ich ihm über Morbus Menière berichten wollte. Nach einigen kurzen Fragen wurde ich verabschiedet mit den Worten, er werde sich melden.

Als ich nach 4 Wochen immer noch nichts hörte, fragte ich am Personalamt nach. Dort wurde mir mitgeteilt, dass ich doch auf Zeit verrentet wurde. Ich musste doch ein Schreiben bekommen haben.

Hatte ich nicht. Ich wurde wegen einer Depression verrentet. Aber meiner Meinung nach fing diese jetzt erst richtig an. Ich fiel in ein Loch, hatte jetzt den ganzen Tag Zeit mich zu erholen, aber keinen Antrieb für irgendwelche Tätigkeiten. Meine Unfähigkeit, meinen Haushalt zu koordinieren oder meinen Alltag zu planen zog mich immer weiter herunter. Phasen von Nichtstun oder hektische Aktionen, die mich total überforderten, lösten sich ab. Ständig hing ich an der Infusionsnadel und war da-

nach und am nächsten Tag zu nichts zu gebrauchen. Und dann hing ich ja schon wieder an der Nadel. Ich war im Gesicht aufgedunsen, verschwollen und im Spiegel war ich mir sehr fremd.

Ohne jede Information oder Anfrage wurde aus meiner Rente auf Zeit eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit. Das gab mir noch den letzten Rest. Keiner wollte mich mehr haben, zu nichts bin ich zu gebrauchen und gefragt werde ich sowieso nicht. Aber ich hatte keine Kraft mehr mich dagegen zu wehren.

Ich ging wegen meiner Depression in Behandlung. Als es mir nach einem halben Jahr nicht besser ging brach ich die Behandlung wieder ab.

Mit meinen Nerven am Ende, ließ ich mich 2010 von meinem HNO-Arzt in die Fachklinik in Bad Arolsen einweisen.

Das war für mich die beste Entscheidung in den letzten Jahren.

Als erstes wurden mir andere Medikamente verordnet. Ich wurde auf Betavert umgestellt. Auch machte mir die dortige HNO-Ärztin ohne Umschweife und sehr hartnäckig klar, dass meine Bemühungen und mein Kampf gegen Morbus Menière verlorene Energien sind. Zum ersten Mal hatte ich das Gefühl, jetzt ist auch bei mir endlich der Groschen gefallen. In der Psychotherapie setzte ich mich auch noch einmal mit meiner Erkrankung gewaltig auseinander und langsam konnte ich meine Einschränkungen annehmen und akzeptieren. Mein Aufenthalt dauerte dort 7 Wochen. Was aber das schönste war, in der 7. Woche verschwand der Druck im linken Ohr. Nun konnte ich auch wieder ein Hörgerät testen.

Nach diesem Klinikaufenthalt hatte ich sieben Monate keine Ausfälle. Ich reduzierte meine Tablettendosis und als das gut ging, reduzierte ich noch ein bisschen und dann bekam ich wieder neue Ausfälle. Ich habs halt mal wieder versucht, trotz besserem Wissen.



Seit dem Klinikaufenthalt sind fast 2 Jahre vergangen. In der Zwischenzeit gehöre ich der 2010 gegründeten Selbsthilfegruppe MM-Treff in Nürnberg an. Das Engagement in der Gruppe macht mir viel Spaß und ich versuche, kein Treffen zu versäumen. Meine Medikamente nehme ich regelmäßig ein, Ausprobieren ist nun nicht mehr. Meine Ausfälle sind wesentlich weniger geworden und auch nicht so stark wie früher.

Vor meiner Erkrankung waren mir auch ruhige Aktivitäten nicht fremd. Seit über 20 Jahren male ich aus dem Unterbewusstsein, dem so genannten meditativen Malen. Auch finde ich bei Meditationsübungen und meditativem Tanz Ruhe und Zentrierung. Das habe ich auch während meiner Erkrankung mehr oder weniger beibehalten. Dies wollte ich schon immer an andere Menschen weitergeben.

Ich habe in den letzten Jahren die Reikigrade bis zum Meister und Lehrer absolviert, eine Ausbildung als Entspannungstrainerin abgeschlossen und bilde mich bei einer 2-Jahres-Fortbildung in Maltherapie und verschiedenen Kreistanzschulungen weiter.

Mein Leben geht nicht mehr auf und ab wie auf der Achterbahn. Jetzt bin ich schon zufrieden, wenn ich senkrecht mit beiden Beinen am Boden stehe.

Ich habe gelernt, die Tage und meine gesundheitliche Verfassung so zu nehmen und zu leben, wie sie sind. Ich registriere meine Anzeichen bei Überforderung und handle auch danach.

Es klappt in der Zwischenzeit schon ganz gut. Wenn ich es dann doch einmal ignoriere, dann bin ich nachsichtig und geduldig mit mir.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.



Zusammenfassung des Vortrags von Dr. V. Kratzsch, Ärztlicher Direktor der HELIOS Klinik Am Stiftsberg in Bad Grönenbach:

„Vestibuläre Migräne – Verwandter oder Bekannter des Morbus Menière?“

1. Fall-Beispiel:

Eine 55-jährige Logopädin stellt sich am Wochenende in der Notaufnahme der HNO-Universitätsklinik mit folgender Beschwerde-Symptomatik vor:

- seit ca. 3 Stunden anhaltender akuter Drehschwindel,
 - Übelkeit, Erbrechen,
 - „Augenflimmern“,
 - Hörminderung rechts („ich höre alles dumpf wie durch Watte“),
 - Ohr- und Kopfdruck rechts,
 - erstmalig aufgetretenem Tinnitus rechts („hochfrequenter Pfeifton“).
- Bei der Audiometrie kann eine Hörmin-

derung rechts objektiviert werden. Wenn mit Kenntnis dieser Befunde eine Diagnose gestellt werden müsste, so würde diese vermutlich „Hörsturz“ lauten.

Bei der weiteren Befragung der Patientin können folgende zusätzliche Angaben erhoben werden:

- zu solchen „Hörstürzen“ sei es im vergangenen Jahr häufiger gekommen, sie damit auch mehrfach stationär behandelt worden,
- die Häufigkeit habe bei ca. einmal pro Monat gelegen,
- die Symptomatik sei wechselhaft gewesen, teilweise Drehschwindel,

- teilweise Hörverlust ohne Schwindel,
- der Hörverlust habe sich aber nach Infusionsbehandlung stets zurückgebildet.
 - der Tinnitus sei jetzt erstmalig aufgetreten und mache ihr nun Angst.
- Wie lautet Ihre Diagnose jetzt mit diesen neuen Informationen: wahrscheinlich Verdacht auf Morbus Menière.

Ein Student übernimmt jetzt die weitere Befragung der Patientin zu ihrer Krankenvorgeschichte und erhält folgende Auskünfte:

- 1968 Blinddarm-Operation,
- 1985 und 1987 Geburt 2 Kinder durch Kaiserschnitt,
- zwischen 1975 und 2000 häufig Kopfschmerzen im Rahmen einer Migräne, seither eher selten Kopfschmerzen.

Auf gezielte Nachfrage lassen sich folgende zusätzliche Informationen erhalten:

- den aktuellen Schwindelattacken geht meist eine leichte Kopf- und Augendruck-Symptomatik voraus,
- die Patientin vermutet zudem einen Zusammenhang der Schwindelattacken mit Schlafproblemen oder Stress („Attacken treten meist nach mehreren Nächten mit schlechtem Schlaf auf oder bei erheblichem Stress“),
- gezielt auf Licht- und Geräuschempfindlichkeit angesprochen bejaht sie beide Symptome.

Nach diesem neuen Erkenntnisstand muss eine Neubeurteilung unserer Diagnose erfolgen, wobei deutlich wird, dass zum jetzigen Zeitpunkt keine klare Differenzierung zwischen einer vestibulären Migräne und einem Morbus Menière möglich erscheint. Wiederholte Hörstürze erscheinen wegen der Häufigkeit der Symptomatik eher unwahrscheinlich.

Dieses Fall-Beispiel soll deutlich machen:

1. eine klare Diagnose ist trotz Erhebung umfangreicher Informationen nicht immer eindeutig zu stellen
2. es bestehen viele Überschneidungen zwischen den beiden Krankheitsbildern einer vestibulären Migräne und dem Morbus Menière
3. leider gibt es keine Diagnostik, die eine sichere Differenzierung durch Untersuchungsbefunde ermöglicht, sondern erst der klinische Verlauf über einen längeren Zeitraum wird die eine oder andere Einschätzung wahrscheinlicher machen oder ausschließen lassen.

2. Häufigkeit von Schwindel

Schwindel ist eines der häufigsten und leider unspezifischsten Symptome in der Medizin. Mehr als 400 organische und psychische Ursachen für ein subjektives Schwindelgefühl des Patienten sind bekannt. Ursachen u. a. aus der Inneren Medizin, der Augenheilkunde, der Orthopädie, der HNO-Heilkunde, der Neurologie, der Psychiatrie, der Psychosomatik sind bekannt, denken Sie zudem an Schwindel als Folge von Medikamenten-Einnahme oder Alkohol-Konsum. Nach einer Untersuchung von Neuhauser et al 2008 haben ca. 29% der Frauen und 17% aller Männer irgendwann im Laufe eines Lebens einmal mit Schwindel zu tun. Beschränken wir uns auf den Schwindel durch Fehlfunktionen des Gleichgewichtsorgans im Innenohr (vestibulärer Schwindel), so sind hiervon 7% Frauen bzw. 2% der Männer betroffen. Häufigste Ursache für diesen vestibulären Schwindel ist der sogenannte gutartige Lagerungsschwindel (geschätzt 2 Mio. Betroffene in D), dann folgen mit deutlichem Abstand die vestibuläre Migräne (geschätzt 800.000 Betroffene), der Ausfall eines Gleichgewichtsorgans (Labyrinth-Ausfall) und

die eher seltene Menière-Erkrankung (ca. 60.000 Betroffene) (Neuhauser et al, 2009).

Für die vestibuläre Migräne wird angenommen, dass sie in Spezial-Schwindel-Ambulanzen ca. 10% der Diagnosen ausmacht (Dietrich et al, 1999), aber auch von HNO-Ärzten und Neurologen häufig nicht erkannt wird (Neuhauser et al, 2004).

Während einzelne Autoren durchaus Zweifel an der Diagnose eines Migräne-assoziierten Schwindels äußern (Phillips et al, 2010), konstatieren andere bei ca. jedem 3. bis 4. Migräne-Patient ein überzufällig häufiges Auftreten von Schwindel-Symptomen (Polensek et al, 2010). Im allgemeinen werden drei Krankheitsbilder dem Migräne-assoziierten Schwindel zugerechnet: die basiläre Migräne, bei der es sich um ein schweres neurologisches Krankheitsbild handelt, der benigne paroxysmale Schwindel bei Kindern, der als möglicher Vorläufer einer Migräne gilt, und die vestibuläre Migräne, auf deren Erörterung wir uns hier beschränken wollen.

3. Klinische Symptomatik bei vestibulärer Migräne

Das Krankheitsbild der vestibulären Migräne wird erstmals in den 80-iger Jahren an einer Fallserie von 100 Patienten beschrieben (Kayen et al, 1984). Die Erkrankung tritt prinzipiell in jedem Lebensalter auf, Frauen sind aber wie bei der klassischen Migräne ca. 5x häufiger betroffen als Männer (Lempert, 2009). Die vestibuläre Migräne ist die häufigste Ursache für spontan auftretende rezidivierende Schwindelattacken (Neuhauser et al. 2001, Brandt 2004, Brandt u. Strupp 2006). Der Schwindel verstärkt sich oft in bestimmten Kopfpositionen oder bei Kopfbewegungen. Die Dauer variiert von Minuten bis zu mehreren Tagen. Dabei gehen nur etwa 60% der Schwindelattacken mit Kopfschmerz einher (Dietrich

u. Brandt 1999). Meist treten die Migräne-Kopfschmerzattacken sogar mehrere Jahre vor der Schwindel-Symptomatik auf, bei einigen Patienten sind die Kopfschmerzen bei Auftreten des Schwindels schon seit Jahren verschwunden (Lempert, 2009). Die Ursachen einer vestibulären Migräne sind dabei bis heute weitgehend unklar. Diskutiert werden analog zur Migräne-Entstehung Gefäßverkrampfungen, genetische Ursachen oder Veränderungen des Hirnstoffwechsels. In Abgrenzung zum Morbus Menière sind für ca. die Hälfte der Patienten mit Schwindel-Attacken bei einer vestibulären Migräne auslösende Mechanismen („Trigger“) beschrieben. Diese Trigger können starker Stress, aber auch Stress-Entlastung, Schlafdefizit, hormonelle Schwankungen (z. B. Bezug zur Regelblutung, Einnahme der „Pille“) oder bestimmte Lebensmittel (z. B. im Rotwein, bestimmten Käsesorten, glutamathaltigen Lebensmittel, Koffein) sein (Schaaf et al, 2011).

Der typische Migräne-Kopfschmerz imponiert meist als halbseitiges Geschehen, teilweise pulsierend, teilweise mit Zunahme bei Kopfbewegungen. Die Symptomatik besteht oft über mehrere Tage verbunden mit Licht- und/oder Geräuschempfindlichkeit, Gangunsicherheit, Übelkeit, möglicherweise Erbrechen. Ein Tinnitus oder eine Hörminderung in dieser akuten Phase sind beschrieben und weisen nicht zwangsläufig auf einen Morbus Menière hin (Lempert, 2009). Auch neurologische Symptome mit Kribbelparästhesien und Gesichtsfeldausfällen, im Einzelfall Lähmungen, Sprachstörungen oder Doppelbildern wurden beobachtet.

Ca. 50% aller Migräne Patienten leiden zudem unter Schwindel, die Hälfte davon unter Drehschwindel-Attacken, die teilweise durch visuelle Stimuli ausgelöst werden können (z. B. bewegte Bilder im Kino, vorbeifahrende Autos).



(Lempert, 2009, Schaaf et al, 2011). Die Dauer der Schwindel-Attacken variiert dabei sehr stark zwischen wenigen Minuten bis zu einigen Tagen. Dabei muss betont werden, dass zwischen den Kopfschmerzen und dem Schwindel kein zeitlicher Zusammenhang bestehen muss. So gibt nur eine Minderheit der Patienten regelmäßig während der Schwindel-Attacken Kopfschmerzen an, die Mehrheit kennt eher Schwindel ohne Kopfschmerz, einige haben nie Kopfschmerzen in Verbindung mit dem Schwindel (Cutrer et al, 1992; Neuhauser et al, 2001, Lempert, 2009).

4. Diagnose und Abgrenzung gegenüber anderen Krankheitsbildern

Die Diagnose einer vestibulären Migräne kann nur mittels der klinischen Symptome und des Verlaufes gestellt werden. Beweisende Untersuchungen, die es ermöglichen, z. B. eine vestibuläre Migräne

ne von einem Morbus Menière zu unterscheiden, sind nicht bekannt. Der Arzt unterscheidet dabei anhand von verschiedenen Kriterien (A bis D) eine sichere (dVM) von einer wahrscheinlichen (pVM) vestibulären Migräne. Die wichtigste Differenzialdiagnose zur vestibulären Migräne stellt der Morbus Menière dar. Dabei soll nicht unerwähnt bleiben, dass 50% der Menière Patienten in einer Untersuchung von Radtke et al 2001 über eine Migräne in ihrer Vorgeschichte berichtet haben. Dabei fällt auch Experten die Abgrenzung beider Krankheitsbilder im klinischen Alltag nicht immer leicht. Dlugaczky et al (2010) halten die Diagnose einer vestibulären Migräne gegenüber dem Morbus Menière dann für wahrscheinlicher, wenn

- zusätzlich, aber nicht zwangsläufig in zeitlichem Zusammenhang ein typischer halbseitiger Migräne-Kopfschmerz von den Patienten berichtet wird,

- eine Belastung durch Migräne in der Familie angegeben wird,
- Trigger für die Auslösung der Beschwerden eruierbar sind,
- begleitend zu den Schwindel-Attacken eine Licht- und/oder Geräuschempfindlichkeit oder Sehstörungen (z. B. Doppelbilder) auftreten,
- Störungen der Augenbewegungen außerhalb der Schwindel-Attacken, Augenflimmern oder Lichtblitze beschrieben werden,
- die Hörminderung trotz vieler Schwindel-Attacken nicht fortschreitet
- über neurologische Symptome wie Taubheitsgefühl im Gesicht, Kribbelparästhesien oder einseitige Sensibilitätsstörungen berichtet wird oder
- wenn die Zahl der Schwindel-Attacken unter Medikation mit einem Betablocker zurückgeht.

5. Therapie

- a. Der wichtigste Schritt zu Beginn der Behandlung einer vestibulären Migräne ist wie auch beim Morbus Menière das bestehende Informationsdefizit der Betroffenen zu minimieren.
- b. Im zweiten Schritt kommen nicht medikamentöse Ansätze zum Tragen. Dazu zählen:
 - Vermeidung der als Auslöser (Trigger) erkannten Mechanismen und Lebensmittel
 - Schlafhygiene
 - Einhaltung regelmäßiger Tagesabläufe
 - Arbeitspausen
 - Erlernen von Entspannungsverfahren oder Nutzung von Biofeedback zum Stress-Abbau
 - Nutzung von Prozessen des Stress-Managements zur verbesserten Stressbewältigung
 - Ausdauersport

- zur Empfängnisverhütung Alternativen zur Einnahme der „Pille“ prüfen

Homöopathische Behandlungen, Akupunktur und Naturheilkunde gelten bisher nur als wenig und kurzfristig erfolgreich in der Migräne-Therapie (Lempert, 2009, Bisdorff, 2011)

c. Medikamentöse Therapie

Leider gibt es bisher keine guten, kontrollierten Studien mit ausreichend großen Fallzahlen und damit aussagekräftigen Ergebnissen zur Einschätzung der medikamentösen Therapie bei der vestibulären Migräne. Bewährt hat sich der Einsatz von Übelkeit reduzierenden und dämpfend wirkenden Substanzen, z. B. Dimenhydrinat als Zäpfchen (Vomex A®) im akuten Schwindel-Anfall vergleichbar zum Morbus Menière. Auch die in der akuten Migräne-Kopfschmerz-Attacke bewährten Triptane (z. B. Sumatriptan als Zäpfchen, Zolmitriptan als Nasenspray oder Rizatriptan als Spray unter die Zunge) kommen im Migräne-Anfall erfolgreich zum Einsatz.

Zur Reduzierung der Anfallshäufigkeit stehen neben den bewährten Betablockern, Calciumkanalblockern, trizyklische Antidepressiva oder Mittel aus der Behandlung der Epilepsie zur Auswahl. Die Wahl der eingesetzten Substanz nimmt der Arzt anhand der Begleiterkrankungen und des Nebenwirkungsprofils vor (Lempert, 2009, Bisdorff, 2011). Ziel der medikamentösen Prophylaxe ist dabei eine Anfallsreduktion um 50% bei regelmäßiger Einnahme der Medikamente über mindestens 3 Monate. Daher wird zur Überprüfung der Wirksamkeit das Führen eines Anfallskalenders sowie ein regelmäßiges Therapie-Monitoring empfohlen.



6. Fazit

Zwischen dem klinischen Erscheinungsbild der vestibulären Migräne und dem Morbus Menière gibt es viele Überschneidungen, die es auch dem Experten nicht selten schwer machen, auf Anhieb Klarheit zu gewinnen. Nicht selten wird erst der weitere Verlauf der Erkrankung mehr Sicherheit über die endgültige Diagnose ermöglichen. Daher gilt es neben dem Morbus Menière auch an die vestibuläre Migräne zu denken, auch wenn Kopfschmerzen nicht in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Schwindel auftreten oder sogar vollständig fehlen. Während eine

zusätzliche neurologische Symptomatik im Verlauf (Sensibilitätsstörungen, Doppelbilder, Lichtempfindlichkeit) und erkennbare Auslöser (Trigger) eher auf die vestibuläre Migräne hinweisen, ist ein zunehmender Hörverlust im Rahmen der Schwindel-Attacken eher für den Morbus Menière typisch. Die Differenzierung beider Diagnosen scheint gerade vor dem Hintergrund einer doch eher unterschiedlichen Therapie-Strategie für die Praxis – auch im zeitlichen Verlauf – häufiger angeraten zu sein.



Vortrag Dr. Rien

Lebensfreude trotz Morbus Menière – was kann die Psychologie beitragen?

Was bewirkt der Morbus Menière bei Betroffenen? Der Morbus Menière bewirkt bei Betroffenen vor allem Verluste. Welche Verluste sind es?

Voran ein deutlicher Verlust an Lebensqualität. Dieser geht einher mit sozialem Rückzug und Verlust an Sozialkontakten. Dies kommt daher, da die Sicherheit im Leben verloren geht. Die Sicherheit, mal in die Stadt spazieren zu gehen oder einzukaufen. Die Verlässlichkeit, dass man an familiären Feiern teilnehmen kann. Die Sicherheit der Unabhängigkeit. Dieses Stigma führt vor allem dazu, dass man auch einen Verlust von Selbstbewusstsein erleidet. Irgendwann mag man sich selber nicht mehr und hadert mit seinem Schicksal.

Dadurch, dass sich Betroffene oftmals zunehmend vom Lebenspartner abhängig fühlen, gesellen sich weitere Gefühle: Als Bittsteller und als Hilfsbedürftiger fühlt man sich abhängig. Man habe immer ein Gefühl von Schwäche und fühlt sich auch klein und machtlos. Oben genanntes beeinträchtigt das Gefühl von Lebensfreude erheblich. Man habe keinen Blick mehr auf die schönen Seiten des Lebens und der Morbus Menière nimmt einen Platz im Leben ein – einen, der Ihm nicht zusteht.

Um mit den Verlusten gut umgehen zu können, bedarf es Trauerarbeit.

Folgende vier Schritte zur Bewältigung sind dabei wichtig:

1. Den Verlust als Realität akzeptieren
2. Den Trauerschmerz erfahren
3. Sich an eine veränderte Umwelt anpassen
4. Emotionale Energie abziehen und an anderer Stelle investieren

Hierbei ist psychologische Unterstützung hilfreich. Wichtig ist aber zu wissen, dass der Psychologe nicht die Probleme für sie löst. Und da ist ihre Mitarbeit sehr wichtig.

Der Psychologe ist nur so gut, wie der Patient mitarbeitet und es zulässt. Vor allem sind realistische Therapieziele und Vertrauen eine wichtige Grundlage. Er gibt ihnen vor allem Denkanstöße und Impulse, die sie weiter bringen.

Dafür gebe ich Ihnen zwei Beispiele.

1. Für viele Menschen ist die Erkrankung oftmals die erste Erfahrung, dass sie im Leben etwas nicht kontrollieren können.

Aber ist das wirklich so? Nun nehmen wir mal das Beispiel, dass sie irgendwo pünktlich ankommen. Die Tatsache, dass sie pünktlich angekommen sind, hat sicherlich etwas damit zu tun, dass sie rechtzeitig losgefahren sind und ihr Auto gut gepflegt haben.

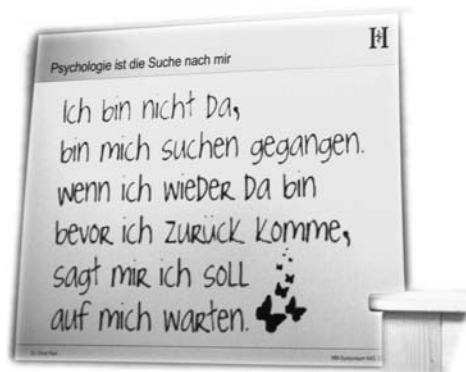
Aber in Wirklichkeit sind Sie nur pünktlich angekommen, weil alle anderen Autofahrer gut gefahren sind oder Ihnen zum Beispiel keine Entenfamilie über die Straße gelaufen ist. Von daher ist das Gefühl, Kontrolle über sein Leben zu haben, eine Illusion der Menschen.

2. Nehmen wir an, Sie haben dreimal die Woche jeweils einen Anfall von zweistündiger Dauer. So wären das ge-

messen an dem Tag selbst 8,33 % des Tages oder 3,57 % einer Woche und eines Monats.

Nun der Denkanstoß.

Wollen Sie zulassen, dass 3,57 % der Wochenzeit in der sie leiden, die restlichen 96,43 % beeinflussen dürfen?



Lebensfreude entsteht, wenn Erlebnisse oder Erfahrungen als angenehm, wohltuend wünschenswert oder positiv bewertet werden.

Es sind nicht die Ereignisse als solche, sondern unsere Bewertung der Ereignisse, die über Lebensfreude oder Lebensfrust entscheiden.

Schauen Sie bitte dorthin, was Ihnen der Morbus Menière nicht nehmen konnte, beziehungsweise was Sie trotz Morbus Menière in Ihrem Leben noch haben. So haben Sie auch durch den Morbus Menière erfahren, dass sich in Ihrer Familie Unterstützungen ergeben haben, mit denen Sie nicht gerechnet haben.



Liebe und Freundschaft zeigt sich in der Not und nicht in den guten Zeiten.



VORTRAG: Prof. Helling, Bad Grönenbach, 24.3.2012

„Morbus Menière 2012 – Ursachen und Therapien“

Biografische Daten

Herr Prof. Dr. Helling stellt sich selbst wie folgt vor: Ich bin an der Universität Mainz tätig, habe mit der Akutversorgung zu tun und betreue über die Schwindelambulanz auch Patienten. Zusätzlich bin ich seit 5 Jahren an einer Klinik für Rehabilitation tätig und mit ähnlichen Fragestellungen befasst: Gleichgewichtsstörungen, Hörstörungen, Innenohrerkrankungen.

Vorbemerkung zum Vortrag

In Ihrer Zeitschrift KIMM-aktuell sind bereits etliche Artikel zu Morbus Menière erschienen; „neue“ Beiträge haben daher stets das Problem, für einige Leser zu viel zu wiederholen, für andere zu wenig an Grundlagen für ein weitergehendes Verständnis zu liefern. Ich habe versucht, beiden Gruppen Rechnung zu tragen und dabei eine allgemein verständliche Sprache zu sprechen.

1. Was ist Morbus Menière? Ist das Krankheitsbild hinreichend scharf zu definieren?

Für das Verständnis von Morbus Menière ist es wesentlich, zu sehen, dass Morbus Menière lediglich eine klinische Diagnose ist; es gibt keinen Test, der dem behandelnden Arzt verbindlich sagt: Hier liegt ein Menière vor. Und es ist eine Diagnose, die fordert, dass über längere Zeit ein Verlauf zu beobachten ist. So ist z.B. mit *einem* Hörsturz oder *einem* akuten Tinnitus über ein paar Wochen oder *einem* einfachen Schwindel ganz sicher keine Diagnose eines Morbus Menière zu stellen. Zudem ist – wie Ihnen zu Genüge bekannt ist – Morbus Menière ein Zusammentreffen von drei Dingen: Hörstörungen, Ohrgeräusche und Schwindelanfall. Die Frage zu Morbus Menière könnte also auch lauten: Wie kommt es zu dieser Kombination? Sicherlich kommt in der Ausformung der Krankheit auch noch anderes hinzu, zieht eine Reihe von weiteren Problemen nach sich, so dass man nicht sagen kann, der Morbus Menière sei ein reines Problem des Innenohrs.

Wie vieles in der medizinischen Welt folgt die **Definition des Morbus Menière** den Aussagen einer Kommission, in diesem Fall einer amerikanischen, und die Zynik will es, dass nach dieser Definition die sichere Diagnose erst nach dem Tod des Patienten gestellt werden kann – weil man das Ohr histologisch untersuchen muss. Wer schwarzen Humor liebt, würde sagen: Sichere Diagnosestellung ist möglich – aber erst zu einem sehr ungünstigen Zeitpunkt. Wir erkennen aus diesem Beispiel jedenfalls, dass eine genaue Definition einer Erkrankung und ihr prinzipiell sicherer Nachweis nicht zwangsweise eine Diagnosestellung zum Nutzen des Patienten bedeutet. Für die **Klassifikation des Morbus Menière** – also die Einteilung nach der Schwere der Erkrankung –

wird die bestehende Hörminderung genutzt, obwohl der Patient in erster Linie unter dem Schwindel leidet. Erst, wenn der Schwindel nicht mehr das vorrangige Problem ist, treten die Hörstörungen in den Vordergrund der Aufmerksamkeit.

2. Ein Hydrops als anerkannter Auslöser des Morbus Menière

Eines der Hauptprobleme beim Morbus Menière ist, dass wir nur die Symptome des Patienten haben. Wir können zwar die *Funktion* des Ohres überprüfen, aber wir wissen nicht wirklich, was speziell im erkrankten Ohr stattfindet. Damit bleibt die eigentliche Ursache der Erkrankung verborgen. So bleibt insgesamt ein großes Fragezeichen. Lediglich bezüglich des sogenannten Hydrops als Ursache besteht unter Medizinern Einigkeit: Hydrops besagt, dass es zu einer Druckerhöhung und Schwellung in der Schnecke kommt, die Schnecke sich hierdurch aufbläht und dies wiederum die Mechanik der Hörschnecke stört. Dies führt zunächst zu Schwankungen in den tiefen Tönen, später kommen weitere Störungen der Sinneszellen hinzu.

Morbus Ménière Hydrops

Der Hydrops ist Ausdruck einer gestörten Druckregulation des Innenohrs.

Therapien, die auf eine Regulierung der Druckverhältnisse im Innenohr zielen sind deshalb sinnvoll. Andererseits ist die Diagnose „Hydrops“ nicht gleichzusetzen mit Morbus Menière: Es gibt eindeutig mehr Leute mit Hydrops als mit Morbus Menière, aber die Diagnose „Hydrops“ ist immerhin ein Hinweis. Zur Diagnose des Hydrops gibt es Fortschritte, da sich gezeigt hat, dass man

tatsächlich einen Hydrops im Innenohr mittels MRT sichtbar machen kann, da sich das injizierte Kontrastmittel in den Bereichen der Druckerhöhung nicht anzureichern scheint.

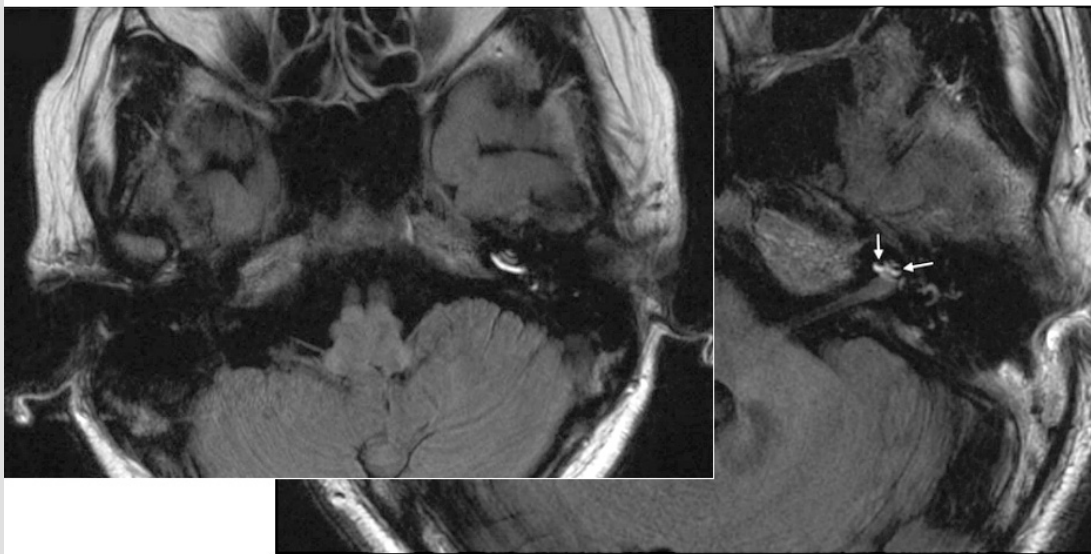
wird und im sog. Saccus endolymphaticus wird diese wieder aufgenommen. Daher werden vereinzelt Patienten daran operiert (Saccotomie), die Operation führt über unterschiedliche Methoden

zu einer Druckentlastung: dabei wird ein Einschnitt in den Saccus endolymphaticus durch einfaches Einlegen eines Silikonplättchens mit dem Einbau eines Klappensystems offen gehalten.

Die zweite Idee zur Klärung der Entstehung des Druckes wird der **Theorie des osmotischen Drucks** entnommen. Osmotischen Druck kennen Sie: Wenn Sie in die Nordsee steigen, brennt es

stärker in den Augen als beim Bad in der Ostsee, weil der Salzgehalt ein anderer ist. So kann man sich auch in der Funktionsweise des Innenohrs vorstellen, dass der Salzgehalt und dessen Regulation für den Flüssigkeitsgehalt wichtig sind, weil Salze Flüssigkeit binden. Wenn die Salzregulation in der Innenohrflüssigkeit nicht stimmt, stimmen die im Innenohr vorgehaltenen Flüssigkeitsvolumina nicht, dadurch können dann Schwindel, Hörstörungen und Ohrgeräusche entstehen. Verstärkend kommt hinzu, dass das Ohr eine elektrische Spannung – und zwar keine geringe – braucht, um funktionieren zu können. Diese Spannung ist in der Schnecke relativ hoch und in den Gleichgewichtsorganen relativ niedrig.

Hydrops MRI-Darstellung



Nakashima T, Naganawa S, Sugiyama M, Teranishi M, Sone M, Hayashi H, Nakata S, Katayama N, Ishida IM. Visualization of endolymphatic hydrops in patients with Menière's disease. Laryngoscope 2007; 117: 415-420.

1

MRT-Ergebnis eines Hydrops: Vom Hydrops betroffen ist die Seite OHNE Anreicherung, also die NICHT sichtbare!

Wie kommt es zur Aufblähung im Innenohr?

Eine Erklärung bezieht sich darauf, dass allen Funktionen im Körper ein spezifischer, **angestrebter Gleichgewichtszustand** zugrunde liegt. Beispiel: Sie trinken morgens, mittags, abends und der Körper reguliert über die Nieren. Eine gleichartige Regulierung muss auch für die Flüssigkeit im Innenohr stattfinden. Dies erfolgt über Zellen, die baugleich zu denen der Niere sind: An einer Stelle wird Flüssigkeit gebildet, an einer anderen Stelle wieder aufgenommen. Wird zu viel Flüssigkeit gebildet oder zu wenig aufgenommen, ist der Austausch gestört. Im Ohr sind in der Schnecke und den Gleichgewichtsorganen Orte, an denen Flüssigkeit gebildet

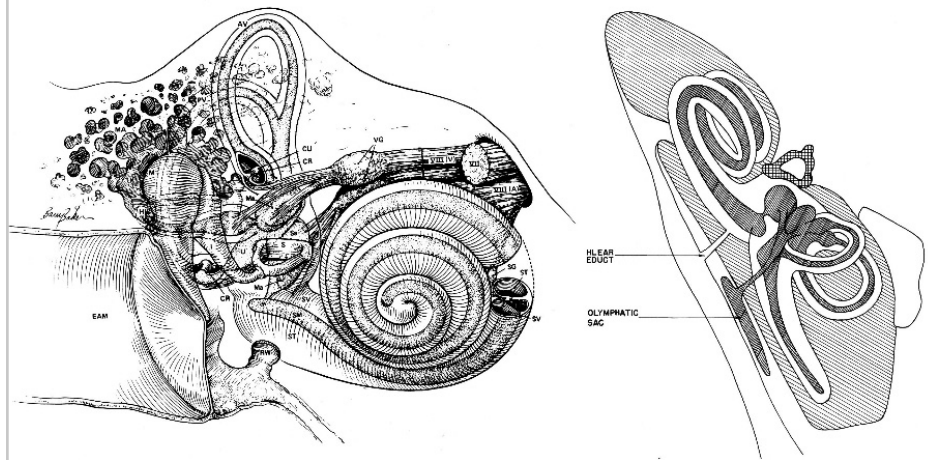
Da die entsprechenden Flüssigkeiten (Endolymphe und Perilymphe) in einzelnen Teilen des Ohres nur durch eine dünne Wand getrennt, direkt nebeneinander liegen, bestimmt die Durchlässigkeit dieser Trennwand, ob sich diese Flüssigkeiten vermischen oder nicht. Da die Durchlässigkeit der Poren in der Zellwand genetisch determiniert sind, bestehen hier für die Forschung entsprechende Übergänge zur Genetik. Aber es gibt keine klaren Erbgänge, also keinen klaren Nachweis über familiäre Häufungen beim Morbus Meniere. Neben der Genetik

bestehen zusätzlich Überlappungen der Menière-Forschung zu den unterschiedlichsten medizinischen Teilbereichen wie Gefäßerkrankungen, immunologische Aspekte oder allgemeine Ernährungseinflüsse. Bezüglich des Verlaufes der Erkrankung ist gerade Ihnen als Mitglieder einer Selbsthilfeorganisation aus den Gesprächen mit anderen Betroffenen zur Genüge geläufig, dass das Krankheitsbild und der Krankheitsverlauf nicht eindeutig oder schicksalhaft vorgezeichnet ist. Die Verläufe sind ganz im Gegenteil äußerst variabel.

Gibt es eine psychische Präposition für Morbus Menière?

Der Einfluss des Morbus Menière auf Ihren Lebensalltag ist erwiesenermaßen gravierend. Dennoch ist die Frage berechtigt, ob es einen bestimmten Menschentypus gibt, der besonders anfällig für Morbus Menière ist oder besonders unter ihm leidet? So finden sich in der Literatur Hinweise, dass Personen, die im Alltag ab und zu „eine Fünf gerade sein lassen können“ weniger Schwierigkeiten mit der Erkrankung haben als

Endolymphräume des Ohrs



3

solche, deren Ziel es schon immer war, ihren Alltag – siehe Manager etc. – völlig unter Kontrolle zu haben. Eine weitere Fragestellung ist, ob die durch den Schwindel verursachten Veränderungen des Selbstverständnisses des Betroffenen – bis hin zur Persönlichkeitsänderung – Menière-spezifisch sind oder nicht. Hier zeigt sich, dass jede Schwindelerkrankung derartig gravierende Einflüsse zu erzeugen scheint. Verbleibt zu guter Letzt die Frage, ob eine Art Veranlagung im Sinne einer psychischen Präposition für die Ausformung eines Morbus Menière existiert: Diese These bezweifle ich persönlich.

3. Zur Frage der Therapie bei Morbus Menière.

Es ist förderlich für die Bewertung einzelner therapeutischer Konzepte in Verbindung mit Morbus Menière, sich ins Gedächtnis zu rufen, dass Morbus Menière für die Summe der 3 Symptome Schwindel, Hörminderung und Tinnitus steht. Es muss akzeptiert werden, dass nicht mit allen Therapiemaßnahmen alle

Bestandteile der Erkrankung gleichzeitig behandelt werden können. Vielmehr sind Teilziele festzulegen – und hier steht der Schwindel an erster Stelle, gefolgt von den Maßnahmen gegen das schwankende Hörvermögen. Die Vorschläge und Ansätze zur Therapie ergeben eine lange Liste und ich möchte zunächst Verständnis dafür wecken, dass in einem beratenden Gespräch beim Arzt unmöglich alle Vor- und Nachteile einer derart großen Menge therapeutischer Möglichkeiten erörtert werden können – nicht zuletzt auch im Hinblick auf den ganz persönlichen Befund des Patienten. Und: Bei der Wertung der einzelnen Maßnahmen besteht unter Medizinern definitiv keine vorherrschende, geschweige denn eine einhellige Meinung. Die nachfolgenden Ausführungen sind folglich das subjektive Ergebnis meiner eigenen langjährigen medizinischen Forschung und Praxis.

im Vergleich zu anderen Erkrankungen also nicht sehr lang. Das Interesse der Pharmaindustrie ist an der Entwicklung neuer Produkte nicht allzu groß, weil die Zielgruppe der potenziellen Nutzer so klein ist.

Standardtherapie ist heute, dass man mit **Betahistin** behandelt, in der medizinischen Forschung ist die Dosierung die interessierende Fragestellung, sie ist möglicherweise des Rätsels Lösung. Entgegen der Angabe m Beipackzettel (3 x 12 mg) geht man heute von der 2 – 4 fachen Menge aus. Entsprechende Studien versuchen hier gerade weitergehende Klärungen zu erreichen. Wesentliche Nebenwirkungen des Präparats sind nur bei Asthmatikern bekannt.

Sulpirid, ein Antidepressivum, kommt in niedriger Dosierung zur Anwendung und ist wohl in der Lage, Anfallsschwindel zu verhindern. Ich kenne allerdings Kollegen, die argumentieren, dass die durch das Medikament veränderte Stimmung weitere Schwindelanfälle lindert, nicht aber die Ursache der Erkrankung durch das Medikament selbst. Bei Frauen verursacht das Medikament Zyklusstörungen, so dass die Anwendung sinnvollerweise erst nach der Menopause erfolgen kann.

Bei Patienten, bei denen ein wesentlicher Bestandteil des Therapiezieles die Verbesserung des stark schwankenden Hörvermögens ist, kann man mit **harn-treibenden Medikamenten**, die das Kalium beeinflussen, therapieren und im Einzelfall eine gute Stabilisierung des Hörvermögens erreichen. Dies gilt speziell für Patienten, bei denen sich die Hörstörungen schon Tage im voraus ankündigen.

Verbleibt als Medikament **Kortison** – ein bei Ärzten nicht immer beliebtes Mittel, denn es besteht weiterhin die

Therapie beim Morbus Ménière

Salzarme Diät Paukendrainage Antiemetika
Kortikosteroide Triggervermeidung
Sedativa Gentamicin Diuretika
Meniett Neuroleptika Vasodilatoren
Neurektomie Saccotomie

Bei den Medikamenten existieren mehrere Wirkstoffgruppen. Das sind neben Kortikoiden, also Kortison und seinen Abkömmlingen, das Betahistin und das Sulpirid als in Deutschland zugelassene Medikamente für Morbus Menière. Bezüglich der Medikamente ist die Liste

abfällige Einschätzung, dass Kortison immer verabreicht wird, „wenn der Arzt nicht weiter weiß“. Allerdings ist Kortison trotzdem ein wirksamer Zugang, den man hat. **Kortikoide** können nicht nur intravenös gegeben werden. Eine anerkannte Methode ist vielmehr die direkte Gabe ins Mittelohr. Da in kurzer Zeit ein Austausch zwischen Mittelohr und Innenohr stattfindet, gelangt es dadurch an den eigentlichen Ort seiner Bestimmung. Das Verfahren wird von uns in Mainz sehr häufig zur Behandlung bei Hörstörungen angewendet, aber auch, um die Schwindelanfälle in der Häufigkeit und Intensität zu dämpfen oder gar völlig zu beseitigen. Die Literatur spricht hierbei von drei bis vier erforderlichen Behandlungseinheiten pro Jahr.

Lokalanästhetika spielen auch eine Rolle. Das diesbezügliche Verfahren ist unter dem Namen Labyrinth-Anästhesie bekannt geworden. Die Wirksamkeit der Methode ist nicht prinzipiell in Frage zu stellen, aber sie löst auch nicht wirklich alle Probleme. Das Verfahren sieht vor, dass über das Medikament in das Mittelohr das Innenohr zeitweise betäubt wird. Die Gabe selbst verursacht dabei im Rahmen der Therapie einen schweren Schwindel, der durch gleichzeitige Gabe von weiteren Medikamenten gegen Schwindel abgepuffert wird. Danach sind die Patienten teilweise längere Zeit beschwerdefrei. Da die Literatur zum Verfahren als „dünn“ bezeichnet werden muss, übernehmen zur Zeit jedoch die Krankenkassen die Kosten für dieses Verfahren nicht.

Operative Maßnahmen spielen – abgesehen von einigen ohrchirurgisch orientierten Kliniken – heute kaum noch eine Rolle.

Alle Medikamente, die ich genannt habe, zielen darauf ab, das Ohr in seiner Funktion zu erhalten. Was Sie als Betroffene aber tatsächlich erfahren, ist, dass

die Erkrankung zu Hörstörungen führt, zu Ohrgeräuschen und dass ihr Gleichgewichtsorgan beschädigt bzw. völlig zerstört wird. Positiv kann hier lediglich gesagt werden, dass Morbus Menière meist eine einseitige Erkrankung ist. Früher wurde der Zustand des komplett zerstörten Gleichgewichtsorgan mit der Bezeichnung belegt, „der Morbus Menière des Patienten ist ausgebrannt“.

Medikamentöse Zerstörung des Gleichgewichtsorgans

Die Zerstörung des Gleichgewichtsorgans lässt sich auch mit Medikamenten steuern. Davon macht man speziell Gebrauch, wenn das Gleichgewichtsorgan wiederholt Schwindelanfälle erzeugt, die stark einschränken. Das Mittel der Wahl zur Ausschaltung des Gleichgewichtsorgans ist Gentamycin. Wenn Patienten damit behandelt werden, liest man oft, dass sie als Ergebnis dieser Therapie taub werden, diese Aussage ist insoweit eindeutig falsch, weil dieses eine Frage der Dosierung ist: Erst bei einer zu hohen Dosierung kann das Verfahren zur Taubheit führen. Folglich wird es heute als – im Vergleich zu früher gering dosierte – Einmalgabe gegeben. Zwischen der Gabe und der Wirkung des Medikaments liegt ein Zeitraum von bis zu acht bis zehn Tagen; früher wurde jeden Tag eine Spritze gegeben oder das Medikament sogar per Katheter „reingepumpt“, bis das Ohr ausfiel. Dabei ist dann auch regelmäßig das Hörorgan ausgefallen. Interessanterweise wurde die heutige, verhaltenere Methode letztlich über die Verweigerungshaltung einzelner Patienten gefunden, die sich nach einer einmaligen Gabe einer weitergehenden Dosierung widersetzen – und dennoch beschwerdefrei wurden.

Durch die Gentamycinbehandlung wird der Anfallschwindel beseitigt, es verbleibt aber sehr häufig ein leichter Dauerschwindel, der aber in seinen Aus-

wirkungen weitaus geringer ist als der akute Anfallsschwindel. Zu Beginn wird dieser als irritierend empfunden, langfristig bringen die Patienten aber eine sehr hohe Zufriedenheit zum Ausdruck. Mittlerweile konnte die Anwendung von Gentamycin soweit verfeinert werden, dass wir Patienten mit stark schwankendem Hörvermögen im guten Bereich stabilisieren können.

Einer von zehn Patienten spricht auf die Behandlung von Gentamycin nicht sicher an. Dann fassen wir bei Morbus Menière operative Maßnahmen ins Auge, um die Anfälle zu beherrschen, z.B. greifen wir dann auf die Neurektomie, die Durchtrennung des Gleichgewichtsnerven zurück. Das ist aus meiner Sicht aber das zuallerletzt anzuwendende Verfahren.

Auch die besonders schwerwiegende, wenn auch seltene, Ausformung des Morbus Menière zur Tumarkin-Krise spricht sehr gut auf Gentamycin an. Tumarkinanfälle sind die gefürchteten Sturzattacken. Die Betroffenen schlagen ohne Ankündigung und bei vollem Bewusstsein einfach hin; nach 10 bis 20 Sekunden stehen sie in vollem Besitz ihrer Gleichgewichtsfähigkeit wieder auf. Das ist eine Extremform des Morbus Menière.

Bezug des Morbus Menière zu Krankheiten mit teilweise gleichartigen Symptomen

Im Rahmen der Therapie des Morbus Menière ist es wichtig, sich auch der Schnittmengen mit anderen Erkrankungen und deren Symptomatiken stets bewusst zu bleiben. Überspitzt ausgedrückt verbirgt sich dahinter die Frage, ob überhaupt die tatsächlich existente Krankheit behandelt wird.

Speziell möchte ich hier auf die Migräne und den gutartigen Lagerungsschwindel eingehen.

Wie der Morbus Menière wird die **Migräne** anhand eines Kriterienkatalogs diagnostiziert und behandelt. Und eines dieser Kriterien ist der Schwindel, der von der Migräne hervorgerufen werden kann. Dieser Schwindel kann sehr verschieden sein, vor allem in unterschiedlichen Altersstufen (Kinder / Erwachsene), aber es besteht dennoch eine signifikante Schnittmenge zwischen Migräne und Morbus Menière und diese muss man kennen, um die richtige Erkrankung zu behandeln. Dann kann man auch erstaunliche Therapieerfolge erzielen. Zudem zeigen neuere Forschungen, dass diese Schnittmenge der Krankheitssymptome wohl größer ist, als früher angenommen. Während man früher sagte, dass die Migräne sich gerade dadurch unterscheidet, dass sie bei fortschreitender Erkrankung keine Schäden im Innenohr hinterlässt, gibt es heute deutliche Hinweise, dass die Migräne sehr wohl auf Dauer Innenohrschäden bewirken kann. Daher gilt nicht mehr die Regel, dass die Erkrankung nur ein Morbus Menière sein kann, wenn zusätzlich zum Schwindel das Hören schlechter wird.

Und dann gibt es den **gutartigen Lagerungsschwindel**, der anders ist als Morbus Menière, aber durchaus kombiniert mit Menière auftritt. Lagerungsschwindel tritt typischerweise für eine Dauer von 20 bis 30 Sekunden bei Lagewechsel des Kopfes besonders bei Nackenbeugung oder beim Umdrehen im Liegen auf. Er begleitet relativ viele Erkrankungen des Innenohrs. Patienten sind sehr wohl in der Lage diese beiden Schwindelarten gut zu unterscheiden. Der behandelnde Arzt muss nur entsprechend detailliert nachfragen. Der gutartige Lagerungsschwindel kann dann gezielt und weitaus effektiver als der durch Morbus Menière erzeugte Schwindel therapiert werden.

4. Neueste Forschungsergebnisse, Stand 2012

Ich möchte meine Ausführungen abschließen mit einigen Anmerkungen zu neueren Publikationen. Dies sind teilweise Studien bzw. Wertungen der Ergebnisse von Studien durch Institutionen, die weltweit als objektiv anerkannt werden, weil sie bei ihrer Wertung äußerst strenge Maßstäbe an die Art der Durchführung forschungsrelevanter Studien anlegen. Eine dieser Institutionen ist die sogenannte COCHRANE-Collaboration¹, gegründet 1993, die ihre Wertungen unter Einbeziehung aller auf der Welt zu einem bestimmten Krankheitsbild gemachten Studien vornimmt. Die Wertung der Studien erfolgt in Arbeitsgruppen, zur Zeit 52 an der Zahl. Eine von der Cochrane Collaboration für gut befundene Methode darf sich mit Recht als „nach dem neuesten Stand der Wissenschaft als wirksam eingestufte Vorgehensweise“ bezeichnen.

Einsatz bildgebender Verfahren

Seit dem Jahre 2009 ist es möglich, über das bildgebende Verfahren der Kernspintomographie (MRT) die Druckerhöhung im Innenohr sichtbar zu machen. Das ist aus ärztlicher Sicht ein Meilenstein, weil es etwas nachvollziehbar und sogar die Therapie in der Wirksamkeit überprüfbar macht. Zudem ist das Verfahren ein weiteres Instrument in der Diagnosestellung. (siehe FOLIE: MRT-Ergebnis eines Hydrops)

Morbus Menière – eine Viruserkrankung?

In einer der neueren Publikationen eines ansonsten anerkannten amerikanischen Kollegen wird die These aufgestellt, der Morbus Menière sei eine Viruserkrankung und die vom Autor durchgeführte Behandlung mit Medikamenten, die ansonsten bei der Behandlung gegen Herpes zum Einsatz kommen, sei er-

folgreich gewesen. Zu dieser These gab es nie weitere Literatur oder gar Studien. Ein in Fachkreisen akzeptierter Nachweis, dass die Patienten tatsächlich beschwerdefrei wurden, konnte auch vom Autor selbst nicht erbracht werden. Ich möchte also auch eine gewisse Warnung aussprechen, jeder neuen – und sogar in einschlägigen Fachjournals veröffentlichten – Methode unkritisch Glauben zu schenken.

Verbesserung der Gentamycinbehandlung bei Versagerquoten

Wie zuvor bereits angemerkt, sprechen ca. 10% der Patienten – trotz direkter Gabe ins Mittelohr und auch bei größerer Dosierung – nicht auf die normale Behandlung mit Gentamycin an. Zur Klärung dieser Frage haben Kollegen das Mittelohr der zuvor nicht ansprechenden Patienten operativ geöffnet und den Bereich aufgebohrt, in dem der erforderliche Austausch, die Weitergabe des Medikamentes vom Mittelohr zum Innenohr erfolgt. Nach Gabe von Gentamycin direkt in diese Bohrung war die Behandlung bei 90% der bisher erfolglosen Anwendungen erfolgreich. Es ist also offensichtlich so, dass der Austausch zwischen Mittelohr und Innenohr von Patient zu Patient nicht gleich ist und dieser Unterschied leider anatomisch bedingt ist und ohne operative Maßnahmen nicht erkannt werden kann.

Cortisongaben ins Mittelohr

2010 erschien eine Arbeit, die zeigt, dass man durch die Gabe von Cortison in das Mittelohr den Morbus Menière relativ gut kontrollieren kann. Im Rahmen dieser Arbeit wurden die Patienten über 24 Monate beobachtet. Die Therapie bestand aus drei Gaben in einem Zeitraum von drei Wochen, entweder als einmaliger Zyklus oder eventuell wiederholt. Sie haben dadurch die Patienten in ihrer An-

fallshäufigkeit deutlich verbessern bzw. die Erkrankung teilweise zumindest vorübergehend stoppen können. Diesen Weg sollte man weiter verfolgen.

Worüber aber Uneinigkeit besteht, ist, in welcher Häufigkeit und Menge das Medikament ins Ohr zu geben ist. Hierzu gibt es mittlerweile eine Vielzahl an Publikationen, die Daten häufen sich, genaueres ist abzuwarten.

Gentamycin-Therapie bereits bei noch gut-hörenden Patienten

Interessant für die Anwendung von Gentamycin sind die Ergebnisse einer Arbeit, bei der Gentamycin bei Morbus Ménière-Patienten mit noch weitgehend normalem Hörvermögen zum Einsatz gebracht wurde. Ich würde zwar persönlich ein Fragezeichen hinter den Einsatz bei noch völlig intaktem Gehör setzen, aber man sollte auf keinen Fall warten, bis man völlig ertaubt ist. Als wesentliches Ergebnis zeigt diese Arbeit, dass die Wahrscheinlichkeit, durch das Gentamycin eine Hörschädigung auszulösen, noch geringer ist, wenn die Patienten noch gut hören.

Cochrane-Collaboration 2012 Einsatz von Gentamycin wirkt signifikant

Im Jahre 2011 gab es 2 wichtige Wertungen für den Einsatz von Gentamycin und beim Cortison, die eindeutig die Wirksamkeit des Einsatzes belegen. Dabei ist die Wirksamkeit des Gentamycin im Einsatz gegen die Schwindelbeschwerden – nicht gegen die Hörsstörungen – in besonderem Maße als eindeutig zu bezeichnen.

(siehe Folie links)

Und um diese Wertung durch die Cochrane Collaboration hinreichend zu würdigen, gestatten Sie mir noch den folgenden Hinweis: Im vorliegenden Fall hat die auswertende Arbeitsgruppe, ihren strengen Anforderungen folgend, aus mehreren 100 Publikationen lediglich zwei Studien akzeptiert. Dabei gilt als wesentliches Kriterium weiterhin die Forderung nach einer Doppelblind-Studie: Danach müssen zum einen hinreichend große, bezüglich des Krankheitsbildes homogene Vergleichsgruppen gebildet werden, zweitens dürfen weder der Arzt, noch der Patient wissen, ob das verabreichte „Medikament“ wirklich das auf Wirksamkeit zu prüfende Mittel war oder lediglich ein Placebo.

Gleichgewichtstraining – die wirksamste Methode im Alltag

Ganz bewusst habe ich eine Studie über die Wirksamkeit von Gleichgewichtstraining an den Schluss dieser Aufzählung neuer Studien gestellt. Die besagte Studie belegt eindeutig die Wirksamkeit und damit die Wichtigkeit von Gleichgewichtstraining. Fazit: Egal welche Erkrankung des Gleichgewichtsorgans ich auch habe, es lohnt sich, sich dem Problem aktiv zu stellen und mit den Mitteln der Physiotherapie oder ähnlichem zu begegnen.

Die positive Botschaft lautet hier also, dass Sie einen nicht unwesentlichen –

Gentamicin bei Morbus Ménière

Pullens B, van Benthem PP 2011

**Intratympanic gentamicin for Ménière's disease or syndrome
(Review)**

Pullens B, van Benthem PP

Die intratympanale Gentamicin-Applikation ist geeignet, um die Schwindelbeschwerden beim Morbus Ménière signifikant zu reduzieren.





vielleicht sogar den wesentlichen- Teil ihres positiven Umgangs mit Ihrer Erkrankung selber machen können, indem Sie sich ihrer Erkrankung aktiv stellen. Dabei mag es sein, dass die Behandlung Ihres Schwindels nicht immer das Lieblingsthema Ihres HNO-Arzt ist, aber in größeren Kliniken und in der Rehabilitationseinrichtungen gibt es Schwindelambulanzen und da ist es sicher mehr als sinnvoll, Kontakt aufzunehmen. Und hier kann Ihnen auch KIMM sicher vermittelnd behilflich sein.

Schlussbemerkung

Es stimmt zwar, dass die medizinische Forschung nach wie vor nicht mit Sicherheit weiß, was Morbus Ménière letztlich auslöst, noch kann sie Ihnen unzweideutig und sofort sagen, wie Betroffene zu einem für Sie im Alltag erträglichen

Behandlungsziel kommen – aber es gibt viele gute Ansätze. Das Ziel im Verhältnis Arzt-Patient kann und muss sein, sinnvoll und machbar Erscheinendes abzusprechen und gemeinsam aktiv anzugehen. Und wenn dieser Erstansatz in Ihrem speziellen Fall nicht gelingt, ist in gegenseitiger Achtung ein neuerlicher Anlauf zu unternehmen und zu bereden, wie es weiter gehen könnte. So lässt sich letztlich auch im Umfeld von Morbus Ménière vieles bewegen und eine weitreichende Unterstützung und Linderung für Sie als Betroffene erreichen.

FRÜHJAHRSTAGUNG 2012 BAD GRÖNENBACH

Die WORKSHOPS

Auf unserer Frühjahrstagung in der Klinik am Stiftsberg, Bad Groenenbach wurden am Nachmittag seitens der Klinik 4 Workshops durchgeführt, 2 davon als Infogruppe / Gesprächsrunde, 2 waren praktischen Übungen vorbehalten:

Workshop 1: „**Morbus Menière & Angst: Infogruppe**“ (Frau Kolba)

Workshop 2: „**Morbus Menière & Stress: Praxis QiGong**“ (Herr Baldinger)

Workshop 3: „**Morbus Menière & Lebensqualität: Infogruppe**“ (Frau Meier-Ponstein)

Workshop 4: „**Morbus Menière & Gleichgewichtstraining: Praxis**“ (Frau Sigl)

Nachfolgend finden Sie zu allen Workshops ein kurzes Resümee: bei den Workshops 1, 3 und 4 jeweils aus der subjektiven Sicht einer Teilnehmerin, bei Workshop 2 eine Kurznotiz von Herrn Baldinger, Leiter dieser QiGong-Praxis. Die Berichte der teilnehmenden Personen zeigen erneut die Wichtigkeit des Gespräches mit Therapeuten und Betroffenen bzw. die Hilfe, die praktische Übungen geben können – dies nicht zuletzt wegen der Möglichkeit, sie im ganz persönlichen Alltag anzuwenden. Und vielleicht helfen Ihnen diese positiven Eindrücke bei Ihrer Entscheidung, sich einmal selbst auf eine unserer Tagungen „zu wagen“.

Zum Thema Schwindeltraining geben wir zudem den Artikel von Frau Christiane Syed wieder, die auf unserer Frühjahrstagung in der Baumrainklinik in Bad Berleburg ein Gleichgewichtstraining unter dem Titel „Schwindel“ angeboten hatte. Damals fand dieser Artikel aus Zeitgründen nicht seinen Weg in unsere Zeitschrift, das wollen wir heute nachholen. Bezüglich weiterer Informationen zu QiGong verweisen wir z. B auf unseren ausgiebigen Bericht in der KIMM-aktuell 2-2008. Dort sind auf den Seiten 28 bis einschließlich 32 die sog. 8 Brokate im Detail in Text und Bild erläutert.





Eigentlich dachte ich, ich hätte ja keine Ängste und wollte nicht unbedingt in diesen Workshop. „Was soll mir das denn bringen?“, dachte ich. Aber die anderen Workshops waren überfüllt bzw. sprachen mich weniger an. Also setzte ich mich in den Kreis der „Angsthasen“ zunächst mit einem gewissen inneren Gefühl des passiven Abwartens.

Noch vor Beginn sprach mich eine ca. 70-jährige Frau an und erzählte: „Mein Mann wollte nicht mitkommen, der interessiert sich dafür nicht. Der will mit sowas nichts zu tun haben.“ Ich war verblüfft und konnte gar nicht so schnell erwidern. Womit wollte denn ihr Mann nichts zu tun haben – etwa mit ihr oder ihren Problemen? Mit Psychologen? Mit anderen Menschen? Wer von den beiden war denn nun der Angsthase: die Frau, die sich den „Problemen“ stellte oder der Mann, der davon nichts hören wollte?

Nun, zunächst kam das Gespräch etwas schleppend in Gang. Es stellte sich heraus, dass sogar in diesem kleinen Kreis, einige eine gewisse innere Angst vor dem, was auf jetzt sie zukommen sollte und was „man von ihnen hier wollte“, verspürten. Die Therapeutin machte mit uns einige Atem- und Entspannungsübungen (im Sitzen) und fragte danach noch einmal nach den Befindlichkeiten. Alle waren erstaunt, dass

sie deutlich ein Zurückgehen der inneren Aufregung spürten und sich nun auch im Gespräch wesentlich offener und ausführlicher äußern konnten.

Einer jungen Patientin fiel es besonders schwer, sich zu konzentrieren – sie zappelte nervös, drückte die Hand ihres danebensitzenden Freundes und klagte, dass sie keine Wirkung von den Entspannungsübungen verspüre. Sie kam dann ins Reden und es stellte sich heraus, dass ihre Gedanken ständig auf Reisen waren – sie kreisten um ihre zunehmenden Anfälle, ihre Hilflosigkeit, ihre berufliche Zukunft. Sie hatte riesige Angst, dass ihr Leben dadurch jetzt schon vorgezeichnet sei und sie bis an ihr Lebensende zwischen den Anfällen dahingehangen müsse – immer im Bewusstsein, dass es jederzeit wieder losgehen könne. Glücklicherweise waren in der Gruppe einige erfahrene MM-Patienten, die ihr versichern konnten, dass es auch gute Zeiten geben wird und der MM in ihrem Leben nicht immer eine so drastische Rolle spielen wird. Sie erzählten von ihren eigenen schlimmen Erfahrungen während der Anfallsphasen und auch von den guten Zeiten, in denen sie sich glücklich und zufrieden gefühlt hatten, was sie trotz MM schon geleistet hatten und wie stolz sie darauf waren. Zwei aus

der Runde (ein Mann und eine Frau) waren bereits zur Reha in Bad Grönenbach gewesen. Sie sprachen von ihren Entwicklungswegen und ihren Erkenntnissen. Man sah deutlich zunächst die langsam weichende Ungläubigkeit und dann die aufkeimende Hoffnung im Blick der jungen Frau. Sie war gerade auch hier zur Reha – sie würde in den kommenden Wochen noch sehr viel lernen über die Krankheit, über sich und über ihre Wirkung auf andere – sie konnte plötzlich lächeln und ihre Hand lag nicht mehr verkrampft in der ihres Freundes.

Einige der Anwesenden hatten ein ähnliches Problem: die Angst vor dem Erbrechen im Anfall. Für sie war es besonders schwierig, anderen gegenüber einzugestehen, dass sie mitunter schwach sind und sie ihren Körper in den Momenten der Anfälle nicht vollständig im Griff haben. Es kam Scham zum Ausdruck und Wut auf den „ungehorsamen“ Körper. Die Tendenz zum sozialen Rückzug war immer gegeben. Niemals jedoch, so meinten sie, wären sie aus diesem Kreislauf herausgekommen, wenn sie nicht professionelle Hilfe angenommen hätten. Der eine hatte es bereits geschafft, die andere arbeitete noch daran – aber alle waren auf dem Wege der Besserung – sie hatten ihre Blickwinkel bereits verschoben und sahen sich nicht mehr im Fokus der Mißbilligung ihrer Mitmenschen. Auch einige praktische Verhaltenstipps (Konzentration auf andere Dinge, bewusste Entspannung, Mitnahme von Handy, MM-Karte, Tüten usw.) hatten sie parat. Dadurch konnten sie die Angst, dass gleich etwas Unangenehmes passieren könnte, für sich wirkungsvoll verringern und wieder entspannen. Meist kam es dadurch letzten Endes gar nicht zum Äußersten und ihre Lebensqualität stieg erheblich.

Ein junger Mann klagte, dass er nicht wisse, wie es weitergehen solle: er wollte seinem Arbeitsgeber gegenüber nicht zugeben, dass er ein „Anfallsleiden“ (MM) hat und saß mit Schwindel dort täglich am PC – jedoch ohne zu arbeiten, da er die Zeilen am Bildschirm gar nicht mehr fixieren konnte. Er fragte nach Tipps, wie er den Schwindel in solchen Momenten bekämpfen könne und hatte große Angst vor einem Arbeitsplatzverlust. Es war ihm sichtlich

schwer gefallen, uns das zu erzählen – um so mehr war er über die Anteilnahme und das Verständnis erfreut, das ihm entgegenkam. Fast jeder von uns hatte doch ähnliche Phasen durchlebt. Was ihm jedoch empfohlen wurde, machte ihn sehr nachdenklich: er müsse endlich ehrlich sein, wurde gesagt. Auf Dauer könne er seinen Zustand nicht verbergen – im Gegenteil, man könnte es ihm verübeln, dass er zunehmend langsamer wurde und kein Vertrauen zu den Kollegen hatte. Das wiederum könnte seinen Arbeitsplatz u.U. mehr gefährden als Offenheit und Bekenntnis zu MM. Er bringe damit sich und seine Mitmenschen in die Gefahr, dass sie sich voll und ganz auf ihn verlassen, obwohl er durch MM nicht immer in der Lage ist, die Anforderungen zu erfüllen. Es hat ihm nicht gefallen, was er da gehört hat, aber er ist nachdenklich geworden.

Ich habe letztendlich in einigen der geäußerten Ängste, meine eigenen – sorgfältig verborgenen – wiedergefunden. Zunächst hat mir das auch nicht gefallen, das machte ein unangenehmes Gefühl der Schwäche und beunruhigte mich. Doch was ich hörte, gab mir die Gewissheit, dass man damit fertig werden kann, dass es meistens Lösungen gibt, an denen man arbeiten kann und vor allem: dass ich mit meinen Ängsten nicht allein bin.

Geschlossen wurde mit dem Spruch, der auf den „gewissen Tüten“ in Flugzeugen gedruckt ist: „Take it with a smile“ und das, denke ich, ist es, worauf es ankommt – zum Schluss ein entspanntes Lächeln.

C.E. März 2012



Morbus Menière & Stress: Qi Gong Übungen im kleinen, aber feinen Rahmen

Nach ein paar Aufwärm- und Bewusstheitsübungen haben wir typische Qi Gong Figuren eingeübt. Dabei entstand eine von konzentrierter Achtsamkeit geprägte Atmosphäre, in der jeder Teilnehmer in seinem Rhythmus arbeitete und den eigenen Körperwahrnehmungen nachspürte. Einige Figuren verlangten dem – teilweise ohnehin beeinträchtigten – Gleichgewichtssinn viel ab, danach wurde aber von mehreren Schwindelbetroffenen zurückgemeldet, dass die Standsicherheit leicht besser geworden sei.

Dies sind nach meiner Erfahrung auch die beiden zentralen Benefits von Qi Gong bei Morbus Menière:

- Stressreduktion durch bewusste Entspannung und
- Training des Gleichgewichtssinns.

*Jonathan Baldinger, Psychologe an der HELIOS Klinik
Am Stiftsberg*

Workshop 3: Infogruppe „Morbus Menière und Lebensqualität“

Rückblick einer Teilnehmerin

Basierend auf dem Vortrag des Psychologen Herr Dr. O. Rien bot Frau Meyer-Ponstein nachmittags eine Gesprächsgruppe an. Für diesen Workshop hatten sich circa 20 Teilnehmer eingetragen, das zeigt, wie wichtig dieses Thema für MM-Patienten ist.

Gleich zu Beginn ersetzte Frau Meier-Ponstein den Begriff „Lebensqualität“ durch „Lebensfreude“, denn mit dem Bewusstsein von Lebensfreude ist Lebensqualität auch für MM-Patienten möglich.

Was bedeutet Lebensfreude? Auf diese Frage gab es viele Antworten: Anfallsfreie Zeit – guter Schlaf – Fitness – Motorrad fahren – ohne Hilfe zurecht kommen – ohne Angst leben – Projekte erledigt haben – einen guten Tag ha-

ben- sehen können, was schön ist – von allen akzeptiert werden, wie man ist – ein risikoarmer Lebensplan – Selbständigkeit – Zuneigung zeigen und bekommen – neue Ziele setzen – sich selbst lieben.

Auffallend war, dass in dieser Liste Wünsche nach Reichtum, tollem Urlaub und Statussymbolen fehlten. Vor der Erkrankung waren auch diese Dinge vielleicht als sehr wichtig für ein frohes Lebensgefühl erachtet worden, durch die Menière-Erkrankung der Teilnehmer haben sich offensichtlich die Wichtigkeiten im Leben verschoben, erst durch die Krankheit wurden manche Möglichkeiten der Lebensfreude erkannt.

Die Liste zeigte aber auch Freuden, die wegen der Menière-Erkrankung nicht mehr zu erlangen sind, z.B. Motorrad fahren. Es wurde herausgearbeitet, dass es in solchen Fällen hilfreich sein kann, zu erkennen, worin die Freude



besteht und zu versuchen, die Verwirklichung dieser Ziele auf andere Weise zu finden. Das heißt, wenn Motorrad fahren Freiheit, Entspannung und Naturerlebnis bedeutet, kann ich versuchen diese Werte auch anders zu leben, z. B. durch Joggen im Wald o.ä..

Auch zuverlässiges Planen, das Bewusstsein, alles im Griff zu haben, ist bei einer MM-Erkrankung oft nicht mehr möglich. Wie gehe ich mit diesem Wissen um? Der Verlust der Planungszuverlässigkeit macht Angst und nimmt so Lebensfreude fort. Durch eine einfache Übung machte Frau Meyer-Ponstein uns klar, was „im Griff haben wollen“ eigentlich heißt: Wir ballten unsere Fäuste einige Zeit zu einem sehr festen Griff und spürten große Anstrengung und starke Spannung. Das Lösen des Griiffs führte zu Erleichterung und Entspannung. So wurde uns bewusst, dass manche Ziele, deren Unerreichbarkeit durch die Krankheit wir bedauern, vielleicht gar nicht so erstrebenswert sind, bzw. in ihrer Wertigkeit überdacht werden sollten.

Bei aller Begutachtung der Dinge, die Lebensfreude hervorrufen, wurde den Workshopteilnehmern allerdings klar, dass solches Überdenken erst möglich ist, wenn – wie Herr Dr. Rien morgens in seinem Vortrag dargestellt hatte – das „Nadelöhr der Trauerarbeit“ durchgegangen wurde; erst danach ist Krankheitsakzeptanz möglich und erst dann kann ich emotionale Energien von der Krankheit abziehen und anderswo einsetzen, erst jetzt kann ich neue Ideen entwickeln, die mir zu Lebensfreude verhelfen. Nach der Trauerarbeit kann also Kompetenzentwicklung stattfinden. Dazu gehört eine unbedingte Ehrlichkeit sich selbst ge-

genüber (wo stehe ich? Was kann ich? Was will ich?) aber auch dem sozialen Umfeld gegenüber. Mein Umfeld muss Bescheid wissen, damit es auf meine Forderungen nach Akzeptanz und Rücksicht richtig reagieren kann. Die Probleme im Umgang zwischen Gesunden und Erkrankten können durch Ehrlichkeit erheblich reduziert werden, auch dies ist ein Schritt in Richtung Lebensfreude trotz Krankheit.

In der Diskussion stellte sich heraus, dass die Umsetzung dieser Forderungen nicht unbedingt einfach ist, es gibt Situationen, wo ich mich als Erkrankter gegen diese Ehrlichkeit entscheide, z.B. aus Rücksicht auf nahestehende Menschen, deren fröhliche Situation ich durch meine Trauermitteilung nicht zerstören will. Da gibt es kein Patentrezept, jedoch wurde klar, dass ich in einem solchen Fall gut daran tue, mein Bewusstsein für das, was ich insgesamt bisher erreicht habe, zu stärken und die Grenzen, die im Zusammenleben von beiden Seiten gesetzt sind, immer wieder auszuloten.

Der Workshop zeigte, dass Lebensfreude auch für den MM-Erkrankten möglich ist, aber was bleibt, ist die Angst vor dem nächsten Anfall. Dieser Angst kann und soll man nicht ausweichen, durch vorbeugende Maßnahmen (Handy, Vomex.....) lässt sie sich vielleicht lindern. Unter Umständen braucht der MM-Erkrankte professionelle psychologische Hilfe, um zu lernen, dass die Angst nicht lähmen muss. Die Grenze, wo die Angst nützlich und wo sie lähmend ist, kann oft schwer herauszufinden sein.

Aber das ist vielleicht ein neues Thema für einen nächsten Workshop.



Von Vorträgen, Diskussionen, Mittagessen war am frühen Nachmittag mein Kopf zum Bersten voll und schwer und müde, mir war übel. Ich wollte weder etwas hören, reden, noch mich bewegen. Lust auf Gleichgewichtstraining? Nein, Danke! Aus Höflichkeit, weil ich mich doch zu diesem Workshop angemeldet hatte, stolperte ich mit zum Trainingsraum.

Froh stellte ich fest, dass wir nur eine kleine Gruppe von 4/5 Frauen waren. Wenn ich mich wie beschrieben fühle, bin ich total unsicher in fremder Umgebung und gegenüber anderen Menschen. Die Therapeutin, Frau Melanie Sigel, hatte einen Parcours aus kleinen meist bekannten Geräten wie Kippbretter, Wippscheiben, Luft-Sitzkissen, Holzkegel, Seile, Trampolin usw. aufgebaut, erläuterte die mit ihnen durchzuführenden Übungen, schlug vor, sie nachzumachen, uns aber bei den meisten Übungen erst einmal festzuhalten oder mit einer Partnerin auszuführen und bei allen Übungen einen Fixpunkt zu suchen.

Als wir die Übungen zwischen zwei auf dem Boden liegenden Seilen oder auf einem Seil langlaufen machten, fühlte ich plötzlich, dass ich ruhiger geworden war und beschloss, den Parcours noch einmal durchzumachen, aber besonders alle 10 vorgeschlagenen Übungen mit dem Seil zu wiederholen. Nach einer Stunde konnte ich wieder lächeln und war sehr zufrieden mit dem Tag und dankbar allen, die dieses Symposium gestaltet haben.

Heute zu Hause ist es schön für mich zu wissen, dass Übungen an/mit kleinen Geräten, z. B. nur 2 Springseile, die parallel am Boden liegen, mein „Ungleichgewicht“ wieder in Ordnung bringen können.

Danke, liebe Frau Sigel, für diese Therapie-stunde!

Kurzinfo zur Mitgliederversammlung von KIMM e.V. am 24.3.2012 in der Klinik am Stiftsberg, Bad Grönenbach



Dem Symposium war unsere Mitgliederversammlung für das laufende Geschäftsjahr vorgeschaltet. Sie begann bereits um 9:15 Uhr und hatte die folgenden Tagesordnungspunkte zum Inhalt:

1. Begrüßung und Bericht der Vorsitzenden
2. Berichte des Kassenführers und der Kassenprüfer
3. Entlastung des Vorstandes
4. Neuwahl des Vorstandes und der Kassenprüfer
5. Beschlussfassung über die Beitragshöhe
6. Verschiedenes

zu TOP 1: Begrüßung und Bericht der Vorsitzenden

Frau Bott stellt als Vorsitzende die ordnungsgemäße Einberufung der Mitgliederversammlung und die heutige Beschlussfähigkeit fest. Danach verliest sie ihren Rechenschaftsbericht (siehe gesonderten Artikel) und bedankt sich bei den Mitgliedern für das entgegen gebrachte Vertrauen. Die Mitglieder stellen keine weiteren Fragen.

zu TOP 2: Berichte des Kassenführers und der Kassenprüfer

Herr Dierlamm stellt in seinem Bericht die Ein- und Ausgaben und die Vermögensübersicht für das zurückliegende Jahr 2011 und den Wirtschaftsplan 2012 vor (siehe Anlage). Das Ergebnis der Kassenprüfung durch die Kassenprüfer (Herr Feghelm und Herr Schrem) wird vorgelesen. Seitens der Mitglieder werden im Nachgang hierzu keine weiteren Fragen gestellt

zu TOP 3: Entlastung des Vorstandes

Der gesamte bisherige Vorstand wird von der Mitgliederversammlung einstimmig entlastet.

zu TOP 4: Neuwahl des Vorstandes und der Kassenprüfer

Die Wahlleitung übernimmt Herr Dr. Kratzsch.

Wahl des Vorstandes:

Als Kandidaten für den neuen Vorstand stellen sich die Mitglieder des bisherigen Vorstandes und die bisherige kommissarische Beisitzerin zur Wahl:

- Frau Anna Bott (Position: 1. Vorsitzende),
- Herr Franz Austen (Position: Stellvertretender Vorsitzender),
- Herr Walther Dierlamm (Position: Kassenführer),
- Herr Dr. Fred Knäbel (Position: Schriftführer),
- Frau Edeltraud Mory (Position: Beisitzer(in))
- Frau Margarete Bauer (Position; Beisitzer(in)).

Alle Kandidaten werden per Akklamation einstimmig gewählt; die Gewählten nehmen die Wahl an.

Wahl der Kassenprüfer

Die bisherigen Kassenprüfer – Herr Feghelm und Herr Schrem – stellen sich erneut zur Wahl, eine entsprechende schriftliche Einverständniserklärung liegt vor. Ihre Wahl erfolgt ebenfalls einstimmig.

zu TOP 5: Beschlussfassung über die Beitragshöhe

Der Vorschlag des Vorstandes, den Jahresbeitrag auf Weiteres in der bisherigen Höhe von Euro 20 bis zu einem Antrag auf Änderung zu belassen, wird einstimmig angenommen.

zu TOP 6: Verschiedenes

Seitens der Mitglieder werden keine weiteren Punkte zur Tagesordnung genannt.

Die Mitgliederversammlung schließt um 9:45 Uhr.

Fred Knäbel (Schriftführer KIMM e.V. für den Vorstand)

Rechenschaftsbericht der KIMM-Vorsitzenden zur Mitgliederversammlung 24.3.2012, Klinik am Stiftsberg, Bad Grönenbach.

Vorbemerkung

Wegen der anstehenden Neuwahl des Vorstandes bezog unsere Vorsitzende Anna Bott ihren Rechenschaftsbericht nicht nur auf den Zeitraum seit der Mitgliederversammlung in Bad Berleburg im September 2011, sondern auf den Gesamtzeitraum der beiden zurückliegenden Jahre, für den der „alte“ Vorstand verantwortlich zeichnete. Dadurch sind weite Teile ihrer Ausführungen inhaltlich identisch mit den Ausführungen auf den Seiten 35 und 36 unserer Ausgabe KIMM-aktuell, 2011-2. Wir geben deshalb den neuerlichen Rechenschaftsbericht nur in stark verkürzter Form wieder.

Blick auf unsere Mitgliederzahlen:

Per 01.01.2012 haben wir einen Mitgliederbestand von 607 eingeschriebenen Mitgliedern, im Jahre 2011 gab es 68 Eintritte und 35 Austritte. Unsere Organisation wächst also weiterhin. Die Verteilung unserer Mitglieder ist bundesweit, das Hauptgewicht liegt allerdings immer noch im süddeutschen Raum. Neumitgliedschaften finden überwiegend über unsere Homepage und in geringerem Maße bei unseren Tagungen statt.

Die **Planung und die Durchführung unserer Tagungen** ist weiterhin eine der sehr zeitaufwendigen Hauptaufgaben des Vorstands. Im Berichtszeitraum wurden insgesamt 5 Tagungen in Nürnberg, Essen, Würzburg, Bad Berleburg und Bad Grönenbach durchgeführt.

Frau Bott hebt erneut hervor, dass unsere Tagungen nur aufgrund der weitreichenden Unterstützung durch kooperationsbereite Einrichtungen durchführbar sind, die ihre Zeit, ihre Räumlichkeiten und qualifizierte Referenten kostenlos für Vorträge zur Verfügung stellen – z.B. heute die Klinik am Stiftsberg, Bad Grönenbach. Der Dank gilt diesen Institutionen, aber auch den Mitgliedern, die – trotz ihrer krankheitsbedingten Schwierigkeiten – durch rege Teilnahme an den Workshops, den Diskussionen und den Vorträgen die Tagung wesentlich bereichern.

Weitere Punkte der Ausführungen unserer Vorsitzenden sind der Einsatz von Schriftdolmetscherinnen, KIMM-eigene Beiträge auf unseren Tagungen (meist im Rahmen angebotener Arbeitsgruppen, sog. Workshops), die Treffen der Leitungen unserer örtlichen bzw. uns befreundeter örtlicher MM-Selbsthilfegruppen und die Zusammenarbeit mit dem MM-spezifischen Internet-Forum „Selbsthilfe Meniere“ (www.sh-meniere.de).

Die telefonische Beratung von MM-Betroffenen ist und bleibt ebenfalls eine wichtige, wenn auch im Tagesgeschäft eher unbeachtete Tätigkeit. Leider wird dabei unsere abschließende Frage nach einer Mitgliedschaft bei KIMM dennoch allzu häufig negativ beantwortet, „da man nun hinreichend informiert sei ... etc. etc.“

Abschließend geht Frau Bott erneut auf die Wichtigkeit unserer 2-mal jährlich erscheinenden Mitgliederzeitschrift KIMM-aktuell ein, da sie weiterhin eine sehr arbeitsaufwendige Tätigkeit im Nachgang zu unseren Tagungen, bleibt aber der wesentliche Lieferant von aktuellen medizinischen, psychologischen und hörgerätetechnischen Informationen aus Theorie und Praxis an ALLE Mitglieder bleibt. In diesem Zusammenhang dankt Frau Bott speziell unserem Mitglied Frau Halder, die sich der schwierigen Aufgabe angenommen hat, vor dem Druck die abschließende Überprüfung auf Rechtschreib- und sonstige Fehler vorzunehmen.

Zum Rechenschaftsbericht werden keine weiteren Fragen seitens der Teilnehmer gestellt.

(Fred Knäbel für den Vorstand)

Der neu gewählte Vorstand bestehend aus (von links nach rechts):



- Frau Edeltraud Mory (Beisitzerin)
- Frau Margarete Bauer (Beisitzerin)
- Frau Anna Bott (1. Vorsitzende)
- Herr Walther Dierlamm (Kassenführer)
- Herr Franz Austen (Stellvertretender Vorsitzender)
- Herr Dr. Fred Knäbel (Schriftführer)

hat in Bezug auf die Wahl im Jahre 2010 mit Frau Margarete Bauer als Beisitzerin im juristischen Sinne einen Neuzugang. Andererseits hat Frau Bauer diese Position schon seit Beginn 2011 kommissarisch wahrgenommen und wurde in der Ausgabe 1-2011 unserer Zeitschrift auch bereits entsprechend vorgestellt. Wir können hier also als neue Nachricht lediglich mitteilen, dass Ihr Vorstand „der alte geblieben ist“. Es bleibt also alles wie gehabt: Unser Einsatz für Sie als Mitglieder und unsere Arbeit im Vorstand, die von gegenseitiger Achtung und Freundschaft getragen ist.

Die Tatsache, dass auf der – eigentlich als gemeinsames Foto aller Vorstandsmitglieder gedachten – Aufnahme dann doch bereits Frau Bauer und Herr Austen als leiblich Anwesende fehlten, ist dem Terminplan der Deutschen Bundesbahn und gewissen Nachwehen der Anstrengungen der Tagung zu verdanken. Wir haben die Nichtanwesenden kurzerhand mittels der heutigen Möglichkeiten der nachträglichen Bildbearbeitung „ins Bild eingebaut“. Ansonsten sei Ihnen versichert, dass die abgebildeten Personen, trotz des großen Spektrums an bildgestaltenden Manipulationsmöglichkeiten – sowohl berahmt als auch unberahmt – tatsächlich so aussehen, wie abgebildet.

In diesem Sinne herzlichen Dank für die Wiederwahl und auf gute Zusammenarbeit

Fred Knäbel für den Vorstand KIMM e.V.

„Gemeinsam sind wir stärker!“

Kurzbericht über das KIMM Gruppenleiter-Treffen am 05./06.11.2011 in Paderborn

Teilgenommen an diesem 2. Treffen der SHG-Leitungen haben Vertreterinnen der Gruppen aus Hamburg, Hannover, Köln, Nürnberg, Paderborn und Würzburg, sowie Vertreter(innen) des KIMM-Bundesvorstandes.

Hauptgesprächspunkte an den beiden Tagen waren die Themen „Förderungs- und Finanzierungsmöglichkeiten“ und „Öffentlichkeitsarbeit“.

„Förderungs- und Finanzierungsmöglichkeiten“.

Margarete Bauer berichtete über den jährlichen Ablauf der Antragstellung auf Fördergelder für ihre Gruppe in Würzburg und die Erstellung eines Verwendungsnachweises. Es ergaben sich hauptsächlich Fragen zu Raummiete, Gruppenbeiträge ja/nein, wozu kann/darf man die Fördergelder verwenden etc..

Gesundheitsbezogene SHG's erhalten unter bestimmten Voraussetzungen eine finanzielle Unterstützung durch die Fördergemeinschaft aller gesetzlichen Krankenkassen auf der Grundlage des § 20 c SGB (Sozialgesetzbuch) V.

- Für eine Gruppenförderung gelten dabei als wichtigste **Fördervoraussetzungen:**
- Die Gruppe führt einen eigenständigen Namen (keine Privatperson)
- Die Gruppe wird von Betroffenen selbst geleitet wird
- Gruppengröße von mindestens sechs Mitgliedern
- Die Gruppe muss offen sein für neue Mitglieder
- Verlässliche / kontinuierliche Gruppenarbeit und Erreichbarkeit.
- Darstellung des Krankheitsbildes.
- Benennung eines nur für die Zwecke der SHG gesonderten Kontos.
- Die Herstellung von Transparenz über die Finanzsituation gegenüber Förderer.
- Die Sicherstellung der Verwendung der Fördermittel für die Zwecke der Gruppe

Weitere Angaben hierzu findet man auf der Internetseite der GKV.

Exemplarisch für zusätzliche **örtliche Förderungsmöglichkeiten** wurde der Raum Würzburg detailliert vorgestellt:

- *Runder Tisch der Krankenkassen in Unterfranken*
- *Förderung durch die Stadt Würzburg*
- *Förderung durch den Bezirk Unterfranken*
- *Förderung durch den Freistaat Bayern, Zentrum Bayern, Familie und Soziales (ZBFS)*

Weitergehende Informationen über Förderung erhält man auch bei der Nationalen Kontaktstelle für Selbsthilfe (NAKOS) oder können z.B. dem Leitfaden zur Selbsthilfeförderung (des GKV) und dem Merkblatt „Krankenkassenförderung für Selbsthilfegruppen“ (Bayern) entnommen werden. Dabei ist allerdings stets zu beachten: Bevor SHG's Spenden akquirieren oder sich -sponsoren lassen wollen, gilt es sich eingehend zu informieren, da oft eine Gegenleistung verlangt wird (z. B. Werbung auf Gruppen-Flyer). (weitergehende Literatur; „Recht für Selbsthilfegruppen“ von Renate Mitleger-Lehner (Selbsthilfe-Centrum München), ISBN 978-3-940865-02-1 und „Erfolgreich Fördermittel einwerben“, Tipps und Tricks für das Schreiben von Projektanträgen von Daniel Pichert, Herausgeber: Stiftung Mitarbeit, Bonn (<http://www.mitarbeit.de> / info@mitarbeit.de)).



Das Hauptthema am Sonntag war die „Öffentlichkeitsarbeit“. Wichtige Einzelaspekte waren hier die Frage „Wozu brauchen wir Öffentlichkeitsarbeit?“ und die *Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit* bzw. ihr Zweck.

In der Verabschiedungsrunde bestätigten alle Leiterinnen, dass sie viel mit in die Gruppe nehmen und umsetzen werden. Für die kommenden Treffen der Leiterinnen sollte die Kommunikation und der Erfahrungsaustausch untereinander Priorität haben. Besonderer Dank geht an Franz Austen für die Vorbereitungen und Leitung während der beiden Tage. Ebenso ein großes Danke an Barbara Paul für die Organisation vor Ort. Danke auch an alle Teilnehmer für ihren aktiven, solidarischen Einsatz während der Tagung.

(nach dem Protokoll von Margarete Bauer, SHG Würzburg)

„Die Hörakustiker sind unsere wichtigste Adresse.“

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Audio Infos (www.audioinfos.de), Fotos Martin Schaarschmidt.



Ursula Kölbel, Johannes Kröner, Thomas Jaggo und Edeltraud Kerschenlohr (von li. nach re.) – die Initiativ-Gruppe „Induktives Hören“ aus Nürnberg

Ein Gespräch mit der Initiativ-Gruppe „Induktives Hören“ aus Nürnberg

Inklusion – in den politischen Debatten und in Medienberichten taucht der Begriff derzeit immer wieder auf. Das große Wort steht für das Idealbild einer Gesellschaft, in der jeder Mensch akzeptiert wird, sich frei und selbstbestimmt entfalten kann, und in der niemand durch Barrieren ausgegrenzt wird. In der Rollstuhlfahrer zum Beispiel überall hinkommen, weil es überall Rampen gibt. – Und die Hörgeschädigten? Auch sie kämpfen an gegen Barrieren im öffentlichen Raum. Sie suchen dafür die Unterstützung der Hörakustiker. Und im Mittelpunkt ihres Ringens steht eine Lösung, die viel aktueller ist, als es manchem scheint: die T-Spule. Martin Schaarschmidt traf in Nürnberg die dortige Initiativ-Gruppe „Induktives Hören“.

Martin Schaarschmidt: Frau Kerschenlohr, Sie sind die Initiatorin der Initiativ-Gruppe „Induktives Hören“ aus Nürnberg. Wie sind Sie auf die Idee zu einer solchen Gruppe gekommen?

Edeltraud Kerschenlohr: Die kam mir vor nicht allzu langer Zeit. Ich bin beidseitig taub und habe zwei CIs, mit denen ich wunderbar höre. Aber ich habe enorme Probleme, Gesprochenes aus einem Lautsprecher zu verstehen. Aus meiner Arbeit in einer Selbsthilfegruppe für Morbus-Menièr-Betroffene kenne ich eine ganze Reihe von Hörgeräteträgern, denen es ähnlich geht. So wie ich haben sie viele Jahre lang einfach vermieden, kulturelle Veranstaltungen, Kinos u. ä. zu besuchen.

Dass es Induktionsschleifen gibt, wusste ich lange Zeit überhaupt nicht. Vor ungefähr zwei Jahren habe ich sie zum ersten Mal selbst probiert – bei den Symposien von KIMM e. V. (Kontakte und Informationen zu Morbus Menière) und auch bei Veranstaltungen der Deutschen Cochlear-Implant-Gesellschaft. Ich war begeistert und habe mich in Nürnberg erkundigt, in welchen Gebäuden es solche Anlagen gibt – in Kirchen, in städtischen Einrichtungen. Beim Behinderten-Beauftragten der Stadt gab es dafür

sogar ein Verzeichnis. Das bin ich von Ort zu Ort abgegangen.

M. S.: Und das Resultat?

E. K.: Das war ernüchternd. – Selbst dort, wo es solche Anlagen gibt. Meist wussten die Mitarbeiter gar nicht, was das ist. Oder sie wussten von der Anlage, hatten aber keine Ahnung, wie die funktioniert. Das Hinweisschild fehlte überall.

Ich fand, dass sich da unbedingt was ändern muss. Also habe ich mich Anfang letzten Jahres auf den Weg gemacht. Im September kamen dann die anderen drei dazu. Und sie sind seitdem meine allergrößte Stütze.

M. S.: Und warum? Frau Kölbel, Herr Jaggo und Herr Kröner, was hat Sie in diese Gruppe geführt?

Ursula Kölbel: Ich arbeite hauptamtlich für die Schwerhörigen-Seelsorge der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern. In unserer Arbeit beschränken wir uns nicht auf kirchliche Einrichtungen. Wir wollen in die gesamte Gesellschaft hinein wirken. Das Thema der induktiven Höranlagen ist da für mich total wichtig.

Auch ich bin schwerhörig. Ich trage ein Hörgerät und ein CI. Vor etwa fünf Jahren befand ich mich sozusagen am Tiefpunkt meines Hör-Lebenslaufs. Ich war nahezu taub und stand außerhalb der Gesellschaft. Dank meiner Hörhilfen ist das heute anders. Und ich profitiere wahn-sinnig von diesen Anlagen, die ich nicht missen möchte. Sie ermöglichen mir Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Ich will, dass sie in viel stärkerem Maße Verbreitung finden.

Johannes Kröner: Das möchte ich auch. Ich bin quasi das katholische Pendant zu Frau Kölbel, sitze hier für die katholische Hörgeschädigten-Seelsorge in Nürnberg und Mittelfranken. Meine Arbeit gilt den Gehörlosen und zunehmend auch den Schwerhörigen. Mitte letzten Jahres erhielt ich einen Brief von Frau Kerschlenlohr, die die Bildung dieser Gruppe vorschlug. Das erste Treffen war dann eher spontan. Aber Schritt für Schritt ging es weiter.

M. S.: Fehlt noch der vierte im Bunde. – Herr Jaggo, Sie sind der Technik-Experte der Initiativ-Gruppe?

Thomas Jaggo: Ich bin Geschäftsführer der Jaggo Media GmbH. Wir beschäftigen uns mit Beschallungs- und Mikrofon-Systemen und seit geraumer Zeit auch mit induktiven Höranlagen. Über diesen Umweg bin ich zum Ehrenamt als Referatsleiter Technik beim Landesverband Bayern der Schwerhörigen und Ertaubten e. V. gekommen. Und in dieser Funktion sitze ich jetzt auch hier.

Wir beraten Planer, Fachfirmen, Bauherren, Betroffene rund um das Thema induktives Hören. Ich berate z. B. auch den Bayerischen Landtag, die Bayerische Architektenkammer und viele mehr. Dass es hier in Nürnberg diese Gruppe gibt, dass wir gemeinsam was bewegen, finde ich klasse.

M. S.: Sie sind sich einig darin, dass es zu wenige induktive Anlagen gibt...

U. K.: Es gibt schon etliche Anlagen. Aber deren reale Nutzbarkeit ist fast Null. Ich habe da unzählige Erfahrungen gemacht. Am Behindertenschalter am Bahnhof zum Beispiel. Da sitzt der Mitarbeiter vor dem Bildschirm, und hinter dem Bildschirm steht das Mikrofon für die Induktionsschleife. Und wenn man ihn darauf anspricht, schaut er nur verwundert. Man erlebt die kuriosesten Sachen. Ich habe schon in einem Saal mit Induktionsanlage gesessen, in dem es gerade einen Vortrag zur Behindertenrechtskonvention gab, bei dem ich aber leider kein Wort verstand – weil die Anlage nicht funktionierte.

Es ist keine böse Absicht. Auch am guten Willen fehlt es nicht. Aber es weiß halt niemand Bescheid. Es mangelt an Information und an Kommunikation über diese Technik. Das fängt schon mit der Beschilderung an, ohne die ein Hörgeschädigter ja gar nicht weiß, dass es eine Anlage gibt.

M. S.: Das blaue Schild mit dem Ohr-Signet und dem T?

T. J.: Das ist ein internationaler Standard. Induktive Höranlagen funktionieren ja nach einer weltweiten Norm, der EN 60118-4. Diese Norm beschreibt neben den technischen Parametern von induktiven Höranlagen auch dieses Hinweispiktogramm, welches die Nutzer auf die Möglichkeit des induktiven Hörens aufmerksam macht.

E. K.: Mit wenigen Ausnahmen. Österreich hat sich nicht angeschlossen. Und die Deutsche Bahn auch nicht. Die haben nämlich ihr eigenes Piktogramm geschaffen. Aber da kämpfen wir noch. Mein Bestreben ist es, dass dieses Schild nicht nur in Nürnberg, sondern für alle Menschen in Deutschland Bedeutung hat. Dass jeder weiß: Das ist für Hörgeschädigte.

M. S.: Das ist natürlich ein ehrgeiziges Ziel...

J. K.: Erst einmal konzentrieren wir uns auf den Nürnberger Raum. Weiter zu gehen, wäre im Moment nicht realistisch. Wir arbeiten an einer Bestandsaufnahme. Wo gibt es induktive Höranlagen und in welchem Zustand sind diese? Bei Renovierungen und bei Neubauten wollen wir uns möglichst einschalten. Aber das ist ein weites Feld.

Unterstützung haben wir u. a. vom hiesigen Behinderten-Beauftragten. Er hat ein Empfehlungsschreiben verfasst, damit wir bei städtischen Einrichtungen diese Anlagen überprüfen dürfen. Zudem ist es wichtig, die Öffentlichkeit zu erreichen. Das ist uns durch erste Presseaktivitäten gelungen. Und es geht um Basis-Arbeit, um konkrete, einzelne Räume – ein Kino, eine Kirche, einen Vortragssaal. Da haben wir ebenfalls erste Erfolge.

E. K.: Wir wollen ein Verzeichnis der Induktionsanlagen in Nürnberg herausgeben. Und wir wollen noch mehr an die Öffentlichkeit, ins Fernsehen zum Beispiel. Das Bewusstsein für das Thema Hörschädigung und für die Notwendigkeit dieser Anlagen muss viel größer werden. Wir brauchen jede Menge Unterstützung.

M. S.: Wie sieht denn Ihr Netzwerk bisher aus?

J. K.: Da ist schon einiges entstanden. Im November hatten wir z. B. einen runden Tisch zu dem Thema. Da waren noch andere Behindertenverbände dabei, und auch jemand vom Behindertenrat der Stadt, aus der Arbeitsgruppe Barriere-Freiheit.

E. K.: Außerdem hat jeder von uns seine individuellen Kontakte. Jüngst hat sich zum Beispiel ein Verein aus Stade gemeldet, der regional ganz ähnlich arbeitet wie wir.

T. J.: Nicht zu vergessen den DSB, wo es ja seit langem ein Referat für barrierefreies Bauen gibt, mit welchem wir auch in Kontakt stehen. Andererseits gelten auch regionale Besonderheiten.

M. S.: Inwiefern?

T. J.: Hier in Bayern gab es auf die Initiative unseres Landesverbandes hin 2001 einen Landtagsbeschluss zum Einbau von induktiven Höranlagen. Diese sind seitdem für öffentliche Gebäude sozusagen per Gesetz vorgeschrieben. Später kamen noch Qualitätsvorgaben der Obersten Bayerischen Baubehörde hinzu. Es hat sich so einiges bewegt. Was jedoch lange gefehlt hat, war eine tatsächliche Planungsrichtlinie, die Architekten, Fachplanern und Bauherren als Leitfaden dient. Die Folge: Über Jahre kamen zwar immer mehr Induktionsanlagen dazu, aber deren Nutzbarkeit war manchmal nur eingeschränkt gegeben, da detaillierte Informationen für eine optimale Planung nicht zur Verfügung standen.

Doch seit Ende letzten Jahres gibt es in Bayern ein kleines Heft mit Planungsrichtlinien, eine Art Werkzeug zur Qualitätsverbesserung, welches von der Obersten Baubehörde veröffentlicht wurde. Die Broschüre steht auf der Homepage des Landesverbandes unter www.schwerhoerige-bayern.de zum Download bereit. Heute kann man sagen, dass in fast allen

neuen Einrichtungen induktive Höranlagen installiert werden.

M. S.: Und die Hörgeschädigten nutzen diese neuen Angebote auch?

T. J.: Natürlich werden die Anlagen angenommen, aber es könnte viel mehr Nutzer geben. Das ist ein weiterer wichtiger Punkt. Es gibt einerseits in öffentlichen Räumen ein immer größeres Angebot mit guter Qualität. Aber andererseits gibt es große Informationslücken bei den Hörsystemträgern. Die aktuelle Renaissance der induktiven Höranlagen wird durch den Mangel an Information ausgebremst – nicht zuletzt durch mangelnde Information bei Hörgeräteakustikern.

M. S.: Das müssen Sie uns näher erklären. – Inwieweit erlebt die T-Spule eine Renaissance? Und wo bremsen Hörakustiker?

T. J.: Früher wurde die Spule zum Telefonieren benutzt. Daher ja auch die Bezeichnung T-Spule. Doch dann änderte sich die Technik. Telefone hatten keine richtigen Lautsprecher mehr und koppelten nicht mehr induktiv mit den Hörgeräten. Und damit hatte sich das Thema T-Spule für viele Akustiker erledigt. Heute erleben wir die Wiedergeburt des induktiven Hörens aber in den öffentlichen Räumen, Hörsystemträger können mit dieser Technik ohne Raumhall und Nebengeräusche optimal verstehen.

Zudem gab es damals noch nicht die großen Induktionsanlagen, die wir heute haben, auch nicht deren Qualität. Moderne Induktionsanlagen sind perfekt. Und ich kann nur hoffen, dass noch mehr Hörakustiker mithelfen, die bestehenden Wissenslücken zu schließen. Dass sie im Sinne der Barriere-Freiheit beraten.

M. S.: Das tun sie noch nicht?

U. K.: Das ist verschieden. Ich habe hier in Nürnberg bei einem Akustiker gesagt bekommen, dass die Qualität der Induktionsanlagen doch sehr fragwürdig sei. Es wäre alles viel zu

dumpf. – Das widersprach jedoch völlig meinem eigenen Erleben.

E. K.: Und mir hat ein Akustiker gesagt, die Induktionsanlagen hätten doch überhaupt keine Zukunft. Aber sein Kollege im nächsten Fachgeschäft hat dieser Aussage total widersprochen und uns gleich seine Unterstützung zugesagt.

Ich denke, dass die Akustiker unsere wichtigste Adresse sind. Sie können es schaffen, die Leute über die Vorteile der T-Spule zu informieren. Das schließt natürlich auch ein, dass man den Fokus nicht nur auf immer noch kleinere Hörgeräte legt. Und dass man die T-Spule, wenn sie im Gerät eingebaut ist, auch tatsächlich aktiviert.

M. S.: Sie wollen die Hörakustiker also sozusagen mit ins Boot holen?

U. K.: Sie sind ganz wichtige Multiplikatoren gegenüber den Schwerhörigen. Die haben sich doch oft schon völlig zurückgezogen. Selbst wir als Beratungsstelle erreichen viele nicht mehr. Aber sie gehen immer noch zum Akustiker.

Doch die Bereitschaft, unsere Aktivitäten zu unterstützen, ist leider nicht überall da. Wir haben z. B. mal ein Konzert veranstaltet in einem Raum mit entsprechender Anlage. Wir haben das mit „Musik für Schwerhörige“ beworben. Wir dachten, das ist was ganz Tolles, und zogen mit unseren Flyern zu den Hörgeräteakustikern. Aber dann scheiterte das schon daran, dass sie bei den großen Ketten ganz genaue Vorschriften haben, was für Werbung im Geschäft liegen darf. Dabei war das doch eigentlich nur etwas Gutes für deren Kundschaft.

M. S.: Nochmal zur T-Spule und zu der Einschätzung, dass die so langsam aus der Mode kommt... Ist das denn so weit hergeholt? Aktuell gibt es doch immer mehr Hörgeräte, die man z. B. über Bluetooth mit anderen Geräten kombinieren kann...

T. J.: Sicherlich bietet die Hörgeräte-Industrie mittlerweile viele tolle Zubehörlösungen. Doch man muss auch klar sagen: All diese Lösungen

sind optimiert für den privaten Bereich. Und es gibt hier keine Systeme, die herstellerübergreifend arbeiten.

Beim Thema Induktionsschleifen geht es hingegen um einen professionellen Bereich, um Theater, Stadthallen, Kinos, in denen oft tausende Personen zusammenkommen. Für diese öffentlichen Räume haben wir einen tollen, internationalen Standard. Die T-Spule braucht so gut wie keinen Strom von der Hörgerätebatterie. Und wenn die Anlagen optimal geplant, installiert und eingemessen werden, haben wir quasi Hifi-Qualität. Dumpf und leise – das ist noch aus der Steinzeit der Induktionstechnik. Und auch die Industrie plant sicherlich nicht, die T-Spule abzuschaffen. Das haben mir auf Nachfrage auch mehrere große Hersteller versichert. Bluetooth-Anbindung und Induktionsanlage sind einfach zwei Paar Schuhe, die sich keinesfalls gegenseitig ausschließen. Ich kann auch die T-Spule per Bluetooth im Hörgerät empfangen. Die Lösungen, die die Industrie hier anbietet, sind ja mannigfaltig.

M. S.: Wie viele Hörgeräte haben denn momentan die technischen Voraussetzungen für die Nutzung von Induktionsanlagen?

T. J.: Zum einen haben fast alle Kassengeräte eine T-Spule. Zum anderen dürfte der Anteil der Geräte mit T-Spule je nach Hersteller bei 50 bis 90 Prozent liegen.

Auch die allermeisten CIs sind mit einer T-Spule versehen. Aber es wandern oft Hörgeräte über die Ladetheke, bei denen die T-Spule nicht aktiviert oder in der Fernbedienung nicht berücksichtigt ist. Leider ist das induktive Hören bei uns weit weniger verbreitet als in anderen Ländern – z. B. in Skandinavien, in den angelsächsischen Ländern oder in den USA.

M. S.: Wie weit gehen denn Ihre Vorstellungen hinsichtlich der Umsetzbarkeit im öffentlichen Raum? Sollen alle Kirchen, alle Vortragssäle, alle kulturellen Einrichtungen mit T-Spulen ausgestattet werden?

U. K.: Neben dem kulturellen zählt auch das politische Leben. Auch Stadtratssäle oder Rathäuser sollten das haben. Vor einigen Monaten war ich mit einer Gruppe von Schwerhörigen in Berlin auf einer politischen Informationsfahrt. Ich hatte vorher schon Kontakt zum Bundespresseamt aufgenommen, um alles abzustimmen. Ein Besuch im Bundestag war geplant, und man sagte uns, dort wäre eine induktive Höranlage vorhanden.

Dann kamen wir dorthin. Der Besuch war auf 40 Minuten beschränkt. Als wir ankamen, gab es schon mal kein Schild. Beim Personal dann großes Achselzucken. Man bemühte sich. Es wurde herumtelefoniert. Endlich stand fest, dass es tatsächlich eine Anlage gibt. Wir durften hinein. Ein Teil von uns bemerkte: Ja, da ist ein Signal. Wir anderen hörten nichts. Eine Technikerin musste kommen. Es wurde nachjustiert. Aber der Sitzung konnte ich dennoch nicht folgen.

M. S.: Der Mangel an Information und Bewusstsein reicht also sozusagen bis ganz nach oben?

U. K.: Nach der Reise habe ich an das Bundespresseamt und an weitere Institutionen geschrieben und letzte Woche bekam ich schließlich Antwort vom Bundestag. Im Bereich der Besuchertribüne werden neue Induktionsschleifen verlegt und eine modernere Verstärkertechnik eingebaut. Die Inbetriebnahme ist für April 2012 vorgesehen. Ich vermute, dass dies ohne unsere Vehemenz nicht passiert wäre...

M. S.: Und wie groß muss ein öffentlicher Raum sein, damit eine Anlage Sinn macht?

T. J.: Die Größe eines Raumes oder seine Frequenzierung sollten da eigentlich kein Maßstab sein. Es geht generell um öffentliche Räume. Das kann z. B. ein Bürgerbüro sein, in dem Bürger beraten werden, in dem die Akustik jedoch Hörsystem-Träger an Grenzen bringt. – Oder nehmen Sie eine Bank. Da brauchen Sie bestimmt keine Höranlage in einem ruhigen Beratungsraum; aber in einer Halle mit mehreren Empfangstresen, vielen Leuten, schallharten



Kein internationaler Standard – Die Deutsche Bahn hat sich ihr eigenes Piktogramm für induktives Hören geschaffen.

Oberflächen, da geht es einfach nicht ohne Hörunterstützung. Das Spektrum reicht also vom kleinen Kunden-Schalter bis zum großen Veranstaltungssaal.

E. K.: Es geht an all diesen Orten um gesellschaftliche Teilhabe. 20 Jahre lang mit Schwerhörigkeit bis hin zur Taubheit war ich wie abgeschnitten von der Welt. Es gibt so vieles, was ich heute wieder machen kann – Vorträge besuchen, zu Konzerten gehen. Und mit Induktionsschleife wäre mir das sehr wahrscheinlich auch damals möglich gewesen. Ich denke, man kann gar keinen öffentlichen Ort ausgrenzen, weil ein Hörgeschädigter ja überall dabei sein möchte.

M. S.: Und im Beruf? Sind solche Lösungen dort ebenfalls Thema?

T. J.: Auch dort ist Hörunterstützung mittlerweile gefragt. Mit meiner Firma stattdessen wir regelmäßig Arbeitsplätze aus. Erst kürzlich hatten wir bei ei-

nem großen Finanzdienstleister zu tun, in dessen Vorstand mehrere Leute schwerhörig sind. Auch in anderen Arbeitsstätten, wie Schulen oder Stadtverwaltungen, wurden schon induktive Hörhilfen eingesetzt. Und all das läuft gerade erst an. Die Integrationsämter engagieren sich. Und auch der wirtschaftliche Aspekt rückt ins Bewusstsein. Es ist eben weitaus günstiger, in solch eine Technik zu investieren, als eine Frühverrentung zu bezahlen.

J. K.: Gemessen an dem, was sonst in die Sanierung von Gebäuden gesteckt wird, ist der finanzielle Aufwand ja auch relativ gering. Es ist eben nur die Frage, wer die Initiative ergreift, oder ob die Bauherren von sich aus darauf kommen, dass sie so etwas brauchen – so, wie man eine Rampe für Rollstühle braucht.

M. S.: Sie geben mir das Stichwort. Ist es nicht so, dass die Notwendigkeit einer solchen Rampe im öffentlichen Bewusstsein viel stärker verankert ist als die T-Spule?

U. K.: Beim Begriff barrierefrei denken 99,9 Prozent an rollstuhlgerecht. Wenn ich jedoch barrierefrei für mich verwende, muss ich das jedes Mal erklären. Es ist überhaupt nicht verankert, was dieses Wort für Hörgeschädigte bedeutet. Neulich meinte mal jemand zu mir: „Ach, wissen Sie, 99 Prozent unserer Kunden nutzen das ja gar nicht.“ – Stellen Sie sich vor, man würde das einem Rollstuhlfahrer sagen...

M. S.: Das wäre einfach diskriminierend... Wechseln wir noch einmal zu den Hörakustikern! – Welche Unterstützung würden Sie sich denn von diesen wünschen?

E. K.: Ich würde mir wünschen, dass sie ihre Kunden von Anfang an auf die Möglichkeiten induktiver Anlagen aufmerksam machen. Dann könnten die Kunden objektiver entscheiden, ob sie die Unterstützung durch die T-Spule nutzen wollen.

„Die Hörakustiker sind unsere wichtigste Adresse.“



„Es geht generell um öffentliche Räume.“ – Behinderten-Schalter am Nürnberger Hauptbahnhof

U. K.: Es müsste in jedem Akustiker-Geschäft eine Ecke geben, in der man das ausprobieren kann. Dann würden Berührungsängste gar nicht erst aufkommen. Auch in der Selbsthilfe erleben wir das oft. Anfangs zieren sich die Leute. Es braucht immer etwas Zeit, bis sie bereit sind, Zusatztechnik auszuprobieren.

E. K.: Auch das Schild müsste bei jedem Akustiker an der Tür hängen. – Naja, ich weiß, dass ich inzwischen schon etwas fanatisch bin. Aber ich will einfach nicht akzeptieren, dass Hörgeräteträger in Unwissenheit gelassen werden.

M. S.: Gestatten Sie mir noch eine letzte Frage: Wenn Sie davon ausgehen, dass Sie Ihre begonnene Arbeit immer weiter voran bringen und auch immer mehr Hörakustiker von Ihrer Sache begeistern werden... Was würden Sie dann in zehn Jahren gerne erreicht haben? Wie soll es dann sein?

J. K.: Ich würde mir wünschen, dass es dann kein Makel mehr ist, ein Hörgerät zu tragen. Dass die Leute nicht mehr Geräte wollen, die möglichst unsichtbar sind, sondern solche, die ihnen ein Maximum an Leistung bieten. Und dass bei Renovierungen oder bei Neubauten

der Einbau einer induktiven Höranlage selbstverständlich im Blick ist.

T. J.: Ich wünsche mir, dass induktives Hören in zehn Jahren Standard ist, und eine Hörschädigung kein Tabu mehr darstellt. Auch wünsche ich mir eine wirklich inklusive Gesellschaft, in der ein Leben ohne Barrieren für Menschen mit Handicap Normalität geworden ist.

E. K.: Und ich hoffe, dass es gelingt, den jungen Leuten das Thema Hören bewusst zu machen, damit sie achtsamer mit ihrem Gehör umgehen.

U. K.: Ich stelle mir eine inklusive Gesellschaft vor, in der die Betroffenen nicht ständig darum kämpfen müssen, dass sie mithalten können. Sie sollen nicht immer nur alles vorrätig halten müssen, um zu funktionieren. Die Mittel, die man benötigt, sollten selbstverständlich sein. Ich will das Gefühl haben, ich werde in dieser Gesellschaft mit bedacht.

M. S.: Meine Damen, meine Herren, haben Sie vielen Dank für das interessante Gespräch. Weiterhin gutes Gelingen bei Ihrer wichtigen Arbeit!

Fotos: Schaarschmidt

Spontanreaktion einer Tagungsteilnehmerin im Internetforum „sh-meniere.de“.



Vorbemerkung

Unser Mitglied „Issi“ befand sich zum Zeitpunkt des Symposiums gerade zur Reha in Bad Grönenbach und hatte sich die Zeit genommen, unsere Tagung zu besuchen.

Wir geben hier ihre spontane Reaktion im Morbus Menière-Forum sh-meniere.de wieder. Und wenn Sie selbst noch nie an einer unserer Tagungen teilgenommen haben, können die folgenden Aussagen Sie hoffentlich davon überzeugen, dass Sie an der KIMM-Tagung am 29. September in Hannover auf jeden Fall teilnehmen möchten ...

Wortlaut der Nachricht im Forum

Melde mich mal wieder aus B.G. – natürlich auch bei strahlendem Sonnenschein.

Gestern war ja das MM-Symposium hier von und mit KIMM und: es war super interessant für uns! Schon allein die Unterscheidung zwischen MM und vestibulärer Migräne: Sehr aufschlussreich. Laut den dargebrachten Erkenntnissen besteht sie darin, dass durch VM keine fortschreitende und bleibende Schwerhörigkeit auftritt. Ansonsten gibt es bei beiden die gleichen Symptome – sind also bei der Diagnosefindung sehr schwer zu unterscheiden – erst zum Abschluss einer längeren Diagnose(Warte)zeit kann sich dann das eine oder andere herausstellen.

Hier propagiert man sehr stark, nach erfolgloser Betahistinanwendung, die Methode mit dem Paukenröhrchen und Gentamycin – jedoch niedrig dosiert. Saccotomie lehnt man hier ab, da weniger Erfolgsquote.

Außerdem gab es ja mehrere Workshops. Mir hat meiner viel gebracht, obwohl ich wegen Überfüllung in einen gegangen bin, in den ich eigentlich gar nicht wollte (Thema: MM und Angst). Ich dachte, ich hätte ja eigentlich keine Ängste – tja, denkste ... So gab es noch sehr viele Aha-Momente, die mich weitergebracht haben – aber das solltet Ihr am besten mal selbst testen. Kann nur empfehlen: bildet Euch weiter und sucht das Gespräch auf solchen Veranstaltungen – es ist mehr als lohnend!

Ansonsten habe ich natürlich die anderen Foris (Forumsteilnehmer) getroffen. Das war echt schön – man konnte sich sofort unterhalten, als kenne man sich schon seit Jahren. Das aller schönste für mich war, dass ich endlich mal MMs von Angesicht zu Angesicht sprechen konnte und mich absolut verstanden und aufgehoben fühlte... Erklärungen konnten kurz sein – jeder wusste, wovon man spricht. Bei mir gingen die Redeschleusen auf und ich hab´ sie kaum noch zu gekriegt... So kannte ich mich schon sehr lange nicht mehr...

(Issi)

SHG Köln: Besuch des Chefarztes der HNO-Klinik in der Gruppe

Im März folgte freundlicherweise Herr Dr. Möckel, Chefarzt der HNO-Klinik im St.- Franziskus-Hospital, Köln, einer Einladung der Selbsthilfegruppe und stand den Mitgliedern über zwei Stunden für ihre Fragen zur Verfügung. Nach einer kurzen Vorstellung seines HNO-ärztlichen Werdeganges – u. a. bei Prof. Jahnke in Essen.

stellte er die Möglichkeiten der MM-Behandlung im St.- Franziskus-Hospital vor und antwortete dann mit großer Geduld und für die SHG-Teilnehmer ersichtlicher, vertrauenerweckender Kompetenz alle Fragen.

Schon mehrmals war ein niedergelassener HNO Arzt zu Besuch in der Gruppe, wir erachten dies als sehr wichtig, damit die Betroffenen die Möglichkeit haben, eine für sie passende Arztpraxis zu finden. Diesmal war es sehr erfreulich, durch den Besuch von Herrn Dr. Möckel den Mitgliedern eine stationäre Anlaufstelle in Köln vorstellen zu können. Zum Ende des Nachmittags formulierte ein Mitglied seinen Dank so: „Ich bin froh, dass Sie bei uns waren, ich fühle mich sehr beruhigt, weil ich jetzt weiß, wohin ich mich im Notfall wenden kann.“

Diesem Dank schließen wir uns alle an: Renate Knäbel, SHG-Köln.

Erfahrungsbericht:



Im Folgenden möchte ich etwas über meine Erfahrungen mit Morbus Menière berichten. Ich möchte schreiben wie mich die Krankheit über viele Jahre, mal mehr- mal weniger intensiv begleitet hat und auch heute noch zu meinem Leben gehört. Vor allem aber ist mir wichtig zu beschreiben, wie ich dagegen angekämpft habe und das aus meiner Sicht recht erfolgreich. Heute, da ich diesen Erfahrungsbericht schreibe, bin ich 68 Jahre alt, bin Rentner, seit 43 Jahren verheiratet, habe 6 Kinder sowie 10 Enkelkinder. Inzwischen weiß ich, dass ich bereits sehr früh, im Alter von 26, 36 und 50 Jahren, jeweils einen massiven Menièreschen Drehschwindelanfall hatte, der damals aber nicht als solcher erkannt wurde.

Nach diesen einmaligen Anfällen war ich jeweils völlig beschwerdefrei im Bezug auf „Schwindel“. Man riet mir, ohne zu wissen was das war, ich solle „kürzer treten“, was ich auch versuchte. Erst im Alter von 56 Jahren wurde mir dieser Morbus Menière zu einem echten Problem. Beim Autofahren mit der Familie überfiel mich ein Drehschwindelanfall übelster Art. An einem Tag, der nicht schöner hätte sein können, bei völligem Wohlbefinden, war ich innerhalb von Sekunden eine hilflose Person. Ich konnte noch auf die Bremse treten und das Lenkrad halten, den Rest machte meine Frau, sehr schnell lag ich in der Notaufnahme eines Krankenhauses. Ich will die Einzelheiten hier weg lassen, jeder Leser wird das nachvollziehen können. Doch es war für mich ein wirklich traumatisches Ereignis bei vollem Bewusstsein und mit reichlich Todesangst. Der Chefarzt dieser Klinik meinte dann zu mir, „Warum quälen sie sich denn damit, wir operieren sie hier immer gern!“.

In den nächsten Tagen fuhr meine Frau mich zum Dienst, blieb bei mir und ich ordnete vieles für eine Übergabe, denn mir war inzwischen klar, dass dies eine ernste Situation war. Ich hatte nur noch Angst – das weiß ich heute! So kam ich Tage danach zu meiner HNO Ärztin, die mir aber, auch das ist mir später klar geworden, im Grunde nicht helfen konnte. Ihre Diagnostik bestand immer wieder aus einem „Provokationstest“ und immer mit dem Ergebnis: „Da ist

doch gar nichts“ sowie aus der flehentlichen Bitte, doch regelmäßig Betahistine zu nehmen, nur die könnten mich bis an mein Lebensende einigermaßen stabilisieren.

Bereits sechs Wochen später war ich in der Klinik zu einer Saccotomie angemeldet. Ich griff nach jedem Strohalm, war auch beim Heilpraktiker, denn ich wollte gesund werden! Nebenher ließ ich vom Internisten etliche andere Möglichkeiten ausschließen. Nach der Saccotomie wurde nichts wirklich besser, es wurde gar noch schlimmer. An die 6 Wochen lag ich fast nur mit Schwindel fest. Anfall, Bett, Zäpfchen, Schlafen! Von fast 85 kg war ich in einem halben Jahr auf 69 kg runter. Inzwischen gab meine HNO Ärztin der Krankenkasse eine Prognose, dies ohne je ein Wort mit mir darüber gesprochen zu haben, die lautete: „Invalidität“.

Das empfand ich als Verrat, sollte sie es doch sein, die mit mir gemeinsam nach möglichen Wegen aus diesem Trauma sucht. Ich kündigte ihr die Freundschaft und begründete es in einem ausführlichen Brief. Meiner Kasse signalisierte ich, dass ich noch lange keinen Rentenantrag stellen werde und ich von Ihnen mehr „Mühe und Einsatz“ zu meiner Genesung erwarte. Ich wollte nicht in die Rente „abgeschoben“ werden und dann auch noch so krank! Doch jeder weiß, gegen den Druck der Krankenkasse ist man fast machtlos, und so tickte also meine Uhr. Inzwischen hatte ich mich belesen und im Internet Informationen gesammelt.

Im Ergebnis dessen suchte ich mir selber einen Neurologen und fand glücklicherweise einen ganz tollen Doktor, der wusste wie er mir helfen konnte. Es war nicht leicht, aber er konnte erreichen, dass dieser Kreislauf von Anfall, Todesangst, Angst vor dem nächsten Anfall, die immer wieder auch andere Schwindelattacken auslöste, durchbrochen wurde. Nur anfänglich mit wenigen Medikamenten unterstützt, machte er mir klar, dass ich selber es bin, der ganz intensiv dagegen angehen muss. Es war aus heutiger Sicht wirklich der Schlüssel zu meiner Besserung.

Mit meiner Frau habe ich vieles unternommen, mich abgelenkt, habe den Druck abgebaut „arbeiten zu müssen“ und mir eine gewis-



se Gleichgültigkeit zugelegt. An Menière stirbt man ja nicht und man verliert auch nicht das Bewusstsein. Also, wenn ich mitten in einer Großstadt wirklich aus den Latschen kippen würde, alles voll kotzte und man einen Krankenwagen holen müsste, na dann sollte es eben so sein. Nur nicht zurückziehen auf „Sessel, Klo und Bett!“ und womöglich noch vollgestopft mit Medikamenten. Da müsste ein Mensch dann wohl tatsächlich verzweifeln.

Dann machte meine Kasse erneut Druck. Kein Mediziner der Krankenkasse hatte je mit mir gesprochen oder mich angesehen, doch man entschied „nach Aktenlage“ und wollte mich in eine Reha-Einrichtung ganz in der Nähe meines Wohnortes einweisen. Eine „Allerwelts-Reha“, mit der ich die Auslastung dort verbessert hätte, die mir wohl auch nicht geschadet hätte, ganz sicher aber auch nicht geholfen hätte. Ich forderte schriftlich eine Reha-Maßnahme in einer speziellen Facheinrichtung, und, tatsächlich wies man mich für 4 Wochen in die Stiftsklinik in Bad Grönenbach ein. Dort rundete sich meine Genesung, die durch meinen Neurologen eingeleitet war, wesentlich ab. Ich bin noch heute sehr dankbar für die Zeit dort in Bayern. Genau das brauchte ich!

Nochmals 2 Monate später begann ich mit dem „Hamburger Modell“ meinen beruflichen Wiedereinstieg. Um das nun abzukürzen: Nach insgesamt 17 Monaten war ich wieder in Vollzeit berufstätig und leitete ein großes Pflegeheim mit 135 Betten und das bis ich 64 Jahre alt war. Ich erwähne dies nur um zu sagen, es war kein „Schonposten“. Natürlich war ich den Menière auch in diesen Jahren nicht los und ich hatte mache Belastung damit in dieser Zeit. Aber ich hatte gelernt damit umzugehen – dagegen anzugehen. Ich habe gestrampelt wie der Frosch, der in das Milchfass gefallen war und irgendwann auf einem Butterklumpen saß!

Es ist schade, dass viele Fachärzte vollkommen hilflos, auch ahnungslos sind, dies nicht zugeben und keine sinnvolle Kooperation suchen. Heute kann ich doch Patienten in die richtigen Hände geben und es sind Zentren bekannt, die eine hohe Kompetenz auf diesem Gebiet haben. Dankbar bin ich heute, dass ich

erkannt habe, wer mir nicht helfen kann und das „Verwalten eines Invaliden“ mit 56 Jahren bis an sein Lebensende nicht zugelassen habe.

Mit viel Gottvertrauen, mit einer tollen Frau und Familie und auch eigener Kraft habe ich diese Zeit überstanden. Nun, da ich in Rente bin, ereilt mich auch hin und wieder der Menière, auch recht massiv, aber ich kann damit trotzdem recht fröhlich leben. Der einseitige Hörverlust sowie der gelegentliche Tinitus sind mir keine Belastung. Wenn ich auf mein Leben zurück schaue, will ich nicht ausschließen, auch eigene Gründe gesetzt zu haben, die mich ins „Schwanken“ brachten und mein inneres und mein körperliches Gleichgewicht so massiv beeinflussten. Sollten sich für den einen oder anderen Leser weitergehende Fragen zu meinem persönlichen Bericht ergeben, will ich mich gerne um eine Antwort bemühen. Kontakt entweder über die Redaktion oder direkt per Mail: (gerdarno@gmx.de).

Gerd Arno Wegemann im April 2012

Erfahrungsberichte von Betroffenen stellen einen wichtigen Bestandteil unserer Mitgliederzeitschrift dar. Deshalb bitten wir Sie, rege von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen. Wir bemühen uns dabei, den Originaltext so weit wie möglich zu erhalten, leichte Umformulierungen behalten wir uns vor, entfernt werden allerdings im allgemeinen im Text genannte persönliche Daten von Dritt-Personen. Wir bitten hierfür um Verständnis.



Neue Hilfsmittelrichtlinie

Wann bekommt der Kunde eine FM-Übertragungsanlage verordnet?

Zum 1. April 2012 wird voraussichtlich die neue Hilfsmittelrichtlinie (HilfsM-RL) in Kraft treten, die, wie bereits verschiedentlich berichtet, einige Änderungen mit sich bringt. Eine der Änderungen betrifft die FM-Übertragungsanlagen.

Die neue HilfsM-RL sieht nun ab dem 1. April 2012 ausdrücklich eine Verordnungsmöglichkeit von FM-Übertragungsanlagen vor, sofern sie zur Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens erforderlich sind (§ 19 Abs. 3 HilfsM-RL). Neben Hörsystemen kann daher, wenn trotz einer bestmöglichen Hörsystem-Anpassung im Freifeld kein offenes Sprachverständnis mehr erreicht wird, zur Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens, eine FM-Übertragungsanlage verordnet werden.

Nun stellt sich die Frage: Wann ist eine FM-Übertragungsanlage zur Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens erforderlich? Die HilfsM-RL führt hierzu aus: »FM-Übertragungsanlagen können verordnet werden, (...) z. B. um im Rahmen der Frühförderung die Sprachentwicklung und/oder Sprachförderung hörbehinderter, hörhilfversorgter bzw. CI-versorgter Kinder zu fördern oder deren Schulbesuch im Rahmen der Schulpflicht [inklusive des Sport- und Turnunterrichts (BSG SozR 2200 § 182 Nr. 73)] zu gewährleisten.«

Unter Verweis auf den Kasseler Kommentar für Sozialversicherungsrecht (zitiert nach Nolte, § 33 Rd. 12 ff), wel-

cher der Standardkommentar auch der Gerichte ist, werden in den »Tragenden Gründen« der HilfsM-RL weitere Ausführungen zu den allgemeinen Grundbedürfnissen gemacht.

Festzuhalten ist, dass neben den bereits zitierten Grundbedürfnissen für Kinder bzw. Jugendliche im Speziellen auch die übliche Lebensgestaltung Gleichaltriger als Bestandteil des sozialen Lernprozesses sowie die gesellschaftliche Eingliederung in den Kreis Gleichaltriger z. B. durch Spielen mit diesen ein allgemeines Grundbedürfnis ist.

Ganz allgemein und damit auch für Erwachsene umfassen die durch die Rechtsprechung erarbeiteten allgemeinen Grundbedürfnisse des täglichen Lebens:

»Das Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Hören, die Ernährung, elementare Körperpflege, selbstständiges Wohnen u. a. die Fähigkeit für eine selbstständige Lebens- und Haushaltsführung notwendige Informationen erhalten zu können, Schaffung und Erschließung eines körperlichen und geistigen Freiraumes (BSG Urteil v. 07.10.2010, Az. B 3 KR 13/09), Aufsuchen von Ärzten und Therapeuten, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, soziale Kontakte in einem zur Ver-

meidung von Vereinsamung notwendigen Umfang (BSG SozR 3 – 2500 § 33 Nr. 17), Informationsbedürfnis (BSG SozR 2200 § 182 b Nr. 34), passive Erreichbarkeit durch Menschen (BSG SozR 4 – 2500 § 33 Nr. 30 Rd. Nr. 14 f; BSG SozR 2200 § 182 b Nr. 33), wohl auch Fernkommunikation mittels Telefon (BSGE 77, 209 = SozR 3 – 2500 § 33 Nr. 19 S 97 f).«

Es ist daher davon auszugehen, dass in weit größerem Ausmaß als vor dem 1. April 2012 das Interesse an FM- und anderen Übertragungsanlagen steigen wird, da bei Vorliegen von allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens nunmehr eine Verordnung und damit die Leistung der Krankenkassen bereits aus dem Wortlaut der HilfsM-RL unmittelbar hervorgeht.

Jessica Immel · biha



(Foto: biha)



Sicherer Gang

Das Gehör ist wichtig und das nicht nur, um sich zu unterhalten und zu verständigen. Vielmehr haben Menschen, die gut hören, einen festeren Tritt. Wer schlecht hört, hat hingegen ein höheres Risiko zu fallen. Schon eine geringe Schwerhörigkeit sei mit einem dreifachen Risiko für einen Sturz verbunden, meldet das Magazin »Wissenschaft aktuell«. Je schlechter das Gehör werde, desto größer werde die Gefahr hinzufallen. Das Magazin bezieht sich auf eine Studie aus den USA, bei der Daten von mehr als 2 000 Teilnehmern einer Gesundheitsbefragung ausgewertet wurden. Als mögliche Gründe für die höhere Sturzgefahr geben die Forscher an, dass schwerhörige Menschen ihre Umgebung schlechter wahrnehmen und leichter stolpern. Auch eine zu große geistige Beanspruchung kommt als Ursache infrage. Müsse sich der Mensch nämlich auf das Hören konzentrieren, bleiben weniger Ressourcen für das Gleichgewicht und den Gang übrig, zitiert »Wissenschaft aktuell« einen der Forscher.



„Sicherer Gang“

(aus „Neues Hören“ Ausgabe Juni/Juli 2012,
Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des
Median Verlags, Heidelberg)

Gehirn muss trainieren

Hörgeräte bedürfen einer Eingewöhnung

Gutes Hören hängt nicht allein von den Ohren, sondern auch vom Gehirn ab: Wer längere Zeit nicht mehr gut hört, verlerne das Hören teilweise, erläutert der Fachverband Deutscher Hörgeräte-Akustiker (FDH). Betroffene, die erst nach längerer Hörminderung ein Hörgerät bekommen, müssten daher das Hören erst wieder trainieren. Das Hirn brauche Zeit, um wieder Sprache und störende Nebengeräusche unterscheiden und verarbeiten zu können. Daher sollte man sich nicht erst mit seinen Hörschwierigkeiten befassen, wenn man fast taub ist. Denn dann fällt es noch schwerer, sich an das Gerät und die lange nicht gehörten Geräusche zu gewöhnen. dpa

„Gehirn muss trainieren“

(Abdruck mit freundlicher Genehmigung des
Bonner Generalanzeiger, Ausgabe 20.12.2011)





Liebe Mitglieder,

auch dieses Mal – anstelle weiterer schriftlicher Information – ein visuelles Resümee unserer Tagung. Beginnend mit einem Blick auf die Klinik und auf unser abendliches Beisammensein, finden Sie Eindrücke zu den Vorträgen und Workshops. Ebenso können Sie sich die Nähe persönlicher Gespräche mit Ärzten, Therapeuten und Betroffenen am berühmten „Rand der Tagung“ in Erinnerung rufen. Nicht fehlen darf eine Huldigung an den direkt angrenzenden weitläufigen Wald. Vom „freien Blick auf die Alpen“ konnte ich an diesem Morgen allerdings nicht sprechen: Der Morgennebel gab während meines Rundganges um die Klinik nur die entsprechende Schautafel preis ...

Eher verwirren könnte Sie ggf. das Bild, auf dem 4 Personen so tun, als würden sie „kickern“: Hier im Hotel, vor dem Schwimmbad, stand früher, zu den Reha-Zeiten der beiden Damen im Team (2004), der abendlich so gerne aufgesuchte Kicker ...

Mit einem herzlichen Dank an alle Beteiligten und auf ein Wiedersehen – oder erstmaliges Sehen – auf unserer Herbsttagung 2012 in Hannover,

Fred Knäbel, Schriftführer KIMM e.V.

Bad Grönenbach – das Städtchen am grünen Bach.

Tja ...

Bad Grönenbach kann mit seinen ca. 5000 Einwohnern ebenfalls (siehe den Beitrag zu Bad Berleburg in der KIMM-aktuell, 2011-2) als „gut überschaubar gelten“ – was für eine Reha-Maßnahme aber wohl eher ein Vorteil ist. Trotz dieser Überschaubarkeit war mein Gang durch das Städtchen infolge der festen Abfahrtszeit der deutschen Bundesbahn von einer gewissen „zeitlichen Enge“ geprägt. Jedoch wollte ich meine Vorgabe „sich-Treiben-lassen“ nicht aufgeben ... und so stelle ich denn im Nachhinein fest, dass z.B. die sogenannte „Untere Burg“ trotz ihrer Schönheit nicht meinen Weg kreuzte. Dafür war die „Hohe Burg“ einfach nicht zu übersehen und von dort oben hatte man einen guten Blick auf Grönenbach und auf den „grünen Bach“, der dem Städtchen den Namen gab.

Zur Geschichte liefern Wikipedia bzw. die Internetseite der Kurverwaltung unter anderem die folgenden Informationen:

„Die Gegend der Marktgemeinde Bad Grönenbach war bereits sehr früh besiedelt. Im Jahre 15 v. Chr. besiegten die Römer die keltischen Vindelicer. Ab 400 n. Chr. besetzten germanische Thüringer und Alemannen den Illergau und vermischten sich mit den Galloromanen. Erstmals urkundlich erwähnt wird der Markt Grönenbach im Jahr 1099. Die erste Konsekration der Kirche fand im Jahre 1136 durch den Augsburger Bischof Walter statt. Etwa ab Ende des 12. Jahrhunderts, nach dem Aussterben des Grönenbacher Ortsadels, regierten bis zum Jahr 1482 die Herren von Rothenstein (bis auf wenige Unterbrechungen) über Grönenbach. Kaiser Friedrich III. verlieh der Gemeinde Grönenbach im Jahr 1485 das Marktrecht. Die evangelisch-reformierte Kirchengemeinde in Bad Grönenbach und die Schwestergemeinde in Herbishofen sind die ältesten in Bayern und gehören zu den ältesten in Deutschland.“

Grönenbach wurde im Jahr 1954 als Kneippkurort anerkannt. 1996 wurde Grönenbach das Prädikat Kneippheilbad verliehen; es wird seitdem Bad Grönenbach genannt. Durch einen glücklichen Zufall kann Bad Grönenbach seinen Namen auch direkt mit dem Leben von Sebastian Kneipp – wenn auch nicht über die Kneippschen Kurmethoden – in Verbindung bringen: Der Webersohn Sebastian Kneipp hielt sich in den Jahren 1842/43 in Grönenbach auf, um bei Kaplan Merkle, einem weitläufig Verwandten, Latein zu lernen. Ohne derartige Kenntnisse wäre ihm der Weg zum ersehnten Priesterberuf wohl verwehrt geblieben.





LEICHT 1

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

LEICHT 2

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

MITTELSCHWER 1

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

MITTELSCHWER 2

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

SCHWER 1

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

SCHWER 2

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

SUDOKU, KIMM aktuell, 1-2012

Rezension zur Neuerscheinung: H. Schaaf, *Gleichgewicht und Schwindel*

Kröning, Asanger Verlag, Frühjahr 2012: S. 152; 19,80 Euro



Vorbemerkung

Die nachfolgende Rezension stellte uns freundlicherweise Herr Dr. Behrooz Eghlimi, HNO-Arzt, Oberarzt Baumrainklinik, HELIOS Rehasentrum Bad Berleburg zur Verfügung.



Rezension

**Dr. Behrooz Eghlimi,
Bad Berleburg**

Das Gleich-Gewicht zu halten, kann ein schwieriges Unterfangen sein. So ist Schwindel – nach dem Kopfschmerz – das zweithäufigste Leitsymptom in Allgemein- arztpraxen. Dabei können

nicht nur der Körper und seine Organe, vor allem das Gleichgewichtsorgan, durcheinanderkommen. Oft zieht der Schwindel auch das, was Menschen von Maschinen unterscheidet, die emotionale Sicherheit, mit sich. So Manchem, der mit einem einfachen „Ausfall“ zu Boden gegangen ist, fällt es schwer, zwischen Ungeduld und Verzweiflung wieder auf die Beine zu kommen.

Psychogene Schwindelformen sind – meist im Rahmen von Angst – und Depressionserkrankungen – mit 30% bis 50% aller Schwindelerkrankungen häufig. Aber auch diese können sich nur über den Körper zeigen, ohne dass ein organisch ausgerichteter Facharzt etwas in seinem Gebiet zu finden vermag. Oft unverstanden beeinträchtigt der psychogene Schwindel die Patienten dann (noch) „länger“ und schwerer als „rein somatisch bedingte“ Schwindelerkrankungen.

Was nun dieses Buch von den schon vielen vor ihm (anderen) unterscheidet, ist die Ansprache an Betroffene, die ihre Gleichgewichtsstörung verstehen und vor allem angehen wollen. Dazu werden die Grundlagen „auf deutsch“ ausführlich und reichlich bebildert dargestellt. So wird der Bogen gezogen von den Anstrengungen eines Einzellars, der sich nach Aufnahme eines Kalksteinchen nach unten sinkend mit der Schwerkraft beschäftigen musste, bis zu unserem daraus entwickelten menschlichen Gleichgewichtssystem.

Als kleiner Wegweiser findet sich vor den Kapiteln zu den einzelnen Krankheitsbildern ein Tabellarischer Hinweis, der von häufigen Krankheitszeichen zu den möglichen Ursachen hinleitet. Die Beschreibung der Erkrankungen ist so gehalten, das der organischen Ursache und der möglichen Verarbeitung und ihrer Erschwernisse Rechnung getragen wird.

Dadurch erhält man Antworten auf die Fragen,

- warum bei dem einen ein Gleichgewichtsausfall länger dauert als beim anderen,
- was die häufigsten Fehler beim Weg zurück ins Gleichgewicht sein können
- und was man machen kann, um möglich ausgeglichen wieder auf die Beine zu kommen.

So geht der Text mit Körper und Seele Hand in Hand, um aus dem notwendigen Wissen die mögliche Zuversicht für das meist weiter Machbare zu ziehen.

Aus der Erfahrung von 20 Jahren Gleichgewichtsdagnostik und-therapie dürfen Anregungen zur Gleichgewichtstherapie und den Möglichkeiten der seelischen Unterstützung nicht fehlen. Hier sieht der Autor die Notwendigkeit des gemeinsamen Verständnisses und Vorgehensweise. Es nutzt einem Patienten mit einem reaktiven psychogenen Schwindel wenig, mit meist langen Wartezeiten an einen Psychotherapeuten verwiesen zu werden, der sich bei bestem Bemühen dann vielleicht nicht mit den organischen Grundlagen auskennen kann. So sind – etwa bei der ausführlicher dargestellten „systematischen Desensibilisierung“ sowohl die Wünsche an den Therapeuten, aber auch die Anforderungen an den Patienten formuliert.

Dabei merkt man dem Buch an, das hier ein kleiner Verlag, liebevoll – ohne Industrie oder Pharmaunterstützung – sein Bestes gegeben hat, aber nicht mit dem Hochglanzdruck mithalten kann. Viele Abbildungen sehen nicht nur selbstgemacht aus, sondern sie sind es auch. Auch findet man weniger ausführliche Kapitel zu den explizit neurologischen Erkrankungen (Kleinhirnerkrankungen, Demenz, Schwindel



nach Apoplex oder Multiple Sklerose). Sehr wohl aber wird der Migräneschwindel als häufigste Schwindelerkrankung mit Wiederholungscharakter ausführlich auch in seinen reaktiv psychogenen Anteilen beschrieben.

Sieht man von diesen Einschränkungen ab, findet man einen im wahrsten Sinne psychosomatischen, also Körper und Seele angemessen berücksichtigenden Text, der so manche Unklarheit im Schwindel aufklären kann und angeht, mit Wissen und Zuversicht die veränderbaren Dinge anzugehen.

*Behrooz Eghlimi, HNO-Arzt, Oberarzt Baumrainklinik,
HELIOS Rehasentrum Bad Berleburg
Fachklinik für Orthopädie/Traumatologie,
Hörstörungen, Tinnitus und Schwindel
sowie Innere Medizin*

Örtliche MM-Selbsthilfegruppen



Berlin

Dieter Lehr
Tel. 030/4617220
E-Mail: dieter.lehr@gmx.de

Bielefeld

Ohrwurmchen: tinnitus
SelbstHilfeGruppe-Bielefeld
Achim Burkhardt
Tel. 0521-3840644
www.ohrwurmchen-tinnitus.de

Essen

Essener Selbsthilfegruppe
TINNITUS und MORBUS-MENIÈRE
Ela Schöler
Tel. 0201-465852
E-Mail: ela.schoeler@t-online.de
oder „Wiese“ – Kontaktstelle für Essener
Selbsthilfegruppen Tel. 0201-207676

Hamburg

Hamburger Selbsthilfegruppe
MORBUS-MENIÈRE
Kontakt: meniere.shg.hh@web.de

Hannover

Edeltraud Mory
Im Bruche 7
31535 Neustadt a. Rbge.
Tel: 05034-4255
E-Mail: e.mory@kimm-ev.de

Köln

Johanna Engel, Tel. 0221-241582
oder
Monika Pfromm
E-Mail: monika-pfromm@t-online.de
oder
Renate Knäbel
E-Mail: renate-knaebel@gmx.de

Lübeck

Adelheid Munck
Ruhleben 5
23564 Lübeck
Tel: 0451-795145
E-Mail: adelheid_munck@freenet.de

Nürnberg

E. Kerschenlohr
Tel: 09174-9409
E-Mail: edeltraud.kerschenlohr@t-online.de

Paderborn

Barbara Paul
Karl-Wagenfeld-Str. 6
33106 Paderborn
Telefon/Fax: 05254-9378450
E-Mail: Barb.Paul@web.de

Stuttgart

Näheres kann per Email erfragt werden über
TIMM_Stuttgart@web.de

Würzburg

Margarete Bauer
Kettelerstraße 10
97074 Würzburg
Tel. 0931-35814044
E-Mail: m.bauer@kimm-ev.de
oder
Ingrid Räder
Weizenweg 11
97453 Schonungen
E-Mail: ingrid.raeder@gmx.de
oder
Ines Lux
Florian-Geyer-Str. 46
97076 Würzburg
E-Mail: luxi@kabelmail.de

Zur Beachtung! Diese Angaben können sich ändern.
Bitte informieren Sie sich immer bei den angegebenen Kontaktadressen!
Aktuelle Infos über: [www.kimm-ev.de/Örtliche Selbsthilfegruppen](http://www.kimm-ev.de/Örtliche_Selbsthilfegruppen)

Kliniken – Adressen und Infos

zu Kliniken und Reha-Einrichtungen



Kliniken mit Schwindelambulanzen

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

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

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

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

Erlangen: HNO Uniklinik, Waldstraße 1, 91054
Erlangen, Abteilung für Gleichgewichtsdagnostik

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 Berleburg: Baumrainklinik,
Lerchenweg 8,
57319 Bad Berleburg,
Tel 02751-87-1430, www.baumrainklinik.de

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

Bad Grönenbach: HELIOS-Klinik
Am Stiftsberg,
Sebastian-Kneipp-Allee 3/4,
87730 Bad Grönenbach,
Tel 083 34-981-500, Fax 083 34-981-599,
www.helios-kliniken.de/index.php?id=8029

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

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



Literatur

Ausgewählte Fachliteratur

Neuerscheinung:

H. Schaaf, Gleichgewicht und Schwindel,

Wie Körper und Seele wieder auf die Beine kommen

5. stark erweiterte und aktualisierte Auflage, Frühjahr 2012, Asanger Verlag ISBN 3893345724. 170 Seiten. 19,50 Euro

Schaaf H.

Morbus Menière – Schwindel – Hörverlust-Tinnitus

6. Auflage 2009. Verlag Springer ISBN 9783642004261. 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 9783136632048. 69,95 Euro

Fachbuch über Schwindel, Gleichgewichtsstörungen und MM in Bezug auf Symptomatikkomplex, Verlaufsfom u. Diagnose.

Hamann K.-F.

Schwindel -175 Fragen und Antworten

3. Auflage 2010. Verlag Zuckschwerdt

ISBN 3886039692. 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 3893344101. 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 3890195964. 12,80 Euro

Buch über Schwerhörigkeit und die Schwierigkeiten der Hörgeräteversorgung bei Morbus-Menièr-Patienten.

Schaaf H.

Gleichgewicht und Schwindel der Seele

4. Auflage. Profil Verlag 2008

ISBN 3890196343. 18,00 Euro

Die Zusammenhänge zwischen Körper und Seele beim Erleben einer Schwindelkrankheit werden hier beleuchtet.

Schaaf H., Hesse G.

Endolymphschwankungen im Ohr (Gehör) und Gleichgewichtsorgan

Profil Verlag ISBN 3890195704. 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 3890196336. 19,00 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 9783830435020. 24,95 Euro

Drei-Wochen-Basis Programm zur tinnitus-zentrierten Innenohr-Gymnastik.

Schlund G. H.

PatientenRecht. Ein Lexikon in Urteilen

Verlag pmi, ISBN 3897860473. 19,80 Euro

Lexikon in Urteilen zu ca. 500 Stichworten.

Anne Freimann

Schwindel

104 Seiten, 60 Farbfotos, Schlütersche Verlagsgesellschaft. ISBN 9783899935448. 9,90 Euro

Ratgeber mit vielen praktischen Alltagstipps und Übungen zur Stärkung des Gleichgewichts.

Wieder auf die Füße kommen äußerlich und innerlich aufgerichtet – Lebensbalance wiederfinden



Die Baumrainklinik im HELIOS Rehaszentrum Bad Berleburg ist auf die Behandlung von Patienten mit verschiedenen Hörstörungen, Schwindel, Gleichgewichtsstörung, Morbus Meniere sowie chronischen Tinnitus und Hyperakusis spezialisiert.



In Absprache mit den Patientinnen und Patienten werden in der Baumrainklinik die individuellen Therapieziele und die hierfür erforderlichen Maßnahmen festgelegt und kontinuierlich überprüft und bei Bedarf angepasst.

Unsere Therapieziele und -maßnahmen beinhalten:

- Aufklärung und Information über Schwindelerkrankungen
- Schwindeltraining durch krankengymnastische Einzel- und Gruppentherapie
- Koordinationstraining
- Gleichgewichtstraining im Zirkeltraining mit verschiedenen Schwierigkeitsstufen
- Bewegungstraining (Ergometertraining, Nordic Walking u.a.)
- Psychologische Einzelgespräche
- Entspannungsverfahren (AT, PMR, QiGong)

Zum Mitarbeiterteam gehören u.a.:

ein HNO-Arzt, ein Akustiker/Audiologe, Psychotherapeuten, Audiotherapeuten, Sozialpädagogen, Bewegungs- und Physiotherapeuten.

*25 Jahre Rehabilitation für
Menschen mit Hörstörungen,
Schwindel, Gleichgewichts-
störungen und Morbus Meniere*

Kontakt:
HELIOS Rehaszentrum Bad Berleburg
Baumrainklinik
Lerchenweg 8, 57319 Bad Berleburg
Telefon: (02751) 87-14 30
Telefax: (02751) 87-14 36
E-Mail: bettina.sonneborn@helios-kliniken.de



Wenn Hörgeräte nicht mehr weiterhelfen



MED-EL Hörimplantatsysteme

- 20 Jahre Innovation – Hörimplantatsysteme auf höchstem technologischem Standard für das bestmögliche Hörerlebnis
- Das breiteste Spektrum von implantierbaren Hörsystemen – Lösungen für verschiedenste Arten von Hörverlust

MED⁹EL

MED-EL Deutschland GmbH · Moosstraße 7 · 82319 Starnberg · Tel. +49(0)8151-77030

info@medel.de · www.medel.de

hearLIFE