

KIIMM

aktuell



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

Frühjahrstagung 2013 Mainz

*„Gegenwärtiger Stand der
Diagnose und Therapie“*

Schwerpunktthema: MM und Beruf

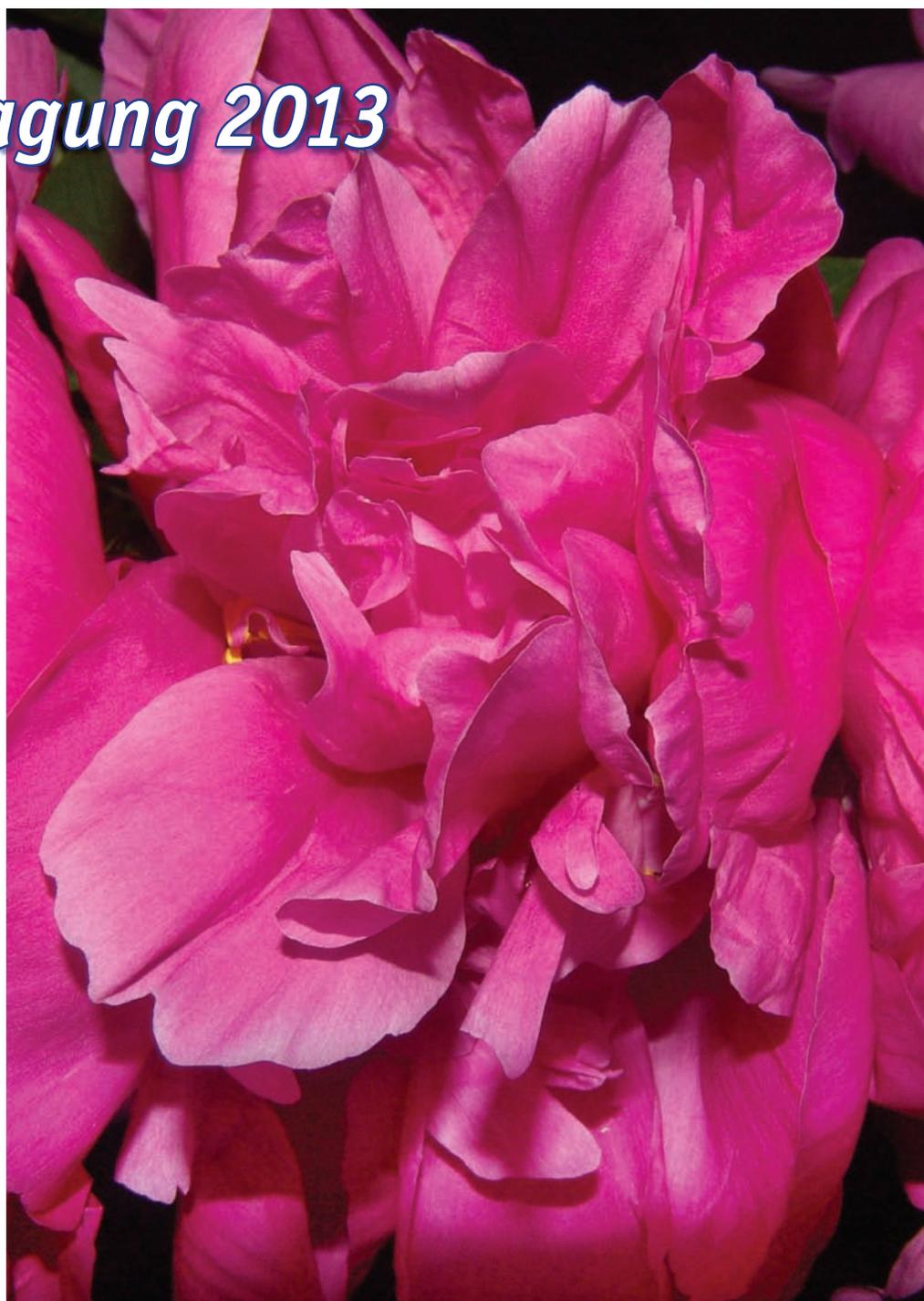
Vortrag:
*„Probleme im Beruf,
psychologische Aspekte“*

Workshop:
*„Arbeitsplatz und Beruf,
sozialmedizinische Aspekte“*

3 Erfahrungsberichte

KIMM-intern:

- Mitgliederversammlung 2013
- 2. Treffen der Aktiven
- Entspannungstraining
mit Christiane Heider



Kontakte und Informationen zu Morbus Menière

Werbung wurde entfernt

Grußwort

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

ich begrüße Sie alle ganz herzlich und lade Sie ein, mit dieser Ausgabe von KIMM aktuell unsere Frühjahrstagung in Mainz (noch einmal) zu besuchen und sich über das zweite Treffen aktiver Mitglieder mit dem Vorstand, die Mitgliederversammlung und weitere Themen zu informieren. Wichtigste Mitteilung auf der Mitgliederversammlung war die Ankündigung, dass im nächsten Jahr ich selbst und Herr Dr. Knäbel aus persönlichen Gründen nicht mehr für den neuen Vorstand kandidieren werden.

Die Wiedergabe der Tagungsvorträge und die Workshop-Berichte in dieser Ausgabe geben denen, die nicht kommen konnten, alle Informationen, die die Tagungsbesucher aufnehmen durften und nun beim Lesen verinnerlichen können. Wissen ist ein wichtiger Schlüssel zur Verarbeitung, darum ist es uns ein Anliegen, Sie an dem Wissen teilhaben zu lassen, das unsere Referenten zu bieten haben.

Die Tagung fand in Zusammenarbeit mit der Römerwalklinik unter Vermittlung von Herrn Prof. Dr. Helling von der Universität Mainz im Rathaus der Stadt statt. Für diese Beherbergung gilt unser Dank dem Sozial- und Gesundheitsdezernat der Stadt. Die Unterstützung von Herrn Prof. Dr. Helling und Herrn Kerstan, Verwaltungschef der Römerwalklinik während der Planung und Durchführung der Tagung war vorbildlich. Sie werden in diesem Heft eine kurze Beschreibung der Römerwalklinik finden.

Der Vortrag von Herrn Prof. Dr. Helling über den neuesten Stand bei Diagnose und Therapie bei MM hat auf der Tagung großes Interesse hervorgerufen und ich denke, die Ausführungen zu Injektions-Therapien werden auch Sie interessieren. Ein weiteres Schwerpunktthema der Tagung lässt sich unter der Überschrift „Morbus Menière und Beruf“ zusammenfassen. Dabei befasste sich der Vortrag von Herrn Hugo, Dipl. Psychologe der Römerwalklinik, mit psychologischen Aspekten bei MM-bedingten Problemen im Beruf, desweiteren war der Workshop „Arbeitsplatz und MM, Sozialmedizinische Aspekte“ dieser Thematik gewidmet. Außerdem können Sie drei sehr un-



terschiedliche Erfahrungsberichte lesen, die uns zugeschickt wurden.

Gerade diese Erfahrungsberichte zeigen, dass es viele Varianten im Umgang mit der Erkrankung am Arbeitsplatz gibt und vielleicht kann Ihnen der eine oder andere Hinweis behilflich sein – und sei es nur, dass Ihnen ein Bericht zeigt, dass es anderen Menschen so ergeht wie Ihnen und dass Sie mit Ihren Erfahrungen als Betroffene und als Angehörige nicht alleine stehen.

Besonders hinweisen möchte ich noch auf einen Beitrag von Frau Heider aus der SHG Nürnberg, in dem Sie angeleitet werden, Ruhe und Entspannung einzuüben. Frau Heider wird Ihnen dazu auch in den kommenden Heften einiges erzählen, denn MM-Erkrankte müssen gut zu sich selber sein und lernen, behutsam mit sich umzugehen. Diesem Thema war auch ein Vortrag in der Kölner SHG gewidmet, von dem wir eine Zusammenfassung abdrucken. Auch hier ist die Botschaft, dass Sie sich selbst gerade jetzt Gutes zukommen lassen sollen, indem Sie den Blick auf die noch vorhandenen positiven Seiten Ihres Lebens lenken.

Und jetzt hoffe ich, dass wir Ihnen genau hierzu mit unserem Titelbild eine Chance gegeben haben, die Chance, den Blick auf Erfreuliches zu lenken, sich etwas Gutes zukommen zu lassen. Unser Fotograf war jedenfalls von der Fülle der aufgehenden Pfingstrosen im Geburtstagsstrauß seiner Ehefrau so beeindruckt, dass er diesen Anblick weitergeben wollte. Ich möchte deshalb schließen mit der Aufforderung: „Versuchen Sie trotz des Menière die wunderbare Fülle des Lebens zu sehen und erfreuen Sie sich wann immer es geht an den guten Dingen!“

Herzlichst Ihre

Grußwort	Grußwort unserer Vorsitzenden Anna Bott	1
	Inhaltsverzeichnis	2
KIMM intern	Ankündigung: KIMM-Herbsttagung 2013, 14. September 2013, Klinikum Großhadern der Universität München	3
Tagung	Vortrag Professor Helling: „Gegenwärtiger Stand der Diagnose und Therapie bei Morbus Menière“ plus Fragen und Antworten zum Vortrag Prof. Helling	4
Tagung	Vortrag Herr Hugo: Probleme im Beruf, psychologische Aspekte (bei Morbus Menière) plus Fragen und Antworten zum Vortrag Herr Hugo	18
Tagung/Workshops	Vorbemerkung: „Workshops auf der Frühjahrstagung in Mainz“	24
	Resümee zu WORKSHOP 1 : Arbeitsplatz und MM, sozialmedizinische Aspekte	27
	Kurzinfo zu WORKSHOP 2: Höraufmerksamkeitstraining	28
	Erfahrungsbericht zu WORKSHOP 3: ... wer denkt eigentlich an mich?	29
KIMM intern	Mitgliederversammlung: Begrüßung und Rechenschaftsbericht der Vorsitzenden, sonstige Anmerkungen	32
	2. Treffen von aktiven Mitgliedern mit dem Vorstand	35
Selbsthilfe in Aktion	Christiane Heider: Das innere Gleichgewicht wieder finden	36
	SHG-Hannover: Reaktionen von Betroffenen auf eine NDR-Sendung über Morbus Menière	38
	SHG Würzburg: Verabschiedung von Margarete Bauer	39
	SHG Köln: Besuch von Frau Dr. phil Dr. med. Roskothen	40
	SHG Würzburg: Selbsthilfegruppe „Morbus Menière„ in Würzburg stellt sich vor	41
Erfahrungsberichte / Briefe	Vorbemerkung	42
	„Auf dem Boden der Tatsachen“	42
	„Mister Menière bei der Arbeit“	44
	„Morbus Menière – Desaster oder Chance?“	46
	Bericht über das Arzt-Patientenseminar der DTL in Göttingen am 25.5.2013	49
Für Sie gefunden	Dr. Schaaf: Schwankendes Hörvermögen im Tieftonbereich	52
Unterhaltung	„Eindrücke vom Vorabend der Tagung“	31
	„Morbus Menière-ABC“ oder „Trage es mit Humor“	53
	„Visuelles Resümee unserer Frühjahrstagung“	54
	„Visuelles Resümee: „Mainz für Puzzle-Liebhaber“	56
	Sudoku	57
Literatur	Liste ausgewählter Literatur zu Morbus Menière	58
Adressen	Liste örtlicher Morbus Menière Selbsthilfegruppen	59
Adressen	Liste von Reha-Kliniken	60



Ankündigung: KIMM-Herbsttagung am 14. September 2013 in München

Unsere diesjährige Herbsttagung wird am 14. September 2013 im Klinikum Großhadern der Universität München, Marchioninstr.15, 81377 München stattfinden. Dieses Mal werden also unsere im südlichen Deutschland lebenden Mitglieder und Freunde von unserem Wechsel zwischen einem eher nördlichen und einem eher südlichen Tagungsort profitieren.

Die Tagung steht unter der Überschrift „2. Münchner Menière-Symposium, Aktuelles aus Klinik und Wissenschaft“. Sie erfolgt mit freundlicher Unterstützung von Herrn Prof. Alexander Berghaus, Direktor der Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde des Klinikums und Herrn Dr. Eike Krause, Leiter einer Arbeitsgruppe, die sich vorrangig mit der Gleichgewichtsfunktion des Innenohrs befasst. Veranstalter sind die HNO-Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München in Kooperation mit unserer Selbsthilfeorganisation.

Das Programm sieht die folgenden Themen vor:

- Was wissen wir bisher über den Morbus Menière? – ein Update
- Was hilft bei Morbus Menière gegen den Schwindel?
- Wie kann ich wieder besser hören?
- ... und die Psyche?
- Patient und Arzt – gemeinsam zum Therapieerfolg
- Neuigkeiten aus der Forschung – Blick in die Zukunft

Der Nachmittag wird Gesprächskreisen bzw. Workshops vorbehalten sein.

Der genaue Tagesablauf und die Angaben zur Anfahrt etc. werden Ihnen in einer gesonderten Einladung frühzeitig mitgeteilt. Mit der heutigen Ankündigung möchten wir in erster Linie Ihre Vorfreude

wecken und sicherstellen, dass Sie sich den Termin reservieren. Gleichzeitig sollen Sie die Chance erhalten, sich hinreichend früh um ggf. erforderliche Übernachtungsmöglichkeiten und kostengünstige Zugverbindungen bemühen zu können.

Auch auf dieser Tagung sind wir bestrebt, am Vorabend ein Beiprogramm mit geselligem Zusammensein anzubieten.

Wir freuen uns auf Sie und bitten um rege Teilnahme.

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 Prof. Dr. Helling



Gegenwärtiger Stand der Diagnose und Therapie bei Morbus Menière

Sein Beitrag hier ist die Wiedergabe seines Vortrags auf unserer Frühjahrstagung 2013 in Mainz.

Vorbemerkung

In meinem Beitrag "Morbus Menière 2012 – Ursachen und Therapien" in der Ausgabe 2012-2 Ihrer Zeitschrift KIMM-aktuell hatte ich bereits angemerkt, dass gerade in Ihrer Mitgliederzeitschrift etliche Artikel zu Morbus Menière erschienen sind und "neue" Beiträge daher stets auf das Problem der teilweisen Wiederholung stoßen.

In meinem heutigen Beitrag gilt es zusätzlich Überschneidungen mit meinen eigenen damaligen Ausführungen in Bad Grönenbach weitgehend zu vermeiden. Ich habe versucht, diesem Umstand, wann immer möglich, Rechnung zu tragen. Dennoch auftretende Wiederholungen schienen mir allerdings didaktisch sinnvoll, um Ihnen als Leser die Chance zu geben, die Informationen als geschlossenes Ganzes zu empfinden. Schwerpunkte der Ausführungen in diesem Beitrag werden Methoden im Rahmen der lokalen Therapie des Innenohres sein.

Morbus Menière – eine klinische Diagnose

Grundlegend für das Verständnis der möglichen Methoden zur Therapierung des Morbus Menière ist die Tatsache, dass es sich bei MM um eine **klinische Diagnose** handelt. Das heißt, es gibt keinen Test der einem verbindlich sagt, dass ein MM vorliegt, sondern die Krankengeschichte des Betroffenen ist der entscheidende Zugang zur Dia-

Morbus Ménière

Wiederholte Akutsymptomatik (Trias)

einseitiger Hörverlust
Tinnitus(-verstärkung)
(Dreh-)schwindelanfälle

gnose. Und das wiederum heißt, ich muss mich mit dem Patienten intensiv unterhalten und dessen Krankenakte und Befunde studieren.

FOLIE 1:

Morbus Ménière, Wiederholte Akutsymptomatik (Trias)

Die Diagnose Morbus Ménière wird im Allgemeinen gestellt, wenn als wiederholte Akutsymptomatik eine Trias aus Drehschwindelanfällen, die länger als 20 Minuten und maximal 24 Stunden andauern, einem einseitigen Hörverlust und Tinnitus vorliegt. Dabei muss der Ménière-Anfall nicht ein Drehschwindel sein. Es gibt auch Schwankschwindel und vereinzelt Sturzattacken, sog. Tumarkin-Krisen. Diese kommen selten am Anfang, meist aber erst am Ende der Erkrankung vor. Die Betroffenen haben dann keine stundenlangen Drehschwindelbeschwerden, sondern fallen bei vollem Bewußtsein um.

Für das Verständnis der klinischen Diagnose MM ist es vielleicht interessant, sich die diagnostische Historie des MM in Erinnerung zu rufen. Sie alle wissen, dass der Name der Erkrankung auf den französischen Arzt Prosper Ménière zurückgeht. Interessant ist hier, dass man zu seinen Lebzeiten noch gar nicht wusste, dass das Gleichgewichtsorgan als Teil des Innenohrs existierte. Man dachte, das Gleichgewicht sei ausschließlich eine Funktion des Gehirns. Die Beschreibung des MM als Erkrankung des Innenohrs stand also im eklatanten Widerspruch zur gängigen Lehrmeinung. Erst nach seinem Tode wurde durch Veröffentlichungen des französischen Arztes Charcot die Erkrankung publik gemacht. Es handelte sich also beim MM um eine exakte, klinisch begründete Diagnose, weil neue Zusammenhänge beschrieben wurden. Die eigentliche medizinische Leistung von Prosper Ménière ist es also, dass er eine enge Beziehung zwischen Hören und Schwindel hergestellt hat ohne zu wissen, dass das Gleichgewicht entscheidend im Innenohr geregelt wird.

Wann gilt eine Diagnose als "wahrscheinlich", wann als "sicher"?

Beim Stellen einer Diagnose sind zwei Kriterien von besonderer Wichtigkeit

- Überlappen sich die Symptome mit anderen Erkrankungen des Innenohrs?
- Wann wird ein Befund als "wahrscheinlich" und wann als "sicher" eingeschätzt?

Die Diagnosestellung bei Ménière ist nicht zuletzt deshalb schwierig geblieben, weil hier beide Aspekte im besonderem Maße zum Tragen kommen.

Für das Kriterium "Überlappen mit anderen Erkrankungen" werde ich später besonders auf die Arbeiten des Berliner Neurologen T. Lempert eingehen, der die wesentlichen Formen von Anfallsschwindel zusammenfassend beschrieben hat. Der 2. Punkt orientiert sich an der Definition des MM, die auf einen Consensus der amerikanischen HNO Gesellschaft zurückgeht. Dort werden 4 Stufen von Wahrscheinlichkeit einer Diagnose unterschieden: möglich, wahrscheinlich, definitiv und gesichert. Die gesicherte Diagnose setzt nach dieser Festlegung voraus, dass der vermutete Befund – bleibende Erweiterung des Endolymphraumes im Innenohr aufgrund des sog. Hydrops (siehe weiter unten) – histologisch bestätigt wird. Diese Bestätigung ist aber leider nicht zu Lebzeiten des Betroffenen möglich.

Die Situation zum Nachweis des Hydrops bzw. der damit einhergehenden Erweiterung des Endolymphraumes hat sich allerdings insoweit verbessert, als es neuerdings möglich erscheint, diese mittels bildgebender Verfahren, der Kernspintomographie



Biografische Daten

Herr Prof. Dr. Helling ist als Oberarzt an der Hals-Nasen-Ohren-Klinik- und Poliklinik der Universitätsmedizin Mainz tätig. Dort hat er vorrangig mit der Akutversorgung von Patienten zu tun und betreut auch die Schwindelambulanz. Zusätzlich ist er seit mehr als 5 Jahren leitender Arzt der Römerwalklinik in Mainz, einer Klinik für Rehabilitation, tätig und dort wesentlich mit den Fragestellungen Gleichgewichtsstörungen, Hörstörungen und andere Innenohrerkrankungen befasst.

(MRT), sichtbar zu machen. Damit besteht in Ergänzung zum bisherigen histologischen Befund das bildgebende Verfahren der MRT, mit dem man ebenfalls die chronischen Veränderungen des Endolymphraums nachweisen kann. Es darf erwartet werden, dass zukünftig das MRT als durchaus aufwendiger, aber sicherer Nachweis eines bestehenden MM anerkannt wird. (zu Details und einer bildhaften Darstellung zum Ergebnis eines MRTs, siehe meinen Beitrag in KIMM aktuell, Ausgabe 2012-1, Seite 20)

Wer bewertet die Güte von Studien? oder: Die Cochrane Collaboration

Wichtig ist immer wieder die Frage, welche Wertigkeit man den einzelnen Therapiekonzepten zuspricht oder anders formuliert, welche Studienergebnisse können als gesichert bewertet werden? Nun ist die Medizin leider eine Erfahrungswissenschaft, d.h. man muss Anwendungsbeobachtung betreiben und kann die Ergebnisse nicht wie in einer Naturwissenschaft mathematisch berechnen. Damit tritt die Güte und Unvoreingenommenheit einer Studie in den Vordergrund und es müssen Ergebnisse transparent und nachvollziehbar sein, auf einer hinreichenden Anzahl von Patienten beruhen und es muss sichergestellt sein, dass die ermittelte Wirkung tatsächlich vom zu prüfenden Wirkstoff oder den untersuchten therapeutischen Maßnahmen abhängen. Hier hat sich die Cochrane Collaboration hervorgetan, ein weltweites Netzwerk von Wissenschaftlern und Ärzten, die versucht, aus allen bestehenden Studien zu einem bestimmten Themenbereich systematische Übersichtsarbeiten zu erstellen. Als gesicherte Ergebnisse einer Studie gelten dann nur solche, die besonders strengen Verfahrenskriterien genügen. (Auch hierzu möchte ich für zusätzliche Informationen auf meinem Artikel in KIMM aktuell 2012-1 verweisen.)

Zum Morbus Menière bewertete die Cochrane Collaboration aus zahlreichen Publikationen lediglich zwei Therapieansätze positiv – einen zum Thema Gentamicin und einen zur Gabe von Cortison. Demgegenüber konnten die Gabe von Betahistin und die Saccotomie bisher nicht positiv gewertet werden.

Bei der positiven Wertung für Gentamicin wird darauf hingewiesen, dass der Hörverlust bei einem Behandlungsschema, bei dem Patienten nur alle 6 Wochen Gentamicin erhalten, weniger gravierend sein dürfte als bei einem Schema mit einer 4-maligen Gabe in wöchentlichem Abstand.

Das zweite positiv gewertete Cochrane Review bezieht sich auf die Gabe von Cortison. Dabei wird eine zweifache Wirksamkeit beim Morbus Menière genannt, einerseits im Rahmen der Akuttherapie, andererseits bei der Kontrolle von Anfallsintensität und -häufigkeit. Man kann mittels Kortison die Schwindelsymptomatik des MM verbessern. Von beiden Therapien später mehr.

“Wo” verändert sich “was” durch MM im Ohr?

Als wesentliche pathologische Veränderung beim Morbus Menière gilt der endolymphatische Hydrops des Innenohres. Die hauptsächliche Veränderung infolge des Hydrops

¹ aus Wikipedia: Als Hydrops – der griechischen Bezeichnung für “Wassersucht” – wird in der Medizin das vermehrte Auftreten von Wasser beziehungsweise seröser Flüssigkeit in vorgebildeten Hohlräumen bezeichnet. Der Hydrops cochleae oder endolymphatische Hydrops ist eine Erkrankung des Innenohres. Er wurde lange allein als Pathomechanismus der Menière-Erkrankung angesehen. Neuere Studien zeigen aber, dass der Hydrops cochleae auch ohne das Vollbild des Morbus Menière auftreten kann. [1] [2] Die Ätiologie des endolymphatischen Hydrops ist nach wie vor unklar.

Zum ersten Mal wurde der endolymphatische Hydrops an menschlichen Felsenbeinpräparaten beim Morbus Menière 1938 von Yamakawa in Japan und wenige Monate später von Hallpike und Cairns in England beschrieben.

spielt sich nicht im Gleichgewichtsorgan sondern in einem Bereich der Hörschnecke ab, in der sog. Scala media, dem mittleren von drei Flüssigkeitsräumen. In diesem Raum befindet sich das Corti Organ mit den Sinneszellen (Haarzellen) und einem Teil der Innenohrmechanik (Tektorialmembran).

Wenn sich die Hörschnecke in diesem Bereich aufbläht, geht möglicherweise der Kontakt der Membran zu den Haarzellen verloren. Dieser Kontaktverlust liefert einen Erklärungsversuch, warum das Hören bei den Betroffenen im Anfall im Tief-Mitteltonbereich absackt und nach dem Anfall meist wieder besser wird. Die Haarzellen werden in erster Linie im Anfall nicht zerstört, sondern die Mechanik durch die Druckschwankungen temporär gestört. Die Druckschwankungen beim Hydrops führen als akute Druckveränderung ggf. zu den gefürchteten Schwindelanfällen und sind mit Hörstörungen und Ohrgeräuschverstärkung verbunden. Langfristig führen diese beim MM zu chronischen Veränderungen.

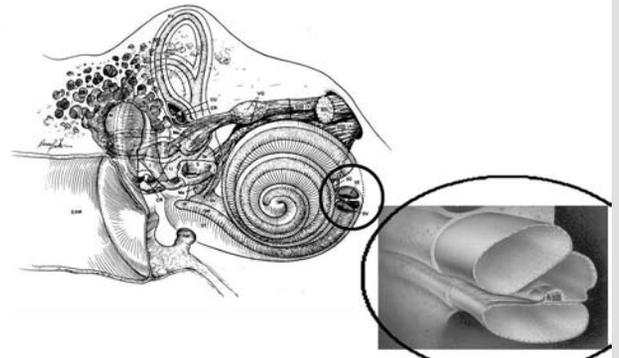
Wichtig zu wissen ist, dass der Hydrops nur ein Teilbestandteil des Menière ist. So hatte Herr Dr. Schaaf in seinem Vortrag bei KIMM speziell darauf hingewiesen, dass es bei bestehendem Hydrops Patienten gibt, bei denen das Vollbild des Schwindels da ist, begleitet von Tinnitus, dass es jedoch auch Patienten gibt, die nur wechselhafte Hörstörungen im Tief-Mitteltonbereich zeigen. Die letztgenannten müssen nicht zwingend einen MM bekommen. Der Hydrops ist also fester Bestandteil vom MM, aber nicht jeder Hydrops führt zum MM. Das zeigt leider deutlich, dass wir bisher nur einen Teil der Ursachen des MM verstehen.

Ergänzend zu meinen Ausführungen in KIMM aktuell, 2012-1 möchte ich hier nur hinzufügen, dass es zur Entstehung des Hydrops neue Untersuchungen von Herrn Prof. Plontke aus Halle a.d. Saale gibt. Er hat sich nicht nur mit der Entstehung und dem Abbau der Ohrflüssigkeiten beschäftigt, sondern hat auch umfangreiche Untersuchungen zu den Druckverhältnissen und zur Verteilung von Medikamenten im Innenohr vorgenommen. Andere Untersuchungen zeigen, dass die Verbindung zwischen den Bildungsorten der Endolymphe und den Orten, an denen sie wieder abgeführt wird, Klappensysteme enthält und einem aufwendigen Regulationsprozess unterliegt. Die Arbeiten lassen vermuten, dass bei Morbus Menière möglicherweise auch eine Störung dieser Klappensysteme vorliegt. Durch eine behinderte Strömung der Flüssigkeiten kann entweder zu viel gebildet oder zu wenig abgeführt werden.

Das Ohr braucht Strom

Der Hörvorgang funktioniert nur, wenn eine ständige elektrische Spannung von ca. 0,1 V für die Erregungsvorgänge im Innenohr aufrechterhalten wird. Dies ist für das Hören und die Funktion der zuständigen Haarzellen entscheidend. Im Innenohr müssen also nicht nur die Druckverhältnisse, sondern auch die Ionenverhältnisse sehr genau kontrolliert werden. Man spricht in diesem Zusammenhang von der Homöostase des Innenohrs. Im Gleichgewichtsorgan liegen geringere Spannungen als im Hörorgan vor. Für die Funktion müssen die einzelnen Bereiche des Innenohrs elektrisch hinreichend isoliert sein. Zum anderen muss die bei der Erregung der Haarzellen verbrauchte Energie permanent zugeführt werden. Fehler bei der "Stromversorgung" führen zu sofortigen Hörproblemen. Daher nimmt man an, dass beim Menière auch Störungen vorliegen.

Lage der Haarzellen im Innenohr



FOLIE 2: Lage der Haarzellen und Entstehungsgebiet des Hydrops

Belegt ist dies allerdings noch nicht, wohl aber wird für die Altersschwerhörigkeit eine Verminderung dieser Spannung (endocochleäres Potential) angenommen.

Erst Schwindel, dann Hörprobleme

Langfristig treten beim Menière neben dem Schwindel auch die Hörprobleme in den Vordergrund, weil sich die Hörschwelle zusehends stärker absenkt. Besonders gravierend ist die Absenkung der Hörschwelle über den Wert von 50 Dezibel. Hierzu folgende Erklärung: Das Innenohr hat zwei verschiedene Typen von Haarzellen, die inneren und die äußeren. Die inneren Haarzellen sind direkt mit dem Hörnerv verbunden, zu jeder inneren gehören drei äußere, die den ankommenden Schall für die inneren Haarzellen "aufarbeiten" und erheblich verstärken. Die innere Haarzelle ist "recht schwerhörig" und wird erst ab einer Lautstärke von 50 Dezibel erregt. Im Verlauf der Krankheit werden vorrangig die äußeren Haarzellen geschädigt. Dadurch entfällt zunehmend die entsprechende "Aufbereitung" des Schalls für die inneren Haarzellen. Solange der Verlust der äußeren Haarzellen unvollständig ist, zeigen sich bei der Untersuchung Absenkungen der Hörkurve von weniger als 50 Dezibel. Ein Hörverlust über 50 dB geht meist mit einem erheblichen Qualitätsverlust des Hörens einher, weil das Hören nur noch mit den inneren Haarzellen möglich ist. Damit geht zunehmend das Verstehen von Sprache verloren, weil jetzt die Verstärkung durch die äußeren Haarzellen fehlt. Der Hörbehinderte hört zwar noch, aber die für Deutlichkeit der Sprache, die Qualität der Frequenzunterscheidung und die Anpassung des Ohrs an die unterschiedliche Lautheit des angebotenen Schalls gehen verloren. Erst bei einer Absenkung der Hörschwelle um mehr als 50 Dezibel ist auch von einer Schädigung der inneren Haarzellen auszugehen.

Überschneidungen der Menière-Symptomatik mit anderen Erkrankungen

Es gibt Krankheitsbilder, deren Symptome sich mit denen des Menière überschneiden, speziell bezüglich der Schwindelsymptomatik. Im besonderen Maße ist das der Fall beim migräneassoziierten Schwindel (davon weiter unten mehr).

Ein Begleiter fast aller Gleichgewichtserkrankungen und vereinzelt auch eines Hörsturzes ist der benigne paroxysmale Lagerungsschwindel (BPLS). Er hat zwar eine völlig andere Charakteristik als der MM, kommt aber gar nicht so selten als Begleiter des MM vor. Es kommt dabei nicht zu stundenlangen Anfällen, sondern zu sehr kurzen Drehschwindelepisoden von maximal einer halben Minute. Und diese sind auch nicht spontan, sondern entstehen direkt im Anschluss an eine Haltungsänderung des Kopfes bzw. einen Lagewechsel. Wenn also der Patient sagt, dass seine Schwindelepisoden ganz kurz geworden seien, muss man die Möglichkeit eines BPLS als eine zweite Symptomatik einbeziehen. Erfreulicherweise lässt sich der BPLS durch Lagerungsübungen gut behandeln. Er muss nur als solcher erkannt werden und kann vom Patienten selbst bei aufkommenden Schwindelgefühlen durch entsprechende Übungen therapiert werden.

Besondere Anmerkungen zur Diagnostik des Anfallsschwindels

Sie werden als Betroffene vielleicht erlebt haben – und dies speziell in der Anfangsphase ihrer Erkrankung, – dass sich die Ärzte nicht von vorne herein sicher sind, ob bei Ihnen ein MM vorliegt. Nicht jeder Anfallsschwindel ist ein MM, auch wenn dieser ein wesentlicher Vertreter dieses Schwindeltyps darstellt. Speziell in der Abgrenzung zu anderen anfallsartigen Schwindeltypen hat sich Prof. T. Lempert, ein Neurologe aus

Berlin, auf den die Klassifikation des migräneassoziierten Schwindels zurückgeht, verdient gemacht. Er sagt, dass im Grunde eine Unterscheidung von sechs Typen des anfallsartigen Schwindels ausreichen, um 90% aller Schwindelerkrankungen richtig zu diagnostizieren.

Der wichtigste Vertreter ist sicherlich der Morbus Menière und die wichtigste Abgrenzung ist die zum migräneassoziierten Schwindel, dessen Vielfältigkeit der Symptome sehr ausgeprägt ist und sich z.B. je nach Alter des Patienten stark unterscheidet. Im Kindesalter kann sich die Migräne mit Bauchschmerzen äußern und dann in der Pubertät oder Erwachsenenalter mit Kopfschmerzen beginnen. Hinzu kommen eventuell Sehstörungen, Veränderungen der Sensibilität und eben auch Hör- und Gleichgewichtsstörungen. Die Symptomatik sieht dann eventuell nach einer Innenohrerkrankung wie eben dem MM oder auch Lagerungsschwindel aus, obwohl tatsächlich andere Ursachen vorliegen. Deshalb ist zur Klärung der Zusammenhänge bei Anfallsschwindel eine Kopschmerz-Anamnese zwingend erforderlich.

Eine weitere Form des Anfallsschwindels sind kurze, sog. transitorisch-ischämische Attacken (TIA). Diese sind vom Morbus Menière eigentlich diagnostisch sicher abzugrenzen, weil es sich um kardiovaskuläre Probleme handelt, bei denen neurologische Symptome durch kurze Störungen in der Durchblutung im Hirn auftreten. Meist zeigen sich neben dem Schwindel andere neurologische Störungen, wie z.B. Sensitivitätsstörungen oder weitere Symptome, die nicht zum Innenohr passen.

Eine weitere anfallsartige Schwindelerkrankung ist die vestibuläre Paroxysmie. Hierbei treten sehr kurze, nur Sekunden dauernde und ggf. mehrmals täglich auftretende Schwindelattacken auf, bei denen die Patienten manchmal auch stürzen. Man nimmt als Ursache an, dass ein Blutgefäß beharrlich auf den Gleichgewichtsnerv klopft, was dann irgendwann zu einer Erregung des Nervs führt, die sich als kurzer Schwindel äußert. Am bekanntesten ist dieses Phänomen als Schmerzsymptomatik von einem anderen Hirnnerven dem N. trigeminus, wo sich die einschließenden Schmerzen als Neuralgie im Gesicht bemerkbar machen.

Es gibt dann auch noch die orthostatischen Regulationsstörungen¹, die in ihrer Symptomatik vielleicht nicht so prägnant sind.

Morbus Menière und Psyche

Wichtig bei der Behandlung des MM ist zu wissen, dass es eine ganz klare Wechselwirkung zwischen der Erkrankung selbst und der psychischen Reaktion auf die Erkrankung gibt. Dies können Angststörungen, Depressionen und somatoforme Störungen² sein. Letztere führen dazu, dass der Patient Schwindel verspürt, obwohl kein Auslöser im Innenohr vorliegt. Die Ursache für die Empfindung "Schwindel" ist dann Ausdruck der psychischen Veränderung des Patienten. Langfristig ist beim MM verstärkt mit Depressionen zu rechnen.

¹ aus Wikipedia: Als orthostatische Anpassung oder Orthostase-Reaktion bezeichnet man die Fähigkeit des menschlichen Körpers, den Blutdruck und somit das Kreislaufsystem in aufrechter Lage (Sitzen oder Stehen) anzupassen.

² Als somatoforme Störungen werden körperliche Beschwerden bezeichnet, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen. Dabei stehen neben Allgemeinsymptomen wie Müdigkeit und Erschöpfung Schmerzsymptome an vorderster Stelle, gefolgt von Herz-Kreislauf-Beschwerden, Magen-Darm-Beschwerden, sexuellen und pseudoneurologischen Symptomen.

Diagnostik des Anfallsschwindels

Lempert T 2012

6 Anfallsarten beschreiben mehr als 90% aller anfallsartigen Schwindelbeschwerden

- Morbus Menière
- Migräneassoziiertes Schwindel
- Vertebrobasiläre transitorisch ischämische Attacken
- Vestibuläre Paroxysmie
- Orthostatische Hypotension
- Panickattacken

FOLIE 3: 6 Arten des Anfallsschwindels

Morbus Ménière und Depression*Arroll M et al. 2012*deutlichste Einschränkung durch Schwindel,
weniger durch Tinnitus oder Hörverlust

66 von 74 Patienten zeigten Symptome einer Depression

stärkster Einfluss der Depression
auf die Selbstdarstellung und das Verhältnis zum PartnerFOLIE 4:
MM und Depression

Bezüglich der Depression beim MM gibt es eine aktuelle Studie aus Großbritannien, die auf Befragungen von längerfristig an einem MM erkrankten Patienten beruht. Dabei drehten sich die Fragen um den Schwindel, die dadurch gegebenen Einflüsse auf den Alltag, um das Gesamtbefinden und um aufgetretene Depressionen. Dabei waren nur 2 von 74 Patienten symptomfrei, während die weitaus meisten Patienten Zeichen einer schweren Depressionen aufwiesen.

Wichtig ist mir hier die Anmerkung, dass diese Studie in besonderem Maße auch für den HNO-Arzt die Notwendigkeit zeigt, den Patienten nicht nur auf das Ohr beschränkt zu betrachten, sondern in seiner Gesamtheit. Hier sehe ich unter anderem auch die Berechtigung von Ménière-Patienten eine Reha-Behandlung in Anspruch zu nehmen, obwohl die Innenohrerkrankung hierdurch nicht direkt zu beeinflussen ist. Für den Patienten ist es günstig, dass neben Übungen, die direkt das Gleichgewichtsempfinden trainieren, auch speziell die Stärkung der Psyche und damit die Rückgewinnung eines guten Stücks Selbstvertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit ein wesentliches Ergebnis einer Reha-Behandlung sind. Durch die Reha-Behandlung werden

den zwar die eigentlichen Ménière-Anfälle nicht vermieden, aber die Begleitsymptomatik kann wesentlich reduziert werden und damit den verbleibenden Ménière-Anfällen ein Teil ihres Schreckens genommen werden.

Was kann man tun ? Alles oder gar nichts ... ?

Wir haben nur wenige Medikamente, die nachgewiesenermaßen am Ohr wirken und damit leider verbunden eine Beschränkung des Grads an Heilung. Glücklicherweise wird der Verlauf der Erkrankung nicht nur durch den behandelnden Arzt, sondern auch durch die Krankheit selbst beeinflusst. Das mag vom einzelnen Betroffenen als desillusionierend empfunden werden, weil er nicht zu Unrecht erwartet, dass durch die Behandlung des Arztes eine wesentliche Linderung der Beschwerden, wenn nicht gar Heilung erreicht wird. Es besteht allerdings auch eine, sich aus der Erkrankung selbst ergebende Hoffnung, einer Verbesserung der Lebenssituation beim MM. So zeigt eine Studie an Patienten, die eine Behandlung mittels Saccotomie abgelehnt hatten, dass sich im Laufe von zwei Jahren bis zu ca. 60% der Patienten bezüglich des Schwindels besser fühlten, wobei im Artikel leider nicht hinreichend spezifiziert wird, was genau unter "besser" verstanden werden soll.

Das Angebot möglicher Therapien ist verhältnismäßig groß und alle bisher vorgestellten Therapieansätze haben letztlich ihre Berechtigung, weil sie Patienten auf die eine oder andere Art helfen können. Sowohl der Patient als auch der Arzt haben die Möglichkeit, unterschiedliche Konzepte zu verfolgen.

Sie werden Kollegen finden, die eher chirurgische Konzepte bevorzugen und es gibt solche, die sich sozusagen am anderen Ende der Therapieskala bewegen und rein diätetische Maßnahmen wie natriumarme Kost anbieten. Bei einzelnen Patienten scheinen bewusst herbeigeführte Druckveränderungen am Mittelohr positive Rückwirkungen auf das Innenohr zu zeigen (siehe unten). An der HNO-Uniklinik in Mainz und in der Römerwallklinik bewegen wir uns in der Mitte dieser Behandlungspalette, wobei das Hauptgewicht auf Kortikoide, Gentamycin und Diuretika gelegt wird. Bei vollständigem Versagen dieser Optionen besteht die Möglichkeit zur Neurektomie, also die Durchtrennung des

Gleichgewichtsnerven oder man reduziert die Behandlung auf eine rein symptomatische Medikamentengabe.

Neues zu möglichen Medikamentationen

Als Update auf meine Ausführungen zur Medikamentation in KIMM-aktuell, 2012-1 möchte ich ergänzend ausführen:

Standard ist weiterhin die Medikation mit Betahistin. Die auf dem Beipackzettel immer noch als Höchstgrenze angegebenen Dosierung von 3-mal 12 mg muss man allerdings eher als untere therapeutische Grenze ansehen. Trotz guter Therapierfolge wird die Kostenübernahme für höhere Dosierungen als sie vom Hersteller angegeben werden von den Krankenkassen häufig verweigert, weil aus ihrer Sicht hinreichend ausreichend gesicherte Studien zur dieser Hochdosistherapie fehlen. Es ist allerdings sehr unwahrscheinlich, dass die Pharmaindustrie Zulassungen für höhere Dosierungen beantragen, weil hierzu der wirtschaftliche Anreiz fehlt.

Sulperid habe ich früher häufiger verordnet. Es hat sich aber gezeigt, dass bei längerfristig hoher Dosierung eine Parkinson-Symptomatik hervorgerufen werden kann. Zumindest habe ich dies in einem Fall persönlich erlebt und bin deshalb zurückhaltender geworden.

Man kann auch den Versuch einer Druckminderung im Innenohr unternehmen. Dazu gibt es im Wesentlichen zwei preiswerte am Markt vorhandene Diuretika, die allerdings nicht unbedenklich als Dauertherapie eingesetzt werden können. Zur Anfallreduktion sind diese Medikamente nur geeignet, wenn der Patient den Druckaufbau frühzeitig, z.B. einen halben Tag vorher spürt und dies als Zeichen für einen bevorstehenden Anfall zu deuten versteht. Man kann durch Diuretika auch versuchen, die Ménière-Symptomatik insgesamt abzupuffern, was leider nur im Einzelfall gelingt.

Druckbeeinflussung durch Paukenröhrchen und Meniett-Gerät

Druckbeeinflussungen im Mittelohr können eine positive Rückwirkung auf den Krankheitsverlauf haben. Dies kann durch das Legen eines Paukenröhrchens und ein sog. Meniett-Gerät versucht werden. Beim Paukenröhrchen erfolgt zunächst ein Schnitt ins Trommelfell und in diesen wird dann ein Röhrchen eingelegt, wodurch ein unbehinderter Druckausgleich durch das Trommelfell hindurch erreicht wird. Manche Patienten profitieren von dieser Methode sehr gut, meist die mit deutlichem Ohrdruck im Anfall. Sehr stark beworben wurde bereits vor mehr als 10 Jahren das sog. Meniett-Gerät, das durch Druckimpulse direkt auf das Innenohr wirken sollte. Die Druckimpulse gelangen dabei über ein Paukenröhrchen ins Mittelohr und von dort zum Innenohr. Das Gerät ist ziemlich teuer, wurde mehrfach von anderen Herstellern vertrieben und zeigte, wie die zuvor genannten Methoden auch, nur bei einem begrenzten Patientenkollektiv Wirkung. Aus meiner Sicht haben die Patienten dabei alleine schon vom Paukenröhrchen und nicht vom eigentlichen Gerät profitiert.

Die sog. intratympanale Therapie

Die grundlegende Idee bei der intratympanalen Therapie ist, dass die **Medikamente direkt ins Ohr** gebracht werden und dadurch systemische Nebenwirkungen weitgehend vermieden werden. Aktuell gibt es drei therapeutische Ansätze, die man verfolgt:

Therapie beim Morbus Ménière



FOLIE 5:
Mögliche Therapien

Gegenwärtiger Stand der Diagnose und Therapie bei Morbus Menière

- Gabe von Kortison (z.B. Dexamethason)
- Gabe von Gentamicin (eine das Gleichgewichtsorgan zerstörende Maßnahme)
- Gabe eines Lokalanästhetikums (bekannt als Labyrinthanästhesie).

Zu allen drei Formen habe ich bereits grundsätzliche Aussagen in dem Beitrag in KIMM aktuell, 2012-1 gemacht. Zusätzlich zu den damaligen Ausführungen sei hier bemerkt:

Intratympanale Gabe von Kortison

Zur Therapie des Ohres kann man Kortikoide oral oder intravenös anwenden, was bei einem akuten Hörverlust sinnvoll ist. Mittlerweile kann man Kortikoide aber auch direkt ins Ohr geben, um eine Erkrankung zu therapieren.

Bei der Neuritis vestibularis, einem meist einmaligen Drehschwindelereignis, vermutet man, dass Herpes-Viren vom Typ 1 eine Rolle spielen. Die Bevölkerung ist zu nahezu 100% von diesem Virus-Typ durchseucht. Bei einer Erkrankung kommt es zu einer Reaktivierung der bereits im Körper befindlichen Viren. Das ist in etwa vergleichbar einer Gürtelrose, die eine Reaktivierung der Viren einer Windpockenerkrankung aus der Kindheit darstellt. Durch die Gabe von Kortikoiden versucht man bei der Neuritis vestibularis die Entzündung infolge einer Virus-Reaktivierung zu verhindern. Bei Morbus Menière spielen hingegen entzündliche Veränderungen keine Rolle. Die Kortikoide scheinen aber den Mineralhaushalt positiv zu beeinflussen. Entscheidend ist hier, dass im Innenohr neben anderen Hormonrezeptoren auch eine große Anzahl von Rezeptoren für Reaktionen mit Kortison besteht. Bei der embryonalen Entwicklung des Innenohrs haben auch die Hormone der Schilddrüse einen Einfluss. Ob dies auch später der Fall ist, ist noch nicht richtig verstanden, aber zumindest weiß man, dass für das Kortison in hohem Maße Rezeptoren im Innenohr ausgebildet sind.

Die intratympanale Therapie bieten wir Patienten an, wenn die Standardtherapie mit Betahistin nicht die gewünschte Wirkung zeigt. Bei einem akuten Anfall begleiten wir den Patienten mit ein oder zwei Injektionen Kortison und behandeln dann erst wieder bei einem erneuten Anfall. Bei ausgeprägten Hörstörungen werden auch mehr intratympanale Applikationen vorgenommen. Damit können wir bei nicht wenigen Patienten die Intervalle zwischen den Anfällen deutlich strecken und die Anfallsintensität reduzieren. Die Behandlung folgt aber noch keinem festen, sondern einem angepassten Protokoll. In der Literatur finden sich unterschiedliche Schemen zur Therapie. Zudem hat man auch Therapieversager, so dass noch manche Frage zur Therapie des MM offen ist.

Intratympanale Gentamicin-Therapie als destruktive Behandlungsoption

In Abhängigkeit vom jeweils eingesetzten Wirkstoff ist die Gabe von Medikamenten ins Ohr eine erhaltende oder eine teilweise destruktive Maßnahme. Erhaltend ist die Gabe von Kortikoiden oder die Lokalanästhetika, operativ und gleichzeitig funktionserhaltend ist die Saccotomie während die Gabe von Gentamicin teilweise destruktiv ist. Die Gabe von Gentamicin ist deshalb im Normalfall der letzte Schritt in der Abfolge therapeutischer Möglichkeiten. Bezüglich des Gleichgewichtsorgans ist das teilweise, auf das Gleichgewichtsorgan gerichtete destruktive Vorgehen bei der Gentamicin-Behandlung beabsichtigt. Richtig dosiert ist eine gefürchtete Hörverschlechterung nicht zu erwarten. Bei stark schwankendem Hörvermögen kann es sogar sein, dass sich das Gehör verbessert, weil durch die Therapie nicht nur die Sinneszellen im Gleichgewichtsorgan geschädigt, sondern zusätzlich auch eine Druckreduzierung erreicht wird. Dies liegt

daran, dass Zellen für die Druckregulation im Innenohr ebenfalls geschädigt werden. Gentamicin hat also zwei Wirkungen: Es macht die Haarzellen, die den Schwindel vermitteln, unempfindlicher und beeinflusst durch eine Druckminderung die Hörschwankungen positiv. Ziel des Gentamicins ist also vorrangig nicht, das Ohr abzutöten, sondern den Patienten zukünftig anfallsfrei zu bekommen. Geschätzt kann man bei einem Drittel der Patienten davon ausgehen, dass nicht durch die Zerstörung Sinneszellen, sondern ausschließlich durch die Druckabsenkung im Endolymphraum eine Stabilisierung für das Hörorgan erreicht wird, wohlgermerkt ohne vollständige Ausschaltung der Gleichgewichtsorganfunktion. Nach jeder Gabe von Gentamicin vergehen 5 bis 10 Tage, bis die Wirkung einsetzt. Das war früher nicht bekannt und hat deshalb aufgrund unnötig häufiger Gentamicingabe zu einer Überdosierung und aus rückblickender Sicht Fehlbehandlung geführt.

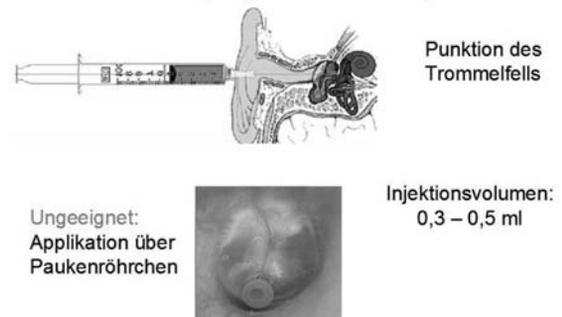
Bei niedrig dosierter Gabe von Gentamicin nach dem obigen Schema tritt bei etwa 10 % der Patienten kein Erfolg ein. Hier hat eine Arbeitsgruppe an der Johns-Hopkins-Universität, USA, ein Konzept erarbeitet, bei dem im Einzelfall der Bereich des Innenohrs, der den Übertritt des Medikaments vom Mittelohr zum Innenohr sicherstellt, operativ freigelegt wird. Die Medikamentengabe erfolgt dann intraoperativ direkt in den freigelegten Bereich. Durch die Methode der intraoperativen Gabe haben fast alle Patient auf Gentamicin angesprochen. Wenn dies im Einzelfall alles nicht zum Erfolg führt, verbleibt die Möglichkeit, mittels der Neurektomie den Gleichgewichtsnerv operativ zu durchtrennen.

Praxis der intratympanalen Medikamentengabe

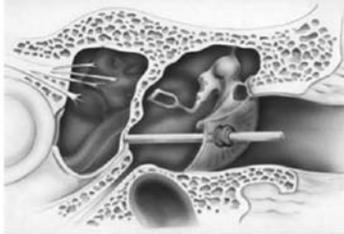
Patienten empfinden es durchgängig nicht als sympathisch, wenn sie eine Spritze ins Ohr bekommen. Deshalb möchte ich etwas näher auf diesen Vorgang eingehen, weil Angst auch in diesem Fall kein guter Ratgeber ist.

Der Zielort befindet sich im Mittelohr, also hinter dem Trommelfell, das selbst bereits in der Tiefe des Gehörgangs liegt. Das Trommelfell und der Gehörgang sind zudem schmerzempfindlich, was prinzipiell einen guten Schutz des Körpers vor Zugriffen darstellt. Für die Medikamentengabe bedeutet dies aber, dass Gehörgang und Trommelfell betäubt werden müssen. Weiterhin ist die Frage zu klären: Wie bekommt man das Medikament durch das intakte Trommelfell? Schwierig ist die Gabe durch ein gesetztes Paukenröhrchen, denn dieses muss aus anatomischen Gründen im unteren Bereich des Trommelfelles platziert werden. Dies hat aber beim sitzenden und auch liegenden Patienten eine unzureichende Auffüllung des Ohres zur Folge, weil das Ohr quasi von unten aufgefüllt werden muss. Um die Befüllung zu erleichtern, kann man das Entweichen der Luft durch Anlage eines zweiten Loches – wie bei einer Kondenzmilchdose – unterstützen. Besser hat sich bewährt, das Trommelfell am liegenden Patienten im oberen Abschnitt zu punktieren. Dabei kann man gut sehen, wie die Flüssigkeit bei der Medikamentengabe im Mittelohr ansteigt. In das Mittelohr passen etwa 0,3 bis 0,5 Milliliter Flüssigkeit. Die Punktion des Trommelfells geschieht unter mikroskopischer Sicht. Der Patient muss über den Ablauf, speziell über die mit der Behandlung verbundene temporäre Verletzung des Trommelfells, aufgeklärt werden.

Morbus Menière intratympanale Therapie



FOLIE 6:
Intratympanale
Medikamentengabe

**Morbus Menière
intratympanale Therapie**

Silverstein MicroWick

FOLIE 7: Intratympanal
nach Silverstein

Sofern derartige Gaben mehrmals oder sogar regelmäßig zu verabreichen sind, wurde in den USA ein neues Verfahren von Herrn Silverstein vorgeschlagen:

Hierbei wird ein Paukenröhrchen ins Trommelfell gelegt, in dessen Mitte sich ein Docht befindet. Dieser saugt die Medikamente auf, die sich der Patient regelmäßig in den Gehörgang tropft und leitet sie weiter ins Mittelohr. Wichtig für das Gelingen ist dann, dass der Docht möglichst genau den Zielort der sog. runden Fenstermembran liegt, damit das Medikament sein Ziel, das Innenohr, erreicht.

Wir gehen so vor, dass wir den Gehörgang betäuben, indem wir vorne eine kleine Spritze setzen oder mittels eines mit Anästhetikum getränkten Schwämmchens betäuben, das man auf das Trommelfell legt und entsprechend einwirken lässt. Man braucht dann keine zweite Spritze zu setzen, aber ca. 20 Minuten mehr Zeit.

Grundsätzlich sieht die Medikamentgabe wie folgt aus:

Ein Spekulum oder der Ohrtrichter erlaubt es, den Eingang des Ohrs aufzuweiten. Unter mikroskopischer Sicht kann die Injektionsnadel der Spritze dann genauestens platziert werden. Dazu wird eine etwa 6cm lange Nadel am Ansatz etwas abgebogen, damit die

Sicht nicht durch die eigene Hand versperrt wird. So kann man übersichtlich und bequem arbeiten. Verwendet werden handelsübliche Insulinspritzen. Die zum Einsatz kommenden Lösungen stellt die Krankenhausapotheke selbst her und hält sie standardmäßig für die Eingriffe vor.

Die Aufnahme der Medikamente vom Mittel- ins Innenohr findet, wie zuvor erwähnt, im Bereich der Hörschnecke am sog. runden Fenster statt und diese scheint dummerweise bei Morbus Menière Patienten verändert zu sein. Untersuchungen an Felsenbeinen von betroffenen Patienten zeigen, dass die Dicke dieser Membran beim MM im Durchschnitt deutlich höher im Vergleich zu nicht Betroffenen ist. Diese erhöhte Dicke hat also einen negativen Einfluss auf die

Medikamentaufnahme. Ein zweites Problem scheint darin zu bestehen, dass bei einzelnen Patienten das Fenster zusätzlich durch eine weitere Membran bedeckt ist. In diesem Fall gelangt das Medikament dann gar nicht erst an seinen Bestimmungsort. Dieser Umstand gibt dann auch eine nachvollziehbare Erklärung, warum bei ca.10% der Patienten die Gentamicintherapie erst nach operativer Freilegung der runden Fensternische gelingt (siehe oben).

**Morbus Menière
Gehörgangsanästhesie / Infiltration**

FOLIE 8: Mikroskop,
Arzt, Patient

Was kann man abschließend sagen?

Zur medikamentösen Therapie ist nichts Wesentliches neues erschienen. Es gibt aber vielversprechende Verbesserungen der Therapiekonzepte und damit eine größere Sicherheit bei der Anwendung. Eine neue Strategie ist es sicherlich, das Ohr über die intratympanale Gabe von Medikamenten direkt zu behandeln.

Durch das bessere Verstehen der physiologischen Vorgänge im Innenohr wird man auch die Therapiemöglichkeiten vorantreiben. Hier richten sich die Erwartungen auf neue Erkenntnisse in Verbindung mit den verschiedenen Hormonrezeptoren, die an der Funktion des Ohres beteiligt sind.

Vorrangiges Ziel der Behandlung ist natürlich weiterhin die Organerhaltung des Innenohrs beim MM und deshalb die Gabe von Kortikoiden, Lokalanästhetika und anderen Medikamenten oder eventuell auch die Saccotomie als operative Maßnahme.

Im Einzelfall kann eine Gentamicin-Therapie sinnvoll sein, die das Innenohr allerdings teilweise zerstört. Hier ist es aber wichtig, dass man sich bewusst macht, dass der MM selbst ein fortschreitender und destruierender Prozess ist. Jeder Betroffene merkt das am Hören sehr deutlich. Die fortschreitenden Schäden am Gleichgewichtsorgan merkt man nicht ganz so deutlich, weil das Gehirn zwischen den Anfällen durch Kompensationsvorgänge den Defekt weitgehend ausgleicht. Wenn aber durch die kalorische Prüfung gezeigt wird, dass große Anteile des Gleichgewichtsorgans bereits zerstört sind, dann kann man sich berechtigt fragen, ob man wartet, bis die Erkrankung das Organ völlig zerstört hat und der Menière als "ausgebrannt" gilt, oder ob der Patient selber bestimmt, wann die Anfälle ein Ende haben sollen. Gerade bei jungen Patienten gibt es verschiedene Ansätze. So zeigt sich bei manchen Patienten bereits im Alter von 30 Jahren, dass das Innenohr derart geschädigt ist, dass ein Erhalt der Innenohrfunktion auf Dauer als ausweglos eingestuft werden musste. Die Wahl besteht dann zwischen "ganz kaputt nach vielleicht 5 bis 10 Jahren und bis dahin doch die Unsicherheit des möglichen Anfalls" oder "sofortige komplette Ausschaltung des Gleichgewichtsorgans durch Gentamicin und damit eine hohe Sicherheit der Anfallsfreiheit". Manchmal fällen Patienten diese Entscheidung aber auch recht rigoros aufgrund der Überlegung "Ich will den MM jetzt sofort loswerden! Ich will die hohe Chance einer Anfallsfreiheit haben und akzeptiere dafür auch auftretende Nebenwirkungen."

Es gibt aber noch einen weiteren Aspekt der beim Verlauf des MM wichtig ist. Dies ist die subjektive Einschätzung der Erkrankung durch den Patienten selbst. Sehr überspitzt formuliert heißt dies: "Der Mensch ist häufig undankbar". Was will ich damit zum Ausdruck bringen?

Es gibt eine Studie aus Finnland, die sich mit der Lebensqualität oder "Quality of Life" und der sich wandelnden Bewertungen der eigenen Problematik beim MM befasst. Menière-Patienten wurden über einen längeren Zeitraum in Abständen aufgefordert, ihre Lebensqualität zu beurteilen. Zunächst war der Schwindel der wesentliche Verursacher für eine geringe Lebensqualität. Nach Behandlung und einem besseren Umgang mit dem Schwindel wurde dieser auch als weniger belastend erlebt. Dafür traten nun die negativen Folgen der Hörprobleme in den Vordergrund der Beschwerden. Meist konnte mittels Hörhilfen objektiv eine bessere Hörsituation für den Betroffenen geschaffen werden. Danach wurde eine zeitweise Verbesserung der Lebensqualität beobachtet, bis andere Beschwerden, etwa der Tinnitus, wiederum zum Rückgang der Lebensqualität führten. Trotz objektiver Verbesserung der Lebenssituation wurde die eigene Situation der Patienten auf lange Sicht wegen der verbliebenen Restprobleme genauso niedrig bewertet wie zu Beginn der Untersuchung. Ein Phänomen, das wir teilweise auch bei unseren Patienten beobachten. Das heißt jetzt zwar nicht, dass es nicht sinnvoll ist zu therapieren, sondern dass man mit dem Patienten stets nur Einzelziele besprechen und verfolgen kann und dass man auf eventuelle Komorbiditäten, wie etwa eine Depression oder Angststörungen achten muss.

FRAGEN nach dem Vortrag von Herrn Prof. HELLING

Frage: *Wo finde ich Informationen zu Themen, die hier angerissen aber nicht ausführlich besprochen wurden? Zum Beispiel wie entfaltet Kortison seine Wirkung und welche Rezeptoren sind dafür vorhanden? Woher kann ich Informationen zur Wirkung von Kortison in körperlichen Regelkreisen beziehen? Wo also finde ich als Laie nähere wissenschaftlich-medizinische Informationen? Wenn ich etwas finde, dann bekomme ich immer nur einen Teil und ich möchte den Zusammenhang erklärt bekommen.*

Antwort: In größeren Studien und im Internet. Dazu gibt es die Möglichkeit, in der PublicMedline nachzulesen und zwar auch in deutscher Sprache in der Fachliteratur. Ich weiß jedoch nicht, wo ein Sprachrohr ist, welches wissenschaftliche Texte für den gebildeten Laien zusammenfasst. Auch in den Reviews der Cochrane Collaboration stehen alle Studien drin es wird das Ziel der Therapie erläutert. Im klinischen Behandlungsansatz ist man jedoch nicht soweit, und hängt hinter den tierexperimentellen Therapieansätzen her. Denn klar ist es nicht, was bei Morbus Menière im Einzelfall wirklich passiert. Es ist auch so, dass man nicht genau sagen kann, was z.B. das häufig eingesetzte Kortison im Innenohr des einzelnen Patienten bewirkt.

Auf die Frage wo es Review-Artikel gibt: Von Herrn Olaf Michel gibt es ein Buch in deutscher Sprache vom Thieme-Verlag und dann gibt auch ein sehr gutes von Herrn Dr. H. Schaaf beim Springer-Verlag. Sein Buch ist auch psychosomatisch orientiert. Es gab beim Springer-Verlag auch Sammelbände unter dem Thema „HNO Praxis heute“ zu bestimmten Themen, die von Herrn Dr. E. Biesinger und Prof. H. Iro herausgegeben wurden und dann die Bücher zu den Hennig-Symposien. Wahrscheinlich finden Sie preiswerte gebrauchte Bücher, bei denen der Morbus Menière auch ein Schwerpunkt ist.

Frage: *Zum Thema Triggervermeidung: Welche Trigger sind bekannt? Welche Trigger lösen Morbus Menière aus? Gibt es dazu Erkenntnisse?*

Antwort: Darüber gibt es keine klaren Erkenntnisse. Man sagt zwar, man soll Alkohol und Koffein vermeiden, weiß aber nicht wirklich, was auslösend ist. Möglicherweise kann bei Druckschwankungen im Mittelohr, z.B. beim Fliegen ein Anfall ausgelöst werden, Dies berichten Patienten vereinzelt bei fehlendem Druckausgleich. Sicherlich sind auch psychische Momente ausschlaggebend. Es muss aber klar getrennt werden zwischen dem Morbus Menière und somatoformen Störungen oder Panikattacken. Das ist leider nicht immer sicher beurteilbar, weil der Arzt den Patienten selten im Anfall erlebt. Ich selbst habe es bisher nur zweimal erlebt, dass ein Patient in meiner Gegenwart einen Anfall erlitt. Und wenn man die Patienten fragt, wie der Anfall war, wird dies sehr unterschiedlich erlebt. Dass es klare Trigger gibt, kann ich nicht sagen und auch nicht, was Sie vermeiden sollten.

Frage: *Es gibt Literatur die sagt, Stress sei ein Trigger. Wir haben in der Kölner Selbsthilfegruppe eine Umfrage gemacht, wann die Krankheit sich entwickelt hat. Viele haben gesagt, dass sie aus einer schwierigen Lebenssituation heraus erkrankt sind, z.B. Scheidung oder Tod eines Angehörigen.*

Antwort: Dies kann man nicht ohne Weiteres mit Ja oder Nein beantworten. Selbstverständlich ist es so, dass die Patienten auch immer eine individuelle Lebensgeschichte haben. So kann z.B. aus einem einfachen Tinnitus durch eine problematische Situation eine unerträgliche Lebenssituation entstehen. Direkte Zusammenhänge mit Stresssituationen mag es geben, trotzdem gibt es keine wissenschaftlich belegbaren Zusammenhänge.

So nimmt man etwa bei der Neuritis vestibularis Entzündungen als Ursache an. Hier kann möglicherweise ein Zusammenhang vermutet werden, weil unter Stress die Infektabwehr reduziert ist und so eine Problematik angebahnt wird. Wie die gestörte Druckregulation beim MM mit einer solchen Situation zusammenhängt, ist allerdings nicht erklärbar.

Frage: *Ich hatte zwei Schwangerschaften. Während der Schwangerschaften ging es mir in Hinblick auf den MM besser, aber nach dem Stillen, als sich der Hormonhaushalt zurückgebildet hatte, ging es mir wieder schlechter. Gibt es da Forschungen?*

Antwort: Nein. Dass nach dem Abstillen wieder eine Verschlechterung auftritt, dazu gibt es keine Erkenntnisse. Ein Gedanke zur Verbesserung während der Schwangerschaft könnte sein, dass im Innenohr zahlreiche Rezeptoren für Östrogene existieren. Da könnte es einen Zusammenhang geben, weil die Schwangerschaft in die Flüssigkeitsregulation des Körpers eingreift. Man könnte dabei zusätzlich unterscheiden, ob ein Junge oder ein Mädchen geboren wird. Bei der Entwicklung von Mädchen kommt es zu deutlich höheren Östrogenspiegeln.

Zwischenruf: Ich habe Mädchen bekommen!

Antwort: Dann passt das! Das ist hochinteressant. Wir nehmen an, dass Zusammenhänge bestehen können. Beim migräneassoziierten Schwindel ist es so, dass die Östrogenverhältnisse zu Beginn der Periode und bei Patientinnen in der Menopause Veränderungen der Krankheitsausprägung bewirken. Und man kann sich gut vorstellen, dass das auch beim MM so ist, wenn auch vielleicht weniger deutlich.



Vortrag von Herrn Roland Hugo Probleme im Beruf, psychologische Aspekte



Vorbemerkung zum Vortrag von Herrn Hugo

Der Titel „Probleme im Beruf, psychologische Aspekte (bei Morbus Menière)“ ruft bei vielen Menière-Erkrankten ggf. die Vorstellung hervor, jetzt erfahren sie endlich, wie sie ihre krankheitsbedingten Probleme im Berufsleben meistern könnten.

Da MM aber nicht vom Psychologen geheilt werden kann und da die Bedingungen am Arbeitsplatz so unterschiedlich sind wie die Ausprägungen und Folgen der Erkrankung selbst, kann man kein Patentrezept erwarten.

Der Psychologe kann aber sehr wohl weiterhelfen, wenn es darum geht, wie man als MM-Patient die Auswirkungen der Krankheit auf die eigene Psyche positiv verändern kann und welche hilfreichen

Maßnahmen es aus psychologischer Sicht gibt, sich den Problemen im Beruf zu stellen und damit umzugehen. Der folgende Artikel sollte unter diesem Aspekt gelesen werden.

KIMM möchte ergänzend betonen, dass in sehr vielen Fällen eine vollständige Aufklärung des Arbeitgebers und der Mitarbeiter sehr sinnvoll ist. Häufig kann nur so das Verständnis und die Hilfsbereitschaft erlangt werden, die man als MM-Erkrankter unbedingt benötigt, um im Berufsleben mit der Krankheit umgehen zu können.

Probleme im Beruf, psychologische Aspekte (bei Morbus Menière)¹

(Textfassung nach einem Vortrag vom 13.04.2013 anlässlich der KIMM-Frühjahrstagung)

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Betroffene und Angehörige,

fragt man Berufstätige nach ihren Belastungen, ergeben sich nach einer Forsa-Umfrage (2009, zit. in Kaluza: „Stressbewältigung“) in absteigender Häufigkeit folgende Stressfaktoren: Termindruck und Hetze (52%), Informationsüberflutung und ständige Erreichbarkeit (33%), Ungenaue Anweisungen und Vorgaben (29%), Zu hohes Arbeitspensum (28%), Hohe Lärmbelastung (21%), Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten (21%) und Weiteres mehr.

¹ Der Vortrag wurde von Herrn Roland Hugo gehalten am 13.04.2013 anlässlich unserer Frühjahrstagung in Mainz. Herr Hugo ist Diplom Psychologe und an der Römerwalklinik in Mainz tätig.

Auf der anderen Seite steht die positive Bedeutung von Berufstätigkeit. Da wären folgende Aspekte zu nennen:

- Einkommen als Mittel der Existenzsicherung
- Stellenwert der beruflichen Rolle für das eigene Selbstverständnis (Identifikation)
- Erleben und Erweitern eigener Fähigkeiten, dazu gehört auch: Gebraucht werden, nützlich sein, Sinnvolles tun
- Zufriedenheit mit eigenen oder gemeinsamen Leistungen und Ergebnissen
- soziale Kontakte, Handeln in Kooperation, persönliche Anerkennung
- geregelte Tagesstruktur (v.a. bei regelmäßigen Arbeitszeiten)

Die Arbeit kann dabei auch „überwertig“ werden, wenn sie die einzige Sinnquelle der Lebensführung darstellt. Interessanterweise lassen sich bis auf den ersten Punkt alle Elemente grundsätzlich auch durch unbezahlte Tätigkeiten erzielen. Was ein durch Krankheit drohender Verlust der Arbeit bedeutet, was dann fehlen würde, hängt so auch stark von der finanziellen Situation ab. Aber auch von alternativen Möglichkeiten der Beteiligung am sozialen Leben.

Im Falle der Erkrankung Morbus Menière (M.M.) stellt sich nun die Frage nach der Passung von Beruf und Beschwerden.

Beginnen wir mit dem ersten Problemfeld: Gleichgewichtstörungen bzw. anfallsartiger Schwindel.

Die typischen Anfälle bei M.M. bestehen aus spontanem Drehschwindel, Ohrdruck, Tinnitusverstärkung und fluktuierendem, also wechselhaftem, im Anfall geschwächtem Gehör vor allem bei tiefen Tönen sowie vegetativen Beschwerden wie heftige Übelkeit, Erbrechen und Schwitzen.

Hier muß man sich gelegentlich fragen, ob die Diagnose gesichert ist, ob „echte“ M.M.-Schwindelanfälle auftreten. Dagegen spricht etwa, wenn ich noch mit den Augen fixieren kann, wenn ich die Anfälle durch Bewegung, in bestimmten Situation oder in bestimmten Gefühlslagen provozieren kann, wenn die Anwesenheit vertrauter Personen den Schwindel verändert, wenn ich noch stehen oder sogar auftreten kann (vgl. Schaaf: „Gleichgewicht und Schwindel“ oder auch für psychische Aspekte von Schwindel: Tschan: „Wenn die Seele taumelt“). Andere körperliche Gründe (z.B. Migräne, Lagerungsschwindel, Kreislaufprobleme) benötigen ebenso wie psychische Faktoren (gelernter Schwindel als psychosomatische Reaktion, Angstschwindel, depressiver Schwindel) andere Behandlungsformen.

Da ich den Ablauf eines „echten“ Anfalls kaum psychisch beeinflussen kann, eher akzeptieren und durchstehen muss, sind hier das Erkennen von Vorwarnsignalen mit dem Gewinn von Zeit für sinnvolle Vorbereitungen bzw. den Transport nach Hause und eine Notfallplanung erforderlich (Zäpfchen, Brechtüte, Informationskarte für Helfer, Handy). Anders stellt sich die Situation dar, wenn etwa bei einseitiger Erkrankung eine erfolgreiche Ausschaltung der Gleichgewichtsorgane erfolgt ist, so dass keine Anfälle mehr zu erwarten sind (was die Betroffenen oft lange Zeit nicht glauben mögen). Hier ist dann eine allerdings trainierbare Gleichgewichtsstörung zu bewältigen.

Es sei noch angemerkt, dass einige Betroffene die anfangs mitunter Todesängste und massive Hilflosigkeit auslösende Schwindelerfahrung in der Folgezeit mit erstaunlicher Haltung und beherrschter Angst bewältigen können. Hierbei hilft die Aufklärung über die Erkrankung und der Ausschluss tatsächlich lebensgefährlicher Gesundheitsgefahren. Auf der anderen Seite ist die erlittene Erschütterung vermutlich stärker, wenn ich aus meiner Lebensgeschichte bereits eine erhöhte seelische Verletzbarkeit mitbrin-

Probleme im Beruf, psychologische Aspekte

ge. Unterschiedlich wird der Schwindel zwischen Anfällen erlebt: viele Betroffene sind nahezu frei von Störungen. Ein dauerhaftes Schwindelgefühl kann auf eine verborgene psychische Verunsicherung hinweisen oder auch eine anhaltende Minderfunktion in den Gleichgewichtsorganen anzeigen.

Wie passt das alles nun zur Berufstätigkeit? Probleme sind zu erwarten, wenn ich fahren muss, in Höhe oder an gefährlichen Maschinen tätig bin oder wenn komplexe bzw. schnelle Bewegungsabläufe erforderlich sind. Es bleibt hier die Frage, was an Leistungsfähigkeit noch geht und was nicht mehr. Entscheidend sind hier Häufigkeit und Ablauf der Drehschwindelanfälle mit oder ohne „Vorwarnung“. Und welches Entgegenkommen mir ggf. der Arbeitsgeber eröffnet. Ist es etwa tragbar, dass Arbeitsprozesse unterbrochen werden, weil ein Mitarbeiter häufiger plötzlich ausfällt und auch Hilfe benötigt? Manche Firmen schaffen es, dies zu handhaben.

Das zweite Problemfeld stellen Verluste und Veränderungen im Hör-„Vermögen“ dar.

Ohrdruck und Tinnitus können meine Konzentration mindern und in akustisch ruhigem Umfeld zu innerer Aufregung beitragen, was Erholungszeiten empfindlich stören kann. Die meisten M.M.-Erkrankten scheinen nach meinem Eindruck im Vergleich zu „nur“ von Tinnitus Betroffenen jedoch Wichtigeres zu tun zu haben, als einen Tinnitus allzu ernst zu nehmen, was ja keine schlechte Verarbeitung darstellt. Höreinbußen finden sich in unterschiedlicher Intensität hinsichtlich Sprachverstehen, Richtungshören, Umgang mit Hintergrundgeräuschen, Lärmempfindlichkeit, verzerrtem und schwankendem Hören. Hier stellt sich zum einen die Frage nach psychischen und technischen Möglichkeiten zur Kompensation der Beeinträchtigungen (vgl. zu Hörtechnik und Hörtaktik z.B. Stiftung Warentest: „Besser hören“). Zum anderen ergibt sich wieder die Herausforderung der Passung von Hörverlusten und Berufstätigkeit. Welche akustischen, kommunikativen und konzentrativen Anforderungen sind hier zu meistern?

Im Publikum der Frühjahrstagung fanden sich auf Nachfrage zwei grob geschätzt etwa gleich große Gruppen von M.M.-Betroffenen, welche ihrem Beruf weiter nachgehen konnten bzw. welche ihn aufgeben mussten. Muss ich den Beruf aufgeben, ergeben sich unter Umständen Anpassungsaufgaben in der privaten Lebensgestaltung, und sei es vielleicht nur, dass ich den Partner jetzt den ganzen Tag zu Hause sehe und das Zusammenleben neu auszuhandeln ist. Das kann sich dann unterschiedlich entwickeln. Der Mensch wird sich am besten ein sinnhaftes Tätigkeitsfeld suchen und vorhandene Interessen ausbauen. Die Trennung von der Erwerbsarbeit bzw. einer gewohnten beruflichen Rolle mit entsprechender Identifikation bringt nicht selten auch eine Art Trauerprozess mit sich (gemäß der Lebensweisheit: erst der Verlust macht uns den Wert bewusst).

Wenn ich nun auf psychologische Aspekte in der Bewältigung des M.M. eingehe, möchte ich vorausschicken, dass voreilige und an den Möglichkeiten des Betroffenen vorbezielende Ratschläge oft nur als „Schläge“ empfunden werden. Gerade bei M.M. gibt es sehr unterschiedliche Verläufe und psychische Erfordernisse. So kann ich Sie nur bitten, das für Sie Sinnvolle herauszupicken. Ich halte Folgendes allgemein für nicht verkehrt:

Sorgen Sie für eine gute Aufklärung über die Erkrankung, auch ein grobes Verständnis davon, wie das Gleichgewichtssystem im Körper funktioniert. Ein Kriterium ist, ob ich den M.M. auch anderen Personen verständlich machen kann.

Versuchen Sie, die Tatsache der Erkrankung – „sie gehört zu mir“ – zu akzeptieren, sich jedoch nicht mir ihr zu identifizieren, d.h. „ich bin weit mehr als die Erkrankung, ich habe viele gesunde Seiten und Fähigkeiten trotz der Einbußen“ (vgl. Kabat-Zinn: „Gesund durch Meditation“).

Fördern Sie Ihre Selbsterkenntnis mittels Schwindel- und Befindenstagebuch, dabei können Auslöser, Begleiterscheinungen und Folgen von Schwindel notiert werden, manchmal auch emotionale Einflüsse. Achten Sie dabei jedoch darauf, sich in Ihrer Lebensführung nicht einseitig auf Einbußen zu fixieren.

Falls Sie wegen Ängsten zu fallen, eine Attacke zu erleiden oder öffentlich aufzufallen zu einem ausgeprägten Vermeidens- und Schonverhalten neigen, kann es wichtig sein, den eigenen Handlungsraum mittels schrittweiser Konfrontation zu erweitern– trotz und mit gefühlter Schwindligkeit oder Angst. Hierzu gehört ein Abwägen von Risiken und die Konkretisierung der Ängste. Der Preis von Vermeidung ist meist hoch, wenn ich nur auf den nächsten Anfall warte und mich völlig zurückziehe. Das Gefühl für eigene Kompetenzen und die körperliche Belastbarkeit sinken dann weiter ab (zum Akzeptieren von Belastungen und Engagement für eigene Ziele vgl. Wengenroth: „Das Leben annehmen“; zu verhaltenstherapeutischer Hilfe: z.B. Bourne: „Arbeitsbuch Ängste und Phobien“)

Suchen Sie soziale Unterstützung, die Ihnen praktisch, informativ und emotional „Halt“ geben kann. Dies ist ja auch ein wichtiger Grund für den Austausch mit Mitbetroffenen etwa in der Selbsthilfe. Lassen Sie sich jedoch keine Aufgaben abnehmen, die Sie eigentlich selbst erledigen könnten. Unterstützung tut grundsätzlich auch den Angehörigen gut. Probleme im sozialen Miteinander können durch mangelnde Hilfe, aber auch in Form von Überfürsorge auftreten.

Im Umgang mit Ängsten und Belastungen dürften weitere Strategien hilfreich sein:

Erkennen und bearbeiten Sie stressverstärkende Denkweisen. Beliebte sind z.B. Katastrophisieren, negatives Verallgemeinern, Selbstvorwürfe, Alles-oder-nichts-Denken und allzu feste Vorstellungen des Richtigen. Finden Sie alternative, flexiblere Einstellungen, was nicht unbedingt alleine gelingt. Hierbei helfen z.B. Kurse in Stressbewältigung.

„Die Seele zu einem ruhigen Gewässer machen“ – ein buddhistisches Bild (z.B. in Thich Nhat Hanh: Das Glück einen Baum zu umarmen): Lernen Sie, die Dinge klar und realistisch zu sehen und nicht durch Ängste und Sorgen verzerrt wie die Spiegelungen in einer sturmgepeitschten See. Hierbei helfen Entspannungs-, Atem- und Meditationstechniken (z.B. Wilk: „Autogenes Training“, Weiss u.a.: „Das Achtsamkeits-Übungsbuch“, jeweils mit CD). Gefördert werden Selbstbewusstsein, Achtsamkeit für die Gegenwart und Toleranz für Unangenehmes.

Entwickeln Sie für schwierige Situationen konstruktive Selbstinstruktionen, z.B. „Eins nach dem anderen, ich werde mit der Situation klarkommen, ich habe schon anderes gemeistert, ich weiß, was zu tun ist, es kann mir egal sein, was andere gerade über mich denken.“

Gut für Psyche und Körper sind generell auf das körperliche Leistungsniveau angepasste Bewegungen wie z.B. Laufen, Walken, Schwimmen, Radeln sowie gezielte Gleichgewichtsübungen, wobei „ein bisschen“ in den Schwindel hineingegangen werden sollte (natürlich außerhalb eines Anfalls, wo die Bewegungskontrolle ja verloren geht). Im Gehirn gilt nicht nur für Gleichgewichtsfunktionen: „Use it or lose it.“ (Benutze es oder Du verlierst es.)

Je psychisch gefestigter und selbstbewusster ich bin, desto klarer kann ich in etwaige Gespräche mit dem Arbeitgeber gehen oder auch notwendige sozialrechtliche Informationen und Unterstützung einholen. Dies gilt auch für die Auseinandersetzung mit medizinischen Behandlungsangeboten. Auch die Bewältigung von Höreinbußen wird durch eine selbstbewusste Einstellung etwas erleichtert. Psychologisch kann ich den M.M. nicht heilen, aber durch ungünstige Verarbeitung dessen Auswirkungen recht drastisch noch verstärken.



Zum Schluss möchte ich noch ein mir persönlich wichtiges Anliegen loswerden. Beliebte und verbreitete sind zentral wirksame, also im Zentralnervensystem bzw. Gehirn wirkende, dämpfende Mittel zur allgemeinen Beruhigung, manchmal auch zur Dämpfung von Schwindelbeschwerden. Diese Mittel können auf Dauer Gleichge-

wichtsleistungen, Reaktions- und Koordinationsvermögen empfindlich stören und auch die Sturzgefahr erhöhen. Passen Sie etwa auf bei starken Beruhigungsmitteln – Benzodiazepine – und bei Alkohol.

Ich hoffe, dass Sie ein paar interessante Anregungen erfahren haben. Ein Text und auch die Lektüre der empfohlenen Bücher kann natürlich den persönlichen Kontakt, bei deutlichen psychischen Belastungen eben auch mit psychologischen Fachleuten, nicht so ganz ersetzen. Vielleicht ist es überflüssig zu sagen, dass wir uns psychologischer Probleme eigentlich nicht schämen müssten, denn jeder kann mal eine Krise haben, oder wie es in der buddhistischen Psychologie heißt: Leben ist eben auch Leiden. Und das ist gar nicht pessimistisch gemeint.

Dipl.-Psych. Roland Hugo, Römerwallklinik Mainz

Fragen nach dem Vortrag von Herrn Hugo

Frage: *Ich habe mich in Ihrem Vortrag wiedererkannt. Jedoch finde ich keine Lösung, wenn beim Arbeitgeber und den Kollegen kein Verständnis vorhanden ist. Was kann man dann tun?*

Antwort: Ich habe keine auch nur halbwegs abschließende Antwort darauf. Und zwar deshalb nicht, weil ihre Frage letztlich ein Fragenkomplex ist, der weit über das Psychologische hinausgeht. Er enthält z.B. eine sozialmedizinische Frage, die nachher im Workshop erörtert wird.

Und auch die: Wie bin ich abgesichert, welche Rechte habe ich? Eine große Firma hat oft andere Möglichkeiten als ein kleiner Handwerksbetrieb. Darum habe ich keine Antwort und es gibt wahrscheinlich auch keine. Das ist objektiv ein Problem. Und wenn ich sage, dass Sie sinnlos darüber grübeln und dass Sie DARAN arbeiten können, dann ist das wahrscheinlich nicht das, was Sie hören wollen.

Frage: *Für mich ist es problematisch, dass man bei den Schwindelanfällen*

aus scheinbar guter Verfassung ganz plötzlich für 5-6 Stunden in eine tiefe gesundheitliche Krise fällt und hinterher wieder alles machen kann. Das versteht der Arbeitgeber nicht. Ich hatte z.B. nachts einen Anfall und ich habe am nächsten Tag die Krankmeldung zur Post gebracht. Dort traf mich mein Arbeitgeber ... Wie können die anderen das denn verstehen?

Antwort: Ich würde versuchen, aus der Fachliteratur Kopien zusammenzustellen, was genau Morbus Menière ist und wie er sich äußert. Wenn das Verhältnis zum Arbeitgeber grundsätzlich gut ist, dann ist es besser, wenn ich ihn informiere. Ich würde etwas medizinisch seriös klingendes suchen. Man könnte z.B. eine KIMM-Broschüre nehmen.

Vielleicht sollten wir öfter auch würdigen, was wir alles trotzdem noch können. Wenn Sie über den Anfall geschockt sind, können Sie im Nachhinein auch sagen: Wie schön, dass es mir so lange gut gegangen ist! Wir merken immer nur den Verlust von Dingen und übersehen dann, dass es uns lange Zeit gut gegangen ist. Wer kümmert sich schon um sein Gleichgewicht, wenn er keine Schwierigkeiten damit hat – wir haben auch noch andere Probleme. Ich kenne eine Meditation, in der alles das gewürdigt wird, was noch funktioniert bei uns. Ich will jetzt den Schock über den Anfall nicht herunterspielen. Man kann aber doch im Vergleich zu jemand anderem sagen, der fast täglich Anfälle hat: „Wie bin ich doch noch gut dran, da ich nur einmal im Monat einen Anfall habe.“ Das ist vielleicht jetzt zu einfach gesagt, aber es ist schon etwas Wahres dran.

Frage: *Was nützt es mir, das positiv zu sehen? Auch mit „nur“ einem Anfall im Monat, trifft es mich trotzdem existenziell, weil ich Gefahr laufe, meinen Arbeitsplatz zu verlieren.*

Antwort: Dasrauf gibt keine einfache Antwort. Man hat dann Sorgen und kann möglicherweise nicht schlafen. Das passiert dann. Vielleicht kann ich versuchen, mich trotzdem psychologisch einigermaßen aufzufangen. Das klingt jetzt vielleicht brutal, aber: Was nützt mir das nächtliche Grübeln an der Problemlösung? Es ist schwierig, wenn das Arbeitsverhältnis eh schon problematisch ist und dann noch andere Probleme im Betrieb bestehen – wie z.B. Personalabbau. Aber dann muss man sich eben organisieren und überlegen, wie man den Arbeitgeber in seine Fürsorgepflicht nehmen kann.

Frage: *Alles was Sie zur Stressbewältigung gesagt haben, mache ich bereits. Doch es besteht ständig die Ungewissheit: Wann kommt der nächste Anfall? Die ständige Erwartungshaltung verursacht mir Stress. Was kann ich noch tun?*

Antwort:

Die Unsicherheit bleibt, mit der muss man leben. Das Anfallsgeschehen richtet sich nun mal nicht nach dem Kalender. Man hat nie die Sicherheit, dass man lange frei davon ist. Man kann eine gute Notfallplanung machen, aber verhindern kann man nichts. Man muss sich da irgendwie „durchmogeln“. Die Krankheit an sich ist nicht psychologisch beeinflussbar. Es gibt keine Patentlösung dafür. Manchmal muss man auch etwas aushalten können. Ich erinnere mich an Kardinal Lehmann, der zu Ostern sagte: Man muss auch Schwierigkeiten aushalten können. Aber Sie haben Recht. Aus der Stressforschung ist bekannt: Das, was ich nicht kontrollieren kann und was auch nicht vorhersehbar ist, macht Stress. Wenn man nun jemand ist, der sowieso gerne plant und es durch den Menière nicht kann, dann macht das noch mehr Stress. Es ist nicht einfach.

Die WORKSHOPS

Auf unserer Frühjahrstagung im Mainzer Rathaus wurden insgesamt 3 Workshops durchgeführt, 2 davon als Infogruppe / Gesprächsrunde, 1 Workshop war praktischen Übungen zum Hören vorbehalten:

Workshop 1: Arbeitsplatz und MM, sozialmedizinische Aspekte

Workshop 2: Höraufmerksamkeitstraining

Workshop 3: ... wer denkt eigentlich an mich?

Nachfolgend finden Sie zu allen Workshops jeweils ein kurzes Resümee aus der subjektiven Sicht einer Teilnehmerin oder eines Teilnehmers.

Die Berichte zeigen erneut, dass Gespräche miteinander und das gemeinsame Angehen von Problemstellungen sehr wichtig sind – und dies sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen. Ebenso zeigt sich stets erneut die Wichtigkeit praktischer Übungen, speziell dann, wenn sie im Alltag anwendbar sind.

Fred Knäbel

Eine Klinik stellt sich vor: Die Römerwallklinik in Mainz



Herr Prof. Dr. K. Helling, der sowohl in der Römerwallklinik als auch in der Hals-Nasen-Ohren-Klinik Universitätsmedizin Mainz tätig ist, stellte auf der Tagung die Römerwallklinik kurz vor.

Die Römerwallklinik ist spezialisiert auf die Behandlung und Rehabilitation von Patienten mit Tinnitus, Hörstörungen, Schwindel, u.a. bei Akustikusneurinomen und Morbus Ménière sowie Gesichtsnervlähmung. Sie ist zuständig für die Akutbehandlung, Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitationen. Die Klinik verfügt insgesamt über 26 Betten.

Das Therapiekonzept ist ganzheitlich, individuell und patientenzentriert.

Das Angebot umfasst

- Otoneurologische, internistische und psychosomatische Therapie
- Psychotherapie
- Entspannungstechniken, spezifische Trainingsverfahren (z.B. Gleichgewichtsübungen) Biofeedback
- Physikalische Therapie
- Traditionelle chinesische Medizin und alternative Verfahren
- Schlaflabor
- Sozialdienst

Dem Angebot entsprechend ist das Spektrum an Ärzten und Therapeuten groß. Diese sind für die Patientenversorgung der stationären und ambulanten Patienten im Rahmen einzelner Sprechstunden zuständig. Es erfolgen tägliche ärztliche Visiten aller Patienten.

Die Diagnostiktechniken entsprechen dem aktuellen Stand der Wissenschaft, der Therapieplan wird in enger Zusammenarbeit mit den Fachdisziplinen erstellt (HNO-Ärzte, Psychotherapeuten, Allgemeinmediziner, Physiotherapeuten, Audiologe u.a.). In Teilbereichen werden die nahegelegene Universitätsklinik sowie andere Kliniken und Praxen in Mainz einbezogen.

Die Römerwallklinik ist in privater Trägerschaft. Die Therapien erfolgen im Auftrag der Rentenversicherungen, Berufsgenossenschaften und Krankenkassen.

Email: Roemerwallklinik@t-online.de
 Internet: www.Roemerwallklinik.de

Bericht über den Workshop „Arbeitsplatz und MM, sozialmedizinische Aspekte“

Moderation: Frau Dr. Barbara Scior (HNO-Ärztin) und Frau Dipl.-Sozialpädagogin Petra Krenzer-Schmidt, beide Römerwalklinik

Zuerst stellten sich beide Moderatorinnen der Gruppe vor: Frau Dr. Scior erstellt Gutachten für die Rentenversicherungen und betreut die Patienten in der Klinik als Fachärztin für HNO. Frau Krenzer-Schmidt hilft den Patienten bei Fragen zum Arbeitsplatz, Wiedereingliederung, Hilfsmittelbeschaffung, Raumgestaltung am Arbeitsplatz und Umschulung sowie bei Antragstellung für Schwerbehinderung und Rente.

In der Römerwalklinik werden Rehas, die in der Regel 3-5 Wochen dauern, sowie Anschlussheilbehandlungen (AHB) nach Operationen angeboten. Das Ziel ist es, die Patienten wieder arbeitsfähig zu bekommen. Daher gilt: **REHA vor RENTE!** Dadurch sollen die Rehapatienten so stabilisiert werden, dass sie wieder arbeiten können. Ist das nicht möglich, wird im Entlassungsbericht festgehalten, dass der Patient nicht arbeitsfähig entlassen wurde und eine Rente beantragen sollte.

Als Erstes wird eine Arbeitsanamnese erstellt, aus der hervorgeht, wie der Patient unter verschiedenen Belastungen arbeitet und wie die räumliche Situation ist. Es kann durch eine **stufenweise Wiedereingliederung** (erst stundenweise, dann nach und nach die Stundenzahl erhöhen), die Be-

lastbarkeit ausprobiert werden. Dies wird von der Rentenversicherung oder Berufsgenossenschaft bezahlt. Dazu kommen **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsplatz**, z.B. Hörhilfen, wenn direkter Bezug zur Arbeit vorhanden ist. **Dies wird nur auf Antrag gewährt!!** Ein anderes Beispiel wäre z.B. eine Kabine bei Telefondienst. Oft ist auch eine **Arbeitsplatzanpassung** nötig, um den Arbeitsplatz so zu gestalten, dass man sich und andere nicht durch den Schwindel gefährdet.

Für den Fall, dass man nicht mehr in seinem bisherigen Beruf arbeiten kann, gibt es die Möglichkeit der **Arbeitsplatz-Erprobung**. Da kann man in andere Berufe „hineinschnuppern“, ob diese für den Betroffenen in Frage kommen. Natürlich gibt es auch die Möglichkeit, sich weiter zu qualifizieren, indem man eine **Weiterbildung** absolviert. **Für alle diese Möglichkeiten sollte man sich Integrations-Fachpersonal dazu holen.**

Die Rentenversicherungen finanzieren auch Nachsorge-Therapien. Dies nennt sich **IRENA** (intensive Reha-Nachsorge) und wird durch den Arzt in der Reha eingeleitet. Es umfasst Gruppengymnastik, sowie Kraft- und Ausdauertraining bei orthopädischen und traumatologischen Erkrankungen. Es erfolgt berufsbegleitend. Eine zusätzliche Möglichkeit ist auch die **Beantragung von Schwerbehinderung**.

Fallbeispiele und spezielle Fragestellungen

Hier nun einige Fallbeispiele, zum großen Teil aus der Reihe der Teilnehmer:

- Ein Busfahrer, der an MM erkrankt ist, darf nicht mehr in seinem Beruf arbeiten, da die Gefährdung zu groß ist. Es ist keine Fahrtüchtigkeit gegeben, so dass er umschulen muss.
- Ein Patient hatte viele Anfälle, dann eine längere Pause, wonach der MM erneut ausgebrochen ist. Er hat viele Therapien gemacht, doch jetzt ist es ihm nicht mehr möglich, weiter zu arbeiten. In seinem Beruf arbeitete er täglich mehr als 6 Std. und ist jetzt **arbeitsunfähig**.

Merke: Arbeitet man weniger als 3 Std. im eigenen Beruf, ist man **berufsunfähig**.

Berufsunfähigkeit= keine Ausübung der vorausgegangenen Tätigkeit, jedoch ist eine sozial zumutbare Beschäftigung vom Patienten zu akzeptieren.

- **Kann man 3 bis 6 Std. täglich arbeiten, gilt das als „Verminderte Erwerbstätigkeit“.**
- **Beträgt die tägliche Arbeitszeit 6 Std. oder mehr, gilt das als „Volle Erwerbstätigkeit“.**
- Eine Teilnehmerin hatte vor Jahren, noch vor MM, eine private Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen. Durch die heftigen Anfälle, die gehäuft auftreten seit längerer Zeit, wurde



sie **arbeitsunfähig** und erhält darauf eine Rente. Die Versicherung, bei der der Vertrag für Berufsunfähigkeitsrente abgeschlossen wurde, erkennt aber die Berufsunfähigkeit nicht an, obwohl die Arbeitsunfähigkeit ja bestätigt ist. Die Teilnehmerin kämpft nun seit mehr als zwei Jahren darum, ihre Berufsunfähigkeitsrente zu bekommen!

- Eine Frau mit Tumarkin-Anfällen hat Angst, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Sie hat einen Eingriff machen lassen, um weiter arbeiten gehen zu können. Hätte sie das nicht gemacht, wäre sie gekündigt worden wegen der vielen Ausfälle.
- Eine junge Frau hat ihr Studium fast abgeschlossen und muss sich bewerben. Ihre Frage lautet nun, ob sie den MM bei der Bewerbung oder im Vorstellungsgespräch angeben muss. In der Gruppe wurde darüber diskutiert und es kam zu folgendem Ergebnis: In der Bewerbung oder auch im Vorstellungsgespräch muss man nicht auf den MM hinweisen. Selbst in der Probezeit nicht, da die Arbeitgeber nicht verpflichtet sind, jemanden mit einer chronischen Erkrankung einzustellen.
- Sollte man eine Schwerbehinderung angeben? Hier ist der Arbeitgeber maßgebend. Muss er eine Quote erfüllen, kann es sogar nützlich sein, es anzugeben. Wer einen Schwerbehindertenausweis besitzt, sollte das angeben.



• Was bringt dem Betroffenen eine Reha?

In der Reha lernt man Strategien, mit denen man besser mit der Erkrankung umgehen kann. Es wird Gleichgewichtstraining angeboten, was sehr zur Stärkung des Gleichgewichts, aber auch der Psyche dient. Wer merkt, dass er weniger Probleme mit dem Gleichgewicht hat, fühlt sich auch besser. Durch viel Sport werden Muskeln aufgebaut, die bei Gleichgewichtsproblemen auch wieder stabilisieren. Sport ist gleichzeitig

auch Gleichgewichtstraining! In Gesprächen kann man über seine Ängste sprechen, gemeinsam mit den anderen Lösungsmöglichkeiten finden. Durch Entspannungstechniken kann der Betroffene wieder zur Ruhe finden, es gibt verschiedene Angebote, die man nutzen kann. Auch ein Wechsel raus aus der alltäglichen Situation, nicht für alles verantwortlich zu sein, hilft, erst einmal sich auf sich selber zu konzentrieren.



In der Reha lernt man mehr Selbstvertrauen in sich, seine Gefühle für die Körperwahrnehmung werden gestärkt. Man lernt, gelassener mit dem MM umzugehen und die körperliche Stärkung sollte auch zu Hause weitergeführt werden!!

- Im öffentlichen Dienst kann eine **Schwerbehinderung** oder auch **Gleichstellung** hilfreich sein, um einige Vorteile zu bekommen. Hier nun die Wertigkeit in der Beurteilung der Schwerbehinderung:
 - Schwindel
 - Tinnitus
 - Schwerhörigkeit

In dieser Reihenfolge sollten die Probleme aufgelistet werden, da der Schwindel auch **psychische Probleme** mit sich bringt, **die extra aufgeführt werden müssen**.

Eine Empfehlung ist, sich Hilfe bei Sozialverbänden zu holen, um die Anträge und ggf. Widersprüche gut zu formulieren!!

Viele Arbeitgeber setzen ihre Mitarbeiter unter Druck: „Entweder bist du krank oder arbeitsfähig!“ Etwas dazwischen wird nicht akzeptiert. Sie können sich nicht hineinversetzen, dass man schon nach kurzer Erholungsphase nach einem Anfall wieder teilweise arbeiten kann, aber noch nicht voll belastbar ist. Ein Problem ist auch, dass man uns als Betroffenen nicht ansieht, wie es uns geht. Nur direkt im Anfall ist dies möglich.

- Gibt es Nachteile durch eine Schwerbehinderung? Wie ist es mit dem Führerschein, muss man den abgeben? --- Abgeben muss man ihn nicht, aber als MM-Betroffener ist man nicht mehr fahrtauglich im Sinne der Straßenverkehrsordnung. Jeder, der noch fährt, trägt das Risiko selbst, falls ein Unfall passiert! Dann zahlt auch keine Versicherung!!!

Wir danken Frau Dr. Scior und Frau Krenzer-Schmidt für ihre anschauliche Moderation und allen Teilnehmern, die das Thema so ausführlich erörtert haben.

Workshop „Höraufmerksamkeitstraining“

Workshop Nr. 2 stand unter dem Thema „Höraufmerksamkeitstraining“.

Zu Beginn sollten die Teilnehmer die Augen schließen und hören, welche Geräusche aus welcher Richtung kamen. Frau Koppetsch, Therapeutin aus der Römerwallklinik, benutzte zur Geräuscherzeugung Schellen, Rasseln und eine Klangschale, was manche verblüffte, nachdem sie die Augen geöffnet hatten, weil vor allem die Rasseln als etwas ganz anderes – z. B. Donnerrollen, Sturm– interpretiert worden waren.

Nun erforderte die Größe der Teilnehmergruppe eine Aufteilung. Die eine Hälfte erhielt kleine Fotodosen mit verschiedenen Inhalten, die beim Schütteln unterschiedliche Geräusche erzeugten. Diese galt es zu identifizieren und wiederzuerkennen. Dem Geräuschpegel nach, den diese Gruppe entfaltetete, indem sie lebhaft und lachend kommentierte, bereitete diese Übung einiges Vergnügen.

Die andere Hälfte der Teilnehmer setzte sich um einen Rekorder und es wurden von einer CD eine Reihe Alltagsgeräusche vorgespielt, die erkannt werden sollten, z.B. Wasserrauschen, Vogelgezwitscher, Türeschlagen. Es erwies sich, dass die Höreindrücke nicht immer richtig interpretiert wurden, je nach Hörbehinderung der Teilnehmer. Aus dieser Tatsache ergab sich am Ende des Workshops ein reges Gespräch über Hörgeräte und Erfahrungen beim Hörakustiker. Frau Koppetsch trug dem offensichtlichen Wunsch nach Erfahrungsaustausch Rechnung und verzichtete darauf, die beiden Gruppen ihre Geräuschquellen austauschen zu lassen.

Die Reaktionen auf den Workshop waren unterschiedlich. Hier sind einige Stimmen von Teilnehmern:

„Ich war in der Gruppe mit den Fotodosen. Das war eigentlich das Beste, zumindest vom Spaßfaktor her, den ich bei einem solchen Treffen auch für überaus wichtig halte.“

„Positiv für mich war, dass ich trotz fortgeschrittenen Schwerhörigkeit noch viele Geräusche richtig interpretieren konnte, insofern war es also ein Erfolgserlebnis. Ich war aber unbewusst mit der – vielleicht unrealistischen – Erwartung in den Workshop gegangen, hier Techniken zu lernen, wie ich wieder ein wenig besser hören kann. Diese Erwartung konnte sich nicht erfüllen.“

„Das bewusste Lauschen und Identifizieren von Hörquellen zeigte mir, was ich noch alles hören kann. Allerdings war ich durch die schwierige Situation der zwei gleichzeitig agierenden Gruppen und damit verbundenen Hintergrundgeräusche sehr bald überfordert. Für Schwerhörige wie mich wäre eine ruhige Umgebung besser gewesen, was sich aus Raumverteilungsgründen nicht realisieren ließ.“

Allgemein ist zu sagen, dass die Übungen gut geeignet waren, die Aufmerksamkeit von einem Tinnitus auf Außengeräusche zu lenken, um so zu lernen, den störenden, manchmal sehr belastenden Tinnitus der MM-Betroffenen zu überhören.

Frau Bott bedankte sich am Ende des Workshops herzlich.

(RK und FA)

Bericht zum Workshop 3 für Angehörige: „... wer denkt eigentlich an mich?“

Zur Einstimmung erinnert Herr Dr. Knäbel vom Vorstand von KIMM daran, dass dieser Workshop erstmalig im Jahr 2010 auf der Tagung in Essen stattfand. Seitdem wird versucht, diese Thematik so oft wie möglich als Angebot der Kimm-Tagungen durchzuführen. Vorher waren die Angebote ausschließlich auf die direkt von MM Betroffenen ausgerichtet; dieser Workshop verfolgt also stärker das Ziel eines gesamtheitlichen Ansatzes, da nicht nur der Erkrankte Einschränkungen im täglichen Leben erleidet.

Von den 12 Teilnehmern waren 2 Personen an MM erkrankt. Die Teilnahme direkt Betroffener wurde von den nur indirekt betroffenen Angehörigen als Bereicherung empfunden. Man fühlte sich also nicht durch die Anwesenheit in irgendeiner Form kontrolliert, sondern empfand die Anregungen der erkrankten Personen als zielführendes Regulativ.

Da der Workshop mittlerweile auf mehreren Kimm-Tagungen stattgefunden hat, gab es zum Teil ein freundliches Wiedersehen unter den Teilnehmern. Trotz Krankheit in der eigenen Familie war die Stimmung bei den „alten Hasen“ nicht niedergeschla-

gen, sondern man fühlte sich in dieser Gruppe wie in einer zweiten Familie.

Inhaltlich wiederholten sich natürlich einige Aspekte der bisherigen Workshops, speziell die unterschiedliche Wertung dessen, was als vorrangiges Problem gesehen wird.

Phase I: Die Krankheit ist erst gerade ausgebrochen und man beschäftigt sich mit den MM-Attacken, Arztbesuchen und der Angst vor dem nächsten Anfall;

Phase II: der erste Anfall ist länger her und man hat – auch als Angehöriger – gelernt mit der Angst umzugehen; man versucht das Leben nicht mehr allein von MM-Attacken bestimmen zu lassen.

Gänzlich neu jedoch war der folgende Beitrag einer Angehörigen: Der Erkrankte selber durchleidet zwar die MM-Attacken, lässt sich in der Zwischenphase aber nicht von der Erkrankung bestimmen und besucht öffentliche Veranstaltungen, wie z. B. Konzerte. Die Ehefrau dagegen durchleidet als Angehörige gerade die Angstphasen vor der nächsten Attacke und hat eher das Bestreben sich – stark bis völlig – zurückzuziehen. Ihre Fragestellungen lauten also in extremen Maße: Passiert „es“ im Konzert vor allen



Konzertbesuchern? Passiert „es“ im Urlaub, im Flugzeug...? – mit dem Ergebnis, nichts zu unternehmen. Der Rat der anderen Angehörigen war hier, ganz bewusst derartige Ereignisse aufzusuchen, zumal der Erkrankte diese Befürchtungen nicht teilt bzw. aktiv nicht teilen will.

Neu war auch die Teilnahme eines durch einen Unfall an den Rollstuhl gebundenen jüngeren Angehörigen, der sehr eindrucksvoll und unzweideutig darlegte, dass er die Stütze seiner seit einigen Monaten an Morbus Menière erkrankten Partnerin ist – nicht umgekehrt. Die Art seines Umgangs mit seiner eigenen Situation dürfte dem ein oder anderen Mut für eine positivere Sicht auf das eigene Schicksal gemacht haben.

Bei den Angehörigen mit längerer Erfahrung bei MM zeigte sich in der Summe, dass der Hörverlust langfristig die ehemalige Haupteinschränkung „Schwindel“ in starkem Maße überlagert bzw. als ständig bewusstes Problem stark verdrängt. Dabei konnte die Zunahme der Hörbeeinträchtigung auch für länger mit der Problematik befassten Angehörige gut in das Schema gefasst werden: Zunächst besteht eine Beeinträchtigung durch die Hörprobleme nur in größeren Gruppen (Konzerte, Volksfeste, Fastnacht;...), später wird es schon schwierig, Restaurants zu besuchen, die gut besucht sind oder in denen Musik – nicht nur laute – gespielt wird. Der Übergang ist dann fließend zu einem Zustand, dass bereits sich überschneidende Gespräche bei 4 Personen kritisch werden bzw. die Kommunikation in der partnerschaftlichen Beziehung selbst schwieriger wird. Und dies selbst dann, wenn das Wissen um den gravierenden Unterschied zwischen einem physikalischen „Hören“ und dem letztlich erforderlichen „Ich verstehe“ auf beiden Seiten sicher vorhanden ist. D.h. den Beteiligten ist bekannt, dass einzelne Frequenzen nicht erfasst werden und dadurch teilweise ein gewisser Sinnzusammenhang nicht oder nur sehr schwer und verlangsamt erfasst werden kann. Hier hilft eben ein Lautstellen des Hörgerätes nicht. Bis der Partner dieses Problem erkennt, kann das Zusammenleben durch die aufgetreten Missverständnisse zusätzlich belastet werden.

Wie in den Vorjahren war eine ungeweinte Offenheit und Ehrlichkeit gegenüber den übrigen Workshop-Teilnehmern vorhanden, dabei hatten sich viele an diesem Tag das erste Mal gesehen. Dafür möchte mich bei allen Teilnehmern herzlich bedanken.

Ich hoffe den Ablauf und die Gedanken einigermaßen korrekt wieder gegeben und nichts im Sinn entstellt zu haben. Und ich freue mich schon auf das nächste Mal!

(Bruno Schöler)



Eindrücke vom Vorabend der Tagung



Mitgliederversammlung am 13. April 2013 im Rathaus der Stadt Mainz



Im Rahmen der Tagung in Mainz fand unsere diesjährige Mitgliederversammlung statt. Zur Versammlung war ordnungsgemäß inklusive Tagesordnungsvorschlag schriftlich eingeladen worden. Der Ablauf bestand im Wesentlichen aus dem Rechenschaftsbericht der Vorsitzenden, dem Bericht des Kassenführers und der Kassenprüfer und der einstimmigen Entlastung des Kassenführers und des Vorstandes. Beim Bericht des Kassenführers wurde im Besonderen erwähnt, dass KIMM aus den Mitteln der Selbsthilfeförderung eine Zuwendung in Höhe von 2500 Euro erhielt.

Die Versammlung begann pünktlich um 9:30 Uhr und endete kurz vor 10:00 Uhr. Zu Beginn stellte unsere Vorsitzende Frau Bott kurz die Mitglieder des Vorstands vor. Anwesend waren 33 Mitglieder. Nachfolgend sind Auszüge des Rechenschaftsberichts abgedruckt.

Neuwahlen zum Vorstand stehen erst in Jahre 2014 an. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Ankündigung unserer Vorsitzenden Frau Bott, dass sowohl sie als auch Herr Dr. Knäbel aus persönlichen Gründen im nächsten Jahr nicht mehr für eine Wiederwahl zur Verfügung stehen werden.

Auszüge aus dem Rechenschaftsbericht der Vorsitzenden

Liebe Mitglieder,

Ich freue mich, Sie hier im Rathaus der Stadt Mainz zu unserer diesjährigen Mitgliederversammlung begrüßen zu dürfen und hoffe auch dieses Mal, dass der Menière Sie seit unserer letzten Versammlung im Frühjahr 2012 weitgehend in Ruhe gelassen hat.

Mein Rechenschaftsbericht bezieht sich auf den Zeitraum seit der letzten Wahl, also von Frühjahr 2012 bis heute.

Unsere Organisation war auch im vergangenen Jahr weiterhin gut aktiv und hat ihre Mitgliederzahl erneut vergrößert. Per 01.01.2013 können wir auf einen Mitgliederbestand von 654 eingeschriebenen Mitgliedern blicken, im Jahre 2012 gab es 84 Eintritte und 52 Austritte. Die Verteilung unserer Mitglieder ist bundesweit, das Hauptgewicht liegt allerdings immer noch im süddeutschen Raum. Neumitgliedschaften finden überwiegend über un-

sere Homepage und in geringerem Maße bei unseren Tagungen statt.

Seit der letzten Mitgliederversammlung im Frühjahr letzten Jahres traf sich der Vorstand viermal. Ich bin dankbar für die sehr gute kollegiale Zusammenarbeit im Vorstand.

Zu den sehr zeitaufwendigen Hauptaufgaben des Vorstands zählen weiterhin unsere Tagungen. Im zurückliegenden Zeitraum fanden turnusmäßig 2 Tagungen statt:

Im Frühjahr 2012 in Bad Grönenbach in Zusammenarbeit mit der Klinik am Stiftsberg, insbesondere durch deren Chefarzt Herrn Dr. Kratzsch, im Herbst 2012 in Hannover in Verbindung mit der MHH, der Medizinischen Hochschule Hannover. Die heutige Tagung kam zustande unter Vermittlung von Herrn Prof. Helling der Johannes Gutenberg-Universität Mainz– in Zusammenarbeit mit der Römerwallklinik Mainz.



Beim Stichwort „Tagungen“ möchte ich – bei allen eigenen Anstrengungen seitens KIMM e.V. – erneut die starke Unterstützung durch kooperationsbereite Einrichtungen hervorheben, die ihre Zeit, ihre Räumlichkeiten und qualifizierte Referenten für Vorträge zur Verfügung stellen bzw. bei der Kontaktaufnahme behilflich sind. Durch die Kooperationsbereitschaft medizinischer oder sonstiger Einrichtungen ergeben sich zudem für uns als KIMM meist erhebliche Kosteneinsparungen, ohne die wir sehr wahrscheinlich derartige Unternehmungen von vorne herein NICHT durchführen könnten. Deshalb an dieser Stelle erneut meinen herzlichsten und aufrichtigen Dank an alle, die uns im Berichtszeitraum und heute – meist nicht zum ersten Mal – derart wohlwollend und unterstützend begleitet haben.

Im Verlauf des Berichtsjahres sind einige ehemalige Neuheiten zu einer gewissen Selbstverständlichkeit geworden:

Auf unseren Tagungen ist der **Einsatz einer Schriftdolmetscherin / eines Schriftdolmetschers** von den hörgeschädigten Mitgliedern sehr positiv aufgenommen worden. Insbesondere För-

dermittel der Krankenkassen machen diesen Einsatz möglich. Wir werden uns auch zukünftig um derartige Unterstützungen bemühen, damit wir diesen Service auf Dauer anbieten können. Der Einsatz unserer Hörhilfen mittels **Teleschlingentechnik ist Standard geworden**. Und ich kann Sie nur bitten, dieses Angebot wahrzunehmen bzw. es einfach einmal auszuprobieren. Sie werden über die Güte des veränderten Hörens überrascht sein.

Ebenfalls Standard geworden ist das Angebot an Workshops auf unseren Tagungen, darunter auch verstärkt solche für die Behandlung **KIMM-interner Fragestellungen** wie z.B. solche aus dem Umfeld der örtlichen MM-Selbsthilfegruppen. Sehr gut aufgenommen wird hier auch die Gesprächsrunde für Angehörige – für viele indirekt Betroffene die erste Chance Erfahrungen auszutauschen und ggf. erstmals wirklich verstanden zu werden.

Neu eingerichtet wurden im Rahmen unserer Vorstandssitzungen Zusammenkünfte mit Mitgliedern, die sich auf die ein oder andere Art zur aktiven Mitarbeit bei KIMM entschlossen haben.

Im Berichtszeitraum fand ein weiteres **Treffen der Leitungen** örtlicher MM-Selbsthilfegruppen statt. Dadurch soll die Kommunikation und die ggf. erforderliche gegenseitige Unterstützung zwischen den Leitungen gestärkt und ausgebaut werden.

Neben der Zeitschrift als wichtigster Informations- und Kommunikationsträger zu und unter unseren Mitgliedern sind weiterhin unsere **Broschüren und Flyer** die wesentlichen Mittel für unsere Präsentation nach außen; sei es, indem wir sie gerne örtlichen MM-SHG's zur Verfügung stellen oder direkt in HNO-Praxen auslegen.

Auf unserer **Homepage** bieten wir weiterhin umfassende, qualifizierte und frei zugängliche Information an – ein Angebot, das leider nur allzu häufig nicht durch eine Mitgliedschaft von den Hilfesuchenden belohnt wird. Hier ist die wesentliche Botschaft, dass Selbsthilfe eben KEIN Dienstleistungsunternehmen ist bzw. sein kann, noch nicht angekommen. Um so mehr möchten ich Ihnen als Vorsitzende an dieser Stelle erneut für Ihre Mitgliedschaft und für Ihr richtiges, faires Verständnis von Selbsthilfe danken.



Wir bieten unverändert die wichtige, wenn auch eher im Tagesgeschäft unbeachtete, Tätigkeit der **telefonischen Beratung** von MM-Betroffenen durch MM-Betroffene an. Und auch hier würden wir uns bei etlichen der anrufenden Personen etwas mehr Fairness bei unserer Frage nach Mitgliedschaft wünschen.

Abschließen möchte ich meine Ausführungen mit Anmerkungen zu unserer 2-mal jährlich erscheinenden **Mitgliederzeitschrift KIMM-aktuell**: Sie ist weiterhin eine sehr arbeitsaufwendige Tätigkeit im Nachgang zu unseren Tagungen, bleibt aber DER wesentliche Lieferant von aktuellen Informationen aus der medizinischen, psychologischen und hörgerätetechnischen Theorie und Praxis an ALLE Mitglieder. Dies nicht zuletzt deshalb, weil unsere Tagungen aus finanziellen, zeitlichen oder sehr oft aus Morbus-Menièrre-bedingten Gründen nur von einem geringeren Teil unserer Mitglieder besucht werden können. Unsere Zeitschrift wird weiterhin auch in der Ärzteschaft geschätzt, KIMM-intern können wir erfreut mitteilen, dass wir bei der redaktionellen Arbeit gute Unterstützung einzelner Mitglieder erhalten.

Ich hoffe, mein Bericht konnte verdeutlichen, dass „unsere KIMM“ dank eigener Anstrengungen und guter Unterstützung vielfältigster Art von außen weiterhin aktiv ist, und wenn meine Ausführungen zusätzlich in Ihnen den Willen zu einer direkten Mitarbeit – z.B. auch im Vorstand – bewirkt haben, sind Sie herzlich dazu eingeladen. Stellen Sie bitte mit uns sicher, dass unser „Spieler-Team“ nicht nur die unbedingt notwendige Anzahl an Spielern hat, sondern auch gute Mitstreiter „auf der Reservebank“ vorweisen kann – denn gerade bei Morbus Menière sind Ausfälle einzelner Mitstreiter immer wieder unvermeidlich.

Zum Abschluss noch eine persönliche Mitteilung: Bei der nächsten Mitgliederversammlung im Frühjahr 2014 werden ich selbst und Herr Dr. Knäbel, unser Schriftführer seit Ende 2006, aus persönlichen Gründen für den Vorstand nicht mehr kandidieren.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

2. Treffen von aktiven Mitgliedern mit dem Vorstand



Im Vorfeld unserer Tagung in Mainz hatte der Vorstand wiederum zu einem Gespräch mit Personen geladen, die die Arbeit von KIMM e.V. bereits seit längerem durch die Übernahme gewisser Tätigkeiten aktiv unterstützen oder dies zukünftig tun möchten. Hauptthema des Treffens war dieses Mal unsere Zeitschrift KIMM-aktuell, da unser Schriftführer

Dr. Knäbel angekündigt hat, im kommenden Jahr nicht mehr für eine Position im Vorstand zu kandidieren. Die Zuständigkeiten für die Erstellung der Zeitschrift müssen also neu verteilt werden.

5 Aktive waren angereist, 2 weitere hatten sich zuvor angemeldet, waren aber durch persönliche Gründe verhindert. Aufgrund der Erfahrung im ersten, lediglich einstündigen, Treffen, waren dieses Mal zwei Stunden für den Informationsaustausch angesetzt.

Als wichtigste Ergebnisse der Gespräche können genannt werden:

- Die Wichtigkeit der Zeitschrift wird von allen gleich hoch eingestuft. Oberstes Ziel bleibt, die Zeitschrift auch zukünftig in der bisherigen Güte und Stärke heraus zu geben.
- Die Erstellung der Zeitschrift lässt sich prinzipiell gut in einzelne, gegenseitig abgegrenzte Einzelaktionen bzw. einzelne Beiträge aufteilen, z.B. die Vorträge der Referenten und/oder Beiträge zu Rubriken wie „KIMM-intern“, „Aus den örtlichen SHGs“, „Erfahrungsberichte“ etc. Diese Aufteilung ist in der Vergangenheit bereits erfolgreich praktiziert worden. So sind z.B. alle Vorstandsmitglieder bei der Zeitschriftenerstellung stets mit Aufgaben betraut: Abfassen eigener Texte oder Kontakt zu den Referenten bei der Abfassung des Textes zur Veröffentlichung der Vorträge.
- Bei aller Aufgabenteilung ist es wichtig, dass unsere Zeitschrift weiterhin den Eindruck vermittelt, „aus einem Guss“ zu sein. Deshalb muss die Position des „Redakteurs“ zwingend beibehalten werden – KIMM-intern bezeichnet als die „Oberkümmerin“ oder der „Oberkümmerer“. Dieser Person obliegt zudem die geordnete Übersendung der Unterlagen und der sonstige Kontakt zum Layouter und zur Druckerei.
- Neben diesen eher organisatorischen Themen wurde auch über neue Rubriken für die Zeitschrift nachgedacht, z.B. „Gesundheit“, „Entspannung“ oder „Humor“. Als wichtig erachteten alle Beteiligten, dass eine Rubrik nur sinnvoll ist, wenn sie von einer Person ständig betreut und eine gewisse zeitliche Dauer des Erscheinens gewährleistet ist.

Im Nachgang zu dem Gespräch bildete sich ein Redaktionsteam aus 5 Personen. Wesentliches Ziel soll zunächst sein, allen das Wissen um die einzelnen Tätigkeiten bei der Erstellung unserer Zeitschrift zur Kenntnis zu bringen.

Das Gespräch endete mit einem Dank an alle für ihr Kommen und für die sachliche und menschlich-freundliche Atmosphäre.

F.K.

Christiane Heider: Das innere Gleichgewicht wieder finden

Vorbemerkung

Christiane Heider hat auf der KIMM-Tagung in Bad Grönenbach im Frühjahr 2012 einen eindringlichen Vortrag darüber gehalten, wie der Morbus Meniere sie gepackt hat, der Schwindel und massive Hörprobleme sie aus der Bahn geworfen haben. Sie hat auch über die psychischen Folgen des Krankheitsgeschehens bei ihr berichtet, aber auch wie sie gelernt hat, durch Aneignung verschiedener Methoden besser mit den psychischen Folgen umzugehen.

(nachzulesen in KIMM-aktuell 1/2012 Morbus Menière – eine Achterbahnfahrt im Alltag)

Gerade weil die Krankheit nicht heilbar ist, ist es unserer Meinung nach besonders wichtig, dass der Einzelne sich Techniken aneignet, um besser mit den Folgen von Morbus Meniere umgehen zu können. Hierzu gehören mit Sicherheit Gleichgewichtsübungen. Hierzu können aber auch Übungen gehören, die auf eine Verbesserung der Psyche zielen. Wir haben deshalb mit Christiane Heider vereinbart, dass sie in loser Folge in dieser Zeitschrift hier einige dieser Möglichkeiten vorstellt und dadurch zum Nachmachen anregt.

Christiane Heider ist aktives Mitglied der Nürnberger Selbsthilfegruppe Morbus Menière.

Das innere Gleichgewicht wieder finden

Schwindel erfasst uns, ein Rauschen und Dröhnen in den Ohren, Druck oder Leere im Kopf, Erbrechen, kein Gefühl für Oben und Unten. Das sind Erfahrungen, die Menière-Betroffene kennen. Und es gibt noch viele andere Variationen. Auch die Folgen danach kennen viele. Nicht nur, dass wir körperlich aus dem Gleichgewicht geraten, auch unser seelisches Gleichgewicht kommt gewaltig ins Wanken. Verunsicherung, Rückzug, Angst, Schuldgefühle, Traurigkeit, Unverständnis, das sind Gefühle, die vielen von uns in der einen oder anderen Art vertraut sind. Am Ende steht nicht selten eine Depression.

Das ist auch ein ganz normaler Prozess. Jeder Betroffene darf sich auch die Zeit nehmen, erst einmal „betroffen“ zu sein. Das kann sich äußern in Wut, Traurigkeit, Zorn, Frust oder Antriebslosigkeit. Die meisten Betroffenen durchlaufen ähnliche Phasen, der Eine braucht dazu vielleicht etwas länger als der Andere.

Was ich in den 12 Jahren meiner Erkrankung gelernt habe, ist vor allem ein guter Umgang mit mir selbst. Die Auseinandersetzung mit meiner Erkrankung, auch ein genaues Hinschauen auf meine Lebensführung und meine Lebensthemen waren nicht zu umgehen. Ich habe die Achtsamkeit im Umgang mit mir geübt und ein Gefühl für meinen Körper und vor allem für meine Bedürfnisse entwickelt. Zu spüren, was brauche ich, was tut mir gut. Bewusst Traurigkeit oder auch Wut

erleben, nicht verdrängen und dann einen Weg finden, mit solchen Gefühlen umzugehen. Auch einmal mit mir Geduld haben oder gar nichts tun, einfach mal eine Pause machen, das war für mich mit das Schwerste. Das musste ich erst lernen.

Entspannungsübungen und Meditationen haben mir geholfen, mein seelisches Gleichgewicht wieder zu finden. In mir ruhen können, einmal Zeit zum „nur Sein“ haben, meine Mitte spüren und daraus Kraft schöpfen. Eine innere Stabilität zu haben schützt nicht vor neuen Attacken. Aber das innere Gleichgewicht hilft, mit diesen Attacken und ihren Folgen besser klar zu kommen.

So eine kleine Pause möchte ich Ihnen heute ans Herz legen. Vielleicht denken Sie, „Pause und Entspannung, die habe ich doch!“ Und Sie haben sicher Recht. Ein Buch lesen, ein langer Spaziergang, ein duftiges Bad, ein bequemer Fernsehbend, da gibt es viele Beispiele.

Ich möchte Ihnen in den nächsten Ausgaben der KIMM Zeitschrift bewusste Pausen in Form von verschiedenen Entspannungsarten vorstellen. Es gibt eine riesige Palette davon, so dass jeder etwas für sich finden kann. Solche Pausen können Atemübungen, gute Gedanken, Körperwahrnehmung, autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditatives Malen, Thai Chi, Mandala Malen, Meditatives Tanzen oder Phantasieren sein.



Eine 5-Minuten Übung

Heute möchte ich Sie zu einer Körperwahrnehmung einladen, bei der sie nur 5 Minuten Zeit, eine stille Ecke,

einen Stuhl und einen Küchenwecker brauchen. Vielleicht kommt es Ihnen am Anfang auch ein bisschen komisch vor. Aber haben Sie Geduld und Nachsicht mit sich! Von einem Mal kann man nichts erwarten. Probieren Sie es doch eine Woche lang jeden Tag aus. Und dann bilden Sie sich erst ihre Meinung. Den Küchenwecker brauchen Sie, damit sie nicht im Gedanken ständig bei der Zeit sind und auch gut abschalten können.

Wenn Sie die kommende Übung beenden, ist es ganz wichtig, aus der Entspannung wieder bewusst heraus zu gehen. Dazu nehmen Sie nach dem Schrillen der Küchenuhr ein paar tiefe Atemzüge, Sie bewegen Ihre Hände und Ihre Füße. Sie dehnen und räkeln sich. Sie werden vielleicht auch gähnen müssen. Tun Sie dies ganz genussvoll, wie eine Katze. Öffnen Sie die Augen. Stehen Sie erst auf, wenn Sie wieder ganz im Hier und Jetzt sind. Sie werden spüren, wie leicht und erfrischt Sie sind, wie ihr Kopf frei geworden ist und wie Sie nur bei sich waren.

Hat es noch nicht geklappt, dann probieren Sie es morgen noch einmal.

Und nun zur kleinen Pause.

Setzen Sie sich auf den Stuhl, die Beine fest am Boden, die Hände locker auf die Oberschenkel legen. Nehmen Sie Ihren Körper bewusst wahr und sagen Sie sich nun langsam und ruhig in Gedanken:

Ich ...

nehme meine Füße bewusst wahr, meine Fußsohlen, wie sie fest auf dem Boden stehen,
spüre meine Waden und meine Schienbeine,
gehe gedanklich zu meinen Knien,
spüre den Kontakt meiner Hände auf meinen Oberschenkeln,

nehme den leichten Druck der Sitzfläche wahr an meinen Oberschenkeln, an meinem Gesäß,
spüre meinen Bauch, meine Körpermitte, mein Energiezentrum,
wandere gedanklich die Wirbelsäule entlang,
fühle die Rückenlehne, die mich hält und stützt,
gehe gedanklich zu meinen Schultern,
ich spüre meine Oberarme, meine Ellbogen, meine Unterarme, meine Hände,
ich nehme meinen Nacken, meinen Hals, meinen Kopf wahr.

Ich mache mir meinen Körper bewusst vom Scheitel bis zur Sohle.
Mein Körper ist ruhig und entspannt, weich und locker.
Ich genieße die Stille.

...

Wenn der Wecker klingelt, bitte die Übung wie oben beschrieben, ganz bewusst beenden.

Viel Spaß und Erfolg beim Üben. Über Rückmeldungen würde ich mich freuen!
(christiane.heider@nefkom.net)

Eine entspannte Zeit wünscht Ihnen *Christiane Heider*

Reaktionen von Betroffenen auf einen Vortrag über Morbus Menière im NDR-Fernsehen in der Sendung „Visite“ am 16.4.2013

In der Sendung ging es darum, dass die Ärzte der Schwindelambulanz in Lübeck zwei Möglichkeiten der Behandlung des MM ansprachen: erstens eine Medikamentengabe, womit sie Betahistin meinten, und zweitens die Labyrinth-Anästhesie. **In diesem Zusammenhang wurde auch gesagt, dass MM gut behandelbar ist!** Außerdem wurden nur ältere Patienten gezeigt, eine Patientin berichtete, dass sich der Schwindel als Drehschwindel äußert. Das dazu gesendete Bild entsprach aber keinem Dreh-, sondern Schwankschwindel.

Wiederum besser dargestellt wurde der Unterschied zur Schwindelmigräne (Vestibuläre Migräne).

Nachdem nun diese Sendung ausgestrahlt war, entstand eine heftige Diskussion über den Beitrag im sh-meniè-re-forum.

Alle waren entrüstet, dass MM als „gut behandelbar“ dargestellt wurde!! Da die Möglichkeit gegeben war, schrieben mehrere unabhängig voneinander an den Sender, um auf die von uns als falsch empfundenen Aussagen hinzuweisen.

Bei einigen kam die emotionale Entrüstung stark zum Ausdruck, bei anderen wurden wieder noch Hinweise auf wichtige Informationen gegeben, unter anderem auch auf **KIMM e.V.** und andere Möglichkeiten der Behandlung, aber auch darauf, dass MM leider **nicht heilbar** ist.

Mit Worten wie „es wurde ziemlich verharmlost ... als einfach behandelbar dargestellt“, „da werden falsche Hoffnungen geweckt!“, „man kann bis Ultimo mit allem Möglichen <gut behandeln> und mit vielen verschiedenen Methoden, aber wie die Ergebnisse dann aussehen....“, „Das normale Leben kann man vergessen!“, „x Anfälle hatte ich in der Öffentlichkeit, das sieht dann so aus, als wäre man völlig betrunken“, „Können Sie sich vorstellen, wie es einem mit so einer Erkrankung geht? Da ist so ein Beitrag ein Schlag ins Gesicht.“ wurde der Ärger deutlich gemacht.

Durch Worte wie „Wenn mich Drehschwindelattacken erreichen, fühle ich mich oft wie in einer Waschtrommel im Schleudergang.“ versuchte jemand, sein Schwindelgeschehen anschaulich

darzustellen. Es gab auch einige, die sich darüber aufregten, dass die Redakteure nicht genug recherchiert hätten und auch nur die DTL (Deutsche Tinnitus-Liga) als Selbsthilfeorganisation nannten. Auch auf **KIMM e.V.** wurde verwiesen, wo es noch Informationen zu MM gibt.

Mehrere bekamen daraufhin nach einigen Tagen Antwort vom Sender:

„Wir bedanken uns für Ihre offenen Worte und Ihre Zuschrift an den NDR. Ihre Kritik nehmen wir sehr ernst und haben sie an die Redaktion weitergeleitet, damit diese in künftigen Beiträgen ggf. berücksichtigt werden kann. Kritik und Anregungen sind bei uns immer willkommen und daher möchten wir uns nochmals ganz herzlich für Ihre E-Mail bedanken.“

So und ähnlich waren die Antworten des Senders.

Deshalb bitten wir nun Sie als Betroffene, wenn Sie eine Sendung im Rundfunk oder Fernsehen hören oder sehen, schreiben Sie dem Sender!!! Nur wenn sich viele dort melden, kann das dazu führen, dass wir als MM-Betroffene nicht mehr falsch eingeschätzt werden!

Denn auch Rentenversicherung und Krankenkassen wissen noch immer nicht ausreichend, wie ein Leben mit MM ist. Und gerade durch solche Beiträge, wo der MM als „gut behandelbar“ bezeichnet wird, verstärkt sich das Denken aller, dass es einfach damit zu leben ist. Wir als Betroffene wissen aber genau, dass es nicht einfach ist!!

Deshalb haben wir oft große Probleme, wenn es darum geht, unser Recht auf Rente oder Anerkennung der Schwerbehinderung zu bekommen.

Nachtrag: Für alle, die sich dafür interessieren, aber den Beitrag nicht gesehen haben, hier nochmal der Link, worunter die Sendung in der Mediathek zu finden ist: <http://www.ndr.de/ratgeber/gesundheit/sinnesorgane/morbusmeniere101.html>

Edeltraud Mory

MM-SHG-Würzburg: Verabschiedung von Margarete Bauer

Im Zeichen wichtiger Veränderungen stand das letzte Gruppentreffen der Selbsthilfegruppe „Morbus Menière“ in Würzburg.

Nach fast zwei Jahrzehnten gab die Leiterin der Gruppe, Frau Margarete Bauer, das Leitungsamt an Ines Lux ab. Seit der Gründung im Jahr 1994 war Margarete Bauer Motor und Seele der Gruppe. Sie verstand es, auf Betroffene zuzugehen und sie zur Teilnahme und Mitarbeit am Gruppengeschehen zu motivieren. Bei unzähligen Fortbildungen, auf Wochenendseminaren, bei Recherchen im Internet oder Kontakten mit Medizinern und anderen Fachleuten holte sich Frau Bauer das nötige Rüstzeug und setzte ihre Erfahrungen konsequent in der Gruppe um. Sie war immer bemüht, auf dem neuesten Stand zu sein und das Wissen jedem Gruppenmitglied zukommen zu lassen. So fühlten sich die Mitglieder immer gut beraten, informiert und verstanden.

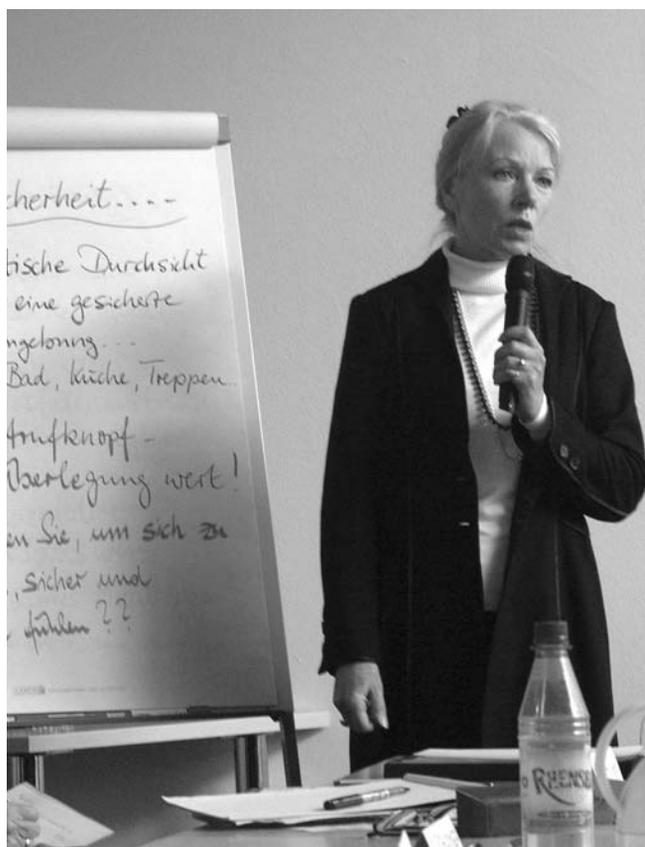
In einer kleinen Feierstunde bedankten sich die Gruppenmitglieder bei ihrer Leiterin und wünschten ihr für ihre neue Tätigkeit alles Gute. Margarete Bauer wird nämlich in Zukunft verstärkt in der Vorstandschaft von KIMM, einer überregionalen Selbsthilfegruppe für Menièrebetroffene, mitarbeiten. Dennoch bleibt sie weiterhin selbstverständlich Mitglied in der Würzburger Gruppe. Anhand der Buchstaben des Namens „Margarete Bauer“ zeigte Ines Lux die Eigenschaften der langjährigen Gruppenleiterin auf. Mut, Geduld, Ausdauer und Ehrlichkeit zählten dabei zu den wichtigsten. In einem launigen Lied, das alle Facetten der jahrelangen Leitungstätigkeit beleuchtete, würdigten die Gruppenmitglieder dann die Leistungen von Frau Bauer und überreichten ihr zum Dank einen Blumengruß und ein kleines Geschenk.

Ines Lux gehört ebenfalls schon seit vielen Jahren der Würzburger Gruppe „Morbus Menière“ an.

Auch sie zeigte großes Engagement durch den Besuch von Seminaren, Tagungen oder Symposien und ist so für die Gruppenleitung bestens gerüstet. Margarete Bauer weiß ihre Arbeit bei ihr in guten Händen.

Frau Wundling vom Aktivbüro der Stadt Würzburg fand lobende Worte für die gute Zusammenarbeit mit Margarete Bauer und stellte noch einmal deren persönlichen Einsatz und ihren Einfallsreichtum heraus. Auch sie hatte Blumen für die scheidende Gruppenleiterin. Ines Lux wünschte sie viel Kraft und Erfolg in ihrem neuen Amt und hoffte weiterhin auf gute Zusammenarbeit mit dem Aktivbüro.

Im Bild überreicht die Kassiererin der Selbsthilfegruppe, Frau Rosi Fries (links), an Margarete Bauer das Abschiedsgeschenk.



Aus der Kölner MM- Shg : Besuch von Frau Dr. phil Dr. med. Roskothen

Ein Sicherheitsgefühl unterwegs führt zur Stressbewältigung, dafür ist es unerlässlich, vorzubeugen für den Fall einer Menière-Attacke in der Öffentlichkeit. Immer griffbereit sein müssen das aufgeladene Handy, ein Notfallausweis (am besten mit Lichtbild) und Notfallmedikamente; bewährt haben sich Sublingualtabletten, da die Verabreichung eines Zäpfchens nicht immer möglich ist. Empfehlenswert ist ein Notfallarmband (Idonme armband), das in einer wasserfesten Kapsel alle nötigen Angaben enthält. Es ist unter www.Sosarmband.de im Internet zu erhalten.

Frau Dr. Roskothen machte klar, dass Sicherheit ein Gefühl ist, das sich einstellen kann, wenn die Fähigkeit, Angst und Stress zu reduzieren, geschult wird. Hilfreich hierbei sind Meditation, Entspannungstechniken, eventuell eine Verhaltenstherapie zur Angstreduktion und vielleicht auch japanische Heilkunstgriffe, die sich durchaus bewährt haben. Gleichgewichtsübungen dienen der inneren und äußeren Balance.

Das soziale Netz und die persönlichen Kontakte sind wesentliche Punkte, die zur Sicherheit bei MM beitragen können. Dafür müssen sie aber gepflegt werden. MM führt oft zu Rückzug, dem soll entgegengewirkt werden, u. U. durch e-mail, skypen, informative Rundbriefe, die die Situation erklären und evtl. um Hilfe bitten.

Gemeinsames Spielen, der Blick auf die Komik im Alltag, ein Perspektivenwechsel können im Umgang mit sich selbst und miteinander Gelassenheit und Sicherheit fördern.

Frau Dr. Roskothen machte klar, dass die persönliche Erfahrung im Krankheitserleben während der Kindheit noch heute Einfluss darauf hat, wie wir im Krankheitsfall mit uns selbst umgehen, was wir von unserem Umfeld erwarten und wie wir Erkrankten begegnen. Wenn man sich als MM-Betroffener bewusst ist, warum man so und nicht anders handelt und fühlt, ist es einfacher, die eigenen Bedürfnisse zu erkennen, mitzuteilen und Veränderungen zu bewirken.

Die kindlichen Erfahrungen prägen den Bindungsstil, den jeder in eine Beziehung mitbringt. Wenn Betroffene und Pflegende in der Lage sind, sich ihren Stil bewusst zu machen (sicher, unsicher ambivalent, vermeidend), so können auch Bedürfnisse geschildert und Kompromisse gefunden wer-

Im März sprach Frau Dr. Roskothen, Ärztin und Psychologin aus Bonn, in der Kölner MM-Shg über das Thema: „Selbstbestimmtes Leben – Sicherheit bei Morbus Menière“.

Auf erfreulich lockere Art und mit vielen Schaubildern stellte sie dar, was der MM-Patient selbst tun kann, um ein sicheres Gefühl aufzubauen, das trotz der Anfälle, die immer wieder Unsicherheit hervorrufen, Bestand haben kann.

Zunächst befasste sie sich mit der häuslichen Umgebung. Sie empfahl eine Überprüfung in Hinblick auf Sicherheit bei Schwindel, z.B. Griffe, Geländer in Bad, Küche, Treppenhaus. Auch ein Notrufknopf ist überlegenswert.

Wer sich wohlfühlt, hat weniger Angst, wer weniger Angst hat, fühlt sich sicherer. Also sollte der MM-Betroffene dafür sorgen, dass er sich im häuslichen Umfeld wohlfühlt. Es gibt einige Möglichkeiten, das Wohlfühlgefühl zu stärken. Dazu gehören Düfte (in der Apotheke: Broschüre, „Wie Düfte wirken“), Farben, (Blau beruhigt, Gelb wirkt heiter...) Musik, vor allem entspannende Einzelinstrumente. Singen ist jedem möglich, auch dem Schwerhörigen. Nahrungsmittel, die den Serotoninspiegel aufbauen, (z.B. Nudeln) können für gute Laune sorgen, Nüsse und Bananen können durch Melatonin für eine gute Nachtruhe sorgen, Hautfürsorge (Eincremen, Massieren) sorgt für Serotonin und Dopamin.



den, die im Umgang miteinander Sicherheit und Selbstwertgefühl stärken und für ein ausgewogenes Verhältnis von Nähe und Abstand sorgen.

Zum Abschluss legte Frau Dr. Roskothen allen an Herz, sich der eigenen Stärken und Talente bewusst zu sein, die guten und schönen Dinge im Leben zu sehen und anzunehmen, den Blick auf erfreuliche Kleinigkeiten zu richten, dankbar zu sein für gute Momente, täglich eine gute Tat zu tun – all das hilft, Selbstsicherheit und Selbstwertschätzung zu behalten. Die letzte Folie endete mit den Worten: „Gewinnen Sie Achtsamkeit zu sich und zu anderen, das stärkt Ihre Stressresistenz und Ihre Selbstsicherheit.“

Die Kölner Shg dankt Frau Dr. Roskothen sehr herzlich.

MM-SHG Würzburg: Selbsthilfegruppe „Morbus Menière“ in Würzburg stellt sich vor



Das Aktivbüro der Stadt Würzburg startete am Samstag, den 20. 10.2012 unter der Devise „Selbsthilfe zeigt sich – Treffpunkt Selbsthilfe 2012“ zwischen 11 und 13 Uhr eine Aktion auf dem Würzburger Marktplatz. Über 40 Selbsthilfegruppen folgten der Einladung und nahmen die Möglichkeit wahr, sich und ihre Arbeit in der Öffentlichkeit vorzustellen.

Auch die Selbsthilfegruppe „Morbus Menière“ unter ihrer designierten Leiterin Ines Lux (die noch amtierende Leiterin Margarete Bauer weilte in Urlaub) war mit einem Stand vertreten. Insgesamt boten fünf anwesende Gruppenmitglieder interessierten Passanten die Möglichkeit zur Information und Kontaktaufnahme.

Im Bild Gruppenmitglied Gerhard Puchta, der das Schild der Selbsthilfegruppe für alle weithin sichtbar hochhielt.



Vorbemerkung

Unsere Tagung in Mainz hatte sich in mehreren Beiträgen speziell der Thematik „Morbus Menière und Beruf“ angenommen. (siehe hierzu den Vortrag von Herrn Hugo „Probleme im Beruf, psychologische Aspekte (bei Morbus Menière)“ und die Anmerkungen zum Workshop 1 „Arbeitsplatz und MM, sozial-medizinische Aspekte“)

Unter den nachfolgenden 4 Briefen finden Sie 3 Erfahrungsberichte zum obigen Thema. Der 4. Beitrag ist eine Zusammenfassung der Vorträge anlässlich eines Arzt-Patientenseminars der DTL in Göttingen. Die Erfahrungsberichte zur Thematik „MM und Beruf“ zeigen, wie unterschiedlich Morbus Menière auch in seinen Auswirkungen auf den Berufsalltag sein kann. In den vorgestellten Beispielen erscheint uns unter anderem der Einfluss der Firmengröße und die dienstliche Stellung des Betroffenen von Bedeutung zu sein.

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns Ihre eigenen – positiven und negativen – Erfahrungen aus Ihrem beruflichen Umfeld mitteilen, denn hier liegt nach allen uns bekannten Aussagen Betroffener ein nicht unwesentlicher Einfluss der Menièreschen Erkrankung auf den Lebensalltag. Speziell würde uns interessieren, welcher berufliche Alltag aus der Sicht unserer Leser der häufigere ist.

Auf dem Boden der Tatsachen

Das neue Millennium war gerade mal ein Jahr alt und bei mir lief es beruflich wirklich gut, da fand ich mich plötzlich auf dem Boden der Tatsachen wieder – in diesem Fall war es der Asphalt eines Gehweges in einem Industriegebiet. Eben noch wollte ich mir bei einbrechender Abenddämmerung etwas zu Essen besorgen und dann weiter arbeiten, schon saß ich total erstaunt auf dem Erdboden und die Welt drehte sich um mich. Keine Ahnung wo oben und unten war. Nach einem dunklen Brummen in meinem Ohr setzte der Drehschwindel ein und ich konnte mich gerade noch an der Seite eines geparkten Autos auf den Boden rutschen lassen. Glücklicherweise war gerade niemand unterwegs, der mich sehen konnte. Das wäre mir echt peinlich gewesen.

Nach 10 Minuten rappelte ich mich wieder auf, der Appetit war mir eigentlich vergangen, aber ich musste unbedingt etwas essen. Damals war es für mich glasklar, dass der Schwindel nur von Mangelscheinungen kommen konnte. Ich war durchaus erfolgreich in leitender Position in einer mittelständischen Unternehmensgruppe tätig. Ich strebte eifrig dem klassischen Berufsbild nach: 12 bis 14 Stundentag, dazu noch 2,5 Stunden Fahrzeit mit dem Auto, immer erreichbar, ob im Urlaub oder am Wochenende, hoch motiviert im Umgang mit den Kunden und mit meinen Mitarbeitern. Auch alle „kleinen Nebensächlichkeiten“

wie unregelmäßige Mahlzeiten und keine Pausen hatten sich eingestellt. Was lag da näher, als den Schwindel auf meine Lebensweise zurück zu führen. Für Arztbesuche und solche lästigen Dinge hatte ich eh keine Zeit.

So ging es bis 2006 weiter, obwohl ich mich bemühte, wenigstens zwei Mahlzeiten am Tag einzunehmen. Der Schwindel kehrte in langen Zeitabschnitten immer mal wieder zurück, aber im Großen und Ganzen hatte ich meine Ruhe und ignorierte den Rest. Dann jedoch kam er jede Woche ein paar Mal und dauerte länger und wurde heftiger. Ich musste Termine absagen, verschieben, Meetings verlassen und Kunden versetzen. Mein Arbeitgeber nahm das relativ gelassen hin, weil er wusste, ich würde das alles wieder ausbügeln. Aber ich, ich hatte ein total schlechtes Gewissen, so was durfte mir einfach nicht passieren, es hingen schließlich viele Leute von mir ab. Also gab ich noch mal richtig Gas. Das kostete jedoch unheimlich viel Kraft und was mir früher so leicht von der Hand ging, ging jetzt alles viel schwerer. Je mehr ich Gas gab, desto länger wurden die Erholungszeiten, die ich nach Anfällen brauchte und das machte mich rasend. Ich war völlig unzufrieden mit mir und der Welt. Hinzu kam, dass sich auch noch meine Migräne, die ich seit Kindheit kannte, immer stärker und häufiger meldete. Also doch mal zum Arzt gehen.



Neurologisch wurde dann etwas entdeckt, man wurde sich aber nicht klar darüber, ob es neu oder alt war – wahrscheinlich die Folgen einer Hirnhautentzündung, die ich als Kind hatte. Vorsichtshalber wurde es aber mal behandelt, ebenso wie die Migräne und die Stimmungsschwankungen, die sich inzwischen eingestellt hatten. Bei einem Krankenhausaufenthalt äußerte eine HNO-Ärztin das erste Mal einen Verdacht auf Morbus Menière, der sich aber nicht bestätigen ließ. Da ich inzwischen ziemlich erschöpft war, wurde ich zu einer REHA geschickt und wirklich, das half. Keine Ahnung was da half, jedenfalls ging es mir wieder besser (vielleicht brauchte MM eine Pause). Danach ließ ich mein Arbeitsleben ruhiger angehen, d. h. keine Arbeit mehr am Wochenende und auch das half – erst mal.

2009 traten dann die Anfälle über einen langen Zeitraum in hoher Intensität und gehäuft auf, so dass an Arbeiten nicht zu denken war. Es gab wieder Untersuchungen am „laufenden“ Band. Wer die Terminvergabe in unserem Gesundheitssystem kennt, kann sich leicht vorstellen, über welche Zeiträume sich die Untersuchungen erstreckten. Trotz allen Bemühungen konnte jedoch wieder keine gesicherte Diagnose erstellt werden – somit erfolgte 2010 eine weitere REHA. Dort eskalierten die Ereignisse, zu den Drehschwindelanfällen kamen urplötzlich Drops hinzu und ich fiel von jetzt auf gleich einfach um. Die Rentenversicherung wies mich daraufhin in ein Akutkrankenhaus ein, in dem es einen Schwindelspezialisten gab. Nach vielen Tests und dem Verfolgen einiger Anfälle und Stürze folgte die Diagnose: „Mischform Migräne und Morbus Menière mit tumarkinschen Drops“. Meine Stimmung fand den absoluten Tiefpunkt. Was ich am schwierigsten akzeptieren konnte war, dass ich kein Auto mehr fahren sollte! Ab da wurde mir wirklich erst klar, was es bedeutete, auf dem Land zu wohnen. Behandlungsmethoden, die mir aufgezeigt wurden, kamen mir wenig vielversprechend und risikobehaftet vor und ich wollte davon nichts wissen. Hochdosiertes Betahistin half die Anfälle abzuschwächen. Arbeiten konnte ich auch nach der REHA nicht, im Gegenteil, ich fiel erst mal in ein tiefes Loch.

Was dann geschah, hätte ich mir nicht vorstellen können. Ich hatte 15 Monate Krankengeld be-

zogen und das lief nun aus. So stellte sich für mich die banale Frage, woher bekomme ich Geld? Von der Krankenkasse gab es nichts mehr, vom Arbeitgeber (ich war immer noch ungekündigt) ebenso wenig. Ich musste mich trotz eines bestehenden Arbeitsvertrages arbeitslos melden und nicht nur das, sondern auch unterschreiben, dass ich arbeitsfähig und – willig bin. Hätte ich gesagt, dass ich krank sei, dann hätte ich kein Arbeitslosengeld bekommen und wäre durch unser soziales Netz gefallen. Ich geriet jedoch an fähige Sachbearbeiter und Sozialmediziner. Der medizinische Dienst der Agentur begutachtete „nicht arbeitsfähig“. Eine weitere REHA wurde vorgeschlagen und nach langem hin und her genehmigt. Dieses Mal wurde eine REHA mit Ausrichtung auf MM daraus. Sie brachte zwar keine Linderung der Beschwerden, aber wertvolle Hinweise auf den Umgang mit der Krankheit, sie so zu akzeptieren wie sie ist und was daraus folgt und vor allem mich so zu akzeptieren, wie ich nun bin.

Wie bin ich nun? Die Anfälle sind oft noch heftig, ich finde mich immer noch häufig unvermittelt auf dem Boden wieder, Dauerschwindel hat sich eingestellt, das Gedächtnis arbeitet nicht mehr so gut wie früher, meine Konzentrationsfähigkeit liegt bei 30 Minuten am Stück, meine Stimmung schwankt oft ganz plötzlich. Arbeiten ist nicht mehr drin. Selbst die Rentenversicherung sieht dies so und bewilligte mir auf Anhieb die volle EU-Rente, zeitlich unbeschränkt.

Natürlich hätte ich lieber wieder gearbeitet, nur wie hätte das gehen sollen?

Man braucht dazu:

- verständnisvolle Arbeitgeber, die nicht gerade dick gesät sind
- einen entsprechenden Schwerbehindertenarbeitsplatz
- ein Unternehmen entsprechender Größe, das meine sich immer wiederholenden
- Ausfälle kompensieren könnte
- Kollegen und Mitarbeiter, die mit meinen Anfällen und Stürzen umgehen könnten (mit Kunden ginge das gar nicht)
- Arbeiten, die keine Termintreue voraussetzen und die ich mit meiner eingeschränkten Leistungsfähigkeit erbringen kann
- geregelte Arbeitszeiten mit Ruhe am Abend,



am Wochenende, im Urlaub ohne ständige Erreichbarkeit

- einen Arbeitsort, den ich ohne Auto erreichen kann (wobei ich auch in öffentlichen Verkehrsmitteln genug Probleme habe, z. B. Schülerzüge oder –Busse gehen gar nicht).
- und

Ach so und natürlich bedarf es eines Arbeitsplatzes, ich gehe auf die 60 zu, wer stellt mich denn noch ein – Fachkräfte über 50 sind zwar stark gesucht – die Agentur weiß nur nicht wo. Ich selbst müsste natürlich noch viel mehr Geduld

und Toleranz mit meinen Unzulänglichkeiten aufbringen – das habe ich noch nicht ganz geschafft – aber ich arbeite daran.

Noch eins, in den Zeiten in denen es mir besser geht, versuche ich wenigsten ehrenamtlich zu arbeiten, das gibt mir zumindest eine gewisse Befriedigung! Ich freue mich für alle Leidensgenossen, die noch arbeiten können und bewundere sie dafür und drücke ihnen die Daumen, dass sie es noch lange können! Lassen wir uns nicht unterkriegen!

(Name ist der Redaktion bekannt)

„Mister Menière bei der Arbeit“

Morbus Menière und Arbeitsplatz ist ein vielschichtiges Thema, welches mindestens von zwei unabhängigen Größen bestimmt wird. Zum einen habe ich nach Lesen der Artikel in den vorhergehenden Ausgaben von KIMM aktuell sowie diversen Recherchen im Internet feststellen müssen, dass die Krankheit, die gemeinhin als Morbus Menière bezeichnet wird, in ihrem Auftreten durchaus unterschiedlich sein kann. Zum zweiten ist zu berücksichtigen, dass nicht jeder Arbeitsplatz die gleichen Anforderungen stellt. Sicherlich gibt es Arbeitsplätze, die keinen Ausfall des Mitarbeiters erlauben. Aber das gilt nicht für alle Arbeitsplätze.

Ich bin als Betroffener von den Redakteuren der Zeitschrift KIMM aktuell gefragt worden, ob ich nicht zu diesem Thema einen Beitrag liefern möchte. Dieser Anfrage entspreche ich gerne. Allerdings ist es im Sinne der Vorbemerkung wichtig, alle meine Aussagen ausschließlich im Zusammenhang mit meinem Arbeitsumfeld und der Form, wie sich die Krankheit bei mir geäußert hat, zu sehen.

Zunächst einmal muss ich anmerken, dass ich Angestellter in einer leitenden Funktion in einem großen Unternehmen bin. Ich kann mir meine Arbeitszeit frei einteilen. Hierdurch ergibt sich ein gewisser Freiraum, den sicherlich nicht jeder hat. Trotzdem bin ich der Meinung, dass, auch wenn dies nicht gegeben wäre, eine grundsätzliche Berufsfähigkeit durch Morbus Menière nicht eingeschränkt sein muss.

Zum anderen habe ich den Eindruck gewonnen, dass die Art und Weise, wie sich die Anfälle bei mir äußerten, vielleicht nicht dem typischen Erscheinungsbild entsprechen. Ich möchte daher auch noch erwähnen, dass ich mir nach all den vielen Informationen, die man aus den KIMM Fachtagungen und aus dem Internet entnehmen kann, nicht 100% sicher sein kann, dass meine Krankheit tatsächlich ein Morbus Menière ist. Mir wurde allerdings nach einem Krankenhausaufenthalt, zu dem ich nach einem Anfall mit Übelkeit, Schwindel und Erbrechen kam, ein MM attestiert. Ich halte das aber auch nicht für relevant. Wichtig sind in dem Zusammenhang MM und Berufstätigkeit lediglich die Erscheinungsformen des Anfalls. Bei mir war das im vergangenen Jahr über einen langen Zeitraum hinweg so, dass ich im Mittel 1x/Tag einen Anfall mit einer Dauer von 1 bis 2 Stunden hatte. Im Mittel heißt: Es gab Tage, an denen ging es mir durchweg gut, und es gab Tage, da hatte ich direkt morgens nach dem Aufstehen einen Anfall und im Verlaufe des Nachmittags den nächsten. Zusätzlich zu diesen kleineren Anfällen kamen Anfälle, die heftiger waren und länger anhielten. Dies trat in etwa 1x/Woche auf. Der längste dieser Anfälle hat mich einmal für 14 Stunden außer Gefecht gesetzt.

Da ich vielfach gelesen habe, dass der Anfall plötzlich kommt, möchte ich hier hinzufügen: Bei mir nicht. Ich habe immer die Situation gehabt, dass sich der Anfall langsam ankündigt. Mindestens eine viertel Stunde vorher merke ich, dass es



los geht. In der Regel habe ich Druck auf dem betroffenen Ohr, teilweise ein Rauschen oder Pfeifen, dann wird mir langsam schwindelig. Während des Anfalls brauche ich Ruhe und muss vor allen Dingen meine Augen schließen. Vielfach hat sich ein solcher Anfall bei der Arbeit abgespielt. Man sitzt dann am Computer und stellt plötzlich fest, dass man sich nicht mehr richtig auf die Schrift auf dem Monitor konzentrieren kann. Einen Augenblick später ist es dann auch nicht mehr möglich, ein ganz normales Schriftstück zu lesen. Ich lehne mich dann zurück, schließe die Augen, und warte, dass der Anfall vorüber geht.

Da ich als leitender Angestellter in der glücklichen Lage bin, eine Sekretärin zu haben, lasse ich dann die Termine für die nächsten paar Stunden absagen. Das klappt problemlos, weil mein gesamtes Umfeld über meine Krankheit informiert ist. Das betrifft meinen Vorgesetzten genauso wie meine Kollegen und meine Mitarbeiter. Es ist mir auch schon passiert, dass sich ein Anfall während einer Besprechung angekündigt hat. Auch das im Prinzip kein Problem: Kurze Entschuldigung, dass man sich zurückziehen muss, und dann warte ich in meinem Büro das Ende des Anfalls ab. Danach geht es mir in der Regel sofort wieder gut, und ich setze meine Arbeit fort.

Damit dieses möglich ist, ist es wichtig, dass mein gesamtes Arbeitsumfeld über meine Krankheit informiert ist. Das war zu Anfang schon etwas merkwürdig, alle Kollegen, den Vorgesetzten und die eigenen Mitarbeiter zu informieren. Aber am Ende war es nicht sonderlich schwer. Es überwiegt nämlich die Neugierde. Wer hat denn schon einmal von Morbus Menière gehört, wenn er nicht zufällig einen Betroffenen in seinem näheren Umfeld hat. Somit ist die Krankheit allgemein unbekannt. Die Information über diese Krankheit erweckt dann in der Regel Verständnis und Hilfsbereitschaft. Und es ist sicherlich nicht ehrenrührig, diese Hilfe anzunehmen.

Es gab natürlich auch die länger andauernden Anfälle. Wenn ich das Gefühl hatte, dass der Anfall länger dauerte, habe ich mich von meiner Frau abholen lassen. Glücklicherweise war dies immer möglich.

Krankmelden brauchte ich mich in der Regel nicht. Ganz zu Anfang hatte ich die Situation, dass

mein Hausarzt mich für eine Woche krank geschrieben hat. Ich habe mich dabei nicht so wohl gefühlt. Klar hatte ich hin und wieder einen Anfall, aber in der Zeit zwischen den Anfällen ging es mir gut. Daher wäre ich lieber meiner Berufstätigkeit nachgegangen.

Da ich nicht nur von MM betroffen, sondern gleichzeitig auch noch Vorgesetzter vieler Mitarbeiter bin, möchte ich auch aus diesem Blickwinkel heraus das Thema MM und Arbeit betrachten. Vielfach besteht ja die Angst, aufgrund einer Krankheit nicht mehr arbeitsfähig zu sein. Das ist verständlich. Ich selbst hatte, als ich vor 6 Jahren den ersten Anfall hatte, auch sofort den Gedanken: „Ist das jetzt das Ende deiner Berufstätigkeit – wirst Du überhaupt jemals wieder arbeiten können?“ Wie oben beschrieben, ist das für mich kein Problem geworden. Ich bin auch der Meinung, für eine Reihe von Tätigkeiten müsste dieses genau so möglich sein. Klar gilt das nicht, wenn ich Maschinen zu führen habe oder gar als Kraftfahrer tätig bin, oder wenn ich in irgendeiner Arbeitsumgebung tätig bin, bei der ich völlig auf mich allein gestellt bin. Aber jede Bürotätigkeit sollte problemlos ausführbar sein. Auch im produzierenden Bereich sollte, wenn in einem Team gearbeitet wird, ein MM Betroffener verkräftbar sein.

Als Vorgesetzter habe ich die Situation, dass ich in der Planung von vorne herein mit einem gewissen Krankenstand kalkulieren muss. Dieses muss ein Unternehmen verkraften. Ich habe weiterhin die Situation, dass ich die Arbeiten so planen muss, dass ein Ausfall eines Mitarbeiters jederzeit irgendwie aufgefangen werden kann, und dies unabhängig davon, ob es sich um einen kurzen oder einen länger andauernden Ausfall handelt. Dies fängt mit einer einfachen Erkältung an, bei der ein Mitarbeiter für wenige Tage ausfällt, bis zu den schlimmen Fällen, bei denen ein Mitarbeiter von heute auf morgen zum Beispiel wegen Krebs über Monate oder Jahre ausfällt, oder vielleicht gar nicht mehr wieder kommt. Wenn man in diese Skala die Arbeitsausfälle eines MM-Betroffenen einreicht, dann muss man doch feststellen, dass aus der Sicht heraus der MM für den Arbeitgeber keine Besonderheit darstellt.

(Name ist der Redaktion bekannt)



Morbus Menière- Desaster oder Chance?

Es war zu Beginn des Jahres 2011, als sich mein Leben für immer änderte. Eines Abends, nach tagsüber anhaltend starkem Ohrdruck, fiel mein Gehör auf der linken Seite aus und dafür brummte es im Ohr. Etwas schwindelig wurde mir und auch ein wenig übel. Ich war völlig verduzt, schob das aber auf Wetter & Co. Am nächsten Morgen ging ich natürlich, wie immer, normal in die Firma – „es“ würde schon wieder besser werden. „Es“ irritierte mich aber den ganzen Tag sehr, dass ich einseitig nichts hörte– außer dem mir bisher unbekanntem Tinnitus– und der Ohrdruck war noch immer nicht besser. „Es“ behinderte mich enorm bei der Kommunikation mit den Kollegen, bei der konzentrierten Arbeit, beim telefonieren. Durch die übermäßigen Konzentrationsversuche entstanden starke Kopfschmerzen – da konnte ich „es“ nicht mehr ignorieren.

Ich wartete noch das Wochenende ab und ging dann, weil „es“ nicht besser wurde, zum nächstgelegenen HNO-Arzt. Dieser stellte einen Hörsturz fest und schrieb mich sofort krank. Das gefiel mir gar nicht und ich ersuchte um eine weitere HNO-Arztmeinung. Von dort wurde ich sogar auf der Stelle in die HNO-Klinik eingewiesen. Eine fünftägige Cortison- und Elektrolyttherapie brachte jedoch – außer einem Nachlassen des Ohrdruckes – keinerlei Besserung der Hörempfindung. Auch nach der Entlassung besserte sich mein Zustand nicht – im Gegenteil. Ich war immer schnell erschöpft, der Tinnitus hinderte mich am Ein- und Durchschlafen und der Ohrdruck wuchs wieder an, hin und wieder kreiste um mich herum die Welt, wie ich es noch nie erlebt hatte.

Nach ca. fünf Wochen Krankschreibung meldete sich mein Arbeitgeber bei mir mit der Bitte, doch wieder arbeiten zu kommen – so viele Stunden und solange ich täglich könne – bei vollem Gehalt, da meine liegengebliebene Arbeit sich häufe und der gesamte Betriebsablauf gefährdet sei. Obwohl ich mich nicht arbeitsfähig fühlte, habe ich der Bitte entsprochen, denn ich wollte keinesfalls meinen Arbeitsplatz verlieren. Aber zunehmend schlechter konnte ich mein Arbeitspensum bewäl-

tigen, machte ich Fehler, musste ich unfreiwillig wegen der Attacken am Arbeitsplatz (manchmal unter dem Schreibtisch liegend) pausieren oder oft ganze Tage fehlen. Trotz meines körperlichen Unwohlseins versuchte ich, die liegengebliebene Arbeit aufzuarbeiten, den täglichen Anforderungen zu genügen und meinen gesundheitlichen Missstand zu verdrängen. Die erhaltenen Medikamente (Betahistin) machten mir das Ganze noch schwerer, denn ich fühlte mich durch sie ständig benommen, Dauerschwindel kam hinzu und ich konnte mich nur noch minutenweise konzentrieren.

Im Juli wurde mir von meinem Arbeitgeber nahegelegt, mich doch besser wieder krankschreiben zu lassen, da es so keinen Zweck hätte und ich meine Arbeitsaufgabe nicht mehr genügend erfüllen könne. Außerdem befürchte man, dass die Berufsgenossenschaft Schwierigkeiten machen könne, wenn sie erführe, dass mein Arbeitgeber mich, trotz ärztlich angeratener Krankschreibung, zur Arbeit nötige. Ich ließ mich also erneut krankschreiben, ohne zu wissen, wie lange dieser Gesundheitszustand noch anhalten würde und ohne eindeutige Diagnose, geschweige denn der Ursache für meine Erkrankung. Ich war verzweifelt und es nervte mich unendlich, dass die Ärzte noch immer rätselten, was „es“ denn war.

Eine Woche später wurde mir von meinem Arbeitgeber „aus betrieblichen Gründen“ gekündigt. Ich war geschockt. Ich – Leiterin für Buchhaltung und Controlling – war seit mehr als 8 Jahren in Vollzeit in derselben Firma angestellt. Nie gab es Klagen über meine Arbeit – im Gegenteil – mein Chef war stets des Lobes voll. Natürlich gab es daraufhin einen Arbeitsrechtsstreit um meinen Arbeitsplatz, welcher mir jedoch nur eine Abfindung in relativ geringer Höhe einbrachte, da die Firma (laut Richter) „nicht groß genug“ war und somit die gesetzlichen Richtwerte nicht eingehalten werden mussten. Außerdem nahm man in der Firma kurzerhand eine sogenannte „Umstrukturierung“ vor. Man verlagerte einige meiner Arbeitsaufgaben nach „außer Haus“ und



„rationalisierte“ so meinen Arbeitsplatz weg. Ich hatte keine Chance mehr, denn ich konnte auch nicht sagen, wie lange meine mysteriöse Krankheit noch dauern würde.

Im April 2011 wurde bei mir aufgrund meiner Beschreibungen der Drehschwindelanfälle, die mich zunehmend überraschten, in der HNO-Ambulanz erstmals der „Verdacht“ auf Morbus Menière geäußert. Umfangreiche Untersuchungen und Tests im Juli 2011 zeigten bleibende Schwerhörigkeit und eine bereits bestehende Beeinträchtigung des Gleichgewichtsorgans. Damit wurde der „Verdacht“ erhärtet. Im Verlaufe der Zeit erlebten mich 4 verschiedene HNO-Ärzte in Kliniken, Schwindelambulanzen und ihren Praxen im akuten Anfall. Die Schwindelanfälle dauern bei mir zwischen 3 und 12 Stunden – danach bin ich meist noch längere Zeit benommen und sehr müde.

Es gibt in meinem Anfallgeschehen selten relativ ruhige Intervalle, in denen ich einige Tage keine Schwindelattacken habe. Dann wiederum treten sie täglich auf, mitunter sogar mehrmals täglich. Die Dauer ist jeweils unterschiedlich und ebenso die Heftigkeit des jeweiligen Anfalls. Oft kommt auch starke Übelkeit dazu, manchmal unstillbares Erbrechen. Taumelnder Gang und das Unvermögen, Gegenständen auszuweichen, treten ebenfalls im akuten Anfall, bzw. als „Vorboten“ oder „Nachwehen“ eines Anfalls auf. Seit September 2011 bin ich als schwerbeschädigt eingestuft – nunmehr mit einem GdB von 70 und den Kennzeichen „G“ und „B“.

Aus der Reha im Frühjahr 2012 (explizite stationäre Reha für Morbus Menière) wurde ich arbeitsunfähig entlassen, jedoch mit dem Hinweis, dass „das ja nicht sooo schlimm für mich sei, denn ich hätte ja einen Mann, der mich finanziell versorgen könne“. Außerdem gab man mir den Rat, mir einen Halbtagsjob zu suchen, da an Vollzeit nicht mehr zu denken wäre. Das wurde mir, als einer – Vollzeitarbeitskraft aus Leib und Seele – im Ernst gesagt! Ein nach der Reha automatisch erfolgter Antrag auf Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbs-

minderungsrente wurde von der Rentenversicherung jedoch abgelehnt.

Der zuständige Psychologe bei der dort allgemein üblichen Einzelgesprächstherapie vermutete, dass ich wohl in meiner Kindheit falsche Vorbilder gehabt hätte, weil ich so stark unter meiner nunmehrigen Arbeitsunfähigkeit leide. Ihm würde es an meiner Stelle keinesfalls so ergehen, meinte er allen Ernstes, da er sich nicht, wie ich bisher, zum großen Teil über seine Arbeit definiere. Er diagnostizierte eine mittelschwere Depression. Ich kam mir wirklich veralbert vor, als mir zum Abschied der Chefarzt sagte, ich solle zusehen, dass ich bald wieder dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stünde.

Leider muss ich zugeben, dass mir mein Unvermögen, konzentriert zu arbeiten und Leistung zu erbringen, wirklich sehr zu schaffen macht. Im Alltag vergesse ich vieles und ich verlerne, mit Menschen zu kommunizieren. Selbst Telefonate stellen eine Herausforderung dar oder das Aufsetzen eines Briefes. Ich bin oft traurig, todmüde, mut- und kraftlos, wie gelähmt. Manchmal ist mir einfach alles egal und ich könnte mich nur noch verkriechen.

Trotz allem besorgte ich mir Literatur, forschte im Internet zum „Verdacht“ und war sehr erstaunt, mich in der Beschreibung des Krankheitsverlaufes Morbus Menière in allen Details wiederzufinden. Allerdings erfuhr ich auch, dass man bis zu diesem Zeitpunkt noch keine 100%-ige Methode entwickelt hatte, um den endolymphatischen Hydrops beim lebenden Patienten darzustellen. Deshalb wurde auch immer nur vom „Verdacht“ auf Morbus Menière gesprochen. .

Um neue Befunde zu erhalten, aktiv neue Behandlungsmöglichkeiten zu finden und nebenbei wiederum die erforderlichen Beweise für eine gesicherte Diagnose „Morbus Menière“ zu erhalten, hatte ich mir für Februar 2013 einen Termin im „Deutschen Schwindelzentrum“ der LMU München vereinbart. Dort wird in enger Zusammenar-



Morbus Menière- Desaster oder Chance?

beit von Neurologen, HNO- und Augenärzten ein umfangreiches Bild des jeweiligen Schwindelzustandes geschaffen, das sowohl unzutreffende Krankheiten ausschließen als auch zusätzliche entdecken kann. Hier stellte man bei mir endlich die Diagnose: den „gesicherten Morbus Menière“ (durch das neue Darstellungsverfahren LEIM-MRT) und zusätzlich die einer „vestibulären Migräne“.

Die Letztere erklärt endlich meine fast täglichen Schwindelanfälle. Das bestätigte meine Beschwerden auch bei der Arbeit. Nach ca. 30 min PC-Arbeit oder beim konzentrierten Lesen baut sich bei mir zunehmend ein Schwindelgefühl auf und ich kann die Zeilen nicht mehr entziffern. Es gibt „blinde Stellen“, wo Buchstaben verschwinden – andererseits erscheinen auch wieder Doppelbilder. Daraus folgt, dass ich beruflich leider noch immer nicht einsetzbar bin, weil meine Arbeitsaufgabe stets zwingend mit PC und Lesenkönnen verbunden ist. Die Oberärztin bezeichnete meine Probleme als typisch für diese Krankheit.

Mittlerweile stellt die Häufigkeit und Intensität der Anfälle auch enorme Einschränkungen bei der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben für mich und meinen Ehemann dar. Ich verbringe sozusagen mehr Zeit mit „Mr. MM“ als mit meinem Mann. Manchmal kommt es mir so vor, als würde ich „Mr. MM“ besser in all seinen Spielarten kennen als ihn. Meine Familie ist jedoch sehr rücksichtsvoll – ich werde, wenn es geht, stets entlastet und mir strömt Verständnis in jeder Lebenslage entgegen.

Trotzdem haben wir Freunde verloren, seit wir nicht mehr so ohne weiteres zu Ausflügen wegfahren und/oder Einladungen annehmen können, wie es uns beliebt, sondern auf meinen Gesundheitszustand Rücksicht nehmen müssen. Die von uns so geliebten Kino- oder Konzertbesuche sind unmöglich geworden, da die Musik, die vielen durcheinander sprechenden Menschen, die bewegten Bilder – bei mir Schwindel und Übel-

keit auslösen. Partys oder ähnliche Feierlichkeiten kann ich, sogar bei guter Tagesform, nur kurz besuchen, da mich die Geräuschkulisse überfordert und ich nach kurzer Zeit den Gesprächen nicht mehr folgen kann.

Selbst Einkaufen ist mir fast unmöglich, da die Regale im Supermarkt oder die vielen Waren der Auswahl bei mir zu Schwindelzuständen führen.

Da ich auch nicht mehr Autofahren darf, ist meine Mobilität erheblich eingeschränkt. Sogar als Fußgängerin auf der Straße habe ich Probleme, da ich meinen Blick nicht schnell von rechts nach links und zurück bewegen kann, ohne dass mir schwindlig wird. Das Richtungshören ist unterbunden durch meine starke Schwerhörigkeit auf dem MM-Ohr. Ein Hörgerät wird mir nicht angeraten, da das Hörvermögen noch immer fluktuiert.

Seit dem 1.1. 2013 erhalte ich volle Erwerbsunfähigkeitsrente von der Deutschen

Rentenversicherung (nicht allein wegen Morbus Menière und vestibulärer Migräne, sondern auch noch wegen diverser nicht operierbarer Verletzungen und Einschränkungen an Wirbelsäule und Bewegungsapparat) – zunächst befristet. Da ich nach 1961 geboren bin, bekomme ich jedoch keine Berufsunfähigkeitsrente mehr von der Deutschen Rentenversicherung. Eine private Berufsunfähigkeitsversicherung hatte ich deshalb bereits in 2005 abgeschlossen. Trotzdem ich voll erwerbsunfähig bin, alle Voraussetzungen erfülle und all jene Krankheiten, wegen denen ich nun nicht mehr arbeiten kann früher, zum Abschluss des Vertrages noch nicht vorlagen, erhalte ich keine Leistungen der Versicherung, In einem Gutachten, das ein HNO-Arzt (nach Wahl der Versicherung) über meinen Gesundheitszustand verfasste, steht, dass ich wahrscheinlich zu übermäßiger Selbstbeobachtung neige und er die Häufigkeit meiner Anfälle bezweifle, da ich vor Ort bis zum Ende der Untersuchung keinen Anfall in seiner Anwesenheit erlitten hatte. Alle bereits vorliegenden Untersuchungsergebnis-



se und Befunde waren für ihn uninteressant. Er sagte mir wörtlich, dass er nur das bescheinigen könne, was er im Moment sähe. Damit war die Angelegenheit für die Versicherung erledigt und ich als „Psychopathin“ abgeurteilt. Als „Psychopathin“ ist man jedoch ganz und gar nicht berufsunfähig – nach Ansicht der BU-Versicherung.

Ich habe nach Beendigung meines Studiums, 1984, stets in Vollzeit gearbeitet und seit einigen Jahren auch noch zusätzlich in einem Minijob. Jedoch ersetzt die Erwerbsunfähigkeitsrente gerade mal zu einem Drittel meinen früheren Verdienst. Wir sind auf die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente angewiesen, da uns diese den sozialen Abstieg ersparen sollte. Gegenwärtig gehe ich rechtlich gegen diese Versicherung vor, die in den Medien noch immer sehr aktiv mit der guten Qualität ihrer Versicherungen wirbt. Es kostet mich unendlich viel Kraft, diesen ungleichen Kampf zu führen. Aber ich glaube an mein Recht und dass ich als Präzedenzfall allen denen helfen könnte, die mit ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung ähnliche Probleme haben oder haben werden.

Nach wie vor suche ich neue Wege und Möglichkeiten, meine Krankheiten zu lindern oder zu heilen. Ich habe begriffen, dass ich in meinem Berufsleben ständig unter Volldampf stand, auch wenn ich stolz war und bewundert wurde, weil ich viel leistete. Aus heutiger Sicht hat mir der Morbus Menière zwar meinen Arbeitsplatz „gestohlen“, aber damit auch einen „Bremsklotz“ zwischen die Füße geworfen, dank dessen ich zur Besinnung gekommen bin. Im stressigen Berufsalltag lässt sich schwerlich eine zusätzliche Pause einlegen, in der man über seine Verhaltensweisen nachdenken und seinen Blickwinkel verschieben kann. So etwas muss man lernen und manchmal wohl auch auf die brutale Weise. Ich weiß, dass es für mich wichtig ist, in Zukunft Prioritäten zu setzen, nach innen zu lauschen, was ich eigentlich will, und nicht nur den Wünschen des Arbeitgebers, der Kollegen oder der Familie und der Freunde zu entsprechen.

Ich weiß nicht, wohin mich meine berufliche „Reise“ noch führt und ob sie weitergeht. Stets hoffe ich, dass ich eines Tages wieder dazu fähig sein werde, mir meinen Lebensunterhalt selbst zu verdienen. Doch welcher Arbeitgeber wünscht sich schon eine Arbeitnehmerin, die gesundheitlich eingeschränkt, dadurch unzuverlässig und unkalkulierbar ist – noch dazu mit so hoher Qualifikation und mit einem Alter über 50? Selbst mein sogenannter „Büroberuf“ ist, unter den gegebenen Umständen, für mich unmöglich auszuführen, da er höchste Konzentration und ständige Erreichbarkeit verlangt.

Vielleicht lässt sich mein Hobby – das Malen – ausbauen oder ich finde über die Ausbildung unseres Hundes (den wir seit Juni 2012 haben) einen neuen Lebensinhalt? Von diesem – unserem Hund – konnte ich schon einiges lernen, z.B. auch, dass man besonders den Augenblick genießen und nicht vorwiegend „in die Zukunft philosophieren“ sollte. Denn das Leben ist kurz und – trotz Morbus Menière – können wir alle noch eine Menge Freude am Leben haben.

(Name ist der Redaktion bekannt)





Bericht über das Arzt-Patientenseminar der DTL in Göttingen am 25.5.2013

Am 25.5.2013 wurde durch die DTL ein Arzt-Patientenseminar in Göttingen durchgeführt. Frau Hill, Teilnehmerin des Seminars und aktive Teilnehmerin des Internetforums sh-meniere hat uns freundlicherweise die aus ihrer Sicht wesentlichen Aussagen der einzelnen Vorträge zusammengestellt und zugeschickt. Dafür unseren herzlichen Dank.

- Prof. Dr. Matthias, Chefarzt der HNO der Universitätsmedizin Göttingen:
„Cochlea-Implantat bei Schwerhörigkeit und Taubheit – eine neue Chance zum Hören“
 Eine Hörgeräte-Indikation sollte ab ca. 30 dB bestehen, ab ca. 80 dB sollte über ein CI nachgedacht werden. Die Einsatzmöglichkeiten wurden genau erklärt. Auch über die CI-Versorgung bei Säuglingen und Kindern gesprochen und mit Zahlen belegt, welche sprachliche Entwicklung in diesem Alter erreicht werden kann.

Bei weiteren Fragen zum Thema CI, Hörstörungen usw. wurde dieser Kontaktlink angegeben:
www.hno.med.uni-goettingen.de

- Dr. med. Roland Zeh, Chefarzt der Kaiserbergklinik Bad Nauheim:
„Nachsorge nach Cochlea Implantat“
 Dr. Zeh, selber CI-Träger, erklärte, welche Nachsorgemöglichkeiten in der Reha absolute Prioritäten haben. Es wurde deutlich, wie wichtig die einzelnen Therapiemöglichkeiten sind und welche positiven Entwicklungen erreicht werden können. Im Anschluss gab er Tipps, wie man einen Reha-Antrag formulieren sollte: Man sollte nicht nur seine Diagnosen angeben, sondern ausführlich die Funktionseinschränkungen beschreiben! Egal, ob der Antrag bei der Rentenversicherung oder Krankenkasse gestellt wird!!

Stellt man den Antrag bei den Krankenkassen, so wird dies über ein Formular 61 gemacht, welches nur niedergelassene Ärzte durch die Ärztekammer bekommen. Außerdem berichtete er, dass die Behörden für die Bearbeitung eines Reha-Antrages eine zeitliche Vorgabe von 2 Wochen haben und aus diesem Grund schon allein sehr viele Ablehnungen verschickt werden. Also unbedingt Widerspruch einlegen!! Erfahrungsgemäß erhalten 20% nach Widerspruchsverfahren eine positive Rückmeldung und bei nachfolgend genannter Formulierung sogar teilweise noch mehr. Formulierung: Hiermit lege ich Widerspruch gegen den Bescheid vom ein. Meine Begründung erhalten Sie nach Rechtsauskunft durch meinen Rechtsbeistand. Die Begründung kann man dann in Ruhe ausformulieren, bzw. sich eingehend beraten lassen.

Herr Dr. Zeh berichtete, dass man den Tinnitus-Ton genau bestimmen kann und dieser sich im selben dB-Bereich befindet wie der Hörverlust. Eine Ausnahme bildet der MM, wo es hohe Tinnitus-Töne gibt bei gleichzeitigem Tieftönenverlust.

Bei weiteren Fragen zu diesen und anderen Themen gab er folgende Kontaktadresse an:
roland.zeh@median-kliniken.de

- Reinhard Heise, Sprecher der DTL-Selbsthilfegruppe Göttingen:
„Selbsthilfe als Säule des Gesundheitssystems“
 Es findet momentan eine Überarbeitung des Leitfadens für gemeinnützige Selbsthilfegruppen statt. Von den bereitgestellten Geldern sollen nun auch halbstaatliche Einrichtungen, wie Selbsthilfe-Unterstützungsstellen und Selbsthilfegruppen, die nur online aktiv sind, an diesem Topf mitbeteiligt werden. In Zukunft soll nur noch der Fehlbedarf, der erwirtschaftet wurde, gefördert werden.

Hier wurde die Initiative jedes Einzelnen angesprochen, sich dafür einzusetzen, dass dieser Leitfaden nicht zustande kommt!



- Volker Albert, Präsident der DTL und seine Ehefrau, Therapeutin Edith Baillieu:
„Tinnitus, Hörstörungen und daraus folgende Partnerschaftsprobleme“
Im Vorfeld dieses Themas wurde dieser Link im Internet empfohlen:
<http://www.hoerakustik.net/index.php?opt....oeren&Itemid=59>
Dieser Vortrag der alltäglichen Probleme von gemischt hörenden Partnern gab kleine Anregungen im Umgang wieder. Emotionen auf zwischenmenschlicher Basis finden im Hochtonbereich statt. Menschen mit lautem Tinnitus und einem Hörverlust in diesem Bereich erleben deshalb auch oftmals Missverständnisse.
- Frau Dr. Nicola Strenzke, Uni-HNO-Klinik Göttingen:
„Morbus Menière-Abgrenzung in der Schwindeldiagnostik und Therapiemöglichkeiten“
Sie ergänzte die bisherigen Ursachen durch mögliche Infektionskrankheiten, wie z.B. Borreliose. Außerdem nannte sie als weiteren ergänzenden Punkt den Druck im Ohr als Merkmal für MM. Bei den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass es bei einem helfen, aber beim nächsten nicht helfen könne.
- Prof. Dr. Gerhard Goebel, DTL-Vizepräsident, Schön-Klinik Prien/Chiemsee:
„Neues aus der Tinnitus-Forschung“
In der Tinnitus-Forschung hat sich nichts Neues ergeben. Es gibt jedoch auch TT-Geräusche, die von außen hörbar sind, z.B. Geräusche der Halsschlagader.
TT-Betroffene können durch starkes Öffnen des Mundraumes ihren TT positiv und durch starkes Aufbeißen der Zähne negativ beeinflussen, ebenso verkrampfte Muskeln im Hals- und Nackenbereich. Das liegt an der engen Verbindung zwischen Muskulatur und Hörnerven. Mittels EEG (Elektroenzephalogramm, Messung der Gehirnströme), kann ein TT nachgewiesen werden. Dabei liegen die Deltawellen sehr hoch und die Alphawellen sehr niedrig, dieser TT sei evtl. durch Neurofeedback therapierbar. (Kroymann und Goebel)

Andrea Hill, Teilnehmerin der Veranstaltung





H. Schaaf: Schwankendes Hörvermögen im Tieftonbereich – Kein notwendiger Vorbote eines M. Menière

(Zur Publikation von Claes, G, de Valck, C; van de Heyning, P., Wuyts, F. (2013) Does „Cochlear Mènières Disease“ exist? An eletrocochleographic and audiometric study. *Audiol Neurotol* 18: 63-70)

Anfang 2013 ist ein Artikel zum Problem der Tieftonhörverluste erschienen von G. Claes (Universität Antwerpen), einem Autor, der weltweit führend die Menière Klassifikationen mitbestimmt hat, zum Thema Tieftonschwankungen.

Bedeutend, wenn nicht fast schon „sensationell“ ist dabei weniger die von ihm publizierte Erkenntnis, sondern die Anerkennung der Fakten von einem in der HNO Fachwelt renommierten Autor. Obwohl die Anzahl der von ihm Untersuchten klein und die Untersuchungen auf den Höranteil beschränkt sind, könnte die daraus gezogene Schlussfolgerung zu einem Umdenken bei „meniere-iform“ erscheinenden Hörveränderungen führen. Das ist – innerhalb der Menière-Welt – fast schon mit der Anerkennung der Erkenntnis Galileos vergleichbar, dass sich die Sonne doch nicht um die Erde dreht.

Bislang werden Patienten mit schwankendem Hörvermögen – auch ohne Schwindel – nahezu regelhaft als ein „beginnender Morbus Menière“ oder als „monosymptomatischer Menière“ gewertet und mediziert, so als ob es nur noch eine Frage der Zeit sein würde, ehe der typische Menière Schwindel einsetzen müsste und sich das Krankheitsbild voll ausprägte. Tatsächlich entwickeln aber nur um die 10% der Patienten einen Morbus Menière. Das ist immer noch zu viel für die, die dann mit der Erkrankung umgehen müssen, aber ist dann einer von 10 und nicht etwa 9 von 10.

So ist sehr wahrscheinlich, dass wiederholte Hörschwankungen im Tieftonbereich (mit oder ohne Tinnitus), eine – relativ häufige – Sonderform der Tinnitus- und Hörerkrankungen sind, die ein eigenständiges Krankheitsbild darstellen. Dabei bilden – wie beim Menière, aber eben beschränkt auf den Höranteil, – sogenannte „Endolymphatische Schwankungen“ in der Schnecke die organische Endstrecke dieser Erkrankung.

Dies ist aber im Denken vieler HNO-Ärzte weltweit ganz anders verankert, so dass sich viele Patienten bei wiederholten Hörverlusten mit der Diagnose eines Morbus Mènières auseinandersetzen

müssen, worauf dann oft und unnötig die entsprechenden Ängste und (psychogene) Schwindelzustände entstehen können.

Claes, de Valck, van de Heyning und Wuyts haben nun auf der Grundlage von 21 – im Höranteil untersuchten Patienten – gefragt: „Does „Cochlear Mènières Disease“ exist? (frei übersetzt: Existiert ein rein auf das Hören einzugrenzender Morbus Menière?) Sie formulieren dann als Hypothese, dass es eine separate Gruppe von Hörverlusten gibt, die so aussehen wie ein Morbus Menière, es aber nicht sind.

Leider konnten oder haben die Autoren dies (noch) nicht durch aussagekräftige Untersuchungen des Gleichgewichtsanteils absichern können (etwa durch Untersuchungen der Bogengang- und Otolithenfunktionen).^[1] Eine Elektrocochleographie kann sicherlich zusätzliche Informationen über den cochleären Anteil geben, aber keine Informationen über den vestibulären Anteil, so dass sicherlich auch in Zukunft die Möglichkeiten für die Prognose der Endolymphschwankungen – mit und ohne Menièreentwicklung – in diesem Sinne erweitert werden sollten. Auch wurden (noch) keine langfristigen Nachuntersuchungen gemacht, sehr wohl aber auf einige die These untermauernde Publikationen hingewiesen.

Damit besteht die Chance, dass diese Erkenntnis Raum greift, weitere Forschungsansätze ermöglicht und eine sachgerechte Aufklärung gelingen kann.

So sollten Patienten bei wiederholten Tieftonschwankungen dahingehend aufgeklärt werden, dass es sich um eine ernste Erkrankung, in der Regel aber auch um ein weitgehend reversibles, also umkehrbares Geschehen handelt, bei den seltenen relevanten andauernden Hörverlusten immer bessere und spezifische Möglichkeiten der Hörgeräteversorgung zur Verfügung stehen.

Wichtig ist, die Abgrenzung zum Morbus Mènière zu definieren, ohne dass dysfunktional (verfälschend) diese Krankheit in Aussicht gestellt wird. Darüber hinaus glauben wir, dass eine genaue Einordnung helfen kann, realistischere Aussagen zur Entwicklung eines beidseitigen Morbus Mènière zu machen. Auch hier scheinen uns die oft sehr hoch ermittelten Zahlen mit dadurch bedingt zu sein, dass sehr viel mehr als Menière gewertet

Das kleine MM-ABC

(von Teilnehmern des sh-meniè-re-forums erstellt)



wird, als es tatsächlich sachgerecht angemessen wäre.

Wir konnten inzwischen sehr viele Patienten auch langfristig verfolgen, die sich mit schwankendem Hörvermögen im Tieftonbereich vorgestellt haben (Schaaf, H, Hesse G. (2007) Rezidivierende Tiefton-Hörverluste – ohne Schwindel – ein eigenes Krankheitsbild? Eine (Nach) Längsschnittuntersuchung nach 4 und nach 10 Jahren. HNO, S. 630 – 637)

Wünschenswert wäre daher, dass über die audiologischen Diagnosemöglichkeiten hinaus zunehmend auch vestibuläre Befunde (also auch die Otolithenfunktionen mittel c- und o- VEMPS¹) mit eingeschlossen werden können und die Patienten angemessen lange nachuntersucht werden könnten.

Wir versuchen das in unserer Klinik und Ambulanz, haben dies aber bisher noch nicht wissenschaftlich auswerten können. Wir wollen aber absehbar die Möglichkeit haben, dies längerfristig nach und nach zu untersuchen.

[1] Schaaf, H und L.E Walther (2011) Erweiterte Diagnosemöglichkeiten bei M Meniere. Tinnitus-Forum 2/11 S. 40 -45

[2] Schaaf, H und G. Hesse (2012) Endolymphschwankungen: Stau im Höranteil– Turbulenzen im Gleichgewichtsorgan. 50 S. Broschüre. Deutschen Tinnitus Liga (DTL)

¹ c-o-VEMPs: okuläre (das Auge betreffende) und cervikale (zum Hals oder Halsteil eines Organ gehörend) vestibulär (den Gleichgewichtssinn betreffend) evozierte (ausgelöste) myogene (vom Muskel ausgehende) Potentiale (z.B. als Teil der Diagnostik der Sacculusfunktion)

Anbei geben wir „Das kleine MM-ABC“ wieder. Es ist von einigen Teilnehmern des mit uns freundschaftlich verbundenen internet-Forums sh-meniè-re.de erstellt worden und zeigt, dass gemeinsames Erleiden einer Krankheit die humorvolle Sicht auf die Welt nicht ganz versperren sollte und kann. Wir hoffen, dass Sie sich und Ihre Erfahrungen auch in den etwas härteren Formulierungen wiederfinden, Wahrheit muss nun einmal nicht immer schön sein ...

A: Arlevert... wenn der kleine Schwindel kommt

B: Betahistin... unser Grundnahrungsmittel

C: Camembert, Cappuccino und Champignons: kriege ich nicht hinter, wenn **D** eintritt

D: Drehschwindel... bisher nicht vollständig geklärtes physikalisches Phänomen, bei dem sich die Erdrotation rasant beschleunigt.
Sofortmaßnahme: sich an den Untergrund klammern und **E** bereithalten

E: Eimer, bester Freund und Helfer im Notfall

F: fiese Geschichte, dieser MM!!

G: Gehör... leider auch oftmals betroffen

H: Hamsterrad, drehendes. Hat man vor Augen, wenn bei **D** der Kopf in horizontal und/oder vertikal und/oder sonstwie bewegt wird.

I: Igitt, mag so mancher denken, wenn er **E** zu entleeren hat

J: Jippieeeeehhh, es ist vorbei!!!

K: Kotzerei ohne Ende

L: Lagerungsschwindel – der angenehmere Part bei MM

M: Morbus (= Krankheit), **Menière,** Prosper: französischer Arzt, gilt als „Erfinder“ des Morbus Menière. Hätte der nicht was Besseres erfinden können??

N: Notfallkarte von Vorteil

O: ohne Schwindeltabs und Handy verlasse ich nicht mein Haus

P: Panikgefühle lassen sich nicht immer vermeiden

Q: Quark hilft da nix

R: Ruhe ist angesagt

S: saumäßig, dieses Kreisen im Kopf

T: Tinnitus ist ein Wegbegleiter, den man zum Mond schießen möchte

U: unmöglich, damit ganz allein klar zu kommen

V: versuchen, mit anderen sich auszutauschen und sich nicht auf die Erscheinungen der Krankheit zu konzentrieren

W: WIR SCHAFFEN DAS!!!!

XY: Xylophone schaffen auch diesen ekelhaften Ton, der oft in meinem Ohr zu Hause ist

Z: zum Kirre werden mit dem Herren Untermieter!



Kleines Tagungskaleidoskop



... Informationen ...



... Suppe fassen ...



... eine Klinik stellt sich vor ...



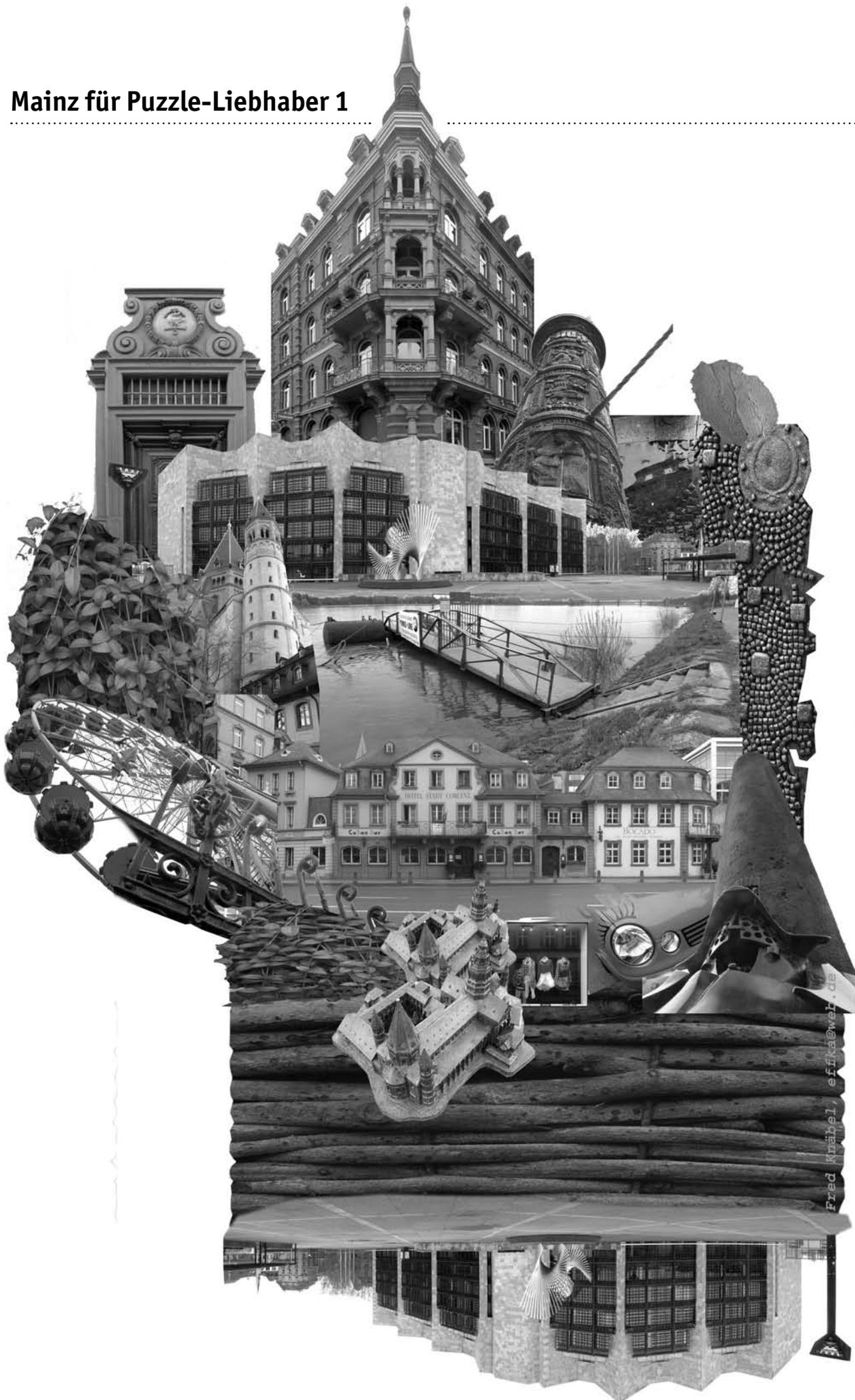
... Gespräche ...



... sich erfreut wiedersehen ...



Mainz für Puzzle-Liebhaber 1





Mainz für Puzzle-Liebhaber 2



Fred Knäuper, efka@web.de



LEICHT 1

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

LEICHT 2

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

MITTELSCHWER 1

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

MITTELSCHWER 2

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

SCHWER 1

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

SCHWER 2

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

SUDOKU, KIMM aktuell, 2013-1



Schaaf, Helmut

Morbus Menière. Schwindel – Hörverlust – Tinnitus. Eine psychosomatisch orientierte Darstellung

7. vollständig überarbeitete Auflage 2012. Verlag Springer. ISBN 978-3-642-28214-0. 34,95 Euro
Das umfassende Werk zu Morbus Menière, zu den Symptomen, zur Behandlung und zum Umgang mit der Krankheit.

Schaaf, Helmut

Gleichgewicht und Schwindel. Wie Körper und Seele wieder auf die Beine kommen können. – Eine psychosomatische Hilfestellung für Betroffene.

5. stark erweiterte und aktualisierte Auflage 2012. Roland Asanger Verlag. ISBN 3-89334-572-4, 19,50 Euro

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, Verlaufsform 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-Menière-Patienten.

Schaaf H., Hesse G.

Endolymphschwankungen im Ohr (Gehör) und Gleichgewichtsorgan

Profil Verlag ISBN 3890195704. 12,80 Euro
Störungen der Endolymph im Ohr und d. Gleichgewichtsorgans unter medizinischen und psychosomatischen Aspekten.

Schaaf H., Hesse G.

Tinnitus – Leiden und Chance

3. Auflage. Profil Verlag
ISBN 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.

Örtliche MM-Selbsthilfegruppen



Berlin

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

Bielefeld

Ohrwuermchen: tinnitus
SelbstHilfeGruppe-Bielefeld
Achim Burkhardt
Tel. 0521-3840644
www.ohrwuermchen-tinnitus.de

Bremen

Bremer MM-Treff
E-Mail: marion@lehmann-global.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
(keine regelmäßige Gruppe sondern persönliche Beratung)

Nürnberg

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

Stuttgart

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

Würzburg

Ines Lux
Florian-Geyer-Str. 46
97076 Würzburg
E-Mail: luxi@kabelmail.de
oder
Margarete Bauer
Kettelerstraße 10
97074 Würzburg
Tel. 0931-35814044
E-Mail: m.bauer@kimm-ev.de

Zur Beachtung! Diese Angaben können sich ändern.
Bitte informieren Sie sich immer bei den angegebenen Kontaktadressen!
Aktuelle Infos über: www.kimm-ev.de , Menü: „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 Gleichgewichtsdiagnostik

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

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

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

Hannover: Medizinische Hochschule Hannover, HNO, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

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

Mainz:
Univ. Klinik, HNO, Langenbeckstraße 1, 55101 Mainz
Römerwallklinik, Römerwall 51-55, 55131 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/am-stiftsberg

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