

KI M M

aktuell



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

Frühjahrstagung 2014 Bad Grönenbach

„Vestibuläre Migräne -
Morbus Menière,
Verwandte oder Bekannte?“

„Morbus Menière - was gibt
es neues in Diagnostik und
Therapie?“

„Begutachtung und deren
Auswirkungen für den Alltag“

Fachartikel:

„Die ausbleibende „Rück-
Anpassung“ auf eine vestibuläre
Krise als Grundlage eines
chronifizierenden Schwindels.“

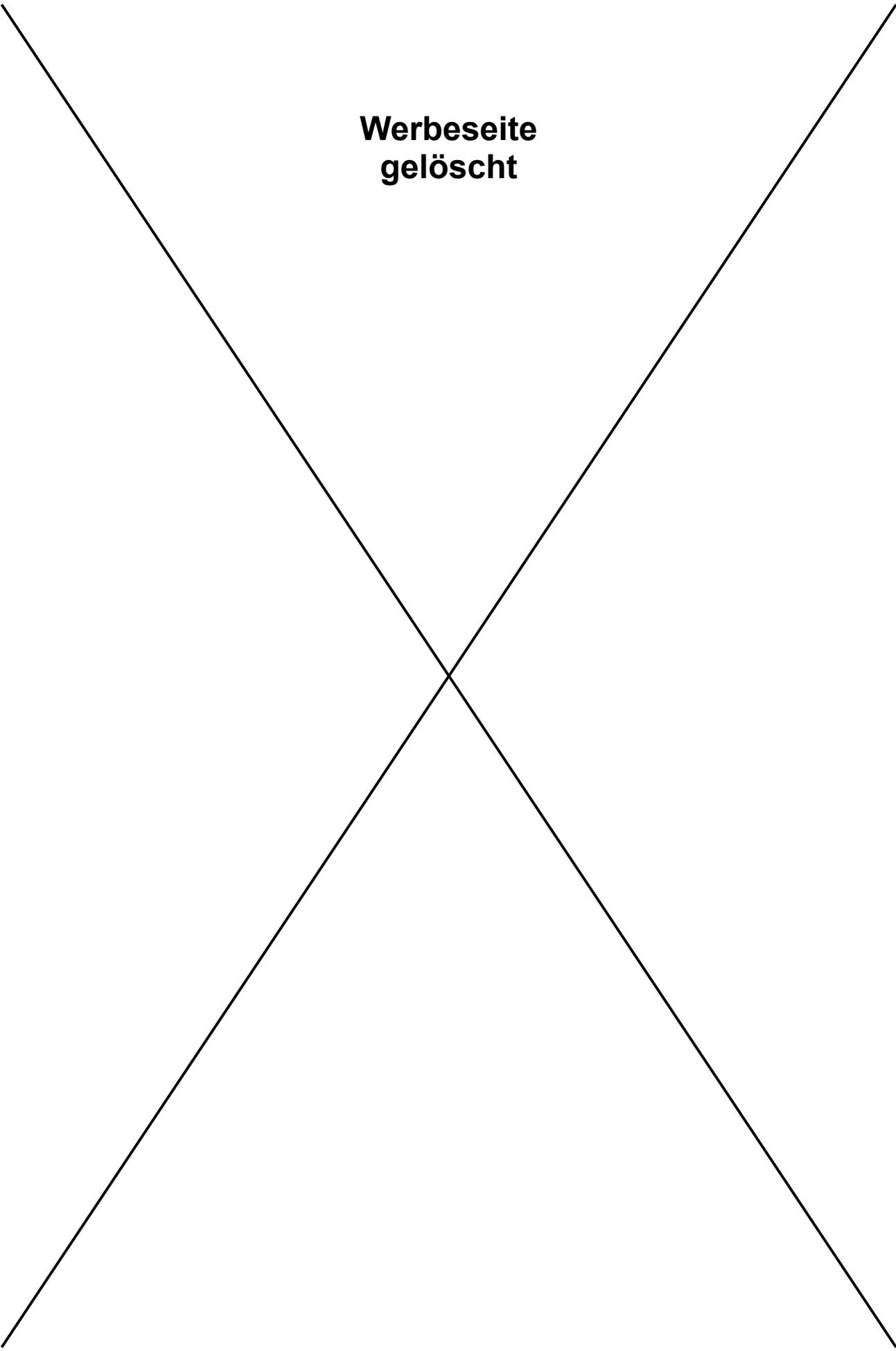
Weitere Themen:

- Mitgliederversammlung
und neuer/alter Vorstand
- Treffen SHG-Leitungen

Erfahrungsbericht:

Anna Bott: „Selbsthilfe
ist Nehmen und (!)Geben“





**Werbeseite
gelöscht**

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

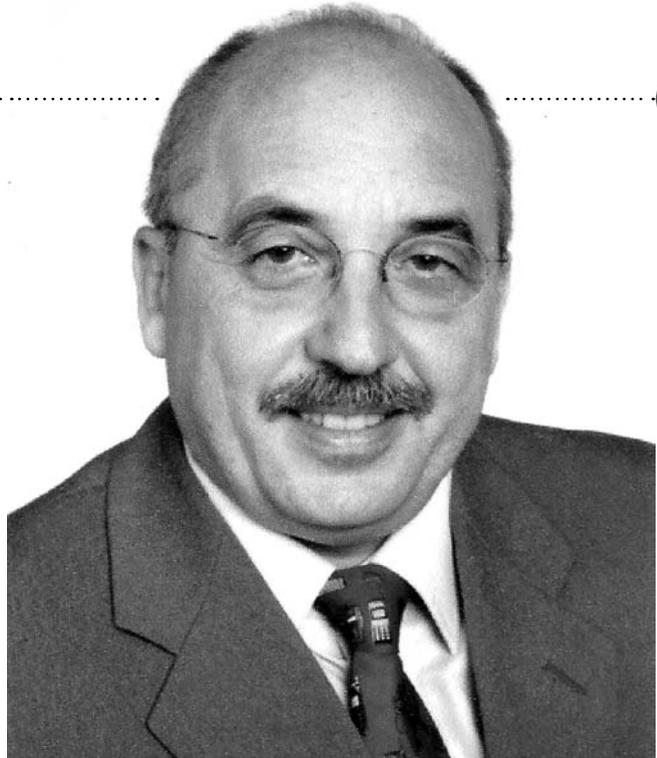
Veränderung und Kontinuität hätte das Motto unserer Frühjahrstagung lauten können.

Nicht nur, dass wir wieder einmal in der Klinik am Stiftsberg in Bad Grönenbach zu Gast waren, sondern auch, dass wir uns glücklich schätzen konnten, für die Fachvorträge erneut hochqualifizierte Referenten zu begrüßen. Sie – die Mitglieder und Freunde von KIMM haben uns die Treue gehalten und so waren wir „ausgebucht“.

Zu Veränderungen kam es dann in der Mitgliederversammlung im Vorstand. Frau Anna Bott, die langjährige Vorsitzende und Herr Dr. Fred Knäbel, Schriftführer und Chefredakteur von „KIMM aktuell“ kandidierten nicht wieder für den Vorstand und traten in den wohlverdienten Ruhestand. Frau Edeltraud Mory wurde zur neuen Schriftführerin und Frau Caïssa Engelke zur neuen Beisitzerin gewählt. Alle anderen Mitglieder des Vorstandes wurden wiedergewählt.

Mir ermöglichte es die Mitgliederversammlung, als neuer Vorsitzender für KIMM tätig zu werden. Sicherlich trete ich in große Fußstapfen. Frau Bott hat Ihr Amt mit viel Charme und Kompetenz ausgeübt und sich großes Vertrauen verdient. Ich bitte Sie, dieses Vertrauen auf mich und die Arbeit des „neuen“ Vorstandes zu übertragen und uns weiterhin in gewohnter Weise zu unterstützen. In diesem Zusammenhang bitten wir erneut darüber nachzudenken, aktiv bei unserer Selbsthilfevereinigung mitzuarbeiten. Selbsthilfe heißt – eben auch selbst den Anderen helfen. Je reger und helfender unsere Gruppe von Betroffenen ist, desto aktiver werden wir – jeder für sich und alle zusammen – zum Wohle der Betroffenen handeln können.

Wo sonst als in Bad Grönenbach hätte eine solche Veränderung stattfinden können. Die Klinik unter Leitung von Dr. Volker Kratzsch unterstützt uns schon seit Jahren und begleitet uns auf unserem Weg. Deshalb ist es uns eine große Freude, dass an der eintägigen Veranstaltung über 70 Personen teilnahmen. Angeboten wurden sowohl Vorträge rund um die Erkrankung, wie z. B. „Einschränkungen im (Berufs-) Alltag – Wenn Selbst-



verständliches nicht mehr selbstverständlich ist...“ oder „Vestibuläre Migräne – Morbus Menière, Verwandte oder Bekannte?“, als auch Workshops für Betroffene und Angehörige. Ebenso konnten Schnupperkurse wie QiGong, Trampolinspringen und Gleichgewichtstraining besucht werden.

Im Herbst 2014 wird die nächste Tagung, fast in der Mitte Deutschlands – in Bad Hersfeld, stattfinden. Wir hoffen, durch dieses Pendeln von Nord nach Süd und vielen Zwischenstationen, langfristig allen Mitgliedern die Möglichkeit zu geben, an einer KIMM-Tagung teilzunehmen, die positive Erfahrung des direkten Austausches mit anderen MM-Betroffenen zu machen und von den Referenten eine direkte qualifizierte Antwort auf Ihre ganz persönliche Frage zu Morbus Menière zu erhalten.

Wir freuen uns auf Sie

Herzlichst Ihr

Dietmar Aland

Grußwort	Grußwort unseres Vorsitzenden Dietmar Aland	1
	Inhaltsverzeichnis	2
KIMM intern	Ankündigung: KIMM-Herbsttagung 2014, 27. 9. 2014, Klinikum Bad Hersfeld, Bad Hersfeld	3
Tagung	Dr. V. Kratzsch: „ Vestibuläre Migräne – Morbus Menière, Verwandte oder Bekannte? “	4
	Dr. Eghlimi: „ Morbus Menière – was gibt es Neues in Diagnostik und Therapie? “	9
	Dr. V. Kratzsch: „ Begutachtung und deren Auswirkungen für den Alltag “	15
	Dr. V. Kratzsch u. Dr. Eghlimi: „ Fragen und Antworten “	20
	I. Lux u. C. Engelke: „ Vorwort “	26
	I.Lux: „ Erfahrungen aus dem Berufsalltag “	26
	C. Engelke: „ Einschränkungen im Berufsalltag – wenn Selbstverständliches nicht mehr selbstverständlich ist “	29
Nachtrag München	Dr. E. Krause: „ Wie kann ich wieder besser Hören? “	34
	Dr. E. Krause: „ Wie kann ich wieder besser Hören? - Fragen und Antworten “	35
Tagung/Workshops	Vorbemerkung: „Workshops auf der Frühjahrstagung in Bad Grönenbach“	36
	Workshop 1: „Erfahrungsaustausch: Wie gehe ich im Berufsleben und im Alltag mit MM um?“	36
	Workshop 2: „Besserer Umgang mit Stress und Angst“	38
	Workshop 3: „Schwindeltraining mit dem Trampolin“	38
Tagung Stimmen	Stimmen zur Tagung aus dem SH-Menièrre-Forum	40
	Zum ersten Mal bei KIMM	42
Fachartikel	HS Die ausbleibende Rückanpassung als Grundlage eines chronifizierenden Schwindels + Ergebnisse einer Nachuntersuchung	43
	C. Heider: „Das innere Gleichgewicht wiederfinden“	54
KIMM intern	Rechenschaftsbericht	55
	Der neue und alte Vorstand	57
	Protokoll Mitgliederversammlung	58
	Abschiedsworte Vorsitzende	59
	Abschiedsworte Schriftführer	59
	Verabschiedung Vorsitzende	60
	Verabschiedung Schriftführer	60
	Der neue Vorsitzende stellt sich vor	62
	Die neue Beisitzerin stellt sich vor	63
	Bericht zum Aktiventreffen	63
Selbsthilfe in Aktion	SHG: Gruppenleitertreffen in Würzburg	64
	SHG: Neue Leitung in Nürnberg	65
	SHG: Bericht aus Köln	65
	SHG: „MM-Treff Nürnberg nimmt an einer Studie teil“	66
	SHG: 9. Gesundheitstag in Würzburg	67
Erfahrungsberichte / Briefe	Vorwort zu Erfahrungsberichten	68
	„Dietwart Gundert und seine Morbus Menière - Geschichte“	68
	Bericht Anna Bott in Bad Berleburg	69
Unterhaltung	Rechnen im Quadrat	72
	Sudoku	73
Literatur	Liste ausgewählter Literatur zu Morbus Menière	74
Adressen	Liste örtlicher Morbus Menière Selbsthilfegruppen	75
Adressen	Liste von Reha-Kliniken	76



Ankündigung:

KIMM Herbsttagung am 27. September 2014 in Bad Hersfeld

Unsere diesjährige Herbsttagung wird am 27. September in Zusammenarbeit mit dem Klinikum Bad Hersfeld stattfinden (Seilerweg 29, 36251 Bad Hersfeld).

Mit dem Tagungsort Bad Hersfeld ermöglichen wir allen Mitgliedern aus dem gesamten Bundesgebiet die Teilnahme, da Bad Hersfeld fast in der Mitte Deutschland und sehr verkehrsgünstig liegt. Sowohl über die Autobahnen als auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist der Tagungsort leicht zu erreichen.

Das Klinikum Bad Hersfeld ist als Akademisches Lehrkrankenhaus der Justus-Liebig Universität Gießen und der Hochschule Fulda angeschlossen. Des Weiteren hat es die Funktion einer Lehrereinrichtung der Technischen Hochschule Mittelhessen für Krankenhaus-Hygiene und Krankenhaus-Technik. Es ist ein modernes Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit 600 Betten verteilt auf 19 Kliniken und Fachabteilungen in Osthessen.

Die Tagung findet in Zusammenarbeit mit der Klinik für „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“ statt. Gemeinsam mit dem Chefarzt Prof. Dr. Peter Issing stimmen wir zur Zeit die Tagungsschwerpunkte ab. Prof. Dr. Issing selbst wird „die Möglichkeiten der Schwindeldiagnostik in einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung“ darstellen, ebenso wie „Die operative Therapie des Morbus Menière“.

Prof. Dr. habil. Leif Erik Walther, niedergelassener Arzt, Blg. Main-Taunus-Klinik und Lehrender an der Universität Heidelberg wird über „Aktuelle Aspekte in der Diagnostik und Therapie des Morbus Menière“ auch aus Sicht des niedergelassenen Arztes referieren. Dr. Hendrik Losenhausen (Psychosomatische Klinik Bad Hersfeld) wird über „Psychische Trigger beim Morbus Menière und somatopsychische Folgen der Erkrankung“ sprechen.

In Workshops werden wieder interessante Themen angeboten. Diese reichen von „Entspannungstechniken“ über „Sturzprophylaxe“ bis zu „Fragen und Antworten zu Cochlea Implantat bei Morbus Menière“ von Neurobiologen Herrn Martin Spreng (Leiter Audiologie) oder Gleichgewichtstraining.

Der genaue Tagesablauf wird Ihnen noch in einer gesonderten Einladung mitgeteilt werden. Mit dieser Ankündigung möchten wir sicherstellen, dass Sie sich den Termin reservieren und gleichzeitig die Chance erhalten, sich hinreichend früh um Fahr- und/oder Übernachtungsmöglichkeiten zu bemühen.

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

Wir freuen uns auf Sie

Dietmar Aland

Impressum

Herausgeber: KIMM e.V. c/o Dietmar Aland, am Sengig 16, 36103 Fliesen. Telefon 06655-9119329
E-Mail: info@kimm-ev.de. www.kimm-ev.de

Redaktion: Dietmar Aland (komm.),
E-Mail: redaktion@kimm-ev.de

Verantwortlich für den Inhalt:
Dietmar Aland, Vorsitzender 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.

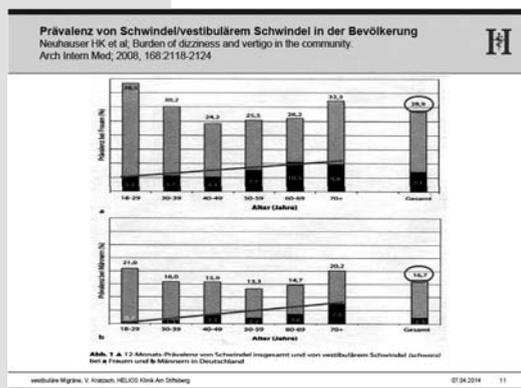
Das Einzelheft kostet 6,00 Euro.

„Vestibuläre Migräne – Morbus Menière, Verwandte oder Bekannte?“



Bei der Vorbereitung zu diesem Vortrag fand ich in meinen Unterlagen, dass ich dieses Thema schon einmal auf unserer gemeinsamen Tagung 2012 behandelt habe.

Ich bin jedoch dankbar, dass KIMM sich Ausführungen zu diesem Thema noch einmal gewünscht hat. In der Zwischenzeit sind doch einige Aspekte hervorgetreten, die man berücksichtigen sollte.



Häufigkeit von Schwindelerkrankungen

Am Anfang vielleicht der Hinweis: nimmt man alle Formen von Schwindel zusammen, sind Männer weniger betroffen als Frauen. Ein Drittel der Frauen bekommt in ihrem Leben irgendwann mal Schwindel, aber nur 15 oder 16% der Männer.

Betrachtet man alle Formen zusammen, so tritt der Schwindel unabhängig vom Alter auf. Dies trifft aber nicht auf die vestibulären Schwindelerkrankungen zu. Beim vom Innenohr ausgehenden Schwindel sieht man eine deutliche Altersabhängigkeit. Diese Erkrankungen nehmen mit dem Alter zu. Auch die Verteilung der Geschlechter weicht vom allgemeinen Trend ab, beim Drehschwindel sind Männer und Frauen etwa gleich häufig betroffen.

(Schaubild Prävalenz von Schwindel/vestibulärem Schwindel in der Bevölkerung)

Was sind nun die häufigsten Drehschwindelerkrankungen?

Der **gutartige Lagerungsschwindel (BPLS)** ist der häufigste Drehschwindel. Dieser ist gut behandelbar.

Ich möchte darauf hinweisen, dass auch Patienten mit Menière-Erkrankung oder Vestibulärer Migräne zusätzlich einen Lagerungsschwindel bekommen können. Das ist gar nicht selten der Fall. Daher ist es wichtig, zu beobachten, ob sich der Schwindel im Laufe der Erkrankung verändert.

Der Patient denkt vielleicht, dass es jetzt ein kürzerer Menière-Anfall ist. Aber in Wahrheit ist es ein Lagerungsschwindel. Gut informierte Patienten können das erkennen, und ein Lagerungsschwindel ist ursächlich gut behandelbar.

Als weitere häufige Diagnose für Drehschwindel wird die **Vestibuläre Migräne** genannt. Es kommt aber darauf an, ob Sie zuerst zum Neurologen oder zum HNO-Arzt gehen. Der HNO-Arzt diagnostiziert eher Morbus Menière, aber wenn der gleiche Patient vorher beim Neurologen war, lautet die Diagnose möglicherweise Vestibuläre Migräne. Die Diagnose Vestibuläre Migräne ist eher im Bereich der Neurologen, der Morbus Menière eher bei den HNO-Ärzten verbreitet.

Zusätzlich gibt es den **Ausfall des Gleichgewichtsorgans (Neuropathia vestibularis)**, was seltener vorkommt – und der **Morbus Menière** ist eher eine Rarität. In ganz Deutschland schätzt man die Zahl der Menière-Betroffenen auf ca. 40.000 - 60.000. (Lempert et al, 2012)

Vestibulärer Schwindel (aus dem Innenohr kommend) führt häufiger zu Einschränkungen der Lebensqualität und auch zu Begleiterkrankungen, wie z.B. Depressionen. Es sind oft chronische Erkrankungen, deren Symptomatik nicht selten fortschreitet. Nicht chronische Schwindelerkrankungen, wie der Lagerungsschwindel oder ein Ausfall des Gleichgewichtsorgans, haben kaum über den Schwindel hinaus gehende Begleit-Symptome.

In den Spezial-Schwindel-Ambulanzen macht die Vestibuläre Migräne immerhin 10% der Diagnosen aus. Sie ist aber noch nicht so gut bekannt und wird daher von Neurologen und HNO-Ärzten (zu) selten erkannt und behandelt.

Von 208 Patienten mit akutem Attackenschwindel, die in einer neurologischen Uniklinik waren, erfüllten 180 die Kriterien einer Migräne, davon 62% mit Aurasymptomatik, 38% ohne Aura. 70% der 208 Patienten erfüllten die Kriterien einer definierten Migräne mit Kopfschmerz-Anamnese, z.T. Lichtempfindlichkeit und Hörstörungen. 30% dieser Patienten hatten nie vorher Kopfschmerzen, schon gar nicht im Zusammenhang mit dieser Schwindelsymptomatik. Die Dauer der Schwindel-Attacken schwankte zwischen 1 Stunde – 1 Tag. (Cha et al, 2012)

Die Migräne-Kopfschmerzen können schon viele Jahre zurück liegen, so dass sich der Patient nur noch schwach erinnert. Darum ist es so wichtig, danach zu fragen.

Durch eine Videonystagmographie (Untersuchung des Gleichgewichtsorgans per Video-Aufzeichnung) kann möglicherweise durch den peripher vestibulären Schwindel eine Migräne-Attacke ausgelöst werden. Dies betraf 50% von untersuchten Patienten mit Migräne-Verdacht. In der Kontrollgruppe, die keine Gleichgewichtsprüfung bekamen, waren es nur ganz wenige. (Murdin et al, 2009)

Prävalenz von Schwindel/vestibulärem Schwindel in der Bevölkerung		
<small>Neuhauser HK, Epidemiologie von Schwindelerkrankungen, Nervenarzt, 2009, 80:887-894 Lempert T et al, Vestibular migraine. Diagnostic criteria, 2012, J Vestib Res, 22:167-172 Cherchi M et al, Migraine-associated vertigo, 2011, Otolaryngol Clin North Am 44:367-375</small>		
führt zu...	Lebenszeit-Prävalenz	12-Monats-Prävalenz
BPLS	2,4 %	1,6 %
vestibuläre Migräne	1,0 – 3,0 %	0,9 %
neuropathia vestibularis	~ 24/100.000 Einw.* = 0,024 %* * nur stationäre Pat.	
Morbus Menière	218/100.000 Einw. = 0,218%	15/100.000 Einw.

(Schaubild Prävalenz von Schwindel/vestibulärem Schwindel in der Bevölkerung)

Vestibuläre Migräne und Morbus Menière – in welchem Verhältnis stehen sie zueinander?

In einer großen amerikanischen Schwindelambulanz wurden 600 Schwindelpatienten untersucht mit Blick auf die Kriterien für Morbus Menière und Vestibulärer Migräne. Von den dabei festgestellten 147 Patienten mit Diagnose MM, VM oder einer Mischform aus beiden (MMVM) hatten 66 einen MM, 92 eine VM und 21 ein Mischbild aus MM und VM.

Von den Patienten mit ausschließlicher Diagnose VM berichteten 40% über Symptome des Innenohrs, wie Hörverlust, Tinnitus oder Ohrdruck während der Schwindelattacken mit Migräne-Kopfschmerzen. (Neff et al, 2012)

Früher war der Kopfschmerz ein Unterscheidungsmerkmal für VM, bei Drehschwindel, Tinnitus und Schwerhörigkeit hieß die Diagnose dann Morbus Menière.

Eine weitere chronische Schwindelerkrankung, definiert als „**chronic subjective**“, **auch CSD genannt** (chronisch subjektiver Drehschwindel), beschreibt Schwindel unklarer Ursache. Es wird angenommen, dass zentrale serotonerge Strukturen eine Rolle dabei spielen (Serotonin ist ein chemischer Botenstoff im Gehirn). Es äußert sich in chronischer Unsicherheit oder nicht-Schwindel-bedingtem Benommenheitsgefühl mit Überempfindlichkeit gegen Bewegungsreize oder komplexere visuelle Anforderungen über mehr als drei Monate.

Der CSD kann begleitend zum Morbus Menière und auch zur Vestibulären Migräne auftreten, ist jedoch seltener bei Morbus Menière.

Ein nicht unerheblicher Teil der Patienten mit VM haben auch Hörverlust, Tinnitus und Ohrdruck während der Schwindelattacken, von ihnen berichten 10% über eine einseitige Symptomatik. Von den ganz klar als Morbus Menière-Betroffene eingestuft Patienten hatten 50% Kopfschmerzen mit einer Migränecharakteristik. Es ist also gar nicht so klar trennbar, wer von MM oder VM betroffen ist.

Die Anzahl der Patienten mit der chronisch subjektiven Schwindelsymptomatik ist in der Gruppe der Vestibulären Migräne-Patienten mit 91% überdurchschnittlich häufig vertreten.

Ein Auftreten von Morbus Menière und vestibulärer Migräne gleichzeitig ist häufig zu finden. Die Symptome überlappen sich. Weitere spezifische diagnostische Kriterien werden gebraucht, um die beiden Krankheitsbilder zu differenzieren und ihre Co-Existenz zu thematisieren. CSD tritt häufig begleitend bei VM auf, wurde bei MM aber selten beobachtet.

Krankheitsbild der Vestibulären Migräne

Vestibuläre Migräne wurde erstmals in den 80-iger Jahren an Fallserien bis zu 100 Patienten beschrieben. Sie ist die häufigste Ursache für spontan auftretende wiederkehrende Schwindelattacken. Der Schwindel verstärkt sich oft in bestimmten Kopfpositionen oder bei Kopfbewegungen. Die Dauer variiert von Minuten bis zu mehreren Tagen. Nur etwa 60% der Attacken gehen mit Kopfschmerzen einher. **Sie kann in jedem Lebensalter auftreten, Frauen sind bis zu 5mal häufiger betroffen als Männer.**

Dies ist ein Unterschied zum Morbus Menière, wo beide Geschlechter etwa gleich häufig betroffen sind. Eine genetische Ursache wird bei der VM vermutet. Meist treten Kopfschmerzen mehrere Jahre vor dem Migräne-Schwindel auf. Bei einigen Patienten sind die Kopfschmerzen seit Jahren nicht mehr vorhanden. Die Ent-

stehung der Erkrankung ist noch völlig ungeklärt --- wie auch bei der Entstehung des Morbus Menières.

Der Schwindel und die Kopfschmerzen können zusammen auftreten, aber oft haben sie auch keinen zeitlichen Zusammenhang. Kopfschmerzsymptomatik bei Migränekopfschmerz ist typischerweise ein halbseitiger Kopfschmerz von bis zu 3 Tagen Dauer, begleitend oft Übelkeit, Erbrechen, Licht- und Geräuschempfindlichkeit. Von den genannten Symptomen müssen mehr als 2 Symptome zutreffen, damit man von einer typischen Migränekopfschmerz-Symptomatik sprechen kann.

Die Begleitsymptome unterscheiden die Migräne von der Menière-Symptomatik: Licht- und Lärmempfindlichkeit treten beim MM eher nicht auf, Tinnitus, Ohrdruck und Hörminderung sind zwar bei beiden Erkrankungen möglich, bei der VM schreitet die Hörminderung aber im Gegensatz zum Morbus Menière nicht so schnell voran.

Alle bekannten Migräneauslöser können Vestibuläre Migräne auslösen:

- Stress
- Gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus
- Dehydration
- Spezifische Lebensmittel (Rotwein, Käse, Glutamat)
- Menstruelle Hormonschwankungen, Kontrazeption
- Selten: anhaltende Bewegungsreize

ABER: mindestens 50% aller Migräne-Patienten geben keine spezifischen Auslöser an!

Vor zwei Jahren waren genauer definierte Symptome für die vestibuläre Migräne noch nicht bekannt. **Heute geht man von Vestibulärer Migräne aus**, wenn

- mindestens 5 Episoden mit Schwindel von mittlerer bis schwerer Dauer über einen Zeitraum länger als 5 Minuten bis zu 72 Stunden stattgefunden hat
- der Patient eine aktuelle oder frühere Migräneauamnese mit oder ohne Vorboten gehabt hat
- mindestens bei 50% der Schwindelattacken mehrere Migränesymptome aufgetreten sind
 - Kopfschmerzen
 - Licht- oder Geräuschempfindlichkeit
- neurologische Migräne-Auren auftreten: flimmernde Gesichtsfeldausfälle, Kribbel-Parästhesien, selten Lähmungen, Sprachstörungen, Gangunsicherheit, Doppelbilder
- oder die Symptomatik nicht besser zugeordnet werden kann.

Tritt nur ein Symptom auf, geht man von wahrscheinlicher Vestibulärer Migräne aus.

Therapie der Vestibulären Migräne:

Der erste Schritt für eine gute Therapie ist die umfangreiche Information. Der Betroffene muss wissen, worum es geht. Daran schließt sich an, wie ich meine Lebensführung anpasse.

- Vermeidung bekannter Auslöser (z.B. Koffein)
- Schlafhygiene (regelmäßig, ausreichender Schlaf)
- Regelmäßige Tagesabläufe (Essen, Trinken)
- Arbeitspausen
- Entspannungsverfahren (z.B. PME)
- Biofeedback
- Stressmanagement, Stress-Bewältigungstraining
- Ausdauersport
- Alternative Formen der Kontrazeption prüfen
- Wenig und nur kurzzeitig symptomatisch hilfreich
 - Akupunktur (gegen Kopfschmerz)
 - Homöopathie
 - Naturheilkunde

Zusätzlich ist es hilfreich, einen Anfallskalender zu führen.

Über medikamentöse Therapien gibt es keine guten Studien, so dass die Aussagekraft der bisher veröffentlichten Studien nicht relevant ist.

Wir unterscheiden auch bei der Vestibulären Migräne die Anfallsbehandlung von der Anfallsprophylaxe.

Migräne: Therapie	
Lempert, T.; Vestibuläre Migräne Nervenarzt, 2009, 80: 895-899	
Tab. 2 Therapie des Migräneschwindels	
Attacken-behandlung	<ul style="list-style-type: none"> - Antivertiginosa, z.B. Dimenhydrinat 80-150 mg oral/rektal - Triptane, z.B. Sumatriptan 25 mg rektal, Zolmitriptan 5 mg nasal, Rizatriptan 10 mg lingual
Prophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> - Propranolol 40-240 mg - Metoprolol 50-200 mg - Flunarizin 5-10 mg - Topiramamat 50-100 mg - Amitriptylin 75-150 mg - Acetazolamid 250-500 mg - Diclofenamid 25-100 mg

(Schaubild Migräne: Therapie)

Therapie des akuten Schwindel-Anfalls bei VM:

Im Prinzip genauso wie beim Menière-Schwindelanfall, also Vomex als Zäpfchen. Das dämpft die Übelkeit und macht auch müde.

Gegen den akuten Schwindel bei der VM können direkt die bekannten Migränemittel wie Triptane eingesetzt werden.

Zur Anfallsprophylaxe werden Betablocker bevorzugt eingesetzt, besonders die nicht selektiven Betablocker. Alternativ dazu Calciumantagonisten, z.B. Flunarizin,

was direkt vestibulär dämpfende Wirkung hat. Ein weiteres Mittel ist Topiramamat, das den antidepressiven Medikamenten zugeordnet wird.

Das Ziel der Anfallsprophylaxe bei der Vestibulären Migräne ist nicht, dass die Anfälle aufhören, sondern das Ziel ist, die Häufigkeit um 50% zu vermindern.

Zusammenfassung: Aus neueren Daten, auch aus den letzten beiden Jahren, geht hervor, dass die strenge Trennung zwischen Morbus Menière und Vestibulärer Migräne so nicht gerechtfertigt ist. Es gibt ein neues Krankheitsbild, bei dem man vermutet, es sei eine Mischform aus Vestibulärer Migräne und Morbus Menière.

Vortrag Herr Dr. med. Eghlimi, Baumrainklinik Bad Berleburg:

„Morbus Menière – was gibt es Neues in Diagnostik und Therapie?“

Morbus Menière ist zusammengefasst eine Erkrankung des Innenohres, bei der sich die Lymphflüssigkeiten in den Schläuchen des Innenohres vermischen (Endolymphe und Perilymphe), wodurch der Drehschwindel ausgelöst wird.

Ein Patient berichtete, wie bei ihm der Morbus Menière diagnostiziert wurde: „Ich bekam plötzlich Schwindel mit Erbrechen und Hörminderung und bin ins Krankenhaus transportiert worden. Dann hat der Arzt mit einer komischen Brille in meine Augen geschaut und zu mir gesagt:

< Sie haben Morbus Menière! >

So einfach ist die Diagnose aber leider nicht zu finden. **Morbus Menière ist eine Ausschluss-Diagnose.** Das bedeutet, es müssen ganz viele Untersuchungen gemacht werden, und wenn alle anderen möglichen Diagnosen ausgeschlossen sind, kann man sagen, es ist Morbus Menière.

Der o.g. Patient hatte tatsächlich M. Menière. Ich fragte ihn, ob er wisse, was das Wort „Morbus“ bedeutet (Morbus ist das lateinische Wort für Krankheit, dies hat er verneint. Das deutete auf eine nicht ausreichende Aufklärung des Patienten).

Wir wissen, dass die meisten Patienten eine langwierige Odyssee mit dramatischen Konsequenzen hinter sich haben. Das führt leicht zu einem Misstrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient sowie auch Spannungen in der Familie, was zusätzliche soziale Probleme verursacht.

Dazu kommt, dass das Wort „Schwindel“ auch eine andere Bedeutung hat: einer *hat Schwindel* und der andere *schwindelt*. Aufgrund dieser Zweideutigkeit finden die Patienten oft auch in ihrem Umfeld nicht



Werdegang Dr. Eghlimi

Dr. Eghlimi wurde am 21.03.1965 in Shiraz/Iran geboren. Nach seinem Abitur und anschließendem Wehrdienst kam er nach Deutschland, wo er in Siegen einen Sprachkurs und in Bonn ein Studienkolleg besuchte. Darauf folgte ein Medizinstudium in Bochum, was er 1988 abschloss und anschließend seine HNO-Facharzt-Ausbildung in Wuppertal.

Seit 2008 ist er in der Baumrainklinik in Bad Berleburg, zunächst als Oberarzt, seit September 2012 als Chefarzt.

Dr. Eghlimi ist seit 2006 glücklich verheiratet und Vater von drei kleinen Kindern.

immer Verständnis für ihre Beschwerden: Das kann zu mehr Schwindel führen und aus einem Patienten mit Schwindel wird dann ein Schwindelpatient.

Zuerst ein paar Erklärungen zur Anatomie: Die beiden paarig angelegten, spiegelbildlich angeordneten Labyrinth im Felsenbein bestehen aus der Schnecke (Cochlea),– hiermit hören wir –, und aus dem Gleichgewichtsorgan. Dieses besteht aus einem gut aufeinander abgestimmten System, den drei Gleichgewichtsbogengängen und den beiden Gleichgewichtssäckchen (Sacculus und Utriculus).

steht. Dabei hält er die Arme nach vorn ausgestreckt. Wer keinen Schwindel hat, kann gerade stehen bleiben, bei akutem vestibulärem Schwindel hat der Patient i. d. R. eine Fallneigung zur erkrankten Seite.

Es gibt den „**Unterberger Tretversuch**“. Hier wird mit geschlossenen Augen auf der Stelle getreten. Bei Schwindel dreht sich der Patient dabei in Richtung des erkrankten Ohres.

Das wichtigste bei der Diagnostik ist, dass kein Ergebnis allein schon zur Diagnose führt, es müssen alle Faktoren zusammen betrachtet werden.

Bei **Lagerungsschwindel** verrutschen die Kristalle im Utriculus und gelangen meist in den hinteren Kanalbogen. Bei Lagerungsänderung lösen sie Schwindel von höchstens einer Minute aus. Der Patient bekommt Angst, weil dies auch oft mitten in der Nacht passiert. Diesen kann man aber sehr gut mit z. B. Befreiungs- oder Repositionsmanöver wieder beheben, wobei die Kristalle wieder in ihre ursprüngliche Lage zurückgeführt werden.

Zur Diagnostik gehört auch ein **Hörtest**. Es gibt zwar dabei keinen charakteristischen Befund für Morbus Menière, aber es lässt sich oft eine Tieftonschwerhörigkeit feststellen. Diese kann aber auch ein ganz normaler Hörsturz sein.

Durch **Otoakustische Emissionen** kann man die Aktivität der äußeren Haarzellen messen. Aber auch das liefert keine spezifische Aussage für die Diagnose Morbus Menière, kann aber im Verlauf hilfreich sein, vor allem bei Patienten mit fluktuierendem Hörvermögen.

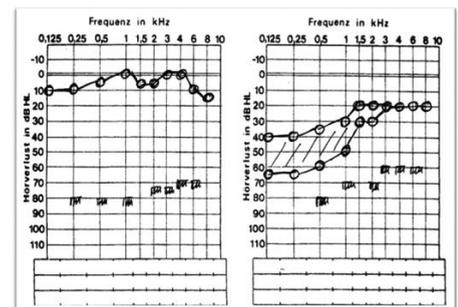
Die bekannteste Untersuchung beim HNO-Arzt, um Schwindel zu diagnostizieren, ist wohl die **kalorische Untersuchung der Vestibularisfunktion**. Früher wurde der Test mit Wasser durchgeführt,

jetzt oft mit Warm- und Kaltluft. Damit werden die Ohren gespült, was Augenzittern (Nystagmus) auslöst. Der HNO-Arzt kann daraus die Erregbarkeit der beiden Vestibularisorgane vergleichen. Werden rechts deutlich weniger Nystagmen ausgelöst, weist dies auf einen Teilausfall der rechten Seite hin.

Hörtest - Tonschwellenaudiogramm



Wichtig ist zu wissen, dass der Hörtest über die Unterscheidung zwischen M. Menière, Hörsturz und Endolymphschwankung noch nichts aussagen kann.



Behrooz Eghlimi Baumrindklinik Bad Berleburg

07.07.2014 9

Während eines solchen Anfalls können wir keine Untersuchung machen und eine Untersuchung zwischen den Anfällen ergibt ein normales Ergebnis, zumindest am Anfang der Erkrankung. Je öfter jedoch der Patient Anfälle hat, umso mehr Zellen des Gleichgewichtsorgans werden zerstört, so dass die Erregbarkeit zurückgeht.

Weil sich am Anfang der Krankheit die Erregbarkeit kaum oder gar nicht von anderen peripher-vestibulären Schwindelerkrankungen unterscheidet, ist es auch so schwierig, Morbus Menière als Diagnose zu stellen. Darum haben viele Patienten eine lange Arztodyssee hinter sich. Die kalorische Untersuchung des Gleichgewichts erfasst aber nur die Reaktionen des horizontalen Bogengangs.

Der **Kopfpulstest**, erstmals durch Herrn Halmagyi vor ca. 25 Jahren beschrieben, ist eine wichtige weitere Unter-

(Schaubild Hörtest – Tonschwellenaudiogramm)

suchung bei Schwindelerkrankungen. Der Untersucher stellt sich dem Patienten gegenüber, hält den Kopf des Patienten fest und der Patient soll einen festen Punkt im Gesicht des Untersuchers fixieren. Dann wird der Kopf ruckartig schnell nach rechts und links gedreht. Dabei kann man sehen, dass die Augen nicht fixieren können und es kommt zu Rückstellsakkaden.

ten ist, dass der Kopfpulstest keinen Schwindel auslöst, wie etwa die kalorische Vestibularisprüfung.

Eine andere Untersuchung ist der **Glycerol-Belastungstest nach Klockhoff**. Kurz nach einem Anfall hat der Morbus Menière-Patient oft eine Tieftonschwerhörigkeit. Bei diesem Test gibt man dem Patienten ein Glas Glycerolsaft zu trinken, der sehr süß schmeckt. Ist innerhalb von Stunden danach eine Besserung von 10 bis 15 dB bei mindestens 3 benachbart getesteten Frequenzen sichtbar, ist das ein Nachweis für einen endolymphatischen Hydrops, allerdings kein Beweis für Morbus Menière.

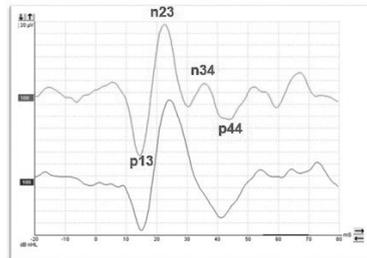
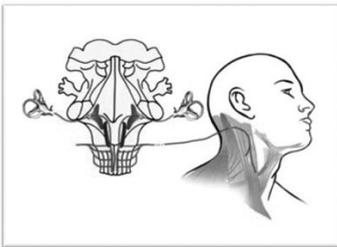
Bei der **Messung der vestibulär evozierten myogenen Potenziale (VEMP)** werden Töne auf das Ohr gesendet, die wiederum bestimmte Reflexe der Halsmuskulatur auslösen. Diese Untersuchung kann man sogar bei ertaubten Patienten durchführen. Aus dem Verhältnis dieser Amplituden zueinander, rechte Seite zur linken Seite, kann eine getrennte Auskunft über Sacculusfunktion gegeben werden. Bei vorliegendem größerem Hydrops mit noch funktionsfähigem Sacculus gibt es zum Beispiel eine deutlich größere Amplitude auf der kranken Seite. Im weiteren Verlauf mit einer bleibenden Schädigung am Sacculus finden sich fehlende oder deutlich verringerte Potenzialamplituden bei dieser Untersuchung.

Eine weitere Untersuchung ist die **Elektrocochleographie**, die nicht überall durchgeführt wird. Nach einer Betäubung wird durch das Trommelfell eine Nadel eingeführt und an die Basis der Schnecke gelegt oder in die Nische vor dem runden Fenster. Dann wird das Ohr beschallt und der Arzt erhält über Messungen ein Diagramm. Aus dem Verhältnis der Summationspotentiale zu Aktionspotentialen kann man einen Hydrops mit guter Aussa-

Untersuchungen des Sacculus



Vestibulär evozierte myogene Potenziale (VEMP)



Bei der Menière-Krankheit gibt die Ableitung der VEMP die Möglichkeit festzustellen, ob der Sakkulus in das Krankheitsgeschehen einbezogen ist.

Behrooz Eghlimi Baumratriklinik Bad Berleburg

07.07.2014 14

(Schaubild Untersuchungen des Sacculus)

Wenn bei der kalorischen Vestibularisprüfung noch nichts zu sehen war, kann man beim Kopfpulstest oft sehen, dass das Gleichgewichtsorgan Defizite zeigt. Selbst bei 80% der Patienten, die angeben, dass sie keine Probleme mit Schwindel mehr haben, ist diese Untersuchung laut einer Studie noch monatelang nach einem Gleichgewichtsausfall auffällig. Die Patienten haben normal keine Probleme, aber bei schnellen Kopfbewegungen wird ihnen schwindelig oder sie fühlen sich unsicher. Dies tritt oft nach **Neuropathia vestibularis** auf, auch von Neurologen Neuritis vestibularis genannt, weil die Kollegen von einer Entzündung ausgehen.

Diese Untersuchung kann man inzwischen auch mit Videobrille durchführen, da werden selbst noch kleine Abweichungen entdeckt, die mit bloßem Auge nicht zu sehen sind. *Vorteilhaft für die Patienten*

gekräft feststellen. (Das Summationspotential ist die Summe der Aktivitäten von Haarzellen und Basilarmembran, Aktionspotentiale sind die Summe der Aktionen der Hörnerven.)

Zusätzlich müssen durch **bildgebende Verfahren (z.B. MRT)** andere Ursachen (z.B. Tumor) für den Schwindel ausgeschlossen werden.

Nicht jeder Mensch mit einem endolymphatischen Hydrops hat auch Morbus Menière! Und nicht jeder Schwindel bei Morbus Menière ist ein Morbus Menière-Schwindel!

Wie können wir den Morbus Menière therapieren?

1. Lebensführung ändern
2. Medikamente im Akutfall und zur Prophylaxe
3. Physiotherapie, z.B. Gleichgewichtstraining
4. Psychotherapie
5. Chirurgische Eingriffe: funktionserhaltend oder zerstörend

Das Spektrum von Therapieempfehlungen reicht von kochsalzreicher Diät, wenig Kaffee, Alkohol- und Nikotinverzicht über Vermeidung von Stress, Gentamycintherapie oder Betahistin bis zu operativen Verfahren.

Medikamentös werden in der Akutphase Antivertiginosa (Mittel gegen Schwindel), Sedativa, Kortison oder Arlevert, gegeben. Zur Prophylaxe kommen Betahistin (H_3 -Antagonist und gleichzeitig H_1 -Agonist), Diuretika (entwässernde Medikamente), Kalziumkanalblocker (erweitert die Blutgefäße), Arlevert (Kombinationsmittel gegen Schwindel und Übelkeit/Erbrechen) und Acetazolamid (zur Kaliumausscheidung) in Einsatz.

Auch Physiotherapie und Psychotherapie sind wichtig in der Therapie.

Wenn ein Patient auch nach Monaten nicht auf Medikamente anspricht, oder eine Verschlechterung des Hörvermögens fortschreitet, denkt man über chirurgische Maßnahmen nach.

Funktionserhaltende Maßnahmen können sein:

- Paukenröhrchen-Einlage
- Mikrodruckpumpentherapie (Meniett)
- Chemische Labyrinthektomie (Gentamycintherapie, Labyrinthanästhesie)
- Saccotomie (Druckentlastung des endolymphatischen Sackes)
- Cochleosacculotomie
- Subarachnoidal Shunt
- Tenotomie (Durchtrennung zweier Muskeln im Ohr)

Zerstörende Maßnahmen können sein:

- Labyrinthektomie (Entfernung des Labyrinthsystems)
- Neurektomie (Durchtrennung des Gleichgewichtsnerfs)

Bei der **Vestibulären Migräne** kann Vermeidung von Stress tatsächlich helfen. Aus meiner Erfahrung in der Praxis kann ich sagen, dass ich gut aufgeklärte Patienten nicht wieder gesehen habe. Ich dachte erst, ich hätte etwas falsch gemacht. Aber als nach zwei Jahren mehrere Patienten wiederkamen, sagten sie nur, dass sie seitdem keinen Schwindel mehr hatten. **Das zeigt, dass eine gute Beratung der Anfang einer Therapie ist!**

Bei **Morbus Menière** geht man nicht gleich mit zerstörenden chirurgischen Eingriffen vor, sondern probiert zuerst minimalinvasive Operationen. Dies können **Paukenröhrchen** sein, wo die Patienten danach mindestens kurzfristig, aber auch mittelfristig, deutlich weniger schwere Anfälle haben. In Frankreich wird zusätzlich zum Paukenröhrchen die **Mikrodruckpumpentherapie (Meniett)** eingesetzt. Wie das genau funktioniert, ist unklar. Man vermutet, dass der Druck der Pumpe vom Mittelohr ans Innenohr weiter geleitet und dadurch die Flüssigkeitsproduktion beeinflusst wird. Einige Patienten haben

daher keine oder zumindest weniger Beschwerden.

Bei der **Gentamycin-Einspritzung** ins Mittelohr gibt es verschiedene Modelle, wie man diese anwendet: die mehrfache tägliche Applikation (drei Dosen täglich für 4 oder mehr Tage), eine wöchentliche Applikation (max. 4 Dosen wöchentlich), die niedrig dosierte Verabreichung (1 - 2 Gaben, nur bei Anfällen erneut), eine kontinuierliche, mikrokatheter assistierte Verabreichung und die *titrierte Applikation* (tägliche oder wöchentliche Gabe bis zum Einsetzen von Spontannystagmus bzw. Schwindelbeschwerden oder Hörstörungen). Nach einer Studie werden bei titrierter Applikation sehr gute Ergebnisse erzielt. Bis zu 96% Schwindelreduktion oder -freiheit und das Hörvermögen wird deutlich weniger, als bei den anderen Verfahren der Gentamycin-Einspritzung, beeinträchtigt.

Das Ziel bei der **Saccotomie** ist die endolymphatische Dekompression (Druckentlastung). Dies gelingt entweder durch eine Dekompression ohne Inzision (Einschnitt), durch die Ableitung der Endolymph nach mastoidal, oder tatsächlich wie der Name schon sagt, durch einen Schlitz in die Vorderwand des Saccus, damit die überschüssige Endolymph ins Mastoid (Teil des Schläfenbeins) hin drainiert wird.

Die **Cochleosacculotomie** wird hauptsächlich in den USA angewandt, nicht aber hier in Deutschland. Dabei wird unter örtlicher Betäubung durch das runde Fenster ein endo-perilymphatischer Shunt zur Vermeidung eines endolymphatischen Hydrops hergestellt, was zu 80-90% weniger Schwindelanfällen führen soll. Leider kommt es aber bei fast einem Drittel der Patienten zur Verschlechterung des Hörvermögens.

Mit Einsetzen eines **subarachnoidalen Shunts** wird auf chirurgischem Weg eine Verbindung zwischen der Endolymph und dem Subarachnoidalraum hergestellt,

damit ein Abfluss der überschüssigen Endolymph in diesen Raum stattfindet.

In letzter Zeit wurde auch die **Tenotomie** eingesetzt, wobei die Sehnen von zwei Muskeln im Innenohr durchtrennt werden. Die genaue Wirkweise ist noch nicht geklärt, aber es gibt Studien, die deren Wirksamkeit belegen.

Wenn alle diese Maßnahmen nicht helfen, und das Hörvermögen nahe Null ist, kann man auch zerstörerisch operieren. Bei einer **Labyrinthektomie** wird das ganze Labyrinth des Innenohrs entfernt. Dabei geht auch das restliche noch vorhandene Hörvermögen verloren, da die Hörnerven noch weiter geschädigt werden.

Als allerletzte Maßnahme kann auch eine **Neurektomie** durchgeführt werden. Hier kann es aber zu erheblichen Nebenwirkungen kommen, weil man in das Gehirn eingreift. Diese beiden letztgenannten operativen Möglichkeiten sind unumkehrbar und mit vielen Risiken behaftet, so dass zuerst immer noch andere Therapieformen versucht werden sollten.

In der Forschung gibt es eine Versuchsreihe mit einem neuen Medikament (Tol-vaptan), welches sich aber noch in der Erprobung befindet. Es treten hier sehr viele Nebenwirkungen auf. Eine nicht akzeptable Nebenwirkung ist der sogenannte Diabetes insipidus, d. h. der Patient verliert bis zu 10 l Flüssigkeit am Tag, daher wird dieses Medikament noch nicht eingesetzt.

In Zukunft könnte die **Intratympanale Applikation** (direkte Einspritzung ins Ohr) weiterhelfen. Morbus Menière ist eine Erkrankung, deren Ursache noch nicht bis zum letzten Detail geklärt ist. Daher ist es auch schwierig, für alle Patienten *eine gemeinsame* Behandlungsform zu finden.

Es gibt verschiedene Wege, die zum Ziel führen. Das Ziel der Behandlung ist, dass der Patient möglichst wenig Beschwerden hat.

Dr. V. Kratzsch „Begutachtung und deren Auswirkungen für den Alltag“

Hier stellen wir uns einer schwierigen Frage und einer diffizilen Problematik. Viele Patienten haben Probleme mit der Begutachtung durch Kollegen vom MDK oder aus der begutachtenden Ärzteschaft. Für die Ärzte in Reha-Einrichtungen stellt sich ein noch weit größeres Problem – einerseits müssen sie die Patienten therapieren und unterstützen, für ihre Gesundheit das Optimale erreichen – andererseits müssen sie diese am Ende der Reha (zumindest die, die über den Rentenversicherungsträger gekommen sind) begutachten. Dabei muss festgestellt werden ob sie arbeitsfähig, berufsfähig oder erwerbsfähig sind.

Diese beiden Rollen vertragen sich nicht gut miteinander. Der Gutachter – und da muss man auch einmal eine Lanze für die Gutachter brechen – der Gutachter hat nicht zu beurteilen, wie schlecht es dem Patienten geht, sondern der Gutachter muss sich daran halten, was der Gesetzgeber ihm vorschreibt. Und ob das dem Patienten nützt oder ob das für ihn vielleicht sogar eine einschneidende persönliche Konsequenz hat, dass er z. B. möglicherweise seinen Arbeitsplatz verliert, darf für den Gutachter primär keine Rolle spielen. Der Gutachter ist einem wesentlichen Maßstab verpflichtet, der heißt: „das Gutachten, das er erstellt, muss gerichtsfest sein“. Vor einem Sozialgericht muss dieses Gutachten Bestand haben, weil er ansonsten einen Rechtsbruch begangen hat.

Das ist völlig divergierend von der Rolle die der Arzt als Therapeut einnimmt. Als Therapeut möchte man, dass der Patient irgendwie mit einer gewissen sozialen Unterstützung und mit einem möglichst optimalen gesundheitlichen Weg mit seiner Situation weiterhin zurechtkommen kann. Als Gutachter muss die individuelle Perspektive des Betroffenen, aber auch die des Therapeuten, eine zu vernachlässigende Rolle spielen.

Ein einfaches Beispiel: ein Patient hat innerhalb eines halben Jahres 10 Drehschwindelattacken, Übelkeit, Erbrechen, er hat einen zunehmenden Hörverlust



und einen Tinnitus, er kommt innerhalb dieses halben Jahres und hat immer wieder diese Drehschwindelanfälle. Die Diagnose Morbus Menière erscheint vor diesem Hintergrund relativ klar. Da er wegen dieser gesundheitlichen Probleme seit einem halben Jahr arbeitsunfähig ist, erhält er durch den Rentenversicherungsträger eine Reha bewilligt.

In der Reha wird neben den medizinischen Fragen auch die Frage nach der Perspektive seiner weiteren Berufstätigkeit eine nicht unwesentliche Rolle spielen: „Was machen Sie denn beruflich?“ wird der behandelnde Arzt fragen. „Ich bin Busfahrer“, berichtet der Patient. Oh!....

Es wurde aufmerksam zugehört ...

Im Weiteren berichtet er, dass es ihm zwischen diesen Schwindelattacken immer gut ging, weshalb er dann auch Bus gefahren sei. Gott sei Dank ist bisher noch nichts passiert.

Jetzt ist er in der Reha und erwartet von uns, dass wir etwas gegen diese Schwindelattacken tun und dass wir ihm mit Informationen zu seinem Schwindel, seinem Tinnitus und der Hörminderung sowie seiner Angst unterstützen. Das muss auch der Fokus der Therapie sein. Aber gleichzeitig wissen wir als Ärzte auch, dass er seine Tätigkeit als Busfahrer nie mehr wird ausführen können. Er ist definitiv dafür arbeitsunfähig.

Jetzt ist der Patient in unserem konstruierten Fall 56 Jahre alt und seit 30 Jahren als Busfahrer tätig. Wenn man bedenkt, wie ein Busunternehmen in der Regel personell aufgestellt ist, so muss vermutet werden, dass es dort nicht alternativ 5 Verwaltungsstellen gibt, zu denen er wechseln und in Zukunft die Disposition machen kann. Wenn man den Patienten fragt, „sagen Sie mal, gibt's in ihrem Busunternehmen irgendwas anderes, was Sie machen können außer Busfahren“, dann lautet die Antwort in den meisten Fällen: „Nö! Das macht bei uns der Chef, der macht die Disposition und die Abrechnung und alle anderen fahren Bus.“

Wie wird der Patient nach dem bisher gesagten aus gutachtlicher Sicht entlassen werden müssen?

Arbeitsunfähig für seine letzte Tätigkeit. Keine Frage! Das kann er nicht mehr machen, obwohl er es gerne machen würde.

Berufsunfähig? Vermutlich nicht. Da dafür Voraussetzung ist, dass er auf Facharbeiterniveau bezahlt wird. Das wird er in der Regel eher nicht. Damit wäre er arbeitsunfähig, aber nicht berufsunfähig und nicht erwerbsunfähig!

Die Grundlagen der Erwerbsunfähigkeit ist nämlich **nicht**, kann der seinen Bus fahren, sondern was könnte er ander-

weitig arbeiten. Kann er unabhängig von seiner bisherigen Busfahrertätigkeit eine leichte körperliche Tätigkeit ohne besondere psychische Belastungen 3 Stunden an 5 Tagen in der Woche ausüben. Wenn er dies grundsätzlich machen könnte, ist er nicht erwerbsunfähig? So könnte unser fiktiver Patient an der Rezeption sitzen und das Telefon bedienen oder Besucher beraten. Er könnte kleine Gartenarbeiten machen. Er könnte noch viele andere Dinge tun, außer Busfahrer sein.

Der Patient wird daher „arbeitsunfähig für seine letzte Tätigkeit“ entlassen werden müssen. Dies bedeutet, er kommt nach Hause, der Arbeitgeber sagt ihm, „wenn Du keinen Bus mehr fahren kannst, dann muss ich Dir leider kündigen“. Das Arbeitsverhältnis wird also beendet. Nun ist er im Alter von 56 Jahren seinen Job los, den er seit 30 Jahren ausgeübt hat. Er hat keinen Anspruch auf eine Rente, weil er grundsätzlich aus gesundheitlichen Gründen in der Lage wäre, eine andere Tätigkeit auszuüben. Aber hat er realistisch eine Chance auf eine andere Tätigkeit? Die Chancen sind sicherlich nicht gerade günstig einzuschätzen.

Was wird unser Patient über seine Reha sagen? „In die Reha bin ich gekommen, damit es mir besser geht. Nach der Reha geht's mir erst richtig schlecht, weil jetzt weiß ich, dass ich nicht nur eine chronische Erkrankung habe, sondern auch noch meinen Job verlieren werde. Ich bekomme keine Rente, wie es weitergehen soll, weiß ich nicht.“ Wenn er ganz großes Pech hat, dann rutscht er auf der sozialen Leiter ganz schnell nach unten. Er erhält eine Zeit Arbeitslosengeld, dann landet er bei Hartz IV, er muss sein Haus verkaufen, weil er sonst noch nicht einmal Hartz IV kriegt. Möglicherweise geht unter dieser Belastung seine Ehe in die Brüche. Sein Fazit über die Reha wäre wohl: wäre ich doch bloß nicht hingegangen.

Aber diese unterschiedlichen Perspektiven muss man kennen. Eigentlich sollte aus diesen Gründen der Arzt/Therapeut niemals gleichzeitig Gutachter sein und umgekehrt, aber in der Situation einer Reha ist es die Regel.

Ändert sich die Einschätzung, wenn unser Patient einen anerkannten Grad der Behinderung hätte (GdB)?

Eine Schwerbehinderung spielt für die Begutachtung der Arbeits-, Berufs- oder Erwerbsfähigkeit in der Regel keine Rolle. Für eine Kündigung sind zwar besondere Anforderungen zu stellen, aber im vorliegenden Fall ist eindeutig, dass der Patient aus ärztlicher Sicht eine Tätigkeit als Busfahrer nicht mehr ausführen kann. Und wenn der Arbeitgeber erkennbar keine andere Stelle für ihn zur Verfügung hat, dann wird auch das Integrationsamt einer Kündigung nicht widersprechen können. Also stellt der Schwerbehindertenstatus in diesem Fall keinen Schutz vor Kündigung dar und hat keine wesentlichen Auswirkungen auf die Einschätzung einer Berentung.

Wenn wir über Begutachtung reden, muss klar sein, dass die Perspektive des Gutachters eine völlig andere ist als die des Patienten, insbesondere hat die Begutachtung nichts mit der Anerkennung eines Leidens zu tun. Das Leiden wird in der Begutachtung nicht abgebildet. Für die Begutachtung gelten gesetzliche Vorgaben und diese Vorgaben werden permanent angepasst. Im Jahr 1994, vor 20 Jahren, haben 55.000 Männer eine volle Erwerbsminderungsrente wegen einer Erkrankung des muskulo-skeletalen Systems erhalten. Das waren in erster Linie Betroffene mit Erkrankungen der Bandscheiben, z. B. Bandscheibenvorfälle usw. Ein Teil wurde operiert, ein Teil konservativ behandelt. Jedenfalls haben diese 55.000 Männer 1994 eine Erwerbsunfähigkeitsrente zugesprochen bekommen. Im Jahre 2011 erhielten wegen des gleichen Problems noch 15.000 Männer eine

Rente – also ein Rückgang von 55.000 auf 15.000. Die anderen 40.000 Männer mit Bandscheiben-Erkrankungen gibt es nach wie vor, die sind auch nicht gesund. Aber die erfüllen heute nicht mehr die Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente. Bei Herzinfarkten oder Herz- und Kreislauferkrankungen verläuft die Entwicklung ähnlich. Warum? Weil der Gesetzgeber die Bedingungen für die vorzeitige Berentung verändert hat. Und warum? Die Frage können Sie sich sicher selbst beantworten, die Antwort hat aber nichts mit Medizin zu tun.



Der Gutachter kann für die gesetzlichen Regelungen und Vorgaben nichts. Ursächlich ist hier ein Ungleichgewicht im Rentenversicherungssystem, das aufgrund dreier Faktoren entsteht:

1. zu wenige Kinder
2. längere Lebenserwartung aller Menschen in Deutschland und
3. des bestehenden Generationenvertrag

Diejenigen, die letztendlich in Arbeit sind, verdienen die Rente für diejenigen, die in Rente sind. Heute ist es so, dass eine Rente von mehr als 3 Erwerbstätigen erwirtschaftet wird. Im Jahr 2050 kommen auf einen Rentner aber nur noch 1,5 Erwerbs-

... und hart am Thema diskutiert

tätige. Wir müssen uns darüber klar sein, das hat nichts mit Begutachtung zu tun.

Ein weiterer wichtiger Punkt, den es sich zu betrachten lohnt, ist die Kraftfahrzeugtauglichkeit und die immer verlangte Mobilität der Arbeitnehmer.

Das ist immer ein Thema, wenn diese Mobilität gefährdet ist. Die Frage ist, „wie soll das gehen?“:

- Ich habe ein Eigenheim, eine Eigentumswohnung, mein Arbeitsplatz ist 30 km weg.
- Da komm ich ohne Auto nicht hin.
- Ich wohne in einer ländlichen Region ohne oder mit nur schlechtem öffentlichem Personen-Nahverkehr.

Für die Begutachtung der Arbeitsfähigkeit ist die Frage, wie Sie Ihren Arbeitsplatz erreichen, aber irrelevant. Es wird ausschließlich begutachtet, ob Sie die Arbeit machen können. Wie Sie zu diesem Arbeitsplatz gelangen, spielt für Begutachtung und die Frage einer möglichen Berentung keine vorrangige Rolle.

Neben der Begutachtung zur Arbeitsfähigkeit ist für Schwindelpatienten noch die Begutachtung zur Verkehrstauglichkeit wichtig. Dies kann eine Begutachtung im Vorfeld des Führerscheins sein oder auf die gegenwärtige ärztliche Einschätzung der Fahrtauglichkeit.

Insgesamt ist die rechtliche Situation klar. Es gibt die Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrzeugeignung des gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin beim Bundesminister für Verkehr aus dem Jahr 2000 und in denen steht, „wer unter ständigen oder anfallsweise auftretenden Störungen des Gleichgewichts leidet, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen aller Gruppen gerecht zu werden“. Seit 2009 arbeiten Experten über einer Änderung der Begutachtungsrichtlinien, aber es gilt dazu noch nichts definitives. Aktuell gelten daher die alten Richtlinien aus dem Jahr 2000. Ob und wann es neue gibt, ist

ungewiss. Nochmals klar herausgestellt: gehäuft auftretende Schwindelattacken, chronische Schwindelattacken wie der Morbus Menière bedeuten grundsätzlich lebenslanges Verbot der Führung von Kraftfahrzeugen aller Klassen und keine Erlaubnis zur Tätigkeit an laufenden Maschinen, Ausschluss aller Tätigkeiten mit Absturzgefahr, keine Tauchbefähigung.

Bei kompensierten Schwindelerkrankungen, Ausfall des Gleichgewichtsorgans z.B., heißt es, wenn der Betroffene ein halbes Jahr schwindelfrei ist, darf er wieder Auto fahren. Dies gilt aber nur für PKW. Ein Lenken von LKWs, das Führen von Zweirädern sowie eine Tätigkeit mit Personenbeförderung sind nicht gestattet.

Wie ist das mit der konstanten Aura, wie ist das?

Patienten sagen, ich merke den Schwindelanfall immer vorher. Aus der Erfahrung heraus kennen wir nicht wenige Patienten die „das immer im voraus bemerkt haben wollen, außer beim letzten Mal“. So etwas ist aus meiner Einschätzung ein unzuverlässiges Kriterium und sicher auch von der Begutachtung her schwierig.

Ist ein Schwindelanfall definiert? Ist das ein Sekundenwackler?

Das Gesetz spricht nur von Schwindel. Es wird grundsätzlich nicht unterschieden, was die Ursache des Schwindels werden könnte. Bei der Begutachtung wird natürlich die Wertigkeit und die möglichen Folgen für den Straßenverkehr gewichtet.

Es stellen sich Fragen wie:

- der Patient ist orientierungslos – dann kann er auch das Steuer nicht bedienen,
- oder ist ihm kurz schummrig, dann wird er adäquat reagieren können.

Am Ende bleibt: „Sie sind derjenige, der entscheidet ob Sie fahren oder nicht“ wie immer im Verkehr – das gilt bei 0,8 Promille und bei Schwindel.

Auch bei der Fahrtauglichkeit ist der Spielraum des Gutachters – wie dargestellt – sehr gering.

Es besteht aber für den Arzt die unbedingte Verpflichtung, den Schwindel-Patienten aufzuklären, welche Einschränkungen sich im Straßenverkehr und für das Führen von Kraftfahrzeugen ergeben.

Das heißt konkret: „berufsrechtlich muss der behandelnde Arzt seinen Patienten auf mögliche Beeinträchtigungen der Fahrtüchtigkeit durch seine Krankheit oder die Therapie hinweisen. Unterlässt der behandelnde Arzt dies, verletzt er seine Sorgfalts- und therapeutische Aufklärungspflicht. Verletzt der Arzt die Aufklärungs- und Beratungspflicht, unterliegt er aufgrund seiner Beratungsstellung einer Strafverfolgung, wegen fahrlässiger Körperverletzung oder fahrlässiger Tötung, wenn wegen unterbliebener oder fehlerhafter Informationen der Patient einen Unfall mit tödlichen oder Verletzungsfolgen erlitten oder verursacht hat. Besteht nun die Gefahr, dass ein Patient einen Schwindelanfall erleiden könnte, bzw. ist die Gefahr vollkommen atypisch oder unvorhersehbar, sollte ein Fahrverbot prophylaktisch ausgesprochen werden, um einer eventuellen straf- oder zivilrechtlichen Haftung vorzubeugen. Der Ausspruch sollte zu Beweis Zwecken regelmäßig in Krankenunterlagen dokumentiert werden“. (Wienke, HNO, 2002)

Wer unter Schwindelerkrankungen leidet, darf kein Kraftfahrzeug bedienen. Nun stellt sich immer die Frage: Was passiert denn jetzt, wenn der Arzt im Abschlussbericht schreibt, dass Sie auf das Führen eines Kfz verzichten sollen? Zunächst passiert nichts. Der Führerschein wird nicht eingezogen. Der Führerschein wird nicht ungültig. Wenn Sie in eine Polizei kontrolle kommen, dann weiß die Polizei nicht, dass Sie nicht fahren sollten. Folgen können sich nur unter einer Bedingung ergeben: Wenn Sie einen Unfall verursachen, der unmittelbar mit Ihrer

Schwindelerkrankung in Zusammenhang steht, d.h. die Polizei ist früher da, als ihr Schwindelanfall vorbei ist. Für die Polizei ist erkennbar, dass Sie sich nicht auf den Beinen halten können, Sie erbrechen und möglicherweise vermutet der Polizist, Sie seien betrunken. Dann wird eine Blutprobe veranlasst und man stellt fest: betrunken sind Sie nicht. Aber was war dann der Grund für Ihre Symptomatik und hängt dieses gesundheitliche Problem vielleicht mit der Ursache des Unfalls zusammen?

In der Regel wird dann die Staatsanwaltschaft:

- die Krankenakte beschlagnahmen,
- wird Einsicht in die Krankenakte nehmen,
- wird ein Ermittlungsverfahren z. B.:
- wegen fahrlässigem Eingriff in den Straßenverkehr,
- wenn Sie Pech haben, wegen irgendwelcher Verletzungen von Dritten
- oder wegen Verletzungen Ihrer selbst einleiten
- die Versicherung wird argumentieren:
- hier liegt kein Haftungsfall vor,
- da der Versicherte hätte nicht fahren dürfen.
- Der Betroffene muss die Kosten aller Unfallfolgen dann selbst tragen

Dieses Risiko müssen Sie kennen, wenn Sie sich trotz Aufklärung durch den Arzt ans Steuer setzen. Ihr Führerschein wird nicht eingezogen, der Führerschein wird nicht ungültig und Sie entscheiden, übernehme ich dieses Risiko oder lasse ich es. Sie müssen selbst entscheiden, ob Sie mit dem Risiko oder ggf. der Verantwortung für die Folgen eines von Ihnen verschuldeten Unfalls leben können.

Was ist mit Fahrrad fahren?

Fahrräder sind Zwei-Räder, Autos haben ja immerhin noch 4 Räder. Natürlich ist das Fremdgefährdungsrisiko höher, wenn Sie mit Bus oder LKW unterwegs sind.

Aber die Eigengefährdung mit dem Fahrrad ist mindestens genauso groß wie beim Auto fahren. Im Prinzip gilt wie beim PKW, Sie müssen das Risiko einschätzen und dann entscheiden.

Fragen und Antworten zu den Vorträgen von Dr. Kratzsch und Dr. Eghlimi

Frage: Kann man als Teilnehmer von Seminaren in öffentlich geförderten Gebäuden die Zusage der Teilnahme von der Verfügbarkeit von Audioanlagen für Hörbehinderte abhängig machen?

Antwort Dr. Kratzsch: Es ist Ihre persönliche Entscheidung, ob Sie an der Veranstaltung teilnehmen. Dem Veranstalter ist dies egal, es gibt im Prinzip keine Möglichkeit, dies bei einem Kurs einzufordern. Es gibt aber eine gesetzliche Grundlage: das Gleichstellungsgesetz.

Frage: Bei permanenter Gabe von Gentamycin ins Innenohr droht die Ertaubung. Seit 1970 ist die Gruppe mit Genta-, Neo- und Streptomycin in Verdacht, das Ohr zu schädigen. Dazu gibt es viele sich unterscheidende Studien. Was sagen Sie dazu?

Antwort Dr. Kratzsch: Grundsätzlich stimmt die Aussage, Gentamycin, Streptomycin, Neomycin sind Antibiotika einer bestimmten Antibiotikagruppe, der sogenannten Aminoglycoside. Sie sind alle giftig für das Innenohr. Sie zerstören die Funktion des Gleichgewichts- und des Hörsystems. Früher und auch heute werden diese Medikamente eingesetzt bei lebensbedrohlichen Infektionen, z.B. auf der Intensivstation. Die Nebenwirkungen sind von der Dosis abhängig, wenn es als Antibiotikum eingesetzt wird.

Bei der Behandlung der Menière-Erkrankung ist die Nebenwirkung die Wirkung. Der Einsatz von Gentamycin soll die Funktion des Gleichgewichtsorgans zerstören, bevor die Hörfunktion beeinträchtigt wird. Erst bei höheren und längeren Dosen leidet das Hören mit.

Man muss als Arzt aber immer über die Nebenwirkung (Möglichkeit der Schädigung) aufklären. Diese Medikamente der Aminoglycoside machen eine Vergiftung des Gleichgewichtsorgans, die nicht rückgängig zu machen ist. Das ist in diesem Fall auch so gewollt, um die Schwindelanfälle des Gleichgewichtsorgans zu beenden. Wenn ich kein Gentamycin gebe, so läuft die Erkrankung weiter und das Hören wird mit jedem Menière-Anfall schlechter bis hin zur Ertaubung.

Frage: Was bedeutet „Ausbrennen“ des Morbus Menières? Treten danach trotzdem noch Anfälle auf, oder werden die Informationen nur nicht weiter gegeben ans Gehirn? Kann dann trotzdem noch Hörverlust auftreten, wenn keine Schwindelanfälle mehr kommen?

Antwort Dr. Eghlimi: „Ausbrennen“ bedeutet, dass das Gleichgewichtsorgan seine Funktion verloren hat und dadurch keine neuen Schwindelanfälle mehr auftreten. In der Regel haben Patienten keinen Anfall mehr, aber leichten Schwankschwindel oder Unsicherheitsgefühl können sie spüren.

Die durch Gentamycin zerstörten Haarzellen können keine Impulse weiterleiten, aber durch die mechanische Belastung durch den Hydrops werden die Nerven wieder irritiert. Das kann diese kleinen Mini-Anfälle bzw. die Gangunsicherheit verursachen.

Wenn das Hörvermögen weiter sich verschlechtert, obwohl keine Schwindelanfälle mehr auftreten, gibt es zwei mögliche Ursachen: 1. Eine nachhaltige Wirkung von Gentamycin, was ich eher nicht glaube, weil es dosiert gegeben wurde. 2. Es können immer wieder Anfälle durch den Hydrops entstehen, aber nicht ans Gehirn weiter geleitet werden. Im vestibulären Teil des Innenohres ist die Weiterleitung unterbrochen, aber nicht im cochlearen Teil. Daher ist eine Hörverschlechterung möglich, aber äußerst selten.

Frage: Kann man ein mit Gentamycin behandeltes Ohr, wo das Hörvermögen erloschen ist, mit einem Cochlea-Implantat versorgen?

Antwort Dr. Eghlimi: Ja, das kann man machen, wenn der Hörnerv intakt ist.

Frage: Ist der Klockhoff-Test angesichts der Belastung für den Patienten und des geringen Erkenntnisgewinns noch vertretbar?

Antwort Dr. Eghlimi: Ich würde diese Untersuchung nicht bei mir machen lassen, und das sage ich auch den Patienten so. Es hilft nur wenig bei der Diagnosefindung. Daher würde ich das auch nicht empfehlen.



Jede Frage wurde
ausführlich beantwortet

Frage: Ist Morbus Menière vererbbar?

Antwort Dr. Eghlimi: Es kommt in einigen Familien häufiger vor, also eine familiäre Belastung. Es muss aber nicht bei jedem auftreten in der Familie. Wenn Sie betroffen sind, heißt das nicht, dass zwangsläufig Ihr Kind oder Enkel es auch bekommt.

Bei der Schwindelmigräne scheint es eine genetische Veranlagung zu geben. Daher ist eine genaue Abgrenzung manchmal sehr schwer, ob es sich um Morbus Menière oder eine Vestibuläre Migräne handelt oder sogar um eine Mischform von beidem. Das wissen wir aber noch nicht so genau.

.....

Frage: Ist die hochdosierte Betahistin-Therapie wirksam? Kann sie Müdigkeit hervorrufen?

Antwort Dr. Kratzsch: Es gibt bisher keine gesicherten Studienergebnisse dazu. Um wissenschaftlich standhalten zu können, müssen diese Studien unter bestimmten Voraussetzungen stattfinden: – Weder Arzt noch Patient wissen, ob sie das Medikament oder einen Placebo geben/einnehmen. Das nennt man „doppelt-blind“, um einen tatsächlichen Unterschied herausfinden zu können. – Außerdem müssen Kontrollgruppen ohne Behandlung sein.

Unabhängige Wissenschaftler (Cochrane Collaboration) beurteilen die Aussagekraft dieser Studien. Die Kriterien dieser Institution sind sehr streng. Die Cochrane Collaboration sagt, dass es bisher keinen Beweis für die Wirksamkeit von Betahistin gibt.

Unsere klinischen Erfahrungen, auch von anderen mit uns im Austausch befindlichen Kollegen, sagen etwas anderes. Es scheint wirksam zu sein. Wir glauben zu wissen, dass Patienten, die auf normale Dosen Betahistin (z.B. 3x24 mg) nicht ansprechen, mit höheren Dosen doch anfallsfrei werden können. Diese Dosen gehen heute zum Teil deutlich über 200 mg am Tag hinaus. Dazu gibt es Studien, z.B. gerade in der LMU München, Schwindelzentrum. Diese Studien sind durchaus erfolgversprechend. Wir können aber nicht sagen, es ist jetzt bewiesen.

Betahistin kann müde machen.

Es gibt zwei Kontra-Indikationen: Asthma bronchiale und das Phäochromozytom (Nebennierentumor).

Frage: *Kann ich in der Schwangerschaft und Stillzeit Betahistin nehmen?*

Antwort Dr. Kratzsch: Betahistin ist ein Abkömmling der körpereigenen Substanz Histidin und insofern aus meiner Sicht eher unbedenklich, die Indikation sollte aber streng gestellt und immer mit dem behandelnden Arzt besprochen werden. Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass es sich um eine „off-label“ Therapie handelt, da im Beipackzettel Schwangerschaft als Kontraindikation angegeben wird. Dies hängt aber auch mit dem Fehlen von Untersuchungen und Daten bei der Behandlung mit Betahistin bei Schwangeren zusammen. Es sollte also im Einzelfall eine strenge Abwägung zwischen Nutzen und Risiken einer solchen Therapie stattfinden.

Antwort Dr. Eghlimi: In der Packungsbeilage steht, dass man es auch nicht in der Stillzeit nehmen darf. Es gibt keine ausreichenden Daten. Es wird auch nie Studien geben bei Schwangeren mit solchen Medikamenten. Sie müssen das mit Ihrem Arzt besprechen, der muss das entscheiden.

Frage: *Wie ist es mit der Einnahme von Betahistin bei Asthma bronchiale?*

Antwort Dr. Kratzsch: Beim allergischen Asthma bronchiale darf es nicht verabreicht werden, weil das Histidin in diesem Prozess eine Rolle spielt. Als Anfallsprophylaxe kommen die anderen Möglichkeiten in Frage: Paukenröhrchen, Cortison intratympanal (Einspritzung von Cortison ins Mittelohr, das ins Innenohr aufgenommen wird). Es gibt alternativ Sulpirid o.ä., aber letzteres würde ich nicht uneingeschränkt für die Anfallsprophylaxe empfehlen.

Antwort Dr. Eghlimi: Da sind wir einer Meinung.

Die Cochrane Collaboration stellte bislang fest, dass Betahistin nicht effektiv wirkt. Andere sagen, es sei wie ein Placebo. Letztendlich ist es also egal, ob Sie Betahistin nehmen oder ein Placebo. Hauptsache, es hilft Ihnen. Das ist das Wichtigste.

Wer starke allergische Reaktionen hat, wird häufig auch mit Cortison behandelt. Das wirkt sich günstig auf die Anfallsprophylaxe aus. Da würde ich auf keinen Fall Betahistin nehmen.

Frage: *Wie sind Ihre Erfahrungen mit dem hochdosierten Betahistin? Wenn der Patient auf das hochdosierte Betahistin anspringt, kann er dann sein Leben lang in dieser Dosierung das Medikament nehmen, oder muss, kann, soll man auch wieder die Dosis reduzieren?*

Antwort Dr. Kratzsch: Es gibt erst zwei oder drei Jahre Erfahrungen mit der hohen Dosis. Das ist noch nicht ganz ausgewertet. Ich würde anfangen, die Dosis wieder zu reduzieren, wenn der Patient über mehrere Jahre unter der hohen Dosis beschwerdefrei ist. Wenn wieder Schwindelanfälle auftreten, kann man wieder höher dosieren.

Ist die Dosis mit z.B. 144 mg nicht ausreichend wirksam, kann in den Bereich 200 mg und mehr gegangen werden. Da reduziere ich dann aber nicht nach 3 oder 6 Monaten gleich wieder runter. Solange der Patient ohne Nebenwirkungen das Mittel verträgt, bleibe ich erst mal bei dieser hohen Dosierung. Meist ist das Betahistin gut verträglich.

Antwort Dr. Eghlimi: Ich bin HNO-Arzt und Operateur, anders als Internisten. Wir wollen i. d. Regel alles schnell wegoperieren. Aber ich würde in so einem Fall auch nicht nach 3 Monaten anfangen mit der Runterdosierung, sondern frühestens nach einem Jahr ohne Schwindelanfälle.

Frage: Was leitet der HNO-Arzt vom Nystagmus ab?

Antwort Dr. Eghlimi: Nystagmus entsteht vor allem, wenn es zu einem Tonusungleichgewicht zwischen den beiden Gleichgewichtsorganen kommt. Beim Morbus Menière ist es vor allem in der Anfangsphase so, dass der Nystagmus zur kranken Seite zeigt. Nystagmen sind rhythmische Augenbewegungen, die bestehen aus einer langsamen und einer schnellen Phase. Die Richtung der schnellen Phase ist die Richtung des Nystagmus.

Beispiel: das rechte Gleichgewichtsorgan ist ausgefallen, der Patient hat Druck auf dem rechten Ohr und die Nystagmen sind nach rechts gerichtet. Aber Vorsicht, beim Morbus Menière kann sogar während der Untersuchung sich der Nystagmus umkehren zur anderen Seite. Darum kann man nicht mit einem kurzen Blick sagen, das ist Morbus Menière.

Frage: Bei mir ist die linke Seite defekt und die Nystagmen gingen von rechts nach links. Ich hatte einmal den Fall, dass es mit Linksdrehungen anfang, für 2 Sekunden nach rechts gedreht hat und dann wieder nach links. Wie ist das zu erklären?

Antwort Dr. Eghlimi: Das hängt mit der Kaliumkonzentration zusammen. Wenn die Konzentration steigt, fängt der Nystagmus und die Drehbewegung an. Es kann auch kurzfristig in die umgekehrte Richtung drehen, dann aber gleich wieder nach kurzer Zeit in die kranke Richtung. Das macht die Erkennung schwierig, darum wird auch der Ohrdruck und die Minderung des Hörvermögens mit in die Kriterien für den Morbus Menière einbezogen.

Frage: Bei Schwindel gibt es immer Nystagmus?

Antwort Dr. Eghlimi: Bei innenohrbedingtem Drehschwindel ja. Wenn der Nystagmus fehlt, ist es vermutlich kein Innenohrschwindel. Kann sich die Charakteristik von Schwindelanfällen im Laufe der Zeit verändern?

Antwort Dr. Kratzsch: Es ist mit Sicherheit so, dass sich die Schwindelsymptomatik im Laufe der Zeit verändert. In der Regel ist es so, dass sich die Intensität der Anfälle verringert, weil das Gleichgewichtsorgan mit der Zeit weniger empfindlich wird durch die allmähliche Zerstörung in seiner Funktion.

Es können auch andere Schwindelkomponenten dazu kommen, häufig ein Angstschwindel, der sich aber ganz anders äußert als ein Attackenschwindel. Eher als ein Unsicherheitsgefühl-Schwindel, wo ich nicht genau weiß, kommt wieder ein Anfall oder nicht. Obendrauf kann sich ein Lagerungsschwindel setzen, dann hat man eine Mischung aus Lagerungsschwindel und Menière-Schwindel.

Frage: Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass auch das zweite Ohr betroffen wird?

Antwort Dr. Kratzsch: Es gibt vereinzelte Fälle, wo zur selben Zeit beide Ohren betroffen sind. Etwas häufiger kommt es vor, dass zuerst ein Ohr betroffen ist, dann eine Pause von mehreren Jahren und später irgendwann auch das andere. Die statistischen Angaben schwanken zwischen 10 und 25%, ich tendiere eher zu 15% aus unseren Erfahrungen heraus.

Es gibt Studien, die sagen, nach 5 Jahren sind ca. 20% beidseitig betroffen, nach 20 Jahren ca. 50%, aber auch das ist Studie, --- und die Erfahrung in der Praxis etwas anderes.

Frage: Ich habe meine Probleme mit dem Schwindel durch Änderung von Lifestyle, also kein Alkohol, kein Nikotin, gesunde Ernährung, Idealgewicht durch Ausdauer- und Kraftsport gelöst. Mein Restproblem ist der Abfall meines Hörvermögens im Bereich 100-500 Hz. Was empfehlen Sie?

Antwort Dr. Eghlimi: Ruhe bewahren, genießen Sie Ihr Leben. In diesem Frequenzbereich nimmt man in der Regel den Hörverlust auch nicht so wahr. Die Hörgeräte können in diesem Tiefton-Bereich nicht viel ausgleichen. Bei einem Hörtest ohne Audiogramm sieht man eine Tiefton-Senke, aber wenn man einen Sprachhörtest macht, haben Sie ein völlig normales Hörvermögen. Sie brauchen dann nach Heil- und Hilfsmittelrichtlinien keine Hörgeräte.

Frage: Meine Beobachtung war, dass ich vor Höreinbrüchen Lärm, Stress im Beruf und auch zweimal eine Betäubung vor einer OP hatte. Es waren aber keine Ohr-OPs, sondern andere. Meine Frage lautet nun: kann ein Hörsturz noch einmal nach einer OP auftreten, und kann es vom Betäubungsmittel kommen? Inzwischen benutze ich Ohrstöpsel bei großem Lärm und seitdem ich Rentner bin, ist der Stress gering.

Antwort Dr. Eghlimi: Ich höre immer wieder, dass Patienten nach Operationen über Hörstörungen und sogar Hörstürze berichten. Ich kenne mich mit den Nebenwirkungen der Narkosemittel aber nicht aus.

Antwort Dr. Kratzsch: Erfahrungsgemäß können anscheinend Narkosemittel solche Störungen hervorrufen. Die Frage ist aber, ob es die Anästhetika selber sind oder eher der erhebliche Stress, den eine OP für den Körper darstellt.

Frage: Ich bin seit Dezember 2012 arbeitsunfähig. Im Mai 2013 habe ich eine medizinische Rehamaßnahme wegen Morbus Menière beantragt. Im Juli 2013 wurde die Reha abgelehnt, ich habe Widerspruch eingelegt. Es kam eine gutachterliche Stellungnahme, dass eine Rehamaßnahme nicht geeignet sei, die Krankheit zu bessern. Es kam zur Ablehnung des Widerspruchs im März 2014. Soll ich klagen oder ein Privatgutachten machen lassen? Es droht die Aussteuerung der Krankenkasse im Mai 2014.

Antwort Dr. Kratzsch: Bei längerer Arbeitsunfähigkeit kann man ggf. auch einen Rentenantrag stellen, dann wird die Rentenversicherung in der Regel eine Reha gewähren (steht im Sozialgesetzgebungsbuch: Reha vor Rente!). Es muss vor einer Berentung über eine Rehabilitation versucht werden, die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen.

Die zweite Möglichkeit ist, Sie können 6 Monate nach der Ablehnung des Widerspruchs einen neuen Antrag stellen. Da wird das ganze Verfahren wieder aufgerollt. Unsere Erfahrung ist, dass es dann häufiger auch genehmigt wird.

Die Reha macht nichts an der Menière-Erkrankung, sondern es geht ja um den Umgang damit, auch besser mit der Erkrankung zu leben und am Ende die Leistungsfähigkeit einschätzen zu können.

Frage: Ist das LEIM-MRT eine Kassenleistung?

Antwort Dr. Eghlimi: Das kann ich nicht beantworten, weil ich es nicht weiß.

Die Frage ist, ob diese Methode tatsächlich notwendig ist. Es wird damit ein endolymphatischer Hydrops nachgewiesen. Wir wissen aber, dass nur etwa 1/3 der Patienten mit einem endolymphatischen Hydrops auch wirklich einen Morbus Menière entwickeln. Es ist also kein Nachweis für eine Morbus Menière-Erkrankung.

Es ist ein guter Hinweis, aber den kann man auch klinisch gewinnen. 2/3 der Patienten, bei denen man nach dem Tod einen Hydrops festgestellt hatte, hatten nie in ihrem Leben über eine Menière-Erkrankung berichtet.

Frage: *Kann eine Vestibuläre Migräne nach einigen Wochen auch ohne Medikamente wieder verschwinden?*

Antwort Dr. Eghlimi: Im Prinzip ja, aber in der Regel ist eine Migräne, wie auch die Vestibuläre Migräne, eine chronische Erkrankung. Sie tritt nicht nur einmal auf und ist dann wieder weg.

Gibt es Aussagen darüber, wie lange es dauert, bis der Menière ausgebrannt ist? Teilweise ist zu lesen, nach 7 oder 9 Jahren, mir wurde auch gesagt, erst ab dem 60. Lebensjahr.

Antwort Dr. Kratzsch: Es gibt Studien, da schwankt das Zeitfenster zwischen 7 und 11 Jahren als mittlere Verlaufsdauer. Es gibt aber auch Patienten, die haben es 3 Jahre lang sehr heftig und dann ist es vorbei, andere haben es 20 Jahre und immer noch Beschwerden. Eine Altersangabe von 60 Jahren hat mit der Erkrankung nichts zu tun.

Es ist auch davon abhängig, wie oft man die Anfälle bekommt. Es gibt Patienten, die nur einmal im Jahr einen Anfall haben, und andere haben sie dreimal in einer Woche. Natürlich kommt es bei dem Patienten viel eher zum Ausbrennen, der so häufige Anfälle hat.

Frage: *Kann Betahistin das „Ausbrennen“ verhindern oder verzögern? Kann das Gleichgewichtsorgan ausgebrannt sein, ich nehme Betahistin und freue mich, dass ich keine Anfälle mehr bekomme?*

Antwort Dr. Kratzsch: Wenn Sie weniger Anfälle bekommen, kann die Erkrankung „ausgebrannt“ sein oder die Medikation ist effektiv in der Unterdrückung der Schwindelattacken.

Lassen Sie beim HNO-Arzt die Untersuchungen machen. Wenn der Menière ausgebrannt ist, dann kann man die Betahistin Medikation langsam ausschleichen. Der Placebo-Effekt bei Betahistin muss eher hoch eingeschätzt werden.

Ich sehe auch Patienten, die sagen, sie haben Morbus Menière. Immer, wenn sie den Anfang spüren, nehmen sie 1 Betahistin-Tablette ein – und dann geht es ihnen deutlich besser. Dann sol-

len sie es nehmen. Wichtig ist ja, dass es ihnen besser geht!

Wenn Sie über längere Zeit keine Anfälle mehr haben, dann ist es gerechtfertigt, die Dosis zu reduzieren und irgendwann ganz mit der Medikation aufzuhören.

Frage: *Sie sprachen vorhin von Hörgeräten und Sprachtests. Wenn das Verstehen noch bei 80 liegt, wäre keine Hörgeräte-Verordnung nötig. Da stehen Sie in ganz deutlichem Widerspruch zu den hörgeschädigten Pädagogen. Das Sprachverstehen von ca. 80% sagt noch nichts darüber aus, ob ich ein Hörgerät brauche oder nicht. Ich habe zusätzlich einen Tinnitus in diesem Tieftonbereich, merke eine Verbesserung mit Hörgerät. Ich meine, dass in diesem Bereich die Grundtöne aller Vokale liegen und wenn ich nur darauf schließen kann, dass es das gleiche Wort ist, habe ich noch lange kein gutes Sprachverstehen. Und deshalb denke ich, ist Ihre Aussage nicht ganz richtig, ich brauche kein Hörgerät.*

Antwort Dr. Eghlimi: Als HNO-Arzt muss ich mich an die Richtlinien für die Heil- und Hilfsmittelverordnung halten und ebenfalls ans Sprachhörvermögen. Bei Tieftonhörverlust bis 500 Hz ist trotzdem das Sprachverstehen über 80%, es sei denn, er ist Ausländer, der nicht gut Deutsch sprechen kann. Da hilft auch kein Hörgerät für besseres Sprachverstehen.

Nur wenn der Tinnitus in dieser Frequenz liegt, dann empfehle ich, abhängig vom Leidensdruck bezüglich des Tinnitus und das als ultima ratio, ein Hörgerät. Das liegt dann aber daran, dass man den Tinnitus überdecken kann. Bei einem isolierten Tiefton-Hörverlust in diesem Bereich wäre es für mich keine Hörgeräte-Indikation, steht so auch in den Leitlinien.

Ines Lux und Caïssa Engelke

Vorwort zu den Betroffenenberichten zum Thema: Einschränkungen im Berufsalltag „Wenn Selbstverständliches nicht mehr selbstverständlich ist“

Im Anschluss lesen Sie zwei Vorträge von betroffenen Patientinnen. Beide Vorträge schildern keine Durchschnittsfälle. Viele MM-Patienten bleiben berufstätig, da der Menière oft keine so häufigen und schweren Anfälle verursacht, dass die Ausführung der beruflichen Tätigkeit gefährdet wird.

Beide Vorträge haben jedoch gemeinsam, dass sie über Krankheitsverläufe informieren wollen, die sich heftiger und schlimmer als die meisten entwickeln und wie man trotzdem auch mit solchen Verläufen konstruktiv umgehen kann. In einem Vortrag wird die Patientin nur zum Teil erwerbsunfähig, im anderen völlig. Sie berichten von Arztodysseen und Kontaktängsten. Aber auch von Wegen aus der Depression, heraus in eine motivierende Reha, von Möglichkeiten, wie man sich Erleichterungen und Hilfe verschaffen kann und von neuen Chancen kann man lesen. Rückschläge werden jedoch nicht verschwiegen. Und wichtig ist, dass man vor allem eins benötigt, wenn man sich mit dem Menière arrangieren muss: Geduld.

Ines Lux: Erfahrungen aus dem Berufsalltag



Ines Lux

Bevor ich über die Erfahrungen über den Einstieg in den Berufsalltag berichte, möchte ich ein paar Daten zu meiner Person geben.

Die ersten Anzeichen des Menière traten im Jahr 2003 im Alter von 42 Jahren auf. Das waren Hörausfälle und leichter Drehschwindel. Im Jahr 2004 kam es dann zum Vollbild der Erkrankung. Aufgrund der starken und täglichen Schwindelanfälle entschied ich mich im Jahr 2004 zur Saccotomie, die dann 2-mal in diesem Jahr durchgeführt wurde.

Nach 1 Jahr Kampf mit der Rentenversicherung um eine Reha in einer Schwin-

delklinik wurde diese schließlich genehmigt. In der Reha bauten die Ärzte und Therapeuten mich körperlich und psychisch wieder auf.

Zu dieser Zeit kam nur eine Rückkehr in meinen Beruf als Leitende Angestellte für mich in Frage. Während des Reha-Aufenthaltes konnte mir niemand sagen, ob und in welchem Umfang ein Arbeitsalltag für mich zu bewältigen wäre. Im Gespräch mit meinem Arbeitgeber strebte ich daher den vollschichtigen Einsatz nach der Wiedereingliederung an. Nach der Untersuchung vom Betriebsarzt, der in meinen Beisein mit dem behandelnden HNO-Arzt sprach, bestanden nun keine Einwände. Die Wiedereingliederung wurde vom Arbeitgeber genehmigt und lief über 12 Wochen und war bis zum Ende der 72 Wochen Krankengeldbezug abgeschlossen. Mit 3 Stunden beginnend und bis auf 7 Stunden ansteigend. Der Wiedereinstieg während des Stundenaufbaus war machbar. Aber ich merkte bereits bald, dass

ich für einzelne Aufgaben viel mehr Zeit brauchte. Als ich dann in die volle Arbeitsbelastung von 8 Stunden kam, schwanden auch meine Kraftreserven. Ich war immer sehr müde. Da mir nach den Saccotomien bestätigt wurde, dass das Gehör keinen Schaden genommen hat, dachte ich auch nicht gleich an einen Hörverlust. Die Anstrengungen wurden größer, der Tinnitus auf beiden Seiten sehr laut und zudem gesellte sich nach den Operationen noch ein weiteres Geräusch auf der erkrankten rechten Seite, ein Ablaufgeräusch. Unter diesen Bedingungen war Konzentration nur schwer möglich. In Konferenzen konnte ich mich nicht mehr am Gespräch beteiligen. Bis ich über das gerade Gesprochene noch nachgedacht habe, hat schon wieder jemand gesprochen. Dem ganzen wollte man entgegentreten mit unterschiedlichen Medikamenten von Vertigoheel auf pflanzlicher Basis bis hin zum Sulpirid, ein Antidepressiva mit all seinen Nebenwirkungen. Zu den kognitiven Problemen kam die Übelkeit, die bei mir ca. 2 Jahre nach den Operationen nachwirkte. Das Druckgefühl im rechten Ohr bestand weiter, je stressiger der Alltag wurde, desto stärker wurde der Druck. Ameisenlaufen an der rechten Hals- und Kopfseite war in dieser Zeit noch ziemlich häufig, genauso wie Taubheitsgefühl an der rechten Hals- und Kopfseite. Dazu gesellten sich Wahrnehmungsstörungen zwischen rechter und linker Körperhälfte.

Etwas über 1 Jahr später fand ich mich in einer schweren Depression wieder. Um die Reißleine zu ziehen beantragte ich erneut eine Reha. Dort wurde festgestellt, dass ich im Stress nur noch ein Hörvermögen von 50 % hatte. Deshalb und wegen des starken Tinnitus wurde ich mit Hörgeräten beidseitig versorgt. Während der Reha stellte ich beim Arbeitsamt einen Gleichstellungsantrag. Das hat zur Folge, dass der Arbeitgeber nur erschwert kündigen kann. Außerdem erleichtert dies, falls

die Wiedereingliederung nicht zur vollen Erwerbstätigkeit führt, die Durchsetzung der Erwerbsminderungsrente. Falls man privat vorgesorgt hat, lohnt es sich prüfen zu lassen, ob schon Ansprüche bestehen.

Nach dem Reha-Aufenthalt Ende 2006 folgten erneut Verhandlungen mit den Vorgesetzten am Arbeitsplatz. Diese wurden nicht positiv beschlossen, so dass sich erneut eine Krankheitszeit von 72 Wochen anschloss. Auch diesmal war Krankengeldbezug möglich. Ohne davon Kenntnis zu haben, hatte ich die Dreijahreszeiträume, in welchen die gesetzliche Krankenkasse rechnet, überschritten und schon wieder ein Jahr Gehalt bezogen.

In der nachfolgenden Krankheitszeit wurde ich psychotherapeutisch begleitet. Nach einem stationären Aufenthalt von 7 Wochen musste ich ganz langsam wieder den Alltag leben lernen. Inzwischen war es 2008. Eine erneute Wiedereingliederung folgte, diesmal unterstützt durch einen Psychotherapeuten. Gespräche mit dem Arbeitgeber waren nötig, da ein Einsatz an der vorhergehenden Arbeitsstelle für mich nicht mehr machbar war. Ich holte mir Unterstützung von den Mitarbeitern des Integrationsamtes und vom Personalrat. Trotzdem war eine starke Gehaltsabsenkung die Folge, die man mir zur Bedingung machte, um der Wiedereingliederung zuzustimmen. Die Wiedereingliederung lief in den ersten Wochen mit den bekannten Problemen. Lauter Tinnitus, sehr langsames Arbeiten, schnelle Ermüdung, die Konzentration war immer nur ca. 1-2 Stunden am Tag möglich. Natürlich hatte ich auch große Angst vor der neuen Abteilung, da ich ja jetzt nur ein der Abteilung aufgedrückter Zuwachs war. Bei der Steigerung der Stundenanzahl auf 6 Stunden stellten sich starke Unruhe und Zittern ein, so dass die Stundenanzahl wieder auf 4 Stunden reduziert wurde. Gleichzeitig wurde ein Antrag auf Teilerwerbsminderung bei der Rentenversicherung gestellt. Der Antrag wurde mit einem

Schreiben vom Psychotherapeuten untermauert. Inzwischen waren die 78 Wochen (6 Wochen Lohnfortzahlung und 72 Wochen Krankengeldbezug) zu Ende. Also folgte eine Vorstellung beim Arbeitsamt, um mich finanziell abzusichern. In dieser Situation kamen zu den vorhandenen Schwindelängsten noch Existenzängste hinzu. Allzu deutlich wurden die Zeichen des sozialen Abstiegs. Mit der Zustimmung der teilweisen Erwerbsminderung wurde sofort die Förderung des Arbeitsamtes auf die Stundenzahl der Erwerbsminderung bei mir auf 6 Stunden gekürzt.

Die Zeit vom Ende des Krankengeldbezugs bis zur Genehmigung der Teilerwerbsminderungsrente durfte ich daher nicht arbeiten. Die Rente wurde zunächst nur für 2 Jahre genehmigt. Daran schloss sich erneut eine befristete Teilrente. Nach dem Ende dieser Befristung wurde daraus im Jahr 2012 eine Befristung bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze im Jahr 2028, also in dem Sinne keine erneute Zeitrente.

Jedes Jahr werden die Hinzuverdienstgrenzen überprüft und der Gesundheitszustand abgefragt. Die Arbeitszeit beträgt jetzt 4 Std. täglich mit einer Teil-Erwerbsminderungsrente.

Heute führe ich ein entschleunigtes Leben, was mehr und mal weniger gut gelingt. Mein Körper zeigt mir klare Grenzen auf. Bei zuviel Stress reagiert mein Körper mit starken Schmerzen, die sich auch mit Schmerzmitteln nicht beseitigen lassen. Stress und Termindruck oder auch wenn zuviel auf mich einströmt, wie z. B. die KIMM-Tagung, sind für mich schwer zu bewältigen und über die Lautstärke des Tinnitus zu beobachten. Ich brauche dann entsprechend lange Ruhepausen. Die Urlaubstage habe ich daher gleichmäßig über das ganze Jahr verteilt, so dass ich spätestens alle 8 Wochen eine längere Ruhezeit habe.

Rückblickend kann ich sagen, dass für eine solche Zeit des Umbruchs viele Hilfen notwendig sind. Man braucht für diese Zeit einen begleitenden Arzt oder Therapeuten, dem man vertraut. Idealerweise schließt eine Wiedereingliederung an einen Reha-Aufenthalt an, da hier noch Hilfe über die Sozialdienste möglich ist. Auch für die Zeit nach der Wiedereingliederung ist noch viel Unterstützung notwendig, denn es gilt zu verarbeiten, dass Einschränkungen vorhanden sind.

Ein großes Plus ist ein wohlwollendes Arbeitsumfeld. Am Arbeitsplatz habe ich ein Festnetztelefon, um mich bei Telefongesprächen sicherer zu fühlen.

Trotz allem kann ich nach der langen Zeit des Einstiegs in den Berufsalltag sagen, der Umbruch in meinem Leben war notwendig und richtig. Das Zurückkehren in einen Beruf erhält soziale Kontakte und wirkt daher der Isolation entgegen. Ich erobere mir Stück für Stück das Leben zurück und inzwischen reicht die Kraft so weit, dass ich die Leitung der Selbsthilfegruppe M. Menière in Würzburg übernommen habe.

Ines Lux

Caïssa Engelke Einschränkungen im Berufsalltag „Wenn Selbstverständliches nicht mehr selbstverständlich ist“

Ich bin Caïssa Engelke, 52 Jahre alt, verheiratet und komme aus dem Großraum Stuttgart. Ursprünglich bin ich Diplomingenieurökonomin und habe zuletzt als Leiterin Buchhaltung und Controlling gearbeitet. Mein jetziger Berufsstatus ist allerdings „Rentnerin auf Zeit“ und das kam so:

Mein ganz persönlicher D-Day war der 23.02.2011. Nach Feierabend spürte ich einen starken Ohrdruck und ein eigenartiges Ohrgeräusch, dachte jedoch das wird sich wieder geben, ging den nächsten Tag auf Arbeit. Jedoch schon am nächsten Tag spürte ich die ersten Auswirkungen durch diesen Ohrdruck, ich war stark irritiert beim Telefonieren. Ich war sehr schwerhörig und auch das war ich nicht gewohnt. Es kam zu Konzentrationsstörungen, ich hatte Wortfindungsprobleme, ich fuhr bei jeder Ansprache der Kollegen erschreckt zusammen und als Folge hatte ich ab Mittag dann sehr starke Kopfschmerzen. So beschloss ich, nach dem Wochenende, weil es sich nicht gebessert hatte, zum nächstgelegenen HNO-Arzt zu gehen. Damit begann meine Odyssee um die „Herausfindung“ was mit mir eigentlich so plötzlich los war.

Mein erster HNO-Arzt schrieb mich sofort krank. Das war ich gar nicht gewohnt, denn ich war viele Jahre nicht ein einziges Mal krank gewesen. Er bot mir an, nachdem er einen Hörsturz diagnostiziert hatte, diesen mit Sauerstoff und Akupunktur zu behandeln. Ich fand das etwas wenig und dachte mir, das dauert mir zu lange, bis diese Sachen wirken und deshalb

holte ich eine zweite Meinung ein. Der nächste HNO-Arzt diagnostizierte wiederum einen Hörsturz und wies mich notfallmäßig in eine HNO-Klinik ein, wo ich dann 5 Tage lang am Infusionstropf mit Kortison und Haes gelegen habe. Aber außer dem Ohrdruck, der nach den 5 Tagen etwas nachgelassen hatte, war keine Besserung im Hören und auch keine Besserung des Ohrgeräusches zu bemerken.

Ich bin dann also arbeitsunfähig und ohne zu wissen, was mir eigentlich genau fehlt, wieder zu Hause gewesen und dann begannen die ersten Schwindelattacken. Diese waren zunächst relativ mild und ohne Erbrechen, aber es drehte sich stetig die Welt um mich. Das nahm mit der Zeit dann noch zu, so dass ich mir erneut einen Termin in der HNO-Klinik machte, die auch eine Schwindelambulanz hatte. Dort veranstaltete man mit mir so einiges: Umfangreiche Untersuchungen, Befragungen, die Anamnese wurde nochmals festgestellt und erstmals fiel der Verdacht auf Morbus Menière. Doch, WAS ist das? Keine Ahnung! Jedenfalls bekam ich dort auch keine richtige Aufklärung und nur ein Medikament (Betahistin) in die Hand gedrückt, das ich dann nehmen musste und durfte wieder nach Hause gehen.

Kurz darauf rief mich dann auch mein Arbeitgeber an und bat mich, nach 6 Wochen Arbeitsunfähigkeit, doch nun endlich



Caïssa Engelke

wieder auf Arbeit zu kommen. Meine Arbeit war liegengeblieben, man hatte Termine, die man ohne mich nicht wahrnehmen konnte. So verweigerte ich meine nächste Krankschreibung und ging wieder auf Arbeit.

Doch mit der Einnahme von Betahistin ging es mir nicht besser, sondern ehrlich gesagt, noch schlechter. Ich verspürte eine ständige Benommenheit, hatte Betrunkeneitsgefühle, eine eigenartige Taubheit auf der linken Gesichtshälfte, machte relativ langsame Bewegungen und hatte insgesamt irgendwie eine ziemlich „lange Leitung“ bekommen. Mein Arbeitgeber schaute sich das ungefähr drei Monate lang an. Weniger saß ich am Schreibtisch als lag ich vielmehr mit dem Kopf auf dem Schreibtisch oder auch ganz und gar darunter, um die häufigen Schwindelgefühle einigermaßen zu überstehen. Ich musste oft fehlen oder den Arbeitsplatz vorzeitig verlassen. Bis dahin war ich als äußerst zuverlässige und gewissenhafte Arbeitskraft bekannt. Das konnte ich nun nicht mehr gewährleisten – ich schämte mich. Ich konnte mehrere Termine nur mit allergrößter Mühe einhalten, machte Fehler und war einfach nur verzweifelt. Anfang Juli wurde mir von meinem Arbeitgeber nahegelegt, mich doch lieber wieder krankschreiben zu lassen, so wäre ich nur eine Belastung für den gesamten Arbeitsablauf. Eine Woche später bekam ich die Kündigung.

Ich war über alle Maßen enttäuscht, versuchte aber die Flucht nach vorn. So begab ich mich nun auf meine lange Suche nach Gewissheit und der Antwort auf die Frage: Was fehlt mir eigentlich? Ich pendelte zwischen den gesamten HNO-Ärzten in meiner Gegend, war in der Uniklinik Tübingen und überall wurde der „Verdacht auf Morbus Menière“ gestellt. Ich hatte mehrfache Drehschwindelanfälle in Beisein von Ärzten, trotzdem hieß immer wieder nur: „Verdacht“ auf Morbus Menière.

In meinem Ratsuchen befragte ich natürlich auch das Internet und da kam ich das erste Mal mit offenen Leuten ins Gespräch, wenn auch vorläufig nur per Mail und Telefon. Ich entdeckte die Selbsthilfeorganisation „KIMM“ und das Selbsthilfeforum „sh-menièrè“. Dort war es für mich wie eine Offenbarung: Man brauchte nicht umständlich zu erklären, warum es einem wie geht – man wurde sofort verstanden! Ich war dafür dermaßen dankbar! Schon die Gewissheit, dass es auch anderen so geht wie mir, hat mir Mut zum Weitermachen gegeben.

Ich erhielt im Forum gute Ratschläge für soziale Erleichterungen im Austausch mit anderen Betroffenen, die bereits längere Zeit Morbus Menière hatten. Z. B. stellte ich einen Antrag auf Schwerbehinderung und auch einen Antrag auf Reha. Das hat mich einiges an Kraft und viel Zeit gekostet, denn leider muss man dazu als Menière-Kranker oftmals seine letzten Kraftreserven mobilisieren und in Widerspruch gehen, um seine Interessen durchzusetzen. Wer also so etwas vorhat und auch durchsetzen will, sollte unbedingt andere Betroffene befragen, die diesen Weg schon gegangen sind und sich beim Ausfüllen der Formulare helfen lassen – z. B. vom VdK oder SoVD. Aber auf jeden Fall nicht aufgeben!

Nach meiner Beantragung der Reha erhielt ich zunächst zwei Absagen und bin dann im März/April 2012 hier in Bad Grönenbach gewesen. Das war für mich wie „nach Hause kommen“! Endlich Leute, die ich sogar sehen und anfassen konnte, denen es genauso ging wie mir! Ich habe sogar jetzt noch Kontakte zu den Leuten, mit denen ich damals zur Reha war. Nicht alleine zu sein, ist das Beste, was uns passieren kann – dieses Gefühl gibt wieder Kraft und befreit Reserven. Bei der Reha wurde erstmalig bei mir auch der „Verdacht auf vestibuläre Migräne“ gestellt, denn ich litt oft an Dauerschwindel und bemerkte, dass ich auch auf Bewe-

gungsreize als Auslöser für Schwindel reagiert habe. Ich hatte mitunter Sehprobleme, häufig Kopf- und Nackenschmerzen und bemerkte auch eine Wetterabhängigkeit von Schwindel und mein persönlicher Biorhythmus spielte auch eine Rolle. Ich bekam eine Medikation mit Betablockern, jedoch wurden diese nach vier Monaten abgesetzt, da sich keinerlei Änderung ergab. Nach der Reha wurde ich arbeitsunfähig entlassen und nicht berentet.

Ich kam nach Hause und fragte mich daraufhin ernsthaft: Wie soll mein Leben jetzt weitergehen? Wie soll es mir jemals gelingen, wieder meiner hochqualifizierten und anspruchsvollen Arbeit nachzugehen? Ich habe doch so vielfältige Einschränkungen im täglichen Leben: Fast täglich habe ich Schwindel, ich bin schwerhörig, ich leide unter Tinnitus mit Hyperakusis in gleichem Maße wechselseitig. Das erschwert mir z. B. Dinge wie: normale Unterhaltung mit Anderen, das Zuhören bei Vorträgen, unbeschwertes Telefonieren oder Stereohören, die schnelle Orientierung im Straßenverkehr, Konzertbesuche und so vieles mehr. Die Drehschwindelattacken kehrten immer wieder ein- bis zweimal pro Woche. Den Schwankschwindel habe und hatte ich fast täglich.

So gesellten sich nach und nach auch Schwierigkeiten bei visuellen Anforderungen und Aufgaben dazu. Es entstand bei mir eine nervige Überempfindlichkeit gegenüber Bewegungsimpulsen, egal ob durch Eigenbewegung oder Bewegung in der Umwelt. Ich entwickelte eine eingeschränkte Toleranz gegenüber Haltungsveränderungen und ich wurde dadurch körperlich sehr unsicher. Hieraus resultiert dann ein hohes Angstlevel und hohe Aufmerksamkeit auf die vestibulären Symptome. Schwanken, Unsicherheiten oder beides werden von mir oft über den ganzen Tag empfunden oder auch episodischer Schwindel, der sich dann auf das chronische Schwanken und die Übelkeit

aufsetzt. Auslösende Faktoren sind aktive oder passive Eigenbewegungen, die Wahrnehmung von großflächigen bewegten Objekten wie Häuserfronten, Flure, die Wasserflächen, die sich bewegen oder komplexe visuelle Anforderungen. Die Durchführung kleinflächiger präziser visueller Aufgaben ist mir sehr erschwert, wie z. B. das Lesen oder das Arbeiten am Computer. Es ist leider so, dass ich nach 20-30 Minuten dadurch einen Schwindelanfall bekomme – zumindest aber bin ich total benommen und habe keinerlei Konzentration mehr. Sogar Fernsehen, Theater oder Kinobesuche sind dadurch unmöglich geworden.

Menschenansammlungen im Supermarkt und bei Theaterbesuchen, Museumsbesuche sowie Fahrten mit dem Bus, dem Auto oder der Bahn lösen Schwindel oder Übelkeit aus. Einige Symptome zeigen sich auch ohne Provokation oder Auslöser, aber sie resultieren normalerweise aus der Summe der Herausforderung auslösender Aktivitäten des täglichen Lebens.

Durch die vielen Anfälle bin ich über vorsichtig geworden. Ich ging kaum noch raus, entwickelte eine Angst beim Laufen und eine Gangtechnik, die an Bewegungen auf Glatteis erinnert. Ich konnte Termine durch Unvorhersehbarkeit der Anfälle nicht einhalten und habe mich dann kaum noch verabredet. Die Vorboten der Anfälle mündeten in die Schwindelanfälle selbst und daraus resultierten stundenlange Nachwehen, die dann deren Ende schon fast wieder in die nächsten Vorboten einleiteten. Ich verlor Freunde, ich verlor meine Lebensfreude.

Im Juni 2012 beantragte ich die Erwerbsminderungsrente, jedoch nicht allein wegen Morbus Menière und vestibulärer Migräne, sondern auch noch wegen anderen orthopädischen und chronischen Erkrankungen. Nach einem Widerspruch bin ich nun seit 01.01.2013 voll erwerbsgemindert.

An dieser Stelle nochmals in dieser Sache: Bitte nicht den Mut verlieren! Ziehen Sie Ihre Freunde und Partner ins Vertrauen! Dann hat man auch die Kraft, solche Anträge durchzustehen.

Ich beantragte danach die Berufsunfähigkeitsrente, die diejenigen Deutschen die nach 1961 geboren sind, nicht mehr von der Deutschen Rentenversicherung bekommen, bei meiner privaten Berufsunfähigkeitsversicherung. Dort stieß ich auf Ablehnung und Ausflüchte. Angeblich haben sie dort Schwierigkeiten sich eine Vorstellung davon zu machen, inwieweit sich der Morbus Menière und die vestibuläre Migräne auf meine Berufstätigkeit auswirken. Ich habe mir darum einen Rechtsanwalt genommen, der mit mir jetzt den Rechtsweg beschreitet.

Mein weiterer Weg auf der Suche nach Gewissheit über die Verdachtsdiagnosen führte mich nach München. Im Februar 2013 war ich im Deutschen Schwindelzentrum der LMU zum ersten Mal. Dort wurden wiederum umfangreiche Untersuchungen gemacht und es wurde der „Verdacht“ auf Morbus Menière und vestibuläre Migräne bestätigt. Als Probandin habe ich mich dann bereit erklärt, am LEIM-MRT in München teilzunehmen. Das ist ein MRT-Verfahren, wo durch ein Kontrastmittel, das ins Ohr gespritzt wird, der Hydrops, der wahrscheinlich die Anfälle des Morbus Menière verursacht, bildlich dargestellt werden kann. Es wurde ein ausgeprägter Hydrops linksseitig festgestellt und damit bekam ich meine endgültige Diagnose: Morbus Menière.

Jedoch, aufgrund der Häufigkeit und der Art der Schwindelanfälle (ich hatte von Anfang an einen Schwindelkalender geführt), kam für mich auch noch die vestibuläre Migräne als Diagnose in Frage. Darum wurde der Versuch einer Medikation mit Antidepressiva gegen die vestibuläre Migräne gestartet. Jedoch hatte ich sehr starke Nebenwirkungen von diesen Antidepressiva – ich verspürte starke Be-

nommenheit und extreme Müdigkeit. Dinge, die mir eigentlich am Herzen lagen, wurden mir gleichgültig, ich begann zu halluzinieren und mich ergriff eine unendliche Kraftlosigkeit.

Inzwischen manifestierte sich leider auch eine Depression. Symptome wie Interesselosigkeit an Dingen, die mir früher Freude bereitet hatten oder Konzentrationsprobleme, Schlafprobleme, nächtliches Grübeln, tauchten mich in eine große Traurigkeit.

Die Neurologen im Schwindelzentrum setzten daraufhin die Medikamente ab und empfahlen mir eine stationäre Psychotherapie. Im Januar/Februar diesen Jahres war ich zu einer psychosomatischen Reha in Calw. Diese hat mir sehr gut getan, jedoch kann man jetzt nicht sagen: Es muss sofort eine Besserung eintreten. Mir wurde dort erklärt, dass nach 6-12 Monaten die ersten Verbesserungen auftreten werden und ich bin darauf gespannt und zuversichtlich, dass dem auch so sein wird.

Jetzt stellt sich noch die Frage nach der Perspektive – nach dem Trend. Was hat sich an meinem gesundheitlichen und mentalen Zustand in den letzten Jahren gebessert? Mein Gleichgewichtssinn hat sich verbessert, er ist besser trainiert. Die Anfälle sind kürzer, allerdings öfter. Beim Anfall gerate ich nicht mehr in Panik. Eine gewisse Gelassenheit hat sich eingestellt, dank Notfallvorkehrungen und der Gewissheit, dass mir geholfen wird. Ich habe sehr gute Erfahrungen von Hilfestellungen durch Freunde, Familie, selbst Fremde haben mich schon von der Straße aufgelesen und nach Hause gebracht. Ich bin niemals alleingelassen worden und das gibt ganz viel Kraft, die nächsten Anfälle auch einigermaßen gut zu überstehen.

Ich habe meine Tageszeiteinteilung angepasst, dadurch konnte ich meine Kraft einteilen. Ich bin nun auch ohne PKW mobil, ich nutze die öffentlichen Verkehrsmittel, auch wenn zwischendurch mal ein An-

fall kommt, weiß ich, was ich zu tun habe. Ich erspüre viel früher den Beginn eines Anfalles und ich konnte meine Hobbys wieder aufnehmen, z. B. das Malen und Genießen der Natur, was mir Entspannung und Freude bringt.

Vor 2 Jahren haben wir einen Hundewelpen adoptiert und dieser ist wahrhaftig mein ganz persönlicher Therapiehund geworden. Durch unseren Hund komme ich ganz viel raus und habe dadurch gerade mein Gleichgewichtssinn unglaublich schulen können. Unser Hund ist immer an meiner Seite, ich bin niemals allein und habe viele neue Kontakte knüpfen können zu anderen Hundefreunden. Sonst wäre ich nämlich zu Hause wahrscheinlich in meinem stillen Kämmerlein total von den Leuten abgeschnitten worden. Ich bilde unseren Hund aus und habe ziemlich gute Erfolge dabei.

Berufliche Neuorientierung – da steht bei mir ein großes Fragezeichen dahinter. In meinen alten Beruf kann ich momentan nicht zurück, dafür fehlt mir einfach die Gesundheit. Ich habe schon Ausschau gehalten nach „neuen Ufern“, aber meine restlichen Fähigkeiten bisher nicht so genau ausloten können. Ich brauche noch Zeit dafür und ganz bestimmt auch noch viel Hilfe.

Der Rechtsstreit mit meiner Berufsunfähigkeitsversicherung wird weitergehen, denn ich habe noch immer keine objektive kompetente ärztliche Einschätzung meiner beruflichen Leistungsfähigkeit als Attest. Für das private Einholen eines Gutachtens fehlen mir leider die Finanzen. Ich werde jedoch daran bleiben und notfalls eine gerichtliche Einigung nicht scheuen.

Nun, vielleicht habe ich viel Negatives berichtet, aber es soll doch Mut machen weiterzugehen – sei es bei der Diagnosefindung, bei Rechtsstreitigkeiten, bei Findung der besten Medikation oder Behandlungsmöglichkeiten, der besten Ärzte. Und vor allem wichtig ist dabei: Gehen

Sie offen mit Ihren Problemen um, denn das ist der erste Schritt zur Verarbeitung. Es ist so von grundsätzlicher Bedeutung, dass ich es hier noch einmal wiederhole: Suchen Sie sich Rat und Hilfe, nehmen Sie die von Anderen auch angebotene Hilfe an und lassen Sie sich nicht entmutigen, auch wenn es hart auf hart kommt.

In diesem Sinne: Helfen wir einander!

Wie kann ich wieder besser Hören?



PD Dr. med. Eike Krause

PD Dr. med. Eike Krause

Neben dem Gleichgewichtsorgan beherbergt unser Innenohr eine zweite Sinnesfunktion, nämlich das Hören. Während das äußere Ohr mit der Ohrmuschel und dem Gehörgang und das Mittelohr mit dem Trommelfell und den Gehörknöchelchen der Schallaufnahme und Weiterleitung dient, werden in der Hörschnecke des Innenohres die

Schallwellen in elektrische Impulse umgewandelt und an den Hörnerven weitergegeben. Eine zentrale Rolle hierbei spielt das Corti-Organ mit den inneren und äußeren Hörzellen. Durch den endolymphatischen Hydrops beim Morbus Menière wird die Funktion dieser Hörzellen anfangs vorübergehend gestört und im Verlauf dauerhaft geschädigt. Es tritt eine Innenohrschwerhörigkeit auf. Am Krankheitsbeginn erleiden die betroffenen Patienten oft Tieftonhörstürze mit guter Erholungstendenz. Zum Teil bilden sich diese Hörstörungen noch innerhalb von Stunden und Tagen zurück. Mit der Zeit treten häufiger bleibende Hörverschlechterungen auf, die in ihrem Ausmaß schwanken und zunehmend fortschreiten. Wissenschaftliche Untersuchungen fanden den größten Hörverlust vor allem in den ersten Krankheitsjahren. So wiesen Menièrepatienten im Durchschnitt nach etwa 10 Jahren einen Hörverlust von ca. 47 dB (nHL) in den tiefen aber auch mittleren und hohen Frequenzen auf. In den Folgejahren schwächte sich das Fortschreiten der

Schwerhörigkeit deutlich ab, so dass nach 20 Jahren Erkrankung die Hörschwelle im Durchschnitt noch bei 50 dB (nHL) lag. Eine komplette Ertaubung des betroffenen Ohres durch einen Morbus Menière ist relativ selten und erst nach langjährigem Krankheitsverlauf zu erwarten. Auch diesen Patienten kann jedoch mit einem Innenohrhörimplantat (Cochlear Implant, CI) geholfen und das Hörvermögen wieder hergestellt werden. Etwa 4% der CI-Träger sind Menièrepatienten.

Mit einer prophylaktischen Therapie der wiederkehrenden Menièreattacken versucht man auch das Fortschreiten der damit einhergehenden Schwerhörigkeit aufzuhalten. Allerdings richtet sich die Beurteilung des Therapieerfolges eher an den Schwindelsymptomen der Patienten aus. Inwieweit die unterschiedlichen Behandlungsmethoden auch das Hörvermögen schützen, ist wenig untersucht und daher kaum bekannt. Wenn möglich, sollte eine Therapie der Gleichgewichtssymptome keine zusätzliche Schädigung der Hörfunktion bewirken. Dieses Risiko besteht insbesondere bei der Gentamicineinspritzung ins Mittelohr zur Ausschaltung der Gleichgewichtsfunktion des erkrankten Ohres. In einer placebokontrollierten Studie von Postema und Mitarbeitern aus dem Jahre 2008 konnte durch die viermalige Gabe von jeweils 12 mg Gentamicin eine nachweislich gute Kontrolle der Schwindelsymptome erreicht werden. Gleichzeitig erlitten die mit Gentamicin behandelten Patienten jedoch eine Hörverschlechterung um rund 8 dB (nHL). In der Placebogruppe trat dagegen keine Hörverschlechterung auf.

Die Wirksamkeit von Medikamenten nach einer akuten Hörverschlechterung ist bei Menièrepatienten ebenfalls noch

nicht ausreichend untersucht. Die Gabe von Infusionen mit „blutverdünnenden“ (z.B. HAES) oder entwässernden Medikamenten (z.B. Mannitol) scheint nicht wirksam und sollte aufgrund von möglichen Nebenwirkungen nicht mehr empfohlen werden. Auch eine Infusion mit Cortison ist nicht erfolgversprechend, insbesondere weil nur sehr wenig des Medikaments tatsächlich im Innenohr ankommt. Dagegen werden in den USA zunehmend Cortisoneinspritzungen ins Mittelohr bei Patienten mit Morbus Menière durchgeführt. Auch wir haben hierunter Patienten mit Symptomverbesserungen gesehen. Die Studienlage hierzu ist jedoch noch nicht ausreichend. Da es sich um eine sogenannte off-label-Therapie (d.h. es gibt keine offizielle Zulassung des Medikaments für diese Behandlung) handelt, ist die Kostenübernahme durch die Krankenkasse nicht gesichert. Im Einzelfall sollte das Nutzen-Risiko-Verhältnis mit dem Patienten besprochen und dann gemeinsam entschieden werden.

Bei Vorliegen einer dauerhaften und fortgeschrittenen Innenohrschwerhörigkeit, welche sich auch auf die Frequen-

zen unseres Sprachverstehens (500 Hz bis 4.000 Hz) erstreckt, stellt die Hörgeräteversorgung eine erfolgversprechende Therapieoption dar. Die genaue Indikationsstellung muss mit einem HNO-Arzt erfolgen. Hierfür sind regelmäßige Hörtestkontrollen zu empfehlen. Andererseits haben Menièrepatienten mit einem stark schwankenden Gehör oft Probleme mit der Akzeptanz und Einstellung der Geräte. Mal ist es zu laut, mal zu leise. Dies sollte mit dem Hörgeräteakustiker besprochen werden und gemeinsam nach Lösungswegen (Geräte mit manueller Lautstärkeregelung, unterschiedliche Programmeinstellungen etc.) gesucht werden. Eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Hörgeräteversorgung ist in jedem Fall die Motivation des Betroffenen. Aus ärztlicher Sicht spricht vor allem der Erhalt der Hörfähigkeit und der zentralen Hörverarbeitung auf dem erkrankten Ohr für eine Hörgeräteverordnung. Selbst wenn sich das Hörvermögen dann im zeitlichen Verlauf soweit verschlechtert, dass ein Hörgerät nicht mehr ausreichend hilft, sind die Voraussetzungen für eine Rehabilitation mit einem CI dann gut.

Fragen und Antworten zum Vortrag Dr. Krause: Wie kann ich wieder besser hören?

Keine Frage, aber eine Anmerkung:

Nach meiner Erfahrung in der Selbsthilfegruppe bieten die meisten Akustiker nur Hörgeräte an, deren Lautstärke ausschließlich automatisch funktioniert. Wichtig aber für MM-Patienten mit oft wechselndem Hörvermögen ist die Lautstärke selbst regulieren zu können.

Antwort: Es lohnt sich wirklich sich ausführlich beraten zu lassen, sich zu informieren und die Möglichkeit wahrzunehmen, Hörgeräte im Alltag zu testen. Hörgeräte, bei denen man selbst die Lautstärke einstellen kann, werden von einer Reihe von Firmen angeboten.

Frage: *Wenn man eine Gentamicinbehandlung hinter sich hat, kann man dann noch ein CI (Cochlea Implantat = Innenohrimplantat) bekommen?*

Antwort: Ja, auch wenn die entsprechenden Haarzellen beschädigt sein sollten. Für ein CI ist es wichtig, dass der Hörnerv noch funktioniert. Also die Gentamicinbehandlung zerstört nicht die Voraussetzung für ein CI.

Die WORKSHOPS

Auf unserer Frühjahrstagung in der Klinik am Stiftsberg, Bad Grönenbach wurden am Nachmittag vier Workshops durchgeführt, zwei davon als Infogruppe / Gesprächsrunde und zwei waren praktischen Übungen vorbehalten:

**Workshop 1: „Mein Morbus Menière – Erfahrungsaustausch:
Wie gehe ich im Berufsleben und im Alltag mit MM um?“**

Workshop 2: „Schnupperkurs QiGong“

Workshop 3: „Möglichkeiten, besser mit Stress und Angst umzugehen“

Workshop 4: „Gleichgewichtstraining: Praxis“

Workshop 5: „Gleichgewichtstraining mit dem Trampolin“

Zu den Workshops 1, 3 und 5 lesen Sie Berichte jeweils aus der subjektiven Sicht einer Teilnehmerin. Bezüglich weiterer Informationen zu QiGong verweisen wir z. B. auf unseren ausgiebigen Bericht in der KIMM-aktuell 2-2008. Dort sind auf den Seiten 28 bis einschließlich 32 die sogenannten „8 Brokate“ im Detail in Text und Bild erläutert.

Die Berichte der teilnehmenden Personen zeigen erneut die Wichtigkeit des Gespräches mit Therapeuten und Betroffenen bzw. die Hilfe, die praktische Übungen geben können – dies nicht zuletzt wegen der Möglichkeit, sie im ganz persönlichen Alltag anzuwenden.

Vielleicht helfen Ihnen diese positiven Eindrücke bei Ihrer Entscheidung, sich einmal selbst auf eine unserer Tagungen „zu wagen“.



Auch am Boden kann man das Gleichgewicht trainieren

Bericht über den Workshop 1 in Bad Grönenbach

Thema: „MEIN Morbus Menière“ – Erfahrungsaustausch: Wie gehe ich im Berufsleben und im Alltag mit MM um?

Leitung: Frau Meyer-Ponstein, Leit. Dipl. Psychologin, Helios-Klinik am Stiftsberg und Herr Aland (KIMM e. V.)

Der Workshop war mit ca. 15 Teilnehmern sehr gut besucht. Daraus war ersichtlich, dass gerade das Thema „MM und Arbeitsplatz“ vielen Betroffenen unter den Nägeln brennt.

Hier eine kurze Darstellung von Problemen aus dem Berufsalltag, wie sie geschildert wurden:

Eine Diskussion ergab sich durch einen Teilnehmer, der fragte, was man tun soll um wieder besser zu hören, und wie sinnvoll ein Cochlea Implantat sei.

Eine Dame erzählte von ihren Hörproblemen durch hohe Geräuschkentwicklung am Arbeitsplatz (MTA im Labor). Der Arbeitgeber ist, trotz Zuschüssen und Förderung, nicht von den notwendigen Integrationsmaßnahmen begeistert.

Ein Betroffener sagt, dass die Kollegen anfangen ihn zu mobben, weil er immer eine „Extrawurst“ bekommt, obwohl die Veränderungen für ihn eigentlich allen zu Gute kommen.

Der Bericht eines jungen Mannes, der durch die Krankheit alles verloren hat, berührte viele Teilnehmer: er war selbständig, war Meister und hatte ein eigenes Geschäft. Durch die vielen Anfälle konnte er die Aufträge nicht mehr ausführen, Termine einhalten oder wahrnehmen, so dass die Kunden weg blieben. Auch im persönlichen Bereich ging es stetig bergab. Trotz all dieser Widrigkeiten hat er nicht aufgegeben. Er fing noch mal ganz von vorne an und begann eine Umschulung zum Informatiker. In Absprache mit dem Arbeitgeber versucht er, seine krankheitsbedingten Ausfallzeiten durch flexible Arbeitszeiten auszugleichen. Diese Idee ist jedoch nicht unproblematisch, da sie geltendem Recht und Arbeitszeitverordnung widerspricht. So ist auch die Zustimmung der Betriebsräte äußerst fraglich. Unter Umständen macht sich der Arbeitgeber strafbar und der Versicherungsschutz kann für den Arbeitnehmer erlöschen (hängt vom Einzelfall ab).

Ein Betroffener, der in der Schweiz seinen Arbeitsplatz verlor (er ist Deutscher), weil er die beruflichen Anforderungen nicht mehr erfüllen konnte, wurde zwangsverrentet. Nun besteht die Problematik, wo er seine Reha beantragen soll, in Deutschland oder in der Schweiz. Zum Glück hat er seine Frau, die hinter ihm steht und ihm bei der Auseinandersetzung mit der Krankenkasse und Behörden hilft.

Jemand ist unsicher, wenn er in Urlaub fliegen möchte, ob er den MM angeben soll. Er hat Angst, falls er unterwegs einen Anfall hat, dass der Flieger wieder umkehren muss. In der Gesprächsrunde ist kein Anfall im Flugzeug bekannt. Außerdem



Hier geht's um Cochlea

sind die mitreisenden Angehörigen dabei die richtige Betreuung. Eine Umkehr des Fliegers gibt es nicht.

Es meldete sich noch ein betroffener „Außendienstler“ zu Wort. Er darf eigentlich kein Auto fahren, muss aber, um seinen Job nicht zu verlieren. Der Arbeitgeber weiß über die Erkrankung Bescheid, ändert jedoch sein Tätigkeitsfeld nicht. Eigentlich möchte der Betroffene auch seinen Außendienst weiterhin wahrnehmen. Er fällt allerdings auch nicht unter die Regelung für Berufskraftfahrer – hier ist eine Grauzone. Passiert ein Unfall während eines Anfalls, ist der Versicherungsschutz nicht gewährleistet. In diesem Fall ist es ratsam, den vorhandenen Betriebsarzt aufzusuchen. Dieser muss Stellung zur Fahrtauglichkeit nehmen und dies in einem Attest festhalten, ob er fahren darf oder nicht.

Margarete Bauer

Zusammenfassung des Workshops: „Besserer Umgang mit Stress und Angst“

geleitet von Frau Iris Merbeler, Diplom-Sozialpädagogin der Klinik am Stiftsberg, Bad Grönenbach



Bloß nicht in Stress geraten

Zuerst wurden Stressoren und persönliche Stressverstärker gesammelt, dazu dann Stressreaktionen. Um stressfreier zu leben, sollte sich jeder Prioritäten setzen, was am Wichtigsten ist, Zeit einplanen, sich und anderen Grenzen setzen (auch „NEIN“-Sagen!!), Netzwerke (Kontakte) pflegen, Fortbildungen nutzen, z.B. über die eigene Erkrankung. Dies nennt man „instrumentelle Stresskompetenz“.

Unter „neutraler Stresskompetenz“ versteht man förderliche Einstellungen, die das Leben erleichtern: Realität annehmen, innere Distanz halten, das Positive sehen, eigene Grenzen akzeptieren, Chancen und Sinn entdecken. Unter dem letzten Punkt fanden wir einiges: wieder mehr auf die kleinen Dinge des Lebens achten, sich nicht selbst aus den Augen verlieren, neue Hobbies entdecken, weil andere nicht mehr möglich sind, u.a.

Um sich wieder erholen und entspannen zu können, nutzen wir „regenerative Stresskompetenz“. Dies können sein: Entspannungstraining (z.B. Qui Gong, Progressive Muskelentspannung, Yoga u.ä.), Sport jeglicher Art und auch jede andere Bewegung (z.B. Spaziergang, Walken, u.a.), Genießen (auch mit allen Sinnen etwas wahrnehmen), Pflege von Hobbies und ganz wichtig: regelmäßige Pausen.

Ein Beispiel für das Genießen durften wir ausprobieren: Wir setzten uns mit geschlossenen Augen auf den Stuhl, jeder hielt eine geöffnete Hand auf. Dort hinein legte Frau Merbeler etwas, was wir nicht ansehen durften, sondern durch Fühlen erspüren sollten, was es sein könnte. Danach durften wir es riechen, und zuletzt auspacken und ein Stück abbrechen und probieren, dabei es langsam auf der Zunge zerschmelzen lassen.

Dabei kamen Erinnerungen an früher hoch, wie wir als Kind einmal so etwas genossen hatten: es war ein Stück Schokolade. Auch, was man alles aus Schokolade herstellen kann, brachte unsere Geschmacks- und Geruchssinne schon allein durch die Erinnerung wieder dazu, dass uns das Wasser im Munde zusammenlief. So konnten wir ganz intensiv genießen, und das verlängerte unseren Genuss.

Wir bedankten uns bei Frau Merbeler für ihren informativen Workshop und überreichten ihr ein Präsent zum Dank.

E.Mory

Workshop „Schwindeltraining mit dem Trampolin“,

Bericht einer Teilnehmerin

Am Nachmittag der Tagung wurde von der Helios Klinik der Workshop „Trampoltraining“ unter der Leitung von Frau Klinger angeboten.

Frau Klinger ist heilpädagogische Therapeutin der Klinik und betreut das therapeutische Trampoltraining seit vielen Jahren. Es ist fester Bestand-

teil im Angebot für die Morbus Menière Patienten, die in der Klinik an einer Reha teilnehmen.

Das therapeutische Trampolin ist für Patienten mit Schwindelproblemen hervorragend geeignet, um das Gleichgewicht zu schulen, Körpergefühl zu entwickeln und neues Selbstvertrauen in die Beherrschung des eigenen Körpers zu finden. Die



Eine ganz schön luftige Angelegenheit

Bewegungsunsicherheit, die viele MM-Patienten im Alltag begleitet, kann so gemildert oder sogar abgebaut werden. Das neue Vertrauen, die Erfahrung, dass der schwindelgeplagte Körper doch zu erstaunlichen Bewegungsabläufen fähig ist, geben den Patienten neuen Mut und die Zuversicht, dass trotz der MM-Erkrankung mehr möglich ist, als man glaubte.

Es war schade, dass nur sechs Patienten diesen Schnupperkurs besuchten, wahrscheinlich war vielen nicht bewusst, wie heilsam solch eine Trampolinerfahrung sein kann.

Sprünge auf dem therapeutischen Trampolin sind drei mal so anstrengend wie Joggen – für Schwindelpatienten noch mehr! -, so war nach den Übungen auf dem Sprungtuch immer eine Pause angebracht. Deshalb teilte Frau Klinger zu Beginn des Workshops die Teilnehmer in zwei Gruppen, die sich abwechselnd auf dem Sprungtuch bewegten oder zuschauten.

Begonnen wurde mit leichten Gehübungen auf dem Trampolin, das sodann durch Sprünge der Therapeutin zusätzlich in Schwingungen versetzt wurde. Die Teilnehmer versuchten, sich gegenseitig einen Ball mit dem Fuß zuzuspielen. Für den Beobachter dieser Übungen war ersichtlich, dass diese Bewegungen – Stehen auf einem Bein, während ein Fuß den Ball tritt, und das auf bewegtem Untergrund! – viel Konzentration verlangte, aber auch freudige Gefühle hervorriefen. Es wurde gelacht, die Stimmung war gut. Wer nach den ersten Übungen auf festen Boden zurückkehrte, war schon sichtlich überrascht von seinen Fähigkeiten.

Die gute Stimmung lag sicherlich auch daran, dass niemand seine Angst verstecken musste, jeder wusste um die Schwierigkeiten eines MM-Betroffenen und Frau Klinger nahm Neulinge oder Ängstliche freundlich an die Hand. Wichtig war, beim Springen einen Punkt an der Wand zu fixie-

ren, das erleichterte die Konzentration und beugte Schwindelgefühlen vor. Wer schon einmal auf solch einem Trampolin gestanden hatte, konnte den anderen zeigen, wozu man trotz Schwindelerfahrungen imstande war, und bald konnten alle Teilnehmer wippen, vorwärts und rückwärts hüpfen, mit geschlossenen und breitgestellten Füßen springen, erst ein bisschen, dann höher, langsam und dann schneller. Man bewegte sich in hohen Sprüngen von einem Ende zum anderen, schaffte mit vier Sprüngen eine ganze Drehung und wer dazu nur zwei oder sogar einen einzigen Sprung benötigte, ertete neidlos den verdienten Applaus. Manche konnten auch aus dem Stand in den Sitz und zurück in den Stand springen. In Viererkonstellation wurde gesprungen und gleichzeitig einander ein Ball zugeworfen und als zu all diesem noch Musik erklang, in deren Rhythmus man springen konnte, fühlte sich jeder auf dem Trampolin sichtlich wohl.

Zum Abschluss des Trainings führte Frau Klinger vor, zu was die MM-Patienten am Ende einer Reha in der Lage sein können, und ich denke, nach den eigenen Erfahrungen dieses Workshops glaubten ihr alle, dass solche Sprünge auch für sie möglich wären.

Der Workshop endete mit einem Gespräch über die Erfahrungen dieses Nachmittags.

Das Springen auf dem therapeutischen Trampolin hat auch eine befreiende Wirkung. Das Loslösen vom Untergrund hat für manche Patienten Symbolkraft, sie fühlen mit der Leichtigkeit des Körpers auch ein Loslösen von ihren Problemen in Krankheit und Alltag, was wiederum günstigen Einfluss auf den Erfolg einer Reha bewirkt.

Es wurde gefragt, ob Springen auf einem normalen Gartentrampolin den gleichen Effekt hat. Natürlich ist jede sportliche Betätigung eine Gleichgewichtsübung und wenn man weiß, welche Übungen wie durchgeführt werden sollen, ist ein Gartentrampolin sicher ein gute Übungsgerät, aber das Gleichgewichtstraining auf dem therapeutischen Trampolin hat seine eigene, überaus heilsame Wirkung.

Alle Teilnehmer bedankten sich sehr herzlich bei Frau Klinger.

Der Name ist der Redaktion bekannt

Stimmen zur Tagung von Teilnehmern im Internetforum „sh-Menièr.de“

Wir geben hier spontane Reaktionen von Tagungsteilnehmern im Morbus Menière-Forum sh-Menièr.de wieder. Und wenn Sie selbst noch nie an einer unserer Tagungen teilgenommen haben, können die folgenden Aussagen Sie hoffentlich davon überzeugen, dass Sie an der KIMM-Tagung am 27. September in Bad Hersfeld auf jeden Fall teilnehmen möchten ...

Hallo, allerseits!

melde mich zurück aus Grönenbach! Die Tagung war, wie immer, super! Sie hat wieder neue Erkenntnisse gebracht, was Morbus Menière und Vestibuläre Migräne betrifft.

Man staunt immer wieder, wie sich das Gesamtbild der Krankheit „Morbus Menière“ im Laufe der Zeit durch die Forschung daran vervollständigen bzw. z.T. sogar ändern kann...

Insgesamt war es eine sehr lebhaft und besonders freundschaftliche Tagung, mit vielen guten Gesprächen und interessanten Fragen. Niemand nahm ein Blatt vor den Mund ... jeder hatte das Herz auf der Zunge.

Die Workshops haben diesen Tenor weitergeführt. Sie gaben uns sowohl zum Leitthema der Tagung „Menière im (Berufs)alltag“ – praktische Ergänzungen für sachliche Fragen, aber auch Tipps zur Entspannung, Gleichgewichtstraining und Gelegenheiten zum Fragenstellen an andere Betroffene.

Insgesamt also hochinteressant! Vielen Dank an die Organisatoren und die referierenden Ärzte!

LG – Issi

Hallo Ihr's,

dem möchte ich mich bedingungslos anschließen, also den Worten von meiner Vorgängerin.

Es war super interessant und hat auch mir wieder neue Erkenntnisse gegeben, die ich in nächster Zeit auf jeden Fall mit meinem HNO durch diskutieren werde.

Auch gab es zwei sehr, sehr interessante Vorträge von zwei Betroffenen und ich fand es bemerkenswert mal im Detail diese MM Werdegänge mit all dem dahinterstehenden Leid und doch gepaart mit positiven neuen Lebenseinstellungen durch den MM zu hören.

Durchorganisiert war die Tagung auch wieder perfekt, herzlichen Dank an alle Ehrenamtlichen!!! Super dass Ihr uns Betroffenen so etwas ermöglicht.

Auch die beiden Ärzte fand ich sehr kompetent und zum Abschluss gingen die beiden auf Fragen

ein, entweder die man vorher schriftlich fest gehalten hatte oder frei stellen konnte. Jede Frage wurde ernst genommen und kompetent beantwortet ... sehr positiv. Tlw. waren die Ärzte auch nicht immer einer Meinung was auch für uns sehr interessant war, verschiedene Blickwinkel aus der Sicht der Mediziner zu erfahren, denn Niemand hatte Unrecht, sondern evtl. tlw. verschiedene Gedankengänge (Frage hierzu war z. B. Betahistinnahme während der Schwangerschaft/Stillzeit).

Wenn es mir möglich ist, werde ich wieder bei der nächsten KIMM Tagung dabei sein.

Hill

Ja, die Stimmung war wirklich gut. Wir haben uns beim Mittagessen zusammengefunden und hatten etwas Zeit zum Plaudern. Danke, liebe Hilli, für das schöne Bild. Es gab wieder viel Information, und auch den beiden Betroffenen, die ihren Werdegang vorgetragen haben, sei gedankt. Das Thema „Einschränkungen im (Berufs-)Alltag – Wenn Selbstverständliches nicht mehr selbstverständlich ist“ ist ein schwieriges Thema, wobei nicht immer nur alles positiv ausgeht. Aber auch diese Informationen müssen sein. Zum Einen, um zu informieren, zum anderen, um zum Agieren aufzurufen!

Als mein Resümee habe ich es so erfasst: Frisch Betroffene hatten gerade durch die Betroffenenberichte ziemlich viel zu schlucken, da nicht alles nur immer positiv ist. Aber andererseits macht es Mut, sich selbst aufzumachen, nicht nur alles so hinzunehmen, sondern auch zu kämpfen für seine Rechte. Es ist nicht einfach, aber mit Unterstützung kann man es schaffen!

Für mich selbst hat sich wieder bestätigt, dass es richtig ist, sich mit seinen Gegebenheiten ein soweit mögliches Leben aufzubauen und dem alten Leben nicht hinterher zu trauern. Nimm es an, wie es ist, und mach das Beste daraus.

In diesem Sinne wünsche ich allen eine gute Zeit.

LG Edeltraud

Hallo Ihr Lieben, melde mich auch zum Rapport.

Zum einen war ich erst einmal hoffnungslos überfordert, da ja auch vorab die Neuwahlen des KIMM-Vorstandes im Raume stand, (bin ja auch Mitglied) kannte aber absolut Keinen, außer die SH's, die ich über die Avatare erkennen konnte.

Nachdem die Wahlen von Kimm dann vorüber waren, ging es zur Sache. Auch die persönlich vorgetragenen Berichte über Ihren persönlichen MM von Issi und noch einer Betroffenen haben mich doch sehr bewegt, denn es gehört schon ein Quäntchen Mut dazu sich vor Publikum hin zu stellen und sein eigenes Schicksal zu offenbaren. Um so etwas selber zu machen, kann ich mir im Moment noch gar nicht vorstellen, dazu brauche ich bestimmt noch viel Zeit.

Mir persönlich hat das WE in Bad Grönenbach sehr viel gebracht, zum einen viele Menschen mit MM kennen zu lernen (oder zumindest die Menschen live zu sehen), zum anderen mal wirklich von Spezialisten (Dr. Kratsch, Dr. Eglimi) etwas zu dieser Erkrankung zu hören. Was mich besonders fasziniert hat war, dass die beiden nicht immer einer Meinung waren und jeder sein eigenes Bild und Vorstellung zum Thema MM hat. Was ich schade fand war, dass alles so furchtbar eng gepackt war, so dass man gar nicht viel Zeit hatte um eventuelle andere SH's kennen zu lernen. Bis auf Edeltraud, die man ja auch an Ihren Avatar im Forum erkennen kann, war mir keiner auf Anhieb bekannt vor gekommen.

Nach dem Ende des Symposiums und der Verabschiedung der einzelnen lernte ich noch Issi kennen und habe von Hilli und Hapf die Rücken sehen können als sie gingen.

Aber es wurde ja noch richtig interessant am Abend. Da meine Frau ja auch mit da war, sind wir abends noch etwas essen gegangen in der Pizzeria vor Ort. Zuerst waren wir beide allein und hatten schon unsere Pizzas geordert (der Eintopf in der Rehaklinik war ja nicht so berauschend) als der Kellner kam und uns fragte ob er noch 5 Leute zu uns an den achter Tisch setzen dürfe. Klar braucht man ja mit zwei nicht so viel Platz, so dick bin ich nun auch wieder nicht.

Und siehe da, es kamen Edeltraud, Fam. Knäbel und Gabi mit Mann zu uns an den Tisch. Da man sich ja vorher schon mal während der Pausen gesehen hatte wusste ja jeder, dass wir auch dazu gehörten.

Es wurde noch ein sehr schöner Abend, man hatte noch mal Zeit sich kennen zu lernen und wir haben sehr viel gelacht. Am Sonntagmorgen, als sich dann der „Pizzatrupp“ verabschiedete, war es sehr schön und wir denken, dass wir auch zum nächsten Treffen kommen werden, da es ja auch wichtig ist, mal direkt mit Mitbetroffenen persönlich zu sprechen und sie kennen zu lernen.

Jetzt aber noch das Lustigste an unserem Abenteuer-Wochenende in Bayern. Da wir mit der Bahn angereist sind (Mit zweimal umsteigen, das letzte Mal in Ulm) kam in Memmingen die Fahrscheinkontrolle der Deutschen Bahn.

Da wir bis Ulm mit dem BW Ticket gefahren waren brauchten wir bis Bad Grönenbach einen separaten Fahrschein, den hatten wir auch. Da wir aber beide Bahncards haben wollte die junge Frau die natürlich auch sehen nachdem Sie den Fahrschein, wo als Ziel Bad Grönenbach drauf stand, gesehen hatte.

Meine hatte Sie schon gesehen und meine Frau suchte ihre noch als der Zug hielt und Sie meinte Sie würde sofort wieder kommen.

Wir haben uns nichts dabei gedacht, es war ja auch keine Durchsage gekommen.

Als die junge Dame dann wieder in den Zug zurück kam, um sich die Bahncard meiner Frau anzusehen, viel Ihr auf, dass unser Zielbahnhof Bad Grönenbach war und sie wurde kreidebleich.

Zuerst haben wir das erst mal gar nicht kapiert, was jetzt los war, bis das sie uns dann gestand, dass wir gerade eben wieder in Bad Grönenbach losgefahren waren.

Gott sei Dank war der nächste Halt (Dietmannsried) nicht weit entfernt (8 km). Wir aben uns dort von dem Stellwerkmitarbeiter ein Taxi rufen lassen, um nach Grönenbach zu kommen.

Beim Eintreffen im Allgäu Resort haben wir dann erst mal darum gebeten, dass der arme Mann vom Abholservice am Bahnhof Grönenbach erlöst wurde, der uns ja eigentlich abholen sollte.

Mein Feedback zu diesem Wochenende: inkl. Symposium war einfach toll. Das Hotel war auch Spitzenklasse, wir haben den Pool und Massage ausprobiert.

Kann man jedem weiter empfehlen.

Ganz liebe Grüße an alle Erich & Veronika

Zum ersten Mal bei KIMM

Als ein noch neues KIMM- Mitglied bin ich im April zu meinem ersten Symposium nach Bad Grönenbach gefahren.

Ich hatte mich auf diese Veranstaltung durch das Internet gut vorbereitet und war voller Spannung auf Menschen, die ebenfalls Morbus Menière in ihr Leben aufnehmen mussten, auf die Workshops und die Informationen, die ich erhalten würde.

Am Freitagabend fand ein gemeinsames Abendessen mit KIMM-Mitgliedern statt. Hier empfand ich es als sehr angenehm, dass sich die Vorstandsmitglieder der KIMM um die neuen Teilnehmer kümmerten. Sie kamen auf uns zu, fragten ob sie uns schon irgendwelche Fragen beantworten könnten und hießen uns herzlich willkommen in ihrem Kreis. Das war eine sehr schöne Erfahrung.

Der Samstag begann mit den notwendigen Formalitäten zur Vorstandswahl und Berichterstattung von KIMM. Deutsche Bürokratie ist halt notwendig. Alles muss seine Richtigkeit haben.

Für schwerhörige Teilnehmer stand eine Induktionsanlage zur Verfügung. Außerdem wurde jedes gesprochene Wort direkt schriftlich auf einem Bildschirm dokumentiert. Ich war überrascht, denn eine derartig professionelle Ausstattung hatte ich bisher noch nie gesehen.

Nun begannen Herr Dr. Kratzsch, später Herr Dr. Eghlimi ihre Vorträge. Beide stellten direkt klar, dass z. Zt. keine wirklich neuen Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Vielmehr sprachen sie über die verbesserte Sensibilität der bisher möglichen Eingriffe. Somit konnte das Operationsrisiko in den letzten Jahren, zum Beispiel bei der Gentamycinbehandlung, deutlich verringert werden. Alle bekannten Methoden wurde im Einzelnen ausführlich erklärt, keine wurde bevorzugt, keine verteufelt.

Während der Mittagspause konnten die Teilnehmer ihre Fragen schriftlich abgeben. Sämtliche Fragen wurden dann von den Ärzten, in einer für Laien gut verständlichen Wortwahl, beantwortet.

Morbus Menière ist und bleibt eine unheilbare Erkrankung und jeder Betroffene muss, anhand seiner Informationen sowie Gesprächen mit seinen behandelnden Ärzten und seinem Bauchgefühl entscheiden, welcher Weg für ihn selbst der Richtige ist.

Zum Ende der Veranstaltung wurden noch Workshops angeboten. Ich hatte mich für das Gleichgewichtstraining entschieden. Hier wurden Übungen gezeigt, die auch kurz nach einem Anfall möglich sind – ohne erst einmal in einem Sportgeschäft Equipment organisieren zu müssen.

Das Symposium hat mir sehr gut dabei geholfen, meine Informationen aus dem Internet aufzuarbeiten, zu sortieren und das wiederum hat mich auf meinem Weg zum Umgang mit der Erkrankung bestärkt. Ich allein habe die Wahl und kann entscheiden, welche Methode der Behandlung ich wann einsetzen möchte.

Der Termin zum nächsten Symposium steht schon fest in meinem Kalender. Den Austausch mit Betroffenen, das Gespräch miteinander, möchte ich nicht mehr vermissen. Es wird auf diesen Veranstaltungen immer eine Information geben, die mich auf meinem aktuellen Weg unterstützt. Das alles gibt mir ein Gefühl von Sicherheit im Umgang mit Morbus Menière.

Ich bedanke mich bei den Organisatoren und den Ärzten, die diese ehrenamtliche Arbeit leisten.

Elke Dirks

Die ausbleibende „Rück-Anpassung“ auf eine vestibuläre Krise als Grundlage eines chronifizierenden Schwindels.

Ein störungsorientiertes Puzzleteil beim psychogenen Schwindel

2006 und 2012 erschienen in der international angesehenen Neurologie Zeitschrift „Continuum“ zwei ausführliche Aufsätze zum chronisch anhaltenden Schwindel. Jeffrey Staab, der auch die Erarbeitung eines neuen internationalen Klassifikationssystems leitet, hat darin das Konzept eines „Chronic Subjektiv Dizziness“ (CSD) vorgestellt¹. Dabei werden Brücken zwischen Körper und Seele geschlagen, die bislang so noch nicht ausformuliert wurden. Deswegen sollen hier wichtige Aspekte vorgestellt und teilweise kommentiert werden. Ebenfalls kann vorab über das Ergebnis einer Nachuntersuchung berichtet werden, die durch diese Fragestellung angeregt wurde.

Zur Entwicklung des Konzeptes des Chronischen Subjektiven Schwindels („Chronic Subjektiv Dizziness“ (CSD)) aus dem Phobischen Attackenschwindel

1986 führten Brandt und Dieterich mit dem „phobischen Attackenschwankschwindel“ den psychogenen Schwindel in die Neurologie ein. Damit kommt ihnen das Verdienst zu, ein psychisches Phänomen für Mediziner verstehbar gemacht zu haben.

Einen Phobischen Attackenschwankschwindel diagnostizierten die beiden Neurologen, wenn Patienten in bestimmten sozialen Situationen (Kaufhäuser, Konzerte, Besprechungen) oder angesichts typischer auslösender Sinnesreize (Brücken, leere Räume, Straßen) Schwindel ohne organische Schädigung erleiden.

Bei der Auslösung dieses Schwindels vermuteten sie eine ängstliche Eigenbeobachtung und eine Fehlabstimmung zwischen dem was gesehen und empfunden wird und den bis dahin gewohnten Handlungsweisen (Sicht- und Handlungsmuster).

In der Folge würden aktive Kopf- und Körperbewegungen als passive Beschleunigungen oder Scheinbewegungen erlebt, Handlungs- und Wahrnehmungsmuster verschwimmen. Diesen Schwindel charakterisieren sie durch die Kombination eines Benommenheitsschwindels mit subjektiver Stand- und Gangunsicherheit, obwohl die Betroffenen stehen und gehen können. Hinzu komme in der Situation oft eine zunehmende Vernichtungsangst.

Die betroffenen Patienten hätten oft „akzentuierte“ Persönlichkeitszüge, mit Neigung zu verstärkter Introspektion und dem Bedürfnis „alles unter Kontrolle haben zu wollen“. Das zentrale Problem des phobischen Schwankschwindels ist der Versuch einer bewussten Kontrolle der Balance durch den Patienten mit Entwicklung einer „Selbstbeobachtungsspirale“. Dies kann dazu führen, dass eigene Körperbewegungen als Fremdbewegungen wahrgenommen werden.

Da die Symptome des „phobischen Attackenschwankschwindels“ auch nach stattgehabten neurootologischen Erkrankungen gesehen wurden, wurde das Konzept um die Einführung eines „sekundären phobischen Attackenschwankschwindel“ erweitert.

Dies blieb nicht ohne Diskussionen und Hinweise auf offene Fragen, Ergänzungen in Einordnung in ein erweitertes Verständnis. Vor allem die Arbeitsgruppe um Eckhardt-Henn hat 1997 deutlich gemacht, dass sich die von Brandt und Dieterich beschriebene Erkrankungsgruppe auf Angst-Erkrankungen, depressive Er-

¹ Im Rahmen der Klassifikation von vestibulären Erkrankungen entsteht auf Vorschlag der Barany Society eine Kategorie des „Persistent perceptual and postural dizziness“ („3P-D“), begrifflich auch als Kompromiss zu den bisherigen Ansätzen des „Phobischen Attackenschwindels, des „Visuellen Schwindels und des „Space Motion Discomfort“ sowie der Theoriebildung um einen „Chronic Subjektiv Dizziness“ (CSD).

krankungen und Somatisierungsstörungen zurückführen lasse.

Staab (2012) benennt darüber hinaus die problematische Zusammenstellung von physischen, Verhaltens- und Persönlichkeitseigenschaften. Auf Grundlage der Beobachtungen und Überlegungen von Jacob et al (1993) zum „Space und Motion Discomfort“ und von Bronstein (1995) zu „Visual Vertigo Dizziness“ beschrieb die Arbeitsgruppe um den amerikanischen Psychiater in der Mayo Klinik den Prozess einer Gleichgewichtsstörung wie folgt:

Auslöser

Ursächlich für ein Schwindelerlebnis und Schwindelereignis können werden:

- Ein vom Gleichgewichtsorgan ausgehendes Ereignis wie ein Gleichgewichtsausfall, ein (wiederholter) gutartiger Lagerungsschwindel, ein M. Menière
- Eine (andere), primär medizinische Erkrankung mit Schwindel oder Ohnmachtserleben wie eine vestibuläre Migräne oder Synkopen (plötzlicher Bewusstseinsverlust)
- eine akute Angstattacke (Panikattacke). Diese psychogene Ursache wird dabei als akute Unterbrechung der Mobilität durch Panikattacken oder andere intensive Überlastung („Stress“) verstanden

Ereignisse mit Einfluss auf das Gleichgewichtssystem erfordern eine schnelle Umstellung (Adaptation) im Gefüge des Gleichgewichtssystems. Sinnvollerweise wird dabei die Weiterleitung der verwirrenden Impulse aus dem geschädigten Gleichgewichtsanteil „organisch“ im Zentralnervensystem gehemmt. Dadurch kommt es bei Fehlinformationen aus einem Gleichgewichtsorgan, wie bei dem M. Menière Anfall, zu einer Minderung des Empfangs aus dem erkrankten Organ.

Gleichzeitig geht Schwindel – in aller Regel und verständlich – mit Angstgefühlen einher. Dabei ermöglichen es Verbindungen des Angstkreislaufs im limbischen System mit den zentralen Verarbeitungswegen dem Angstsystem, die Schwelle für Impulse aus den Gleichgewichtsorganen (die afferenten Bewegungswahrnehmungen)

gen) zu erhöhen (Balaban 2012). Dazu reagierten mehr als 85% der Gleichgewichtskerne im Hirnstamm und Kleinhirn mittels des Botenstoffes Serotonin oder seinen Gegenspielern. Diese „Neurotransmitter“ sind aus der Angstforschung bekannt.

Das heißt: sowohl aus organischen Gründen (Hemmung der verwirrenden organischen Impulse) wie auch aufgrund der Angstreaktion („psychisch“) kann es zur Minderung des Informationsflusses aus dem betroffenen Gleichgewichtsorgan kommen (doppelte Hemmung).

Mit dem Zurückdrängen der Informationen aus dem Gleichgewichtsanteil ergibt sich ein (relatives) Überwiegen der Impulse aus der optischen Wahrnehmung und den Körpereigenfühlern (dem visuellen und propriozeptiven System). Dies führt zu einer teils bewussten, aber überwiegend unbewussten Konzentration auf diese beiden Systeme bei Aussparen der Informationen aus dem Gleichgewichtsorgan.

In der Empfindung kann diese – suboptimale Lösung – dazu führen, dass nicht mehr verlässlich zwischen den eigenen Bewegungen und Bewegungen aus der Umgebung unterschieden werden kann. Daraus kann ein eingeschränktes, auf Absicherung bedachtes Bewegungs- und Haltungsverhalten (vorsichtige Bewegungen, ggf. Stützen) und eine hohe Aufmerksamkeit für die (bewegte) Umgebung resultieren.

So kann das Angstsystem (unbewusst) die Gleichgewichtsempfindungen und Ausgleichbewegungen beeinflussen.

Was am Anfang sinnvoll ist, kann am Ende hemmend bleiben

Diese Anpassungsleistungen sind im akuten Stadium sinnvoll. Sie müssen aber wieder **aufgeben** werden, wenn die

Störung beendet ist. Das ist beim akuten Anfall eines M. Menière – anders als einem Wochen anhaltenden Gleichgewichtsausfall – „relativ“ schnell der Fall.

Wenn aber das Anpassungsverhalten nach dem Anfall nicht aufgegeben werden kann, bleibt – so Staab (2012) – eine dauerhafte Fehladaptation – aufgrund des Ausbleibens der Re-Adaptation.

Dies kann bei Menière Pateinten eintreten, wenn man fürchtet, dass der „Menière“ als Anfall – oder in seinen Auswirkungen – doch noch nicht zu Ende ist oder dass die nächste Attacke bald kommen wird.

Ein wichtiges Element scheint dabei eine – über mehr als 10 Tage anhaltende – Angst zu sein (Godeman 2006), wobei diese schon vorbestehen kann (ängstliche Persönlichkeit) oder sich mit dem Schwindel entwickelt. Nach 6 Wochen scheinen auch katastrophisierende Gedanken („Ich muss vielleicht erbrechen“, „Ich habe bestimmt einen Schlaganfall“, „ich werde verrückt“) deutlicher zu werden. Patienten mit hohen Angstwerten nach 12 Wochen entwickeln häufiger eine psychische Begleiterkrankung wie Ängste und Depressionen.

Große Angst (hoher Angstlevel) vergrößert die Haltungsinstabilität und vermindert die Reaktionsmöglichkeiten gegenüber Bewegungsreizen. Dies kann – trotz zunehmender organischer Erholung – die Wiederherstellung einer flexibleren Haltungskontrolle hemmen.

Eine Verkettung von organischen und seelischen Reaktionen kann in der Folge zu einer ungünstigen Schleife von gesteigerter Reaktion auf Bewegungsreize führen. Daraus kann ein eingeschränktes, auf Absicherung bedachtes Bewegungs- und Haltungsverhalten (vorsichtige Bewegungen, ggf. Stützen) und eine hohe Aufmerksamkeit für die (bewegte) Umgebung resultieren. Dies ruft vermehrt hoch-

frequente, klein amplitudige Haltungskorrekturen hervor und verfestigt Strategien der Haltungskontrollen, die eher zum Ausgleich eines hohen (Sturz-) Risikos angemessen wäre (Gehen auf Glatteis).

Im Ergebnis führt das zu dem von Brandt und Dietrich (1986) beschriebenen Auseinanderklaffen zwischen dem erwarteten Bewegungsimpuls (Afferenz Kopie) und der dafür zur Verfügung stehenden Reaktion auf den Bewegungsimpuls (Antwort) (Efferenz Kopie) im Stammhirn. Aber anders als bei dem 1986 erstmals beschriebenen „Phobischen Attackenschwindel“, dem beim ohne organische Schädigung vor allem die Angst irritierend und hemmend wirkt, kann nach einem Gleichgewichtsausfall auch noch ein organisches Defizit vorliegen. Das erklärt, warum bei dem von Staab (2012) entwickelten Konzept eines – anhaltenden – Chronisch Subjektiven Schwindels (CSD) „nur“ die Hälfte bedeutende psychische Auffälligkeit zeigen.

Auf den Überlegungen einer ausbleibenden Rückanpassung bzw. einer nicht gelingenden Re-Adaptation aufbauend formulieren Staab 2006 und 2012 sowie Ruckenstein und Staab (2009) in ihrem Modell des Chronisch subjektiven Schwindels (CSD) drei Kern-Eigenschaften.

- **Das Vorliegen eines nicht vestibulären Schwindel**, der länger als drei Monate andauert und meist einen erkennbaren Anfang hat mit meist schwankendem Verlauf.
- **Eine Überempfindlichkeit gegenüber Bewegungsimpulsen**, seien es Eigenbewegungen oder Bewegungen in Umwelt
- **Schwierigkeiten bei komplexen und präzisen visuellen Anforderungen und Aufgaben**
- Als begünstigende Faktoren für ein anhaltendes Schwindelgefühl und –verhalten beschreibt Staab (2012):
- hohe Angstlevel – auch schon vor der Schwindelerkrankung als „Persönlichkeitseigenschaft“
- hohe Aufmerksamkeit auf die Gleichgewichtssymptome
- katastrophisierende Gedanken hinsichtlich der möglichen Entwicklung

Auf Grundlage eines Testinventars, des NEO Personality Inventory Revised (Costa 1992) hat Staab (2012) mit „Angst und Introvertiertheit“ zwei Persönlichkeitsprofile benannt, die eher bei diesem – von ihm so definierten – chronischen subjektiven Schwindel gefunden werden.

Die (ehemalige) Mainzer Arbeitsgruppe hat – umgekehrt – Resilienz Faktoren erarbeitet, die vor einem chronischen Verlauf schützen (Tschan et al (2011)). Resilienz ist die Fähigkeit eines Systems, mit Veränderungen umgehen zu können. Ein anschauliches Beispiel für Resilienz im engeren Sinn ist die Fähigkeit eines Stehaufmännchens: Es kann sich aus jeder beliebigen Lage wieder aufrichten.

Die anhaltende Schwindelempfindung wird „verstärkt“ durch real wiederholte organische Ereignisse, wie es bei einem M. Menière oft vorkommt, auch wenn diese meistens deutlich seltener sind, als „in der angstvollen Beobachtung“ befürchtet wird.

Bei entsprechender, individuell sicher sehr unterschiedlicher „Empfänglichkeit“ (Sensibilität), können in der Folge dann diese Begleitumstände oder Teile davon – unbewusst – die gleichen Schwindelempfindungen auslösen wie ein organisch bedingter Menière-Anfall. Wie u.a. Eckhardt-Henn (2009) beschrieben hat und wie von Schaaf und Kastellis (2013) in der Übersicht zu M. Menière im Tinnitus-Forum 2/13. S. 9-15 ausgeführt wurde, sind diese Prozesse gut durch Lernvorgänge (klassische und operante Konditionierungsvorgänge) zu erklären.

Die Mainzer Forschergruppe um Eckhardt-Henn und Dieterich (2009) konnte ebenfalls zeigen, dass eine vorbestehende psychische Erkrankung wesentlich zur Entwicklung eines reaktiv psychogenen Schwindels beiträgt. Dies gilt vor allem bei Erkrankungen mit – unvorhersehbar – Wiederholungcharakter wie der Migräne und dem M. Menière.

Dies führt zu einer permanenten Schleife von gesteigerter Reaktion auf Bewe-

gungsreize mit anhaltendem Sicherungsverhalten, das sich – nach einer zunächst sinnvollen Anpassung – in eine ungünstige Verarbeitung mit unangemessenen Reaktionen steigert. Die gleichen Faktoren erhöhen simultan das Risiko für ein komorbides psychisches Verhalten.

Im ungünstigsten Fall kann die von Staab 2012 beschriebene „aufrechterhaltende Schleife“ von „ausbleibender Wiederherstellung“ und bewegungsabhängigen „auslösenden Faktoren“ verfestigt bleiben. Diese Patienten bleiben dann subjektiv und chronisch in einem beständigen Zustand der Fehladaptation, die durch eine Überempfindlichkeit gegenüber Bewegungsimpulsen gekennzeichnet ist. Die gleichen Faktoren erhöhen – so Staab – simultan das Risiko für psychische (komorbide) Begleiterkrankungen.

Das Modell des CSD – so Staab 2012 – schaffe die Verbindung zwischen Neurootologie und Psychiatrie. Verhaltenselemente und neurootologische Faktoren werden als Schlüsselemente in der Interaktion beschreiben. Nimmt man die von Eckhardt-Henn (2009) beschriebenen Konditionierungsvorgänge hinzu, bekommt das oft unklar und wenig veränderbar erscheinende Bild eines anhaltenden, zumindest zu großen Teilen psychogenen Schwindels klarere Konturen, an denen das Verständnis und die Therapie ansetzen können.

Ein Fortschritt ist, dass auf Vorschlag der Barany Society im Rahmen der Klassifikation von vestibulären Erkrankungen eine Kategorie entsteht, die mehr Klarheit schafft als die bisherige Verlegenheitszuordnung „Schwindel und Taumel R41“.

Der Begriff des „Persistent perceptual and postural dizziness“ („3P-D“), darf dabei als Kompromiss zu den bisherigen Ansätzen des „Phobischen Attackenschwindels, des „Visuellen Schwindels und des „Space Motion Discomfort“ sowie der Theoriebildung um einen „Chronic Subjektiv Dizziness“ (CSD) verstanden werden.

		Verhaltens-Komorbidität
		Angsterkrankungen Phobien, Depressionen
		Ausbleibende Wiederherstellung
Auslöser Vestibuläre Krise Medizinisches Ereignis Akute Angst	Begünstigende Faktoren Introvertiertes „Naturell“ Vorbestehende Angst	Aufrechterhaltende Schleife
		Auslösende Faktoren
Akute Adaptation Visuell somatosensorische Abhängigkeit Hochrisiko Haltungs-Kontroll-Strategien Hohe Aufmerksamkeit auf Umweltbewegungen	Erholung Neurootologisch Medizinisch Verhaltensmäßig	Aufrechte Position Bewegung Eigenbewegung Umgebungsreize Visuelle Aufgaben komplex Präzise

Von links nach rechts zu verfolgen: ein auslösendes Ereignis triggert eine akute Adaptation, um die Gleichgewichtsfunktion auf dem bestmöglichen Niveau zu halten. Unter normalen Umständen kann eine Erholung sowohl des medizinischen Befundes wie eine Rückbildung des – im Krankheitsprozess – nützlichen Anpassungsverhaltens erwartet werden. Bei

bestimmten Vorkonstellationen, Erkrankungen kann das System der Haltungskontrollen in einem beständigen Zustand der Fehladaptation bleiben, die durch eine Überempfindlichkeit gegenüber Bewegungsimpulsen gekennzeichnet ist. Die gleichen Faktoren erhöhen simultan das Risiko für psychische Erkrankungen.

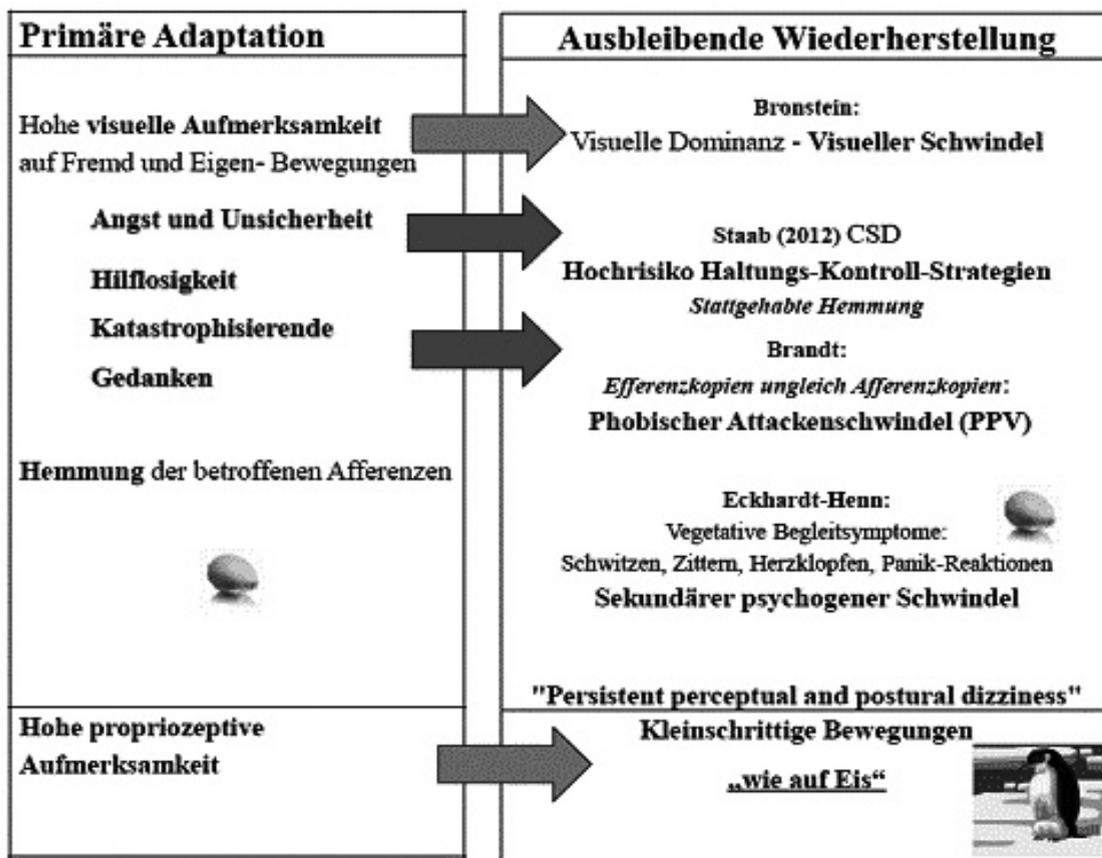


Abb. 1: Modell des pathophysiologischen Prozesses von CSD nach Staab 2012, S. 1132.

Eigenschaften	Beschreibung
Primäre Symptome	Schwanken, Unsicherheit, oder beides werden typischerweise - mit Schwankungen in der Ausprägung - über den ganzen Tag empfunden Die Symptome werden durchgehend, länger als drei Monate empfunden
Bezug zur Raum-Haltung	Die Primären Symptome haben einen Bezug zu Körperhaltung. Die Symptome nehmen beim Stehen und Gehen zu und im Sitzen ab, sie sind im Liegen vermindert oder verschwunden
Auslösende (Provokative) Faktoren (Symptom-steigernd, abhängig vom Kontext)	Die primären Symptome sind auch ohne spezifische Auslöser vorhanden, aber sie können sich steigern (Exazerbation) bei - aktiven oder passiven Eigenbewegungen, ohne dass dies einen Bezug zu einer bestimmten Position oder Richtung hat - der Exposition von großflächigen, bewegten Objekten oder komplexen visuellen Anforderungen - der Durchführung kleinflächiger, präziser visueller Aufgaben (wie Lesen, Arbeiten am Computer, diffizile Handarbeiten)
Auslöser (Trigger)	Auslöser können sein: - Akute oder wiederholte neurootologische Erkrankungen, die eine periphere oder zentrale Gleichgewichtsstörung auslösen können - Akute oder wiederholte medizinische Probleme, die Schwanken und Übelkeit hervorrufen können - Akute oder wiederholte psychiatrische Erkrankungen, die Schwanken und Übelkeit hervorrufen können
Physische Untersuchungen und Laborergebnisse	Normalerweise finden sich keine auffälligen körperlichen oder vestibulären Befunde. Kleine, aber nicht relevante Abweichungen finden sich oft, ohne das Ausmaß der geschilderten Symptome vollständig erklären zu können.
Verhaltenssymptome	Die Verhaltensweisen können normal sein. Es werden häufig niedrige Werte von Ängstlichkeit und Depressivität gefunden. Es können sich aber auch signifikanter „psychologischer Stress“, psychiatrische Erkrankungen oder ungünstige Lebensumstände (kritische Lebensereignisse) finden lassen.

Tabelle aus Staab 2012: Chronic Subjektive Dizziness (CSD) Symptome und Zeichen die für die Diagnose notwendig sind Die ersten Drei Eigenschaften machen die Diagnose einer CSD aus.

Diagnose:

Staab hat 2006 pointiert darauf hingewiesen, dass bei der Behandlung von Schwindelerkrankungen normalerweise Wert auf die Diagnostik und Behandlung des organischen Anteils gelegt wird. Psychische Aspekte werden erst beachtet, wenn die organische Behandlung abgeschlossen erscheint, aber der Patient immer noch über Schwindel klagt oder die Symptome so psychisch erscheinen, dass sie nicht übersehen werden können. In diesem „Entweder – Oder (Miss-) Verständnis“ von Psyche und Soma werden die gemeinsamen und verbindenden Aspekte zu Ungunsten des Patienten (und der Behandlungsverläufe und -kosten) zu oft übersehen.

Staab (2006) führt aus, dass bei mehr als einem Drittel der Patienten mit (chronischem) Schwindel klinisch relevante psychologische Probleme beschrieben werden (Balaban 2002, Cocker 1989, Eckhardt-Henn 2003, Grunfeld 2003, Persoons 2003). Patienten mit chronischem oder wiederholtem Schwindel haben eine noch höhere Wahrscheinlichkeit, eine (komorbide) Angst- oder Depressionserkrankung zu erleiden als Patienten mit einem vorübergehenden physischen Leiden.

So wirbt Staab auf der Grundlage seiner klinischen und wissenschaftlichen Forschung für ein interaktives Verständnis und Vorgehen, das sich auf **ergänzende** biologische und psychologische Faktoren stützt.

Erkennen von psychologischen Problemen bei Schwindelpatienten

Es gibt zwei Möglichkeiten, um bei Schwindelpatienten psychologische Probleme abzuklären.

Dazu können zwei Fragen dienen:

1. Hat der Patient eine akute (aktuelle) neurootologische Erkrankung?
2. Wenn ja, erklärt diese alleine all die erkennbaren Symptome.

Wenn der Patient schon eine längere Krankengeschichte aufweist, ohne dass Zeichen einer wiederholten organischen Genese erkennbar sind, ist dies ein wichtiger Anhaltspunkt für mögliche psychogen zu verstehende, aufrechterhaltende Faktoren. Das gilt ebenso für medizinische Befunde, die den jetzigen Status alleine nicht ausreichend erklären können.

Dabei berichten die Patienten oft spontan von ihren Ängsten, ihrem Vermeidungsverhalten („wegen des Schwindels“) und aufrechterhaltenden Faktoren (z.B. „Ich traue mich nicht mehr, in den Supermarkt zu gehen“. „Ich habe Angst, vor ... Immer wenn...“). Gezielt können z.B. zwei Depressionsfragen wegweisend sein:

Staab (2006) fragt nach:

- Fühlen Sie sich traurig oder depressiv?
- Haben Sie das Interesse an bestimmten Dingen verloren
- und indirekt:
- Denken andere! das Sie sich viele Sorgen machen?
- Haben Sie aufgehört, wegen des Schwindels Aktivitäten zu unternehmen.

Die Diagnose eines CSD und seine Differentialdiagnosen

Die Anamnese hinsichtlich der Schlüsseligenschaften und der auslösenden Faktoren ist entscheidend, andere Untersuchungen dienen (lediglich) dem Ausschluss anderer Erkrankungen wie

- Vestibuläre Migräne – oft mit Angst
- Schädelhirntraumen
- Bsd. Gleichgewichtsausfall, Haltungstremor, Ataxien

- Synkopen, vegetative Dystonien
- Selten: Konversion, Münchhausen-Syndrom, Simulation

Konsequenzen für die Behandlung:

Es ist wichtig – so Staab – Erkrankungen aus der Vergangenheit von akuten Symptomen zu unterscheiden!!! Die Behandlung muss chronische und wiederholte Ereignisse berücksichtigen, aber Behandlungsansätze für vergangene Probleme können nicht die aktuellen Symptome verbessern – und sollten daher auch nicht angeboten werden.

Moderne Antidepressiva

An erster Stelle beschreibt Staab (2012) ausführlich die Behandlung mit antidepressiv wirkenden und auch oft die Angst mindernden „Serotonin Wiederaufnahme Hemmern“ (SSRI). Sie seien in einem hohen Prozentsatz erfolgreich und hätten nicht den Schwindel vergrößert (Staab 2012). Dabei hat sich keines der modernen SSRIs als besonders überlegen gegenüber den anderen gezeigt. Benzodiazepine sind nicht effektiv.

Gleichgewichtstherapie

Erst danach weist Staab (2012) darauf hin, dass eine vestibuläre Rehabilitation bei CSD so effektiv wie SSRIs ist. 2011 hatte Staab beschrieben, dass eine vestibuläre Rehabilitation bei Patienten mit chronischem Schwindel auch effektiv Angst- und Depressionssymptome bekämpfen kann (Staab 2011). Staab (2012) legt bei der vestibulären Rehabilitation Wert auf ein langsames Vorgehen über lange Zeit, sonst löse diese – bei CSD – wieder Schwindel aus. Das steht im Widerspruch zu den allgemeinen Anforderungen an ein Gleichgewichtstraining. Wenn ein neues Gleichgewicht erarbeitet werden soll, muss das Gleichgewichtssystem lernen, neue Herausforderungen anzunehmen und zu lösen (ausführlich u.a. in „Psychotherapie bei Schwindel“)

Psychotherapie

Staab (2012) berichtet über die Studienlage, die zwar initiale, aber bislang keine langanhaltenden Erfolge beim Einsatz der untersuchten psychotherapeutischen Vorgehensweisen bestätigen lässt.

Wertung: Ein hilfreiches Puzzlestück auf dem Weg zu einer störungsorientierten Sichtweise

Der Ansatz Staabs hat das Verdienst, den – nach wie vor psychischen – Schwindel von seiner organischen Komponente her zu betrachten und nicht zu schnell „nur“ die als „zentral“ zu identifizierende Angstkomponente in den Fokus zu stellen.

So wird der chronische subjektive Schwindel nicht „nur“ als ein (1) mögliches Symptom der Angst verstanden (was für die Panikattacke mit Schwindel nach wie vor zutrifft), sondern in seinem vestibulären Zusammenhang und seinen motorischen Auswirkungen erklärt:

„CSD – so Staab 2012 – hat einen Bezug zu vestibulären Reaktionen auf Eigen- und Fremdbewegungsreize und den daraus resultierenden Schwierigkeiten bei der Bewältigung präziser visueller Anforderungen.“

Das kann extrem hilfreich sein bei der Aufklärung der Patienten mit anhaltendem Schwindel nach einem definierbaren Ereignis. Ebenfalls kann dies dann auch die Akzeptanz in der Psychotherapie erhöhen. Es verbessert auch die Chance, wie von Staab (2006) formuliert, Neurotologie und Psyche gleichzeitig und nicht getrennt voneinander zu sehen.

Trotzdem wird auch in dem von Staab skizzierten Konzept die Angst als zentraler Dreh- und Angelpunkt sichtbar, allerdings wird sehr präzise ausformuliert und verstehbar gemacht, wie sich dies auf das Bewegungsverhalten und die „auslösenden“ Faktoren auswirkt.

Problematisch erscheint mir die Zuordnung zu „Temperamenten“, auch wenn das Testkonstrukt in der 2012er Veröffent-

lichung benannt wird und appelliert wird, dies nicht alltagssprachlich zu verstehen.

Problematisch erscheint auch das Primat der medikamentösen Intervention, auch wenn man konstatieren muss, dass viele psychisch Erkrankte (wohl auch solche mit Schwindel) keinen wirklich ausreichenden Zugang zu fach-psychotherapeutischer Hilfe haben und auch die Wartezeiten für Psychiatrische (Kurz) Interventionen meist lang sind, was die Chronifizierung weiter verfestigt. In diesem suboptimalen Kontext wäre dann eine aktivierende Medikation bei ausreichender Indikation sicher günstiger als das Warten.

Hilfreich ist – bis zum Beweis des Gegenteils – die Durchführung eines gestuften Gleichgewichtstrainings. Hier sollen sich die Teilnehmer Auslösern und Situationen stellen, das Vertrauen in die körperliche Funktionsfähigkeit prüfen und an verschiedene Schwindeltrigger habituieren. Dieses gelingt eher unter Anleitung und in der Gruppe als alleine.

Ein **Gleichgewichtstagebuch**, das vor allem die Fortschritte und die Entwicklung, nicht nur die Defizite festhält, kann eine gute Grundlage für die eigene Arbeit, aber auch zur Verlaufskontrolle sein. Gleichzeitig ist es ein (1) Baustein der – möglicherweise notwendig werdenden psychotherapeutischen Unterstützung. Die Zuordnung als „Gleichgewichtstagebuch“ soll – anders akzentuiert als der „Schwindelkalender“ – das Ziel vor Augen haben.

So halte ich fachgerecht das 2012 von Tschan aus dem Projekt „Standfest“ abgeleitete Vorgehen, das auch dem unseren entspricht, für angemessener.

Stufen zur erneuten Standfestigkeit:

1. Körperliche Übungen (die für Alltagstauglichkeit benötigt werden)
2. Gleichgewichtstraining, zum Beispiel auf einem „Wippbrett“ (HS: und/oder entlang des „klassischen“

- Übungsablaufs von Cawthorne u. Friedmann (1969) und Cooksey (1946)
3. Entspannungstraining (PMR)
 4. Tagebucharbeit
 5. Expositionsübung
 6. Kognitive Umstrukturierung der Schwindel verstärkenden Gedanken
 7. Aktivierung von Ressourcen zur Verbesserung der Lebensqualität
 8. Kritische Auseinandersetzung mit der Funktion des Schwindel, auch der für den Patienten unbewussten Anteile
 9. Motivierung zur ambulanten Psychotherapie

Darauf geachtet werden sollte, dass der Verlauf einer Störung des Gleichgewichtes schon von den akuten Erfahrungen während der Erkrankung und dem weiteren Umgang abhängt. Hier kommt der Akut-Behandlung, der Aufklärung (Counselling!!!) und der weiteren Behandlung ebenso Gewicht zu wie einem angemessenen medikamentösen Ansatz (Dämpfen versus Aktivieren).

Das Verkennen eines Gleichgewichtsausfalls mit einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall mit der dann einsetzenden Diagnostik bei einer meist verschwindenden Kommunikation können aus einem – schon ausreichend bedrohlich empfundenen – peripheren Ereignis eine lebensbedrohlich imponierende Katastrophe werden lassen. Bleibt dann auch noch die anschließende Entängstigung mit der Aufklärung über den meist gutartigen Verlauf aus und die Patienten im Schwindel belassen, werden auch die gesündesten Persönlichkeitsstrukturen extrem auf die Probe gestellt.

Ergebnisse einer Nachuntersuchung in der „Tinnitus Klinik Hesse“

Angeregt durch die Arbeiten von Staab (2006 und 2012) und die Untersuchungen von Holmberg (2007) und Schmitt (2011) haben wir die bei uns behandelten Schwindel-Patienten frühestens nach ei-

nem Jahr (und länger) nach ihrer Entlassung befragt (zur Publikation eingereicht). Wir wollten wissen, wie sich unsere, neben dem Tinnitus auch auf Gleichgewichtstörungen ausgerichtete stationäre neurootologische und psychotherapeutische Behandlung langfristig auswirkt.

Von 96 behandelten Patienten, die in den von uns nachvollziehbaren vier Jahren behandelt wurden, blieben nach Abschluss der Unfall- und Berufsgeschädigten und derer, die von uns für sinnvoll erachtete Testdiagnostik nicht vollständig ausgefüllt hatten, 48 Patienten, die angeschrieben wurden. Davon antworteten 23 so, dass eine Auswertung vollständig möglich wurde.

Diese Patienten wurden – bis auf sechs – mit Diagnosen aus dem HNO Bereich eingewiesen, nachdem die ursprünglich organische Schwindel-Problematik länger anhielt. Das unterscheidet unsere Patientengruppe deutlich von Rehabilitationskliniken und von „reinen psychosomatischen Kliniken“, bei denen die psychische Komponente meist allein oder überwiegend im Vordergrund steht.

Nach genauer Diagnostik und testpsychologisch mit Hilfe des HADS-D (Hospitality Anxiety and Depression Score) am Anfang und Ende der Behandlung wurden diese Patienten stationär neurootologisch und psychosomatisch unter Einbeziehung intensiver gleichgewichtsübender Verfahren behandelt.

Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nach mindestens 1 Jahr (im Durchschnitt 32,5 Monate (SD 15,39)) berichteten 18 von 23 Patienten (78%) über eine anhaltende Minderung ihrer Schwindelbeschwerden. Diese stand weitestgehend im Einklang mit den Ergebnissen der Testdiagnostik (HADS-D) zur Angst und Depressionsentwicklung. 4 Patienten konnten nicht verbessert werden und blieben in ihren Schwindelempfindungen gleich, ein (1) Patient, der während des Aufenthaltes schwindelfrei wurde, litt Monate nach der

Entlassung wieder unter dem für ihn nicht fassbaren Schwindel.

Dies zeigt, dass – unter den optimalen Bedingungen einer darauf ausgerichteten Klinik – zumindest bei dieser Patientengruppe auch bei anhaltend gebliebenen Schwindelbeschwerden stabile Verbesserungen langfristig möglich sind.

Damit unterscheidet sich das Ergebnis von den eher ernüchternden Ergebnissen einiger übergreifender Untersuchungen (Metaanalysen), bei denen psychotherapeutische Maßnahmen zwar Verbesserungen während der Behandlung zeigen, die dann allerdings meist nicht stabil bleiben (Holmberg (2007) und Schmitt (2011))

Zu dem erfreulichen Ergebnis beigetragen hat sicher eine Körper und Psyche umfassende Diagnostik sowie eine entängstigende Aufklärung. Dabei stand nicht so sehr das Rest-Handicap, sondern das weiter vorhandene und funktionsfähige Gesunde im Vordergrund der Therapie. Großer Wert wurde auf eine wiederholte medizinische Aufklärung gelegt, was die meisten Patienten auch im Nachhinein als wichtigen Baustein werteten. Dabei waren die Modellvorstellungen von Staab (2012) hinsichtlich einer ausgebliebenen Re-Adaptation ebenso hilfreich wie – insbesondere bei den Menière-Patienten – das Verständnis, warum sich ein „psychogener Schwindel“ genauso anfühlen kann wie der organisch erlebte Menière Schwindel (nach klassischer und operanter Konditionierung im Verlauf der wiederholten Verstärkungen).

Die Verbesserung ermöglichte auch ein aufeinander abgestimmtes neurootologisches und psychosomatisches Vorgehen. Während die aufrechterhaltenden Faktoren bearbeitet wurden, konnten die einzelnen Schritte in der Gleichgewichtstherapie erlebt werden: die Problematik und die Verbesserungen wurden spürbar.

Wie wichtig eine ausführliche und die weitere Entwicklung im Auge habende Aufklärung ist, zeigt sich an der Bewältigung der auch nach der Entlassung – immer noch – möglichen und vorkommenden organisch bedingten – Anfälle bei den M. Menière Patienten. Dazu gehört auch die routinemäßige Aufklärung hinsichtlich der Unterscheidungsmöglichkeiten zwischen psychogenem und organischem Schwindel.

Da die Häufigkeit des gutartigen Lagerungsschwindels bei Menière Patienten höher ist und (sowieso) mit dem Alter zunimmt, war es gut, darauf vorbereitet zu werden. So konnten 8 (von 23) ihren nach der Entlassung aufgetretenen Lagerungsschwindel zuordnen und – anders als einen Menière-Anfall – selbst oder mit Hilfe beseitigen.

Dies kann eine alleinige psychotherapeutische oder psychiatrische Therapie kaum leisten.

Psychotherapeutisch und in der Gleichgewichtstherapie wurde vor allem Wert auf die kognitiven Prozesse und die Umsetzung im direkten Erleben Wert gelegt. Die oft vorhandenen Funktionalisierungen wurden zumindest thematisiert. Der Erfolg – oder Misserfolg zeigt sich dann in der Umsetzung im Alltag.

Dabei mussten wir nicht nach einem „Manual“ vorgehen, sondern es konnte für jeden einzelnen Patienten besprochen werden, wie konkret vorangegangen wird. Fanden sich Angst- und/ oder Depressionserkrankungen oder behandlungspflichtige psychiatrische Krankheitsbilder als wesentliche Komorbidität, wurde diese bei der Hälfte der Betroffenen auch medikamentös mitbehandelt.

Am Ende blieben – anders als von Staab (2012) und Schmid (2011) berichtet, die Verbesserungen auch nach der Entlassung überwiegend stabil. Diese positive Entwicklung findet ihre Entsprechung überwiegend auch im psychologischen Screening mittels des HADS.

Maßgeblich dafür ist sicher, dass 12 der 18 (66%) anhaltend verbesserten Patienten die erlernten Therapien zu Hause weitergeführt haben, die meisten sogar ambulant ihre Psychotherapie fortgeführt haben.

Bei den fünf Patienten, die trotz anfänglicher Symptomminderung im HADS nicht anhaltend profitieren konnten, wiesen alle fünf eine klinisch und testpsychologisch manifeste Angst- oder Depressionserkrankung auf. Bei dreien ließ sich das Schwindelerleben als somatoform (psychogen) klassifizieren. Von den beiden anderen hatte eine Patientin (1) mit einer noch aktiven beidseitigen Menière-Erkrankung und einer (1) nach einem Schlaganfall eine

hohe organische Belastung, die ebenfalls zu einer (verständlichen, aber hinderlichen) anhaltenden ängstlichen Beobachtung und depressiver Verarbeitung führte.

So kann auch bei lang anhaltendem Schwindel eine Therapie, die auf neurootologischer und psychotherapeutischer Kompetenz im Verstehen und im Handeln aufbauen kann, erfolgreich sein. Wahrscheinlich bestimmt die psychogene Komponente, wie sie weitestgehend mit dem HADS erfassbar ist, wesentlich das weitere Schwindelerleben, wenn der somatische oder somatisierende Anteil adäquat angegangen werden konnte. Die dafür notwendige Therapie ist strukturell und personell aufwendig, aber lohnend.

Literatur:

- Balaban, CD, Jacob, RG, JF (2011) Neurologic bases for comorbidity of balance disorders, anxiety disorders and migraine: neurotherapeutic implications. *Expert Review of Neurotherapeutics* Vol. 11 (3) 379-394, DOI 10.1586/ern.11.19
- Brandt, TH., Dieterich M (1986) Phobischer Attackenschwindel. *MMW* 128: 247-250
- Bronstein AM (1995) Visual vertigo syndrome: clinical and posturography findings. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 59(5): 472-6
- Dieterich, M., Eckhardt-Henn, A (2004) Neurologische und somatoforme Schwindelsyndrome. *Nervenarzt* 75. 281 – 302
- Eckhardt-Henn A., Hoffmann S.O., Tettenborn B., Thomalske C., Hopf H.-C. (1997) „Phobischer Schwindel“- Eine weitere Differenzierung psychogener Schwindelzustände erscheint erforderlich. *Nervenarzt*, 68 806-812
- Eckhardt-Henn, A, Tschan, R, Best C, Dieterich, M (2009) Somatoforme Schwindelsyndrome *Nervenarzt* 80:909-917
- Jacob, RG, Woody SR, Clark DB (1993) Discomfort with space and motion: a possible marker of vestibular dysfunction by the situational Characteristics Questionnaire. *J Psychopathol Behav Assess*, 15(4): 299-325
- Schaaf, H. und G. Kastellis (2013): Wenn die Seele den Halt entzieht. Psychosomatischer Schwindel. Eine Annäherung in der HNO – Heilkunde. *CME. HNO Nachrichten* 5: 44-52, DOI: 10.1007/s00060-013-0129-0
- Schaaf, H. und G. Kastellis (2013) M. Menière. Schwindelattacken mit wechselnden Verläufen. *Tinnitus-Forum* 2/13. S. 9-15
- Schaaf, H (2011) Psychotherapie bei Schwindelerkrankungen. 3. Aufl. Asanger, Krönig.
- Staab, J. (2012) Chronic Subjective Dizziness. *Continuum*; 18(5): 1118-1141**
- Staab (2006) Assessment and management; of psychological problems in the dizzy patient. *Continuum*. 189-213**
- Tschan R; Eckhardt-Henn A; Scheurich V; Best C; Dieterich M; Beutel M (2012) Standfest? Erste Ergebnisse der Entwicklung eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenschulungsprogramms zur Behandlung des somatoformen Schwindels. *Psychother Psychosom Med Psychol*;62(3-4):111-9

Christiane Heider: Das innere Gleichgewicht wiederfinden



Das kennen bestimmt viele von Ihnen:

Wenn wir in Job oder Privatleben gefordert oder überfordert sind, neigen wir dazu, unsere Muskulatur unwillkürlich stärker anzuspannen. Wir ziehen z.B. den Kopf ein oder die Schultern hoch, beißen die Zähne fester zusammen oder verspannen uns im Gesicht.

Wenn diese Situationen häufiger und der Stress dann zum Dauerzustand werden, kann das zu Problemen führen.

Viele Menschen haben verlernt, erhöhte Anspannung im Alltag und damit erhöhte Körperspannung überhaupt zu registrieren. Sie haben kein Empfinden mehr für ihren angespannten Körper und nehmen diese dauernde Muskelaktivität als normal hin. Sensibilität für diesen momentanen Spannungszustand, die Differenz zwischen An- und Entspannung kann aber wieder erlernt und wieder spürbar werden.

Die **Progressive Muskelentspannung nach Jacobson** kann uns dabei helfen.

Diese Methode ist für Menschen besonders gut geeignet, die das ganz stille Daliegen, wie bei autogenem Training, nicht gut aushalten können. Denn bei der progressiven Muskelentspannung werden Sie selbst aktiv. Es gibt viele Bücher und CDs, mit denen man diese Methode gut selbst erlernen kann. Einige Krankenkassen bieten eigene Kurse dafür an oder übernehmen einen Teil der Kosten. In den Programmen der Volkshochschulen sind diese Kurse immer zu finden.

Es würde zu weit gehen, hier den ganzen Ablauf solch einer Entspannung aufzuführen. Aber einen kleinen Versuch möchte ich Ihnen an die Hand geben:

Setzen oder legen Sie sich entspannt hin und nehmen Sie bewusst wahr wie sich ihr gesamter Körper anfühlt: Der Kopf, die Schultern, die Arme, die Hände und Finger, der Rücken, die Hüften, die Beine und die Füße. Ballen sie eine Hand zur Faust und sagen Sie sich selbst ruhig und langsam:

- ich spüre die Anspannung in meiner Hand
- mein Atem fließt ruhig und gleichmäßig
- Ich halte die Spannung in meiner Hand
- Ich löse die Anspannung in meiner Hand
- Öffnen Sie nun die Faust und entspannen ihre Hand wieder

Nach einer kurzen Pause wiederholen Sie diese Übung ein 2. Mal und nach einer weiteren Pause ein 3. Mal. Dann spüren Sie ganz bewusst in diese Hand und vergleichen Sie mit der anderen. Sie wird sich ganz anders anfühlen: vielleicht wärmer, weicher oder schwerer? Auf alle Fälle wird sich diese Hand besser anfühlen.

Habe ich Sie neugierig gemacht und Sie wollen sich gleich bei einem Kurs anmelden? Das wäre schön. Sind sie noch unentschlossen und wollen Sie es erst einmal ausprobieren? Dann sehen wir uns vielleicht im Workshop bei der Herbsttagung von KIMM in Bad Hersfeld.

Eine schöne unbeschwerte Sommerzeit wünscht Ihnen

Christiane Heider

Begrüßung und Rechenschaftsbericht der KIMM-Vorsitzenden

zur Mitgliederversammlung 5.4.2014, Klinik am Stiftsberg, Bad Grönenbach in Verbindung mit dem VII. Bad Grönenbacher Morbus Menière – Symposium Morbus Menière aktuell

Liebe Mitglieder, ich freue mich, Sie hier in der *Klinik am Stiftsberg, Bad Grönenbach* zu unserer diesjährigen Mitgliederversammlung begrüßen zu dürfen.

Wegen der anstehenden Neuwahl des Vorstandes umfasst mein Rechenschaftsbericht die beiden zurückliegenden Jahre.

Der Vorstand bestand im Berichtszeitraum aus

Herr Franz Austen, Stellvertretender Vorsitzender seit 2010,
Frau Margarete Bauer, Beisitzerin seit 2012,
Herr Walther Dierlamm, Kassensführer seit 2006,
Herr Dr. Fred Knäbel Schriftführer, seit 2006,
Frau Edeltraud Mory, Beisitzerin seit 2010.
und mir: Anna Bott, ich bin seit 2009 Vorsitzende.

Der Vorstand arbeitet sehr gut in einer freundschaftlichen Atmosphäre zusammen. Wir pflegen einen regen E-Mail-Verkehr und trafen uns bei 3 bis 4 Vorstandstreffen pro Jahr.

Zu Beginn ein Blick auf unsere Mitgliederzahl: Per 01.01.2014 haben wir einen Mitgliederbestand von 679 Mitgliedern, im Jahre 2013 gab es 82 Eintritte und 42 Austritte. Unsere Organisation wächst also weiterhin. Neumitgliedschaften finden überwiegend über unsere Homepage und auch bei unseren Tagungen statt.

In den zurückliegenden 2 Jahren gab es 4 Tagungen:

- Im Jahre 2012 ebenfalls hier in Bad Grönenbach und in Hannover,
- Im Jahre 2013 in Mainz und in München.

Die Planung und die Durchführung dieser Tagungen ist eine der sehr zeitaufwendigen Hauptaufgaben des Vorstandes. Unsere Tagungen bedeuten aber auch – bei aller KIMM-internen Vorbereitung – starke Unterstützung durch kooperationsbereite Einrichtungen, die ihre Zeit, ihre Räumlichkeiten und qualifizierte Referenten für Vorträge zur Verfügung stellen bzw. bei der Kontaktaufnahme zu Referenten behilflich sind.

Durch diese Kooperationsbereitschaft ergeben sich zudem für uns als KIMM meist erhebliche Kosteneinsparungen, ohne die wir sehr wahrscheinlich derartige Unternehmungen nur sehr bedingt durchführen könnten. Deshalb an dieser Stelle erneut meinen aufrichtigen Dank an alle, die uns im Berichtszeitraum – meist nicht zum ersten Mal – derart wohlwollend und unterstützend begleitet haben. Und unsere Tagung hier in der Klinik am Stiftsberg ist erneut ein lebendiges und vorzügliches Beispiel von Kooperation – zudem die langlebigste auf die wir als KIMM zurückblicken können.

Und zu guter letzt gehört zu den wichtigen Unterstützungen auch die finanzielle Förderung aus den Mitteln der „GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene“ der Krankenkassen. Diese betrug im Jahre 2013 stolze 5000 EURO. 2013 erhielten wir Spenden mit Beträgen von 5 bis 350 EURO. Für die Förderung, die großen und auch die vielen kleinen Spenden bedanken wir uns recht herzlich.

Wesentliche Punkte unserer Tagungen im Berichtszeitraum:

- Der Einsatz einer Schriftdolmetscherin / eines Schriftdolmetschers ist Routine geworden und soll fortgesetzt werden, solange dies

finanziell – z.B. aus der zuvor genannten Förderung der Krankenkassen – machbar bleibt.

- Der Einsatz der Teleschlingentechnik als Hörhilfe ist inzwischen schon Standard geworden.
- Insbesondere im Rahmen von Arbeitsgruppen, sog. Workshops behandeln wir KIMM-spezifische Themen wie „Warum Mitglied in einer Selbsthilfe-Organisation?“, „Was bringt mir eine örtliche Selbsthilfegruppe?“, der Angehörigen-Workshop oder von Mitgliedern geleitete Entspannungs- und Gleichgewichtsübungen. Zudem wurde das Thema „MM und Beruf“ in Vorträgen und Diskussionsrunden verstärkt aufgegriffen. Ein Beispiel hierfür ist auch unsere heutige Tagung.
- Im Vorfeld der Tagungen laden wir uns als aktiv für KIMM tätig bekannte Mitglieder, zum Austausch und zu Anregungen mit dem Vorstand ein. Es gilt der Leitsatz „Selbsthilfe ist kein Dienstleistungsunternehmen“

Der Vorstand fördert die örtlichen MM-Selbsthilfegruppen. So fanden im Berichtszeitraum 3 Treffen der Leitungen örtlicher MM-Selbsthilfegruppen statt. Diese Treffen sollen die Kommunikation und die gegenseitige Unterstützung zwischen den Leitungen stärken. Sie werden zu Gruppenleitungsaufgaben und Kommunikation durch externe Referentinnen fortgebildet. Die bisherigen Treffen sind sehr positiv aufgenommen worden. Im Jahre 2013 konnten die entstehenden Kosten der Teilnehmer aufgrund der zuvor genannten Förderung von KIMM übernommen werden. Herzlichen Dank an Margarete Bauer, die die Treffen hauptsächlich organisiert hat.

Im Jahre 2013 wurden erfreulicherweise zwei neue örtliche Selbsthilfegruppen gegründet: eine in Düsseldorf und eine in Coburg.

Ebenso erfreulich ist die Zusammenarbeit mit dem von Frau Ina Scholz seit Jahren betriebenen MM-spezifischen Internet-Forum „sh-Menièrè“. Mit einem derartigen Forum besteht eine weitere Möglichkeit spontan – oder regelmäßig – mit anderen Betroffenen in Kontakt zu treten und sich damit ggf. eine zusätzliche Hilfe zur MM-Bewältigung im Alltag zu schaffen.

Im Berichtszeitraum gab es als arbeitsintensive Problematik zusätzlich die Suche nach Nachfolgern für die angekündigten vakanten Stellen der Vorsitzenden und des Schriftführers. Erfreulicherweise ist es gelungen, Kandidaten für die Übernahme dieser Vorstandsposten zu gewinnen. Dies ist umso beachtenswerter als es – so unsere Erfahrung – nicht einfach ist, Mitglieder zu finden, die bereit sind bei Aufgaben in unserer Selbsthilfeorganisation mitzuarbeiten.

Anmerkungen zu unserer Öffentlichkeitsarbeit

Für unsere Öffentlichkeitsarbeit sind unsere Homepage, unsere Zeitschrift KIMM-aktuell und unsere Broschüren und Flyer von großer Wichtigkeit. Sie stellen wesentliche Informationsmittel für unsere Mitglieder dar. Diese Broschüren stellen wir gerne örtlichen MM-SHG's zur Verfügung. Sie können dort bei der Leitung der Gruppe und bei Mitgliederwerbung helfen oder in HNO-Praxen ausgelegt werden. Und zu guter letzt gehört zur Vertretung von KIMM nach außen natürlich die Teilnahme an Tagungen anderer Selbsthilfeorganisationen und/oder an Selbsthilfetagen.

Unsere Homepage ist im zurückliegenden Zeitraum in großen Teilen aktualisiert worden und stellt in ihrem öffentlichen Bereich für jedermann frei zugänglich qualifizierte Informationen zu Morbus Menière zur Verfügung. Momentan bemühen wir uns, im Mitgliederbereich eine Verschlagwortung der eingestellten Artikel zu realisieren. Dadurch soll das Auffinden relevanter Informationen in den dort präsentierten Daten wesentlich verbessert werden.

Zur Öffentlichkeitsarbeit zählt auch, dass wir uns in die Arbeit einschlägiger Institutionen einbringen. So sind wir durch unser ehemaliges Vorstandsmitglied Frau Kerschenlohr in die neu gegründete „Netzwerk Hörbehinderung in Bayern“ (NHB) eingebunden, die sich in der Öffentlichkeit und in der Politik um mehr Verständnis für Betroffene mit Hörschädigung bemüht.

Zum Tagesgeschäft gehört, als weitgehend unbeachtete Tätigkeit, unsere telefonische Beratung, die recht zeitintensiv, aber unbedingt erforderlich ist

Abschließen möchte ich meine Ausführungen mit Anmerkungen zu unserer Mitgliederzeitschrift

KIMM-aktuell: Sie ist 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 umso mehr, als unsere Tagungen nur von einem geringeren Teil unserer Mitglieder besucht werden können. Unsere Zeitschrift ist zudem ein wichtiges Sprachrohr nach außen und hier speziell zur Ärzteschaft.

Wir erhalten bei der redaktionellen Arbeit gute Unterstützung einzelner Mitglieder. Besonders danke ich hier Frau Halder, die sich der mehr als nervtötenden Arbeit angenommen hat, vor dem Druck die abschließende Jagd auf Rechtschreib- und sonstiges „Fehler-Kleinvieh“ vorzunehmen.

Dennoch ist die Zukunft unserer Zeitschrift insoweit gefährdet als Herr Dr. Knäbel mit dem Ausscheiden aus dem Vorstand auch seine federführende Redaktionstätigkeit beendet. Er wird uns zwar bis auf weiteres als Bildbearbeiter zur Verfügung stehen, für die textspezifischen Arbeiten der Redaktion suchen wir aber dringend einen Nachfolger / eine Nachfolgerin.

Ich danke allen, die dabei mitarbeiteten und mitarbeiten, dass unser Selbsthilfeverein KIMM lebt und sich weiterentwickelt. Herzlich willkommen sind jederzeit weitere Mitarbeiter.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Der alte und neue Vorstand



Hinten von links nach rechts: Fred Knäbel (Ruhestand), Franz Austen (2. Vorsitzender) Mitte von links nach rechts: Edeltraud Mory („neue“ Schriftführerin), Anna Bott (Ruhestand), Walther Dierlamm (Kassenführer), Caïssa Engelke (neue Beisitzerin)
Vorne von links nach rechts: Margarete Bauer (Beisitzerin), Dietmar Aland (neuer 1. Vorsitzender)

Protokoll zur Mitgliederversammlung von KIMM e.V. am 05.04.2014 in der Klinik am Stiftsberg, Bad Grönenbach

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

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

zu TOP 1: Begrüßung und Bericht der Vorsitzenden

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

zu TOP 2: Berichte des Kassenführers und der Kassenprüfer

Herr Dierlamm stellt in seinem Bericht die Ein- und Ausgaben und die Vermögensübersicht für das zurückliegende Jahr 2013 und den Wirtschaftsplan 2014 vor (siehe Anlage). Das Ergebnis der Kassenprüfung durch die Kassenprüfer (Herr Feghelm und Herr Schrem) wird vorgelesen. Seitens der Mitglieder werden im Nachgang hierzu keine weiteren Fragen gestellt

zu TOP 3: Entlastung des Vorstandes

Der gesamte bisherige Vorstand wird von der Mitgliederversammlung einstimmig entlastet.

zu TOP 4: Neuwahl des Vorstandes und der Kassenprüfer

Die Wahlleitung übernimmt Herr Dr. Kratzsch.

Wahl des Vorstandes:

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

- Herr Dietmar Aland (Position: 1. Vorsitzender),
- Herr Franz Austen (Position: Stellvertretender Vorsitzender),
- Herr Walther Dierlamm (Position: Kassenführer),
- Frau Edeltraud Mory (Position: Schriftführerin),
- Frau Margarete Bauer (Position: Beisitzer(in))
- Frau Caïssa Engelke (Position: Beisitzer(in)).

Alle Kandidaten werden per Akklamation bei jeweils einer Enthaltung gewählt; die Gewählten nehmen die Wahl an.

Wahl der Kassenprüfer

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

zu TOP 5: Beschlussfassung über die Beitragshöhe

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

zu TOP 6: Verabschiedung der ausscheidenden Vorstandsmitglieder

siehe gesonderte Artikel

Die Mitgliederversammlung schließt um 9:45 Uhr.

Liebe Mitglieder,

es ist an der Zeit, Abschied zu nehmen – Abschied von meinem Amt als Erste Vorsitzende im Verein KIMM e.V. Gerne blicke ich auf die Zeit zurück, in der mir viel Vertrauen, Verständnis und Mut entgegengebracht wurde. Dafür möchte ich mich sehr herzlich bedanken. Danke für die vielen guten Gespräche und den immer wieder hochinteressanten und regen Erfahrungsaustausch – auch mit den behandelnden Ärzten, die bereit waren, an unseren Tagungen zu referieren und uns das Neueste über Morbus Menière zu berichten.

Ich wünsche meinem Nachfolger, Herrn Aland, dass er mit derselben Wärme und demselben Vertrauen aufgenommen wird, und dass Sie ihn in seinen führenden Aufgaben unterstützen. Dafür schon jetzt meinen Dank.

Ich persönlich verabschiede mich in meinen wohlverdienten Ruhestand – werde aber selbstverständlich weiter als Mitglied im Verein zur Verfügung stehen. Alles Gute und nochmals vielen Dank!

Anna Bott

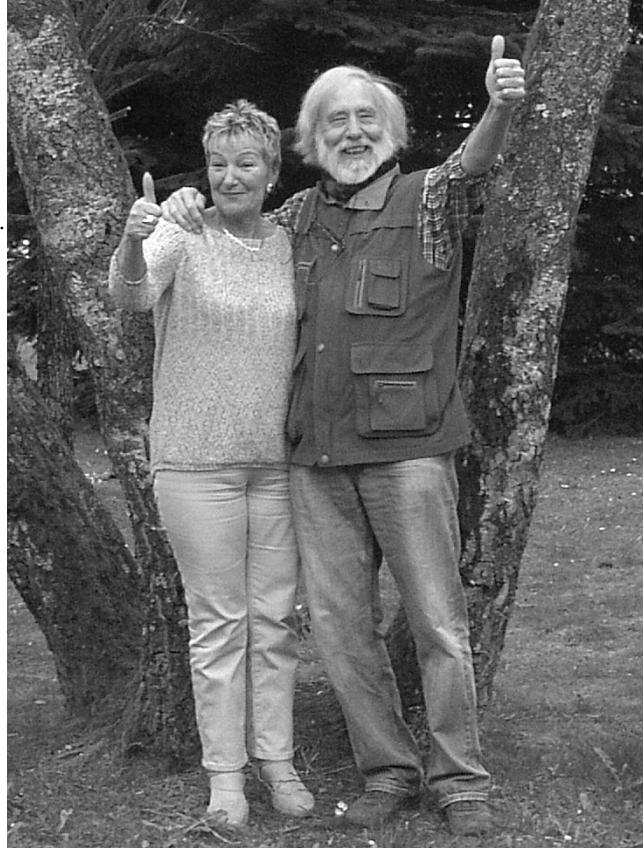
Ein „Tschüss“ Ihres Ex-Schriftführers

Liebe KIMM-Mitglieder,

für mich heißt es „Tschüss“ zu sagen. Nach mehr als 7 Jahren Schriftführer habe ich mich nach reiflicher Überlegung und aus rein persönlichen Gründen nicht mehr zur Wiederwahl gestellt. Die Arbeit im Vorstandsteam war wirklich sehr erfreulich, getragen von gegenseitiger Achtung und Unterstützung. Der Bezug zu Ihnen als Mitglieder war ebenfalls menschlich und freundschaftlich. Dennoch stellte speziell die Arbeit an unserer Mitgliederzeitschrift eine hohe nervliche Belastung dar, die ich in Zukunft vermeiden möchte und muss.

Ich wünsche dem neuen Vorstand, dass Teamgeist und die gegenseitige Achtung auch weiterhin den Kern der gemeinsamen Arbeit darstellen und dass die Vorstandsmitglieder die gleiche positive Resonanz von Ihnen als Mitglieder erfahren werden, wie sie mir zuteil wurde.

Ich hoffe aber auch, dass sich noch mehr von Ihnen für unsere – und damit für Ihre – Sache aktiv einsetzen. Die Vorbereitung der Tagungen und in besonderem Maße die redaktionelle Arbeit für unsere Mitgliederzeitschrift KIMM-aktuell können noch helfende Hände gebrauchen. Selbsthilfe ist nun einmal kein Dienstleistungsunternehmen und die Mitglieds-



Vereint in den verdienten Ruhestand

beiträge legen lediglich die – zwar unabdingbar erforderliche aber eben „nur“ – finanzielle Mindestbasis für unsere Aktivitäten. Jedes Vorhaben bedarf darüber hinaus zwingend einsatzbereiter Hände, die selbst zupacken, selbst helfen. Jedenfalls reichen unsere finanziellen Mittel nicht aus, Tätigkeiten regulär bezahlt zu vergeben. Aber auch dann, wenn wir als KIMM derartige finanzielle Freiheiten hätten, müsste das Herzstück der Arbeit von direkt und/oder indirekt Betroffenen geleistet werden. Ohne diesen aktiven Einsatz von Ihnen, als Mitglieder, wird KIMM bereits mittelfristig keine Zukunft haben können. Deshalb an dieser Stelle meine Hochachtung für alle Aktiven und den amtierenden Vorstand, sich einer derartigen Aufgabe zu stellen.

Einen letzten aufrichtigen Dank möchte ich all den uns unterstützenden Institutionen bzw. den dort beschäftigten Personen zum Ausdruck bringen – vom Chef, der z. B. kostenlos Tagungsräume zur Verfügung stellt oder ohne Honorar als Referent für uns tätig wird, bis zu der Dame oder dem Herrn, die oder der mit natürlicher Freundlichkeit den zubereiteten Kaffee oder Tee für uns bereit hält, anbietet, herüberreicht.

Speziell hoffe ich, dass diese menschliche Nähe unter uns Betroffenen und den uns Unterstützenden erhalten bleibt. Dann haben wir gemeinsam eine realistische Chance, die Selbsthilfe für MM-Betroffene unter der Überschrift KIMM e.V. zum Nutzen für alle am Leben zu erhalten.

Mit einem rheinischen „Blievt üsch treu – un maat et joot“

Fred Knäbel, Ex-Schriftführer, KIMM e.V.

Worte zum Abschied aus dem Vorstand von KIMM e.V. an Anna Bott von Walther Dierlamm, Kassensführer bei KIMM e.V.

Liebe Anni,
im Auftrag des „Restvorstandes“ sage ich Dir in kurzen, oft stichwortartigen Worten, ganz herzlichen Dank für Deine großen Verdienste für KIMM und die von Morbus Menière Betroffenen!

Die wahrscheinlich wichtigste Arbeit hast Du im Verborgenen geleistet. Es sind die vielen – und manchmal auch sehr langen – Telefongespräche mit MM-Betroffenen, die bei Dir Rat und Hilfe in ihrer oft verzweifelten Lage gesucht haben. Du hast ihnen Hoffnung gegeben und Zuversicht vermittelt.

Du hattest es nicht leicht, das Amt nach der Gründerin und langjährigen Vorsitzenden von KIMM zu übernehmen.

Während unserer Zusammenarbeit habe ich Dich als eine äußerst zuverlässige und gewissenhafte Vorsitzende erlebt, die ihre Arbeit zügig und sehr akkurat erledigt hat.

Unter Deinem Vorsitz wurde der gesamte Vorstand zu einem Team, das freundschaftlich ver-

bunden ist und effektiv zusammenarbeitet. Danke!
Während Deines Vorsitzes verdoppelte sich die Mitgliederzahl von KIMM. KIMM entwickelte sich immer mehr zu einem deutschlandweiten, weg von dem immer noch süddeutschlandlastigen Verein.

KIMM förderte während Deines Vorsitzes die Gründung örtlicher Selbsthilfegruppen und unterstützte bereits bestehende.

Herzlichen Dank! Genieße nun Deine „Freiheit“!

Vergessen möchte ich aber nicht den treuen Helfer, meist im Hintergrund: unseren „HiWi“ Günter, Annis Ehemann.

Günter Du wirst uns fehlen. Wer erledigt jetzt die Transport-, Kassier- und sonstige Hintergrundarbeiten bei unseren Tagungen?

Günter, auch Dir ein herzliches Dankeschön!

Ein Unglück kommt selten allein.

So scheidet heute neben der Vorsitzenden Anna Bott eine weitere tragende Säule der KIMM-Selbsthilfearbeit aus – hoffentlich nicht so ganz, aber zumindest aus der Vorstandsarbeit.

Dr. Fred Knäbel seines Zeichens Kölner / Rheinländer und Kosmopolit. Fred hat viele Jahre in Afrika und Asien gearbeitet und gelebt. Er ist selbst nicht an Morbus Menière erkrankt, jedoch seine Frau Renate.

Sein offizieller Titel im Vorstand war: Schriftführer. Schriftführer das klingt vielleicht etwas papieren und trocken. Aber nichts würde ihn weniger kennzeichnen ...

Eigenschaften, die mir bei ihm einfallen, sind: lebenslustig, optimistisch, humorvoll, offen, und wie man im Rheinland sagt: „dat Hätz om de rächte Fleck“.

Aber Schriftführer im Vorstand beschreibt nicht einmal die halbe Wahrheit über die Arbeit, die er

für KIMM geleistet hat. Der große Verdienst von Fred ist, dass er über lange Jahre Mr. KIMM-aktuell war und viel Arbeit, Energie und Nerven darin investiert hat, damit wir alle zweimal im Jahr eine sehr informative und gut gemachte Zeitschrift erhalten konnten. Natürlich haben auch andere geholfen, aber die Hauptarbeit, der meiste Stress, blieb letztlich an Fred hängen. Er hat für sich selbst die Bezeichnung „Oberkümmerer“ kreiert. Leider fehlt hier die Zeit, um ausführlicher darzustellen, wieviel Arbeit so eine Zeitschrift macht.

Dass er diese sehr zeitaufwändigen Mühen immer wieder auf sich genommen hat, dafür sind wir ihm alle dankbar.

Noch ein persönliches Wort von mir: bei KIMM kommen Leute zusammen, die oft nicht mehr gemeinsam haben als die Krankheit. Bis zum Ausbruch der Krankheit hat man teilweise ganz unterschiedliche Leben gelebt, ganz unterschiedliche Lebensentwürfe gehabt. Es sind also auch ganz

unterschiedliche Menschen, die hier zusammenkommen. Das macht die Verständigung untereinander und die Zusammenarbeit nicht immer einfach, da man oft sehr verschieden Sachen / Probleme anpackt und bewertet.

Fred weiß, wovon ich rede. Auch wir beide hatten, gerade am Anfang, unsere Verständigungsschwierigkeiten. Es war nichts Dramatisches, aber mitunter etwas zeitaufwändig.

Wenn ich gesagt habe, bei KIMM kommen Leute zusammen, die erst mal oft wenig anderes gemeinsam haben als die Krankheit, so kommt – zumindest bei den Aktiven – doch eine andere Gemeinsamkeit hinzu: nämlich, dass man die Idee der Selbsthilfe gut und richtig findet und sich auf der Grundlage dieses Verständnisses engagiert. Das schafft ein Gefühl der Gemeinsamkeit. Und das Erfahren, dass es dem Anderen auch um die gegenseitige Unterstützung geht, schafft ge-

genseitigen Respekt, lässt etwaige Unterschiede überbrücken und manchmal sogar produktiv nutzen. Das gilt übrigens für den gesamten Vorstand.

Und das Überbrücken war bei Fred besonders einfach wegen seiner offenen und herzlichen Art.

Fred, vielen Dank für deine jahrelange ehrenamtliche Tätigkeit bei KIMM seit 2006.

Auch wenn du heute aus dem Vorstand ausscheidest, wirst du uns hoffentlich noch lange mit Rat und Tat und vor allem mit deinem Fotoapparat zur Seite stehen.

Wir werden dich bei der Vorstandsarbeit vermissen und nicht nur die gemütlichen und trotzdem produktiven Vorstandssitzungen in Eurem Landdomizil in der Eifel.

Danke!

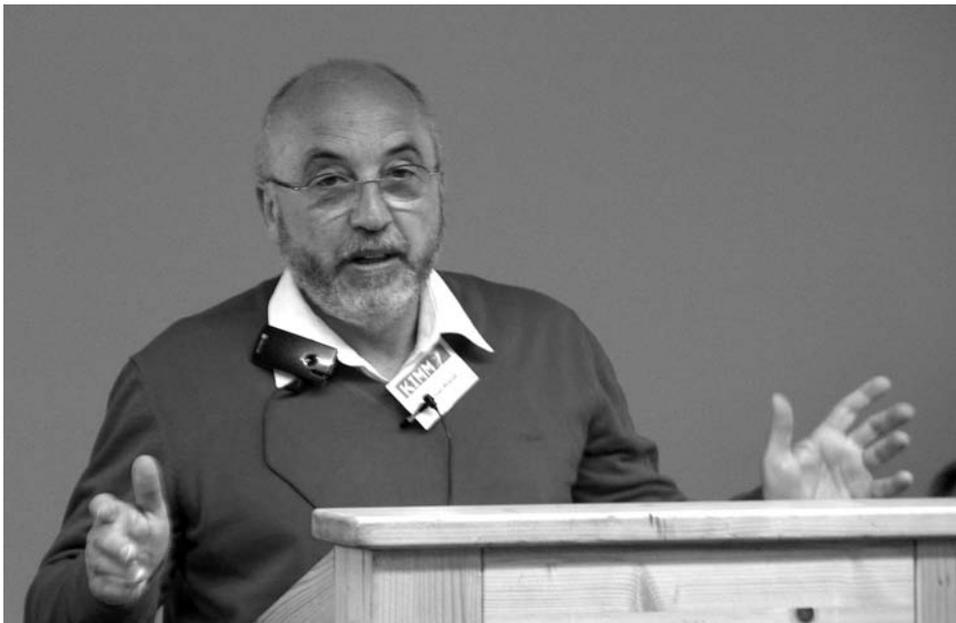
Franz Austen

Aktiventreffen Bilder sagen mehr als Worte



Liebe Mitglieder,

auf der Mitgliederversammlung im Frühjahr 2014 wurde ich, als Nachfolger von Frau Anna Bott, zum Vorsitzenden von KIMM e.V. gewählt. Damit mich alle Mitglieder ein wenig kennenlernen, folgt eine kurze Vorstellung meiner Person.



Ich bin Jahrgang 1956, seit fast 36 Jahre verheiratet und mit mehreren Kindern gesegnet.

Beruflich absolvierte ich nach einer technischen Ausbildung im Fernmeldedienst der Bundespost (heute Telekom) ein Studium der Wirtschaftsinformatik. Daran anschließend war ich bei verschiedenen Firmen in der Softwareentwicklung, Beratung und Organisation tätig. Ab 2001 folgten Berufsjahre als Leiter „IT und Projektmanagement“ einer mittelständischen Unternehmensgruppe.

2001 zeigten sich dann auch die ersten Anzeichen von Schwindel, die aber nicht konkret diagnostiziert werden konnten. Obwohl der Schwindel in der Folgezeit immer häufiger und länger auftrat, änderte sich daran nichts. Als mögliche Ursachen (die ich auch selbst nachvollziehen konnte) wurden hohe berufliche Belastung und die damit verbundenen Widrigkeiten, wie unregelmäßige Ernährung, schlechtes Schlafverhalten etc. angesehen. Nach mehreren Klinikaufenthalten und Rehas kamen zum Schwindel Drops hinzu. 2010 diagnostizierte dann Prof. Lempert in Berlin „Ves-

tibuläre Migräne mit Aura, Morbus Menière mit tamarinischen Drops“. Dies war ein Tiefschlag für mich, der mit den Krankheitssymptomen zusammen auch beruflich Auswirkungen zeigte.

Als die Anfälle so schlimm wurden, dass ich

nicht mehr arbeiten konnte, verlor ich meine Anstellung und erhalte heute die volle Erwerbsminderungsrente. Nachdem ich gelernt hatte, mit meiner Krankheit einigermaßen umzugehen, wurde ich für KIMM tätig – arbeitete an Homepage und Forum mit und schrieb verschiedene Artikel. Nachdem Frau Bott Ihren wohlverdienten Ruhestand antreten wollte, wurde ich gefragt, ob ich den Vorsitz übernehmen würde. Nach einigen Be-

denken sagte ich zu und wurde gewählt.

Nun hoffe und wünsche ich mir, dass Morbus Menière mir ausreichend Zeit und Raum lässt, um KIMM würdig und richtig zu vertreten. Die ehrenamtliche Arbeit bei KIMM ermöglicht es mir, einiges von dem an Hilfe und moralischer Unterstützung zurückzugeben, was ich selbst bekommen habe, als es notwendig war. Für mich bedeutet Selbsthilfe – „Sich selbst helfen, Hilfe von Anderen annehmen und wo ich kann Anderen helfen“. Nach diesem Motto wünsche ich uns eine fruchtbare und vertrauensvolle Zusammenarbeit!

Dietmar Aland

Guten Tag, liebe Mitglieder!



Ich möchte mich an dieser Stelle kurz vorstellen: mein Name ist Caïssa Engelke, ich bin 52 Jahre alt, verheiratet und habe einen 25-jährigen Sohn, der zur Zeit noch an seiner Masterarbeit tüftelt. Zu Hause bin ich in der Nähe von Stuttgart.

Ursprünglich habe ich Wirtschaftswissenschaften studiert und danach stets im Finanzbereich verschiedener Betriebe gearbeitet. Zuletzt war ich viele Jahre Leiterin Buchhaltung und Controlling, bis mich vor 3 Jahren das erste Mal der Menière besuchte. Er hat mich seitdem wöchentlich mehrmals „beehrt“ und lässt mich bis heute nicht los. Jetzt bin ich erwerbsunfähig und damit Rentnerin.

Anfangs war ich verzweifelt, denn ich verlor dadurch meine geliebte Arbeit. Auch hatte ich den Eindruck, dass die Ärzte etwas ratlos betreffs der Medikation und der zutreffenden Diagnose waren. Ich forschte selbst im Internet und kam so in Kontakt mit KIMM. Das erste Gespräch mit der damaligen KIMM-Vorsitzenden war für mich wie eine Erlösung! Endlich war ich mit meiner Verdachtsdiagnose nicht mehr allein und bekam wertvolle Tipps für mein weiteres Vorgehen. Ich fühlte mich verstanden, war Gleiche unter Gleichen und erfuhr die neuesten Erkenntnisse in Sachen Menière und wohin man sich am besten wendet.

In mir wuchs der Wunsch, dieses erleichterte Gefühl auch anderen unsicheren und suchenden Menièrepatienten weiterzugeben und darum stellte ich mich zur Wahl als Beisitzerin bei KIMM. Zwar bin ich noch immer von der Krankheit stark betroffen, aber ich hoffe, in meinem Rahmen Wesentliches zum weiteren Gelingen der Mission von KIMM beizutragen: Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten, Informationen und Kontakte weiterzugeben, damit Sie sich mit Morbus Menière zwar nicht unbedingt anfreunden, aber doch qualitativ gut leben können.

Caïssa Engelke

Aktiventreffen Bilder sagen mehr als Worte



Mein erstes Gruppenleitertreffen

Am Freitag, den 16.05.2014 begann für mich das erste Gruppenleitertreffen in Würzburg, welches bis zum 18.05.2014 dauern sollte. Die Würzburger "Mädels" Margarete Bauer und Ines Lux hatten das Treffen organisiert und dazu schon vor einigen Wochen eingeladen. Das Programm war bekannt und ich fuhr gut informiert nach Würzburg.

Gegen 17:30 Uhr warteten Margarete und Ines bereits vor dem Hotel auf alle Teilnehmer. Wir wurden herzlich begrüßt und fuhren gemeinsam in die Innenstadt. Im Ratskeller war ein Raum für uns alleine reserviert und so konnten wir uns ohne Hörprobleme gut verständigen. Schnell war eine rege Unterhaltung im Gange. Ich war auch nicht die einzige Erst-Teilnehmerin im Kreise der Gruppenleiter. Neue Gruppenleiter und die "Profis" lernten sich gut kennen und austauschen.

An diesem ersten Abend ging ich schlafen mit dem Bewusstsein, Teil einer Mannschaft zu sein, die an einem Strang ziehen. Dieses Gefühl sollte sich am Samstag noch bestätigen.

Der Samstag startete um 9:30 Uhr mit der Eroberung des Schulungsraumes. Dieser Raum war bereits professionell ausgestattet, eine Induktionsanlage verhinderte Hörprobleme.

Zuerst fand eine kurze Beurteilung der letzten Schulung statt. Was konnte davon in der Gruppenarbeit umgesetzt werden?

Gegen 10:00 Uhr traf die Moderatorin, Frau Brigitte Bakalov, der Schulung ein. Frau Bakalov ist Mitarbeiterin der KISS. (Regionalzentrum für Selbsthilfegruppen Mittelfranken ev.)

Sie führte uns durch folgende Themen:

1. Meine Rolle als Gruppenleiter und allgemeine Gruppenarbeit
2. Rechtliche Aspekte einer Selbsthilfegruppe
3. Wie kann ich mich abgrenzen und schützen
4. Konflikte in der Gruppe

Was ist erlaubt, was darf ich in der Gruppe bekannt geben. Welcher Wortlaut bewahrt die Neutralität? Die rechtlichen Aspekte waren auch ein umfangreicher Punkt.

Was kann ich tun, damit die Probleme der Gruppenmitglieder mich nicht zu stark belasten und zu den meinen werden?

Wie gehe ich mit Gruppenmitgliedern um, die innerhalb der Gruppe stören, andere beleidigen, sich respektlos verhalten?

Alle Themen wurden unterstützend durch Rollenspiele geübt, analysiert und ausgiebig diskutiert. Frau Bakalov und Margarete Bauer hatten Skripte vorbereitet, sodass wir zu Hause alle Themen noch einmal eigenständig nacharbeiten können.

Abends fand wieder ein gemeinsames Abendessen mit einem erneuten lebhaften Austausch statt.

Am Sonntag wurde der Schulungstag durch die Teilnehmer bewertet. Das Thema und der Termin für die nächste Gruppenleiterschulung im kommenden Jahr wurden festgelegt.

Anschließend gab jeder Gruppenleiter einen Bericht über den Status der geleiteten Gruppe.

Den Austausch unter den Gruppenleiter und das Kennenlernen untereinander verspricht eine noch engere Zusammenarbeit bundesweit. Wir haben Vertrauen untereinander aufgebaut und wissen, dass wir den anderen jederzeit einfach anrufen können, wenn wir mit einer Situation innerhalb der Gruppe nicht alleine klar kommen.

Ich werde an diesen Treffen immer wieder teilnehmen und danke zunächst Margarete Bauer und Ines Lux für die Organisation. Auch möchte ich betonen, dass diese Treffen ohne die Unterstützung durch die KIMM nicht für alle Teilnehmer möglich sind. Wir investieren Zeit und Urlaubstage, KIMM übernimmt die Reise- und Hotelkosten.

Diese Schulungen sind ein großer Aufwand. Ich würde jederzeit diesen Aufwand wieder auf mich nehmen, denn es hilft uns bei der Arbeit vor Ort. Das Gefühl gemeinsam etwas zu bewirken und dabei Sicherheit im Umgang mit anderen Betroffenen bestärkt mich in meiner Arbeit als Gruppenleiterin. Ich kenne die Rahmenbedingungen und kann mich frei und ungezwungen ausschließlich auf die Teilnehmer der Gruppe konzentrieren. Diese Sicherheit kommt allen Gruppenmitgliedern zu Gute.

Danke KIMM für diese Möglichkeit.

Elke Dirks
SHG Düsseldorf



Danke an KIMM

Im Juli letzten Jahres habe ich die Leitung der Selbsthilfegruppe MM-Treff Nürnberg von Edeltraud Kerschenlohr übernommen. Für mich war das zunächst Neuland und ich ohne Vorbildung oder Erfahrung.

Im Mai 2014 nahm ich dann das erste Mal an einer Gruppenleiterschulung von KIMM in Würzburg teil. Margarete Bauer und Ines Lux hatten alles organisiert und eingeladen, Franz Austen leitete unser Treffen an. Den Schulungsteil übernahm Brigitte Bakalov von kiss, Nürnberger Land.

Unser kleiner Kreis von 8 Teilnehmern war für mich sehr informativ und nährend. Ganz wichtig, neben rechtlichen und organisatorischen Dingen, fand ich aber auch den persönlichen Austausch, die Gespräche im kleinen Kreis.

Andere Leiterinnen persönlicher kennenzulernen, zu spüren, wo sind Verbindungen, wo ist ein Gleichklang, war hochinteressant. Aber auch den Gegensatz zu registrieren, eventuelle Reibungen zuzulassen und daran zu wachsen, wurde dadurch ermöglicht. Dieses persönlichere Kennenlernen gab mir die Gelegenheit, mich mit 7 neuen Ansprechpartnern auszutauschen und zu wissen, nein zu spüren und wahrzunehmen, dass ich mich jederzeit an jeden der Teilnehmer mit einem Problem wenden kann, gab mir sehr viel Kraft und Zuversicht. So könnte, meiner Meinung nach, ein Netz entstehen, das uns Gruppenleiterinnen in unserer Tätigkeit unterstützt, stärkt und trägt.

Deshalb möchte ich heute ein „Danke“ an KIMM sagen: Ihr gebt uns die Möglichkeit zu neuen Erfahrungen und Kenntnissen zu kommen. Mit eurer Unterstützung können wir unser Wissen vertiefen und noch bessere Arbeit in den Gruppen leisten.

Ich bin schon neugierig auf das nächste Mal und sage nochmals: Danke aus Nürnberg!

Christiane Heider

Was in den Gruppen geschah, MM-SHG Köln

Zu ihrem Treffen im März hatte die Kölner Gruppe Frau Kempert eingeladen, die im Rahmen der Aktivitäten des Schwerhörigenbundes Köln Ausgleichsgymnastik anbietet.

In einer Schnupperstunde machten sich die Teilnehmer der SHG ein Bild davon, ob und wie diese Übungen ihnen zu besserer Körperwahrnehmung und somit einem gefestigteren Gleichgewicht verhelfen können. Sechzehn Mitglieder der Gruppe fanden sich ein, gespannt darauf, was jetzt wohl auf sie zukäme.

In dieser Einführung der Ausgleichsgymnastik fanden alle Übungen im Sitzen statt. Frau Kempert wies jedoch darauf hin, dass der gesamte Kurs natürlich auch Bewegungen im Stehen und Gehen umfasst. Heute sollte die Gruppe nur vorsichtig an den Kurs herangeführt werden. Es begann mit Lockerungsübungen, aber schon bald mussten einige feststellen, dass auch Bewegungen im Sitzen eine große Herausforderung an das Gleichgewicht sein konnten. Kopf-, Hand- und Augenbewegungen riefen durchaus schummrige Gefühle hervor und zeigten, dass MM-Betroffene in ganz besonderem Maße des Gleichgewichtstrainings bedürfen.

Die Gruppe übte mit großer Konzentration, aber der eine oder andere war gezwungen, ab und zu eine Pause einzulegen.

Am Ende war man sich einig, dass dies eine gute Erfahrung war, und die Teilnehmer dankten Frau Kempert ganz herzlich mit einem Blumenstrauß.

Die Erfahrung in diesem Schnupperkurs gab Veranlassung dazu, über weiteres Gleichgewichtstraining und Übungen zur Körperwahrnehmung nachzudenken.

Im kommenden Treffen soll deshalb darüber abgestimmt werden, ob in den Verlauf der Zusammenkünfte regelmäßig ca. zehn Minuten Gleichgewichtstraining oder kleine Qi Gong-Übungen eingeflochten werden sollen. Zwei Mitglieder, die in der Lage sind, diese Übungen anzuleiten, erklärten sich dazu bereit.

Weiteres wird wohl demnächst berichtet.

Renate Knäbel

MM-Treff Nürnberg nimmt an einer Studie teil

Im Frühjahr 2013 nahm ein Facharzt für Kieferorthopädie mit Schwerpunkt CMD-Diagnostik (Cranio Mandibuläre Dysfunktion = Kiefergelenkerkrankungen) zu unserer damaligen Gruppenleitung Kontakt auf. Er geht von einem Zusammenhang zwischen CMD und Morbus Menière aus. Er erklärte sich bereit, bei uns in Nürnberg einen Vortrag zu halten, um uns evtl. für eine Studie zu gewinnen.

Im Mai 2014 war es dann soweit. Mit viel Werbung für diesen Vormittag und mit Unterstützung der neugegründeten MM-Selbsthilfegruppe Coburg fanden sich 34 Zuhörer ein.

Bei CMD handelt es sich um eine Fehlfunktion des Kauorgans. Dies kann sehr komplexe Symptome hervorrufen wie Kopf-, Nacken-, Schulter- und Rückenschmerzen sowie **Schwindel**, **Tinnitus**, **Hörsturz**, Übelkeit, Ohrenscherzen, Taubheit der Arme, Magenschmerzen, Kiefergelenkschmerzen und -knacken und vieles mehr. Bei CMD gibt es kein einheitliches Krankheitsbild und es müssen auch nicht alle Symptome auftreten. So können z. B. einige Patienten Kiefergelenk-, Kopf- und Nackenbeschwerden haben und andere Patienten haben Tinnitus, Hörsturz, Schwindel wie bei Morbus Menière. Da sich das Krankheitsbild aber wie ein Chamäleon hinter vielfältigen Symptomen von Kopf bis Fuß versteckt und CMD auch ohne Kiefergelenksbeschwerden auftritt, wird der Zusammenhang zwischen dem Kausystem und den vorher genannten Symptomen übersehen.

Hr. Dr. A. erklärte uns, dass durch das neuromuskuläre Ungleichgewicht des Kauorgans infolge einer falschen Verzahnung bei jedem Zusammenbeißen die Kau-, Kopf-, Nacken und Schultermuskeln unbewusst und asymmetrisch beim Zusammenbeißen überbelastet werden. Die seitenungleiche Überbelastung dieser Muskeln führen langfristig zu Verspannungen. Eine seitenungleiche Überbelastung kann mit Hilfe eines variablen Arm- und Beinlängendifferenztests (nach Van Asche bzw. Derbolowski) sichtbar gemacht werden.

Wer aus der Gruppe einen solchen „Schnelltest“ machen wollte, hatte am Ende des Vortrags die Gelegenheit dazu.

Wir erfuhren auch, dass die Beschwerden unterschiedlich auftreten, das hängt damit zusam-

men, wie oft und wie stark der Patient zubeißt, u. a. auch unbewusst durch die Psyche (öfteres, stärkeres und längeres Zusammenbeißen bei Stress, körperlichen Anstrengungen, Knirschen und Parafunktionen). Frauen sind häufiger betroffen als Männer.

CMD kann aber mit einem richtigen Konzept und interdisziplinärer Therapie (Wiederherstellung eines neuromuskulären Gleichgewichtes im Kausystem mit Schiene oder gnathologischen Aufbissen mit begleitender manueller Therapie und konsequenter Kontrolle und ggf. Einschleifen der Aufbisse zum Erhalt des neuromuskulären Gleichgewichtes und Beschwerdefreiheit über längere Zeit sehr erfolgreich behandelt werden. Eine Aufbisschiene für nachts hat mit einer CMD-Therapie fast nichts zu tun! Es gibt scheinbar einen klaren Zusammenhang zwischen CMD und ihre Auswirkungen auf Nacken- und Schultermuskeln einerseits und MM andererseits. Bei einer Studie wurde bei 24 Menière-Patienten CMD festgestellt und mit einer entsprechenden Schientherapie behandelt. Die Patienten wurden 3 Jahre lang beobachtet. Man hat eine signifikante Verbesserung von Tinnitus, Schwindel, Hörstörung und anderen CMD-Symptomen festgestellt.

Viele Zuhörer waren von dem Vortrag sehr angetan und der anschließende Schnelltest wurde gut angenommen. 20 Teilnehmer meldeten sich daher für die Studie an. Hr. Dr. A. wird diese Studie mit uns kostenlos durchführen und auch zu den Kontrolluntersuchungen nach Nürnberg kommen. Dafür nimmt er eine Anfahrt von 90 km auf eigene Kosten in Kauf. Dafür sagen wir jetzt schon einmal ein herzliches Danke. Ein Ergebnis dieser Studie wird es zum Jahresende geben. Erst dann wird man feststellen können, ob ein Zusammenhang besteht oder nicht. Das werden wir dann gerne wieder berichten.

Persönliche Eindrücke einer Teilnehmerin:

Bei mir wurde MM 2004 diagnostiziert. Nach 2 ½ Jahren anfallsfreier Zeit, hat mich MM dieses Jahr erneut mit etlichen Anfällen und sämtlichen Nebenwirkungen (Schwindel, Erbrechen, Hörverlust, Tinnitus, Erschöpfung, Depressionen) wieder getroffen. Derzeit habe ich starken Ohrendruck und

einseitig enorme Höreinschränkungen. Ich fühle mich, obwohl ich bereits seit 4 Monaten arbeitsunfähig bin, müde, ausgepowert und nicht leistungsfähig.

Am 19.05. fuhr ich mit 3 MMLern aus Nürnberg zu unserer Erstuntersuchung. Dort füllten wir einen Anamnesebogen aus. Hier wurden u. a. Beschwerden/Erkrankungen wie z. B. Migräne, Kiefergelenkschmerzen, Tinnitus, Druckgefühl, Konzentrationsstörungen, Depressionen, Schlafstörung, Hörstürze, etc. und deren Häufigkeit hinterfragt. Anschließend wurde ein Abdruck vom Kiefer gemacht zur Anfertigung einer weichen Schiene. Hr. Dr. A. sprach mit jedem Teilnehmer dessen Anamnese-Bogen durch und machte anschließend den Arm- und Bein-Differenztest. Anschließend glich er die Bissdifferenz mit einem Gel aus (die Durchführung ist ähnlich, wie bei Kindern eine Zahnversiegelung durchgeführt wird). Die Differenz des Ausgleiches ist sehr gering (0,1 - 0,3 Millimeter) und daher nicht sichtbar.

Frohen Mutes und gespannt was sich nun bewegen würde, führen wir heim. Bei mir stellten sich erstaunlicher Weise schon am nächsten Tag Verbesserungen ein. Ich hatte fast keine Verspannungen im Nackenbereich mehr. In den darauffolgenden Tagen hatte ich den Eindruck, dass sich mein Gehör erholte und ich leistungsfähiger wurde. Auch mein Gedächtnis „funktionierte“ wieder. Für Außenstehende mag das unglaublich klingen, aber ich fühlte mich wesentlich besser. Leider hatte ich nach 1 Woche erneute Nackenschmerzen und der Ohrdruck nahm auch wieder zu.

Bei der 1. Nachuntersuchung in Nürnberg stellte Hr. Dr. A. auch fest, dass das Gel bei mir abgenutzt war. Auch sei es „normal“, dass es nach Verbesserungen der Beschwerden sich im Anfangsstadium wieder Verschlechterungen einstellen, da die Muskulatur sich verändert.

Bei mir wurde erneut das Gel aufgetragen. Seitdem geht es mir wieder besser. Auch bekam jeder Teilnehmer seine Schiene, die bei Verschlechterung des Zustandes getragen werden soll.

Natürlich haben wir uns in der Gruppe ausgetauscht und jeder einzelne Teilnehmer hat unterschiedliche Erfahrungen mit der Behandlung. Einige unserer Mitglieder geht es ähnlich wie mir. Deren Beschwerden wie Verspannungen im Na-

ckenbereich wurden ebenfalls besser. Andere können überhaupt keinen Unterschied feststellen und ein kleinerer Teil empfand, dass sich der Zustand sogar verschlechtert hätte.

Ich selbst bin überzeugt, dass mir die Behandlung bisher geholfen hat und werde weiter an der Studie teilnehmen und gerne meine Erfahrungen weiter geben. Unsere nächste Nachkontrolle findet Ende Juni statt. Es ist mir schon klar, dass der Verlauf von MM sehr unterschiedlich verläuft und MM Behandlungen auch sehr differenziert Erfolg verschaffen.

Vielleicht hätte sich mein Zustand auch ohne dieser Behandlung verbessert, aber wie jeder von uns selbst weiß, greift man nach jedem Strohalm, der Abhilfe schaffen könnte.

MM-Treff Nürnberg

Selbsthilfegruppe Morbus Menière in Würzburg präsentiert sich am 09. Gesundheitstag der Stadt.

Am Samstag den 28.06.2014 fand in Würzburg zum wiederholten Male der Gesundheitstag statt. Hier präsentierten sich im Gesundheitswesen Tätige wie Krankenhäuser, Krankenkassen oder Physiotherapeuten und 44 Selbsthilfegruppen unter der Schirmherrschaft des Aktivbüros der Stadt Würzburg der Öffentlichkeit. 4 Mitglieder der Selbsthilfegruppe M. Menière in Würzburg bestritten abwechselnd den Tag und gaben Passanten geduldig Auskunft über das Krankheitsbild und seine Folgen.

Angehörige von Betroffenen suchten den Stand gezielt auf, um Informationen über das Krankheitsgeschehen zu bekommen. Obwohl das Wetter am Nachmittag ein paar Regentropfen schickte, hielt der Besucherstrom ungehindert an.

Die Beteiligten waren daher mit dem Ablauf und dem Interesse der Öffentlichkeit recht zufrieden.

*Ines Lux
SHG Morbus Menière
in Würzburg*



Vorwort zu den Erfahrungsberichten und Leserbriefen

Erfahrungsberichte von Betroffenen stellen einen wichtigen Bestandteil unserer Mitgliederzeitschrift dar. Deshalb bitten wir Sie, rege von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen. Wir bemühen uns dabei, den Originaltext soweit wie möglich zu erhalten, eichte Umformulierungen behalten wir uns vor. Entfernt werden allerdings im Allgemeinen im Text genannte persönliche Daten von Dritt-Personen.

Wir bitten hierfür um Verständnis.

Dietwart Gundert und seine Morbus Menière – Geschichte

Mein Leben mit Morbus Menière schildere ich, um unter anderem zu erfahren, wie geht es anderen Langzeitbetroffenen mit ihrer Hörleistung, mit ihrem Morbus Menière? Erleben Sie noch Attacken? Von den KIMM-Symposien weiß ich, es gibt viel dramatischere Morbus Menière-Verläufe.

Außerdem interessiert mich, gibt es Familien in denen mehrfach Morbus Menière auftritt? Mein jüngerer Bruder ist ebenfalls ein Morbus Menière-Betroffener.

1995 verbrachten wir unseren Pfingsturlaub auf einer Alm im Kanton Luzern. An einem Mittag erlebte ich meinen ersten Menière-Anfall mit heftigem Erbrechen (d.h. ich wusste noch nicht was ich hatte).

Freunde brachten mich ins Tal zum Hausarzt unserer Almbauern. Dieser guckte mich im Auto liegend an und diagnostizierte sofort Morbus Menière und ab ging's, nach Luzern ins Krankenhaus. Dort durchlief ich eine Testreihe und das Ergebnis hieß: Linkes Ohr – Morbus Menière.

In den nächsten Jahren erlebte ich eine 18-monatige Attackenpause, sowie heftige Attacken mit Erbrechen, 2001 – drei Mal Morbus Menière und 5 Tage Dauerschwindel, 2003 – fünf Mal Morbus Menière. Ab 2003 kam ein sehr dumpfes Ohr hinzu. Die Hörleistung wurde deutlich schlechter. Betahistin – und Cortison-Therapien halfen nicht gegen Morbus Menière. Lediglich die Hörleistung verbesserte sich stark durch das Cortison. Allerdings ging diese Verbesserung wieder zurück, als die Behandlung beendet wurde. Vomex und die Homöopathie waren meine am besten helfenden Arzneimittel + Osteopathie.

Ab 2004 erlitt ich „nur“ noch ein bis zwei Morbus Menière-Attacken pro Jahr. Dafür hörte ich schlecht. Ich beobachtete, dass nach jedem Mor-

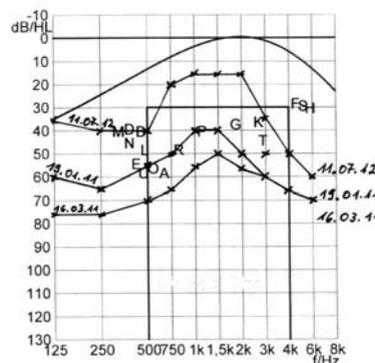
bus Menière-Anfall das dumpfe Hören wie weggepustet war. Und so kam es, dass ich sogar einen Morbus Menière-Anfall herbeisehnte, um wieder richtig hören zu können.

2008, Anfang März, erlebte ich das vermeintliche Glück – ein Morbus Menière-Anfall traf ein und kurzfristig funktionierte wieder das Gehör. Ende März hatte ich einen Tinnitus (Kammerton a). Dank Globuli meiner Hausärztin (auch Homöopathin) war der Spuk nach drei Tagen vorüber. 2010 wurde die Hörleistung deutlich schlechter. Während eines Orgelkonzerts stellte ich fest, dass ich keine Bässe und Höhen mehr hören konnte.

Seit Januar 2011 trage ich nun ein Hörgerät. Siehe dazu die Hörkurven vom 19.01.2011 und 16.03.2011. Pfingsten 2012 zelteten meine Frau und ich im Hunsrück. Eines Morgens bemerkte ich in der Aufwachphase, ich höre links wieder Vogelgezwitscher. Der Hörgeräteakustiker führte einen Hörtest durch und war baff, wie gut sich mein linkes Ohr wieder „regeneriert“ hatte. Seit diesem Zeitpunkt ereignete sich nichts mehr, kein Morbus

Menière seit 2008, keine erneute Hörleistungsveränderung. Es geht mir gut.

Die Hörkurven, v. o. n. u. li. Ohr:
11.07.12
19.01.11
16.03.11



Die Buchstaben stammen aus der Hörbanane.

Dietwart Gundert

Vortrag Anna Bott

anlässlich des Patiententags 2011 in Bad Berleburg - TEIL I



Vorbemerkung

Unsere scheidende Vorsitzende Frau Anna Bott war anlässlich des Patiententages 2011 der Baumrainklinik in Bad Berleburg gebeten worden, einen Vortrag zum Thema Selbsthilfe zu halten. Dabei sollte Sie im Besonderen auf die ggf. unterschiedlichen Sichtweisen auf Selbsthilfe eingehen: Zum Einen aus der Sicht als Betroffene und zum Anderen aus dem Blickwinkel der Vorsitzenden einer Organisation, deren alleiniges Anliegen die Selbsthilfe ist, in diesem Fall eben für die Morbus Menière-betroffenen Mitglieder von KIMM e.V.. In der damaligen Ausgabe der Zeitung fand sich unter den vielen aktuellen Themen nicht mehr der rechte Platz für dieses eher zeitlose Thema, das da im Wesentlichen heißt: Selbsthilfe ist **Nehmen und (!) Geben** – Nehmen in der größten Leidensphase. Damit Selbsthilfe aber überhaupt funktionieren kann, muss dem später, nachdem das Leben des Betroffenen wieder ein gewisses Maß an Erträglichkeit erreicht hat, ein Geben, Zurück-Geben folgen. Sonst ist zu guter Letzt niemand da, der Hilfe *gibt*.

Der Vortrag ist in der Originalformulierung wiedergegeben. Der Vortrag erscheint aus Platzgründen in zwei Teilen. Teil zwei erscheint in „KIMM aktuell – Herbst 2014“

Guten Tag
meine sehr verehrten Damen und Herren, sehr geehrter Herr Dr. Pollinger, liebe Frau Kieslich-Hoffmann, liebe Mitbetroffene,

das Thema meines Referates ist unter die Überschrift gestellt: „**Selbsthilfe bei Morbus Menière – als Betroffene und als Leiterin der bundesweiten Selbsthilfe-Vereinigung KIMM e.V.**“ – eine Abkürzung, die für „Kontakte und Informationen zu Morbus Menière“ steht.

Als mir Frau Kieslich-Hoffmann von der hiesigen Baumrainklinik im letzten Jahr die Anfrage ihres Chefs, Herrn Dr. Pollinger, übermittelte, ob ich bereit wäre diesen Vortrag zu halten, habe ich freudig zugesagt. Ich habe dabei im Besonderen deshalb zugesagt, weil Selbsthilfe – am besten im Rahmen einer Selbsthilfegruppe – zur Bewältigung der Situation Morbus-Menièrè-Betroffener und vieler anderer Erkrankter ausgesprochen wichtig ist.

Mein Thema legt speziell folgende Aspekte nahe: Selbsthilfe als Erfahrung und Selbsthilfe als Organisation. In der Erfahrung der Selbsthilfe bin ich meist vorrangig die Betroffene, in der Organisation der Selbsthilfe in und durch eine Gruppe – für mich also KIMM e.V. – bin ich die Vorsitzende. Oft genug bin ich aber zu gleichen Anteilen sowohl im Erfahren als auch im Organisieren der Selbsthilfe beides: Betroffene und Leiterin.

Deshalb kann die in der Überschrift des Vortrags vorgegaukelte strenge Trennung zwischen diesen beiden Personen in meiner täglichen Arbeit im

Rahmen der Selbsthilfe nicht existieren. Und das muss wohl auch so sein – sonst könnten wir nicht von Selbsthilfe sprechen, einer Hilfe also, in der die Betroffenen die Hilfe für sich selbst organisieren.

Ich möchte Ihnen einige Informationen zu Morbus Menière geben und dann meinen persönlichen Weg mit dieser Krankheit beschreiben. Danach möchte ich eingehender über Selbsthilfe sprechen.

Charakterisierung des Morbus Menière.

Der Mediziner spricht von Morbus Menière, wenn sicher alle 3 der folgenden Symptome nach Art und Schwere auftreten:

- Drehschwindel, mit anfallartigen Attacken von mindestens 20-minütiger Dauer, begleitet von starkem Erbrechen
- Hörverlust – zunehmend, bis hin zur Ertaubung
- Tinnitus – in allen denkbaren Varianten.

Die Erkrankung gilt als nicht heilbar – aber in Grenzen als behandelbar. Der Verlauf der Krankheit ist von Patient zu Patient extrem unterschiedlich, einen typischen Menière-Verlauf gibt es nicht. Die Ursache der Erkrankung ist weiterhin nicht endgültig geklärt. Als sicher gilt, dass ein Anfall ausgelöst wird durch das Reißen oder Durchlässigwerden einer Membran im Gleichgewichtsorgan, deren Aufgabe es ist, 2 unterschiedliche Lympharten getrennt zu halten. Diese vermischen sich nun. Dem Gehirn gehen dadurch gravierend verfälschte Informationen über die Lage des Körpers zu, die



dann als extremes Taumeln oder Drehen „von wirklich allem“ interpretiert werden.

Die Einschränkungen des Hörvermögens und der Tinnitus gelten als ebenfalls durch die Vermischung der Lymphen bzw. durch den erhöhten Druck verursacht, die Auswirkungen nehmen mit der Häufigkeit der Anfälle bis zur Taubheit zu. Eine sichere Diagnosestellung zieht sich im Allgemeinen sehr lange hin. Die Krankheit ist zudem durch zunehmende Angst vor einem neuen Anfall gekennzeichnet. Diese Angst ist dann oft der Hauptverursacher für das völlige Sich-zurück-ziehen vom Leben mit Anderen. Die Krankheit führt häufig zur Frühverrentung. Die permanente Angst vor Anfällen kann weitere und dann ggf. rein psychisch bedingte Schwindelgefühle erzeugen.

Ich als Menière-Betroffene

Die Krankheit begann bei mir im Jahre 1976/77. Ich hatte bemerkt, dass sich bei mir immer mehr Anfälle mit starkem Drehschwindel mit Erbrechen einstellten. Da ich seinerzeit an Röteln mit sehr hohem Fieber erkrankt war, zwei Hörstürze hinter mir hatte, dachte ich mir noch nichts dabei. Ich bekam dann im Krankenhaus Infusionen und mein Gesundheitszustand besserte sich nach 14 Tagen. Danach hatte ich einige Wochen, vielleicht sogar Monate, Ruhe, genau kann ich dies nicht mehr sagen.

Doch die Anfälle mit Schwindel und heftigem Erbrechen kamen dann in kürzeren Abständen wieder. Da ich kein großer „Arztgänger“ war und bin, tat ich dies mit einer Kreislaufschwäche ab. Aber dies war leider doch nicht der Fall. Ich suchte dann verschiedene Ärzte auf, denn ich wollte wissen, was eigentlich mit mir los war. Ich war ja immerhin eine junge Frau. Irgendwann kam dann doch jemand auf die Idee, einen HNO-Arzt aufzusuchen, denn der Drehschwindel könnte etwas mit dem Gleichgewicht zu tun haben.

Leider war zu diesem Zeitpunkt Morbus Menière bei den HNO-Ärzten noch nicht so gut – um nicht zu sagen NICHT – bekannt. Im Jahre 1993 wurden meine Anfälle immer stärker, so dass ich nicht immer zur Arbeit gehen konnte. So schleppte ich mich ein weiteres Jahr dahin.

Mein Privatleben litt sehr darunter, denn unsere Freunde konnten nicht verstehen, dass ich des

Öfteren sehr kurzfristig Verabredungen absagen musste, und so ging manche Freundschaft aus „Nichtwissen“ über die Krankheit Morbus Menière leider in die Brüche.

Da ich berufstätig war, war es mir im Büro zuerst sehr peinlich, wenn die Anfälle kamen und ich vom Stuhl kippte. Ich konnte mich auch, da ich alleine im Zimmer saß, nicht immer gleich bemerkbar machen.

Als mein Menière dann im Geschäft bekannt war, haben sich meine Kolleginnen ganz toll verhalten. Es kam immer jemand ins Zimmer, schaute nach mir und wenn sich wieder ein Anfall einstellte, haben sie sich sofort um mich gekümmert und betteten mich auf eine Matte. Sobald der Anfall etwas abgeklungen war, fuhren sie mich nach Hause. So ging es über Jahre. Über meine Kollegen und Vorgesetzten kann ich nur Positives berichten.

Anfang 1994 ist mein Zustand dann eskaliert.

Nach zweimonatiger reiner Liegephase habe ich mich dann entschlossen, eine Saccotomie durchführen zu lassen – also eine Operation, die einen gezielten Einschnitt im Umfeld des Gleichgewichtsorgans vornimmt. Dadurch soll der zuvor kurz erläuterte Membranenriss infolge Überdruck vermieden werden; die zu viel produzierte Lymphe läuft dann – so die Hoffnung – geregelt und damit unproblematisch ab. Bereits nach der Operation hatte ich wieder einen sehr schweren Anfall, wurde aber beruhigt, dass dies nur noch die sogenannten „Ausläufer“ seien. Als Schwindel und Anfälle sich nicht besserten, habe ich nach 5 Tagen beschlossen, den Klinikaufenthalt abubrechen.

Seither leide ich auf beiden Ohren unter Tinnitus. Die Ohrgeräusche werden immer stärker, die Hörfähigkeit hat immer mehr abgenommen. Dies wurde mir aber seinerzeit ebenfalls nicht gesagt!

Da ich immer noch unter Anfällen mit Erbrechen litt, versuchte ich immer wieder mehr über meine Erkrankung zu erfahren. Das war nur leider zu diesem Zeitpunkt nicht ganz einfach, denn es gab für die Informationsbeschaffung weder den PC, noch das Internet, sondern eben nur die direkt zugänglichen Ärzte und die waren in meinem Falle nicht gut informiert, abweisend und unfreundlich.

1996 kam dann eine Kollegin, deren Mutter in Waiblingen, Nähe Stuttgart wohnt, mit der Infor-



mation zu mir: „Da gibt es eine Selbsthilfegruppe namens KIMM und dort hält ein Arzt einen Vortrag über Morbus Menière.“ Seither bin ich Mitglied bei KIMM e.V.

Über die ganzen Jahre hinweg hatte ich eine sehr liebevolle Betreuung durch meinen Mann. Da wir begeisterte Tänzer waren und einem Tanzsportclub angehörten, musste aber unser ganzes, privates Leben umgestellt werden.

Und unerwartete Anrufe im Geschäft meines Mannes führten für ihn zwangsweise dazu, zusammenzuzucken: „Wo muss ich sie diesmal abholen? An welcher Straßenecke liegt sie nun wieder?“ Als ich Oma wurde, und meine Anfälle sich immer noch nicht besserten, hat sich auch meine Tochter mir gegenüber ganz normal verhalten. Ich durfte das Kind auf den Arm nehmen und von meiner Familienseite aus dachte erfreulicherweise niemand gleich „Jetzt passiert etwas und ihr fällt das Kind runter“. Derartige offen geäußerte Bedenken – die dann auch in eine entsprechende Verweigerung mündeten – wurden nur immer wieder von fremden Personen eingeworfen: „Und wenn nun was passiert?“

Die ganze Zeit hinweg hat mir mein Mann sehr geholfen; nur von ärztlicher Seite habe ich leider im Allgemeinen keine große Hilfe bekommen, im Gegenteil: Als ich meinen HNO-Arzt im Frühjahr 1999, als ich auch mit meinen Nerven total am Ende war, darauf ansprach, mir doch eine Reha zu bewilligen, meinte er nur: „Es gibt keine Morbus Menière Klinik“. Auf meine Frage, ob dann eine Reha-Maßnahme wegen meinem beidseitigem Tinnitus möglich wäre, war die lapidare Antwort: „Es hilft ja doch nicht und außerdem ist dies eine „BELASTUNG“ für die Krankenkasse“.

Ich habe dann aber doch noch durch die Unterstützung meines Hausarztes im Jahre 2001 eine Reha in Bad Grönenbach durchführen können. Die Reha hat mir mental sehr geholfen, aber leider sind die Anfälle nach wie vor vorhanden.

Selbsthilfe – als Betroffene und Leiterin

Geholfen hat mir die Mitgliedschaft bei KIMM e.V. – und so möchte ich Ihnen nun von meiner Erfahrung der Selbsthilfe und meiner eigenen Tätigkeit bei KIMM e.V. berichten: Selbsthilfe bei Morbus Me-

nière – als Betroffene oder anders formuliert: wie habe ich also selbst Selbsthilfe in und durch eine Gruppe erfahren?

Die Erfahrung der Selbsthilfe ist mit Sicherheit stets sehr subjektiv und hat stets mehrere Aspekte. Da ist zum einen die wichtige Komponente, Personen zu suchen und zu finden, die einen wirklich – ich wiederhole: wirklich – verstehen – weil sie ebenfalls Betroffene sind und dieselben Erfahrungen haben. Den zweiten wichtigen Anteil sehe ich im Wunsch, mehr bzw. erstes qualifiziertes Wissen über die Krankheit zu erhalten und dies möglichst von praktizierenden, forschenden Medizinern oder Psychologen.

Wie aus meiner Kurzbeschreibung über mein Leben mit Morbus Menière ersichtlich, hatte ich das große Glück im familiären Umfeld größtmögliche Unterstützung zu erhalten. Das gleiche gilt für mein Berufsleben, sowohl bezüglich meiner Arbeitskollegen als auch bezüglich meiner Vorgesetzten. Das war nicht selbstverständlich und ist oft genug die Ausnahme. Was aber auch in meinem Falle blieb, war die langjährige Negativerfahrung mit der mir zugänglichen Ärzteschaft und den Gesundheits-Organisationen, speziell der Krankenkasse etc. Und meine erste positive Erfahrung war hier der dann doch noch – im wahrsten Sinne des Wortes – erstrittene Reha-Aufenthalt in der Klinik am Stiftsberg in Bad Grönenbach, die – wie die hiesige Baumrainklinik – ein spezielles Morbus-Menièr-Reha-Programm anbietet.

Mir ging es also beim Aufsuchen der Gruppe zum einen um den Austausch mit anderen Betroffenen, zum anderen war die Selbsthilfegruppe in der Zeit „vor dem Internet“ der einzige mir zugängliche Ort, an dem ich qualifizierte medizinische Informationen über meine Erkrankung erhoffen konnte. Und: Ich hatte den bereits damals von KIMM e.V. angebotenen Telefondienst als echte Hilfe in meiner Not empfunden. Er war für mich der erste wegweisende Kontakt mit Betroffenen. Dieser Telefondienst ist heute eine meiner eigenen Haupttätigkeiten im Rahmen meiner Vorstandsarbeit bei KIMM e.V.

Resümee: Die Selbsthilfe in der Gruppe war für mich, bei aller Unterstützung im privaten und beruflichen Bereich, ein unschätzbare Rettungsanker.

Rechnen im Quadrat

Jede Zahl von 1 bis 9 wird einmal in die freien Stellen eingetragen, damit die Rechnungen stimmen. Dabei gilt NICHT die Regel "Punkt-rechnung vor Strichrechnung", sondern es wird grundsätzlich von oben nach unten bzw. von links nach rechts gerechnet.

	-		+		=	15
x		x		-		
	+		x		=	49
+		:		x		
	x		x		=	30
=		=		=		
29		8		12		

	+		x		=	14
x		+		+		
	x		-		=	58
x		+		x		
	-		-		=	1
=		=		=		
72		16		28		

	+		:		=	2
x		x		+		
	+		x		=	98
+		+		+		
	x		-		=	5
=		=		=		
74		10		15		

	+		-		=	10
x		x		+		
	-		+		=	8
-		-		-		
	x		-		=	2
=		=		=		
19		9		5		

Rechnen im Quadrat, KIMM-Aktuell, 2014-1



LEICHT 1

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

LEICHT 2

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

MITTELSCHWER 1

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

MITTELSCHWER 2

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

SCHWER 1

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

SCHWER 2

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



Schaaf, Helmut

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

7. vollständig überarbeitete Auflage 2012. Verlag Springer. ISBN 978-3-642-28214-0. 34,99 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 Endolymphen im Ohr und d. Gleichgewichtsorgans unter medizinischen und psychosomatischen Aspekten.

Schaaf H., Hesse G.

Tinnitus – Leiden und Chance

3. Auflage. Profil Verlag
ISBN 3890196336. 19,00 Euro
Suche nach möglichen Ursachen des Tinnitus. Hier wird Mut und Zuversicht bei der Bewältigung des Leidens gemacht.

Gramer A.

Tinnitus: Wirksame Selbsthilfe mit Musiktherapie

Mit Audio-CD 2. Auflage, Verlag Trias
ISBN 9783830435020. 24,95 Euro
Drei-Wochen-Basis Programm zur tinnitus-zentrierten Innenohr-Gymnastik.

Schlund G. H.

PatientenRecht. Ein Lexikon in Urteilen

Verlag pmi, ISBN 3897860473. 19,80 Euro
Lexikon in Urteilen zu ca. 500 Stichworten.

Anne Freimann

Schwindel

104 Seiten, 60 Farbfotos, Schlütersche Verlagsgesellschaft. ISBN 9783899935448. 9,90 Euro
Ratgeber mit vielen praktischen Alltagstipps und Übungen zur Stärkung des Gleichgewichts.

Örtliche MM-Selbsthilfegruppen



Neu gegründet: Coburg

Elvira Bauer
E-Mail: feoh7@gmx.de
Tel. 01758645533

Neu gegründet: Düsseldorf

Kontakt: Elke Dirks
E-Mail: Menière-dus@t-online.de
Tel. 0211-4249129

Berlin

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

Bielefeld

Ohrwurmchen.tinnitus
SelbstHilfeGruppe-Bielefeld
E-Mail: info@ohrwurmchen-tinnitus.de
www.ohrwurmchen-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: Menière.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

Lübeck

Adelheid Munck
Ruhleben 5, 23564 Lübeck
Tel: 0451-795145
E-Mail: adelheid_munck@freenet.de
(keine regelmäßige Gruppe sondern persönliche Beratung)

Nürnberg

Christiane Heider
Tel: 0911-646395
E-Mail: christiane.heider@nefcom.net

Stuttgart

E-Mail: TIMM_Stuttgart@web.de
Marion Brühl
Tel. 0151/1167 4350
oder
Ingrid Hummel
Hochberger Str. 8/1
71686 Remseck
Tel. 07146/284729, Fax: 07146/284739

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: margno51@aol.com

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. Diese Liste kann sich ständig ändern, da die Kliniken oft ihre Aufgaben und Angebote wechseln.

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

(Chef)Redakteur



auf Projektbasis (schnellst möglich) gesucht
für „KIMM aktuell“ - die Mitgliederzeitschrift von KIMM e.V.

wir erwarten:

- professionelle Redaktion
- den Willen und den Einsatz sich mit der Materie zu beschäftigen
- Besuch unserer Tagungen und Veranstaltungen

Ihr Aufgabengebiet:

- Koordination der ehrenamtlichen Autoren und Lektoren
- Koordination mit dem Layout
- Koordination mit der Druckerei
- Einbringen von eigenen Ideen

wir bieten:

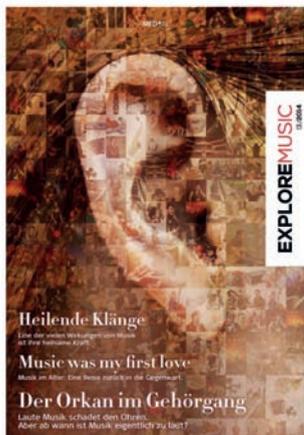
- engagiertes Team
- gutes Arbeitsklima
- projektbezogene Vergütung (2 Ausgaben im Jahr)

Bewerbungen und Informationsanfragen an

per Email an:

Kimm e.V. - c.o. Dietmar Aland
d.aland@kimm-ev.de

Übers Hören Lesen



Wie nehmen Menschen mit Hörimplantat Musik wahr? Welche Bedeutung hat Musik für das eigene Wohlbefinden? Diesen und anderen Fragen stellt sich MED-EL in der ersten Ausgabe des neuen MED-EL Magazins EXPLORE.

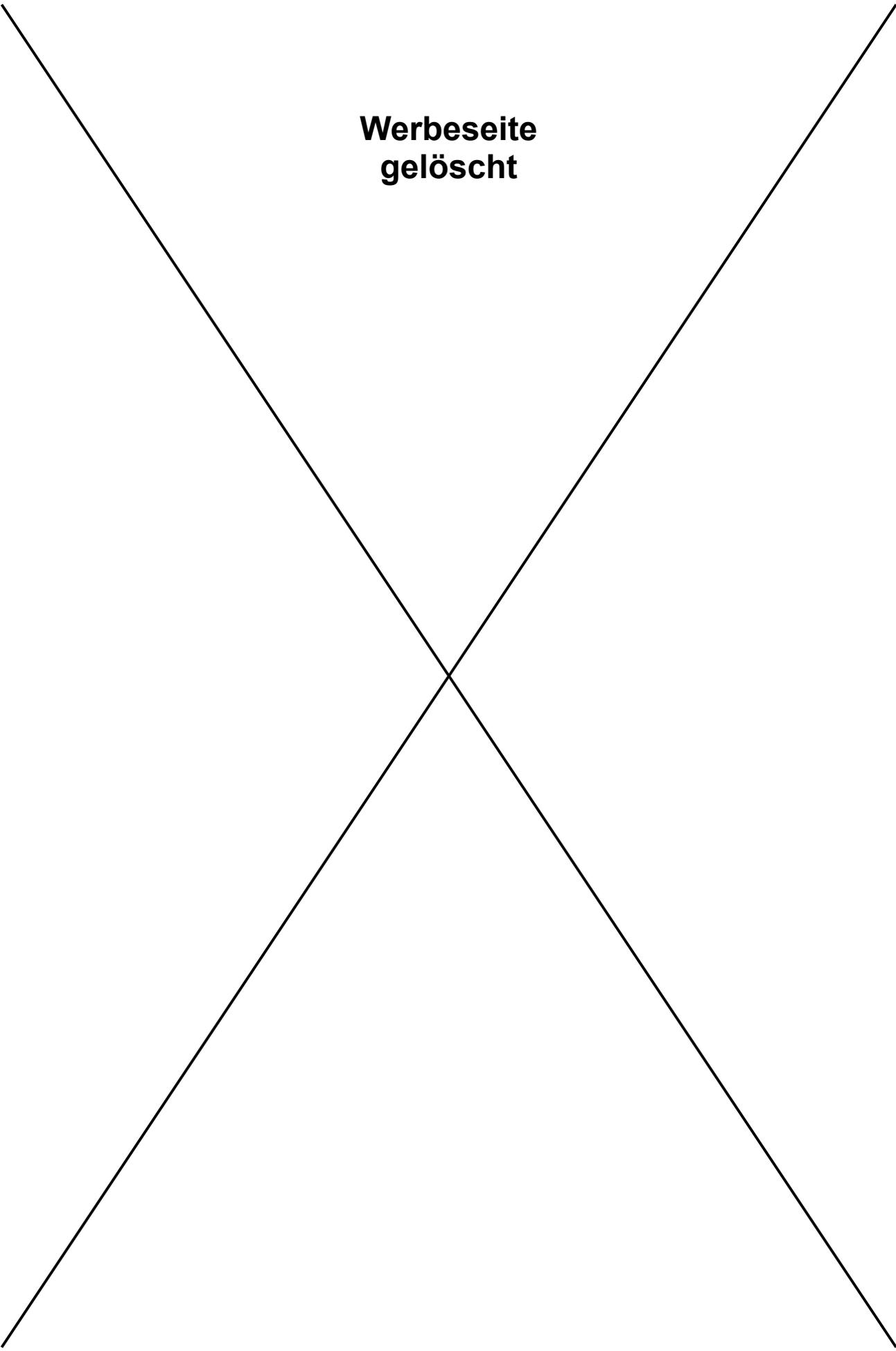
Musik mit Hörimplantat

Die erste Ausgabe des EXPLOREMAGAZINEs startet mit dem Thema „Musik“. Von der Sängerin bis zum Saxophonisten kommen Menschen mit Hörimplantat zu Wort, die ihre ganz persönlichen Erfahrungen mit Musik und Gesang beschreiben. So zum Beispiel der Gitarrist Mischa Gohlke, für den Musikmachen keine Frage des Hörorgans, sondern eine Frage der Leidenschaft ist. Auch die 29-Jährige Sängerin Johanna Pätzold, seit einer Krankheit auf einem Ohr taub, erläutert: „Die Wahrnehmung mit Implantat hat sich über die Jahre unglaublich verbessert.“ Sie konnte ihr Studium fortsetzen und ist heute als Musikerin erfolgreich.

Neben persönlichen Geschichten will das EXPLOREMAGAZINE aber auch aufklären und aktuelle Ergebnisse aus dem medizinischen Bereich aufgreifen. Im Fokus der ersten Ausgabe stehen deshalb auch die positiven Auswirkungen von Musik auf die menschliche Seele sowie die wichtige Funktion, die das Hören für die körperliche und geistige Entwicklung darstellt.

Hören und Hörverlust im öffentlichen Bewusstsein

Hauptziel des EXPLOREMAGAZINE ist es, das Bewusstsein für die Themen Hören und Hörverlust weiter zu stärken. Das neue Magazin soll den Lesern zeigen, wie hörensicher eine Welt voller Klänge sein kann. EXPLOREMAGAZINE kann als Printausgabe unter explore@medel.com kostenfrei bestellt werden oder online auf medel.com/explore heruntergeladen werden.



**Werbeseite
gelöscht**