

KI M M

aktuell



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

Tagung Bad Grönenbach

Neues bei Morbus Menière?

Begutachtung

*Depression und
Morbus Menière*

Nachtrag Tagung Düsseldorf

Fachartikel:

Interaktion Therapeut - Patient

Berichte aus den Selbsthilfegruppen

Bericht von der Mitglieder- versammlung

Literatur- und Adresslisten



Werbung entfernt

Sehr verehrte Damen und Herren,
liebe KIMM-Mitglieder,

mein Name ist Margarete Bauer und ich wohne in Würzburg. Seit 22 Jahren bin ich ehrenamtlich in der Selbsthilfe tätig. 1994 habe ich dort eine Selbsthilfegruppe für Menière-Betroffene gegründet und arbeite seit 2011 im KIMM-Vorstand mit.

Vor der Frühjahrstagung, am 09. April 2016 in Bad Grönenbach, genauer gesagt bei der Mitgliederversammlung mit Neuwahlen, gab es einige Veränderungen. So wurde ich von den anwesenden KIMM-Mitgliedern zur 1. Vorsitzenden gewählt. Auf diesem Wege möchte ich mich sehr herzlich für das Vertrauen bedanken, das Sie mir entgegengebracht haben.

So genau weiß ich noch nicht, was alles auf mich zukommt. Ich werde mich den Aufgaben stellen und die Dinge nach bestem Wissen und Gewissen anpacken, zum Wohle von KIMM und den Mitgliedern. Ich habe die Gewissheit, dass ich mit diesem Amt nicht allein auf mich gestellt bin. Für den Vorstand fand sich ein gutes Team zusammen und ich freue mich auf eine aktive Zusammenarbeit mit:

- Frau Caissa Engelke, als stellvertretende Vorsitzende,
- Herrn Walther Dierlamm, als Kassenwart,
- Frau Edith Scheidl, als Schriftführerin,
- Herrn Bert Braune und Frau Gabriele Groß, beide als Beisitzer.

Wir alle sind davon überzeugt, dass es mit KIMM weiterhin vorwärtsgeht. Sollten wir einmal nicht weiterwissen, können wir unsere Vorgänger jederzeit um Rat und Hilfe bitten. Dies gibt uns Halt, Zuversicht und Mut, uns dieser verantwortungsvollen Aufgabe zu stellen und „JA“ zu sagen zu dem Auftrag, den Sie uns mit dieser Wahl erteilt haben.

Durch Ihre Mitgliedschaft helfen auch Sie mit, dass unsere Organisation ihren Auftrag, Hilfe und Stütze für Menière-Betroffene zu sein, weiterhin erfüllen kann. Nur so können wir auch in Zukunft gegenseitig voneinander profitieren.

Bitte, bleiben Sie KIMM treu und profitieren Sie von den Angeboten für Angehörige und Betroffene!



Nun wünsche ich Ihnen eine wunderschöne und schwindelfreie Sommerzeit.

Vielleicht sehen wir uns bei der Herbsttagung im September in Heidelberg.

Herzliche Grüße

Ihre
Margarete Bauer

Grußwort	Margarete Bauer	1
	Inhaltsverzeichnis	2
KIMM intern	Einladung zur Herbsttagung 2016 in Heidelberg	3
	Einladung zur Frühjahrstagung 2017 in München	3
	Bad Grönenbach auf einen Blick	4
	Aktiventreff /Abend vor der Tagung und Pausengeflüster in Bildern I	5
Tagung Bad Grönenbach Vorträge	Vortrag Dr. Kratzsch: Begutachtung und deren Auswirkungen für den Alltag	6
	Vortrag Prof. Dr. Weber: Morbus Menière – was gibt es neues in Diagnostik und Therapie – ein Update	17
	Vortrag Frau Meyer-Ponstein: Depression und Angst als Begleiter bei Morbus Menière	25
	Fragen und Antworten zu den Vorträgen	29
Workshops	Workshops auf der Frühjahrstagung 2016 in Bad Grönenbach	35
Tagung Düsseldorf	Artikel zum Vortrag von Prof. Dr. Helling: Was ist Morbus Menière (ein Update) (AL)	40
	Fragen und Antworten – Herbsttagung Düsseldorf (AL)	44
Fachartikel	Dr. Helmut Schaaf: Das Patienten-Arzt-Verhältnis beim M. Menière - Wechselwirkungen auf schwindelerregender Grundlage	46
	1. Februar 2016: Klinische Prüfungen - Teilnahme ja oder nein?	52
KIMM intern II	Bericht von der Mitgliederversammlung von KIMM e.V. am in Bad Grönenbach	58
Selbsthilfe in Aktion	Bericht aus der Selbsthilfegruppe Köln	60
	Bericht aus der Selbsthilfegruppe Nürnberg	60
Briefe	Leserbrief von Herrn Brandhuber zu unserer Tagung in Bad Grönenbach	62
Unterhaltung	Auflösungen: Rechnen im Quadrat & Sudoku	63
	Sudoku	64
	Rechnen im Quadrat	64
Literatur	Liste ausgewählter Literatur zu Morbus Menière	65
Adressen	Liste von Reha-Kliniken für Morbus-Menièr-Patienten	66
	Impressum	66
	Liste örtlicher Morbus Menière Selbsthilfegruppen	67
	Adressen und Infos zu Kliniken mit Schwindelambulanzen	68

Einladungen zu den nächsten Tagungen

Einladung zur Herbsttagung 2016 in Heidelberg

Wir möchten Sie recht herzlich zu unserer Herbsttagung, am 24. September 2016, in das Universitätsklinikum Heidelberg einladen.



**UNIVERSITÄT
HEIDELBERG**
ZUKUNFT
SEIT 1386

Heidelberg ist nicht nur wegen seiner städtebaulichen und landschaftlichen Attraktivität in aller Welt bekannt, sondern hat auch die älteste Universität Deutschlands. Die Universitäts-HNO-Klinik Heidelberg ist integriert in das moderne Konzept der Kopfklinik, d.h. alle Disziplinen, die sich mit den Organsystemen der anatomischen Region „Kopf“ befassen (neben der HNO-Heilkunde die Augenheilkunde, Mund-Zahn-Kiefer-Heilkunde, Neurologie, Neurochirurgie und Radiologie), sind in dem 1987 fertig gestellten Klinikgebäude beheimatet. So ergeben sich ideale Voraussetzungen für eine fachübergreifende Versorgung von Patienten, falls es erforderlich ist. In der modern ausgestatteten Klinik wird das gesamte Spektrum der konservativen und operativen HNO-Heilkunde angeboten.

Die Universitäts-HNO-Klinik Heidelberg bietet seit 1986 die CI-Versorgung an. Das umfassende und innovative Rehabilitationskonzept überzeugte die Krankenkassen.

Seit 1. Januar 2014 ist das ambulante Rehabilitationszentrum von den Kostenträgern zugelassen. Es beinhaltet die Diagnostik, Implantation und Rehabilitation bis hin zur lebenslangen Nachsorge – alles unter einem Dach.

In freundlicher Zusammenarbeit mit den dortigen Ärzten und Therapeuten konnte wieder ein interessantes Tagungsprogramm erstellt werden.

Das Programm enthält vier Teile:

1. Vorstellung des Schwindelzentrums Sinsheim durch Herrn Dr. Schiffmann (Schwerpunkt: Schwindeldiagnose)
2. Vortrag durch Prof. Hamann, LMU München, zum derzeitigen Wissensstand über Morbus Menière (Ursache, Diagnose, Therapie)
3. Vortrag durch die HNO-Klinik Heidelberg zum Thema „Hörstörungen und Cochlea Implantat“
4. Workshops
 - technische Hilfe für Schwerhörige (ausgerichtet durch die Klinik Heidelberg),
 - praktische Übungen für das Gleichgewicht (geleitet und betreut durch Renate Knäbel),
 - Das Angehörigengespräch (geleitet und betreut durch Dr. Fred Knäbel).

Detaillierte Angaben zu Uhrzeiten und Ablauf entnehmen Sie bitte Ihrer persönlichen Einladung inklusive Anmeldekarte, die Sie im August erhalten werden.

Wir freuen uns sehr auf die kommende Tagung, und hoffen auf möglichst zahlreiches Erscheinen.

Bis dahin freundliche Grüße
Ihr KIMM -Vorstand

Einladung zur Frühjahrstagung 2017 in München

Liebe Mitglieder, die übernächste Tagung und Mitgliederversammlung, also die erste in 2017, wird wieder in München in der LMU Großhadern stattfinden. Aus klinikorganisatorischen Gründen liegt der Termin dieses Mal wesentlich früher als sonst schon am 21.01.2017. Die Vortragsthemen und Themen der Workshops werden von uns momentan noch verhandelt und stehen damit noch nicht ganz fest. Wir werden sie Ihnen rechtzeitig bekanntgeben.

Bitte achten Sie auch auf weitere Informationen in „KIMM aktuell 2016-2“!

Bad Grönenbach auf einen Blick



- Badische Weinstube
- Zum Löwenwirt
- Evangelische Kirche
- Haus des Gastes
- Rathaus/Kurve
- Bistro Zum Kohl
- Restaurant Ra...
- Haus Glöckle
- Sebastian-Kneipp-Ve...
- Kurcafe-Pe...
- Restaurant Neu...
- Kurp...
- Haus R...

Vernünftige
schneiden und pflücken
keine Blüten
und Pflanzen ab!
Allen anderen
ist es verboten.

- Badische Weinstube
- Zum Löwenwirt
- Evangelische Kirche
- Haus des Gastes
- Rathaus/Kurverwaltung
- Bistro Zum Kohlenschieber
- Restaurant Rauchkuchl
- Haus Glöckle
- Kurcafe-Pension
- Restaurant Neu...
- Kurpark

P
10 Std.



Aktive unter sich



Gute Stimmung...



... Und ernste Gespräche beim Abendessen

Begutachtung und deren Auswirkungen für den Alltag

Ein Artikel zum Vortrag von Dr. Kratzsch im Frühjahr 2016 in Bad Grönenbach



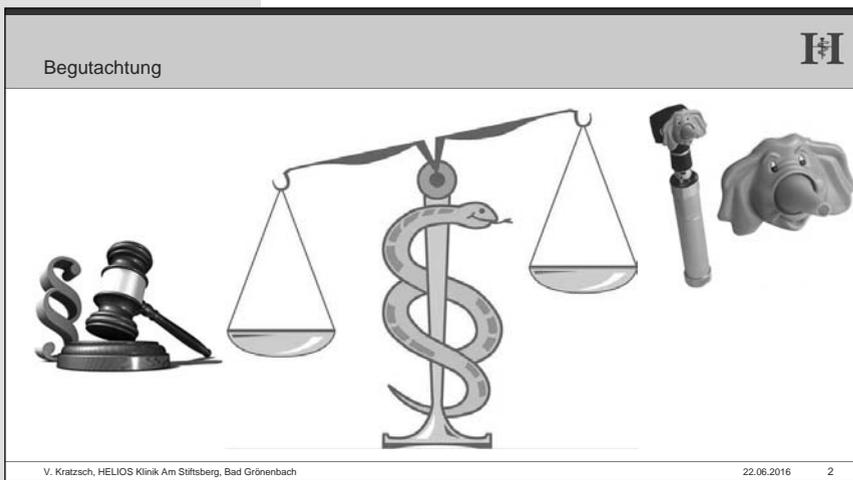
Einleitung

Im Rahmen einer medizinischen Begutachtung müssen zwei sehr unterschiedliche und häufig sich auch widersprechende Seiten berücksichtigt werden:

- die gesetzlichen Regelungen für Begutachtungen und
- der medizinische Befund

Diese beiden Seiten vertragen sich nicht gut miteinander. Der Gutachter hat hinsichtlich des medizinischen Befundes dabei nicht zu beurteilen, wie schlecht es dem Patienten gesundheitlich geht oder welche konkreten Folgen aus der Erkrankung dem Betroffenen für seinen Alltag entstehen, sondern der Gutachter muss sich daran orientieren, welchen juristischen Rahmen ihm der Gesetzgeber vorschreibt. Ob das dem Patienten nützt oder ob dies für den Betroffenen vielleicht sogar eine einschneidende persönliche Konsequenz hat, z.B. bis hin zum Verlust des Arbeitsplatzes, 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 begeht.



Wie in der Grafik zu sehen ist, wird also die rechtliche Seite wesentlich schwerer gewertet als die medizinische.

Das ist völlig divergierend von der Rolle, die der Arzt als Therapeut einnimmt. Als Therapeut ist das Ziel ärztlichen Handelns, dass der Patient mit einer gewissen sozialen Unterstützung und einem möglichst optimalen therapeutischen Weg mit seiner Situation zurechtkommen kann. Als Gutachter darf die individuelle Perspektive des Betroffenen, aber auch die des Therapeuten nur eine sehr untergeordnete Rolle spielen.

Betrachten wir die Begutachtung an Hand eines konstruierten Falls, der den Krankheitsverlauf eines MM-Patienten inklusive Reha und Begutachtung behandelt.

An Hand dieses konstruierten Falles werden die möglichen Begutachtungen behandelt zu:

- * Arbeitsfähigkeit
- * Schwerbehinderung
- * Fahrtüchtigkeit

Die Fallbeschreibung:

Begutachtung - Fallbeschreibung	I+H
<p>Herr A. B., 49 J. (Jg. 1961), verheiratet, 3 schulpflichtige Kinder im Alter von 16, 14 und 13 Jahren lebt im Eigenheim, Finanzierung läuft bis zum 60. Lj. gelernter Maurer, aktuell als Polier beschäftigt, seit 30 Jahren in kleinem mittelständigen Bauunternehmen angestellt nie ernsthaft erkrankt</p>	<p>Erste Anzeichen einer Erkrankung</p>

Begutachtung - Fallbeschreibung	I+H
<p>Mai 2010: plötzliche Hörminderung auf dem rechten Ohr, stat. Aufnahme, Diagnose: „Hörsturz rechts“, Hörverlust Tief- & Mittelfrequenz-Bereich → Infusionstherapie, → vollständiger Erholung des Hörvermögens, AU für 14 Tage</p> <p>Juni & Juli 2010: gleiche Symptomatik → Diagnose „Hörsturz-Rezidiv“ → mit jeweils ambulanter Infusionstherapie und Erholung des Hörvermögens, AF</p> <p>August 2010: erstmals plötzlicher Drehschwindel, Übelkeit, Erbrechen, „konnte mich nicht mehr auf den Beinen halten“, Hörverlust rechts, Notarzt, stationäre Aufnahme, Schwindel innerhalb von 8 Stunden rückläufig, „Ohrdruck“, Hörvermögen spontan besser, Diagnose? zunächst AU für 4 Wochen</p>	<p>Verschlechterung des Zustandes mit Diagnose auf Morbus Menière Kündigung durch den Arbeitgeber am 31.12.2010</p> <p>Die Kündigung durch den Arbeitgeber ist rechtlich zulässig, da er in</p>

seinem vereinbarten Arbeitsbereich auf dem Bau als Maurer/Polier nicht mehr eingesetzt werden kann. Eine alternative Beschäftigung steht in dem kleinen Unternehmen nicht zur Verfügung. Es existiert dabei keine Nachweispflicht für den Arbeitgeber!

Die Grundlage des Arbeitsvertrages ist entfallen, da der Arbeitnehmer seine vertraglich vereinbarte Seite aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr erfüllen kann.

Begutachtung - Fallbeschreibung	I+H
<p>September 2010: innerhalb der 4-wöchigen AU-Zeit 5 „plötzlich einsetzende, heftige Drehschwindel –Attacken“ mit jeweils Ohrdruck, Hörminderung rechts und Einsetzen eines Tinnitus rechts von inkonstantem Auftreten, Lohnfortzahlung für 6 Wochen</p> <p>Diagnose: Morbus Menière rechts HA schreibt ihn weiterhin krank, klärt ihn auf, dass er als Maurer (u. a. Gerüstarbeiten, Absturzgefahr) auf absehbare Zeit nicht mehr wird arbeiten können, ab September 2010 Bezug von Krankengeld</p>	<p>Weitere Verschlechterung des Zustandes Reha mit anschließender Begutachtung</p>

Begutachtung zur Arbeitsfähigkeit

Hinweis: Es ist egal, ob ein Reha-Antrag oder ein Renten-Antrag gestellt wurde, da die Rentenversicherung berechtigt ist, den Reha-Antrag in einen Renten-Antrag umzuwandeln, falls in der Begutachtung klar wird, dass innerhalb des nächsten halben Jahres nicht mit einer Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu rechnen ist. Durch den Antritt der Reha stimmt der Antragsteller dem ebenso zu wie einer Begutachtung am Ende der Reha.

Begutachtung - Fallbeschreibung



2011: 3x Drehschwindel-Attacken im Juni/November, seither konstantes Unsicherheitsgefühl, Schwanken, leichte Hörminderung rechts, konstanter Tinnitus rechts, konstante AU, da letzte Tätigkeit nicht mehr aufgenommen werden kann

Reha im Dezember 2011 auf Aufforderung der GKV, Krankengeld läuft im Februar 2012 aus

Reha Dezember 2011: 50-jähriger arbeitsloser Maurer, AU seit 16 Monaten

Patientenziel für die Reha?

Reha-Therapeutenziel?

sozialmedizinische Begutachtung in der Reha?

tenziel muss dagegen natürlich lauten: „Die Gesundheit muss sich verbessern“! Dem **Gutachter** am Ende der Reha muss beides egal sein! Er hat ausschließlich nach den rechtlichen Bedingungen zu entscheiden und ein gerichtsfestes Gutachten zu liefern. Die persönliche Situation des Betroffenen und seine Perspektiven am Arbeitsmarkt dürfen für ihn dabei keine wesentliche Rolle spielen.

Die Reha vor der Begutachtung

Das **Patientenziel** für die Reha kann sich dabei deutlich vom Therapeutenziel unterscheiden.

Der Betroffene weiß, dass er voraussichtlich wegen der Erkrankung in seinem Beruf und wegen seines Alters grundsätzlich keine realistische Chance mehr hat, eine für ihn angemessene Arbeit zu bekommen. Dies bedeutet für ihn, das Krankheitsbild darf sich während der Reha nicht wesentlich verbessern. Das **Therapeu-**

Ergebnis der Begutachtung

Für den Gutachter stellen sich die Fragen nach Arbeitsfähigkeit, Berufsfähigkeit oder ob überhaupt die Ausübung irgendeiner Tätigkeit (Erwerbsfähigkeit) möglich ist.

Entscheid über Arbeitsunfähigkeit (AU): Kann der Patient die letzte ausgeübte Tätigkeit weiter ausüben – in unserem Fall kann das der Betroffene nicht. (Schwindelsymptomatik am Bau).

Entscheid über Berufsfähigkeit

(BU): Sie bezieht sich auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, wenn sie sich mindestens auf Facharbeiterniveau (tariflich eingruppiert) befindet. Theoretisch wäre unser Betroffener berufsunfähig. Er wäre aber verpflichtet, eine „artverwandte verweisungsfähige Tätigkeit im erweiterten Berufsfeld“ anzunehmen (z.B. Hausmeistertätigkeiten) – somit wäre er vermutlich eher nicht berufsunfähig. Darüber besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente nur noch für Betroffene, die vor 1961 geboren wurden (Bestandsschutz). Für alle Arbeitnehmer, die ab 01.01.61 geboren sind, hat der Gesetzgeber die BU abgeschafft. Für unser Fallbeispiel würde eine BU somit nicht möglich sein.

Begutachtung - Fallbeschreibung



Reha Dezember 2011: 50-jähriger arbeitsloser Maurer, AU seit 16 Monaten

sozialmedizinische Begutachtung in der Reha:

- arbeitsunfähig für letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit als Maurer
- prinzipiell berufsunfähig für erlernte Tätigkeit, aber da Jg. 1961 kein Anspruch auf gesetzlich Berufsunfähigkeitsrente
- arbeitsfähig für mittelschwere körperliche Tätigkeiten ohne Absturzgefahr, ohne Bedienung von KfZ oder an laufenden ungesicherten Maschinen
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden empfohlen, keine Umschulung

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass eine BU finanziell einer teilweisen Erwerbsminderung entspricht, d. h. man hätte Anspruch auf 50% der zu diesem Zeitpunkt zu stehenden Erwerbsunfähigkeitsrente.

Die gesetzliche Berufsunfähigkeit hat nichts mit einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung zu tun, da diese einen privaten Vertrag mit der Versicherung darstellt und die Ansprüche mit der Versicherung geklärt werden müssen.

Erwerbsminderung (Erwerbsunfähigkeit) (EM): Der Betroffene kann unabhängig von der letzten ausgeführten Tätigkeit und unabhängig von seiner Ausbildung KEINE leichte körperliche Tätigkeit ohne besondere psychische Belastung KEINE 3 Stunden an 5 Tagen in der Woche ausführen. Teilweise Erwerbsunfähigkeit bedeutet Ausführung einer solchen Tätigkeit über 3 Stunden unter 6 Stunden an 5 Tagen pro Woche. Eine Erwerbsminderungsrente wird auf den Bezug von Harz IV-Leistungen angerechnet.

Weiterer Verlauf und Folgen für den Erkrankten

Begutachtung - Fallbeschreibung	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ im Februar 2012 wird Hr. A. B. durch die Krankenkasse „ausgesteuert“ erhält aber zunächst von der Agentur für Arbeit „Übergangsgeld“ wegen der positiven Erwerbsprognose im Entlassbericht der Rehaklinik ➤ klinische Symptomatik: fast permanenter Unsicherheitsschwindel, teilweise fluktuierendes Hörvermögen rechts mit Ohrdruck, er ist in psychotherapeutischer Behandlung (Angst-Schwindel-Komponente), der Tinnitus sei erträglicher, aber er könne schlecht schlafen, mache sich große Sorgen, wie es weitergehen solle; ➤ die Finanzierung des Eigenheims werde zunehmend schwieriger, obwohl seine Frau mittlerweile schon eine vollzeitige Tätigkeit aufgenommen habe 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2013: mittlerweile ist Hr. A. B. arbeitssuchend gemeldet, die finanzielle Situation habe ich dadurch weiter verschärft, Konflikte in der Familie nähmen deutlich zu ➤ trotz vielfältiger Bemühungen hat Hr. A. B. keinen Arbeitsplatz gefunden, auch eine Qualifizierungsmaßnahme durch die DRV hat zu keiner Perspektive geführt, insbes. da er nicht mobil sei, könne er sich nur sehr eingeschränkt auf Arbeitsangebote bewerben; Bekannte hatten ihm schon 2 Stellen vermittelt, bei denen aber regelmäßiges Fahren Voraussetzung war (Außendienst, Fahrten mit Kleintransporter) 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Juni 2013: Hr. A. B. wird durch die ausweglos erscheinende Situation aktiv: <ul style="list-style-type: none"> ➤ er verklagt den Arzt & die Klinik, die 2010 die „falsche“ Diagnose einer Menière Erkrankung gestellt haben; er hat ja seit November 2011, also seit 1,5 Jahren, keine Schwindelattacken mehr gehabt ➤ durch diese Fehldiagnose habe er seine Arbeit verloren, die Raten für das Haus können nicht mehr bedient werden, die Ehe droht zu scheitern, alles nur durch dieses völlige Versagen der Ärzte ➤ er versucht bei mehreren HNO-Ärzten eine fachärztliche Bescheinigung zu erhalten, die ihm die Wiederaufnahme seiner Tätigkeit als Maurer und eine Fahrtauglichkeit bescheinigen sollen..., scheitert aber... 	
V. Kratzsch, HELIOS Klinik Am Stiftsberg, Bad Grönenbach	06.07.2016 38

Es ist wichtig sich nochmals vor Augen zu führen, dass der Gutachter zum überwiegenden Teil nach rechtlichen Gesichtspunkten und nur zu einem geringen Teil nach medizinischen Kriterien urteilen kann und darf!

Begutachtung zur Schwerbehinderung

Hier werden überhaupt keine medizinischen Kriterien angewendet. Die Begutachtung wird nicht von einem Arzt, sondern durch das Versorgungsamt von einem Verwaltungsbeamten vorgenommen. Er urteilt ausschließlich nach Regelungen, die letztlich vom Gesetzgeber bzw. in dessen Auftrag festgelegt werden.

Wie ist eine Behinderung definiert?

Nach dem IX. Sozialgesetzbuch sind Menschen behindert, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt“ ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Wie wird der Grad der Behinderung gemessen und was ist Gleichstellung?

Die Begutachtung wird auf Basis von vorliegenden Tabellen vorgenommen und führt zum betreffenden Grad der Behinderung.

Welche Vorteile, welchen Ausgleich erhält man?

Bei anerkannter Schwerbehinderung (ab GdB 50) erhält man folgende Leistungen: Bei einer Gleichstellung erhält man alle arbeits- und steuerbezogenen Leistungen, aber rentenbezogene Leistungen sind explizit bei einer Gleichstellung ausgeschlossen.

Außer dem Grad der Behinderung können noch Zusatzvermerke erteilt werden. Diese bilden Zusatzleistungen auf bestimmten Gebieten:

Begutachtungsablauf

Die Begutachtung findet zumeist auf Basis vorliegender medizinischer Stellungnahmen und Atteste über festgelegte Tabellen statt, in denen Punktwerte bezüglich Schwere und Auswirkung von Erkrankungen/Behinderungen zu finden sind.

Begriff der Schwerbehinderung 

Grad der Behinderung GdB:

- gemessen wird in “Graden der Behinderung” in 10er-Schritten von 20 bis 100 (nicht %)
- ab GdB 50 “schwerbehindert”
- ab GdB 60 “chronisch krank” (Zuzahlungsminderung bei GKV: Eigenanteil max. 1% statt 2% des Jahreshaushaltseinkommens)

“Gleichstellung”: bei GdB von mind. 30 und unter 50 kann ein Antrag auf Gleichstellung gestellt werden (Bundesagentur für Arbeit)

Grad der Behinderung GdB:

- gemessen wird in “Graden der Behinderung” in 10er-Schritten von 20 bis 100 (nicht %)
- ab GdB 50 “schwerbehindert”
- ab GdB 60 “chronisch krank” (Zuzahlungsminderung bei GKV: Eigenanteil max. 1% statt 2% des Jahreshaushaltseinkommens)

“Gleichstellung”: bei GdB von mind. 30 und unter 50 kann ein Antrag auf Gleichstellung gestellt werden (Bundesagentur für Arbeit)

Begriff der Schwerbehinderung 

Zusatzvermerke auf dem Schwerbehindertenausweis:

- **G:** gehbehindert; Bewegungsfähigkeit im Strassenverkehr erheblich eingeschränkt → Vergünstigungen im ÖPNV
- **aG:** außergewöhnliche Gehbehinderung → Nutzung der Behinderten-Parkplätze
- **B:** ständige Begleitung erforderlich
- **H:** hilflos
- **GL:** gehörlos
- **Bl:** blind
- **1.Kl.:** darf mit Ausweis der 2. Klasse die 1. Klasse nutzen
- **RF:** Befreiung Rundfunk- und Telefongebührenpflicht
- **EB:** mind. 50% MdE → Entschädigung § 28 Bundesentschädigungsges.
- **kriegsbeschädigt**

Die ermittelten Werte werden nicht addiert, sondern integriert. Es wird also entschieden, ob eine Behinderung den Gesamtschweregrad erhöht oder diese Einschränkung mit dem bisherig zuerkannten Grad der Behinderung schon berücksichtigt erscheint.

Für die bei Morbus Menière festgelegten Kriterien gibt es folgende Tabellen:

Begutachtung Schwindel & „aktiver“ Morbus Menière Versorgungsmedizin-Verordnung mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen, BMAS, 2009		IH				
INTENSITÄT	ANFALLSDAUER	GdS				
sehr schwere Anfälle	8-24h	80	50	30	10	10
schwere Anfälle	4-8h	60	50	20	10	<10
mittelschwere Anfälle	2-h4	40	30	20	10	<10
wenig leichte Anfälle	1-2h	30	20	10	<10	<10
leichte Anfälle	Min.-1h	<30	10	<10	<10	<10
		2-3x / Woche	1x / Woche	1x / 2 Wochen	1x / Monat	1x / 3-6 Monate
		Anfallshäufigkeit				

a) Anfälle in Abhängigkeit von Anzahl (Woche(n)/ Monat(e)), Intensität und Dauer

Begutachtung des Tinnitus Versorgungsmedizin-Verordnung mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen, BMAS, 2009		IH	
Tinnitus-Symptomatik GdB / MdE			
▪ ohne nennenswerte psychische Begleiterscheinungen: 0 – 10			
psychische Belastungen durch Tinnitus: AHP 1996 Nr. 26.3 → Neurosen; Funktionsbereich „Psyche“ → psychiatrisches Konsil			
▪ bei erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen: 20			
▪ bei wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägte depressive Störungen): 30 – 40			
▪ bei schweren psychischen und sozialen Anpassungsschwierigkeiten. ≥ 50			

b) Tinnitus unter Berücksichtigung von Begleiterscheinungen

Begutachtungsrichtlinien Schwerhörigkeit Versorgungsmedizin-Verordnung mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen, BMAS, 2009			IH	
Behinderung	einseitig	beidseitig		
an Taubheit grenzende SH; Taubheit	15 - 20	60 - 80		
hochgradige Schwerhörigkeit	10	45 - 50		
mittelgradige Schwerhörigkeit	10	30 - 35		
geringgradige Schwerhörigkeit	0	15 - 20		

c) Schwerhörigkeit

Die magische „50er“-Grenze
Erst ab einem Grad von 50 oder mehr kann der Betroffene von dem Status als Schwerbehinderter in vollem Umfang profitieren. Ab einem

Grad von 30 ist eine Gleichstellung möglich. Der Antrag dazu muss beim Arbeitsamt gestellt werden.

Wegen ihrer Komplexität ist Sozialberatung immer Individualberatung!

Begutachtung im genannten Fallbeispiel

Begutachtung - Fallbeschreibung



Januar 2012: GdB-Antrag auf Empfehlung der Rehaklinik

- | | | |
|---|-----------|--|
| ➤ Schwindel: | 10 | sehr schwere Anfälle, 8-24 Std.; 1x / 3-6 Monate |
| ➤ Tinnitus: | 10 | ohne wesentliche psychische Belastungen |
| ➤ Schwerhörigkeit: | 0 | leichtgradige Tief- & Mittelfrequenz-betonte IO-SH |
| ➤ gesamt somatisch: | 20 | keine Schwerbehinderung,
keine Gleichstellung möglich |
| ➤ psychische Komorbidität durch Angst & Depressivität: ? | | |

Der GdB-Antrag wurde dabei auf Empfehlung der Rehaklinik gestellt und wie folgt beurteilt:

Von der angenommenen Ausgangslage aus gesehen liegt also keine Schwerbehinderung vor. Die psychischen Probleme, die durch seine Situation (gesundheitlich, familiär, beruflich...) entstanden sein könnten, würde man in einem zusätzlichen psychiatrischen Gutachten klären. Hier könnte sich also noch eine Schwerbehinderung ergeben.

Begutachtung zur Fahrtüchtigkeit

Die Begutachtung zur Fahrtüchtigkeit wird im Wesentlichen zu zwei Gegebenheiten eingesetzt:

- Man hat keinen Führerschein und möchte einen beantragen
- Um wieder die Fahrerlaubnis zu erlangen, die zwischenzeitlich nicht mehr gegeben war (z.B. bei MM und eingetretener Besserung)

Die Situation bei MM und Schwindel

„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- oder Beratungspflichten, unterliegt er aufgrund seiner Garantenstellung einer Strafbarkeit wegen fahrlässiger Körperverletzung oder fahrlässiger Tötung nach §222, 229 StGB, wenn infolge der unterbliebenen oder fehlerhaften Information 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 nicht 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 den Krankenunterlagen dokumentiert werden...

Erfüllt der Arzt eine Hinweis- oder Beratungspflicht, hält sich der Patient aber nicht an die Empfehlungen, kommt eine Haftung des Arztes nur in Betracht, wenn dem behandelnden Arzt durch eigene Erkenntnisse oder von dritter Seite, etwa von Angehörigen bekannt wird, dass sein Patient die Hinweise nicht befolgt. Gegebenenfalls ist der Arzt in schwerwiegenden Fällen sogar verpflichtet, die Polizei oder andere zuständige Behörden über die Gefährdung des oder durch den Patienten zu informieren.“

So etwa lässt sich die rechtliche Lage von Arzt und Patient zusammenfassen. Weitere Klärung schaffen hier die Begutachtungs-Leitlinien zur Krafftahreereignung. Ab 01.05.2014 gilt eine neue Version dieser Leitlinien, die gerade bei Schwindelerkrankungen feiner differenziert als die vorherige und auch die Möglichkeit eröffnet, bei einer Besserung der Krankheit, wieder eine (eingeschränkte) Fahrerlaubnis zu bekommen.

Die wichtigen Auszüge aus den Leitlinien lauten:

Begutachtung Kraftfahrzeug – Tauglichkeit 

„Wer unter ständigen, anfallsartigen Störungen des Gleichgewichts leidet, ist nicht in der Lage, ein Kraftfahrzeug beider Gruppen* zu führen“

Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung, Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen (Reihe „Mensch und Sicherheit“ Heft M115), Fachverlag NW (Neue Wissenschaft), Bremen; gültig ab 01. Mai 2014

* Gruppe 1: Führer von Fahrzeugen der Klassen A, A1, B, BE, M, L und T
 Gruppe 2: Führer von Fahrzeugen der Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E und Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung

„Störungen des Gleichgewichtssinnes gehen häufig mit Schwindel ... einher, können spontan, plötzlich und unvorhersehbar auftreten und willentlich nicht unterdrückt werden. Hierdurch sind die Betroffenen nicht mehr in der Lage, ein Kraftfahrzeug sicher zu führen“

Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung, Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen (Reihe „Mensch und Sicherheit“ Heft M115), Fachverlag NW (Neue Wissenschaft), Bremen; gültig ab 01. Mai 2014

Gruppe 1: Führer von Fahrzeugen der Klassen A, A1, B, BE, M, L und T
 Gruppe 2: Führer von Fahrzeugen der Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E und Fahrgastbeförderung

Zusammenfassende Erläuterung auch unter Berücksichtigung der Arbeitssituation des Betroffenen

Begutachtung Kraftfahrzeug – Tauglichkeit 

gehäuft auftretende Schwindelattacken & chronisch „aktive“ Schwindel-Erkrankungen wie z. B. Morbus Menière:

Ausschluss von der Führung von Kraftfahrzeugen aller Klassen

keine Tätigkeit an laufenden ungesicherten Maschinen

keine Tätigkeiten mit Absturzgefahr

keine Tauchtauglichkeit

Die Fahrzeugklassen in der Übersicht

Begutachtung Kraftfahrzeug – Tauglichkeit 

Begutachtungsleitlinie zur Kraftfahrereignung, gültig ab 01.05.2014

**Gruppe 1:
Führer von Fahrzeugen der Klassen A, A1, A2, AM, B, BE, L, T**

**Gruppe 2:
Führer von Fahrzeugen der Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E & die Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung(FzF)**

AM	C1	CE
A1	C	D1E
A2	D1	DE
A	D	L
B1	BE	T
B	C1E	

Was bringt die neue Begutachtungsleitlinie ab 01.05.2014?

Im Gegensatz zu einer früher mehr auf generalisierten Grundlagen beruhenden Begutachtung wird hier eine differenziertere und individualisiertere Einschätzung ermöglicht. Damit soll den unterschiedlichen Krankheitsverläufen Rechnung getragen.

Weiterhin findet eine Orientierung an konkreten Krankheitsbildern und Schwindelursachen statt, diese sind:

- peripher-vestibulärer Schwindel
- zentral-vestibulärer Schwindel
- primär nicht vestibulärer Schwindel
- psychogener Schwindel

Was bedeutet dies konkret bei Morbus Menière?

Der Menière-Patient kann bei vorhandenen Prodromi (vereinfacht: „lang vorherige Ankündigung eines Anfalls“) den Aufgaben im Straßenverkehr Gruppe 1 gewachsen sein, wenn eine geringe Anfallswahrscheinlichkeit nach mindestens 2-jähriger Beobachtungszeit ohne Schwindelanfälle durch HNO-fachärztliche Untersuchung überprüft wird. Hier wird angenommen, dass ein sicheres Abbrechen der Fahrtätigkeit vor einem Unfallgeschehen vorgenommen werden kann.

Einspurige Fahrzeuge bleiben von der „Fahrerlaubnis“ weiterhin ausgeschlossen!

Gleichzeitig wurde festgelegt, wann eine Fahreignung nicht gegeben ist, und zwar dann, wenn ein „aktiver Morbus Menière“ mit folgenden Kriterien vorliegt:

- fluktuierendes (schwankendes) Hörvermögen
- Völlegefühl des Ohres
- spontane Schwindelattacken

Es reicht hier schon aus, dass EINES der genannten Kriterien vorliegt, weil dann mit einer erhöhten Anfallswahrscheinlichkeit gerechnet wird.

Für Menière-Patienten ist die Fahreignung für die Gruppe 2 generell NICHT gegeben! Eine Ausnahme besteht dann, wenn auf Basis eines fachärztlichen Gutachtens mindestens 4 Jahre Anfallsfreiheit dokumentiert wurde.

Begutachtung Kraftfahrzeug – Tauglichkeit					
Begutachtungsleitlinie zur Kraftfahreignung, gültig ab 01.05.2014					
Peripher-vestibuläre Schwindelformen		Gruppe 1	Auflagen Gruppe 1	Gruppe 2	Auflagen Gruppe 2
BPLS		Geeignet nur nach erfolgreicher Therapie oder Spontanremission	Lagerungsprüfung	Geeignet nur nach erfolgreicher Therapie oder Spontanremission	Lagerungsprüfung
Menière-scher Symptomkomplex	Keine Anzeichen für aktive Mèniere-Erkrankung	Geeignet, wenn die Attacken durch Prodromi eingeleitet werden (Beobachtungszeitraum: 2 Jahre). Ohne Prodromi: geeignet nach einer anfallsfreien Beobachtungszeit von 2 Jahren. Keine Fahreignung für einspurige Fahrzeuge.	Fachärztliche Untersuchung	Nur in Ausnahmefällen nach mindestens 4-jähriger Anfallsfreiheit	Fachärztliche Begutachtung
	aktive Mèniere-Erkrankung	Nur in Ausnahmefällen geeignet (nach 2-jähriger Beobachtungszeit) Keine Fahreignung für einspurige Fahrzeuge.	Fachärztliche Untersuchung	Keine Fahreignung	



Begutachtung Kraftfahrzeug – Tauglichkeit

Begutachtungsleitlinie zur Kraftfahreignung, gültig ab 01.05.2014

Zentral-vestibuläre Schwindelformen	Gruppe 1	Auflagen Gruppe 1	Gruppe 2	Auflagen Gruppe 2
Zentral-vestibuläre Schwindelformen (außer Migräneschwindel)	In der Regel keine Fahreignung	Einzelfallentscheidung und fachärztliche Untersuchung	In der Regel keine Fahreignung	Einzelfallentscheidung und fachärztliche Untersuchung
Migräneschwindel	Im Anfall keine Fahreignung. Bei Patienten mit Prodromi im Intervall uneingeschränkt. Bei Attacken ohne Prodromi: nur bei Anfallsfreiheit	3-jährige anfallsfreie Beobachtungszeit bei Attacken ohne Prodromi	Bei Attacken mit Prodromi nur nach Beobachtungszeit. Bei Attacken ohne Prodromi: Keine Fahreignung.	2-jährige Beobachtungszeit bei Attacken mit Prodromi

Was bedeutet dies für Patienten mit psychogenem Schwindel?

Für Gruppe 1:

- Die Fahreignung ist nicht gegeben, wenn der Schwindel beim Führen eines Kraftfahrzeuges symptomatisch wird. Nach medikamentöser und/oder psychotherapeutischer Behandlung kann die Fahreignung im Einzelfall nach fachärztlicher Untersuchung und durch regelmäßige fachärztliche Kontrollen angenommen und belegt werden.

Für Gruppe 2:

- Die Fahreignung ist in der Regel nicht gegeben. Es sind aber Einzelfallprüfungen mit gegebenenfalls psychiatrischen Gutachten möglich.

Was bedeutet dies für Patienten bei einer Kompensation?

Unter Kompensation versteht man den Vorgang des Einsetzens oder Ausgleichens einer eingeschränkten oder verlorenen Organfunktion, hier etwa des Gleichgewichtsorganes.

Für die vollständige vestibuläre Kompensation bedeutet dies, die Fahreignung kann vorliegen bei:

- Klinischer Beschwerdefreiheit (kein Schwindel, kein Ohrdruck, kein Völlegefühl, kein fluktuierendes Hörvermögen), die über mindestens 2 Jahre dokumentiert wurde
- Fehlender Auslösbarkeit eines Spontannystagmus
- Normaler vestibulospinaler Reaktion unter alltäglicher Belastung

Was bedeutet dies für Patienten mit Schwerhörigkeit und Gehörlosigkeit?

Hier findet keine Einschränkung bezüglich der Erteilung der Fahrerlaubnis der Gruppen 1 und 2 statt.

Besondere Regelungen existieren dabei für die Fahrgastbeförderung:

Eine Gehörlosigkeit oder beidseitige hochgradige Schwerhörigkeit schließt das Führen von Kraftfahrzeugen, die der Fahrgastbeförderung dienen (Taxi, Omnibus, Klassen: D1, D1E, D, DE) nach 3-jähriger Bewährung in Klasse B nicht mehr aus. Voraussetzung dafür sind jedoch fachärztliche Untersuchungen und regelmäßige Kontrollen.

Begutachtung Kraftfahrzeug – Tauglichkeit 				
Begutachtungsleitlinie zur Kraftfahreignung, gültig ab 01.05.2014				
Hochgradige Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit	Eignung oder bedingte Eignung		Beschränkungen/Auflagen bedingter Eignung	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
	Ja, wenn nicht gleichzeitig andere schwerwiegende Mängel (z. B. Sehstörungen, Gleichgewichtsstörungen) vorliegen	Ja, wenn nicht gleichzeitig andere schwerwiegende Mängel (z. B. Sehstörungen, Gleichgewichtsstörungen) vorliegen	–	Fachärztliche Eignungsuntersuchung. Regelmäßige ärztliche Kontrolle. Vorherige Bewährung von 3 Jahren Fahrpraxis auf Kfz der Klasse B. Hochgradige Schwerhörigkeit muss – soweit möglich – mit einer adäquaten Hörhilfe nach dem aktuellen Stand der medizinisch-technisch und audiologisch-technischen Kenntnisse korrigiert werden.

Begutachtung zur Fahrtüchtigkeit in unserem Fallbeispiel

Zur Erinnerung:

In der 1. Jahreshälfte 2012 bestand bei Herrn A. B. Ohrdruck, Unsicherheitsschwindel und fluktuierendes Hörvermögen. Es wurden also nach den Leitlinien das Vorliegen mehrerer Kriterien für einen aktiven Morbus Menière erkannt. Somit kann ihm fachärztlicherseits KEINE Fahrtauglichkeit attestiert werden, da er nicht mindestens 2 Jahre anfallsfrei war.

Dr. med. Volker Kratzsch ist Ärztlicher Direktor und Chefarzt Abteilung Hörstörungen, Tinnitus und Schwindel der Helios Kliniken Bad Grönenbach

Morbus Menière – was gibt es neues in Diagnostik und Therapie – ein Update



Ein Artikel zum Vortrag von Frau Prof. Dr. Weber auf dem VIII. Bad Grönenbacher Morbus Menière Symposium (KIMM -Frühjahrstagung 2016) (Al)Grönenbach

Einleitung

Obwohl viele Betroffene inzwischen gut informiert sind, beginnen diese Ausführungen mit den Zusammenfassungen der Grundlagen des Krankheitsbildes und der Darstellung des bisher Erreichten in Diagnostik und Therapie. Anschließend wird auf die erzielten Fortschritte eingegangen. Dieser Aufbau soll auch „Neulingen“ ein gutes Verständnis ermöglichen.

Das Krankheitsbild

Zu Morbus Menière gehören diese Symptome:

- Wiederkehrende Schwindelattacken mit:
 - Übelkeit, Erbrechen, Augenzittern
 - Vorübergehender Hörverlust im Tieftonbereich
 - Ohrsymptome wie Tinnitus, Druckgefühl
 - Weitestgehende Hörerholung zwischen den Schwindelattacken
- Bei längerem Verlauf:
 - fortschreitende Hörverschlechterung (im Mittel 50dB)
 - dauerhafte Gangunsicherheit
 - auftretender psychogener Schwindel
 - bei ca. 2% der Patienten beidseitige Betroffenheit

Definition der Krankheit

Bisher gab es keine einheitliche Definition des Morbus Menière. Die bei uns gebräuchlichste stellte ein vierstufiger Versuch aus dem Jahre 1995 dar. 2015/2016 einigten sich Schwindelgesellschaften aus Europa, Japan, Amerika, Korea und der internationalen Bárány Gesellschaft auf eine einheitliche und enger gefasste Definition von MM:

Diagnostik



Während des Anfalls

Augenzittern - Spontane Augenbewegungen, die nicht willentlich beeinflussbar sind

Schlagrichtung (schnelle Augenbewegung) in Richtung gesundes Ohr



Nachweis mittels Frenzelbrille

<http://www.springermedizin.de/liegt-die-ursache-des-schwindels-im-ohr/371690.html>

Diese Brille gibt es inzwischen in einer Version mit Videoaufzeichnung (Videonystagmographie). Der Videopunkt wird dabei auf die Pupille gerichtet. Dann kann die Bewegung der Pupille aufgezeichnet werden. Die Pupille wird deshalb als Videopunkt gewählt, weil sie den dunkelsten Punkt im Auge darstellt und die Auswertung darauf programmiert werden kann. Ein Tipp: Zu solch einem Test ungeschminkt gehen, da dunkles Permanentmakeup wie etwa Mascara, die Ausrichtung des Videopunktes und die Aufnahme behindert.

drauf programmiert werden kann. Ein Tipp: Zu solch einem Test ungeschminkt gehen, da dunkles Permanentmakeup wie etwa Mascara, die Ausrichtung des Videopunktes und die Aufnahme behindert.

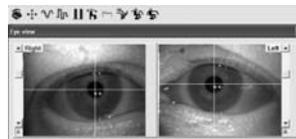
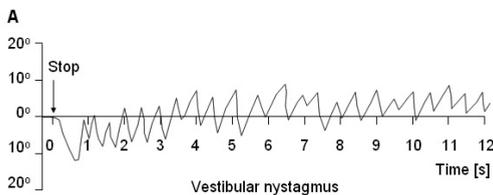
Diagnostik außerhalb des Anfalls

Diagnostik



Gleichgewichtstestung

- Reizung der Gleichgewichtsorgane durch kalte und warme Luft oder Wasser
- Aufzeichnung des Augenzitterns mittels Videokamera

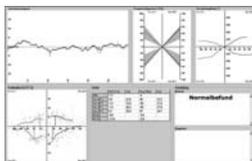


Außerhalb des Anfalls bieten sich verschiedene diagnostische Möglichkeiten an, die aber keine sichere Aussage über die Existenz eines Morbus Menière zulassen, aber immerhin Hinweise darauf geben können:

Gleichgewichtstestung

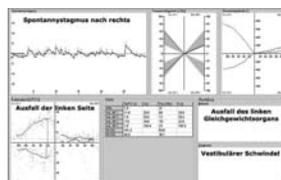
Durch die Stimulierung des Gleichgewichtsorgans mit kalter und warmer Luft, bzw. kaltem und warmem Wasser wird ein Temperaturunterschied im Ohr erzeugt. Dieser Temperaturunterschied führt zu einer unterschiedlichen Ausdehnung der Flüssigkeit im Gleichgewichtsorgan und er-

Ergebnis kann variieren in Abhängigkeit vom Erholungsstatus:



Seitengleiche Erregbarkeit der Gleichgewichtsorgane
-> komplette Erholung des betroffenen Organs bereits erfolgt

Ausfall oder Mindererregbarkeit des betroffenen Gleichgewichtsorgans
-> noch keine Erholung erfolgt



Keine spezifischen Befunde bei MM



http://iv.zoche.de/nlley_aufloer_traug_runder_aufloer <http://www.medicalexpo.com/prod/synapsys/product-80498-508006.html>

regt damit die Föhler im Gleichgewichtsorgan und gaukelt ihnen eine Bewegung vor, die an das Gehirn gemeldet wird.

Diese Untersuchung ist für den Gesunden sehr unangenehm, da ihm schwindlig wird. Wenn es einem Probanden nicht schwindelig wird, dann weiß man schon, dass etwas nicht stimmt (dann ist das Gleichgewichtsorgan ausgefallen und reagiert nicht mehr). Man zählt bei diesem Test die Augenaus-schläge und wertet sie aus.

Die Untersuchung ist aber nicht beweisend, da die Ergebnisse außerhalb eines Anfalls ganz normal sein können.

Kopfpulstest

Bei diesem Test werden die Augenbewegungen bei schneller Kopfdrehung und fixiertem Blick beobachtet. Zeigen die Augen dabei eine „Nachrückbewegung“, dann deutet das auf ein gestörtes Gleichgewichtsorgan hin. Aber auch dieser Test kann außerhalb eines Anfalls völlig normale Ergebnisse aufweisen.

Eine Aufzeichnung des Testverlaufs mittels Video ist heute ebenfalls möglich.

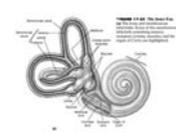
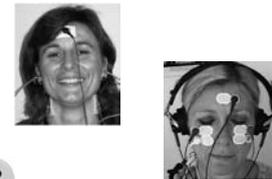
Vestibulär evozierte myogene Potenziale (VEMP)

Diagnostik

Vestibulär evozierte myogene Potenziale (VEMP)

- Testung Funktion von Sakkulus und Utrikulus
- Stimulation von U&S mittels lauten Schallsignalen
- Dadurch Auslösen einen muskulären Reflexes
 - Am gegenüberliegenden Augenmuskel (Utrikulus)
 - Am seitengleichen Halsmuskel (Sakkulus)
- Muskelreaktion kann mit Elektroden gemessen werden

Nicht spezifisch verändert bei MM, anfangs häufig normal ☹️

<http://schwindelzentrum-koenigstein.de/hno-schwindel-vevp.html>

Bad Grönbacher M. Menière Symposium
HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg
9

Dabei werden die Funktionen von Sakkulus und Utrikulus mittels lauten Schallsignalen getestet. Sakkulus und Utrikulus sind die „ursprünglichen“ Gleichgewichtsorgane und für die linearen Bewegungen (auf / ab bzw. links / rechts) zuständig. Sie reagieren auf Schall. Deshalb reagieren manche Menschen auf laute Töne mit Schwindel.

Durch die Schallsignale werden muskuläre Reflexe ausgelöst, die man am Augenmuskel und an dem seitengleichen Halsmuskel mittels Elektroden messen kann. Die Reaktion bei MM ist jedoch nicht spezifisch verändert und am Anfang häufig völlig normal.

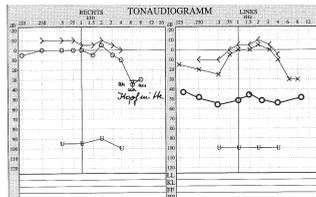
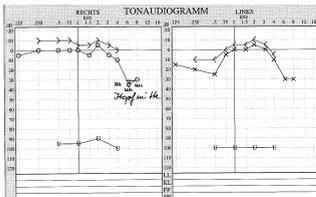
Diagnostik



Hörtest

Kurz nach dem Anfall häufig
Tieftonverlust

Nach Abklingen des Anfalls Erholung
Bei längerem Verlauf Hörverlust in allen Frequenzen



Hörverlust nicht beweisend



Hörtest

Kurz nach dem Anfall kann man bei Menière-Patienten häufig einen Hörverlust im Tieftonbereich feststellen, der aber bei zunehmender Erholung abklingt. Bei längerem Verlauf des MM kann es jedoch zu einem Hörverlust über alle Frequenzen kommen.

Der Klockhoff-Test

Er soll hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt werden, da er sehr kreislaufbelastend ist und heute nur noch selten eingesetzt wird. Dabei wird versucht, durch das Trinken von zuckerhaltigen Lösungen, eine Flüssigkeitsausschwemmung und somit eine Druckentlastung im Innenohr zu erreichen. Bei M. Menière kommt es dabei zu einer Verbesserung des Hörvermögens. Dies setzt aber voraus, dass bereits eine permanente Hörstörung vorliegt.

Die Electrocochleographie

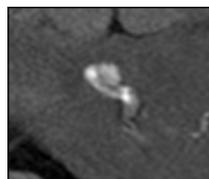
Auch ein für den Patienten sehr unangenehmer Test und nicht ganz ungefährlich. Dabei wird eine Nadel bis ins Mittelohr gestochen und über wiederholte akustische Reize erzeugt man elektrische Potentiale, die man mit der Nadel messen kann. Bei MM kann es Potenzialveränderungen in bis zu 75% der Fälle geben. Aber auch bei anderen Erkrankungen treten solche Veränderungen auf - somit liefert diese Untersuchung ebenfalls keinen stichhaltigen Beweis für MM.

Da diese Untersuchung den Patienten sehr belastet, findet sie heute keine routinemäßige Anwendung mehr.

Noch nicht überalletabliert: Nachweis des Endolymphatischen Hydrops im MRT

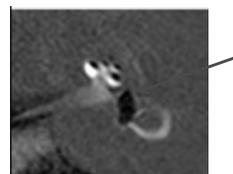


Schematische Darstellung



Normalbefund

Darstellung im MRT



Endolymphatischer Hydrops

Kontrastmittel färbt Perilymphe
iv Gabe oder ins Mittelohr

http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Deutsches-Schwindelzentrum-IFB-LMU/bilder/inhalt/de/Forschung_und_Wissenschaft/Forschungsprojekte/young_scientist_group/YSG-7/Bild1Klein.jpg

Nachweis des Endolymphatischen Hydrops im MRT

Über die Gabe von Kontrastmittel kann im MRT der Hydrops nachgewiesen werden. Diese Methode wurde in Japan (2007) entwickelt und wird heute in einigen Kliniken eingesetzt und weiterentwickelt. Die Methode bildet zurzeit den bedeutendsten Fortschritt beim Nachweis des Morbus

Menière. Sie stellt aber in Deutschland noch keine Standarduntersuchung dar und ihr Verbreitungsgrad ist noch gering. Man benötigt dazu ein hochauflösendes MRT und speziell ausgebildete Radiologen.

Das Kontrastmittel wird entweder über die Vene oder durch das Trommelfell gegeben. Dabei färbt sich die Perilymphe an. Wenn die Endolymphe angeschwollen ist, wird die Einfärbung geringer und somit ist der Hydrops dargestellt. Man kann:

- Die Schwere des Hydrops quantitativ erfassen
- Sehen, dass die Ausprägung des Hydrops korreliert mit
 - der Dauer der Erkrankung
 - dem Grad des Hörverlustes
 - dem Verlust der Gleichgewichtsfunktion

Mit dieser Untersuchung wurde auch belegt, dass der Hydrops erhalten bleibt und sich nicht zurückbildet.

Die Therapie

Zur Therapie von Hörstörungen und Tinnitus wird hier nur eine kurze Übersicht gegeben, da für die meisten MM-Betroffenen der Schwindel im Vordergrund steht.

Therapie Hörstörung und Tinnitus



Schwerhörigkeit

- Hörgeräte Versorgung – technisch verbessert
- Bei Ertaubung CROS Versorgung

Tinnitus

- Aufmerksamkeitsumlenkung
- Entspannung
- Psychotherapie

Bad Grönenbacher M. Menière Symposium

HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg

17

Therapien für Schwindel

Für die Schwindeltherapie hat sich ein Stufenmodell bewährt, wobei einige Punkte darin kontrovers diskutiert werden.

Medikamente im Akutfall

Das wohl bekannteste Medikament für die Behandlung im Akutfall heißt mit Handelsnamen „Vomex“. Vorzugsweise wird es als Zäpfchen genommen, falls der Anfall durch Erbrechen begleitet wird. In Kliniken wird gerne Kortison verabreicht, weil es stabilisierend auf die Nerven wirkt und damit auch beruhigend auf den Schwindel. Kortison sollte aber auf Grund seiner Nebenwirkungen keine Dauermedikation sein und werden.

Therapie Schwindel



Stufenschema zur Behandlung der Schwindelattacken

- Dimenhydrinat (Vomex®)/Kortison im Akutfall
- Gleichgewichtstraining
- Labyrinthanästhesie
- Betahistin, Sakkusoperation
- Gentamicin
- Labyrinthektomie/Neurektomie

Bad Grönenbacher M. Menière Symposium

HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg

18

Gleichgewichtstraining

Das Schwindeltraining verbessert die Koordination durch Training mittels

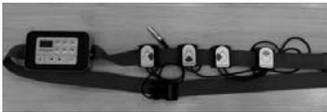
- Kopfbewegungen
- Augenkontrolle
- Körpermotorik
- Erschwerte Übungen mit Aerex Matratze und Schaukelbrett

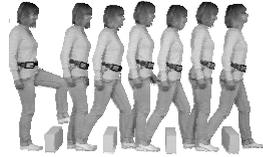
und führt zur Verringerung der Schwindelbeschwerden. Vielen helfen die Übungen sogar in einem beginnenden Anfall.

Gleichgewichtstraining II

Neu

Unterstützung durch VertiGuard®
Vibrationsfeedback der Körperhaltung
In Studien nach 10 tägiger Therapie deutlich verbesserte koordinative Kompetenz



<http://www.audionic-medizintechnik.de/cms/upload/galerie/VertiGuard/>

Das Schwindeltraining fördert zusätzlich das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die Verbesserung der psychogenen Komponente.

Neu auf dem Markt zur Unterstützung des Schwindeltrainings ist ein Gürtel mit Namen „VertiGuard“, der von Prof. Ernst in Berlin entwickelt wurde. Er dient zur Kontrolle der Koordinationsfähigkeiten

und gibt Anleitung zu deren Verbesserung. Der Gürtel zeichnet über Sensoren am Körper die Übungen auf und wertet sie aus. Dann wird ein Programm (Empfehlungen) aufgestellt, welche Übungen - wie verbessert werden sollen. Die „Verbesserungsübungen“ werden vom Gerät begleitet und kommentiert, um sofort Fehler verbessern zu können.

Labyrinthanästhesie

Dazu gibt es sehr wenige Studien und die Effekte sind unklar. Ein lokales Betäubungsmittel wird durch das Trommelfell ins Mittelohr gegeben. Dies führt zu einer kurzzeitigen „Lähmung“ des Gleichgewichtsnervs. Die Wirkung hält nur wenige Stunden an. Ob sich wirklich ein Langzeiteffekt entwickelt und wie lange dieser anhält, ist fraglich und umstritten. Der Vorteil des Verfahrens liegt darin, dass keine Schädigung des Innenohres stattfindet.

Betahistin

Betahistin ist ein H3 Antagonist, es hemmt die Reizweiterleitung an das Gehirn durch die Blockierung bestimmter Rezeptoren (Gleichgewichtsstörungen werden nicht weitergeleitet). Weiterhin ist es ein H1 Agonist und fördert die Durchblutung im Saccus Endolymphaticus, dies soll zu geringerem Symptomaufkommen führen. Es kann geschehen, dass das Medikament nicht nur auf das Ohr wirkt, sondern dass es als Antihistaminikum zusätzlich bei manchen Menschen Müdigkeit auslöst.

Obwohl es noch keinen sicheren Nachweis für die Wirksamkeit gab, wurde es als Empfehlung in die Leitlinien aufgenommen (in Zuständigkeit der Neurologie). In einer neueren BEMED-Studie konnte auch mit einer höheren Dosierung von 3*48mg keine eindeutige Wirkung nachgewiesen werden, da die gegebenen Placebos genauso gut wirkten.

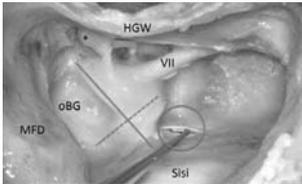
Man sollte Betahistin aber nicht ganz aus der Therapie nehmen, um zumindest den Placeboeffekt nutzen zu können. Die BEMED-Studie wird noch weiter ausgewertet und es wird weiter geforscht, da die Studie einige handwerkliche Fehler enthält.

Sakkotomie

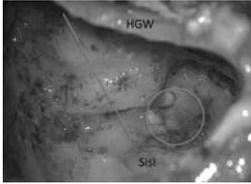
Die Sakkotomie soll vom Druck im Innenohr entlasten. Dazu findet eine Freilegung oder Schlitzung des Saccus endolymphaticus statt. Zusätzlich wird manchmal ein „Pfropfen“ in den Schlitz eingeführt, der ein Zuwachsen verhindern soll.

S
H

Sakkotomie



Im Felsenbeinpräparat



OP Befund

Florike SK, Gürkov R. Morbus Menière. Laryngo-Rhino-Otol 2015; 94: 530-554 · DOI 10.1055/s-0035-1555808 · VNR: 2790512015147124586

Bad Grönenbacher M. Menière Symposium HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg 25

Zur Durchführung dieser Operation sind sehr gute anatomische Kenntnisse und Operationserfahrung notwendig. Die OP birgt zudem alle operativen Risiken. Die größte Gefahr dabei ist die Möglichkeit der Lähmung des Gesichtsnervs und das Verletzen einer Vene, die in unmittelbarer Nähe liegt. Ansonsten wird bei der Sakkotomie nichts zerstört.

Untersuchungen dazu geben an, dass etwa 75% der Patienten weniger Schwindelbeschwerden haben sollen.

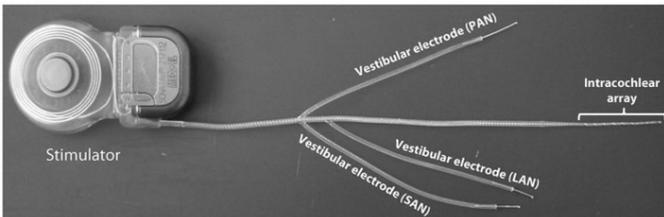
Gentamycin

Gentamicin ist ein Antibiotikum mit toxischer Wirkung auf Gleichgewicht und Ohr. Man dosiert es heute geringer, da es sich zuerst auf das Gleichgewicht auswirkt und dann erst auf das Hören. Dies führt dazu, dass das Hörvermögen wesentlich weniger geschädigt wird. Die Wirkung beruht auf einem völligen Ausfall des betreffenden Gleichgewichtorgans. Mit einem völligen Ausfall kommt aber das Gehirn wesentlich besser zurecht als mit den ständigen Schwankungen.

Die Gabe erfolgt durch das Trommelfell ins Mittelohr. Von dort diffundiert das Mittel in die Endolymphe. Wie und mit welchen Wiederholungen die Therapie angewendet wird, unterscheidet sich von Praxis zu Praxis, bzw. Klinik zu Klinik.

Studien belegen einen Erfolg von bis zu 80% ohne zwingenden Hörverlust (87% Hörerhalt).

Neu: Vestibularis Implantat



Auf Basis des Cochlea Implantates

Je 1 Elektrode pro Bogengang

Stimulation des Gleichgewichtsnerv

Bisher erste Versuche bei beidseitigem Gleichgewichtsausfall

Vestibularis Implantat

Hier handelt es sich nun um etwas Neues in der Therapie, aber auch etwas Zukunftsmusik, weil es noch der Weiterentwicklung bedarf. Das Implantat wird in die Bogengänge eingebracht. Die Bogengänge werden dazu freigelegt und man schiebt pro Bogengang eine Elektrode ein. Mittels dieser Elektroden soll der Gleichgewichtsnerv stimuliert werden.

Frau Prof. Dr. med. Annette Weber ist Chefärztin der Fachklinik für Hörstörungen, Tinnitus und Schwindel der Helios-Rehakliniken Bad Berleburg

Frau Meyer-Ponstein

Depression und Angst als Begleiter bei Morbus Menière

Ein Artikel zum Vortrag von Frau Meyer-Ponstein beim Frühjahrssymposium 2016 in Bad Grönenbach (AL)



Einleitung

Der Mensch ist nie in Einzelteilen zu betrachten. Da gibt es nicht hier den Körper und dort die Seele, sondern er ist als Einheit anzusehen. Wer weiß schon, was dabei Ursache und was Wirkung ist, vor allen Dingen bei einer Krankheit wie Morbus Menière, deren Ursachen immer noch nicht erforscht sind! Aus diesem Grund ist auch der Austausch mit Betroffenen so wichtig. Für die Psychologen in den Rehakliniken sind zusätzliche Rückmeldungen nach einer Reha von unschätzbarem Wert.

Bei Morbus Menière kommt während des Verlaufs oft eine Depression oder eine depressive Phase aufgrund der Auswirkungen der Krankheit hinzu.

Wie ist eine Depression definiert?

Nach den Richtlinien kann eine Depression nach folgenden Kriterien angenommen werden:

- Verminderte Konzentration (bei MM kommt noch die Verminderung der Konzentration durch die Hörbeeinträchtigung hinzu)
- Verminderter Selbstwert
- Schuldgefühle/Wertlosigkeitsgefühl
- Negative Gedanken über die Zukunft
- Schlafstörungen
- Verminderter (in manchen Fällen gesteigerter) Appetit
- Interessenverlust/Libidoverlust
- Antriebslosigkeit
- Morgentief

Was begünstigt eine Depression bei Morbus Menière?

Bei Morbus Menière kommen viele Grundpfeiler unseres Lebens, die uns Sicherheit geben, ins Wanken. Dieses Wanken kann durch eine ganze Anzahl von Vorkommnissen ausgelöst werden:

- den Verlust des Arbeitsplatzes durch die Krankheit und/oder viele Fehlzeiten
- den Verlust von sozialen Kontakten besonders durch die Schwerhörigkeit (z. B. Zerschneiden von Freundschaften, Schwierigkeiten bei öffentlichen Veranstaltungen oder in lauten Umgebungen)

- den Verlust von Freiheit, z. B. durch das Fahrverbot, durch das man besonders auf dem Lande völlig in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt ist
- den Verlust von finanzieller Sicherheit durch den Verlust des Arbeitsplatzes oder Reduzierung der Arbeitsstunden oder die Abzüge bei der Erwerbsminderungsrente
- den Verlust von Lebensträumen, entweder weil man sich nicht mehr traut oder weil sie aufgrund der Krankheitssituation nicht mehr umsetzbar sind und man sich erst auf die gegenwärtige Situation einstellen muss
- Identitätsverlust, da die Notwendigkeit besteht, seine Lebensweise aufgrund der Krankheit zu ändern und sich selbst über andere Kriterien als bisher zu definieren
- traumatische Erlebnisse, z. B. das erste Auftreten von Anfällen, da man nicht weiß, was plötzlich los ist und unter Umständen Todesangst erfährt
- zusätzliche Konflikte, die im eigenen Leben schon bestehen

Dies alles kann dazu führen, dass von Morbus Menière Betroffene eher eine Depression entwickeln können als Nichtbetroffene.

Angst

Ist Angst von Haus aus etwas Schlechtes? Nein, denn Angst ist in bestimmten Situationen notwendig! Angst verhindert, dass wir bodenlos leichtsinnig werden, und hilft uns somit beim Überleben. Angst bereitet uns auf schnelles Handeln vor. Adrenalin und Hormone werden ausgeschüttet und lassen uns schnell die Entscheidung treffen „Kampf oder Flucht“.

Angst ist sinnvoll und notwendig als....



- Alarmsignal
- Vorbereitung des Körpers auf schnelles Handeln
- Alarmreaktion (Kampf oder Flucht)

Angst kann viele Gesichter haben:

- es kann zu Phobien kommen - etwa sozialen Phobien (Angst vor Menschen zu sprechen oder überhaupt unter Menschen zu gehen, Höhenangst oder Flugangst ...)
- Panikattacken können auftreten, das Gefühl, nicht mehr atmen zu können, umzufallen ...
- Zukunftsangst (Angst vor dem, was auf mich zukommen könnte)
- generalisierte Angst (unbestimmte Ängste)
- Angst vor der Angst

Die vielen Gesichter der Angst



- Phobien: Sozialphobie, Höhenangst,
- Panikattacken
- Zukunftsangst
- Generalisierte Angst
- „Angst vor der Angst“

Angst und Schwindel

Angst und Schwindel gehören zusammen wie Bruder und Schwester. Dies kann man schon in unserem Sprachgebrauch feststellen: „Ich verliere den Boden unter den Füßen“, wenn man etwas gesagt bekommen hat, was einen erheblich ängstigt. Eine solche Nachricht kann auch direkt Schwindel auslösen.

Schwindel kann durch klassische Konditionierung entstehen oder sich verfestigen (Konditionierung, z. B. Pawlowsche Hunde).

Wenn zum Beispiel ein starker Anfall mit erheblichem Schwindel in einem Kaufhaus auftritt, kann beim nächsten Besuch in diesem Kaufhaus wieder Schwindel ohne einen Anfall auftreten, einfach weil unser Gehirn den ersten Anfall mit diesem Kaufhaus verknüpft hat. Angst verstärkt nun dieses ganze System, bis die Angst vor dem Anfall anfallsartige Erscheinungen auslöst.

Aus diesem Teufelskreis kann man nur ausbrechen, wenn man sich die Situationen genau und sehr bewusst anschaut und sie damit entschärft. Wenn man sich bewusst erinnert, dann kann man sich eher beruhigen. Nur wenn ich etwas als ängstigend bewerte, kann Angst entstehen und sich auch körperlich auswirken. Mit den eigenen Gedanken kann man den Teufelskreis verstärken oder unterbrechen. Ich habe es selbst in der Hand!

Gerade das Gefühl der Ohnmacht tritt bei MM verstärkt auf. Wenn man diese Ohnmacht zulässt, akzeptiert (wenn man einen Anfall hat), dann kann man besser damit umgehen. Im Anfall gegen die Ohnmacht anzukämpfen, verstärkt die Angst. Außerhalb des Anfalls geht es eher darum, die Ohnmacht zu überwinden, weil sie sonst im „normalen“ Leben Blockaden aufbaut. Es ist sehr wichtig zu unterscheiden, ob die Ohnmacht real oder nur das aktuelle Gefühl ist.

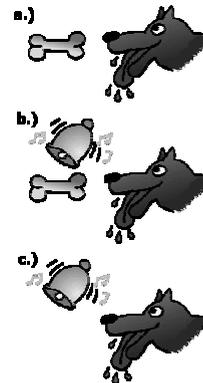
Von großer Bedeutung ist auch unser Selbstwertgefühl – worüber definiere ich mich selbst, welche Idee habe ich davon, wie ich selbst sein sollte, oder was kann ich selbst bewirken? Hier gilt es eine Basis zu finden, die der gegenwärtigen Lebenssituation wirklich entspricht.

Dazu zählt auch die Selbsteinschätzung, welche Form von Schwindel man gerade hat. Ist es wirklich organischer Schwindel oder Angstschwindel? Die folgende Übersicht gibt Anhaltspunkte, wie man die verschiedenen Formen erkennt und darauf reagiert.

Angst und Schwindel



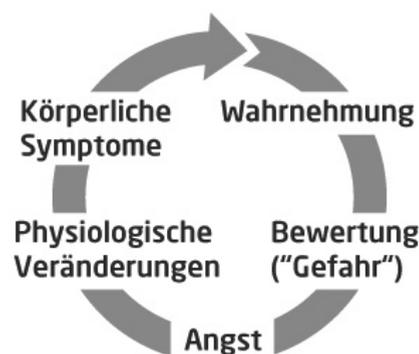
- Klassische Konditionierung
- „Ich verliere den Boden unter den Füßen“
- „Mir wird ganz schwindelig“
- katastrophisierende Gedanken verstärken die Verknüpfung (menschlich...)
- Beispiel: Schwindelanfall im Kaufhaus
- „Trigger“: Uhrzeit/Ort/Körpersignal...



HELIOS Kliniken Bad Grönenbach

6

Teufelskreis Angst



- Alleine das Gefühl der Angst kann Schwindel hervorrufen
- Schwindel ist oft verbunden mit den Gefühlen der Ohnmacht, Hilflosigkeit, was wiederum die Angst steigern kann
- Unterscheidung organischer/ Angst-Schwindel

- → Kreislauf unterbrechen!!!

HELIOS Kliniken Bad Grönenbach

7

Unterscheidung organischer Schwindel / Angstschwindel (nach Schaaf, H. 2015)

		Innenohrbedingter (organischer) Schwindelanfall	Psychogener Schwindelzustand
Eigenes Erkennen	Fixieren eines festen Gegenstandes	Nicht möglich	Möglich
	Heftiges Auftreten, Stampfen	Nicht möglich, führt zu (erneutem Umfallen)	Bessert das Schwindelerleben, führt zu mehr Standfestigkeit
	Vertraute Menschen	Ohne direkten Einfluss auf den Schwindel	Können das Schwindelerleben deutlich bessern
Ärztlich- psychologisches psychosomatisch es Erkennen	Augenzittern (Nystagmus)	Vorhanden (durch Frenzelbrille erkennbar)	Nicht vorhanden
	Beschreibung des Schwindels	Drehschwindel, der Raum scheint sich um den Patienten zu drehen	Vielfältig, dauerhaft, tagelang
	Audiogramm	Tieftonverluste und Schwankungen häufig (bei Morbus Menière)	Ohne Änderung
	Wahrnehmung beim "Gegenüber"	Angst, Panik, Ohnmacht, Resignation	Angst und Panik meist im Vordergrund

→ Sicherheit gewinnen...

HELIOS Kliniken Bad Grönenbach

Wie helfe ich mir selbst?

Ich helfe mir selbst, indem ich:

- die Krankheit, so wie sie ist, akzeptiere,
- genau betrachte, was ich auch trotz des Schwindels tun kann, und die Zeiten nutze, in denen keine Anfälle auftreten,
- mir bewusst mache, dass ich, ob ich will oder nicht, von anderen abhängig bin und Hilfe annehmen darf,
- die anfallsfreie Zeit genieße,
- mich mit anderen Betroffenen austausche (z. B. in Selbsthilfegruppen),
- offensiv mit der Krankheit umgehe, mich nicht zurückziehe,
- technische Versorgungsmöglichkeiten nutze und
- psychotherapeutische Unterstützung annehme (z. B. Entspannungsverfahren).

Frau Ann Kathrin Meyer-Ponstein ist Leitende Psychologin an der Helios-Rehaklinik in Bad Grönenbach

Fragen und Antworten zu den Vorträgen



Fragerunde I:

1 Gibt es das „Ausbrennen“ des Menières, und wann kann man damit rechnen?

Frau Prof. Weber: Es gibt keine Garantie, dass der Menière ausbrennt. Es scheint aber so zu sein, dass nach ca. 7 – 9 Jahren die Anfälle aufhören. Bei Beidseitigkeit verlängert sich der Zeitrahmen, wenn das zweite Ohr zeitversetzt angefangen hat.

Dr. Kratzsch: Ausbrennen bedeutet, das Gleichgewichtsorgan ist zerstört. Es kommt kein Schwindelanfall mehr. Die Erkrankung hört nicht von sich aus auf. Der Ausfall bleibt, das ist das Resultat der Erkrankung. Mit Gentamycin kann man das Ausbrennen vorziehen, dass keine Anfälle mehr kommen. Es ist das Ende des Gleichgewichtsorgans auf der betroffenen Seite. Das Hörvermögen wird bei jedem Schwindelanfall weniger.

2 Besteht ein Zusammenhang, dass wenn man Hörgeräte trägt, dann die Schwindelanfälle aufhören? Ich habe lange mit dem

Tragen eines Hörgerätes gewartet, und seitdem ich es trage, habe ich keine Anfälle mehr.

Dr. Kratzsch: Wenn man schlecht hört und kein Hörgerät nutzt, hat man mehr Hörstress. Wenn das Gehirn sich aber weniger anstrengen muss beim Hören, so hat es mehr Kapazitäten für das Gleichgewicht frei.

3 Ich habe drei Saccotomien hinter mir, 2006, 2011 und 2013. Kann es sein, dass die Wirksamkeit irgendwann nachlässt?

Frau Prof. Weber: Es hat sich herausgestellt, dass die Saccotomie nicht nur einen „Placebo-Effekt“ hat, wie man früher dachte. Inzwischen weiß man, dass die bei dieser OP geschaffene Öffnung wieder zuwachsen kann. Legt man darin jedoch ein Silikonplättchen ein, kann man das Zuwachsen verhindern. Dann ist die Wirksamkeit sicherer.

Dr. Kratzsch: Bei 2 bis 3 Anfällen in der Woche muss man den Patienten genau über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten informie-

ren und aufklären. Er/sie selbst muss dann für sich entscheiden, welche Behandlung er/sie machen lässt. Ziel ist es, am sozialen Leben wieder teilzuhaben und auch arbeiten gehen zu können. Wichtig ist, dort hinzugehen, wo diese gewählte Behandlungsart, egal ob Saccotomie oder Gentamycinbehandlung, häufig vorgenommen wird. Es sollten nur erfahrene Ärzte operieren oder behandeln. Adressen erfragen Sie bitte bei Ihrem HNO-Arzt, KIMM e.V. oder bei uns in den Reha-Kliniken.

4. Inwiefern helfen Cortisonspritzen direkt ins Mittelohr?

Frau Prof. Weber: Cortisonspritzen werden nur von sehr wenigen Kliniken angeboten, eher machen das niedergelassene HNO-Ärzte in ihrer Praxis. Der Vorteil dieser Methode ist, dass das Gleichgewichtsorgan nicht geschädigt wird. Die Wirkung ist unspezifisch, die Situation stabilisiert sich. Das Gleichgewichtsorgan wird dabei nicht lahmgelegt, aber die Nervenzellen stabilisiert.

Dr. Kratzsch: Meine Empfehlung bei Morbus Menière wäre zuerst ein Ausprobieren mit Betahistin, dazu Gleichgewichtstraining, Psychotherapie, Entspannung und Hörgeräteversorgung. Wenn das nicht ausreicht, wäre der nächste Schritt das Setzen eines Paukenröhrchens, ein minimaler

Eingriff. Dadurch ist eine Verbindung vom äußeren Gehörgang zum Mittelohr gegeben, durch das man Cortison einspritzen kann. Wenn auch das keine befriedigende Wirkung zeigt, käme eine Saccotomie zur Erweiterung und damit Möglichkeit zur Ausweitung der Endolymphe in Frage. Oder das Einspritzen von Gentamycin, um das Gleichgewichtsorgan abzutöten.

5. Ich habe seit 12 Jahren Morbus Menière. Ich hatte mehrere sehr schwere Anfälle mit Pausen von einem oder einem Dreivierteljahr. Mein Hörverlust liegt bei 20%. Jetzt habe ich viele leichtere Anfälle. Kann ich davon ausgehen, dass der Menière jetzt ausbrennt?

Dr. Kratzsch: Auf so individuelle Fragen können wir hier nicht eingehen, da wir nicht Ihre behandelnden Ärzte sind und nicht Ihren genauen Verlauf kennen. Es erscheint mir aber unwahrscheinlich, dass bei nur 20% Hörverlust der Menière ausgebrannt ist.

6. Feststellung eines Nicht-Selbstbetroffenen aus der Selbsthilfegruppen-Erfahrung: Am Anfang der Erkrankung steht der Schwindel im Vordergrund, aber bei länger Betroffenen sind die Hörprobleme gravierend.

Frau Prof. Weber: Der Schwindel ist zunächst stark sozial einschränkend, damit trauen sich viele Betroffene nicht mehr vor die Haustür. Ein LKW-Fahrer z.B. darf auch nicht mehr fahren, man darf keine gefährlichen Maschinen mehr bedienen. Aber natürlich ist es auch mit großen Hörproblemen schwierig, z.B. einen Telefonjob auszuüben. Hörgeräteträger sollten darum beim HNO-Arzt nach der Anpassung eine Freifeld-Hörmessung (über Lautsprecher im Raum) machen lassen. Dabei kann der HNO-Arzt vergleichen, ob das Hören mit Hörgerät besser ist, als vorher ohne Gerät. Es kommen sehr viele Patienten in die Reha, die ein schlecht eingestelltes Hörgerät tragen. Sie können zum Teil ohne Hörgerät besser hören als mit. Oft wird beim HNO-Arzt nicht mehr kontrolliert, ob sich das Hörvermögen nach der Versorgungsverbessert hat. Sie sollten das kontrollieren lassen!



7 ■ *Was wissen Sie über die Hyperbaren Sauerstoff-Therapie nach Ardenne? und*

8 ■ *Kann das Hören und der Schwindel durch die Sauerstoff-Therapie positiv beeinflusst werden?*

Frau Prof. Weber: In einer Druckkammer wird Sauerstoff unter hohem Druck in das Gewebe gepresst. Es besteht kein Nachweis, dass diese Therapie hilft oder das Hören bzw. den Schwindel positiv beeinflusst. Es ist nicht schädigend, wird jedoch von den Krankenkassen nicht bezahlt.

Dr. Kratzsch: Das ist, meiner Meinung nach, keine Indikation für Morbus Menière oder Hörverlust. Da wir schon eine Sauerstoffversorgung von 97% beim normalen Atmen haben, würde eine Überversorgung stattfinden. Es ist eine hohe Kreislaufbelastung! Wer Probleme mit dem Herzen oder Kreislauf hat, darf diese Therapie nicht machen! Eine internistische Untersuchung ist im Vorfeld notwendig.

Einwurf einer Teilnehmerin: Ich habe in meiner akuten Zeit eine Sauerstoff-Therapie gemacht. Nach 2 Tagen bekam ich vor dem nächsten „Tauchgang“ einen sehr heftigen Anfall und konnte an diesem Tag nicht in die Druckkammer. Am Tag darauf war ich wieder in der Tauchkammer, einen Tag später hatte ich den nächsten heftigen Anfall. Ich würde auf keinen Fall die Sauerstoff-Therapie noch einmal machen!

Frau Prof. Weber: Ja. Wenn der Druckausgleich im Ohr nicht gut funktioniert, kann der Druck über das Trommelfell an die Gehörknöchelchen (Hammer, Amboss und Steigbügel) weitergeleitet werden, die dann auf die Endolymphe einen zusätzlichen Druck ausüben und somit einen Anfall auslösen können.

9 ■ *Ich weiß, dass der Menière keine psychosomatische Erkrankung ist. Dennoch höre ich immer wieder von „Placebo-Effekten“ durch Medikamente oder Paukenröhrchen oder andere Therapieversuche. Wie kommt das?*

Frau Prof. Weber: Durch die heftigen Schwindelattacken entstehen Angst und Unsicherheit, daraus können psychogene Schäden entstehen. Andererseits kann man nicht mit Sicherheit sagen, dass Morbus Menière durch psychische Belastung entsteht. In meiner Anfangszeit als HNO-Ärztin habe ich in Tübingen gearbeitet, da gibt es viele Lehrer und Ärzte. Dort hatte ich in jeder Woche einen Patienten mit Morbus Menière-Anfällen. In Leipzig dagegen, habe ich in 11 Jahren nur insgesamt 3 Patienten mit Morbus Menière behandelt.

Man kann mit Sicherheit sagen: wer Morbus Menière-erkrankt ist, ist auch psychisch belastet.

10 ■ *Im Dezember 2015 wurde bei mir eine Saccusexposition (Entfernung eines Stückchen Knochens zur weiteren Ausdehnung des Saccus) durchgeführt. Danach ist kein Drehschwindel mehr aufgetreten, aber seit Februar habe ich mit Übelkeit zu kämpfen. Gibt es ein wirksames Medikament gegen die Übelkeit – und verschwindet die Übelkeit wieder?*

Frau Prof. Weber: Im akuten Fall gibt es Vomex, das aber nicht dauerhaft empfohlen wird. Es macht müde. Niedrig dosiert kann auch Cortison helfen, zu stabilisieren. Wenn das Gleichgewichtsorgan nicht ganz ausgefallen, oder zentral der Ausfall noch nicht verarbeitet ist, kann man mit Gleichgewichtstraining den Ausfall ausgleichen lernen. Dann geht auch die Übelkeit zurück.

Dr. Kratzsch: Das Gleichgewichts- und das Übelkeitszentrum liegen sehr dicht beieinander, so dass beim Anfall beides gereizt wird. Solange das Gleichgewicht nicht gut kompensiert ist, wird die Übelkeit bestehen bleiben. Mit Gleichgewichtstraining wird auch die Übelkeit zurück- und weggehen.

11 ■ *Wenn ich mit einer elektrischen Gondel auf einen Berggipfel fahre, wird das Hörvermögen eingeschränkt oder fällt es ganz aus?*

Frau Prof. Weber: Das kommt auf den Höhenunterschied an. Auch Hörgesunde spüren die



Schwankungen im Luftdruck. Je höher man kommt, um so höher ist der Luftdruck, der auf das Trommelfell drückt. Es schwingt nicht mehr so gut, was das Hören etwas einschränken kann. Durch einen Druckausgleich (mit geschlossener Nase pusten) kann man das ändern. Wenn die Belüftung der Ohren gut ist, dürfte es kein Problem geben.

12. In wie weit haben Sie bei Studien der Literatur das Wort „Stammzellen-Therapie“ in Zusammenhang mit Hören und dem Menière gefunden?

Frau Prof. Weber: Die Anzahl kann ich Ihnen nicht sagen. Es gibt Studien, Hörzellen nachzuzüchten und wieder einzubauen. Hautzellen zu züchten ist am einfachsten. Hörzellen haben eine bestimmte Funktion: sie wandeln mechanische Reize durch die Bewegung der Hörhärchen in Strom um. Das ist sehr spezifisch. Stammzellen wissen ja nicht, was sie werden sollen. Das zu programmieren, ist sehr schwierig. Und danach muss noch implantiert werden, was noch nicht gelungen ist. Diese Therapie steckt noch in den Babyschuhen.

Dr. Kratzsch: Im Moment sind die Forscher bei Tierversuchen. Die Zellen wachsen aber nicht nur dort, wo sie wachsen sollen, so Haarzellen z.B. auch auf der Zunge. Zu den Hörzellen werden noch Stützzellen gebraucht. Die richtige Kombina-

tion Stützzellen und Hörzellen ist noch nicht genügend erforscht. In absehbarer Zeit werden wir diese Therapiemöglichkeit nicht einsetzen können.

Fragerunde II:

1. Gibt es eine Transplantation des Innenohres?

Dr. Kratzsch: Nein, die wird es auch in Zukunft nicht geben. Wenn das Organ herausgenommen wird, muss der Nerv durchtrennt werden, das kann man nicht wieder verbinden.

2. Welche Nebenwirkungen hat Betahistin?

Dr. Kratzsch: In der Regel ist es gut verträglich, es kann vereinzelt zu Übelkeit oder allergischen Reaktionen führen. Das ist aber selten der Fall.

3. In unserer Selbsthilfegruppe wurde einem Mitglied von einer HNO-Klinik gesagt, dass es nach der Labyrinth-Anästhesie keinen Schwindel mehr gibt und dass der Patient dann wieder selbst Auto fahren darf. Der Betroffene ist Berufskraftfahrer. Stimmt das, und wann darf ein MM-Patient wieder ein Kraftfahrzeug selbst führen?

Dr. Kratzsch: Wie Frau Prof. Weber sagte, ist die Labyrinthanästhesie nur wenige Stunden wirksam. Ein Berufskraftfahrer muss mindestens 4 Jahre schwindelfrei sein, das muss dann ein Arzt kontrollieren und attestieren. Das wird niemand tun, weil man nicht vorhersehen kann, ob nicht später noch wieder Schwindel auftritt. Ein Berufskraftfahrer darf definitiv nicht mehr in seinem Beruf tätig sein!

4. Durch regelmäßiges Training habe ich ein gutes Gleichgewicht erlangt, aber warum treten noch weitere Schwindelanfälle auf?

Dr. Kratzsch: Am Ende der Schwindelerkrankung ist das Gleichgewichtsorgan häufig in seiner Funktion beeinträchtigt. Als Folge bleibt ein Restschwindel.

5. Welche durchblutungsfördernden Mittel (außer Tebonin) sind nachweislich für die Durchblutung im Ohr und Gehirn empfehlenswert?

Dr. Kratzsch: Gingko ist nicht durchblutungsfördernd, hilft nicht bei Tinnitus, mindert nicht die Vergesslichkeit. Gingko-Präparate helfen nicht bei Morbus Menière, sondern kosten nur. Wichtig ist, zuerst die Ursache des Schwindels zu suchen. Wenn es ein durchblutungsbedingter Schwindel ist, helfen durchblutungsfördernde Mittel wie Aspirin. Bei MM helfen sie nicht.

6. Gibt es eine spezielle Ernährung, um das Gehirn bzw. den gesamten Organismus beim akuten Anfall zu unterstützen?

Dr. Kratzsch: Nein, es gibt keine spezielle Empfehlung. Ernähren Sie sich gesund.

7. Haben Sie Erfahrungswerte mit Cinnarizin?

Dr. Kratzsch: Cinnarizin ist für die Akutsituation, gegen die Übelkeit. Man kann es als Ersatz für Vomex nehmen. Es ist kein Dauermedikament, bei Frauen treten häufig Störungen bei der Regelblutung und Brustentzündungen auf.

8. Werden die Krankenkassen aufgrund der Ergebnisse der Betahistinstudie die Kosten für Betahistin nicht mehr bezahlen?

Dr. Kratzsch: Das Ergebnis der Studie ist noch sehr frisch, es wurde erst im Januar 2016 veröffentlicht. Betahistin steht noch in den Empfehlungen der neurologischen Fachgesellschaft. Solange werden die Krankenkassen nichts unternehmen. Wie es weitergeht, ist nicht absehbar.

9. Ich habe hier in einer Broschüre zum Thema Tinnitus gelesen: Zitat: „Die Statistik beweist, die Aussichten auf Heilung und Besserung sind außerordentlich gut. Die meisten Betroffenen schaffen es, durch Behandlung, gesunde Lebensführung, positives Denken, Entspannungsübungen und soziale Kontakte den Tinnitus zu überwinden.“ Das möchte ich gern von Ihnen bestätigt haben.

Dr. Kratzsch: Es ist eine Broschüre der Deutschen Tinnitusliga, ich kann nicht haftbar gemacht werden. Ziel ist es, zu lernen, mit dem Tinnitus umzugehen. Bei etwa 10% der Betroffenen geht der Tinnitus wieder weg.

10. Ich nehme seit längerer Zeit schon 3 x 48mg Betahistin. Macht es Sinn, mit der Dosis zu spielen?

Dr. Kratzsch: Ich kann hier leider nicht auf Ihre individuelle Situation eingehen, dazu liegen zu wenige Informationen vor. Bitte besprechen Sie das mit Ihrem behandelnden Arzt.

Pausengeflüster vor der Tagung in Bildern



Erholung in der Pause...



... aber einer muss arbeiten

Workshops auf der Frühjahrstagung 2016 in Bad Grönenbach



Gleich sechs verschiedene Workshops standen zur Auswahl und alle fanden statt, obwohl sich bei einigen nur fünf Teilnehmer dafür eingetragen hatten. Vielen Dank an die Mitarbeiter der Helios Klinik.

Hier wird über zwei dieser Workshops berichtet.

Workshop Gleichgewichtstraining

Mit fünf Personen nahmen wir am Gleichgewichtstraining teil. Die Therapeutin Katharina begann mit ganz leichten Übungen. Erst einmal nur die Augen bewegen, dann die Übung mit Bewegung des Kopfes intensivieren. Die nächste Steigerung war die Drehung des Körpers zur Seite und nach hinten.

Eine weitere Schwierigkeitsstufe ist die Stellung der Füße.

Die Füße hüftbreit auseinander aufstellen gibt viel mehr Sicherheit, als die Füße ganz eng zusammen zu stellen. Das gleiche gilt mit einem großen Ausfallschritt nach vorne zu stehen oder die Füße ganz eng vor einander zu stellen. Hierbei hatten wir schon unsere ersten Probleme, wobei diese Übungen doch noch sehr einfach waren. Das Gelächter über unser Unvermögen gab dem Workshop eine sehr heitere Note. Einen sehr großen Unterschied

zum festen, glatten Boden stellten wir beim Gehen auf einem am Boden liegendem Seil fest. Wie oft sind wir als Kinder der geraden Linie der Pflastersteine nachgegangen und haben „balancieren“ gespielt, vorwärts und rückwärts. Gerade noch, dass uns vorwärts gehen mit Konzentration gelungen ist. Beim Rückwärtsgehen hatten wir alle unsere Probleme. Auch ein nichtbetroffener Teilnehmer. Spätestens hier war uns allen klar, dass wir unseren Gleichgewichtssinn mehr Aufmerksamkeit schenken und ihn trainieren sollten. Die größte Herausforderung waren dann aber die Partnerübungen auf einem Schaumkissen. Da kamen wir gleich an unsere Grenzen. Schnell bekamen wir Übergewicht und konnten unsere Position nicht halten.

Danke Katharina, für die heitere Stunde, aber auch die Gewissheit, ohne Fleiß kein Preis.

In unserer SHG MM Treff Nürnberg spielen wir schon länger mit dem Gedanken, Gleichgewichtsübungen bei jedem Treffen anzubieten. Bis jetzt haben wir es noch nicht umgesetzt. Gleich am nächsten Tag habe ich mit Zähneputzen auf einem Bein begonnen. Ich befinde mich noch ganz am Anfang von Fleiß und Schweiß.

(Ein Bericht von Christiane Heider, MM Treff Nürnberg)

Umgang mit Depression und Angst – ein Erfahrungsaustausch

Die Liste für diesen Workshop war besonders schnell gefüllt, so dass einige Interessenten auf andere, natürlich ebenso wertvolle Workshops, ausweichen mussten. Trotzdem waren zu diesem Thema mehr Betroffene anwesend, als eigentlich eingeplant war. Allein diese Tatsache zeigt, wie hochaktuell dieses Thema bei MM-Betroffenen ist.

Im Gesprächskreis angekommen, nahm man deutlich sehr unterschiedliche Menschentypen wahr. Mancher kam still und verschlossen, mit verschränkten Armen, überhaupt nicht aus sich heraus. Manch einer war aufgeregt und nervös, zupfte an sich herum und rutschte auf dem Stuhl hin und her. Und wieder andere fingen sofort an, sich nach allen Seiten zu orientieren, hatten „das Herz auf der Zunge“.

Doch eines war allen gemeinsam, sie wussten aus eigener Erfahrung, wie sehr ein Menièreanfall die Psyche eines Betroffenen beeinflussen kann. Dass davon starke Ängste entstehen und sogar anwachsende Depressionen auftauchen können, war allen eine logische Konsequenz, die sie schon am eigenen Leib oder bei einem engen Angehörigen persönlich erlebt hatten.

Die den Gesprächskreis leitende Therapeutin, Frau Merbeler, ist eine junge Frau mit großer Empathie und sehr umfassender psychologischer Ausbildung. Es gelang ihr, trotz der Kürze der Zeit, einen intensiven Erfahrungsaustausch zwischen den unterschiedlichen Teilnehmern zu entfachen, so dass der eine oder andere sicherlich von den Erfahrungen der Anderen profitieren konnte.

Zunächst trugen die Teilnehmer des Workshops gemeinsam ihre Empfindungen bei selbst erlebten Menièreanfällen zusammen. Das gemeinsam als schlimmste Empfindung gekürte Erlebnis war die Angst, in verschiedenen Variationen:

- Angst, dass ein neuer Anfall kommt,
- Angst, wie das Umfeld darauf reagiert,
- Angst, wirklich richtig krank zu sein,
- Angst, die Kontrolle zu verlieren,
- Angst, dass es nie mehr anders wird,
- Angst nicht mehr gesellschaftsfähig zu sein, nicht mehr in die allgemeine Norm zu passen,
- Angst die Selbstachtung zu verlieren,
- Angst...

Ängste führen zu Gedankenkreisen:

- über sich selbst,
- die Mitmenschen,
- die Zukunft,
- zu Misstrauen, Rückzug und Vereinsamung.

Möglicherweise versucht man diese Gefühle abzuschütteln, sich selbst zu motivieren, zu überreden. Doch irgendwann versiegt die Energiequelle und man fühlt aufsteigende Unlust und Antriebslosigkeit.

Da waren wir schon bei den Konsequenzen der Ängste:

- Vermeidung bestimmter Situationen, Zeiten, Orte in/an denen schon einmal Anfälle aufgetreten sind,
- Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben, dem Berufsleben,
- Müdigkeit,
- Selbstvorwürfe wegen „Nichtfunktionierens“...

Unbewusst verbindet der Patient die äußerlichen Gegebenheiten mit den inneren Reaktionen. Es findet eine gewisse Kopplung statt. Der Verlust des Selbstvertrauens und die Tendenz zu Schuldgefühlen können Gedanken an Tod, Suizid oder Selbstverletzung fördern. Das führt zur Störungen des Konzentrationsvermögens und Unschlüssigkeit bei Entscheidungs-



findungen. Möglich sind innere Unruhe oder körperliche Hemmungen, Schlafstörungen, Grübeln.

Ganz wichtig für die Überwindung der negativen Gefühle im Zusammenhang mit Menière ist die Trauerarbeit. Man trauert um die verlorene Kraft, das nicht mehr vorhandene Gleichgewicht, die ehemaligen Freunde, den verlorenen



Arbeitsplatz, die vergangene gute Zeit.

All das wird nie mehr so, wie es einmal gewesen ist, damit muss man sich abfinden. Die Krankheit ist nun für immer ein Teil des Selbst. Das alles macht Wut, Verzweiflung, Unsicherheit. Lösungen dafür sind z.B. ein Boxsack oder auf Kissen einschlagen, schreien im Wald oder rennen bis man nicht mehr kann, um die negativen Energien loszuwerden und auf andere Gedanken kommen zu können.

Eine der anwesenden Angehörigen-Frauen sprach vom vorzeitigen Ruhestand ihres Mannes. Diesem ging es sofort besser nach eingetretenem Ruhestand. Kurze Zeit später schon fühlte er sich entspannter und genoss die neuen Freiheiten, die ihm das Mehr an Zeit brachte. Seine Anfallszahlen verringerten sich drastisch.

Ein anderer Mann in der Gesprächsrunde meldete sich, ihm ging es zunächst schlechter nach Eintritt des Ruhestandes. Es fiel ihm schwer, sich auf die neue Lebenssituation einzustellen. Er hatte sich

vollkommen über seine Arbeit definiert. Erst nach Monaten wurde es langsam besser und er fand zu seinem inneren Gleichgewicht und der Stress der Umstellung minderte sich. Auch seine Anfälle wurden weniger.

So schwierig es ist, sich mit den neuen Gegebenheiten der Krankheit oder des Ruhestandes abzufinden, so wichtig ist es, seinen Blickwinkel im Leben zu verschieben. Dann ist es eben nicht mehr so wichtig, bestimmte Tätigkeiten zu vorher geplanten Zeitpunkten auszuführen. Auch die bisher (selbst) auferlegte Qualität von Leistungen, ist nicht mehr in diesem Masse notwendig. Man muss doch nicht immer freitags saubermachen, regelmäßig kochen und z.B. den Montag als Waschtage definieren. Man kann auch einfach dienstags joggen gehen und mittwochs den Wocheneinkauf erledigen, die Freundin donnerstags treffen und den Freitag als Wellnessstag allein genießen. Warum nicht auch mal das Gras im Garten wachsen und den Hund von jemand anderen ausführen lassen, wenn man selbst nicht kann/ oder möchte?

Es ist wichtig, zu akzeptieren, dass man nicht mehr der Mensch von früher ist. Wenn Freunde und Familie das nicht verstehen sollten, tut das weh, ist aber nur durch Aufklärung zu ändern. Der Betroffene selber kann Strategien zur Lösung dieses Konfliktes finden.

Eine Patientin meldete sich zu Wort. Ihr spezielles Rezept hieß: „unbedingt unter Menschen gehen, sich von Freunden abholen und auch wieder heimbringen lassen.“

Jemand warf ein, dass er sich einen Hund angeschafft habe und dadurch einen Tagesrhythmus gefunden und nun immer einen Grund zum Rausgehen habe - er müsse eben wegen des Hundes.

Wieder andere fanden ihre innere Mitte beim Sport, beim Gärtnern oder malen. Eine ältere Dame schwärmte davon, im Umgang mit Kindern und/oder Flüchtlin-

gen ein neues Lebensziel gefunden zu haben - sie könne dabei völlig abschalten, um nicht mehr an ihre eigenen gesundheitlichen Probleme zu denken.

Wichtig dabei ist jedoch, sich selbst realistische Ziele zu setzen, um nicht erneut Frustrationen aufzubauen. Mit dem Erreichen dieser Ziele steigt die innere Kraft, man wird entspannter, abends müder und kann besser schlafen. Das ist wichtig, denn auch Schlafstörungen sind Folgen von Angst und Depression.

Interessant ist es, dafür herauszufinden, welcher „Sinnesmensch“ man ist. Jeder Mensch reagiert in seiner besonderen Art auf äußere Reize. Mancher ist besonders über die Augen zu beeindrucken - durch Farben oder Formen. Manch einer liebt Musik und bestimmte Töne lösen bei ihm Wohlgefühle aus. Auch Geruch oder Geschmack, der inspiriert, kann anregend oder auch entspannend wirken.

Diesen Umstand kann man sich zunutze machen und absichtlich gewünschte Gefühle mit diesen Sinnesindrücken hervorrufen oder - andererseits - unerwünschte übertönen. Man kann diesen Trick problemlos in den Alltag einbauen und sich damit kleine „Entspannunginseln“ schaffen, die den Alltag gliedern und uns Belohnungsmöglichkeiten für die eigenen erbrachten Leistungen bieten.

Eventuell sind aber auch eine Psychotherapie oder Medikamente nötig, die uns helfen, aus dem Teufelskreis „Angst - Depression“ auszubrechen. Wenn man nicht alle Möglichkeiten ausprobiert, nimmt man sich leider selbst die Chance, positive Erfahrungen zu machen.

Wichtig dabei ist, schrittweises Vorgehen - alles dauert seine Zeit. Man muss sich darum oft von lieb gewordenen Gewohnheiten verabschieden. Wenn man selbst z.B. bestimmte Voraussetzungen

geschaffen hat, um sich wohlzufühlen, wenn man also vielleicht Perfektionist ist und der MM kommt dazu, kann man schnell in ein psychisches Loch rutschen, wenn man körperlich nicht mehr in der Lage ist, seine eigenen Vorgaben einzuhalten.

Deshalb ist es wichtig, Hilfe von außen anzunehmen - ohne persönlichen Einfluss und Bindung - sprich: Psychotherapie. Das tut den Meisten gut. Eine Dame, die in einer Selbsthilfegruppe Mitglied ist, kann das bestätigen, denn aus ihrer Gruppe profitieren Viele von einer solchen Therapie. Besonders wichtig empfindet sie den Austausch mit anderen Betroffenen.

Angst ist ein Teufelskreis, eine Konditionierung auf bestimmte Umstände. Eine Drehschwindelattacke ist zunächst organisch bedingt, was Unsicherheit, Angst und Panik verursacht. Mit der Zeit kommt es jedoch dazu, dass die Begleitumstände (ein bestimmter Ort, eine gewisse Tätigkeit, Tages- oder Jahreszeit), in denen



bereits Drehschwindel auftrat, Schwindel auslösen. Das führt schließlich zur „Angst vor der Angst“ und zur Vermeidung dieser äußeren Begleitumstände und letztendlich zum sozialen Rückzug.

Ein Lösungsansatz ist, dass man akzeptiert: es gibt unterschiedliche Schwindelarten. Es ist wichtig, dass man Angstgefühle akzeptiert und die Möglichkeit in Betracht zieht, dass der Schwindel, den



man spürt, vielleicht manchmal nur aus Angst vor dem nächsten Anfall entsteht.

Es gibt Möglichkeiten, wie man das herausfindet. Wenn man sich z.B. auf seine Atmung konzentriert und durch ruhiges regelmäßiges Atmen der Schwindel besser wird, kann es kein „echter“ MM-Anfall sein - es ist also „nur“ Angst. Wenn man sich selbst die Hand auf den Bauch legt, um sich und die regelmäßigen Atembewegungen zu spüren, und dadurch wird es besser, dann war es kein MM-Anfall - es war „nur“ eine Panikattacke. Angst bzw. Panik kommt und geht in einer Welle. Wenn man das weiß und berücksichtigt, kann man lernen, damit umzugehen.

Dabei helfen Entspannungsverfahren, wie z.B. Progressive Muskelentspannung oder Autogenes Training oder auch Reizunterbrechungsverfahren, um aus der Angstspirale herauszukommen. Tipps für letzteres sind z.B. in eine Zitrone zu beißen oder ein Glas eiskaltes Wasser zu trinken. Das Gehirn reagiert auf diese starken Reize und die Angstspirale wird durchbrochen.

Besonders nützlich sind natürlich auch Erfahrungsaustausche in den Selbsthilfegruppen oder der Reha. Das bringt Betroffene dazu, die Angst gut durchzustehen und sie zu überwinden. Es lohnt sich,

kleine Erfolge auf diesem Wege wie Trophäen zu sammeln, um sich später daran aufzurichten und weiterhandeln zu können.

Unternehmungen, die man gedanklich durchspielen kann, kann man auch praktisch verwirklichen. Diesen Satz sollte man sich ganz groß gerahmt über das Bett hängen und im Herzen bewahren, denn er gibt Mut, neue Dinge anzupacken, bisher unbekannte Wege zu gehen.

Solche und sehr viele andere Alltagstipps erhält man nur im Gespräch mit anderen Betroffenen oder Psychotherapeuten. Leider war für uns im Workshop die Zeit wieder einmal viel zu kurz.

Aber so ein Workshop soll ja erstmal nur anregen und mögliche Lösungen andeuten. Diese Lösungsansätze wiederum kann man dann genauer im Gespräch mit anderen Betroffenen, im eigenen Alltag, evtl. auch Psychotherapeuten analysieren.

Die Psychotherapeuten sollten von uns auf diesen Wegen nicht als Lehrmeister, sondern als „Bergführer“ gesehen werden, die uns helfen, den richtigen Pfad zum Ziel zu finden, sowie die individuelle Methode, diesen Pfad auch gemeinsam zu gehen.

(Bericht C. Engelke)

Was ist Morbus Menière (ein Update) (AL)



Artikel zum Vortrag von Prof. Dr. Helling auf der KIMM-Herbst-Tagung 2015 in Düsseldorf (AL)

Einleitung

Auf unserer Herbsttagung in Düsseldorf hielt Prof. Dr. Helling einen Vortrag, in dem er einen Überblick über den Stand der Dinge bei Morbus Menière gab. Im Anschluss findet sich ein zusammenfassender Bericht seiner Ausführungen.

Was ist der Morbus Menière?

Diese Frage bleibt bis heute leider immer noch wirklich ungeklärt. Wir besitzen keine objektive Messmöglichkeit des Morbus Menière bzw. keine Marker, die eindeutig auf ihn verweisen. Die heutigen Anamnesen und Diagnosen stützen sich im Wesentlichen auf die Angaben des Patienten und somit auf eine subjektive Einschätzung. Als klinische Daten werden Angaben zum Hörverlust, Tinnitus und Schwindel erhoben.

Definition von MM

Schon längere Zeit (1995) hatte man sich auf eine allgemeine Definition des Morbus Menière geeinigt, die 2015 noch einmal enger gefasst wurde. Diese Einschätzungen beruhen auf einer Abfolge von Symptomen. Im Gegensatz zu den hinlänglich bekannten vier Einschätzungen, ob MM vorliegt oder nicht, beschränkt man sich jetzt auf zwei Möglichkeiten:

- Wahrscheinlicher Morbus Menière
 - Zwei oder mehr Episoden von (Dreh-) Schwindel mit einer Dauer von 20 Minuten bis zu 24 Stunden
 - Fluktuierendes Hörvermögen im betroffenen Ohr
 - Keine stichhaltigere Erklärung durch andere vestibuläre Diagnosen
- Definitiver Morbus Menière
 - Zwei oder mehr spontane Episoden von Schwindel mit einer Dauer von 20 Minuten bis zu 12 Stunden
 - Festgestellter Hörverlust im Mittel- bis Tieftonbereich
 - Fluktuierende Symptome bezüglich Hören, Tinnitus oder Völlegefühl
 - Keine stichhaltigere Erklärung durch andere vestibuläre Diagnosen

Die Reihenfolge der Symptome ist dabei nicht festgelegt!

Diagnostic criteria for Menière's disease

Consensus document of the Bárány Society, The Japan Society for Equilibrium Research, the European Academy of Otolaryngology and Neurotology (EAONO), the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery (AAO-HNS) and the Korean Balance Society (2015)

- Probable Meniere's disease
 - Two or more episodes of vertigo or dizziness, each lasting 20 minutes to 24 hours
 - Fluctuating aural symptoms (hearing, tinnitus or fullness) in the reported ear
 - Not better accounted for by another vestibular diagnosis
- Definite Meniere's disease
 - Two or more spontaneous episodes of vertigo, each lasting 20 minutes to 12 hours
 - Audiometrically documented low- to medium-frequency sensorineural hearing loss in the affected ear on at least one occasion before, during or after one of the episodes of vertigo
 - Fluctuating aural symptoms (hearing, tinnitus or fullness) in the affected ear
 - Not better accounted for by another vestibular diagnosis

Grundlagen

Die Grundlage des Morbus Menière wurde bis heute noch nicht vollständig verstanden. Es gibt dazu verschiedene Erklärungsversuche:

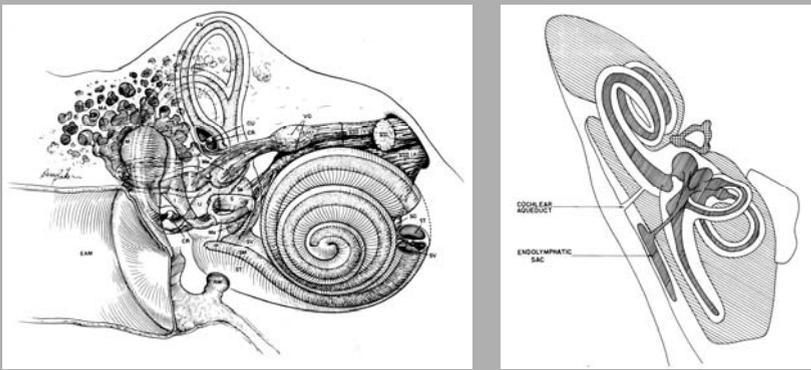
- Zunahme des Endolymph-Volumens
- Druckschwankungen im Endolymphraum
- Histologisch nachweisbare Aufweitung des Endolymphraumes

Diese Störungen sind auch als Hydrops bekannt, aber nicht per se gleichzusetzen mit Morbus Menière!

Es bleibt zu beachten:

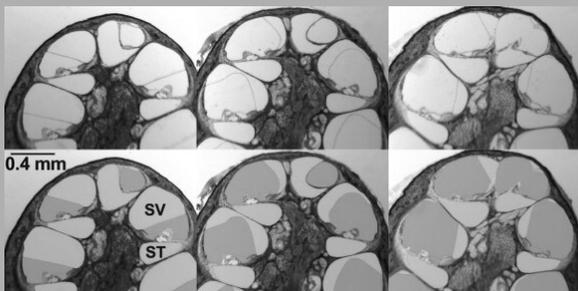
- Ein Hydrops ist Teilbestandteil des Morbus Menière.
- Ein Hydrops ist histologisch deutlich häufiger als ein MM (nicht jeder der einen Hydrops hat, hat auch Morbus Menière).

Hydrops (gestörte Volumenkontrolle)



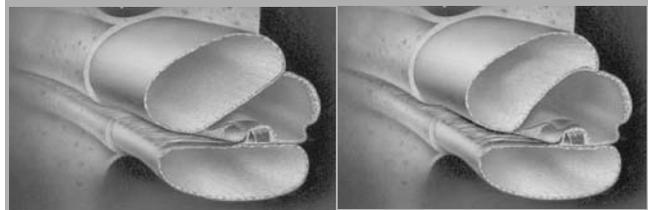
Der Hydrops kann heute per MRT beim Menschen mittels Kontrastmittel dargestellt werden. Ein vorhandener Hydrops bedeutet geringere Kontrastmittelaufnahme.

Hydrops – experimentell

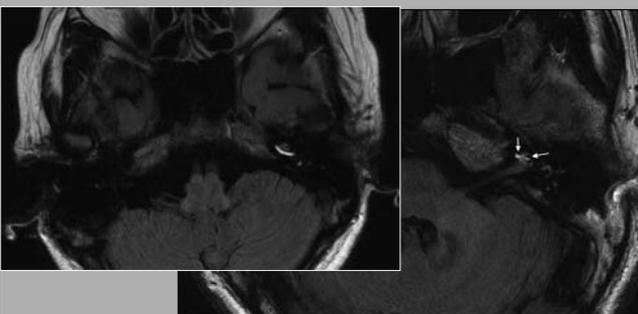


Hydrops

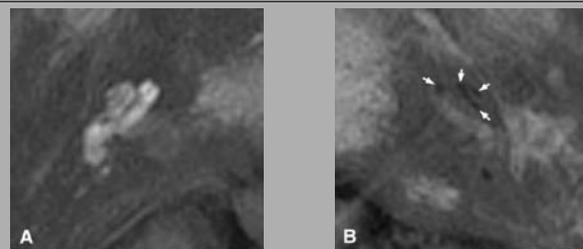
- Gestörte Druckregulation oder Volumenkontrolle der Endolymph



Hydrops – MRT-Darstellung



Hydrops – MRT-Darstellung



A rechtes Ohr; B linkes Ohr; 4 h nach intravenöser Gabe von Gadolinium (Gd), Anreicherung von Gd in der Perilymphe, Pfeile zeigen den erweiterten Endolymphraum / verkleinerten Perilymphraum bei Hydrops

Diese Untersuchung per MRT stellt zur Zeit noch keine Routineuntersuchung dar und wird nur von bestimmten Kliniken durchgeführt.

Die gestörte Volumenkontrolle (Hydrops) kann durch vermehrte Flüssigkeitsbildung oder einer gestörten Rückresorptionsfähigkeit ausgelöst und erhalten werden. Dabei ist der Körper immer bestrebt ein Gleichgewicht zu erhalten (Homöostase).

Die Flüssigkeit wird an verschiedenen Stellen gebildet:

- in der Schnecke,
- im Gleichgewichtsorgan (Verdickung der Bogengänge),
- in einer Struktur aus einem Verbindungsschlauch – zwischen dem Ductus Endolymphaticus und dem Saccus Endolymphaticus –, die außerhalb des Innenohrs und des Knochens in der Schädelgrube liegt.

Im Volumen sind Eiweiß und Ionen enthalten, dabei ist es besonders Kaliumhaltig, was benötigt wird, um in der Hörschnecke die Haarzellen zu erregen (Potentiale). Um das Gleichgewicht zu erhalten, findet ein Kaliumrecycling statt – Einströmen in die Haarzellen, Ausströmen und Rückführen. Bei diesem aktiven Vorgang kann es zu Störungen kommen.

Andere Hinweise und Erklärungsversuche bei Morbus Ménière

- a) Störungen im Innenohr bei Zellen, bzw. Subzellen sind bekannt aber nur pharmatechnisch darstellbar.
- b) Echte entzündliche Veränderungen sind bei MM eher unwahrscheinlich. Ergebnisse einer Publikation in dieser Richtung werden stark kontrovers diskutiert und konnten bis jetzt nicht nachvollzogen werden.

- c) Glukokortikoide können Effekte im Innenohr hervorrufen
- d) Mechanische Probleme können zu Druckerhöhung beim Endolymphabfluss führen und somit in einem gewissen Maß zu einer Selbsterhaltung der Krankheit führen und damit auch die Schwankungen erklären.

Hydrops (gestörte Ionenkanäle)

Ist der Morbus Ménière Folge einer Ionenkanal Dysfunktion?

Hydrops (gestörter K⁺-Ionenkreislauf)

Homöostase durch Recycling von Ionen!

Hydrops (mechanisches Problem)

Spontanheilungen

In der Literatur findet man Hinweise auf eine Spontanheilung ohne vollständigen Hörverlust bei Nachlassen bis zum vollständigen Verschwinden des Schwindels bei Erhalt des Gleichgewichtsorgans

Differentialdiagnostik

Was die Diagnose des Morbus Ménière, zusätzlich zu den bisher genannten Ungewissheiten, erschwert, sind eine Vielzahl von Berührungspunkten zu anderen Erkrankungen mit Schwindel. Diese sind in der nachfolgenden Grafik dargestellt:

Da die Differentialdiagnostik sich so schwierig gestalten kann, wird eine genaue Anamnese und der Einsatz der richtigen Untersuchungsmöglichkeiten um so wichtiger!

Morbus Ménière (Spontanheilung)

Spontane Besserung der Symptomatik bei Patienten, die eine chirurgische Therapie ablehnten (n=50):

- 57-60% der Patienten im Verlauf von 2 Jahren
- 71% der Patienten im Verlauf von 8 Jahren
- langfristige Absenkung der Hörschwelle um 50dB
- Sprachdiskriminationsverlust von 53%
- Kalorische Reizantwort um 50% reduziert

Prof. Dr. Kai Helling ist Oberarzt am Uniklinikum Mainz, Hals-Nasen-Ohren-Klinik und Poliklinik

Diagnostik des Anfallsschwindel

- Morbus Ménière: Drehschwindelattacken, mindestens 20 Minuten und maximal mehrere Stunden anhaltend, begleitet von Hörverlust, Tinnitus und Völlegefühl im Ohr
- Migräneassoziierter Schwindel: Schwindelanfälle von Minuten bis Tagen Dauer, meist Migräneanamnese, weitere begleitende Migränesymptome häufig, auch cochleäre Symptome möglich
- Vertebrobasiläre transitorisch ischämische Attacken: betrifft meist ältere Patienten mit kardiovaskulären Risiken, meist weniger als eine Stunde andauernd, weitere neurologische Symptome sind zu erwarten
- Vestibuläre Paroxysmie: pathologischer Gefäß-Nerven-Kontakt des N. VIII, viele kurze Attacken bis mehrmals täglich, cochleäre Symptome möglich
- Orthostatische Hypotension: kurze Sekunden bis Minuten dauernde Episoden mit unsystematischem Schwindel, meist ältere Patienten
- Panikattacken: kurz andauernd, spezifische Auslöser sind Situation oder Umgebungen, begleitend Erstickungsgefühl, Herzklopfen, Zittern, Hitzegefühl, Angst

Fragen und Antworten – Herbsttagung Düsseldorf (AL)

Nach den Vorträgen bestand die Gelegenheit, den beiden Referenten Fragen zu stellen. Eine Zusammenfassung finden Sie im Anschluss.

Frage: *Begünstigt hohe Lautstärke, z.B. Kopfhörer, eine Menière-Attacke?*

Prof. Helling: Da kann man ziemlich deutlich „Nein“ sagen. Es ist sicherlich so, dass Menière-Patienten ein geschädigtes Innenohr haben, was sie zu einem gewissen Grade empfindlicher gegen Geräusche werden lässt. So meidet man Situationen in denen es laut zugeht, weil man dort schlechter versteht und mehr Aufwand zum „Enträtseln“ betreiben muss. Aber Lärm löst keine Menière-Attacke aus. Es gibt Schwindel, der durch Lärm ausgelöst werden kann, etwa das Tullio-Phänomen, aber das hat ganze andere physiologische Hintergründe. Selbst die intensive Arbeit mit Kopfhörer steigert den Lärmpegel nicht in solchem Maße, dass sich ein Menière davon ableiten ließe.

Frage: *Darf man mit Morbus Menière Auto fahren und was sagt die Versicherung dazu?*

Dr. Schaaf: Hierzu ein ganz klares „Nein“! Dies stellt zwar eine ziemlich radikale Aussage dar, aber niemand, der vielleicht bis jetzt die Anfälle kommen spürte, kann mit völliger Gewissheit davon ausgehen, dass dies immer so bleibt. Gerade bei Drops, die definitiv ohne Vorboten kommen, kann der Betroffene, mehrere Sekunden „weg sein“. Man muss sich auch die eigene Verantwortung gegenüber seinen Mitmenschen, die man schädigen könnte, bewusst machen.

Prof. Helling: Dies muss aber nicht unter allen Umständen so bleiben. Es existiert die Möglichkeit der Begutachtung auf eine 2-jährige Schwindelfreiheit. Diese muss aber von ärztlicher Seite dokumentiert sein. Deshalb ist es auch sehr wichtig, einen MM nicht vorschnell zu diagnostizieren und zu dokumentieren. Bei Unfällen kann es Probleme mit der Versicherung geben, wenn der MM dokumentiert ist und die Versicherung die Krankenakte einsieht. Auch hier nochmal die Wichtigkeit keiner vorschnellen Diagnose.

Frage: *Wie wirksam ist Gentamycin?*

Prof. Helling: Ich bin ein großer Freund von Gentamycin. Es kommt aber auf das Verfahren an, wie das Mittel gegeben wird. Davon hängt nach Studien auch der Grad der Ertaubung ab. Es hat sich als günstiger erwiesen, wenn der Patient noch besser hört.

Dr. Schaaf: Jedoch sollte vor der Gabe von Gentamycin die Diagnose MM klar sein, denn Gentamycin wirkt nicht bei Lagerungsschwindel, nicht bei vestibulärer Migräne und nicht bei psychogenem Schwindel.

Frage: *Sind Gleitsichtbrillen ok?*

Prof. Helling: Gleitsichtbrillen sind dann ok, wenn der Träger keine Gleichgewichtsstörungen hat. Bei der Änderung des Blickwinkels tritt bei Gleitsichtbrillen auch eine Änderung der räumlichen Wahrnehmung auf. Dies ist für Menschen mit Gleichgewichtsstörungen hinderlich, beim Versuch bei Anfällen einen Punkt zu fixieren um Halt zu finden. Meine Empfehlung im häuslichen Umfeld Gleitsichtbrille tragen, außerhalb umsteigen auf Lese- und Fernbrille.

Frage: *Können Vitaminpräparate helfen?*

Prof. Helling: Sie schaden auf jeden Fall nicht, zumindest nicht bei Morbus Menière.

Dr. Schaaf: Es gibt sicherlich Schwindelthemen bei denen solche Präparate helfen können, da Schwindel an sich ein weites Feld darstellt. Das wäre aber unter Umständen ein eher internistisches Thema.

Frage: *Können Luftdruckänderungen bei Wetteränderungen MM auslösen?*

Dr. Schaaf: Eher nicht, das spräche mehr für Migräne.

Frage: *Kann ein Schwindelanfall der länger als 24 Stunden dauert ein Morbus Menière sein?*

Prof. Helling: Wenn noch die anderen Symptome

Fragen und Antworten – Herbsttagung Düsseldorf (AL)

für MM sprechen, kann das sehr wohl sein. Die Definition bildet hier nur eine Orientierungshilfe. Die Diagnose ist immer abhängig vom Gesamtbild.

Frage: *Kann der Verlust von zwei Gleichgewichtsorganen ein normales Leben, inklusive Autofahren ermöglichen?*

Dr. Schaaf: Im Prinzip ist dies möglich, solange die Augenbewegungen funktionieren. Trotzdem ist es abhängig von der konkreten Situation und man sollte ein hohes Maß an Eigenverantwortung zeigen.

Prof. Helling: Die Gleichgewichtsorgane haben die Funktion den Blick zu stabilisieren. Beim Ausfall beider Gleichgewichtsorgane, sieht man aber unscharf und die Welt fängt an zu schwingen. Besser ist eine minimale Restfunktion der Organe, die dieses Ausgleichen kann.

Frage: *Gibt es einen Zusammenhang von Morbus Menière und Entzündungen?*

Dr. Schaaf: Mir ist in dieser Richtung nichts bekannt.

Prof. Helling: Aus meiner Praxis gibt es keine Erfahrungen, die belegen, dass MM und Entzündungen miteinander einhergehen.

Frage: *Kann Bildschirmarbeit ein Auslöser für Morbus Menière sein?*

Prof. Helling: Bildschirmarbeit ist sicherlich nicht optimal, dass aber ein Triggern stattfindet ist eher unwahrscheinlich. Negative Einflüsse auf das Gleichgewichtsempfinden kann jedoch die falsche Haltung vor dem Bildschirm haben (Ergonomie).

Frage: *Steigert viel klassische Musik in hohen Lagen das Hörvermögen?*

Prof. Helling: Musik hören als Hörerlebnis, um sich von Tinnitusymptomen abzulenken, wird empfohlen. Ebenso helfen harmonische Klänge bei Hyperakusis (Lautheitsanpassung). Eine Steigerung der Konzentration kann möglich werden, wenn man die Musik sehr bewusst hört. Natürlich wirkt Musik auch entspannend. Unter diesen Gesichtspunkten übt Musik einen positiven Einfluss aus, führt jedoch zu keiner direkten Verbesserung des Hörvermögens.

Dr. Schaaf: MM zieht ja einen Hörverlust nach sich. Man kann nun Musik dazu benutzen, dieses Hören, solange es noch vorhanden ist, zu trainieren. Dies zeigt durchaus Wirkung. An eine direkte Therapie durch Musik bei Hörminderung glaube ich nicht.

Das Patienten-Arzt-Verhältnis beim M. Menière - Wechselwirkungen auf schwindelerregender Grundlage

Es gibt Krankheiten, die für Patienten und Ärzte einfacher zu diagnostizieren und zu behandeln sind. Dies ist dann der Fall, wenn nach einer noch so komplizierten Diagnosefindung eine Therapie eingeleitet werden kann, die Heilung oder zumindest eine nachhaltige Verbesserung verspricht. Beim M. Menière kann schon die Diagnosestellung schwierig sein und die Therapie des Schwindels und des Hörverlustes kann meistens nur symptomorientiert bleiben. Das stellt auch das Arzt-Patienten-Verhältnis oft auf eine wechselseitige Belastungsprobe.

Die Krankheit

Die Menièresche Erkrankung (Morbus Menière) ist definiert als eine Innenohrerkrankung mit anfallsartigen Drehschwindelattacken, einem anfangs schwankenden, auf die Dauer tendenziell zunehmenden Hörverlust und einem in der Regel tief klingenden Tinnitus. Im Verlauf der über Jahre anhaltenden Erkrankung ändert sich meist der Charakter der Schwindelerscheinungen und -Empfindungen. Am Ende bleibt meist eine mit Hörgeräten versorgbare einseitige Schwerhörigkeit und der Zustand eines einseitigen Gleichgewichtsausfalls, der bei einer gelingenden Verarbeitung weitestgehend kompensiert werden kann.

Zudem sind Menière-Patienten noch öfter als andere von einem im Prinzip heilbaren gutartigen Lagerungsschwindel betroffen, der oft als Menière-Attacke verkannt wird. Bei vielen entwickelt sich zusätzlich zu den organisch bedingten Schwindelerscheinungen eine Behandlungsbedürftige, meist reaktive Angst- und Depressionskomponente, die Betroffene und Therapeuten oft nicht von einem organischen Schwindel unterscheiden können.

Die Ausgangslage des Patienten

Schwindel geht mit dem Gefühl des Kontrollverlustes, der Handlungsunfähigkeit und der dabei erlebten Hilflosigkeit einher (Eckhardt Henn 1997). Der Hauptfaktor für eine sich daraus entwickelnde anhaltende Angst bei Schwindelerkrankungen ist die Unvorhersehbarkeit der Schwindelattacken. So können Schwindelanfälle das bis dahin als selbstverständlich angenommene Gleichgewicht gründlich durcheinanderwirbeln. Erst durch das Schwinden des Gleichgewichts wird bewusster, was alles nötig ist, um aufrecht gehen zu können. Im Schwindel und mit der Angst vor dem nächsten Schwindel kann man sich „von allen guten Geistern“ verlassen fühlen und ohnmächtig zurückbleiben.

Wirth (2000) hat bei Patienten mit Schwindel eine Vielzahl von Gedanken sammeln können, die den Schwindel und die Angst verstärken, wie:

- „Der Schwindel hört nie auf!“
- „Diesen Schwindelanfall überstehe ich nicht!“
- „Was werden die Leute von mir denken, wenn ich so schwanke?“
- „Vielleicht muss ich jetzt sterben!“
- „Ich kann es nicht mehr aushalten mit diesem Schwindel!“
- „Ich werde aus der Bahn geworfen!“
- „Mir wird der Boden unter den Füßen weggezogen!“
- „Ich verliere den Halt in der Welt!“

So ist es verständlich, dass man jemanden bzw. einen Arzt sucht, der Halt in der Not geben kann. Es ist dabei ebenso nachvollziehbar, dass man die „alte“ Sicherheit als Voraussetzung für das weitere Handeln und Leben empfindet. Wie bei anderen Erkrankungen oft möglich, sollen wirksame Maßnahmen den Schwindel möglichst effektiv unterdrücken, am bes-

ten ganz beseitigen und eine Wiederholung des als bedrohlich erlebten Ereignisses verhindern.

Mit dieser Erwartung und diesem Anspruch suchen Schwindel-Patienten einen Arzt, der möglichst auf gesicherter Grundlage weiterhelfen soll. Meist haben die Patienten dabei schon mindestens eine nicht immer glückliche Notfallbehandlung erlebt, die mit oder ohne schwindelverstärkenden Vorlauf zur Linderung geführt hat.

wiegende Verursacher (akut etwa ein Schlaganfall, langfristig etwa eine neurologische Erkrankung oder ein Tumor) ausgeschlossen werden. Dies führt oft zu einer Aufteilung der Diagnostik in verschiedene Fachgebiete. Glücklicherweise finden dann die meisten Ärzte „nichts“, d. h. nichts Krankhaftes in ihrem Gebiet. Unglücklicherweise entsteht daraus noch kein erklärendes Gesamtbild, auch nicht für den oft als Anlaufpunkt dienenden Hausarzt. Zu oft muss sich



*Bob?: Appellierendes
Fragezeichen an wackliges
Ausrufezeichen*



Dennoch gibt es nicht den Menière-Patienten, sondern Patienten mit M. Menière, die

- nach dem Anfall und einer relativ kurzen Ruhepause wieder schnell auf den Beinen sind und den Anfall abhaken,
- noch lange danach verzweifelt sind und das Ereignis depressiv nacherleben,
- mit Sorge dem nächsten Anfall entgegenbangen, sodass die psychogene Angst- und Schwindelkomponente zum entscheidenden Anteil der Menièreschen Erkrankung wird.

Die Ausgangslage des Arztes

Der Arzt trifft bei Menschen mit Schwindelerlebnissen auf eine komplexe diagnostische Ausgangslage. Auch wenn sich nach einer ausreichenden Erhebung der Krankengeschichte und einer klinischen Untersuchung die häufigsten 10 Schwindelformen meist gut zuordnen lassen, reichen die möglichen Schwindelursachen in fast alle Fachgebiete hinein. Dabei müssen durchaus schwer-

der Betroffene selbst seine Vorstellungen machen, was bei der schwindelerregenden Grundlage meist auch auf wackligen Beinen steht.

Erscheint dann (aber) ein M. Menière in seinem organischen! Anteil soweit gesichert, bleibt für den aufgesuchten Arzt, meist den HNO-Arzt, die Unvorhersehbarkeit des Verlaufs und – um es vorsichtig zu formulieren – eine therapeutische Unsicherheit. Dabei spürt der Behandler die oft hohe Not und tiefe Verzweiflung des Patienten, die aber nicht in sein Fachgebiet fällt und zudem meist den Rahmen des Kassen-Zeitbudgets zu sprengen droht.

Dabei kann die verständliche Erwartungshaltung, die fehlende Sicherheit zurückzugeben, beim Behandler selbst Schwindelgefühle auslösen. Dieses Phänomen der „Gegenübertragung“ ist in der Psychotherapie gut bekannt und kann als Diagnosehilfe benutzt werden. Dennoch ist es „verunsichernd“ für den Arzt.

Zudem kann der Erwartungsdruck des Patienten, der Arzt möge auf jeden Fall „etwas Hilfreiches“ anordnen oder tun, den Behandler selbst in kaum auflösbare

Widersprüche bringen (zusammen mit oft ebenso ambivalenten Beschützerimpulsen). Das fängt schon damit an, die „oft gefürchtete Diagnose“ zu stellen („Sagen Sie mir bitte nicht, ich hätte Menière!“) oder sie zu früh bzw. falsch zu stellen.

Muss sich dann der Arzt hinsichtlich des Verlaufs und der Therapie sicherer geben, als er sein kann, kann dies zunächst seine von ihm verbal und nonverbal gegebenen Botschaften verstärken. Dabei riskiert er aber eine Schein-Sicherheit auf dünnem Eis, die mit dem nächsten Schwindel einbrechen kann, womit auch die an ihn delegierte Verlässlichkeit ganz schwindet oder zumindest infrage gestellt wird.

Hält der Arzt ehrlicherweise die Möglichkeiten offener, erhöht das zwar die Wahrhaftigkeit seiner Aussage, dafür beschränkt es in der aktuellen Begegnung aber beim Patienten das Gefühl der Sicherheit. Dabei ist es auch für einen Mediziner schwierig auszuhalten, „nicht heilsam“ sein zu können. Die dabei vom Patienten möglicherweise als Unsicherheit erlebte Haltung, verbunden mit einem Nichthinnehmen-Wollen der Situation, führt oft zu einer wahren Odyssee an Besuchen bei richtigen und falschen Experten.

Dieses Dilemma - zusammen mit oft ambivalenten Beschützerimpulsen - kann dazu führen, dass der Arzt in Versuchung geraten kann, mit den ihm bekannten und zur Verfügung stehenden Mitteln vorzugehen, auch wenn sie für das konkrete Schwindelerleben wahrscheinlich nicht geeignet sind. „Bei Schwindel ...“; Mit diesem Slogan zieren zwei Medikamentennamen so manche von der Industrie zur Verfügung gestellte Plakate und Rezeptblöcke. Dies erklärt, wieso eine Medikamentengruppe ohne Wirknachweis wie die Betahistine und die von der derzeitigen „Schwindel“-Leitlinie als „obsolet“ (wirkungslos) eingestufte Saccotomie dennoch immer wieder eingesetzt werden.

Dabei sind enttäuschte Hoffnungen auch eine ernsthafte Nebenwirkung. Zudem besteht die Gefahr, dass – im besten Bemühen und mit sicher gut gemeinter Absicht – bei Ausbleiben des Erfolgs nach der ersten Therapie die zweite versucht wird und z. B. immer weiter operiert und ausgeschaltet wird, während etwa der psychogene Anteil des Schwindels in der erlebten Not vergrößert wird.

Andererseits und gleichzeitig können beim Behandler aber auch Abwehrwünsche und -reflexe gegen die auch ihn hilflos machende Not des Patienten ausgelöst werden.

- „Ich kann Ihnen da auch nicht mehr weiterhelfen“
- „Das ist nicht organisch (kein Menière), Sie schwindeln wohl!“
- „Wenn Sie mir nicht glauben, gehen Sie woanders hin, zum Spezialisten oder zum Psychotherapeuten“
- Dies kann dem verständlichen Selbstschutz dienen, ist aber ungünstig für den Patienten.
- Dabei hat die Medizin vieles zu bieten. So kann der HNO-Arzt den Grundstein für eine effiziente Behandlung legen bei
- der Erkennung (Diagnostik) der Erkrankung
- der Aufklärung und Beratung
- einer effektiven Dämpfung des akuten Anfalls
- technischen Kompensationshilfen beim Hörverlust bis zum Cochlea-Implantat
- der Minderung und ggf. Ausschaltung der Funktion des Gleichgewichtsorgans

Der Arzt kann bei dieser Erkrankung eben nur keine Heilung versprechen, sehr wohl aber die Möglichkeit des Ausgleichs der Höreinschränkung und eine Minderung oder Ausschaltung des Schwindelzentrums, wenn es anders nicht gehen sollte.

Was könnte bei der Patienten-Arzt-Begegnung helfen?

Bei einer Begegnung sind immer (mindestens) zwei unterwegs, wobei durch das Patienten-Arzt-Verhältnis und den (Kassen-)Praxis- oder Krankenhaus-Rahmen vieles vorgegeben ist. Auf der Sachebene sucht der eine Aufklärung, Rat und eine möglichst wirksame Therapie, der andere bietet die aus seiner Sicht notwendige oder ihm zur Verfügung stehende Diagnostik und macht Vorschläge und Anordnungen im Rahmen seiner Profession. Gleichzeitig begegnen sich zwei Menschen in einem hierarchischen Beziehungsgefüge, das u. a. durch die Not und den Schwindel auf der einen Seite und eine spezielle Kompetenz auf der anderen Seite charakterisiert ist.

Therapie heißt wörtlich übersetzt Begleitung. Das bedeutet auch, dass die Begegnung auf Wiederholung ausgerichtet sein kann, wenn es nicht bei einem einmaligen Zusammentreffen oder „Zusammenprall“ bleiben soll. Es muss dabei nicht immer „etwas“ gemacht werden. Manchmal reicht es zu erkunden, was möglich ist, statt auf etwas zu setzen, was schnell zur Enttäuschung werden kann.

Dabei ist es unterstützend und wertschätzend, wenn nicht gar weichenstellend, dass der Patient trotz aller Unsicherheit in der Krankheit und bei der zeitlichen Begrenztheit einer Kassenpraxis als Mensch mit Krankheit gesehen werden kann.

Fragen wie

- Wie geht es Ihnen (damit)?
- Was oder wer könnte Ihnen als Nächstes weiterhelfen?

können Türöffner sein, die nicht länger in Anspruch nehmen als machbar, aber mehr an Vertrauen und „Compliance“ herstellen als eine sicher vorgetragene Aussage oder ein Rezept.

So hängt das Gefühl, Einfluss auf das Erleben und den Verlauf nehmen zu können und im besten Fall den Schwindel in

den Griff zu bekommen, sowohl von den Bewältigungsmöglichkeiten des Patienten wie auch einer als hilfreich oder nicht hilfreich erlebten Erfahrung mit dem Arzt bzw. „der Medizin“ ab. Vielleicht mehr noch als bei anderen Erkrankungen mit körperlichen und seelischen Komponenten ist das Verstehen und Wissen bei M. Menière nötig. Je besser die Erkrankung verstanden wird, desto geringer können die Folgeprobleme werden. In der ersten Phase ist das Ringen (mit sich selbst und anderen) um die Akzeptanz verständlich und ebenso notwendig, dass noch weiter nach Lösungen und Alternativen geforscht wird. Später geht es oft darum, die Phänomene des reaktiven psychogenen Schwindels und die mögliche Ausweitung der Angstkomponente zu verstehen.

Günstig für den Betroffenen und den Arzt ist es, wenn die Fragestellenden – so gut es der Schwindel erlaubt – vorbereitet sind. So sollte man

- sich schon vorab die für einen selbst wichtigen Fragen überlegt und möglichst auch aufgeschrieben haben, damit man am Ende nicht das Wichtigste vergessen hat oder erst fragt, wenn die Zeit drängt oder abgelaufen ist
- die Befunde mitbringen, die verfügbar sind, damit der Arzt zum einen nichts doppelt machen muss und zum anderen nicht ins Ungefähre beraten muss
- ein Gleichgewichtstagebuch (unter diversen Internetadressen zu finden.) führen und mitbringen
- die bisherigen Medikamente auflisten
- vielleicht sogar jemanden (Partner, Freund) mitbringen und den Arzt fragen, ob er dabei sein darf
- selbst wiederholen, was man verstanden hat und was der nächste Schritt sein könnte
-?



BOB?!:
Unterschied zwischen: Die Krankheit und der Arzt, und der Kranke bleibt ganz klein dahinter und fragt dann die Sprechstundenhilfe:
"Was hat er gesagt und was soll ich tun?"

Günstig ist, wenn dabei der Arzt aus seiner – vielleicht erhofften – Rolle als Heiler und „Wegmacher“ befreit werden kann.

Vonseiten des Arztes ist es für den Patienten hilfreich,

1. die Glaubhaftigkeit der Beschwerden zu bestätigen und ihn – wenn möglich – zu verstehen,
2. für den Patienten verstehbare Erklärungen anzubieten, sowohl für den organischen Anteil wie auch für die – verständliche – Entwicklung eines möglichen psychogenen Anteils,

3. fragliche oder eher unsichere Eingriffe zu vermeiden,

4. neu zu überlegen und zu handeln, wenn sich die Schwindelqualität ändert (z. B. bei einem hinzugekommenen Lagerungsschwindel),

5. Termine für die Begleitung im weiteren Verlauf zu vereinbaren (statt erst wieder „mit Schwindel“ kommen zu dürfen),

6. zu angemessenen aktiven Gleichgewichtsleistungen (Sport, Übungen etc.) zu ermutigen,

Stadiengerechte Behandlung	Günstig für Menière-Patienten	Eher Ungünstig
Bei der Diagnosestellung	Diagnose auf möglichst sicherer Basis unter Abwägung der Differentialdiagnosen und Verwendung spezieller neurootologischer Diagnostik (vor allem die Migräne)	Verdachtsdiagnosen ohne ausreichende Gewissheit stellen
Zu Beginn nach der Diagnose	nachvollziehbare Aufklärung Hinweis auf Literatur und Selbsthilfegruppen	Da kann <i>man</i> nichts machen
Im Verlauf der Erkrankung	Bei allem Realismus ein Stück berechtigte Hoffnung und vor allem angemessene Begleitung	Einen schicksalhaften Weg in die Taubheit und den beidseitigen Gleichgewichtsausfall prognostizieren
Bei Ausweitung des Hörverlustes	Hörgeräte anpassen lassen, auch zum Erhalt des Richtungshörens	Warten „bis zur stabilen Hörschwelle“
Bei Ausweitung der Angstkomponente	Aufklärung, Hinzuziehen psychotherapeutischer Unterstützung, Antidepressiva	„Bin ich nicht zuständig“
Bei Ausweitung der Schwindelkomponente	Möglichkeit der sicheren Ausschaltung (intratympanales Gentamycin) Neurektomie des N. vestibularis	Wirkungslose chirurgische Eingriffe mit immer wieder enttäuschten Hoffnungen

7. Selbsthilfegruppen mit einzubeziehen und

8. den Patienten das Besprochene zusammenfassen zu lassen, um mögliche Informationsverzerrung korrigieren zu können.

Gleichzeitig kann ein Hinweis darauf, bei bestimmten Fragestellungen mit der eigenen Kompetenz an Grenzen gestoßen zu sein, ebenso wahrhaftig wie vertrauensbildend sein, erst recht, wenn er mit einem Hinweis zu einer anderen Kompetenzstelle verbunden werden kann.

Günstig für den Menière-Patienten ist, wenn er sich trotz des Schwindels bei seinem Arzt und Therapeuten gut aufgehoben fühlen kann. Dann kann er das Machbare, Mögliche umsetzen, weil er nicht das Unmögliche erwartet, das den Arzt verzweifeln lassen kann.

Zu den ausgleichbaren Folgen gehören:

- die Schwerhörigkeit,
- das Erleben der Erkrankung,
- die sozialen Auswirkungen,
- die zwischenmenschlichen Einbrüche und Herausforderungen.

Zu den beeinflussbaren Faktoren gehören:

- psychologisch therapierbare Konstellationen, die zu Schwindel und – vielleicht auch über eine sich nichtauflösende Spannung – zu Veränderungen im Innenohr führen,
- die Ausweitung des aus dem Innenohr kommenden Schwindels zum psychogenen Schwindel mit seinen möglichen Rückwirkungen auf das Innenohrgeschehen,
- die Vermischung mit anderen Schwindelformen (ausgelöst durch Blutdruck, Angst, Sehfehler usw.).

Die beeinflussbaren Faktoren tragen zumindest dazu bei, dass die Verläufe bei Patienten mit M. Menière sehr unterschiedlich verlaufen können. So gibt es:

- nicht wenige Menière-Kranke, die mit Sorge dem nächsten Anfall ent-

gegenbangen, sodass die psychogene Angst- und Schwindelkomponente zum entscheidenden Anteil der Menièreschen Erkrankung wird,

- Menière-Kranke, die noch lange danach verzweifelt sind und das Ereignis depressiv nacherleben und
- Menière-Betroffene, die nach dem Anfall und einer relativ kurzen Ruhepause wieder schnell auf den Beinen sind und – mit bestimmten Einschränkungen (z. B. Fahrtüchtigkeit) – dennoch alltags- und berufsfähig sind.

Literatur:

1. Adrion, S., Fischer, C., Wagner, J., Gürkov, R., Mansmann, U., Strupp, M., (2016) Efficacy and safety of betahistine treatment in patients with Meniere's disease: primary results of a long term, multicentre, double blind, randomised, placebo controlled, dose defining trial (BEMED trial) *BMJ* 2016;352:h6816 doi: 10.1136/bmj.h6816 Volltext frei zugänglich über <http://www.bmj.com/content/352/bmj.h6816>
2. Eckhardt-Henn, A., Tschan, R., Best, C., Dieterich, M. (2009) Somatoforme Schwindelsyndrome *Nervenarzt* 80:909–917
3. Plontke S.K., Gürkov, R. (2015) Morbus Menière. *Facharztwissen HNO*. LRO;94: 530-554
4. Schaaf, H. (2011) M. Menière. Ein psychosomatisch orientierter Leitfaden. (7. Aufl.) Heidelberg: Springer; S. 222.
5. Schaaf, H. (2015) Die ausbleibende „Rück-Anpassung“ nach einer Gleichgewichtskrise als Grundlage eines anhaltenden Schwindels. *Tinnitus-Forum*. 19-25
6. Staab, J. (2012) Chronic Subjective Dizziness. *Continuum*; 18(5): 1118-1141
7. Tyrrell, J., White, M.P., Barrett, G., Ronan, N., Phoenix, C., Whinney, D.J., Osborne, N.J. (2015) Mental Health and Subjective Well-being of Individuals with Ménière's: Cross-sectional Analysis in the UK Biobank. *Otol Neurotol*. 36(5):854-61.
8. Westhofen, M. (2009) M. Menière. Evidenzen und Kontroversen. *HNO* 57:446–454
9. Wirth, W. (2000) Psychologische Möglichkeiten bei Schwindel. *Tinnitus-Forum* 4/2000

1. Februar 2016

Klinische Prüfungen - Teilnahme ja oder nein?



Auf einer Veranstaltung der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) und des Verbandes der forschenden Pharmahersteller (vfa/vfa bio) tauschen sich Wissenschaftler und Patientenvertreter über Erfahrungen bei der Teilnahme an klinischen Studien aus.

Dr. Andreas Reimann, ACHSE e.V. (© vfa, Dirk Laessig)

In seiner Begrüßung stellt der ACHSE-Vorsitzende Dr. Andreas Reimann klar: Menschen mit seltenen Erkrankungen brauchen neue Therapieoptionen. Diese

sind aber nur über klinische Studien zu erhalten. Dafür brauche es wiederum Patienten, die sich an den Prüfungen beteiligten. Reimann zufolge müssen allerdings bei klinischen Studien die Präferenzen der Patienten beachten werden. Wichtige Fragen seien: Werden die Teilnehmer gut aufgeklärt? Können sie auch Menschen mit Beeinträchtigungen verstehen? Ist die Durchführung der Studie für die Betroffenen überhaupt machbar? Werden die Ergebnisse kommuniziert? Um Studien erfolgreich zu gestalten, sei eine enge Zusammenarbeit von Ärzten, Patienten und Sponsoren erforderlich, unterstreicht er auf der von Martina Ochel, Geschäftsführerin von Sanofi-Genzyme und stellvertretende Vorsitzende von vfa bio, moderierten Veranstaltung.



Wie funktionieren klinische Studien?

Dr. Thorsten Ruppert, vfa (© vfa, Dirk Laessig)

Dr. Thorsten Ruppert vom vfa erläutert den Ablauf klinischer Prüfungen. Es gehe dabei von der Genehmigung des Prüfplans durch die Zulassungsbehörden über die Testung mit gesunden Probanden in der Phase I bis zur Phase II, in der die Verträglichkeit der Substanz mit wenigen Kranken geprüft werde. Darauf folge mit der Phase III eine randomisierte, doppelblinde klinische Studie mit vielen Kranken, in der Wirksamkeit, Verträglichkeit

und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten geprüft würden. „Phase I-Studien sind immer auch mit Risiken verbunden“, unterstreicht Ruppert. Dies zeige der Vorfall in Frankreich, bei dem ein Proband ums Leben kam und weitere geschädigt wurden. Grundsätzlich würden sowohl die Zulassungsbehörden als auch die Ethikkommissionen das Nutzen-Risiko-Verhältnis genau abwägen. Probanden und Patienten nähmen immer freiwillig und nur nach ausführlicher mündlicher und schriftlicher Information an Prüfungen teil.

Klinische Studien vs. klinische Prüfungen

Während früher diese Begriffe weitgehend synonym verwendet wurden, hat die Europäische Union in ihrer Verordnung zu klinischen Studien von 2014 eine andere Definition vorgenommen: „klinische Studien“ ist der Oberbegriff, der alle am Menschen durchgeführten Untersuchungen einschließt, während sie bei „klinischen Prüfung“ die Arzneimittelprüfung im engeren Sinne meint.

Keine Studie ohne Zustimmung der Ethikkommission

Prof. Jörg Hasford, Arbeitskreis der Ethik-Kommissionen (© vfa, Dirk Laessig)

Der Vorsitzende des Arbeitskreises Medizinischer Ethikkommissionen, Prof. Dr. Jörg Hasford, beleuchtet die Arbeit der Ethikkommissionen in klinischen Prüfungen. Alle derartigen Studien benötigen eine „zustimmende Bewertung“ durch das zuständige Gremium. Die Verfahrensabläufe seien im Arzneimittelgesetz detailliert geregelt, die Entscheidungsspielräume für die Kommissionen sei eng begrenzt. Ihre Aufgabe sei es, Prüfplan und Nutzen-Risiko-Bewertung, die Aufklärungsunterlagen, die Qualifikation der Prüfer und die Eignung der Ärzte sowie die Versicherungen zu kontrollieren. „Wir erreichen bei über 90 Prozent der eingereichten Anträge Verbesserungen“, betont der Professor für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie an der Universität München. Dies sei zum Beispiel bei den Aufklärungsmaterialien der Fall, die häufig viel zu lang seien, sowie beim Teilnehmerschutz, bei dem strengere Ausschlusskriterien und eine intensivere Nachbeobachtung durchgesetzt würden. Vor einer neuen Aufgabe stünden die Ethikkommissionen durch die EU-Verordnung von 2014, die vorsieht, die Position von Patientenverbänden in den Stellungnahmen der Ethikkommissionen zu berücksichtigen. Insgesamt, so der Medizinethiker, „ist das erreichte Schutzniveau für die Teilnehmer an klinischen Prüfungen in Deutschland meines Erachtens sehr hoch.“



Spagat zwischen der Arzt- und der Forscher-Rolle

Dr. Hans Klose, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (© vfa, Dirk Laessig)

Als Mediziner, der sich an klinischen Prüfungen beteiligt, habe man zwei Rollen, sagt Dr. Hans Klose, Lungenfacharzt vom Uniklinikum Hamburg-Eppendorf: „Man ist zum einen Arzt seines Patienten und will



Klinische Prüfungen - Teilnahme ja oder nein?

ihm bestmöglich helfen, zum anderen ist man Forscher und will die Entwicklung voranbringen.“ Der Arzt habe die Aufgabe, die richtigen Patienten für eine Prüfung auszuwählen, sie ausführlich zu informieren und sie während der Studie intensiv zu betreuen. Gleichzeitig gebe es eine Menge an Dokumentationsvorgaben, die beteiligte Mediziner zu erfüllen hätten. Entscheidend für das Arzt-Patienten-Verhältnis ist aus Sicht von Klose die Ehrlichkeit. „Wir machen Studien, weil wir es nicht wissen. Wir wissen nicht, welche Wirkung das Medikament hat und welche Nebenwirkungen“, so Klose. Häufig sei für den Probanden der eigene Nutzen nicht so groß, sondern im Vordergrund stehe der Gruppennutzen. Dies müsse dem Teilnehmer auch ehrlich und fair kommuniziert werden.

Wo sind klinische Studien zu finden?

Neben dem behandelnden Arzt geben auch sogenannte Studienregister Auskunft darüber, welche Studien durchgeführt werden, z. B.?

- US NIH: www.clinicaltrials.gov (in Englisch)
- EMA: www.clinicaltrialsregister.eu (in Englisch)
- WHO: www.who.int/ictcp (in Englisch)
- Portal für seltene Erkrankungen/Orphan Drugs: www.orpha.net (in Englisch)
- www.drks.de (in Deutsch)



Genauere Abwägung des persönlichen Nutzens und Risikos

Dr. Jutta Bend, Mukoviszidose Institut (© vfa, Dirk Laessig)

Dr. Jutta Bend vom Mukoviszidose Institut verweist darauf, dass es für Teilnehmer von Studien Rechte und Pflichten gebe. Zu den Rechten gehörten eine ausführliche Aufklärung und Information, die Einhaltung des Datenschutzes, eine Versicherung und eine intensive Betreuung durch den Arzt. Ein Proband könne jederzeit seine Einwilligungserklärung zurück-

nehmen. Wenn ein Patient sich für eine Teilnahme entscheide, müsse er Kontrolltermine regelmäßig wahrnehmen und weitere studienspezifische Anforderungen erfüllen. Nutzen und Risiken sollten Teilnehmer gründlich abwägen. Eine Studie beinhalte eine intensivere Betreuung sowie die Chance auf eine verbesserte Therapieoption. Dagegen seien der persönliche Aufwand, der mit einer Teilnahme verbunden ist, sowie die möglichen Nebenwirkungen, die ein neues Medikament haben kann, zu stellen.

Ein Proband sollte sich laut Bend folgende Fragen stellen:

- Bin ich als Patient bereit, die Rechte und Pflichten zu akzeptieren?
- Gibt es aktuelle Studien, die zu mir passen?
- Wie groß ist der potenzielle wissenschaftliche Fortschritt? Wie ist die Qualität der Studie?
- Erhalte ich die Ergebnisse der Studie?
- Wie ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis der konkreten Studie? Wie hoch ist das Risiko für Nebenwirkungen? Wie hoch ist der potenzielle persönliche Nutzen?
- Ist der Aufwand mit Berufs-/Lebensplanung vereinbar?
- Entstehen Kosten durch die Studienteilnahme?
- Gibt es persönlich inakzeptable studienspezifische Anforderungen (z.B. vorgeschriebene Verhütung, regelmäßige Schwangerschaftstests etc.)?

Wozu dienen Endpunkte?

Dr. Kristian Löbner, MSD (© vfa, Dirk Laessig)

Endpunkte dienen in klinischen Prüfungen dazu, die Frage zu beantworten, was durch die neue Therapie verbessert wird. Kurz gesagt: Sie sind das Studienziel. Dr. Kristian Löbner geht in seinen Ausführungen ausführlich auf das Thema ein. Endpunkte sollten so gut wie möglich das Krankheitsgeschehen repräsentieren, so der medizinische Direktor bei MSD. Da dieses mehrere Facetten aufweise, müsse man sich für eine entscheiden. Löbner differenziert zwischen harten und weichen Endpunkten. Laborergebnisse wie beispielsweise Cholesterinwerte gelten beispielsweise als weiche, sie werden auch Surrogate genannt. Weitere Endpunkte können sein: die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten, die Remission der Krankheit sowie das Überleben. Letzteres sei der härteste Endpunkt, den es gebe, sagt Löbner. „Je härter ein Endpunkt ist, desto länger muss die Studie dauern und desto mehr Teilnehmer braucht es, um gute Ergebnisse zu bekommen.“ Bei der Auswahl der Endpunkte gelte: so patientenrelevant wie möglich und so prognostisch sinnvoll wie es irgendwie geht. Es müsse immer ein Kompromiss geschlossen werden – unter anderem zwischen der Machbarkeit und der Belastung, der die teilnehmenden Patienten ausgesetzt seien. Einen Austausch mit Betroffenen und Selbsthilfeverbänden hält der Mediziner daher für unbedingt erforderlich. Ob bei der Festlegung von Endpunkten oder bei der Studiendurchführung: „Es geht nur in enger Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfeorganisationen, Betroffenen, den Behandlern und denjenigen, die die Medikamente entwickeln.“





Selbsthilfe sollte sich mehr mit Endpunkten beschäftigen

Dr. Frank Brunsmann, ACHSE e.V. (© vfa, Dirk Laessing)

Im Anschluss erläutert Dr. Frank Brunsmann, wissenschaftlicher Beirat der ACHSE, das Thema aus der Perspektive der indikationsbezogenen Selbsthilfe. Er plädiert unter anderem dafür, sich näher mit dem Thema Lebensqualität als patientenbezogenem Endpunkt zu beschäftigen – obwohl er einräumt, bisher selbst einen Bogen darum gemacht zu haben. Es han-

dele sich um einen „blinden Fleck der Recherche“, dabei könne es sehr stimulierend sein, sich damit auseinanderzusetzen. Außerdem schlägt der Fachbereichsleiter Diagnostik und Therapie von PRO RETINA Deutschland vor, sich zu fragen, ob innerhalb der eigenen Patientenorganisation die Patientenrelevanz von Endpunkten bislang eher individuell erörtert und dargelegt wird oder ob auch auf kollektiver Ebene eine Meinungsbildung erfolgt. Da das Thema so entscheidend sei, sollte diese Frage nicht ins „individuelle Kämmerlein“ abgeschoben werden. Abschließend appelliert Brunsmann: Patientenrelevante Endpunkte seien es wert, als Thema der Selbsthilfe etabliert zu werden – beispielsweise in Form von Workshops oder durch Artikel in Mitgliederzeitschriften. Das Thema sei „sperrig, aber es ist uns nah und es ist sehr wichtig“.



Medikamente für Kinder häufig nicht an ihnen erprobt

Dr. Christina Lampe, Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH (© vfa, Dirk Laessing)

Dr. Christina Lampe geht in ihrem Vortrag darauf ein, was aus ärztlicher Sicht bei Kindern mit seltenen Erkrankungen in klinischen Prüfungen zu beachten ist. Kinder, das betont die Ärztin an den Dr. Horst Schmidt Kliniken, seien in der Medizin „auch eine Art von Waisen“. Über 50 Prozent der Medikamente, die bei ihnen eingesetzt würden, seien nicht an Kindern erprobt. „Erfahrung wird dann vor Evidenz

gesetzt“, sagt sie. Lampe beschreibt die zahlreichen Herausforderungen, die es bei klinischen Studien mit Kindern zu meistern gilt. Eine Schwierigkeit sei beispielsweise, dass Kinder keine homogene Gruppe darstellten, sondern dass zwischen Früh- und Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen differenziert werden müsse. Die gute Nachricht: Aufgrund der EU Paediatric Drug Regulation würden

inzwischen deutlich mehr Kinder in klinische Prüfungen eingeschlossen. „Es hat sich ordentlich etwas getan“, hebt die Expertin hervor. Wichtig sei, dass im Rahmen der Studien ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen dem Arzt und dem kleinen Patienten sowie seinen Eltern aufgebaut werde.

Studien-Teilnahme kann Betroffene vor große Herausforderungen stellen

Astrid Schulz, Gesellschaft für Mukopolysaccharidosen (© vfa, Dirk Laessig)

Die Sichtweise von Eltern stellt anschließend Astrid Schulz, Vorstand der Gesellschaft für Mukopolysaccharidosen, dar. Ihre Tochter Annalena leidet an einer unheilbaren und seltenen Stoffwechselerkrankung. Belastend war für die Familie nach einem jahrelangen Ärzte-Marathon insbesondere auch das Warten darauf, dass eine internationale Studie zur Erprobung einer neuen Therapie auch in Deutschland geöffnet wurde. Als Probandin musste Annalena einmal wöchentlich von ihrem Heimatort Weimar ins Mainzer Studienzentrum kommen. Zusätzlich standen häufig Zwischenuntersuchungen auf dem Programm. Trotz zwischenzeitlicher Enttäuschungen und hohem organisatorischen Aufwand bezeichnet die Mutter die Studie als Erfolg, denn mittlerweile ist bei ihrer Tochter deutlich erkennbar, welche enormen Verbesserungen das neue Medikament bewirkt hat. Die Teilnahme sei durch „gut durchdachte Logistik und klare Aufgabenverteilung in der Familie“ machbar gewesen, sagt Astrid Schulz. Das „Projekt Studie“ habe nur mit Unterstützung von Großeltern und Freunden gelingen können. „Es kann nur mit einem klaren Ja aller Beteiligten funktionieren“, lautet ihr persönliches Fazit.



Martina Ochel, Sanofi-Genzyme (© vfa, Dirk Laessig)

Die Moderatorin der Veranstaltung, Martina Ochel, Geschäftsführerin von Sanofi-Genzyme und stellvertretende Vorsitzende von vfa bio, bedankte sich bei den Teilnehmern für das große Interesse und die rege Diskussion.

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung durch den Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.

Bildnachweis und Copyright der Bilder liegt bei den genannten Rechteinhabern bzw. dem Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V., Dirk Laessig

Dieser Artikel ist völlig unabhängig von der Meinung der Redaktion und KIMM e.V.!

Bericht von der Mitgliederversammlung von KIMM e.V. am 09. April 2016 in Bad Grönenbach

Am 01.01.2016 hatte KIMM e.V. 756 Mitglieder. Bei der Versammlung waren 27 stimmberechtigte Mitglieder anwesend.

KIMM e.V. bekam 2015 eine Förderung in Höhe von 4500,00 € aus dem überregionalen Krankenkassenfonds. Für 2016 wurde ein Antrag über 6000,00€ gestellt.

Nach den Berichten des stellvertretenden Vorsitzenden Herrn Austen, des Kassenführers Herrn Dierlamm und der Kassenprüfer, wurde der gesamte Vorstand entlastet.

Zur Neuwahl des Vorstands waren bereit: Frau Margarete Bauer (1. Vorsitzende), Frau Caissa Engelke (stellvertretende Vorsitzende), Frau Edith Scheidl (Schriftführerin), Herr Walther Dierlamm (Kassenführer für max. zwei Jahre), Frau Christiane Heider, Frau Gabriele Groß und Herr Dr. Bert Braune (Beisitzer).



Da satzungsbedingt „nur“ zwei Beisitzer gewählt werden dürfen, trat nach kurzer Beratungszeit Frau Heider von ihrem Angebot zurück. Sie erklärte, dass sie sich in zwei Jahren als Kassenführerin zur Wahl stellen wolle.

Alle anderen wurden einstimmig gewählt und nahmen die Wahl an. Somit besteht der neue Vorstand aus Frau Bauer, Frau Engelke, Frau Scheidl, Herrn Dierlamm, Frau Groß und Herrn Dr. Braune.

Als Kassenprüfer stellten sich noch einmal Herr Schrem und Herr Feghelm zur Verfügung und wurden einstimmig wiedergewählt.

Herr Austen und Frau Mory wurden mit einem Dank und jeweils einem Präsent aus ihren Ämtern nach sechs Jahren Amtszeit verabschiedet.



Da es im Vorfeld der Wahlen äußerst schwierig war, genügend Kandidaten für die Wahl zum Vorstand zu finden, schlägt der Vorstand eine Satzungsänderung vor, damit die Anzahl der Vorstandsmitglieder flexibler gehandhabt werden kann. Die Satzungsänderung soll in der nächsten Mitgliederversammlung im Frühjahr 2017 beraten und eventuell beschlossen werden.

Edeltraud Mory, Schriftführerin (außer Dienst)

Bericht aus der Selbsthilfegruppe Köln

Im November war ein Akustiker der Firma Köttgen zu Gast in der Kölner MM-SHG. Er hielt einen Vortrag über Hörgeräte und Zubehör und stand für Fragen zur Verfügung.

Die SHG war zunächst daran interessiert, zu erfahren, worin sich zuzahlungsfreie Kassengeräte und Geräte mit Eigenanteil unterscheiden.

Die Mindestanforderungen an KG liegen gesetzlich fest: digital – mindestens 4 Kanäle – Störgeräuschunterdrückung – Rückkopplungsunterdrückung – mindestens 3 Hörprogramme. Eins dieser Programme kann die Nutzung der T-Spule sein; wenn sie eingeschaltet ist, wird durch Aktivierung des elektromagnetischen Feldes Sprachverstehen beim Telefonieren verbessert und mit Hilfe von Ringschleife (um den Hals gehalten oder in Sälen und Kirchen im Boden verlegt) lassen sich induktive Höranlagen nutzen; die Hörgeräte können so auch an Audioquellen (z. B. TV) angeschlossen werden. In der SHG haben wir die Erfahrung gemacht, dass viele Hörgerätenutzer nicht über die Möglichkeit der T-Spule informiert sind, der Besuch des Akustikers zeigte noch einmal auf, wie hilfreich diese Technik sein kann.

Wem nach der Testung des Kassengerätes die Leistungen nicht reichen und wer höhere Ansprüche an sein Hörgerät hat, der findet bei der Nutzung teurerer Geräte viele Möglichkeiten der Hörerleichterung. Zunächst aber muss man wissen, welche technischen Errungenschaften möglich sind. Der Vortrag war in dieser Hinsicht ein großer Erfolg. Wir erfuhren viele – für manche Teilnehmer wirklich neue – Details zur Benutzung der Bluetooth-Technik (drahtlose Verbindung) und zu unterstützendem Zubehör. Den Vortrag hier darzustellen übersteigt den Rahmen des Berichtes, jedoch möchte ich anmerken, dass der Besuch eines Akustikers in der Gruppe ausgesprochen empfehlenswert ist. Auch bei KIMM-Veranstaltungen erfährt man viel über technische Möglichkeiten und in der Vergangenheit waren auch auf Tagungen Akustiker geladen, jedoch ist meiner Meinung nach die Informationsmöglichkeit in einer kleineren, gewohnten Gruppe sehr viel umfangreicher und entspannter, der Zeitrahmen für den Informationsaustausch ist größer.

Wir waren unserem Gast sehr dankbar für die zugewandte Art der Informationsweitergabe.

Die Kölner Gruppe legt großen Wert darauf, auch die Partner/innen der MM-Betroffenen zu den Gruppentreffen einzuladen, denn unserer Meinung nach ist es wichtig, dass Ehepartner und Freunde ebenso gut informiert sind wie die Erkrankten selbst. Da die Erkrankung des Partners eine große Belastung sein kann, bieten wir ab und zu parallel zum Gruppentreffen eine Gesprächsrunde für die Partner/innen der Betroffenen an. So trafen sich zum Januar-Termin einige Ehepartner und Freunde zum Gespräch und sprachen unter der Moderation von Herrn Knäbel (ehemals Schriftführer bei KIMM) über ihre Erfahrungen, Ängste und Hoffnungen. Neu Hinzugekommene konnten von den Erfahrungen der „alten Hasen“ profitieren und alle meinten am Ende der Gesprächsrunde, der Austausch habe sich gelohnt.

Renate Knäbel

Bericht aus der Selbsthilfegruppe Nürnberg

Im vergangenen Jahr konnten wir unser 5-jähriges Bestehen feiern. Dies war Grund zu Freude und Lob, Wertschätzung und Dankbarkeit für das Erreichte und auch gleichzeitig Motivation zum Weitermachen. Am 10. Juli 2010 folgten 12 Menière-Betroffene und eine Begleitperson einem kleinen Veranstaltungshinweis in der Tageszeitung zu einem ersten Kennenlernen unter Leitung von Edeltraud Kerschenlohr. Wir waren alle ziemlich erstaunt, dass es doch so viele Betroffene gibt. Hatten doch die wenigsten Teilnehmer bis jetzt Kontakt zu anderen Erkrankten.

Endlich gab es einmal einen Austausch und ein Verstanden werden. An diesem Tag wünschten sich die meisten ein regelmäßiges Treffen. Nach dreimaligen losen Treffen wurde die Gründung einer Selbsthilfegruppe beschlossen. Stolz macht uns, dass alle der 6 Gründungsmitglieder noch bei unseren Treffen regelmäßig und zuverlässig



dabei sind. In den vergangenen Jahren ist die Mitgliederzahl kontinuierlich gestiegen.

Unser MM-Treff besteht aus 22 Mitgliedern. Bei unserem letzten Treffen mit einem Referenten waren 18 Teilnehmer anwesend, eine kleine Herausforderung für unseren Gruppenraum.

Von Beginn hatten wir unsere Gruppe gut organisiert. Jedes Treffen hatte einen Schwerpunkt, ein Thema. Auch konnten wir von Anfang an eine Gruppenleitung mit Stellvertreter, einen Schriftführer und einen Kassenverwalter stellen.

Wir sind zu einer stabilen Gruppe zusammengewachsen, in der sich auch unsere Neuzugänge wohl fühlen. Auch haben wir festgestellt, dass wir bezüglich unserer Menière-Erkrankung stabiler geworden sind. Ein Hoffnungsschimmer für alle Neuerkrankten.

Wir können mit Ausfällen viel besser umgehen als noch vor 5 Jahren. Einerseits weil die Heftigkeit der Anfälle in vielen Fällen nachgelassen hat, andererseits haben der Austausch in der Gruppe und die vielen Informationen zu MM bei Treffen uns Sicherheit im Umgang mit der Krankheit vermittelt. Neuen Anfällen können wir gelassener entgegensehen. Auch die Geduld mit uns selbst, mit unseren Defiziten klar zu kommen ist, größer geworden.

Regelmäßig laden wir uns Fachleute zu einem Vortrag und anschließendem Austausch ein. So haben z.B. eine Hörgeräteakustikerin, ein Kieferorthopäde, eine Psychotherapeutin, ein Sport-

therapeut und nicht zuletzt Dr. Kratzsch von der Heliosklinik in Bad Grönenbach unsere Treffen bereichert.

Aber auch gesellige Treffen stärken unsere Gruppe. So feiern wir jährlich ein Sommerfest, treffen uns im Herbst zu einer kleinen Wanderung und schließen das Jahr mit einem gemeinsamen Essen ab. Mit der Coburger Gruppe haben wir uns schon einige Male zum Austausch getroffen.

Im Jahr 2013 wurden eine neue Gruppenleitung und der Kassenwart gewählt. Unser Leitungsteam besteht nun aus 3 Personen.

Ich bin sehr zuversichtlich, dass wir auch weiterhin eine sehr stabile, tragende Gruppe sein werden, die noch vielen neu Erkrankten Hilfe und Austausch bieten kann. Nur durch die zahlreiche und zuverlässige Teilnahme an den Treffen ist erst eine Vielfalt im Austausch möglich.

Allen Erkrankten möchte ich einen regelmäßigen Austausch ans Herz legen. Schließen Sie sich zusammen, teilen Sie ihr Schicksal mit Gleichgesinnten. In Ihrer Gegend gibt es keine Selbsthilfegruppe? Gründen sie doch mit Gleichgesinnten eine eigene. KIMM unterstützt auch Sie dabei.

Zum Schluss möchte ich meinen besonderen Dank an diejenigen aussprechen, die uns beim Standdienst des Gesundheitsmarktes, bei der Organisation von Wandertag und Sommerfest und bei der Gestaltung der Treffen unterstützen.

Christiane Heider



„Seit April 2016 bin ich KIMM-Mitglied und das gibt mir persönlichen Halt. Auch wenn ich an Morbus Menière erkrankt bin, gebe ich die Hoffnung nicht auf. Noch bis April wollte ich es nicht hinnehmen, dass mein Hörverlust, meine Schwindelattacken und der nervige Tinnitus die Folgen des MM sind.

Nach wechselnden Besuchen - auch bei verschiedenen HNO Ärzten - immer wieder diese Diagnose. Nur der letzte untersuchende Arzt hat mit detaillierter Anamnese diagnostiziert. Warum mag ich diese Diagnose nicht? Weil es „keine Hoffnung auf Heilung“ gibt. Man muss mit der Situation, d.h. dem permanenten Ohrengeräusch und den Schwindelanfällen, leben. Die nunmehr über Monate andauernde Hoffnungslosigkeit schwächt mich und lässt mich immer wieder verzweifeln. Niemand gibt mir Hoffnung - ich höre immer nur: Mit dem Tinnitus - der mich fast zum Wahnsinn treibt - müssen Sie leben. Es gibt keine Medikamente, die helfen; keinen Schalter, mit dem man die lästigen Geräusche abschalten kann. Hatte van Gogh eigentlich einen Tinnitus? Doch auch für MM-Betroffene gibt es Hilfe und kompetente Unterstützung. In diesem Zusammenhang haben mir das Internet und der Zufall geholfen.

Nach intensiver Internetsuche habe ich die Informationen und die Angebote der KIMM gefunden. Eine Idee, die ich sofort aufgenommen habe, war ein Klinikaufenthalt im Allgäu. Nachdem ich dort angerufen und mich informiert habe, hat mich der leitende Arzt spontan zu einem KIMM-Symposium am nächsten Tag - in dieser Klinik im Allgäu - eingeladen: „ Wenn Sie Zeit haben, dann kommen Sie doch. Wir sind zwar bereits überbucht, aber zwei Stühle für Sie und ihre Ehefrau haben wir schon noch.“ Gehört - getan. 4 Stunden Autofahrt, die sich für mich persönlich gelohnt haben.

Meine Ehefrau und ich haben sehr interessante Vorträge gehört und erstmals hatte ich die Möglichkeit, mit anderen, ebenfalls an MM erkrankten, Menschen zu reden, mich auszutauschen. Im Rahmen der Veranstaltung wurden am Nachmittag verschiedene Workshops in kleineren Gruppen angeboten. Wir hatten uns für die Gruppe „Erfahrungsaustausch der Angehörigen von MM-Patienten“ entschieden. Nachdem mich, neben der eigenen Betroffenheit, insbesondere beschäf-

tigt, was meine Ehefrau wohl denkt und fühlt, habe ich „als Maulwurf“ an dem Gruppengespräch teilgenommen. Die Teilnahme war für uns beide sehr bewegend und wertvoll.

Herr Knäbel, der ehemalige Schriftführer der KIMM - im richtigen Leben eine rheinische Frohnatur - hat zum Einstieg über seine eigene Betroffenheit berichtet. Seine Ehefrau ist als MM-Betroffene schwerhörig und dies hat erhebliche Folgen für das tägliche Miteinander. Danach berichteten die teilnehmenden Angehörigen über ihre persönlichen Erfahrungen und die täglichen, subjektiven Herausforderungen. Auch meine Ehefrau hatte keine Scheu - auch in meiner Anwesenheit - ihre Gefühle darzulegen. Ich habe gehört, sie hat Verständnis und sie wird mir bedingungslos beistehen. Dies und die Möglichkeit für mich in dieser selbst betroffenen und wohlwollenden Gruppe zu berichten, was ich erlebe und fühle, waren und sind immer noch von großem Nutzen für mich. Die Veranstaltung der KIMM, insbesondere die Teilnahme am Workshop mit den Angehörigen, gibt mir persönlichen Halt. Auch wenn es keine Aussicht auf Heilung von MM geben soll, glaube ich fest daran, weiterhin - gemeinsam mit meiner Ehefrau - ein erfülltes Leben führen zu können.“

Josef Brandhuber



LEICHT 1

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

LEICHT 2

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

8	+	1	X	6	=	54
X		X		X		
7	X	5	+	2	=	37
-		+		+		
9	X	4	+	3	=	39
=		=		=		
47		9		15		

MITTELSCHWER 1

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

MITTELSCHWER 2

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

6	X	8	+	5	=	53
X		X		X		
9	:	3	+	1	=	4
+		X		X		
4	-	2	+	7	=	9
=		=		=		
58		48		35		

SCHWER 1

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

SCHWER 2

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

9	X	3	-	5	=	22
-		-		+		
8	:	2	:	4	=	1
X		+		+		
7	-	6	X	1	=	1
=		=		=		
7		7		10		

3	X	4	X	7	=	84
+		X		X		
8	X	9	+	2	=	74
+		+		X		
6	+	5	-	1	=	10
=		=		=		
17		41		14		



Sudoku Das Kulträtsel aus Japan

LEICHT 1

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

LEICHT 2

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

Rechnen im Quadrat

	X		-		=	22
-		-		+		
	:		:		=	1
X		+		+		
	-		X		=	1
=		=		=		
7		7		10		

MITTELSCHWER 1

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

MITTELSCHWER 2

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

	X		X		=	84
+		X		X		
	X		+		=	74
+		+		X		
	+		-		=	10
=		=		=		
17		41		14		

SCHWER 1

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

SCHWER 2

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

	+		X		=	54
X		X		X		
	X		+		=	37
-		+		+		
	X		+		=	39
=		=		=		
47		9		15		

	X		+		=	53
X		X		X		
	:		+		=	4
+		X		X		
	-		+		=	9
=		=		=		
58		48		35		

SUDOKU, KIMM aktuell, 2016-1

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



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-Menièr-Patienten.

Schaaf H., Hesse G.

Endolymphschwankungen im Ohr (Gehör) und Gleichgewichtsorgan

Profil Verlag ISBN 3890195704. 12,80 Euro

Störungen der Endolymph im Ohr und d. Gleichgewichtsorgans unter medizinischen und psychosomatischen Aspekten.

Schaaf H., Hesse G.

Tinnitus – Leiden und Chance

3. Auflage. Profil Verlag, ISBN 3890196336. 19,00 Euro

Suche nach möglichen Ursachen des Tinnitus. Hier wird Mut

und Zuversicht bei der Bewältigung des Leidens gemacht.

Gramer A.

Tinnitus: Wirksame Selbsthilfe mit Musiktherapie

Mit Audio-CD 2. Auflage, Verlag Trias

ISBN 9783830435020. 24,95 Euro

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

Schlund G. H.

PatientenRecht. Ein Lexikon in Urteilen

Verlag pmi, ISBN 3897860473. 19,80 Euro

Lexikon in Urteilen zu ca. 500 Stichworten.

Anne Freimann

Schwindel

104 Seiten, 60 Farbfotos, Schlütersche Verlagsgesellschaft.

ISBN 9783899935448. 9,90 Euro

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

Brandt, T., Dieterich, M., Strupp, M.

Vertigo. Leitsymptom Schwindel.

2. Auf. 2012 Steinkopff, Darmstadt

ISBN 3642249620 146 S. 72,99 EUR

Das Standardwerk für Ärzte bei einem neurologischem

Schwerpunkt.

Ernst, A, Basta. D (2012)

Gleichgewichtsstörungen. Diagnostik und Therapie beim Leitsymptom Schwindel.

Thieme, 202. 168 S. , 139 Abb. , ISBN: 9783131545312

89,99 EUR

Das HNO ärztliche Pendant zu „Brandt“,

derzeit in Bearbeitung für die 2. Auflage.

Englische Titel

Bronstein A, Lempert Th (2006)

Dizziness. A practical approach to diagnosis and management.

Cambridge University Press, Cambridge

Herdman SJ (2000)

Vestibular Rehabilitation, 2nd edn.

Contemporary Perspectives in Rehabilitation.

F.A. Davis Company, Philadelphia



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, Fachklinik für Hörstörungen, Tinnitus und Schwindel,
Am Kaiserberg 8-10, 61231 Bad Nauheim Tel.: 06032 / 703-710 Fax: 06032 / 703-555
www.pitzer-kliniken.de

Indikationsbereiche: Patienten mit Cochlea-Implantat, Schwerhörige und ertaubte Patienten, Patienten mit chronischem Tinnitus, Patienten mit Schwindel und Gleichgewichtsstörungen.
Medizinische Leitung: Dr. med. Roland Zeh, Chefarzt

Impressum

HERAUSGEBER:

KIMM e.V. Margarete Bauer
Kettelerstraße 10, 97074 Würzburg, Telefon 0931-35814044
E-Mail: info@kimm-ev.de www.kimm-ev.de

CHEFREDAKTION: Dietmar Aland, (V.i.S.d.P.)
E-Mail: d.aland@kimm-ev.de

REDAKTION: Bert Braune, Caissa Engelke, Ann Ladstätter,
Dietmar Aland, am Sengig 16, 36103 Fliesen,
Telefon 06655-9110329 E-Mail: redaktion@kimm-ev.de

SPRACHLEKTORAT: Kerstin Bieck, Hildegard Halder,
Willi Hörschgens, Susanne Schatz, Stefan T.

BILDREDAKTION: Herbert Halder, Dr. Fred Knäbel, Dietmar Aland

BILDNACHWEIS: Archiv Dr. Kratzsch, Bad Grönenbach, Archiv
Meyer-Ponstein, Bad Grönenbach, Archiv Prof. Dr. Weber, Bad Berleburg

GESTALTUNG UND LAYOUT:

:schramms graphik-design & digital media art
E-Mail: info@schramms.de, www.schramms.de

DRUCK: Druckladen Bonn GmbH,
Euskirchener Str. 30, 53121 Bonn-Endenich,
Homepage: www.druckladen-bonn.de

ANZEIGENVERWALTUNG: Walther Dierlamm
E-Mail: w.dierlamm@kimm-ev.de

PREISE: KIMM aktuell ist im Mitgliederbeitrag enthalten.
Das Einzelheft kostet 6,00 Euro.

DISCLAIMER UND NACHDRUCK:

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Nachdrucke sind nur mit Genehmigung von KIMM ev. erlaubt.

Örtliche MM-Selbsthilfegruppen



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

Coburg

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

Düsseldorf

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

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

FRANKFURT

SSuMM
(Selbsthilfegruppe Schwindel und Morbus Menière)
Martin Abel
Tel. 01577-5315185
E-Mail: MeniereFrankfurt@Gmail.com

Hannover

Edeltraud Mory
Tel: 05034-4255
E-Mail: e.mory@kimm-ev.de

Köln

Johanna Engel, Tel. 0221-241582 oder
Renate Knäbel
E-Mail: renate-knaebel@gmx.de oder
Monika Pfromm
E-Mail: monika-pfromm@t-online.de
Lübeck
Adelheid Munck
Tel: 0451-795145
E-Mail: adelheid_munck@freenet.de
(keine regelmäßige Gruppe sondern persönliche Beratung)

Neu! MÜNCHEN

Edit Scheidl
Tel: 089-78005248
E-Mail: shg.muenchen@kimm-ev.de

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

Würzburg

Ines Lux
E-Mail: i.lux@kimm-ev.de
oder
Margarete Bauer
Tel. 0931-35814044
E-Mail: m.bauer@kimm-ev.de

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

Kliniken – Adressen und Infos

zu Kliniken und Reha-Einrichtungen



Kliniken mit Schwindelambulanzen

Aachen: Klinik für HNO, UK Aachen, Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen, www.hno.ukaachen.de

Bad Arolsen: Gleichgewichtsinstitut Hesse(n) in der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse im Stadtkrankenhaus Bad Arolsen, PD Dr. Hesse und Dr. Schaaf, Große Allee 50, 34454 Bad Arolsen, www.tinnitus-klinik.net www.drhschaaf.de

Bad Soden (Taunus): Prof. Dr. med. Leif Erik Walther, HNO-Gemeinschaftspraxis Main-Taunus-Zentrum, 65843 Sulzbach (Taunus), Belegarzt in: Main-Taunus-Privatklinik Bad Soden, Kronberger Str. 36A 65812 Bad Soden, www.hno-praxis-sulzbach.de www.main-taunus-privatklinik.de

Berlin: HNO-Klinik im UKB, Warener Straße 7, 12683 Berlin, www.ukb.de

Erlangen: HNO Uniklinik, Waldstraße 1, 91054 Erlangen, Abteilung für Gleichgewichtsdagnostik www.hno-klinik.uk-erlangen.de

Essen: Schwindel-Zentrum Essen, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Essen, Hufelandstr. 55, 45122 Essen, www.schwindel-zentrum-essen.de

Freiburg: Uni. Klinikum, HNO, Kilianstr. 5, 79106 Freiburg, www.uniklinik-freiburg.de/hno

Fürth: EuromedClinic, HNO, Europa-Allee 1, 90763 Fürth, www.euromed.de/medizin/fachbereich/hals-nasen-ohren-heilkunde.html

Homburg/Saar: Uni. Klinikum des Saarlandes, Kirrberger Str., 66421 Homburg, www.uniklinikum-saarland.de/einrichtungen/kliniken_institute/hno/

Köln: Uni. Klinik, HNO, Josef-Stelzmann-Str. 9, 50931 Köln, www.medizin.uni-koeln.de/kliniken/hno/

Mainz: Römerwallklinik -Fachklinik für akute und chronische HNO-Erkrankungen, Römerwall 51 - 55, 55131 Mainz, www.roemerwallklinik.de

Mainz Uni. Klinik, HNO, Langenbeckstr. 1, 55101 Mainz, www.unimedizin-mainz.de/hno/startseite/startseite.html

Münster: Uni. Klinik, HNO, Kardinal-von-Galen-Ring 10, 48149 Münster, www.klinikum.uni-muenster.de/index.php

München: Klinikum Großhadern, Marchionini-Str. 15, 81377 München, hno.klinikum.uni-muenchen.de

München: Uni. Klinik rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, 81675 München, www.med.tu-muenchen.de/de/gesundheitsversorgung/kliniken/hno/index.php

Regensburg: Uni. Klinikum, HNO, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93042 Regensburg, www.uniklinikum-regensburg.de/kliniken-institute/hals-nasen-ohren-heilkunde/

Sinsheim: Schwindelambulanz Sinsheim, HNO-Zentrum-Sinsheim, Alte Waibstadter Straße 2c, 74889 Sinsheim, schwindelambulanz-sinsheim.de, schwindel-hilfe.de

Tübingen: Uni. HNO Klinik, Elfriede-Aulhorn-Str. 5, 72076 Tübingen, www.hno-heilkunde-tuebingen.de/index.html

Die Liste der Reha-Kliniken für Morbus-Menièrre-Patienten finden Sie auf Seite 66