

KI M M

aktuell



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

Tagung Heidelberg

*Berichte von den Vorträgen
Berichte über die Workshops*

Berichte aus der Selbsthilfe

*Berichte aus den
Selbsthilfegruppen*

*Beitrag im DAG-
Selbsthilfejahrbuch*

*Auf dem HNO-
Fortbildungskongress Mannheim
Selbsthilfe lohnt sich das?*

Wissenswertes

*Gesetz zur Rauchmelderpflicht
Studie der Fa. Otonomy*

Einladung zu den Tagungen 2017

*in Bad Berleburg
in Hamburg*



Werbung entfernt

Liebe Mitglieder und Freunde von KIMM e. V.,

die Herbsttagung, im September in Heidelberg, liegt schon einige Wochen hinter uns.

Es war eine sehr gut besuchte Tagung, an der mehr als 100 Personen teilnahmen.

Die Tagung fand in Zusammenarbeit mit der HNO-Uniklinik Heidelberg statt.

Hier möchte ich mich noch einmal recht herzlich bei Prof. Praetorius, sowie Herrn Erdsiek, für das gute Gelingen der Tagung bedanken.

Eine besondere Freude war es uns, dass die Gründerin von KIMM, Frau Inge von dem Bussche, bei dieser Tagung dabei sein konnte.

Sie halten nun die neue Mitgliederzeitung in Händen und können so, sofern Sie dabei waren, die Tagung noch einmal Revue passieren lassen.

Für alle die nicht kommen konnten ist die Wiedergabe der Tagungsvorträge und die Berichte über die Workshops sicher von großem Interesse. Dr. Schiffmann, von der Schwindelambulanz in Sinsheim, referierte über „Diagnostische Verfahren zur Schwindeldiagnose“. Auch der Vortrag „Morbus Menière – Entstehungsfaktoren, besondere diagnostische Merkmale und Therapieansätze“ von Prof. Hamann aus München, wurde aufmerksam verfolgt. Prof. Praetorius hatte als Inhalt seines Vortrages das Thema „Wenn auch noch das Hören schlechter wird – womit kann mir geholfen werden?“ gewählt.

Am Nachmittag dieser Tagung fanden die Workshops statt, die alle gut besucht waren.

Einen Kurzbericht dazu finden Sie in dieser Ausgabe.

In der Einladung zur Herbsttagung nach Heidelberg gab ich den Hinweis, dass die Frühjahrstagung 2017 in München/Großhadern bereits am 21. Januar stattfindet. Nun wurde die Tagung von Seiten der Klinik aus Termingründen, abgesagt.



Inzwischen konnte ich die Tagung mit der Helios-Klinik Bad Berleburg - Baumrainklinik fest ausmachen. Der Termin wurde auf den 11. März 2017 festgelegt. Vor der eigentlichen Tagung wird die jährliche Mitgliederversammlung stattfinden, bei der eine Satzungsänderung beschlossen werden soll. Deshalb bitte ich schon heute um rege Teilnahme. Eine Einladung zur Tagung, Mitgliederversammlung und das Programm, erhalten Sie zu gegebener Zeit.

Nun wünsche Ich Ihnen allen einen ruhigen Advent, wunderschöne Weihnachtstage im Kreise Ihrer Lieben, und für das neue Jahr 2017 eine schwindelfreie Zeit.

Margarete Bauer
1. Vorsitzende

| | | |
|----------------------------------|---|----|
| Grußwort | Margarete Bauer | 1 |
| | Inhaltsverzeichnis | 2 |
| KIMM intern I | Ankündigungen der nächsten beiden Tagungen | 3 |
| | Abendliches Zusammensein in Bildern | 5 |
| Tagung Heidelberg Vorträge | Prof. Dr. Dr. Karl-Friedrich Hamann: „Morbus Menière – Entstehungsfaktoren, besondere diagnostische Merkmale und Therapieansätze“ | 6 |
| | Vortrag Prof. Dr. Praetorius: „Wenn auch noch das Hören schlechter wird – womit kann mir geholfen werden?“ | 12 |
| | Kleines Tagungskaleidoskop: Vorträge | 21 |
| Workshops | Berichte und Bilder zu den Workshops in Heidelberg | 22 |
| KIMM intern II | Bericht vom HNO-Kongress in Mannheim | 27 |
| | KIMM – ein wenig Geschichte | 29 |
| | In der nächsten Ausgabe lesen Sie | 43 |
| Selbsthilfe in Aktion | Aus dem DAG-Selbsthilfejahrbuch | 30 |
| | Berichte aus den Selbsthilfegruppen | 34 |
| | Selbsthilfe lohnt sich das? | 42 |
| Briefe | Meine Liebe Krankheit | 44 |
| | Das erste Mal bei KIMM | 47 |
| Wissenswertes | Gesetzliche Rauchmelderpflicht und Kostenübernahme | 48 |
| | Studie der Fa. Otonomy (Morbus Menière) | 49 |
| KIMM intern III | Kleines Tagungskaleidoskop: Gespräche | 50 |
| Unterhaltung | Auflösungen: Rechnen im Quadrat & Sudoku | 51 |
| | Sudoku | 52 |
| | Rechnen im Quadrat | 52 |
| Literatur | Liste ausgewählter Literatur zu Morbus Menière | 53 |
| Adressen | Liste von Reha-Kliniken für Morbus-Menièr-Patienten | 54 |
| | Impressum | 54 |
| | Liste örtlicher Morbus Menière Selbsthilfegruppen | 55 |
| | Adressen und Infos zu Kliniken mit Schwindelambulanzen | 56 |

Einladungen zu den nächsten Tagungen

Einladung zur Frühjahrstagung 2017 in Bad Berleburg

Bei unserer nächsten Tagung, am 11.03.2017, dürfen wir in der HELIOS Rehaklinik Bad Berleburg – Rothaarklinik, ehemals Baumrainklinik, der Klinik für Hörstörungen, Tinnitus und Schwindel, zu Gast sein. Wir waren bereits 2011 zu einer Tagung dort und konnten uns der aktiven Unterstützung des engagierten und kompetenten Klinikpersonals erfreuen.



Die Spezialklinik mit 70 Betten ist spezialisiert auf die Behandlung von Patienten mit verschiedenen Formen von Hörstörungen, wie Gehörlosigkeit, Schwerhörigkeit, chronischem Tinnitus, Hyperakusis und Schwindel, wie z.B. bei Morbus Menière. Sie ist Teil der HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg mit insgesamt drei Kliniken. Chefärztin der Fachklinik für Hörstörungen, Tinnitus und Schwindel ist Prof. Dr. med. Anette Weber, Fach-

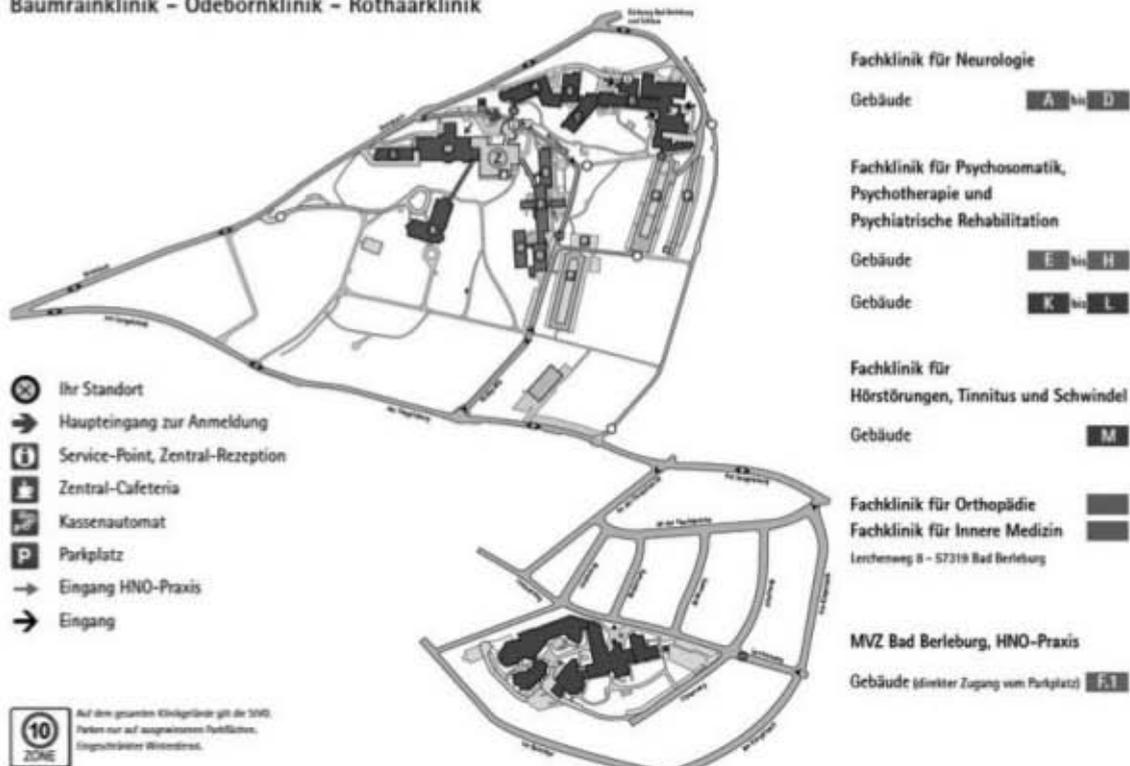
ärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Plastische Operationen, spezielle HNO-Chirurgie.

Die Abteilung für Hörstörungen, Tinnitus und Schwindel ist in neue Räumlichkeiten umgezogen. Die Anfahrtsadresse lautet: Arnikaweg 1, 57319 Bad Berleburg.

Auch internistische oder orthopädische Begleiterkrankungen sowie psychosomatische Störungen können während des Klinikaufenthaltes mitbehandelt werden. Zum Mitarbeiterteam gehören u.a. internistische oder orthopädische/chirurgische Fachärzte, ein HNO-Arzt, Psychologen, Sozialpädagogen, eine Gebärdensprachdolmetscherin und Audiotherapeuten.

Die langjährige medizinische Erfahrung, ein engagiertes und hochqualifiziertes Mitarbeiterteam sowie eine moderne apparative Ausstattung sind beste Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung. Die Klinik liegt im südlichen Nordrhein-Westfalen an der Grenze zu Hessen im naturnahen Erholungs- und Freizeitgebiet des Rothaargebirges.

HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg Baumrainklinik - Odebornklinik - Rothaarklinik



Zur persönlichen Information:

<http://www.helios-kliniken.de/klinik/bad-berleburg-rothaarklinik/medizin/hoerstoerungen-tinnitus-und-schwindel.html>

Eine gesonderte Einladung mit dem Tagungsinhalt, den Zeiten und Workshops wird Ihnen noch rechtzeitig vor der Tagung von uns zugeschickt.

Außerdem wird unsere jährliche Mitgliederversammlung in der Klinik vor der Tagung stattfinden. Wir bitten um Ihr zahlreiches Erscheinen.

Noch ein paar Worte zu Bad Berleburg und Umgebung

Bad Berleburg ist eine Stadt in Nordrhein-Westfalen und gehört zum Kreis Siegen-Wittgenstein. Sie ist mit 22 eingemeindeten Dörfern eine der flächengrößten Städte Deutschlands.

Inmitten des größten zusammenhängenden Waldgebiets in Deutschland liegt die Stadt. Das beliebte Urlaubsziel am Rothaarsteig lockt mit einer Vielzahl an zertifizierten Top-Wanderwegen, faszinierenden Naturerlebnissen und abwechslungsreichen Angeboten von hochklassiger Kultur über gepflegte Historie bis hin zum vergnüglichen Abenteuer.

Die Landschaft mitten im Rothaargebirge bietet grandiose Ausblicke von den Höhen und reizende Einblicke in die Täler. Hier gibt es Natur pur: Auf den Wegen durch die Wittgensteiner Wälder begegnen Wanderer und Radfahrer immer wieder majestätischen Baumveteranen, imposanten Felsen und klaren Wasserläufen. Die Wildnis gestattet sich ihre Freiheit und zeigt sich in voller Schönheit – und dieses Gefühl schenkt sie auch ihren Gästen.

Vielleicht besuchen Sie die historische Altstadt mit dem barocken Schloss und die romantischen Dörfer, die Ihnen mit ihren alten Fachwerkhäusern den Charme der Region näherbringen. Brauchtum und Tradition werden hier gelebt.

Das umfangreiche Wellness – und Gesundheitsangebot erfrischt neben dem Geist auch den Körper. Kneipp-Anwendungen oder Gesundheitswanderungen lassen Sie abschalten vom Alltag.

Erleben Sie, vielleicht noch anschließend an die

Tagung, unvergessliche Tage im Naturparadies in Südwestfalen.

(Quellen: Homepage der HELIOS Rehaklinik Bad Berleburg, Wikipedia und Homepage der Stadt Berleburg)

**Vorankündigung zur Herbsttagung 2017**

Liebe Mitglieder, die übernächste Tagung, also die zweite in 2017, wird erstmalig in Hamburg, in der Asklepios Klinik St. Georg stattfinden. Der Termin ist am letzten Wochenende im Oktober 2017, am 28.10.2017.

Zur persönlichen Information:

<https://www.asklepios.com/hamburg/sankt-georg/experten/hno/schwindelzentrum/>

Die Tagesordnung erhalten Sie, wie immer, in der persönlichen Einladung.

Abendliches Beisammensein



... sich wiedersehen ... lecker essen und trinken ...
... Informationen austauschen ... sich kennenlernen ...

Prof. Dr. Dr. Karl-Friedrich Hamann

Morbus Menière – Entstehungsfaktoren, besondere diagnostische Merkmale und Therapieansätze



Dieser Vortrag wurde freundlicherweise von Prof. Dr. Dr. Karl-Friedrich Hamann gehalten.

Der deutsche Mediziner zählt international zu den führenden Experten im Bereich der Neurootologie. Im Zentrum seiner wissenschaftlichen Arbeit steht seit über 30 Jahren die Erforschung von Erholungsvorgängen nach Schäden im vestibulären System (Orientierungs-Gleichgewichtssystem). Er ist Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Neben seiner Tätigkeit als leitender Arzt der Abteilung für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen, ist er Universitätsprofessor an der TU München. Als gefragter Referent zu Themen im Bereich Schwindel gibt er Fortbildungskurse und hält Informationsveranstaltungen ab. Seit dem Jahr 2010 ist Prof. Hamann leitender Arzt der Abteilung für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen des MVZs Bogenhausen der HNO-Klinik Dr. Gaertner GmbH.

Zunächst sei vorangestellt, dass sich bzgl. der Erkenntnisse zu Morbus Menière (MM) bisher nicht sehr viel geändert hat. Es hat sich einiges geklärt, aber die Ursache für MM wurde noch immer nicht erkannt. Zwar wird nicht mehr, wie früher oft vermutet, gesagt, dass MM eine Art Schlaganfall ist, aber eine allgemeingültige Erklärung für seine Entstehung gibt es noch nicht. Die Anwesenheit eines Endolymphhydropses ist auf jeden Fall jedoch ein Merkmal und ein Endolymphüberschuss spielt eine Rolle. Jedoch ist der Grund, warum dieser entsteht, noch nicht klar.

Innerhalb der Hörschnecke gibt es zwei Innenohrflüssigkeiten – die Endolympe und die Perilymphe. Es gilt als sicher, dass es zu einem Überschuss der Endolympe kommt oder die Wiederaufnahme der Endolympe im Körper gehemmt ist. Wodurch kann das geschehen? Vielleicht ist ein Virus daran beteiligt, das zu einer Entzündung an der Stelle führt, wo die Endolympe wieder aufgenommen werden muss, vielleicht ist auch eine Immunreaktion daran schuld. Verdickungen am Endolymphsack können chronisch werden, sie können sogar verknöchern. Durch ein verknöchertes Häutchen kann nicht mehr genug Flüssigkeit aufgenommen werden und die Folge ist die vermehrte Ansammlung, der Flüssigkeitsstau – so lautet eine Hypothese.

Eine Hypothese für die Entstehung des Anfalls zieht die Narbenbildung in der Reissnerschen Membran in Erwägung, die nach dem Anfall mit Entlastung des Hydrops entstehen kann. Das ist zunächst nur eine Überlegung – ob sich das wirklich so abspielt, ist nicht bewiesen. Ein sehr fleißi-

ger Mann, ein gewisser Herr Schuknecht, hat, wenn er mit seiner klinischen Tätigkeit fertig war, sich hunderte feingeweblicher Schnitte vom Innenohr angeschaut. Dabei hat er festgestellt, dass bei Patienten, die Morbus Menière hatten, bestimmte Narben aufgetreten sind. Er hat daraus die Überlegung entwickelt, dass der Hydrops wächst und wächst und dann, wie ein Luftballon, platzt. Damit besteht die Möglichkeit, dass sich im Innenohr die Endo- und Perilymphflüssigkeiten vermischen. Da das aber giftig für die Sinneszellen ist, werden diese dadurch gelähmt, sowohl im Hörorgan (Schwerhörigkeit) als auch im Gleichgewichtsorgan. Nach einer anfänglichen Überreizung kommt es zu einer eingeschränkten Funktion. Wenn der Überdruck weg ist, können die Lefzen sich wieder treffen und verwachsen. Das heißt, der Anfall ist dann vorüber. Der Hydrops aber beginnt von neuem zu wachsen. Das ist das Typische bei Morbus Menière: Es tritt anfallweise auf. Wenn sich das mehrfach wiederholt hat, dann erholt sich weder das Hörvermögen noch die Funktion des Gleichgewichtsorgans. Der Hörverlust pendelt sich ein und kann u.U. zu einer Taubheit führen. Die Schädigungen, die entstehen, sind jedoch irreversibel sowohl im Hör- wie auch im Gleichgewichtsorgan.

Frage:

Ab wann ist ein MM ausgebrannt?

Antwort:

Man spricht davon, wenn keine Anfälle mehr auftreten. Zurück bleibt dann ein schlechtes Hör- und Gleichgewichtsniveau.

Es gibt Ärzte, die sagen, nach 8 Jahren ist es vorbei, dann treten keine Anfälle mehr auf. Es kommt in vielen Fällen, aber nicht bei allen, zum Ausbrennen. Ich habe mal eine Langzeituntersuchung bei meinen Patienten gemacht – da gab es Patienten, die hatten auch nach 17 Jahren noch kein Ausbrennen.

Frage:

Sie haben gesagt, Entzündungskeime könnten auch eine Ursache für MM sein. Kann so etwas auch durch chronische Nebenhöhlenentzündungen kommen?

Antwort:

Möglich ist das schon, auch wenn die Wahrscheinlichkeit für diese Ursache sehr gering ist. Nebenhöhlenentzündungen kommen fast immer durch Bakterien zustande. Doch es ergibt sich die Frage: Wie kommen diese dorthin? Man hat bisher nur bei Verstorbenen, die aus anderen Gründen gestorben sind, Virusmaterial gefunden. Bakterien spielen jedoch keine Rolle.

Nun zu den besonderen diagnostischen Merkmalen von MM. Von MM spricht man, wenn bestimmte Merkmale vorhanden sind. Es gibt einen Vorschlag von der amerikanischen HNO – Gesellschaft, bei dem es nach dem Beschwerdebild geht. Das ist sehr klug und praktisch, aber manche Ärzte waren damit nicht zufrieden, vor allem die jungen waren das nicht. Und so gibt es auch eine neuere Einteilung, die ich nicht so gut finde. Ich sage gleich, warum die alte Einteilung der amerikanischen HNO – Gesellschaft sicherer ist.

Die Merkmale, die die Amerikaner festgesetzt haben, sind folgende:

Als sicher gilt MM, wenn:

- Mindestens 2 Schwindelanfälle von mehr als 20 min Länge
- Mindestens einmal Hörverlust und
- Tinnitus oder Ohrdruck auftraten.
- Der MM wird nach der neuen Einteilung als sicher erachtet, wenn:
 - Schwindelanfälle von maximal 12 Stunden Länge auftreten,
 - Hörverlust im Tief- oder Mitteltonbereich existiert.

Ich kenne so viele Patienten, die einen Morbus Menière und eine Hochtonschwerhörigkeit und auch längere Schwindelanfälle haben. Darum bin ich mit dieser Einteilung nicht glücklich.

Der Kopfpulstest, so haben wir festgestellt, ist nur bei einem Drittel der Fälle krankhaft – in der großen Mehrzahl eher nicht und das entspricht auch der heutigen Literatur.

Bei der Elektrocochleographie werden Ströme (Potentiale) abgeleitet, die bestimmte Höhen und Formen haben. Es gibt ein kleines und ein größeres Potential. Wenn das kleinere anwächst, dann wird das als Beweis für einen Hydrops angesehen. Die Elektrocochleographie stellt auch nicht unbedingt einen Beweis dar, da ein Befund nur bei bestehendem Hydrops sichtbar ist. Wenn der Hydrops gerade weg ist, ist auch das Potential wieder normal.

Bei noch normalem Tonschwellenaudiogramm lassen sich mit den otoakustischen Emissionen (Schallaussendungen aus dem Innenohr) in manchen Fällen bereits Störungen nachweisen. Eine Frühdiagnostik des MM ist durch Methoden der Audiometrie möglich, bringt aber keinen Beweis.

Zu den VEMPs noch ein kurzes Wort: das sind Muskelpotentiale von der Halsmuskulatur nach einer akustischen Reizung. Da hatten wir das Phänomen, dass bei Morbus- Menière -Patienten das Potential generell auf der betroffenen Seite vergrößert ist. Dafür haben wir eine Erklärung: Hier haben wir die Trennwand. Wenn hier eine Flüssigkeitsansammlung entsteht, wird sie hoch gedrückt zum Steigbügel. Dieser liegt am nächsten zum Mittelohr und empfängt so den Schall direkt. Damit sind die Potentiale größer, die Energie geht nicht verloren. Das kann man auch als Beweis für den Hydrops sehen.

Jetzt etwas Neues: Durch die Technik der Kernspintomographie (MRT) kann man die Innenohrflüssigkeiten nachweisen. Auf der einen Abbildung ist der Normalbefund und auf der anderen ist der Hydrops zu sehen. Mit dieser Methode wird die äußere Flüssigkeit, die Perilymphe,

nachgewiesen. Wenn sich ein Hydrops bildet, dehnt sich die innere Flüssigkeit aus und die äußere wird verdrängt. Die dunklere im Bild ist die innere.

Auch da habe ich Bedenken. Das stimmt zwar für viele Fälle, aber wenn ich als Arzt das bildgebende Verfahren nicht anwenden kann, könnte der Patient doch trotzdem einen sicheren Menière haben.

Frage:

Wie kann man als Patient denn wissen, ob der Arzt das eine oder andere Verfahren anwendet? Und wie kann ich den richtigen Arzt finden?

Antwort:

Da gibt es Rankings und das Internet, Mundpropaganda. Das ist wie mit Restaurants: Da, wo viele Autos parken, da ist wahrscheinlich das Restaurant besser. Es gibt keine Zertifizierung dafür. Ein Facharzt muss es sein. Es gibt Kollegen, vor allem in den Schwindelzentren, die sich mehr als andere mit den Neuerungen beschäftigen. Es dauert manchmal etwas länger, bis das medizinische Wissen sich herumspricht und dann muss man das halt als Patient kritisch hinterfragen.

Frage:

Wenn der Hydrops auf dem Bild dargestellt werden kann, ist das dann ein Menière?

Antwort:

Nein. Wir haben eine Liste von anderen Erkrankungen, die auch einen Hydrops haben. Wenn ein Patient jedoch die typische Symptomatik hat und den Hydrops, dann kann ich sagen, dass es mit Sicherheit einer ist.

Frage:

Wenn ich richtig verstanden habe und die Theorie stimmt, dass durch das Reißen der Membran der Anfall ausgelöst wird, dann ist der Hydrops doch erst ein-

mal weg. Und wenn ich dann eine solche Untersuchung machen lasse, dann sieht man den Hydrops doch nicht. Ich wundere mich sehr darüber, dass das doch gesehen wird.

Antwort:

Genau das ist meine Meinung.

Aber jetzt zur Therapie bei MM. Leider müssen wir sagen, dass es keine Behandlung der eigentlichen Ursache gibt. Wir behandeln auch bisher nur die Symptome und das möchte ich der Reihe nach durchgehen:

Bei Schwerhörigkeit läuft es auf Hörgeräteversorgung hinaus. Für die Innenohrschwerhörigkeit sind das zunächst Hörgeräte und wenn die nicht mehr ausreichen, dann Cochlear-Implantate.

Tinnitus halte ich für das am schwersten zu behandelnde Symptom. Dafür gibt es keine 100 %-ige Behandlung und es ist wichtig, dass der Arzt da ehrlich ist und nicht etwas verspricht, was er nicht halten kann und auch sagt, dass es schwierig ist. Cochlear-Implantate sind sehr gut bei der Behandlung von Tinnitus und es gibt sogar Überlegungen, diese schon bei Menschen mit gutem Gehör einzusetzen. Das ist, in meinen Augen, die sinnvollste Behandlung – alles andere sind Therapieversuche.

Und dann der Ohrdruck: Da funktioniert ganz gut ein Paukenröhrchen. Das kann der Arzt bei sich in der Praxis einlegen und dann sieht man, ob der Druck dadurch gemindert wird. Zuerst ein kleiner Schnitt und dann weiß man, ob die Belüftung, der Druckausgleich, zu einer Besserung führt. Wenn das der Fall ist, kann man ein Paukenröhrchen einlegen, damit der Druckausgleich zum Mittelohr und damit auch indirekt zum Innenohr, erhalten bleibt.

Nun zum Schwindel: Dieser steht bei den meisten MM-Patienten im Vordergrund. Ich habe hier bewusst die konservativen Behandlungen aufgeführt. Je nach Literatur tritt die Menière -Krankheit

in bis zu 50 % der Fälle beidseitig auf. Durch meine lange Berufserfahrung habe ich einen größeren Rückblick, als z.B. ein Assistenzarzt. Ein junger Arzt wird sagen: So hoch ist der Prozentsatz nicht. Ein älterer Arzt, wie ich, hat mehr Patienten verfolgen können und weiß, dass die Menière – Krankheit oft (mindestens 30%)beidseitig auftritt, was übrigens auch für die Immun-Hypothese spricht. Das ist dann eine Immunreaktion, die nicht nur an einer Stelle stattfindet.

Also mit konservativen Methoden behandeln wir und, wenn es gar nicht anders geht, auch chirurgisch mit Operation. Dabei sind Operationen gemeint, die entweder mit Absicht das kranke Gleichgewichtsorgan zerstören und dann ist Schluss mit dem Schwindel auf der betreffenden Seite, oder auch die Druckentlastungsoperation, die nicht ganz ungefährlich ist. Die Patienten gelangen dann oft zu mir. Dann frage ich mich, warum ein Arzt, wenn die eine Seite schon zerstört war, noch auf der anderen einen Eingriff durchführt? Ich bin für konservative Behandlung, so lange das geht!

Viel macht auch die psychologische Führung aus. Man kann dem Patienten vermitteln, dass seine Krankheit dann vielleicht mal ausgebrannt ist.

Man kann Cortison geben, auch das ist plausibel und vernünftig.

In der Akutphase versucht man den Schwindel zu unterdrücken, genauso wie man bei Schmerzen Schmerzmittel gibt. Aber bitte nicht zu lange, weil es sich negativ auswirken kann. Dämpfende Medikamente sollten höchstens zwei oder drei Tage hintereinander gegeben werden, denn ein Menière Anfall dauert nur Stunden.

Sie können aber auch an zwei Tagen hintereinander mehrere Anfälle haben. Wenn das so ist, muss man die Medikamente länger geben. Dann gibt man das Medikament (Dimenhydrinat) als Zäpfchen oder Spritzen denn, wenn ich Tablet-

ten gebe, ist das bei Übelkeit und Erbrechen sinnlos.

Zur Vorbeugung war Betahistin über Jahre oder Jahrzehnte das Standardmittel. Jetzt, vor einem Dreivierteljahr, ist eine sehr gut ausgearbeitete Studie vorgestellt worden. Diese letzte Betahistinstudie ist die bisher beste, die je durchgeführt worden ist. Sie hat gezeigt, dass Betahistin langfristig nicht besser ist als ein Placebo – ein Scheinpräparat. Ich stelle das mal in den Raum. Es klingt hart, aber ich selbst gebe es in bestimmten Fällen trotzdem weiter. Ich habe Betahistin verordnet, nur die Hochdosis-Behandlung habe ich nicht mitgemacht. Ich hatte Patienten, wo ich den Eindruck hatte, dass es wirkt. Aber das ist subjektiv.

Eine gut begründete Therapie ist die Gabe von Diuretika. Es handelt sich um Entwässerungstabletten. Das macht Sinn, wenn ich Flüssigkeit ableiten möchte. Wenn Betahistin nicht wirkt, habe ich immer Diuretika gegeben.

In den chronischen Fällen sind wir Anhänger der Physiotherapie. Das ist einer unserer Trainingsschritte: das Gleichgewichtstraining – Training gegen den Schwindel. Dadurch gelingt es, das Gleichgewichtssystem insgesamt zu stabilisieren.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Im Anschluss durften noch einige Fragen gestellt werden.

Frage:

Bei mir hat Ihr Vortrag voll „zugeschlagen“. Ich habe eigentlich schon viele Vorträge zu Morbus Menière gehört, auch bei einem Ärztekongress. Sie jedoch haben nun hinter alles, was ich bisher gelernt habe, ein Fragezeichen gestellt...

Was mir als selbst Betroffene nämlich wirklich geholfen hat, das ist die Selbsthilfegruppe. Wenn ich einen Anruf bekomme von einem Morbus-Menièr-Patienten, der mir sein persönliches Erleben der Anfälle schildert, dann sagt mir mein Bauchgefühl: Der gehört in unsere Gruppe, der hat Morbus Menière. Oder: Der hat eine von den über 400 anderen Schwindelkrankheiten und dann gehört der auch in eine Selbsthilfegruppe, wenn auch in eine andere. Und wenn man in der Selbsthilfegruppe ist – in der richtigen – dann fühlt man sich gut aufgehoben. Wir haben Männer und Frauen, Alte und Junge. Leider wurde heute nicht angesprochen, wie wichtig die Selbsthilfegruppe für uns MM-Patienten ist.

Antwort:

Ich mache da kein Fragezeichen hinter die Bedeutung der Selbsthilfegruppen. Die psychische Begleitung ist sehr wichtig. Ich habe telefonische Sprechzeiten für Pa-

tienten, die immer wieder zu mir kommen können. Man kann also sagen: Kommen Sie noch einmal, wir überprüfen das. Doch ich wehre mich dagegen, dass man etwas verspricht, dass man nicht halten kann! Dann ist man ein Scharlatan, auch wenn man das in guter Absicht ge-



tan hat. Von der Wissenschaft wird erwartet, dass man Fragezeichen macht. Selbsthilfegruppen unterstützen wir auf jeden Fall.

Einwurf aus der Zuhörerschaft:

Einwurf:

Ich bin Leiter der Selbsthilfegruppe der Cochlear-Implantierten. Hier in der Klinik wird auf die Patienten gehört und auf ihre Fragen und Meinungen – das muss man einmal sagen. Aber ich höre oft von anderen Selbsthilfegruppen, dass Ärzte sich nicht um die Meinungen der Patienten scheren und dass sie die Information, dass es Selbsthilfegruppen gibt und wie wichtig die sind, nicht in ihre Praxis einfließen lassen.

Frage:

Ist der HNO – Arzt bei Morbus Menière der richtige Ansprechpartner? Machen kann er sowieso nichts. Er könnte die Ursachen herausfinden, aber wenn das eine Verarbeitungsstörung ist...

Antwort:

Hier wird die Frage gestellt, ob der Psychiater bei MM nicht von vornherein die bessere Wahl ist. Bei der Frage, wann ein Hörgerät besser ist, weil es den Tinnitus maskiert oder ob die Regulation des Hörvermögens nötig ist oder bei der Einschätzung der Schwindelanfälle, arbeiten wir mit Psychosomatikern zusammen. Aber ein Psychiater wird sich wehren, die primäre Anlaufstelle zu sein. Vielleicht kann man als Kooperationspartner zusammenarbeiten, doch der HNO – Arzt muss der Erste sein. Die Erlebnisverarbeitung des Schwindels ist individuell sehr unterschiedlich. Deshalb muss der Patient nicht zwangsweise zum Psychiater.

Frage:

Welchen Einfluss hat Lärm auf die Entstehung von Schwindel?

Antwort:

Nach geltender Lehrmeinung gar keinen. Ich denke da anders. Das setzt allerdings voraus, dass etwas am mechanischen Apparat zerstört ist.

Frage:

Lässt sich daraus, wenn der Drehschwindel rechts oder links drehend ist, etwas ableiten?

Antwort:

Während der schnellen Augenbewegung bei einem Nystagmus findet keine bewusste Bewegungserkennung statt, nur bei der langsamen. Wenn ich eine langsame nach rechts habe ist das Gefühl, scheinbar nach links gedreht zu werden.

Frage:

Kann Schwankschwindel mental beeinflusst werden? Ich merke oft, dass ich schwanke. Ich habe Angst, andere Menschen sehen mich und halten mich für betrunken. Und dann denke ich: Du musst gerade gehen! Aber das macht das Ganze nur noch schlimmer.

Antwort:

Das kann man leider nicht generell beantworten. Man muss dazu fragen, ob der Schwankschwindel auf eine beidseitige Funktionsstörung des Gleichgewichtsorgans zurückzuführen ist oder nicht. Beim Schwanken muss man überlegen, wie Sie selbst gesagt haben, ob Angst nicht eine Rolle spielt. Da überlege ich immer, ob nicht ein Angstschwindel oder eine andere Angstkomponente dahinterstecken könnte.

Wir danken Herrn Prof. Dr. Dr. Hamann für seinen sehr informativen Vortrag und die geduldige, freundliche und kompetente Beantwortung der Fragen aus der Zuhörerschaft.

Prof. Mark Praetorius

Wenn auch noch das Hören schlechter wird – womit kann mir geholfen werden?



Ein Bericht über den Vortrag von Prof. Mark Praetorius auf der Tagung in Heidelberg (MB)

Drei große Punkte wurden in diesem Vortrag behandelt:

1. Wie funktioniert das Hören?
2. Weshalb beeinträchtigt der M. Menière auch das Hörvermögen?
3. Was kann man gegen das schlechte Hören tun?

Der Schall kommt durch den Gehörgang auf das Trommelfell und die Gehörknöchelchen, dann in die Hörschnecke. Man weiß, dass dies ein Raum ist, in dem sich das Gehör und das Gleichgewicht gewissermaßen dieselben Flüssigkeiten teilen. Lässt man das Gleichgewicht hier außen

vor, ist die Schnecke letztlich etwas, was platzsparend im Kopf aufgehoben ist. Eigentlich ist sie 4 cm lang. Das wäre relativ unpraktisch, wenn ein so langer Korus von beiden Seiten in den Kopf reichen würde. Deshalb ist es einfach aufgerollt, hat aber dennoch die gleiche Funktionslänge. Es gibt hier zwei Flüssigkeitsräume, in die die Bewegung hinein- und auch wieder herauskommt. Dazwischen ist etwas, das durch die Bewegungen zum Schwingen angeregt wird. Der kleine Bereich des Hörens, die sogenannte Endolymphe, wird in diesem Bereich umgeben von der Perilymphe. Diese Zelllage ist ungefähr eine Zellschicht dick. Da kann man sich schon vorstellen, dass da drinnen Druck entsteht, sodass mehr Flüssigkeit angesammelt wird. Es ist jedoch schwer vorstellbar, dass dann dadurch etwas reißt und dann einfach wieder verheilt.

Bei einem Schnitt durch das Innenohr sieht man die drei äußeren Haarzellen sowie die innere Haarzelle. Einige haben einen verstärkenden Effekt und sorgen dafür, dass wir genauer hören und präzisere Tonunterschiede wahrnehmen können. Die innere Haarsinneszelle wandelt die Schwingungen in Nervenimpulse um. Die Tragweite dieses Bereichs war bis vor 25 Jahren bezüglich seiner Funktion nicht wirklich klar gewesen. In der Menschheitsgeschichte jedoch ist dies ein eher kurzer Zeitraum. Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass der Steigbügel die Flüssigkeit auslenkt und die Flüssigkeitssäule zu einer Schwingung angeregt und dadurch eine Welle entsteht. Wenn man nach Bildern im Internet zur Menière'schen Erkrankung sucht, wird man meist Darstellungen finden, die den Anstau an Endolymphe darstellen, jedoch nur im Gehörn der Schnecke.

Warum wird das Hören meistens im Tiefenbereich schlechter?

Die Hörschnecke ist aufgerollt und weiter vorn beim Steigbügel werden

die hohen Töne wahrgenommen; d. h. hier werden die ganz hohen Töne wahrgenommen. Erst tief in der Schnecke drin werden auch die entsprechend tiefen Töne umgewandelt in das Nervensignal.

Nach unserer Vorstellung dehnt sich der Endolymphraum im Bereich der Hörschnecke aus. Allerdings gibt es keine Verteilungsmöglichkeit in zwei Richtungen, weil hier eine doppelte Sackgasse des Endolymphraumes vorliegt. Und genau dies ist der Bereich, der dann von vornherein stärker betroffen ist.

Als erste haben japanische Ärzte (und auch Dr. Gürkov in München ist da dran) festgestellt, dass eine Ansammlung von Endolymph als mögliche Ursache genannt werden kann.

Wenn man sich die beiden perilymphatischen Räume und den Endolymphraum, in denen Druck entsteht, vorstellt, ist an jeder Stelle der Druck letztlich gleich. Deshalb fliegt auch nicht die Tectorialmembran plötzlich wie ein Schiebedach weg. Das ist ein Bereich, der praktisch in der Fixierung hinterher nicht hält. Die Zellen im Gleichgewichtsbereich, die die Schwingungen messen oder die die Flüssigkeitsbewegung im Innenohr messen, sind Drucksensoren. Das sind Zellen, die den Druck oder eine Bewegung messen. Wenn man etwas, was auf geraden Ebenen fein ausgewogen ist, unter Spannung stellt, weil sich darin die Flüssigkeit quasi vermehrt und sich ballonartig aufdehnt,

wird alles, was am Boden fest ist, gezerrt, gezogen und gedrückt. Dadurch gehen die Drucksensoren auf Dauer kaputt und funktionieren nicht mehr. Deshalb hat man zu viel Druck. Das ist weit jenseits von dem, was physiologisch drinnen jemals passiert und deshalb geht es kaputt, gerade weil diese Zellen dann mehr oder weniger einzeln frei schwingend aufgehoben sind.



Es gibt natürlich auch andere Ursachen von Schwerhörigkeit. Das betrifft eine wirklich große Menge von Menschen. In Deutschland leben 80 Mio. Menschen. Davon haben 13 Mio. eine Schwerhörigkeit, und mindestens 10 Mio. leiden unter einem Ohrgeräusch. Es gibt in guten Arbeitsbereichen den Gehörschutz oder auch Lärmkabinen, die von den Mitarbeitern eingesetzt werden können. Es gibt auch einen Bereich, der weniger stark unter dem Auge des kritischen Betrachters hervortritt, nämlich Kinderspielzeug wie Knackfrösche, Faschingspistolen, die am Ohr impulsartige Lärmspitzen von startenden Düsenjets auslösen können. In unserer Freizeit ist das zunächst ein angenehm empfundener Geräuschpegel. Untersuchungen zeigen jedoch deutlich, je weiter es nach Mitternacht ist, desto lauter wird es empfunden.

Hier muss man Herrn Beethoven nennen, der als bekanntester Schwerhöriger vor 215 Jahren in einem Brief seine Schwerhörigkeit folgendermaßen beschrieben hat:

Wenn ich etwas weit weg bin, höre ich die hohen Töne der Instrumente und die Singstimmen nicht. Manchmal auch höre ich auch den Redenden, der leise spricht, kaum. Die Töne wohl, aber die Worte nicht. Doch sobald jemand schreit, ist es mir unausstehlich.

Das charakterisiert die Schwerhörigkeit wirklich. Übersetzt man das in die Bereiche, die das betrifft, hatte Beethoven zum einen eine Hochtonschwerhörigkeit, weil er die hohen Singstimmen nicht hörte, sowie, einen Diskriminationsverlust in der Sprache: die Sprachverständlichkeit ging zurück. Man hört das Gesprochene, versteht es aber nicht. Der Dynamikumfang ist eingeschränkt, d. h. die Stelle, ab der es irgendwie verständlich wird, bis zu dem Punkt, wo es zu laut wird, ist erheblich eingeschränkt im Vergleich zu hörgesunden Mitmenschen. Warum das so ist, auch wenn nicht das gesamte Hören betroffen ist, kann man an dieser „Sprachbanane“ abbilden, in der die unterschiedlichen Laute unserer mitteleuropäischen Sprache dargestellt sind. Daran kann man sehen, dass es recht umschriebene Bereiche gibt, in denen Töne dann nicht mehr klar voneinander zu unterscheiden sind, wenn unser Hörvermögen in dem Bereich beeinträchtigt ist. Gerade die hochfrequentierten Töne sind in der Altersschwerhörigkeit sehr schnell nicht mehr klar voneinander zu unterscheiden.

Zwischenfrage:

Ich komme aus der Nachrichtentechnik. Da sagt man, dass ein Wellenmedium die Wellenleitfähigkeit des Mediums beeinflusst und ich könnte feststellen, dass es da Parallelen gibt, dass das Wasser dort die Durchleitung der Wellen verlangsamt oder hemmt. Ist das richtig, oder ist das mal so betrachtet worden?

Antwort:

Es ist letztendlich so: Wenn man zwei unterschiedliche Flüssigkeiten in einem abgeschlossenen Raum hat und man kann an einer Stelle draufdrücken und es gibt eine Öffnung, aus der die Flüssigkeit herauskommt, wird es, unabhängig davon, welche wässrige Flüssigkeit darin ist, immer das Gleiche sein.

Frage:

Werden Hochfrequenzen vom Medium denn im All erheblich besser geleitet als in der Atmosphäre

Antwort:

Ein Arzt kann das in der Hinsicht eher umgekehrt sagen. Allein die Tatsache, dass das Medium dichter ist und Flüssigkeit enthalten ist, reichen 4 cm Cochleastrecke aus, um Töne von 20 Hz bis 2000 Hz abbilden zu können, die ja in der Luft nicht bis zu 4 cm, sondern wesentlich längere Wellenberge haben. Insofern wird sich dieser Effekt schon auch aktiv von der Natur zu Nutze gemacht.

Ein kurzer Blick in Richtung dessen, was vielleicht in Funk, Fernsehen oder Presse schon zu erfahren war, nämlich der Getherapie, oder dem Hören mit Licht. Das ging in den vergangenen zwei Jahren durch die deutsche Presse. Doch dann gewann wieder das an Bodenhaftung, was wir gegenwärtig wirklich können.

Wenn man das Innenohr anschaut, sieht man die höheren Sinneszellen. Dies sind die Zielzellen, die behandelt werden sollen, da der Bereich Umwandlung, Schall in Nervenimpuls, nicht oder nur eingeschränkt funktioniert.

Wenn man von oben draufschaut, sieht man eine Reihe innere Haarzellen, die drei Reihen äußere Haarzellen und man sieht auch, dass da etwas beschädigt ist, evtl. durch Lärm, Alter, oder ein Medikament. Da sieht es im Blick dann so aus, dass hier keine äußeren Haarzellen mehr

vorhanden sind, und von den paar inneren Haarzellen sehen auch einige etwas mitgenommen aus. Das Hörvermögen verschlechtert sich.

Die Zellen im Gleichgewicht sind ganz enge Verwandte. Das Ganze passiert unterhalb der Otolitenorgane. Wenn man einen schädigenden Einfluss darauf einrichtet, sieht man teilweise Härchen, teilweise nichts. Dadurch ist das Gleichgewicht beeinträchtigt. An diesem Punkt wird auch hier gentherapeutisch geforscht, da klar ist: Wenn hier Zellen ausfallen, soll der Ausfall in Richtung „es soll wieder gut werden“ gesteuert werden.

Und da diese Zellen fehlen, benötigt man hierfür zunächst Ersatzzellen. Diese muss man irgendwoher holen. Es gibt jeweils irgendwo Nachbarn. Vielleicht kann man diese umprogrammieren, also, eine Art Umschulung für die Zellen durchführen. Das kann man einerseits erreichen, indem man aus den jeweiligen Zellen etwas herausbildet und schaut, dass es nicht jede oder eben doch jede wird. Das ist vielleicht nicht ganz praktikabel. Denn wenn es so wäre, könnte man unser Ohr vielleicht einfacher aufbauen. Oder aber es gäbe einen mehrstufigen Vorgang, indem man erst einmal die Zellen vermehrt und dann einige umprogrammiert. Das wären die Voraussetzungen dafür. Im Tiermodell geht das im Prinzip schon. Die Stromimpulse müssen von den Nervenzellen aufgenommen werden. Man sieht den Unterschied zwischen einem gesunden Ohr und einem Ohr, das lange nichts gehört hat. Egal, welche Zellen das sind, man wird den Unterschied sehen. Setzt man in diesen Bereich ein Cochleaimplantat ein, hat man natürlich wenig Anknüpfungstellen. Gibt man hier einen Nervenzellwachstumsstoff dazu, sieht man deutlich, wohin man ihn gegeben hat und wo nicht. Das sieht dann fast wie bei einem gesunden Ohr aus und ist ganz große Klasse. Im Prinzip muss man so etwas vor der Er-

taubung durchführen, also präventiv. Das jedoch ist nicht praktisch gedacht, wenn man dabei etwas vermeiden kann, bevor man überhaupt weiß, dass es eintritt. Das ist noch nicht Klasse. Das ist noch keine echte Therapie.

Die häufigste Ursache für taub geborene Kinder ist recht häufig ein Zellverbindungsprotein, das Connexin 26, das hierbei eine Rolle spielt. Man kann eine Connexin-26-Therapie machen. Das Problem ist, dass der Altersentwicklungsstand, in dem man das machen sollte, beim Menschen im 4. Schwangerschaftsmonat durchgeführt werden sollte, also 5 Monate vor der Geburt. Das ist jedoch auch keine schlüssige Therapie. Es funktioniert, man hat etwas gefunden das anwendbar ist, jedoch noch lange Zeit nicht beim Menschen.

Ebenso ist ein Pessimismus beim Hören mit Licht angebracht. Dafür gab es im letzten Jahr einen großen Forschungspreis in Deutschland und es wurde ein neues Institut gegründet.

So sieht es aus, wenn man Töne auf ein Ohr gibt und am Nerv lauscht, welche elektrischen Signale durchgehen, und so sieht es aus, wenn mit Licht auf das Innenohr geleuchtet wird. Das sieht schon ein bisschen ähnlich aus. Man kann davon ausgehen, dass durch diese Nerven Informationen gehen, die vorher nicht durch Töne, sondern durch Licht durchkamen. Jetzt könnte man das alles schön malen und sagen: Wenn jetzt ein Cochleaimplantat verwendet wird, haben wir nun X an Elektroden, und das ist jedoch alles total unscharf. Also geben wir hier jetzt Licht hinein, dann kommt das praktisch fokussiert an und macht das ganz toll, weil es Laser ist und praktisch.

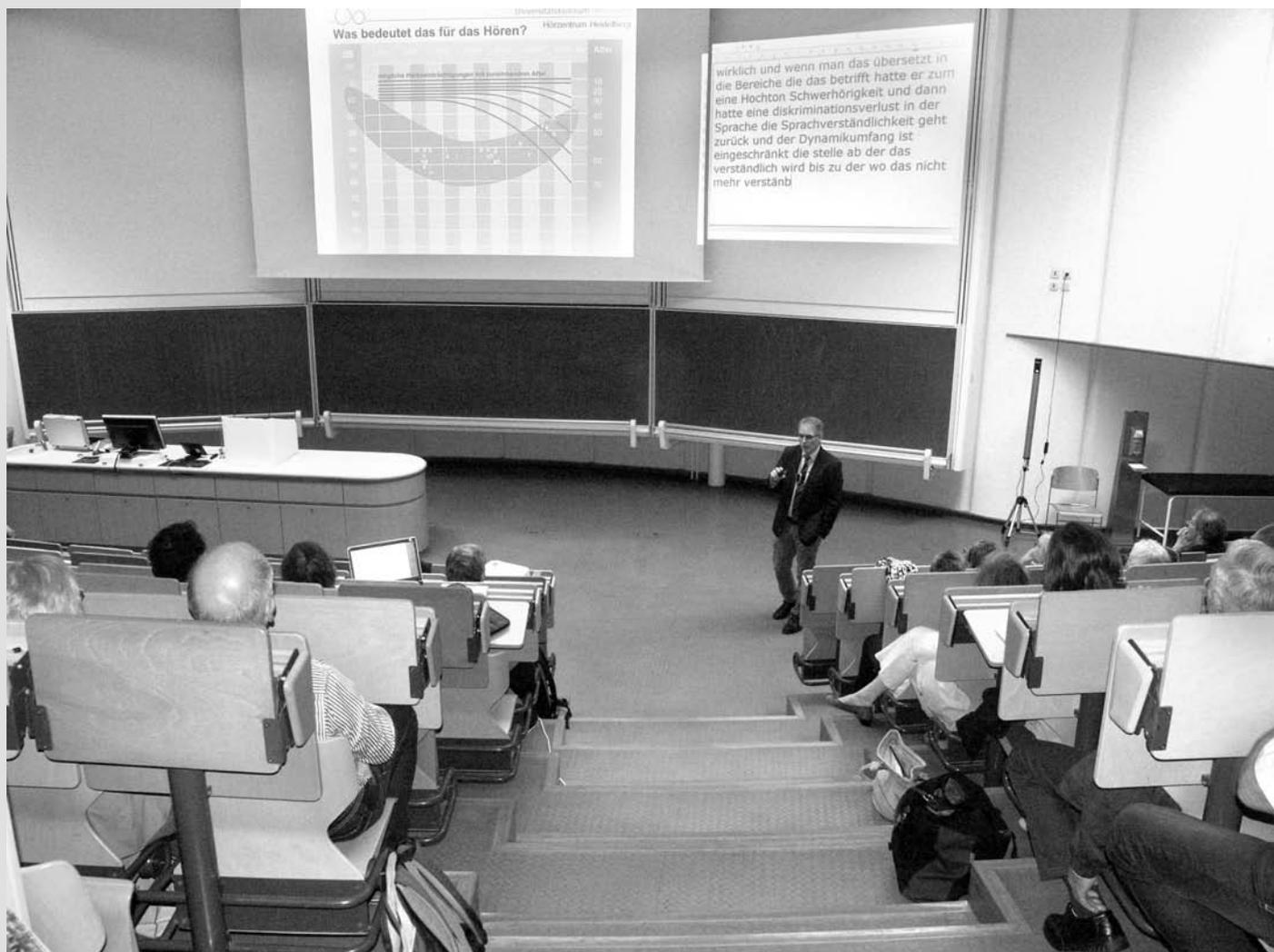
Natürlich kann man auch von Vorteilen ausgehen, nämlich mehr Reizpunkte und möglicherweise weniger Energieverbrauch. Wenn man außen weniger Strom

benötigt, könnte man vielleicht noch etwas mehr einbauen. Das ist unbestritten. Wenn wir so Licht in das Ohr hineingeben, dann müssen wir dort erstmal eine Gentherapie ansetzen und den Zellen das Sehen beibringen. Das wird dabei nicht direkt gesagt. Es muss ein lichtempfindliches Protein, das gleiche, wie wir es im Auge haben, dort in die Zellen tief in den Körper eingebaut werden. Danach können wir mit solchen Lichtpulsen auch den Hörnerv reizen. Das klingt schon mal auf Anhieb nicht mehr ganz so verlockend. Dabei muss man sehen, dass dies im Grunde genommen umprogrammierte Zellen sind, bei denen man nicht weiß, wie lange sie sich das gefallen lassen; wie lange lesen sie jetzt wirklich ihr Programm ab und verfügen über die entsprechenden Proteine? Wird das für 50 oder 100

Jahre sein, wie das jetzt für ein Neugeborenes, das taub im Hörscreening auffällt, verbraucht sein? Das alles ist mit einem großen Fragezeichen verbunden. Von daher: Ja, es gibt tolle Forschung und tolle Ansätze, die aber noch nicht spruchreif sind und in absehbarer Zeit auch nicht in die Praxis zu überführen sind. Man muss bei dem bleiben, was man kann und was man hat.

Das sind zum einen die ganz normalen konventionellen Hörgeräte, die letztlich die Funktion des Ausfalls der äußeren Sinneszellen, der verstärkenden Zellen, ausgleichen sollen. Das ist natürlich nicht so gut wie

Mutter Natur es kann, aber doch in vielen Fällen brauchbar, insbesondere, wenn man dies mit Zusatztechnik verbindet, beispielsweise mit einer Induktionsschleife



oder einem Mikrofon, das man jemandem näherbringen kann, oder dass man mit beiden Ohren gleichzeitig das Gleiche hört, das sind deutlich pragmatischere Ansätze. Implantierbare Hörgeräte sind dort eher vernachlässigbar. An dem Punkt, wo auch die innere Haarzelle, also die, die jetzt wirklich dafür da, ist die Bewegungen und Schwingungen im Ohr in die Nervenimpulse umzuwandeln, ausgefallen sind, benötigt man ein Cochleaimplantat.

Es gibt einen äußeren Teil, der der Hörgerätetechnik im Wesentlichen entspricht und der mit einem Energie- und Informationsüberträger von außen festgehalten wird. Unter die Haut wird das eigentliche Implantat mit dem Elektrodenträger, der durch den Knochen hinter dem Ohr und dem Mittelohr in die Hörschnecke hineingeführt wird, eingesetzt. Dort werden dann die entsprechenden Nervenenden gereizt, bzw. die Umschaltstellen. In Heidelberg wurde das bereits bei ca. 100 Patienten durchgeführt.

Bei Betrachtung sieht man die Elektrode im Raum liegen. Je nach Philosophie werden entweder im Bereich der Nervenenden des Cortischen Organs oder die Zellen im Großkanal entweder voll oder leer sein. Hier finden die Nervenimpulse ihre Antennen und nehmen das auf. Das funktioniert deswegen, weil die Hörschnecke wirklich tonhöhengenaue aufgeteilt ist; die ganz hohen Töne am Anfang, die tiefen Töne am Ende der Hörschnecke. Wenn man einen Tonträger hineinschiebt, hat man den Bereich von hohen Tönen bis tiefen Tönen jeweils abgedeckt. Das kann man im Bild erkennen, denn das fängt irgendwo bei 10–8000 Hz an und geht in der Größenordnung weiter mit 2000, 1500, 250 Hz. Das ist das, was man ungefähr abdecken kann.

Im Röntgenbild wäre eine höhere, kürzere Elektrode zu sehen. Die kann man eine halbe weitere Windung hineingeben, um auch den Tieftonbereich noch etwas umfassender abzudecken.

Es gibt heute viele Hersteller, viele unterschiedlichen Produkte und viele unterschiedliche Philosophien, die dahinterstehen. Die einen sagen, man benötigt möglichst viele Elektroden, die anderen sagen, zwölf reichen aus. Rein theoretisch würden sogar schon acht reichen, weil man ab dieser Anzahl mehr oder weniger jeweils in eine Sättigung hineinkommt. In Ruhe reichen theoretisch acht. Da ist es ziemlich egal, ob man zwölf oder 24 im Ohr hat. Es muss auch noch gesagt werden, dass Hörgesunde – Normalhörige dürfen sich da nicht in die Tasche schwindeln – bei Lärm ebenfalls schlecht hören. Natürlich ist die Ausgangslage des von vornherein Hörbeeinträchtigten eine schlechtere. Aber auch jemand, der wie ein Luchs hört, wird, sobald die Umgebungsgeräusche eine gewisse Lautstärke annehmen, auch dort deutliche Sprachverständnisprobleme bekommen.

Wie hat sich das Ganze nun so über die Zeit entwickelt? Ganz am Anfang war vollkommen klar, dass der Bereich „mausetaub“ war und erstaunlicherweise bei Erwachsenen. Bei den Kindern, bei denen es eigentlich viel natürlicher wäre, hat man wesentlich später den Schritt in die Entwicklung getan.

Schaut man in die Bereiche hinein, in dem die Innenohrschwerhörigkeit hochgradig sein darf, dann ist das ist auch heute der Punkt, bei dem man gar nicht so sehr auf das Tonaudiogramm schauen soll, weil das ja nicht der Alltag ist, dass man unterschiedliche Tonhöhen genau beurteilen möchte, außer vielleicht bei Instrumentenstimmen. Das ist sowieso eine andere Liga. Es geht vielmehr um das Sprachverstehen. Es geht darum, dass man wirklich aus Worten irgendwo die Information herausfiltern kann. Deshalb ist das Sprachaudiogramm, also die Einsilbentests wie Baum, Strauch, Maus und die Zahlwörter viel aussagekräftiger. Daraus ergibt sich, wie gut man hört, und wie gut ggf. ein Hörgerät an dieser Stelle

unterstützen kann und das Hören verbessert. Es gibt inzwischen Werte, die belegen, dass, wenn man unter 50 Prozent Sprachverständlichkeit bei 65 dB kommt, der Bereich erreicht ist, in dem man sagen kann, dass mit einem Cochleaimplantat die Hörfähigkeit wahrscheinlich um 80 Prozent verbessert werden kann. Es gibt recht klare Bereiche, bei denen man sagen kann, ab da wird das Hören besser und ab da weniger. Dann sollte man über ein Cochleaimplantat nachdenken. Aber klar ist, dass man mit zwei Ohren besser hört.

Man sieht dies Phänomen an einem Beispiel eines Cochleaimplantatträgers. Nach einem Jahr Tragen auf dem schlechteren Ohr ist das Ergebnis gewissermaßen das Ganze mehr als die Summe seiner Teile. Und mit zwei Ohren hört man, obwohl das andere Ohr schlechter ist, besser. Allein die Information über zwei Kanäle zu bekommen, so wie man das eigentlich gewöhnt ist, führt dazu, dass man über ein besseres Sprachverstehen verfügt. Man bekommt auch eine bessere Richtungsentscheidung, wenn man mit zwei Ohren hört. Inzwischen betrachtet man die Ohren getrennt voneinander. Unabhängig davon, wie gut das rechte Ohr hört; wenn das linke Ohr taub ist, sollte man das Hören bei diesem Ohr rehabilitieren. Nicht irgendeine Übertragung des Schalls auf das andere Ohr, damit man pseudo-mäßig, also mit 360°, mit einem Ohr hört. Im Prinzip ist das folgendermaßen: Wenn praktisch der Schall auf das taube Ohr und der Nutzschall oder Lärm auf das normal hörende Ohr kommt, hat man bereits eine Verbesserung erzielt. Wenn man den Schall auf das bessere Ohr bringt, bleibt es hingegen weit hinter dem zurück, was man erwarten darf, wenn man wirklich ein zweites Ohr dazu nimmt, und zwar erstaunlicherweise nahezu unabhängig davon, wie gut das wird. Egal, ob das jetzt phantastisch wird oder ob nur 20 Prozent Verständlichkeit erreicht werden. Man hat

jedoch ein messbares Plus, insbesondere in unruhigen Situationen. Und dann dazu noch der Tinnitus. Wenn man ein taubes Ohr hat und das Hören ist einem schon egal, und das Ohrgeräusch treibt einen an die Grenzen des Wahnsinns, dann ist das etwas, was in sehr vielen Fällen auch das Ohrgeräusch aktiv zurückdrängt. Dadurch werden mehr Informationen durch das Ohr durchgereicht. Das kann man gut sehen.

Am normal hörenden Ohr sollten jetzt nicht irgendwelche Implantationen durchgeführt werden. Das ist nicht zielführend, aber grundsätzlich ein weiterer Punkt, der damit angefasst wird. Wenn man das Ganze so in der Heidelberger Situation betrachtet, gibt es wirklich einen umfassenden, multidisziplinären Ansatz, bei dem es wirklich unterschiedliche Gesichtspunkte gibt, die da einfach zusammen einfließen müssen. Das sind Akustik, Psychologie, Logopädie, Pädagogik, Audiotherapie sowie Grundlagen physikalischer Hintergründe. Man muss einfach klar sagen, dass man, wie oben erwähnt, Beratungsangebote hat, wie man das Hören in Teamarbeit, als Teamerfolg, wieder besser hinbekommt. Man muss ebenfalls sagen, dass aus der Gesamtentwicklung heraus der ärztliche Beitrag ganz klar nicht der größte ist. Aber man muss sich vorher schon ganz genau anschauen, welche Behandlungsmöglichkeit für den Einzelnen in Frage kommt. Sollte eine Implantation stattfinden müssen, muss danach das Hören auch wirklich noch einmal aktiv geübt und rehabilitiert werden. Dann ist es auch wichtig, dass täglich jemand da ist, falls im weiteren Verlauf Fragen auftauchen sollten.

Fragen dazu:

Eine Frage zum Anfang des Vortrages:

Es wurde gesagt, die Hypothese vom Platzen dieser kleinen Membran im Innenohr ist nicht sehr einleuchtend. Die

Dauerschädigung der Hörzellen und der Gleichgewichtszellen leuchtet ein. Aber wie kann man das anfallsartige Schwindelgeschehen erklären?

Antwort:

Das erklärt sich dadurch, dass der letzte Tropfen mehr oder weniger die Ausdehnung an den Punkt bringt, an dem es den schädigenden oder den massiven Auslenkungseffekt der druckempfindlichen Zellen darstellt. Wenn das abebbt oder wenn das durch den Saccus endolymphaticus wieder aufgenommen wird, dann ist in dem Moment praktisch auch der Spitzendruck weg. Aber trotzdem ist noch eine Fülle im Ohr drin, ebenso die ganzen Symptome. Es ist nicht irgendwie etwas, das aufreißt und sich wieder schließt. Man kann das Beispiel mit dem Luftballon oder einer Seifenblase anführen. Da kann man sich schon vorstellen, wie diese platzen. Ich habe jedoch noch nie gesehen, dass sich da wieder etwas verschließt. Und warum sollte das dann hier im Ohr stattfinden? Erfreulicherweise wurde das in den jüngeren Vorträgen, die darüber gehalten wurden, nicht mehr so in diese Richtung vorangetrieben.

Frage:

Meine Frage geht um Tinnitus. Es gibt eine Studie von Herrn Prof. Tass., der letztlich mit mathematischen Modellen im Hintergrund aktiviert mit Frequenzen, die das Gehirn wieder an seine ganz ursprüngliche Funktion erinnert. Ich habe darüber einen Vortrag gehört und bin begeistert. Ist das hier bekannt und wird das hier gemacht, oder sollte man das für Scharlataner halten?

Antwort:

Meiner Einschätzung nach würde ich es jetzt nicht als Scharlatanerie bezeichnen. Ein Ohrgeräusch ist nichts, das rein aufs Ohr beschränkt ist, sondern das wirklich auch einen zentralen Weiterverarbei-

tungsprozess bedeutet. Da ist im Prinzip die Informationszufuhr, die, wenn sie einzelne Ausfälle hat, d. h., wenn einzelne Sinneszellen wegfallen, trotzdem noch Nerven sind, die auf Information warten, und die an einer weiteren Stelle im Gehirn verarbeitet werden wollen. Wenn jedoch keine Informationen kommen, kommt es zu Phantomgeräuschen. Wenn man jetzt mathematisch einen Informationsfluss so nah hinbekäme, dass es das ausfüllt, würde das auch etwas bringen. Aber es bringt auch schon etwas, wenn man in einem gewissen Maße den Schrecken des Geräusches nimmt. In einem relativ breiten Bereich des beeinträchtigenden Tinnitus kann man durch Entspannungsübungen über die Töne, also die musiktherapeutischen Ansätze erleben, und zwar hier im Deutschen Zentrum für Musiktherapie-Forschung in Heidelberg, und das ist sehr ermutigend. Es gibt schon parallele Wege, die jetzt bearbeitet werden. Das, was gehört und empfunden wird, wird auch in ein Positives umgedeutet, dass es auch unter die Wahrnehmungsschwelle runterrutscht. Die Filtermechanismen, die da sind, sollen damit wiederhergestellt werden. Das funktioniert damit recht gut. Da gibt es auch eine Hör-App.

Frage:

Wie viele Morbus-Menièrè -Patienten erzählen, dass sie einen oder mehrere Hörstürze im Vorfeld gehabt haben? Gibt es da einen Zusammenhang bzw. welchen? Und wenn ein Zusammenhang besteht, weshalb erkennt man das nicht schon vorher und leitet entsprechende Therapien ein?

Antwort:

Letztendlich ist das, was die Menière-Patienten alle erleben und von ärztlicher Seite mühsam festgestellt wird, keine einfache Diagnose. Dahinter verbirgt sich eine ganze Menge. Und es gibt Patienten, die lediglich einen Tieftonhörverlust haben,

der sich wieder ausgleicht und wieder kommt und wieder ausgleicht, ohne jede Form eines Tinnitus oder jegliche Form eines Schwindels, und dennoch dieses verzerrte Hören als sehr unangenehm empfinden. Das ist ja auch etwas, was in der Richtung ohne weiteres in der gemeinsamen Hörstrecke sein kann. Therapeutisch kann man da noch nicht weiterdenken.

Frage:

Ich habe da nur eine Ergänzung dazu (von Dr. Schiffmann?)

Antwort:

Wir haben mal bei den Patienten, die bei uns Tieftonhörstürze hatten, auch wenn sie keinen Schwindel hatten, einfach jeden Patienten ins VNG gelegt, d. h. eine Prüfung mit warmer und kalter Luft. Bei allen gab es eine deutliche Seitendifferenz, sie klagten jedoch nicht über Schwindel. Das Gleichgewichtsorgan hat das sehr wohl registriert. Also, da muss man wirklich überlegen: was wird am Ende weitergeleitet, was haben wir wirklich? Das sind wirklich beeindruckende Zahlen, die wir da hatten. Wir machten das nur mit Patienten, bei denen die genaue Sym-

ptomatik bekannt war. Wir dürfen keine unnötigen Untersuchungen durchführen und deswegen machen wir das in der Klinik nicht. Aber wir haben bei den Patienten mit einem Tieftonhörsturz einfach mal gesagt, wir machen einen VGN mit. Alle hatten richtig auffällige Seitendifferenzen, jedoch ohne Spur von Schwindel.

Frage:

Warum behandelt man das nicht gleich?

Antwort:

Man benötigt ja zunächst einmal die Diagnose und im Anschluss die Therapie. Wenn man durch den Verlauf letztlich darauf kommt, dass sich der Menière zum ersten Mal gezeigt hat, ist das wie ein Aha-Effekt. Aber wenn man jeden Patienten mit einem Hörsturz wie einen Menière-Patienten behandelt, dann behandelt man wahrscheinlich $\frac{3}{4}$ der Patienten erstmal falsch in der Hoffnung, man würde damit etwas erreichen. Das ist gewissermaßen erst einmal schade, dass man das rückblickend so erkennt. Man darf jedoch nicht einfach, nur weil der Menière in der Liste der möglichen Erkrankungen ist, in diese Richtung behandeln.

Training für das schwinde(l)nde Gleichgewicht

Im Workshop angekommen sitzen wir in einem großen Kreis und Frau Knäbel, sie leitet das Schwindeltraining, begrüßt uns. Sie war Lehrerin und hat seit 2003 beidseitigen Menière.

Da ich einen Bericht schreiben möchte, nehme ich Stift und Papier und fange an zu schreiben. (brauche ja nicht mitzumachen). Doch die Stimme von Frau Knäbel holt mich auf den Boden der Tatsachen zurück: "Es wird mitgemacht, schriftliche Infos gibt es im Anschluss".

Schwindel und Gangunsicherheit sind kein irreparabler Zustand, das war für uns erfreulich zu hören. Man muss üben wieder standfest zu werden und unser Gehirn ist sehr lernfähig. Kommen genügend Informationen von den Augen, den Muskeln und Sehnen und vor allem von den Fußsohlen, vergisst das Gehirn, auf den Impuls aus dem Innenohr zu warten. Jetzt geht es los:

Im Sitzen bewegen wir die Augen nach rechts und links, nach oben und unten. Danach den Daumen mit den Augen fixieren und die Übung wiederholen (schaffe ich doch problemlos). Weiter geht es im Stehen, wir bewegen die Augen oder den Kopf. Wir verlagern nun das Körpergewicht nach vorn und hinten, nach rechts und links (ein klei-

ner Schwindel und ich muss mich an der Stuhllehne kurz festhalten). Jetzt sollen wir auch noch abwechselnd ein Bein nach dem anderen anheben, Augen geschlossen, und der nächste leichte Schwindel ist in meinem Kopf. Die Übung ist endlich vorbei und wir setzen uns (leider nur kurz).

Ein Seil wird auf den Boden gelegt und wir gehen eng neben dem Seil (leichte Übung, dachte ich). Jetzt die Füße voreinander zu setzen, ist schon schwieriger, aber dann noch nach rechts und links schauen und ich mache ein paar torkelnde Schritte. Das Knie so hoch wie möglich anzuziehen beim Laufen und sich zu drehen, gibt mir den Rest und ich mache eine Pause. Schwankend verlasse ich den Raum, um an die frische Luft zu gehen. Mit Erleichterung stelle ich fest, der Workshop ist zu Ende.

Mein Fazit dieses Tages ist üben, üben und nochmals üben. Ich wollte alle Übungen ausführen, merkte aber schnell, mein Gleichgewicht war nicht so gut wie geglaubt. Gleichgewichtsschulung ist niemals abgeschlossen und tägliches Training ist erforderlich. Die Worte von Frau Knäbel "ICH KANN ETWAS TUN", um dem Menière ein Schnippchen zu schlagen, sollten uns alle motivieren.

(GG)



Workshop zum Thema: Erfolgreiches Leben mit Cochlear-Implantat

Zu diesem Workshop wurden wir 9 Interessenten von gleich drei Moderatoren abgeholt und in die Bibliothek der Kopfklinik Heidelberg geleitet.

Im Raum angekommen, stellten die Drei sich vor (sie waren von der Selbsthilfegruppe der Cochlear-Implantierten der Klinik) und erzählten ihre speziellen Hörbiografien. Besonders interessant war, dass jeder von ihnen zu einem anderen Zeitpunkt und infolge anderer Bedingungen sein Cochlear-Implantat erhielt.

Der Leiter der Selbsthilfegruppe, Herr Thomas Hase, ertaubte einseitig mit 6 Monaten infolge eines Virus. Auf dem anderen Ohr trug er eine hochgradige Hörschädigung davon. Mit 27 Jahren bekam er sein erstes Hörgerät und vor 7 ½ bzw. 7 Jahren seine CI. Vorher konnte er keinen Stereoton hören, was ihn nicht nur bei seinem Hobby, der Volksmusik, sehr behindert hat. Auch die Lebensqualität war sehr eingeschränkt.

Herr Manfred Fischer, 63 Jahre, wurde durch einen einseitigen Hörsturz mit totalem Hörverlust und massivem, andauerndem Schwindel vor 4 Jahren überrascht. Letzterer wurde innerhalb eines Jahres besser, jedoch ist er bis heute nicht

verschwunden, was seine Lebensfreude oft beeinträchtigt. Er bekam dann vor 3 Jahren ein Cochlear-Implantat, das ihm sehr geholfen und in seinem Leben wieder vorangebracht hat.

Herr Arno Schmied, ca. 50 Jahre alt (geschätzt), ist auf einem Ohr seit ca. 20 Jahren ertaubt und wurde vor 3 Jahren Cochlear-implantiert. Er leidet noch immer ein wenig an Schwindel und Tinnitus.

Es durften anschließend Fragen gestellt werden.

Zum Beispiel hat eine Teilnehmerin das Problem, dass sie als Morbus-Meniére-Patientin gern ein CI hätte, da sie mit ihren Hörgeräten schlecht zu-rechtkommt. Im Gesprächskreis, wenn viele Stimmen durcheinanderreden oder wenn es Hintergrundmusik gibt, fällt es ihr immer sehr schwer, eine an sie gerichtete Frage zu verstehen. Sie ist einseitig nahezu taub und kann darum auch nur einseitig Geräusche vernehmen. Es wurde bei ihr bereits die Prüfung über CI – Fähigkeit positiv in der Uniklinik Frankfurt vorgenommen. Leider haperte es dort an kompetenter Beratung. Ihr wurden, ohne nähere Einweisung, mehrere CI – Geräte zur Auswahl vorgelegt. Sie war sich unsicher, welches CI – Gerät für sie speziell geeignet wäre. Außerdem bekam sie von einem Betroffenen die Information, dass durch ein CI die Menière-Akti-



vität bei ihm zunahm. Bei ihrem Arbeitskollegen musste das CI nach drei Monaten ausgetauscht werden, weil es nicht zum Hörproblem des Betroffenen gepasst hat. Das wollte sie beides unbedingt vermeiden. Somit hat sie heute noch immer kein CI und weiterhin Probleme mit ihren Hörgeräten. Sie ist verzweifelt.

Obwohl kein Morbus-Meniére-Betroffener mit CI anwesend war, konnten die drei Selbsthilfegruppenmitglieder der Frau von Morbus-Meniére-Patienten in ihrer Gruppe berichten, denen mit Implantaten sehr gut geholfen werden konnte. Das sei jedoch auch eine Frage der Bereitschaft, sich mit dem veränderten Hören durch das CI auseinandersetzen zu wollen. Ähnlich wie bei Hörgeräten muss man sich erst an das veränderte Hören gewöhnen, bevor man sich der neuen Vorteile bewusst wird.

Die drei CI-Träger hatten sehr viel Verständnis für die Situation der Patientin, denn auch sie kannten das Problem, wenn man einseitig fast nichts hört. Man besitzt dann kein Richtungshören mehr und hat dadurch große Probleme, sich im Alltag und im Verkehr zurecht zu finden. Ein einseitiges CI kann dabei Abhilfe schaffen, so die beiden einseitig CI – Implantierten, Schmied und Fischer.

Leider mussten sie alle das Erleben der Patientin bestätigen, soweit es die Auswahl des richtigen CI – Systems betrifft. Ihnen sei es damals genauso ergangen. Die Ärzte in Deutschland dürfen aus rechtlichen Gründen keine Empfehlungen für ein bestimmtes CI – System aussprechen, informierten sie. In Österreich sei das jedoch möglich. Jedoch unterscheiden sich die gängigen CI – Systeme (Med-EL, Cochlear, Advanced Bionics) in Deutschland kaum voneinander. Die Qualität sei bei allen sehr gut, die Technik weitgehend die gleiche. Am wichtigsten sei jedoch, da waren sich alle einig, dass die Betroffene endlich wieder auf ihrem fast tauben Ohr richtig hören und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen könne. Darum sei die Wahl des CI -Modells zweitrangig.

Einer der Workshopteilnehmer war ein HNO – Arzt aus Tübingen. Dieser warf ein, dass es passende CIs für bestimmte Hörgeräte gebe, man sich also

auch nach dem bereits genutzten Hörgerät richten solle. Wenn man diese Frage für das persönliche Hörgerät beantworten könne, würde die Wahl des CI – Systems leichter fallen.

Eine weitere Workshopteilnehmerin wollte gern wissen, wie überhaupt der Werdegang ist, wenn man z.B. wie ihr mit anwesender Ehemann einseitig fast ertaubt sei und nun gern ein CI – Gerät hätte. Die anderen drei Implantierten erklärten ihr den Weg: Man muss zunächst in eine Klinik, denn kein HNO – Arzt kann ein CI verordnen. Bei der Wahl der Klinik sollte man sich besonders Zeit lassen, um diejenige auswählen zu können, die zu den eigenen Bedürfnissen am besten passt. So sei es z.B. wichtig, dass die Nachsorge gut organisiert sei. Die Klinikärzte fänden dann, anhand der Untersuchungsergebnisse heraus, ob ein CI medizinisch angezeigt und der Patient dafür geeignet ist. Danach sollte der Patient es sich jedoch noch gründlich überlegen, ob er sich wirklich ein solches Implantat zulegen will. Es gebe viele Gründe, die dafür, aber auch viele Gründe, die dagegen sprächen.

Beste Voraussetzung für schnelles Eingewöhnen und besseres Hören mit CI sei eine kurze Ertaubungszeit bzw. wenn das extrem schlechte Hören noch nicht allzu lange andauert. Umso schneller könnten wieder Geräusche, die man vorher nicht mehr wahrgenommen hat, gehört und vom Gehirn verarbeitet werden.

Gerührt berichtete einer der CI – Selbsthilfegruppenmitglieder, wie er schon am Abend nach der Implantation ganze Sätze mit dem implantierten Ohr verstanden habe. Er konnte das Ticken seiner antiken Wanduhr hören und die Vögel im Garten. Er war überglücklich darüber. Seine eigene Stimme nahm er nun realistisch wahr und wurde nicht mehr von anderen gebeten, beim Reden doch nicht so zu schreien. Auch konnte er sich auf der Straße wieder orientieren und lief nicht mehr Gefahr, mit einem Auto zusammenzustoßen. Früher ist er Familienfeiern ausgewichen, da das Hören ihm zu stressig war und viele Missverständnisse entstanden.

Danach wurde die für uns MM-Erkrankte sehr wichtige Frage gestellt, ob denn ein CI auch bei

schwankendem Hörvermögen angebracht sei. Herr Hase berichtete anhand eines Falles aus seiner Familie, dass durch den Einschub des Implantates in die Hörschnecke kein schwankendes Hören mehr auftrat. Man habe wieder die volle Bandbreite des optimalen Hörens zur Verfügung, da keine unterschiedlichen Zerstörungsgrade der Haarzellen (durch die vorangegangenen Anfälle) das Hören behindern. Jedoch verwies er auf vertrauensvolle Gespräche mit einem Klinikarzt, der die Risiken und Vorteile einer Cochlear – Implantation im speziellen Fall erläutern könne. Eine Garantie, dass später keinerlei Probleme mehr auftauchen oder bei der OP auftreten können, gibt hierfür kein Arzt. Es fehlen auch die Langzeitstudien hierzu, da es die CIs noch nicht allzu lange Zeit gibt. Aber die Technik und die OP-Methodiken entwickeln sich sehr schnell in der heutigen Zeit, so dass Risiken immer kleiner werden und Irritationen immer seltener auftreten. Die Operation dauert etwa 1,5 bis 2 Stunden.

Alle drei CI – Träger waren froh, ihr CI zu haben und wollten es nicht mehr missen. Es sei für sie ein großer Gewinn an Lebensqualität. Sie müssten nie mehr nachfragen, weil sie etwas im Gespräch nicht richtig verstanden hätten. Man könne auch die Lautstärke reduzieren, wenn es zu viele akustische Reize gebe, die man gerade nicht alle hören möchte – ein Vorteil, den man mit gesunden Ohren nun einmal nicht hat. Außerdem habe keiner von ihnen je das Gefühl gehabt, mit dem CI eine „Prothese“ zu tragen, wie z.B. eine Arm- oder Beinprothese. Einzig beim „Abschalten“ des CI habe man kurz ein Gefühl von einem gewissen „Vakuum“, welches aber nach ein paar Minuten vergehe, denn es fehle in diesem Moment ja ein äußerer Reiz, das Hören. Doch dieses Empfinden hat man auch bei Hörgeräten, wenn man diese ablegt.

Es ist eine Übungssache, mit einem CI überall – im Konzert, Auto, TV, Straße usw. – gut hören zu können und, man muss diesem Problem aufgeschlossen gegenüberstehen.

Eine weitere Frage war, ob sich das CI durch äußere Einflüsse, wie z.B. laute Musik verschieben

könne. Dies wurde verneint. Nur der äußere Teil des CI könne zufällig bei Kontakt mit starken Magneten daran hängenbleiben, da er selbst magnetisch ist. Jedoch sei dies im Alltag sehr selten der Fall.

Zur Kostenübernahme für ein CI und dessen Implantation wurde die nächste Frage beantwortet. Diese Kosten werden für gesetzlich Versicherte von den Krankenkassen voll getragen, auch das Zubehör wie Batterien. Privatversicherte müssen sich bei ihrer Kasse dazu kundig machen, da nicht jeder private Vertrag eine solche Leistung beinhaltet. In diesen Fällen kann es helfen, wenn man die Implantation von bereits auf diesem Gebiet renommierten Ärzten vornehmen lässt.

Eine Workshopteilnehmerin mit einseitigem Cochlear- Implantat klagte darüber, dass sie noch immer, Jahre nach der OP, unter Schwindel leide. Mit der CI – OP wäre der Schwindel wieder aufgeflammt und hätte sich danach auf einem gewissen Level eingependelt. Er sei bis heute noch immer vorhanden. Das mache sie unsicher und sei natürlich lästig. Im Gegensatz zum Drehschwindel sei dieses Schwindelgefühl – ein Schwankschwindel – zwar um einiges milder, aber doch unangenehm und ständig da.

Nachfolgend wollte ein Teilnehmer wissen, ob es für seine CI – Versorgung ein Hindernis sein könne, dass er bereits eine Saccotomie hatte und sich der Knochen (Felsenbein) später wieder verdickt hat (die Ausfräsungen sind nachgewachsen). Mit dieser Frage wurde er an den untersuchenden bzw. operierenden Arzt verwiesen. Eventuell wäre es dadurch nötig, dass in seinem Falle ein bestimmtes Fabrikat der verschiedenen CI – Modelle implantiert werde, da es besser geeignet sei als die anderen.

Darum ist es wichtig, sich eine Klinik mit einer guten Nachsorgestrategie auszusuchen. Z.B. in Heidelberg oder Freiburg wird eine ca. 2-jährige ambulante Rehabilitationsbetreuung angeschlossen. Der Patient erhält über diese Zeit verteilt ca. 20 Einstelltermine. Anfangs in kürzeren Abständen – so ca. alle 2 Wochen – und später in immer län-

geren Intervallen. Jedoch wird das eben nicht in allen Regionen Deutschlands gemacht und man muss mitunter sehr lange Anreisen auf sich nehmen, nur um vielleicht für eine Viertelstunde eine Einstellung machen zu lassen.

In Mannheim und St. Wendel werden wiederum ca. 6-wöchige stationäre Rehabilitationen (Reha) angeboten, danach ist die Reha beendet. Dadurch sind die Anpassungsintervalle für die CI kürzer und das Gehirn hat weniger Zeit, sich auf das neue Hören einzustellen. Bei manchem Patienten können dadurch Nebenwirkungen wie z.B. Kopfschmerzen auftreten. Jedoch entfallen eben längere Fahrt- und Wartezeiten.

Es gibt also wesentliche Unterschiede, die alle ihre Vor- und Nachteile haben. Voraussetzung für den Erfolg der Reha ist immer die aktive Mitarbeit des Patienten. Das ist bei der Anpassung von Hörgeräten beim Akustiker ebenfalls so.

Von dem anwesenden HNO – Arzt aus Freiburg wurde betont, dass man mit einem implantierten Cochlear nur in Ausnahmefällen sofort und ohne zu üben wieder klar hören kann. In den meisten Fällen muss man lange Zeit üben und es sich mehrfach nach den persönlichen Bedürfnissen einstellen lassen.

Man braucht nach der CI – Implantation zunächst Geduld, Geduld, Geduld! Die beste Übung ist die aktive Teilnahme am alltäglichen Leben, das Hinausgehen und das Reden oder z.B. im Freien ein Buch zu lesen, um mit den Nebengeräuschen fertig zu werden. Das Telefonieren mit CI ist ebenfalls eine Disziplin, die längere Zeit geübt werden muss.

Unseren herzlichen Dank an die 3 „Musketiere“ von der Selbsthilfegruppe der Cochlear-Implantierten für den sehr interessanten und angenehm entspannt geführten Workshop und weiterhin stets gutes Hören mit CI!

(CE)

Fragen und Antworten-Workshop „Technische Hörhilfen“ (WD)

Herr Johannes Burkart, Klinischer Audiologe an der HNO-Klinik in Heidelberg führte zunächst sehr anschaulich und verständlich in die verschiedenen Typen und Geräteformen mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen der unterschiedlichen Hörgeräte ein. Die Teilnehmer erhielten kompetente Antworten auf ihre Fragen sowohl zu den unterschiedlichen Geräteformen als auch den Programmen und den Einstellungen. Er informierte auch darüber, welche Leistungen die Hörgeräteakustiker beim Kauf eines Hörgeräts zu erbringen haben.



Insgesamt hatte ich den Eindruck, dass die Workshop-Teilnehmer in lockerer und angenehmer Atmosphäre ihre Fragen umfassend beantwortet bekamen und zusätzliche nützliche Informationen zum Kauf, zur Anpassung und zur Programmierung von Hörgeräten erhielten.

(WD)

Der Angehörigen-Workshop

Wegen des hohen Besucherandrangs wurde noch ein zusätzlicher Workshop angeboten, der sich, in bewährter Manier, an die Angehörigen von Betroffenen richtete und von Dr. Fred Knäbel geleitet wurde.

(DA)



Erneut erhielten wir als KIMM e.V. in 2016 eine freundliche Einladung von den Geschäftsführern der Deutschen Fortbildungsgesellschaft der HNO-Ärzte mbH für die jährliche Fortbildungsveranstaltung der HNO-Ärzte in Mannheim.

An zwei Tagen (28. und 29.10.2016) waren wir präsent und freuten uns sehr, dass die Stände der Selbsthilfegruppen sich wesentlich mehr an der „Basis“ befanden. Uns wurde dafür ein gut erreichbarer Messestand auf der 2. Etage zur Verfügung gestellt, denn neben den Veranstaltern hatten auch wir den Wunsch, die Zusammenarbeit mit der HNO-Ärzeschaft auszubauen.

So ist dies für uns eine gute Möglichkeit, als Selbsthilfeorganisation den Teilnehmern der Messe und Fortbildungsveranstaltung von unserer Arbeit zu berichten und die Wichtigkeit der Selbsthilfearbeit den HNO-Ärzten ein wenig näher zu bringen. Es ist uns ein Anliegen, von den Ärzten als Hilfe für die Patienten wahrgenommen zu werden. Denn noch immer werden die Selbsthilfegruppen von manchen Ärzten eher als Bedrohung und nicht als Partner und Nachsorgemöglichkeit gesehen.

Um auf unseren diesjährigen Messestand und unser Anliegen im Besonderen aufmerksam zu machen, haben wir einen ganz speziellen Vorschlag zur Lebenshilfe für MM-Patienten präsent

tieren können: Einen ausgebildeten und geprüften Anfallwarn- und Assistenzhund für Morbus Menière-Betroffene. Dieser war die gesamte Zeit mit seiner Hundeführerin an unserem Stand anwesend, hat viel Interesse geweckt und auf seine Weise von seinen Vorteilen überzeugt.

Im Verlauf der Veranstaltung fanden ca. 70 Ärzte zu uns und interessierten sich für unsere Arbeit und Möglichkeiten. Wir konnten neue Verbindungen knüpfen und den Ärzten mit Rat zur Seite stehen, wenn sie uns von den Nöten ihrer MM-Patienten berichteten. Auch wenn manchmal noch Skepsis von der Seite der Ärzteschaft bestand, wurde diese schnell beseitigt, wenn sie bemerkten, dass wir nicht die Absicht hatten, ihr medizinisches Konzept zu kritisieren, denn:

Wir sind auch in der Zeit NACH dem Praxisbesuch beim HNO-Arzt oder NACH dem Klinikaufenthalt für die Patienten da.

- Wir sind Selbstbetroffene, die den MM-Patienten das Gefühl geben wollen, nicht allein zu sein mit ihren Problemen, denn wir haben/hatten dieselben.
- Wir haben die Möglichkeit, am eigenen Beispiel zu berichten, wie wir im Alltag mit der Erkrankung zurechtkommen, persönliche Antworten zu geben bei Fragen zum eigenen Erleben von Behandlungsmethoden oder der Nutzung von Hörgeräten.
- Wir schöpfen aus unserem Erfahrungsschatz, was MM-Betroffenen guttut und was sie brauchen, um sich selbst nicht zu verlieren und die akuten Phasen weitgehend gut durchzustehen.
- Wir haben Angehörige, die die Angehörigen der MM-Betroffenen in ihren Gefühlen und Sorgen verstehen und beraten können.
- Wir sind schon längere Zeit betroffen und haben neue, eigene Wege zurück ins Leben gefunden und sind nicht mehr panisch und verwirrt durch die frisch gestellte Diagnose MM.

Wir wissen, welche Hilfsmittel für uns alltags-tauglich sind und was sich bewährt hat, um wieder Sicherheit im Umgang mit Fremden und Freunden zu gewinnen.



Als „Aussteller“ auf dieser Fortbildungsmesse hatten wir die Möglichkeit, an einigen Vorlesungen für Ärzte teilzunehmen. Natürlich nahmen wir das Angebot gern an. Obwohl wir uns gefreut haben, dass es bei der Beurteilung der gängigen Behandlungsmethoden und durch die Berücksichtigung der Psyche der Betroffenen neue Aspekte im Konzept bei Morbus Menière gibt, haben wir eine Erwähnung der Wichtigkeit der Selbsthilfearbeit sehr vermisst.

Aus unserer Sicht gibt es also noch viel zu tun, bevor wir sagen können, dass Arzt und Selbsthilfe an einem Strang ziehen und den Patienten dadurch optimale Hilfestellung geben können. Wir werden weiterhin unser Ziel verfolgen und die Wichtigkeit der Selbsthilfe deutschlandweit laut und deutlich verkünden. Besonders im östlichen Teil unseres Landes haben wir, durch die Gespräche mit den Ärzten an unserem Stand, Entwicklungspotential erkannt und werden daran in den



Uns wurde nach unserem Hinweis auf diesen Punkt vom Referenten geantwortet: Er hielte von Selbsthilfegruppen nicht viel, da er es nicht möge, wenn seine Patienten, „aufgestachelt“ durch die Reden anderer Betroffener in Selbsthilfegruppen, zu ihm kämen und fragen würden, warum er denn diese oder jene Behandlung bei ihm speziell noch nicht versucht habe, denn man hätte davon in der Selbsthilfegruppe gehört.

Wir waren über diese Reaktion sehr verwundert, machte es doch deutlich, wie wenig der Redner über die Arbeit der Selbsthilfe wusste.

Wir würden uns wünschen, dass die Ärzte uns als Partner, ähnlich wie das auch schon bei Krankheiten wie Krebs oder Alkoholismus der Fall ist, wahrnehmen.

nächsten Jahren arbeiten. Es wird demnächst KIMM-Tagungen verstärkt im Norden und auch im Osten Deutschlands geben. Soweit es in unseren Kräften steht, wollen wir die Interessen der Morbus Menière-Patienten nach außen vertreten.

Unser herzlicher Dank gilt den beiden engagierten Geschäftsführern der Deutschen Fortbildungsgesellschaft der HNO-Ärzte mbH, Herrn Prof. Dr. Leif Erik Walther und Herrn Dr. Detlef Walter, sowie deren Team für diese Gelegenheit, unser Anliegen als bundesweite Selbsthilfeorganisation deutlich zu machen.

KIMM – ein wenig Geschichte in Bildern



Alte/neue Vorständler und ein Ehrenmitglied

(von links nach rechts: Dr. F. Knäbel, M. Bauer, A. Bott, Frau von dem Bussche, E. Kerschenlohr, W. Dierlamm, E. Scheidl, G. Groß, C. Engelke)



(Ex-)Vorsitzende unter sich (Anni Bott und Margarete Bauer)

Selbsthilfegruppe Morbus Menière

(Elke Dirks)



Heute habe ich sie endlich bekommen. „Morbus Menière“ steht nun als gesicherte Diagnose in meiner Krankenakte. Viel Zeit ist vergangen, viele Zweifel, ob es die richtige Diagnose ist oder doch etwas Anderes hinter meinen Attacken mit Schwindel, Übelkeit, Tinnitus, Druck im Ohr, eingeschränkte Belastbarkeit u. v. m. steckt. Nun ist die Unsicherheit endlich vorbei!

Ich habe viel gelesen in den letzten Jahren, viele Ärzte besucht, viele Möglichkeiten in Betracht gezogen, was es sein könnte, aber keiner hatte sich getraut, mir endlich einen Namen für meine Beschwerden zu geben. Nach vielen Arztbesuchen (Neurologe, Orthopäde, Internist, Zahnarzt, HNO-Arzt) mit unterschiedlichen Diagnosen der jeweiligen Ärzte im Krankenhaus ist nun allen – vor allem mir – klar: ich habe eine organische Erkrankung mit einer hohen psychosomatischen Belastung.

Diese Erkrankung ist nur durch Beobachtung des Krankheitsverlaufs und mehrfach wiederholten Untersuchungen zu diagnostizieren. Es gibt keine eindeutigen Befunde mit einem einheitlichen, messbaren Ergebnis.

Nach diesem sehr langen Weg, der mich manchmal zur Verzweiflung brachte, mich an mir und meinem Leben zweifeln ließ und Hoffnungslosigkeit in mir ausgelöst hatte, wollte ich wissen, ob es auch anderen Menschen so ergangen ist. Im Internet fand ich einige Berichte von Betroffenen, die ebenfalls eine lange Zeit gebraucht hatten, bis sie eine Diagnose bekamen. Häufig wurde ihnen erst dann erklärt, warum diese Krankheit so schwer zu diagnostizieren ist und Ärzte sich schwer tun mit einer endgültigen Diagnose. Verdachtsdiagnosen könnten Patienten in Panik versetzen. Deshalb sind Ärzte häufig unsicher und halten sich erst einmal zurück. Zunächst wird erst einmal „Stress“ als Ursache genannt und dem Patienten Entspannungsübungen und Psychotherapie empfohlen. Dies ist jedoch nicht ausreichend als alleinige Behandlung, nur ein Teilbereich.

Wie wurden andere Patienten mit dieser Unsicherheit fertig? Was haben sie gemacht im Alltag, im Job? Wie geht man in der Familie und im Freundeskreis damit um? Was muss ich nun tun? Was kann ich selber tun, damit es mir möglichst bald besser geht? Wie lerne ich andere Menschen mit dieser Erkrankung kennen?

Ich suchte im Internet nach einer örtlichen Selbsthilfegruppe. Leider gab es in Düsseldorf keine. Aber ich fand eine bundesweit tätige Selbsthilforganisation und rief dort einfach mal an. Schnell wurde mir klar, wie beruhigend es ist, mit einer Betroffenen zu reden. Es tat einfach nur gut. Jemand, dem man nicht erst erklären musste, was einen bedrückt, jemand der genau wusste, was ich empfand. Ich fühlte mich sofort aufgehoben als ob ich mich fallen lassen konnte. Eine große Anspannung fiel von mir ab. Am Ende dieses Gesprächs wurde mir klar: wenn es hier keine Selbsthilfegruppe gibt, dann gründe ich halt selber eine!

Auch hier bekam ich Unterstützung durch die bereits bundesweit ehrenamtlich tätige Selbsthilforganisation der an Morbus Menière Erkrankten, „KIMM e.V.“ Ein weiteres Vorstandsmitglied des Vereins rief mich am nächsten Tag zurück und bot mir ihre Unterstützung bei der Gruppengründung an. Sie und ihre Kollegin gaben mir Tipps und versprachen, alle Mitglieder aus meinem Einzugsbereich anzuschreiben und sie auf die neue

Gruppe hinzuweisen. Ich sollte mich bei der Stadt oder den Krankenkassen einmal erkundigen, ob es dort Räume für Selbsthilfegruppen-Treffen gab. Glücklicherweise gibt es in Düsseldorf ein Selbsthilfe-Service-Büro. Dort vereinbarte ich sofort einen Termin und bekam Unterlagen mit Adressen von preiswerten Räumen. Zunächst musste die Gruppe sich selbst tragen. Daher wollte ich nur einen kleinen Betrag investieren. Eine Gruppe muss mindestens sechs Monate bestehen und eine Teilnehmerzahl von sechs regelmäßigen Besuchern belegen, um hier in Nordrhein-Westfalen in den Genuss einer Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen zu kommen.

Ich mietete einen Raum für zwei Stunden montags abends in einer Einrichtung der Arbeiterwohlfahrt. Nun ließ ich Visitenkarten drucken mit allen notwendigen Angaben und ein kleines Plakat für Wartezimmer von Ärzten. Dann schrieb ich die HNO-Ärzte der Stadt per Mail an. Ich stellte mich und mein Anliegen vor und kündigte mein persönliches Erscheinen in der Praxis an, um Visitenkarten und Flyer zu übergeben. Leider ließ die Resonanz sehr zu wünschen übrig. Nicht einmal zehn von 75 HNO-Ärzten, die ich über die Gründung der Selbsthilfegruppe informiert hatte, antworteten mir. Ich ließ mich von meinem Vorhaben aber nicht abbringen. Eine Woche lang marschierte ich in mehr als 50 HNO-Praxen im Stadtgebiet und verteilte meine Unterlagen. Dann fiel mir noch ein, dass Tinnitus ein Teil unserer Erkrankung ist. Also bat ich auch die Deutsche Tinnitus-Liga, ebenfalls ihre Mitglieder aus dem Einzugsgebiet über die Gründung unserer Gruppe zu informieren.

Am 9.12.2013 war es soweit: das erste Gruppentreffen fand statt. Ich war mächtig aufgeregt und freute mich auf die ersten Besucher. Es kamen vier Betroffene! Bis heute sind noch drei dieser Gründungsmitglieder regelmäßig dabei. Die Betroffenen waren genau so froh, wie ich, sich endlich mit Menschen von Angesicht zu Angesicht austauschen zu können.

Zunächst begrüßte ich die Runde. Ich stellte mich vor und erzählte meine Krankheitserlebnisse. Dann berichtete jede seine eigene Geschichte. Sehr offen und respektvoll verlief der erste

Gruppenabend. Ich fuhr froh und erleichtert nach Hause und hatte auch schon die ersten Tipps für mich selber bekommen.

Leider blieb es in den nächsten Monaten bei einer kleinen Runde. Der eine oder andere kam noch dazu, aber nicht alle blieben beständig. Einige Teilnehmer suchten nur Informationen zur sozialen Absicherung oder Erfahrungen mit besonderen Behandlungsmethoden. Wenn ihre persönlichen Bedürfnisse erfüllt wurden, kamen sie nicht wieder.

Auch war der Treffpunkt für die meisten zu weit außerhalb des Stadtkerns, der Weg für manche zu weit. Der Sitzungsort spielt für die Beständigkeit einer Selbsthilfegruppe eine große Rolle. Also suchte ich neue Räume und bekam ebenfalls in einer anderen Einrichtung der Arbeiterwohlfahrt einen Raum im Stadtzentrum, direkt am Knotenpunkt sämtlicher U-Bahnen, nur drei Haltestellen vom Hauptbahnhof entfernt.

Auch konnte ich je einen Artikel über die Selbsthilfegruppen in den örtlichen Wochenzeitungen kostenlos platzieren. Durch die Änderung des Treffpunktes und die Veröffentlichungen in der Presse wurde die Gruppe schnell größer.

Ich halte die Kontakte mit den Krankenhäusern, besuche Vorträge und berichte innerhalb der Gruppentreffen davon. Die Mitglieder sind auch sehr gut informiert, und so werden aktuelle Behandlungsmöglichkeiten oder einfache Dinge, die im Alltag helfen, diskutiert.

Wichtig ist der respektvolle Umgang miteinander. Jeder kann so viel von sich preisgeben wie er möchte. Niemand wird gedrängt, etwas von sich zu erzählen, wenn er noch nicht so weit ist. Geduld ist unser oberstes Gebot im Umgang miteinander.

Die Gruppe ist zu einer Gemeinschaft zusammengewachsen. Ich hatte mir bei der Gründung selber ein Motto gegeben: der Weg ist das Ziel, nicht der Erfolg! Wie kann der Erfolg einer Selbsthilfegruppe gemessen werden? Wo gibt es ein Arbeitsblatt, eine Arbeitsanweisung? Es gibt keine, und das ist auch gut und richtig so!

Es gibt keinen Fahrplan für eine Gruppensitzung, nur ein Gerüst. Bis zum Beginn des Treffens vermeide ich, dass die bereits anwesenden Teilnehmer direkt über ihre Probleme sprechen und verwickle sie in ein allgemeines Thema, Wetter, Sport, aktuelle Feiertage und vieles mehr. In der Regel bin ich 20 Minuten vor dem Beginn bereits vor Ort. Recht pünktlich begrüße ich die Runde und stelle neue Teilnehmer kurz vor. Wer mag, kann anfangen, seine aktuelle Situation zu beschreiben. Die Gruppenmitglieder fragen, welche Untersuchungen bereits wo gemacht wurden, oder erzählen passend dazu von ihren eigenen Erlebnissen mit Ärzten, aus der Reha oder aus dem persönlichem Umfeld, in dem wir uns alle bewegen müssen. Dabei spielen Arbeitsplatz, soziale Absicherung und Familie eine große Rolle.

Als Gruppenleiterin ordne ich die Gesprächsführung und achte darauf, dass keiner zu sehr vom Thema abschweift. Dies gelingt mir häufig, in dem ich Atempausen des Redners nutzte und einfach einen anderen Teilnehmer direkt mit Namen anspreche und ihm eine Frage stelle. Auch muss der eine oder andere manchmal ermahnt werden, sich ein wenig kürzer zu fassen. Sollte es öfter vorkommen, spreche ich den Teilnehmer nicht sofort während des Gruppentreffens an, sondern nach der Sitzung unter vier Augen.

Jeder darf ausreden, keiner wird angegriffen oder gehänselt, es wird über niemanden gesprochen, der nicht anwesend ist.

Nichts dringt nach außen, kein Name, keine Personenbeschreibung. Wir sind die Gruppe des Tages, die sich bei jedem Treffen neu formiert.

Jeder sollte eine Selbsthilfegruppe leiten entsprechend seiner eigenen Persönlichkeit. Die Arbeit mit und um die Gruppe erfüllt einen nur, wenn der Aufwand nicht zu einer Belastung, zu einer Pflichtaufgabe mutiert. Diese Leichtigkeit hält die Gruppe zusammen. So entsteht Vertrauen untereinander und Respekt. Dieser Respekt wird auch mir in großem Maße zu teil.

Die finanziellen Kosten für die Treffen wurden vom ersten Tag an von allen getragen. Ein Sparschwein steht auf dem Tisch, und jeder kann dort etwas hinein geben – so wie es dem einzelnen möglich ist.

Im September dieses Jahres fand der Selbsthilfe-Tag der Stadt Düsseldorf statt. Es waren 50 Selbsthilfegruppen vertreten. Ohne langes Fragen bekam ich Unterstützung von sechs Mitgliedern. Auch bat ich vor ein paar Monaten um Unterstützung für eine stellvertretende Gruppenleitung und einen Kassenprüfer. Wir haben inzwischen die Kontinuität erreicht und können Fördermittel bei der Selbsthilfeförderung der gesetzlichen Krankenkassen in NRW beantragen. Sofort erklärten sich Mitglieder dazu bereit.

Information und Aktivität bestimmen unsere Treffen. So haben wir z. B. eine Hörgeräteakustikerin eingeladen, unsere speziellen Fragen zur Hörgeräte-Versorgung zu beantworten. Die ist bei Menière-Patienten eine besondere Herausforderung.

Gleichgewichtstraining ist ein Bestandteil in der Selbstheilungsmöglichkeit. Hier zeigen wir uns gegenseitig Übungen. Die Halswirbelsäule und den Kiefer zu lockern, sind Übungen, die sehr komisch aussehen. Das führt immer zu lustigen Momenten am Abend.

Entspannung ist wichtig für unseren Frieden mit dem Tinnitus. Er quält uns alle – mal mehr, mal weniger. Aber es gibt Tricks, den Tinnitus besser zu ertragen. Auch haben wir z. B. eine sog. „Phantasieeise“ gemacht und Progressive Muskelentspannung geübt. Es ist viel Potential innerhalb der Gruppe.

Die Erfahrung der Mitglieder bei Reha-Maßnahmen und Besuchen in Schwindel-Zentren werden ausgetauscht. Ich selber habe eine Ausbildung zum Entspannungstrainer gemacht und bin mein bester Patient. Mein Wissen gebe ich gerne an die Gruppe weiter. Es werden Tipps ausgetauscht zum Thema: Wie schütze ich mich? Wie verhalte ich mich bei einem akuten Anfall? Was kann ich vorbeugend tun? Wie informiere ich mein Umfeld?

Wer zum ersten Mal unser Treffen besucht, geht mit dem Gefühl nach Hause: ich kann doch selbst etwas tun, damit es mir bald besser geht. Andere haben diesen Weg auch geschafft. Es ist gar nicht so schwer. Ich kann ja mit kleinen Schritten anfangen und meine Leistung langsam steigern.

Angehörige werden ebenfalls in die Gruppe aufgenommen. Auch für diese Personen ist es wich-

tig, zu verstehen, was ihre Partner bedrückt und wie sie ihnen helfen können. Sie erfahren, dass andere Menschen die Erkrankung, die sie selber gar nicht nachempfinden können, annehmen und den Umgang damit erlernt haben. Auch erkennen sie häufig, dass Hilfe nur in einem gewissen Maße zugelassen wird und der betroffene Partner über dieses Maß entscheidet. Angehörige wollen Gutes tun, nicht immer ist das in der aktuellen Situation richtig. Der Betroffene hat häufig nicht den Mut, dies dem Partner offen zu sagen. Ein unnötiger Konflikt entsteht, der eine zusätzliche Belastung für den Erkrankten wird.

Ein Arzt hilft medizinisch und erklärt mir die Möglichkeiten meinen Zustand durch Medikamente oder operative Eingriffe zu verbessern. Ich weiß, dass diese Erkrankung mich mein Leben lang begleitet. Aber ich sehe nun von Gleichgesinnten, dass nicht die Erkrankung ihr Leben bestimmt, sondern ich die Möglichkeit habe, im Alltag damit gut umzugehen. Das kann ich nutzen. Die Kombination der ärztlichen Hilfe und der Hilfe durch die Selbsthilfegruppe gibt mir mein Selbstvertrauen wieder zurück. Die psychische Belastung nimmt deutlich ab. Der Ehemann einer Betroffenen sagte einmal zu uns: „Seit meine Frau in die Gruppe geht, ist sie wie ausgewechselt. Sie fühlt sich verstanden, gut aufgehoben. Sie hat viele Informationen darüber bekommen, wie andere mit der Erkrankung umgehen. Nun geht sie selber viel offener damit um. Sie hat keine Scheu mehr, anderen davon zu erzählen. Es ist ein Teil von ihr geworden, ein unangenehmer zwar, aber nichts, weswegen man sich schämen oder verstecken muss.“ Die Gruppe hat sich über dieses Kompliment gefreut. Es zeigte uns die Dynamik, die in der Gruppe steckt und die jeden ansteckt.

Insgesamt 25 Personen haben bisher den Weg in unsere Gruppe gefunden. Etwa

8 bis 12 sind bei den einzelnen Treffen anwesend. Termine, Urlaube oder der aktuelle Zustand verhindern manchmal die Teilnahme. Andererseits kommen fast jedes Mal neue Betroffene dazu.

Ich freue mich, wenn ein Teilnehmer nicht einfach fernbleibt, sondern sich abmeldet für das aktuelle Treffen. Es zeigt den Respekt vor der Gruppe. Natürlich akzeptiere ich die Entscheidung des

Einzelnen, nicht zu erscheinen. Ich frage nicht nach, telefoniere oder maile nicht nach den Hintergründen des Verzichts auf eine weitere Teilnahme. Niemand ist mir oder der Gruppe eine Erklärung schuldig.

Die Leitung der Gruppe ist ein ehrenamtliches Angebot von mir. Wem es gefällt, wer sich wohl fühlt kommt einfach. Die Gruppe kann sich nicht ändern, weil irgendetwas den Einen stört. So lange die Gruppe sich als Einheit versteht und Treffen harmonisch ablaufen, das Gefühl vermitteln; ich fühle mich geborgen, verstanden und gut aufgehoben, ist die Gruppe wichtiger als der Einzelne.

Manch einer probiert es mit uns aus und merkt, dass es nicht das Richtige für ihn ist, sich innerhalb einer Gruppe zu öffnen. Vielleicht braucht dieser Mensch erst einmal eine individuelle Unterstützung von einem Psychotherapeuten und ist in der Gruppe zunächst überfordert.

Manchmal wollen neue Teilnehmer gar keine Berichte von anderen hören, sondern einfach nur ihre eigenen Probleme besprechen. Wenn sie genug Informationen bekommen haben, die sie für sich gerade brauchten, bleiben sie weg oder erscheinen erst wieder, wenn sich ein neues Problem ergeben hat. Sie haben nicht verstanden, dass in Selbsthilfegruppen das Nehmen mit dem Geben verbunden sein muss.

Leider gibt es Ärzte, die vom Besuch einer Selbsthilfegruppe ausdrücklich abraten. Sie befürchten, dass Patienten Untersuchungen fordern, die sie nicht anbieten können oder aus Kostengründen nicht anbieten wollen.

Einige von uns haben bereits eine Psychotherapie erlebt, entweder als begleitende Maßnahme, oder innerhalb einer Reha-Maßnahme. Einige Betroffene scheuen sich jedoch, eine derartige Behandlung für sich anzunehmen. Insbesondere die ältere Generation verbindet damit negative Eigenschaften. Eine Krankheit muss ausgehalten werden, man spricht nicht darüber, man muss einfach damit klar kommen. Für diese Generation ist es schon ein großer Schritt, in eine Selbsthilfegruppe zu gehen. Es sind auch meist Frauen, die diese Hemmschwelle überwinden, und manchmal auch die Ehefrauen von Betroffenen, die ihre Partner dazu bewegen.

Die Erkenntnis, die Information, was wann in welcher Situation zu tun ist, verringert die Inanspruchnahme von Ärzten, Notdiensten und Krankenhausaufenthalten. Diese Hilfe, die in sich wiederum eine Stresssituation darstellt, kann teilweise durch den geschulten Umgang mit unserer Krankheit vermieden werden. Das nimmt die Bedrohung, die bisher von der Erkrankung ausgegangen ist. Der Feind wird geschwächt. Der Mensch gewinnt wieder die Macht über den eigenen Körper und wird in seiner Psyche gestärkt. Er gewinnt seine Eigenständigkeit zurück.

Gemeinschaft macht stark, kann neue Aufgaben für das Leben bedeuten und vermeidet die Einsamkeit mit der Krankheit.

Als Leiterin der Selbsthilfegruppe habe ich selber viel gelernt. Die unterschiedlichen Menschen und ihre Wege im Umgang mit der Erkrankung haben mir viele neue Impulse gegeben. Ich musste lernen, wie ich eine Gruppe organisiere, den Um-

gang als Vertreterin der Gruppe gegenüber Ärzten und Medien. Es mussten Flyer entworfen und eine Homepage aufgebaut werden. Aufgaben, die ich mir früher selbst nicht zugetraut hätte.

Meine Krankheit hat mein Leben geändert. Es gibt Einschränkungen, die ich akzeptieren muss. Aber es gibt auch viel Neues, das ich erfahre, und den Mut, anderes zu probieren. Aufbau und Leitung der Gruppe macht mir bis heute sehr viel Spaß. Diese Freude möchte ich auch den Betroffenen zeigen, die den Weg noch zu uns finden.

Ich wurde vom Selbsthilfe-Service-Büro der Stadt Düsseldorf gebeten, mich mit diesem Artikel am Selbsthilfegruppenjahrbuch zu beteiligen, und ich habe spontan zugesagt. Vielleicht erreicht dieses Buch Menschen, die sich bisher davor gescheut haben, eine Selbsthilfegruppe aufzusuchen. Auch möchte ich Menschen anregen, ggf. selber eine Gruppe zu gründen. Es ist gar nicht so schwer. Nur Mut, und viel Erfolg dabei!

Aus den Selbsthilfegruppen

SHG Hamburg

(Jan-Felix Wittmann)



Unsere Hamburger Selbsthilfegruppe kommt einmal im Monat, regelmäßig jeden dritten Montag um 19:00 Uhr, im Bürgerhaus Barmbek zusammen. Insgesamt sind wir ca. 25 Personen unterschiedlichen Alters, die in wechselnder Besetzung im Schnitt mit zu siebt oder acht pro Treffen zusammenkommen. Größten-

teils kommen unsere Mitglieder aus dem Hamburger Raum, einige reisen aber auch von weiter an, z. B. aus der Nähe von Kiel oder sogar Bremen oder Schwerin.



Gemeinsam sprechen wir über verschiedenste Themen rund um unsere Erkrankung. Am Beginn jeder Sitzung haben wir eine Einführungsrunde, in der sich Neuzugänge vorstellen und jeder mitteilt, wie er sich fühlt und Sorgen, aber auch Positives in die Runde geben kann. Dabei sammeln wir Themen, die wir in der Sitzung besprechen wollen und wählen eines oder mehrere davon aus. Manchmal setzen wir ein Schwerpunktthema, zu dem ein Mitglied einen Vortrag halten kann, so hatten wir z. B. eine Buchvorstellung und hören

bei unserem kommenden Treffen einen Vortrag zum Thema Tinnitus. Aber bei uns geht es auch praktisch zu: Wir haben Gleichgewichtsübungen mit Igelbällen gemacht und planen, künftig auch mit Matten zu arbeiten.

In unserer regelmäßigen Pause können wir uns einzeln oder in Grüppchen frei austauschen und dabei einen Tee/Kaffee im Café des Bürgerhauses trinken. Weiterhin besprechen wir unsere Erfahrungen mit Ärzten, Medikamenten und Behandlungsmethoden. Besonders wichtig ist es uns, einander zu unterstützen und uns Sicherheit zu geben, dass wir nicht allein mit unseren Problemen sind. Jeder hat unterschiedliche Probleme oder Ausprägungen der Erkrankung, aber allein der Austausch kann schon sehr erleichtern und wir lernen voneinander, besser damit umzugehen.

Ich habe die Gruppe im Februar 2016 gegrün-

det, da ich mich nach der Diagnose Morbus Menière Ende 2014 sehr allein gefühlt und keine richtige Anlaufstelle für meine Anliegen gefunden habe. Zwar hat es mich viel Überwindung gekostet, aber ich bin sehr froh, dass ich es gewagt habe. Dabei habe ich nämlich festgestellt, dass es vielen anderen so geht wie mir. Ich freue mich über das Interesse und die guten Gespräche in unserer Runde. Neuzugänge sind herzlich willkommen, wenn Ihr kommen möchtet, meldet Euch gern bei mir.

Jan-Felix Wittmann
Mobil 0159 02166339
meniere.hamburg@gmail.com
Bürgerhaus Barmbek
Lorichsstraße 28A
22307 Hamburg

SHG Hannover

(Edeltraud Mory)

7-jähriges Bestehen der SHG Hannover

Am 26. September 2016 fand unser Treffen anlässlich des 7-jährigen Bestehens unserer Gruppe statt. Zuerst trafen wir uns in unserem Gruppenraum und nach einer guten halben Stunde gingen wir in die „Taverne Odysseus“ im Haus des Stadt-

teilzentrums, wo wir aus einem reichhaltigen griechisch-mediterranem Angebot unser Essen aussuchen konnten.

Unsere Gespräche waren interessant und teilweise auch sehr lustig, so dass uns dieser Abend noch lange in Erinnerung bleiben wird. Es wird auch nicht das letzte Mal gewesen sein, dass wir gemeinsam außerhalb unseres Gruppenraumes etwas unternommen haben.

Unsere Treffen finden einmal monatlich im Stadtteilzentrum „Lister Turm“ in Hannover-List statt. Wir sind eine offene Gruppe für MM-Betroffene und Angehörige und freuen uns, wenn noch jemand dazu kommen möchte.

Kontakt: Edeltraud Mory, Tel. 05034/4255
oder schriftlich unter der Mail-Adresse: Edeltraud.Mory@web.de

Wir freuen uns auf Sie!



SHG Köln

(Renate Knäbel)

Gleichgewichtstraining einmal anders als gewohnt

In der Gruppe wird immer wieder über Gleichgewichtstraining gesprochen; wenn die Zeit es zulässt, bauen wir auch Übungen für das Gleichgewicht in das Treffen ein. Im Sommer fragte ein Teilnehmer nach Erfahrungen mit dem Tretroller.



Da ich selbst bereits vor mehr als 20 Jahren nach einer erfolgreichen Gentamycinbehandlung mein Gleichgewicht mit einem Roller für Erwachsene – solider Rahmen, Bremse, 26 Zoll- Luftreifen – trainiert hatte, brachte ich das gute Stück mit in die Gruppe und jeder konnte ausprobieren, wie er sich auf solch einem Gerät fühlt. Tretroller stellen Ansprüche an das Gleichgewicht und schulen es daher: Das Wechseln von linkem und rechten Fuß als Stand- oder Tretfuß, die Konzentration auf Bewegung, Körperhaltung, Augen und Füße, die Temporegulierung und evtl. Kurvenfahren, all das fordert unsere Fähigkeiten des Gleichgewichthaltens heraus, aber ohne die Gefahren, die das Fahrradfahren mit sich bringt, da der Fußkontakt zum Boden erhalten bleibt.

Mit leicht skeptischem Blick griffen einige Teilnehmer zum Lenker, beim Fahren über den großen Innenhof des Integrationsfachdienstes

verwandelte sich die Skepsis in sichtbare Konzentration, bei einigen zeigte sich auch ein zaghaftes Lächeln und die Freude darüber, sich auf den Roller getraut zu haben.

Nach diesem bewegungsfreudigen Auftakt ging es weiter zur nächsten Bewegungsplanung: die jährliche Wanderung der SHG-Mitglieder durch den Kölner Stadtwald. Das Ehepaar Schlömer bot sich an, diesen Tag zu planen und ihren Plan beim nächsten Treffen vorzustellen.

Wandern und Kultur statt MM

An einem sonnigen Oktobersamstag trafen sich einige gut gelaunte, mit festem Schuhwerk versehene Mitglieder der Kölner Gruppe, um durch den Stadtwald zum historischen Bahnhof Belvedere zu wandern. Der Kölner Stadtwald zeichnet sich durch Wiesen, hohe, alte Laubbäume und idyllische Wege aus. Die Herbstsonne tauchte alles in ein blätterbuntes Licht und vergnügt erreichte man den alten Bahnhof, der als Baudenkmal von nationaler Bedeutung eingestuft ist. Zu dem klassizistischen Bau der Berliner Schinkel-Schule gehört ein Park, in dem wunderschöne, alte Platanen Landschaftsschutz genießen.

Ein Mitglied des „Förderkreises Bahnhof Belvedere e.V.“ ließ in einer Führung die Eisenbahnsituation der damaligen Zeit vor unseren Augen entstehen. Die Bahnstation war der Endpunkt der weltweit ersten internationalen Eisenbahnverbindung, die Köln mit Antwerpen verband. Die Strecke wurden als „Eiserner Rhein“ bekannt, weil sie eine Alternative zum Frachttransport auf den Rheinschiffen bot und die niederländischen Rheinzölle umging.

Das alte Gebäude wird momentan renoviert und soll den Kölnern bald für Kulturveranstaltungen und Feiern zur Verfügung stehen. Da das Belvedere-Café für die Ausflügler erst in Planung ist, saßen wir zum Abschluss bei Kaffee und Kuchen im Café der Sporthochschule zusammen und ließen Menière-Sorgen hinter Erzählen und Lachen verschwinden.

Die SHG bedankt sich hiermit ganz herzlich bei dem Ehepaar Schlömer für diesen gelungenen, fröhlichen Nachmittag.



SHG München

(Edith Scheidel)

Mein Name ist Edith Scheidl, ich bin seit mindestens 30 Jahren von MM betroffen.

Es hat sich einfach so ergeben, dass ich Ansprechpartnerin und verantwortlich für die Münchner SHG wurde.

Unsere Münchner SHG besteht nun seit ca. 19 Monaten.

Erstaunlicherweise gab es bisher in München keine Selbsthilfegruppe, in der sich Meniere-Betroffene austauschen konnten.

Dies veranlasste ein Gruppenmitglied zu der Initiative mit Hilfe von KIMM eben eine solche Gruppe zu gründen.

Die ersten Monate waren wir ein kleiner Kreis von vier Personen, die aber verlässlich zum Gruppentreffen kamen. Wir verfassten zusammen ei-

nen Flyer, den wir vor allem in den Schwindelzentren in den Unikliniken in München, aber auch bei HNO Ärzten hinterlegten. Langsam aber stetig kamen immer wieder neue Betroffene dazu. Vielleicht sprach es sich bei den Ärzten herum, aber hauptsächlich durch das Internet wurden viele aufmerksam, dass es in München nun auch eine MM-SHG gibt.

Heute kommen durchschnittlich 10 Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum Treffen, das jeweils am 3. Mittwoch im Monat im Münchner Selbsthilfezentrum stattfindet.

Die Betroffenen schätzen bei uns besonders den Erfahrungsaustausch, die speziellen Anregungen und Informationen und ganz wichtig ist, dass sie sich aussprechen können in einem Kreis, der zuhört und Verständnis hat.

Ich habe in meiner Gruppe gefragt, was ich denn über uns schreiben könnte und möchte hier die Antworten wiedergeben:

„Als ich auf der Suche war nach einer Gruppe MM-Betroffener, fand ich in der Selbsthilfegruppe eine besonders freundliche und verständnisvolle Aufnahme mit umfassender Kompetenz. Ich hatte sofort das Gefühl: Ja, hier bin ich gut aufgehoben.“

„Durch diese Selbsthilfegruppe fühlt man nicht mehr so stark verloren in dem Dunkel dieser in der Gesellschaft nicht be- und anerkannten, noch unheilbaren Krankheit! Man ist, bzw. ich bin nicht mehr alleine!“

„Meine Beweggründe in die SHG zu gehen waren Menschen mit der gleichen, nicht sehr bekannten, Krankheit zu treffen. Mit Leuten darüber reden zu können, die auch wissen, wovon man spricht. Im Bekannten/ Freundeskreis stößt man ja doch immer nur auf Unwissenheit und keiner kann es nachvollziehen, wie es einem geht oder wie man fühlt. Aber schon beim ersten Mal bin ich sehr toll von der Gruppe aufgenommen worden und auch meine Angst, dass ich nach dem Besuch womöglich noch negativer der Krankheit

gegenüber eingestellt bin, hat sich nicht bestätigt. Ich befürchtete evtl. viel Gejammer von den Teilnehmern, jeder zieht evtl. den anderen damit runter. Aber genau das Gegenteil ist es, da man erfährt, dass auch andere dasselbe durchmachen und das Leben trotz der Krankheit nicht aufhört und man sich damit arrangieren muss.“

Dankbar bin ich, dass ich durch Margarete Bauer Hilfestellung bekam, da ich sehr unerfahren war und zunächst gar nicht vorhatte, eine SHG zu leiten. Sie hat immer ein offenes Ohr, wenn ich Rat brauche.

Auch allen anderen möchte ich danken, die mir bei meiner neuen Aufgabe Mut gemacht haben und mich immer noch unterstützen.

Wir würden uns sehr darüber freuen, wenn noch mehr Betroffene den Weg zu uns finden. Wie schon so oft erwähnt und beschrieben, der gemeinsame Austausch ist wichtig, das Gespräch und die gegenseitige Unterstützung.

SHG Nürnberg

(Larissa Fiedler)

„Mein erstes Treffen“

Ich war wirklich aufgeregt und auch aufgrund meiner gesundheitlichen Situation sehr angespannt. Was erwartet mich wohl dort? Geht es anderen ähnlich? Wie läuft so ein Treffen ab?

Als ich den Gruppenraum betrat, blickte ich in viele herzliche Gesichter. Mit meinem Ende 20 war ich die Jüngste. Es gab eine Vorstellungsrunde und dann durften wir „Neuen“ erzählen, wie es uns ergangen ist und warum wir das Treffen besuchten. Es tat unglaublich gut, sich alles von der Seele zu reden und endlich gab es Menschen um mich herum, die genau wussten, wie ich mich fühle. Hier und da ein zustimmendes Nicken oder Geschichten von Erlebnissen, die ähnlich waren.

Es waren auch viele ältere Betroffene vor Ort, die trotz Morbus Menière anscheinend doch ein schönes Leben führten und sich mit der Krankheit arrangiert hatten. Das machte mir viel Mut. Auch einige Angehörige von Morbus Menière-Betroffene

waren bei dem Treffen mit dabei. Es ist sehr interessant auch einmal die andere Seite zu erleben. Wie fühlt sich z.B. der Partner, wenn es mir schlecht geht? Wie gehen Angehörige damit um? Der Erfahrungsaustausch war sehr hilfreich. Als ich nach dem ersten Besuch beim Gruppentreffen nach Hause fuhr, hatte ich nach langer Zeit wieder das Gefühl, dass ich ernst genommen werde, dass es Menschen gibt, die meine Gefühlslagen und auch Ängste nachvollziehen können.

Seit Anfang 2016 besuche ich nun regelmäßig die Treffen und freue mich jedes Mal darauf. Ich bekomme Tipps zur Beantragung einer Reha, werde informiert, wenn ich Fragen zu einem Hörgerät habe und auch bei der Beantragung einer Schwerbehinderung bekommt man Ratschläge. Bei jedem Treffen gibt es immer wieder andere Themen, die behandelt werden. Der Vortrag einer Psychologin oder der Besuch eines Sporttherapeuten sind eine Hilfestellung für das tägliche Leben. Auch ein gemeinsames Sommerfest oder eine Wanderung stärken unsere Gemeinschaft.

Es ist gut zu wissen, dass es einen Ort gibt, an dem man sich mit anderen Betroffenen austau-

schen kann. Man muss auch nicht immer „funktionieren“, so wie es allgemein von uns als Menschen erwartet wird. Jeder in der Gruppe versteht, wenn es einem mal nicht so gut geht. Wenn man Angst hat und einem die Tränen kommen, da man gerade an einem Tiefpunkt angelangt ist. Jeder bemüht sich einem mit Rat und Tat zur Seite zu stehen.

Mit Morbus Menière kann man leben, man muss ihn akzeptieren und einen Weg finden, damit umzugehen. Leicht ist es nicht und ich wünsche mir weiterhin jeden Tag, einfach gesund zu sein.

Mit dem Wissen jedoch, dass es anderen Menschen genauso geht, man Unterstützung bekommt und ich nicht alleine bin, ist es einfacher, damit zu leben.

SHG Stuttgart

(Caissa Engelke)

„Vortrag Dr. Kratzsch“

Bei unserem Treffen am 27.09.2016 hatten wir Herrn Dr. Kratzsch, Chefarzt der Helios Kliniken Bad Grönenbach, zu Gast. Er hielt zum wiederholten Male freundlicherweise einen exklusiven Vortrag für unsere Mitglieder. In diesem Vortrag ging es um „Ursachen für Morbus Menière (MM)“. Im Folgenden wird über die Veranstaltung und deren Inhalte berichtet.

Zum besseren Verständnis erläuterte Herr Dr. Kratzsch uns zunächst nochmals den Aufbau des Gleichgewichtsorgans.

Dieses befindet sich im Innenohr, zusammen mit dem Hörorgan. Die drei Bogengänge sind für die Wahrnehmung von je einer Raumdimension (oben-unten, rechts-links, vor-zurück) zuständig. Von ihnen werden, mittels des Gleichgewichts-

nervs, Signale an das Gehirn gesendet, um die Position des Körpers festzustellen. Gleichgewichtsnerv und Hörnerv münden ineinander. Jedoch ist der Hörnerv mit der Hörschnecke verbunden, die diesen wiederum mit ihren Signalen versorgt.

In der Hörschnecke befindet sich ein flüssigkeitsgefülltes Schlauchsystem, bestehend aus drei Schläuchen, die hintereinander angelegt und mit Lymphflüssigkeit gefüllt sind. Die Menge der Lymphflüssigkeit beträgt ca. 1/50 ml. Dies alles zusammen nennt man das vestibuläre System.

Ebenfalls im Innenohr befinden sich der Utriculus, der Sacculus und die Cupulaorgane. Letztere haben die Aufgabe, der Feststellung der Schwerkraft ohne Bewegung und die Kontrolle von Stand und Gang.

Da alle diese Organe mit den Augenbewegungen gekoppelt sind, kommt es bei einer Störung im vestibulären System zu unkontrollierbaren Augenbewegungen, den Nystagmen.



Weitere Gleichgewichtsorgane neben dem vestibulären System sind:

- die Augen
- die Nervenzellen der Haut sowie
- die Muskelbewegungen.

Dadurch können wir wahrnehmen, wie unsere Körperposition gegenwärtig ist und eventuell eine Korrektur veranlassen.

Ca. 400 organische Erkrankungen können das vestibuläre System beeinflussen. Nach organischer bedingter fehlerhafter Informationsübertragung an das Gehirn, erfolgen falsche Reaktionen, in diesem Fall Schwindel.

MM hat drei Symptome: akuten Drehschwindel, Schwerhörigkeit und akuten Tinnitus - und all das wiederholt. Die Diagnosefindung ist sehr schwierig. Auch gibt es noch immer keine endgültige Klarheit über die Ursachen.

Momentan werden 4 mögliche Szenarien in Erwägung gezogen:

1. Eine unerklärliche Abflussbehinderung der Endolymphe, dadurch Reißen der Reissnerschen Membran und Vermischung von kaliumreicher Endolymphe und natriumreicher Perilymphe,
2. Übermäßiger Zufluss von Endolymphe und dadurch Stau und Reißen der Reissnerschen Membran,
3. Über- oder Unterdruck in der Perilymphe oder
4. die Zellmembran zwischen der Endolymphbahn und der Perilymphleitung ist teilweise undicht und es findet dadurch eine Vermischung der beiden Lymphflüssigkeiten, was zu Schwindel führt.

Dies sind alles Mögliche organische Geschehnisse, die zu Schwindelanfällen führen.

Oft jedoch liegt die Ursache auch im seelischen Bereich. Aufgrund der wiederholten Anfälle ist immer eine Angstschwindelkomponente mit dabei. Das Schwindelgefühl wird zunächst vom Gehirn versucht zu unterdrücken. Jedoch durch Verknüpfungen mit bestimmten Situationen, Bewegungen oder Orten, erfolgt eine klassische Konditionierung - es entsteht Angstschwindel. Die Person sucht Sicherheit.

Jetzt ist es wichtig, das Gefühl der Hilflosigkeit zu überwinden und von einer behandelten zur handelnden Person zu werden. Man kann sich

aktiv auf eventuelle Anfälle im Freien vorbereiten, indem man sich mit Notfallkarte, Vomex und einer Tüte für eventuelles Erbrechen ausrüstet. Helfend sind auch tägliches Gleichgewichtstraining und Anwendung von Entspannungstechniken.

Zur Behandlung von MM bestehen weltweit sehr unterschiedliche Meinungen unter den Ärzten.

Therapien, die gegenwärtig als „nicht zerstörende“ Methoden bei MM angewandt werden, sind:

- Die Einnahme von Betahistin,
- Psychotherapie,
- Hörgeräteversorgung und
- die Anwendung von Gentamycin.

Operative/invasive Methoden wie:

- Saccotomie,
- Saccusdekompression,
- Einlage eines Paukenröhrchens und
- Behandlung mit Cortison

sind teilweise umstritten in ihrer Wirksamkeit und Effektivität.

Die Mitglieder der Selbsthilfegruppe hatten abschließend die Gelegenheit, Herrn Dr. Kratzsch Fragen zum Thema zu stellen.

Frage 1: *Gibt es einen Unterschied zwischen Lagerungsschwindel und Morbus Menière (MM)?*

Antwort Dr. Kratzsch: Bei Lagerungsschwindel gelangen Kristalle (Otholiten) aus den Otholitenorganen in die Bogengänge. Sie stören dort die Informationen über die Lage des Körpers im Raum. Lagerungsschwindel dauert meist nur Sekunden. Er kann mit Übelkeit einhergehen, jedoch erfolgt keine Hörminderung und der Tinnitus bleibt aus. Außerdem kann Lagerungsschwindel ausgelöst werden, was bei MM nicht der Fall ist. Lagerungsschwindel ist gut behandelbar.

Frage 2: *Kann Lagerungsschwindel durch eine Untersuchung, bei der warme Luft ins Ohr geblasen wird, ausgelöst werden?*

Antwort Dr. Kratzsch: Nein, es kann nur ein Schwindelgefühl ausgelöst werden. Durch die warme Luft, die ins Ohr geblasen wird, soll das Gleichgewichtsorgan getestet werden. Wenn es keine Reaktion gibt, also kein Schwindel dabei entsteht, zeigt das, dass das Gleichgewichtsorgan defekt ist.

Frage 3: Kann man zur Diagnoseabklärung von MM zu Ihnen, Herr Dr. Kratzsch, kommen?

Antwort von Dr. Kratzsch: Nein, ich darf nicht therapeutisch tätig sein. Außerdem bin ich Inter-

nist. Die Diagnose MM sollte in einem Schwindelzentrum von HNO-Ärzten und /oder Neurologen abgeklärt werden.

Unsere Selbsthilfegruppenmitglieder konnten wieder sehr viele Informationen aus dem Vortrag von Herrn Dr. Kratzsch mit nach Hause nehmen und sind ihm sehr dankbar für diesen interessanten Vortrag.

Wir würden uns freuen, Herrn Dr. Kratzsch bei Gelegenheit wieder in unserer Mitte begrüßen zu dürfen.

SHG Würzburg

(Ines Lux)

„Sommertag im Paradies“

Am 31.07.2016 machten sich die Mitglieder der Selbsthilfegruppe MM Würzburg auf den Weg ins Weinparadies. Ausgangspunkt war Ruhismühle im Bullenheim. Die gut erhaltene Mühle ist in

Familienbesitz und noch voll funktionstüchtig. Wir durften das in einem lauten Probelauf erleben.

Extra für uns öffnete der Hausherr seinen Keller, in dem wir verschiedene Weine, Liköre und Obstbrände kosten konnten.

Danach brachen wir auf zu einer kleinen Rundfahrt durch das Paradies. Das Weinparadies Franken liegt am Westrand des Naturparks Steigerwald an der Grenze zwischen den Regierungs-



(Von links nach rechts: Ines Lux, Christine Mahler, Edith Penz)

bezirken Mittel- und Unterfranken. Das Paradies ist bekannt für seine grandiose Weitsicht. In der Weinparadiesscheune ließen wir uns Wein der Umgebung und eine Brotzeit schmecken. Für gute Unterhaltung sorgte eine Blaskapelle aus der Oberpfalz, die ebenfalls hier eingekehrt war.

Viel zu schnell vergingen die Stunden an einem herrlichen Sommertag.

„Selbsthilfegruppe in neuem Outfit“

Am 18.06.2016 fand in Würzburg der 10. Gesundheitstag unter dem Motto „Gesundheit inklusive“ statt. Der Gesundheitstag wurde veranstaltet vom „Aktionskomitee Gesunde Stadt“ unter der Führung des Aktivbüros der Stadt Würzburg.

Von über 100 Teilnehmern, die sich mit dem Thema „Gesundheit“ beschäftigen waren 38 Selbsthilfegruppen vor Ort. Die Selbsthilfegruppe Morbus Menière Würzburg präsentierte sich mit einem neuen Stand und Roll up. Wir waren voller Erwartung, wie der neue Auftritt bei den Besuchern ankommen würde.

Trotz einiger ergiebiger Regengüsse hatten wir regen Zulauf von Betroffenen aus Würzburg und Umgebung sowie auch von weiter her aus München. Ebenso sprachen uns Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe auf Informationsmaterial an.

Der Messestand und auch die Mitglieder der Selbsthilfegruppe hielten den widrigen Wetterbedingungen bis zum Ende der Veranstaltung stand.

Gedanken zur Selbsthilfe – Selbsthilfe lohnt sich das?

(DA)

Zum besseren Verständnis sei zuerst einmal festgelegt was „Selbsthilfe“ überhaupt bedeuten kann:

- Sich selbst helfen.
- Sich selbst helfen lassen.
- Selbst anderen helfen.
- Hilfe zur Selbsthilfe,
- und ...

In keinem Fall bedeutet „Selbsthilfe“ Selbstbedienung, abschöpfen von Hilfe ohne sich einzubringen. Ich spreche ganz bewusst von „sich einbringen“, denn hier mit Leistung und Gegenleistung oder Wert und Gegenwert zu agieren, wäre völlig falsch.

Selbsthilfe beruht auf Solidarität von Betroffenen, Ihren Angehörigen, Nichtbetroffenen, Ärzten und Therapeuten. Jede noch so kleine Unterstützung zählt und kann nicht bewertet werden, sie zählt an sich.

Stellen Sie sich einmal vor:

Die Welt dreht sich um Sie in vielen Anfällen – der Schwindel ist so schlimm, dass Eimer oder Toilette Ihr bester Freund werden – der Tinnitus

entnervt Sie völlig – auf einem Ohr hören Sie kaum etwas und verspüren einen hohen Druck. Nach einem langen Leidensweg haben Sie endlich eine Diagnose bekommen – Morbus Menière. Ärzte und Therapeuten kümmern sich um Sie, soweit es ihnen möglich ist, aber Medikamente oder andere Therapien schlagen nicht richtig an. Angst macht sich breit. Angehörige können mit Ihrer Krankheit nicht richtig umgehen, die Informationslage ist schlecht. Sie gehören zu einer Minderheit, mit deren Problemen sich die Forschung nicht vordringlich beschäftigt. Verzweiflung macht sich breit. Im Anfall würden Sie gerne aus dem Fenster springen, das geht aber nicht, weil sich 13 Fenster um sie drehen und Sie das richtige nicht finden können.

Jetzt brauchen Sie unbedingt jemand, der Sie versteht – der als Betroffener nachfühlen kann, wie es Ihnen geht – der den Leidensweg und den Leidensdruck kennt. Sie benötigen dringend Hilfe mit so umfassenden Informationen wie nur möglich. Sie möchten Tipps, wie man trotz dieser bescheuerten Krankheit, sein Leben genießen kann. Wie schön wären es jetzt, sich mit Menschen austauschen zu können, wenn sich Ihre Angehörigen ein besseres Bild verschaffen könnten.

Ja und dann gibt es sie NICHT, die örtliche Selbsthilfegruppe und/oder die bundesweite Selbsthilfeorganisation. Es gibt keine Tagungen auf denen man sich aufgehoben fühlt, sich mit Mitbetroffenen austauschen kann. Es finden keine Veranstaltungen statt, bei denen man mit Ärzten und Therapeuten, die sich mit der Krankheit beschäftigen, reden oder einfach nur so weit wie möglich eine gute Zeit genießen kann. Im Gegenteil, Sie sind völlig auf sich ALLEINE gestellt.

Ein Szenario, das ich mir ganz und gar nicht vorstellen möchte!

Im Gegenteil – wie froh bin ich, dass es sie gibt – die Menschen, die einen großen Teil ihrer anfallsfreien Zeit opfern, um für Andere da zu sein und sie auf ihrem Weg zu unterstützen. Zudem tun sie das auch noch ehrenamtlich, unentgeltlich und ohne Geld. Und so etwas soll sich lohnen?

Möchte man dieses Lohnen in Geld bemessen, dann lohnt es sich sicher nicht! Sieht man das Helfen aber von einer moralisch ethischen Perspektive aus, dann lohnt es sich ganz sicher!!! Zu allen passenden und unpassenden Gelegenheiten wird heute angemerkt, dass wir ja in einer weitgehend christlich geprägten Gesellschaft leben – wenn das wirklich stimmt, ist nun eigentlich jedes weitere Wort überflüssig. Aber leider soll dieses Argument oft nur für die Anderen gelten, nicht für einen Selbst.

So geschieht es auch in der Selbsthilfe. Viele sehen Selbsthilfe nur als Möglichkeit Leistungen einzufordern. Man zahlt ja schließlich seinen Beitrag, dann hat man doch auch das Recht auf Leistung erworben. Dabei spielt es oft auch keine Rolle, dass diejenigen, die diese Leistung erbringen sollen, ebenso oft selbst von der Krankheit betroffen sind und nicht in dem Maße arbeiten können, wie sie es gerne möchten. Das stellt für die „Selbstbediener“ keinen Hinderungsgrund dar. Die Unterstützungen sollen trotzdem zeitnah erfolgen und die Unterstützer allzeit bereit sein. Wenn die Hilfe dann nicht mehr benötigt wird – entweder, weil man sich eingerichtet oder die Krankheit nachgelassen hat – dann wird den Helfenden auch die finanzielle Unterstützung entzogen, man braucht ja sie nicht mehr – man muss nichts mehr kaufen. Aber man entzieht die Unterstützung ja nicht den Helfenden, sondern den

anderen Betroffenen, die immer noch Hilfe benötigen. Wäre es jetzt nicht eher an der Zeit etwas zurückzugeben und sich in die Gemeinschaft einzubringen? Schon ein kleiner Bericht „so habe ich es geschafft“ kann viel bewirken. Schöner für alle Beteiligten sollte es allemal sein!

Glücklicherweise lassen sich viele Menschen, die in der Selbsthilfe tätig sind, davon nicht entmutigen. Sie sind in der Lage, trotz Ihrer eigenen Belastungen, immer wieder neuen Mut zu fassen und die Tatkraft zu entwickeln, weiterzumachen! Von mir einmal ein großes „Danke schön“ dafür an dieser Stelle.

Der Lohn dieser Menschen besteht darin, ihren Nächsten etwas Gutes getan zu haben und sich in einer Gemeinschaft eingebunden fühlen zu können. Sie werden auch damit belohnt, dass sie in ihren schlechten Zeiten von diesen positiven Gefühlen zehren können und somit ein gutes Mittel gegen aufkeimende Depressionen besitzen. Ebenso haben sie mitgeholfen eine Solidargemeinschaft zu schaffen, die auch sie unterstützt und so weit wie möglich auffängt. Sie wissen sie können trotz (und zum Teil auch wegen) ihrer Behinderung etwas tun!

Noch eine Bitte zum Schluss – Denken Sie bitte einmal darüber nach, was Sie selbst tun können, in einer örtlichen Selbsthilfegruppe mitarbeiten oder gar selbst eine gründen, oder sich „nur“ für telefonische oder Beratung per Email oder in einem Forum zur Verfügung zu stellen oder was Ihnen sonst an Ideen kommt – immer im Rahmen Ihrer persönlichen Möglichkeiten natürlich!

Brauchen Sie Unterstützung dabei, können Sie sich gerne an m.bauer@kimm-ev.de oder redaktion@kimm-ev.de wenden!

(War das jetzt zu moralisch oder zu negativ formuliert? Keine Angst das Positive überwiegt! Wird fortgesetzt)

In der nächsten Ausgabe lesen Sie:

Berichte von der Tagung in Bad Berleburg
Bericht von der Mitgliederversammlung
Berichte aus der Selbsthilfe und vieles mehr.
Nachtrag Dr. Schiffmann in Heidelberg

Meine liebe Krankheit von Eva Orinsky

Vor zehn Jahren, als meine Ehe in ihren letzten Zügen lag, ging es los mit dem ersten Hörsturz. Es folgten ein paar weitere, und ein Tinnitusrauschen wurde unüberhörbar. Mit meinem rechten Ohr hörte ich immer schlechter, und schließlich zwang mich der erste Drehschwindelanfall zu Boden.



Ich brauchte 3 Jahre, um die Trennung zu verarbeiten, genauso lang dauerte meine Krankheit. Dann war der Spuk auf einmal vorbei, der Tinnitus verschwand, ich konnte wieder ein bisschen mehr hören, kein Anfall mehr, 6 Jahre lang. Doch vor einem Jahr begann es wieder, schleichend zuerst, der Tinnitus wurde lauter, dann ein Hörsturz nach dem anderen, und schließlich wieder die gefürchteten Anfälle aus heiterem Himmel – die Welt begann sich wieder wie rasend zu drehen, Erbrechen bei jedem Öffnen der Augen. Wenn ich nun das Telefon ans rechte Ohr hielt, hörte ich nicht mal mehr, dass einer spricht, geschweige denn, was er sagt.

Nun ging es wieder los, jeder hatte einen guten Rat, Orthopädie, Osteopathie, Homöopathie, Magnetfeldmatratze, Cortisonspritzen, Tebonin,

Betahistin, Zähne untersuchen, Musiktherapie, Akupunktur, Sauerstofftherapie, Bioresonanz, Gifte ausleiten, Algen und Schwefel schlucken, Blutbahnen checken, Neurologie, MRT, einen Heiler aufsuchen, usw. Sollte gar nichts helfen, eine OP – mit der dafür in Kauf zu nehmenden Nebenwirkung Taubheit. Es war ein unglaublich teures und zeitaufwendiges Vergnügen, jedem Hinweis nachzugehen, und brachte für viele Monate viel Stress, zusätzlichen Stress zum schon alltäglichen. Und das Schlimmste: Nichts half.

Danach war ich reif für die Klinik. Bei meiner Recherche im Internet habe ich Kimm entdeckt und mich sehr gefreut, dass es so etwas Hilfreiches gibt. Die Kliniken, bei denen ich angefragt hatte, stellten in Aussicht, einem zu helfen, mit der Krankheit besser leben zu können. Na super! Woher diese Krankheit ursächlich kommt und wie man sie heilen kann, da hat die Schulmedizin anscheinend keine Ahnung. Ich aber wollte nicht mit der Krankheit leben lernen, ich wollte sie loswerden!



Gewarnt durch einen Artikel in der Kimmzeitschrift wollte ich den schlimmen Sekundärsymptomen wie Schwindel aus Angst vor dem Schwindel auf keinen Fall Tür und Tor öffnen. Denn ich hatte es schon erlebt: Einmal war mir schon schwindlig geworden, als ich meinen Studenten nur von meiner Krankheit und den Anfällen erzählt hatte, damit sie im Falle wüssten, was mit mir los ist.



Aber dazu musste ich mich jedes Mal von Neuem dazu entscheiden, mich den Freunden, der Wandergruppe, den Ausbildungsgruppen, die ich leite, mit einem möglichen Anfall zuzumuten, keine leichte Übung, sondern regelrecht ein seelischer Kraftaufwand für mich, die ich immer die Starke war, mich nun evtl. so „schwach“ und hilfsbedürftig zeigen zu müssen!

Dann bekam ich ein Buch von Dr. Fritz Friedl (Gründer und Chefarzt der TCM Klinik Silima im Chiemgau) in die Hände: „Das Gesetz der Balance“. Darin schildert er in einem Fallbeispiel, wie er einer Frau mit Morbus Menière geholfen hat, und zwar nicht nur dabei, gut mit der Krankheit leben zu können. Er hat sie behandelt und geheilt!

Es war mir egal, dass ich den Aufenthalt in dieser wunderbaren Klinik selbst bezahlen musste. Ich hatte inzwischen verstanden, dass Gesundheit das höchste Gut ist, und sie war es mir wert.

Ein Ort der Ruhe empfing mich mitten in der Natur. Die Entspannungs- und Belebungstechniken der Chinesen wie z. B. Shiatsu oder Qi Gong, das ich für mich als äußerst hilfreich erlebt habe, sowie die kraftvollen Heilkräuter aus China, die Jahrtausende lang erforscht und erprobt sind, halfen mir und meinem überdrehten, aus den Fugen geratenen Organismus. Statt nur Schadensbekämpfung mit oft erheblichen Nebenwirkungen zu betreiben, kümmert sich die chinesische Medizin vornehmlich um Ursachenforschung, Heilung und Schadensvorbeugung.



In der Klinik begann ich zu verstehen, was ich in meinem Leben ändern musste – radikal ändern – wenn ich wollte, dass sich mein Organismus erholt. Ich musste eine unbefriedigende Beziehungssituation klären, damit mein aufgewühltes Herz zur Ruhe kommen kann. Und außerdem musste ich lernen, meinen Highspeed-Modus herunterzufahren, Pausen zu machen, zu spüren was ich brauche, was mein Körper braucht, um nicht überlastet zu sein und gesund zu bleiben.



Gedanklich hochkreative Menschen mit unstillbarem Tatendrang, die es in unserer leistungsorientierten Gesellschaft schon „weit“ gebracht haben, scheint diese Krankheit mit Vorliebe zu ereilen. Mein pausenloser Gedankenzudrang, mein chronischer Aktionismus, gepaart mit meinem Perfektionismus, hatten mich nicht mehr zur Ruhe kommen lassen und eine Energieverdichtung bzw. einen Stau im Kopf verursacht, der sich anscheinend immer wieder explosionsartig in Anfällen entladen musste, sei es durch einen Hörsturz, einen heftigen Tinnitus-, Migräne- oder Drehschwindelanfall. So fühlte es sich jedenfalls an.

Einen dreiwöchigen Klinikaufenthalt konnte ich mir leisten. So gut wie in dieser Klinik ging es mir schon lange nicht mehr. Kein einziger Anfall in den drei Wochen (und wieder daheim bis jetzt auch nichts), nach einer Woche schon habe ich plötzlich wieder etwas auf meinem rechten Ohr



gehört, sogar einzelne Wörter verstanden. Ich habe gelernt, mich meinem Ohr liebevoll und tröstend zuzuwenden, anstatt mich dauernd hektisch abzulenken oder gar mein Ohr zu beschimpfen, was es mir da antut. Nein, nicht das Ohr tut mir etwas an (das Symptom ist der Lösungsversuch eines extremen Ungleichgewichts in meinem Körper und Geist), sondern ich habe meinem Ohr zu viel angetan! Statt einer beinharten Kampfansage braucht es zärtliche Fürsorge und zuverlässigen Beistand – von mir.

Und noch etwas ist ein Segen für mich: Ich nehme jetzt psychotherapeutische Sitzungen. Ich hatte da keine Hemmschwelle, weil ich selbst Therapeutin bin. Ich kannte die hilfreiche und erfolgreiche Methode IFS (Arbeit mit den inneren Anteilen nach R. Schwartz, ein spezieller Ansatz in der Systemischen Therapie) aus meiner eigenen Praxis und habe selbst schon sehr vielen Menschen damit weitergeholfen. Und was ich sonst zusammen mit meinen Klienten mache, macht jetzt meine Therapeutin mit mir: Wir erforschen und entlasten die Anteile von mir, die mir bisher nicht erlaubt haben, Pausen zu machen, mal Fünfe grade sein zu lassen, etwas mal nicht ganz so perfekt zu machen, mir Fehler zu gestatten.

Auch diese extremen Anteile sind – ähnlich wie Körpersymptome – chronifizierte Lösungsversuche brauchen Wertschätzung und wohlwollendes Mitgefühl, damit sie sich entspannen können. Mein chronischer Aktionismus z. B. wollte u. a. auch die Traurigkeit dauerhaft von mir fernhalten, die in ruhigen Minuten dahergeschlichen kam und mich zu überfluten drohte. Nun weine ich Sitzung für Sitzung mit Beistand meiner Therapeutin den ganzen Tränensee ab, der sich über die Jahre in meiner Brust aufgestaut hat. Das Gestaute kommt wieder ins Fließen, die Selbstheilungskräfte werden frei.

Morbus-Menièr-Anfälle sind wie Feuerausbrüche. Die Schulmedizin kommt mit einer riesigen Löschspritze, aber man weiß, dass das Löschwasser oft größeren Schaden anrichtet, als das Feuer selbst (das wäre dann die Variante OP zum Preis von Taubheit). Die chinesische Medizin mit ihren hochwirksamen Heilkräutern hingegen untersucht



und behandelt die Brandursache mit ihren Jahrtausenden alten Erfahrungswerten, ersetzt leicht entflammbare Materialien durch nicht entflammbare und beugt deshalb neuen Bränden vor, um im Bild zu bleiben. Die Psychotherapie kümmert sich schließlich um den Brandstifter und heilt ihn von seiner chronischen Zündelsucht. Er darf dann nur noch den Haufen von leicht entflammbaren Stoffen anzünden, der bereits aus dem Haus geschafft wurde.

Inzwischen habe ich nicht nur wie früher gute Vorsätze angehäuft, ich habe wirklich etwas in meinem Leben geändert. Ich gehe das Thema jetzt auf mehreren Ebenen an. Auf allen gibt es dasselbe Ziel: Entlastung, Beruhigung, Entspannung, Erholung. Weil mir meine Arbeit immer großen Spaß gemacht hat, und ich über sie viel Anerkennung erhalten habe, habe ich zu spät gemerkt, dass es viel zu viel war, was ich mir alles aufgeladen hatte, so dass kein Raum mehr blieb für Regeneration. Ich habe meine Arbeit nun um die Hälfte reduziert. Dadurch habe ich auf einmal wieder Zeit für meine Hobbies wie Tanzen, Singen im Chor, Klavierspielen, Lesen, Schwimmen, in der Natur sein. Lebensfreude kommt wieder auf! Dazu hat mir „meine liebe Krankheit“ verholpen! Und ich kenne mich: Wenn es nicht so schlimm geworden wäre, hätte ich doch wieder nichts geändert.

Und das Schönste – eine Freundin hat mich dazu inspiriert – ich male wieder. Und zwar jeden



Tag! Jeden Tag male ich etwas in mein Traum- und Tagezeichenbuch. Während ich male, bin ich total im Hier und Jetzt, nehme den Tinnitus, der inzwischen schon viel leiser geworden ist, gar nicht wahr. Ich verarbeite beim Zeichnen, was mich berührt, freut oder quält. Ich kann es dadurch ausdrücken, kann es sogar jemandem zeigen, der dann besser versteht und mitfühlen kann, was sich durch Worte oft gar nicht vermitteln lässt. Mein Buch und meine Malstifte habe ich überall dabei, das tägliche Malen ist für mich unverzichtbar geworden. Ich lebe jetzt wieder gern.

Allen, die an dieser quälenden Krankheit leiden, wünsche ich ebenfalls neue Zuversicht und baldige Besserung.

Zum ersten Mal bei KIMM

Mein Name ist Joachim Maiwald und wohne in Weißwasser in der Oberlausitz.

Bis vor 11 Jahren verlief mein Leben ohne größere gesundheitliche Probleme. Ich war in einer Druckerei als Mechatroniker beschäftigt. Es war eine sehr interessante und vielseitige Arbeit. Diese Arbeit bereitete mir sehr viel Freude.

Im November 2005 setzte plötzlich mein Gleichgewichtssinn aus ohne Drehschwindel, aber mit den Symptomen Erbrechen, Stürze und Panikattacken. Es begann eine Odyssee durch HNO-Kliniken. Neurologische Begutachtungen halfen mir beim Erkennen meiner Krankheit. Nach zwei Reha-Kuren und einer stationären Behandlung an der Psycho-Somatischen Uniklinik in Dresden, wurde ich 2010 EU-Rentner. Für mich brachen beruflich und privat Welten zusammen. In der Uniklinik Dresden hatte ich das Glück, noch 5 Jahre an einer Psycho-Somatischen Gruppentherapie teilzunehmen. Diese Gruppe bot mir sehr viel Halt.

Nach dem Auslaufen der Gruppentherapie suche ich für mich nach neuen Haltepunkten. In unserer Region konnte ich für meine Krankheit, trotz starker Bemühungen, keine Selbsthilfegruppe finden.

Mir wurde sehr schnell klar, dass ich neue Wege gehen muss.

Ärger mit dem Landkreis bei der Einstufung der Behinderung und ein beginnender Vereinsamungsprozess, trieben mich nach Lösungen zu suchen.

Das Gefühl der Isolation und Anpöhlungen in der Öffentlichkeit sind für mich sehr Schlimme und depressiv wirkende Erlebnisse.

Im März 2016 fand ich auf einer Internetseite die „Selbsthilfegruppe KIMM“. Nachdem ich die Internetseite intensiv studierte, schien mir eine Mitgliedschaft im Kampf gegen meine Isoliertheit von Nutzen zu sein.

Ich hoffte in meiner Entscheidung, für meine Krankheitsbewältigung Verbündete zu finden. Daraufhin entschied ich Mitglied zu werden.

Die erste Mitgliederzeitung war für mich sehr anregend und ich wurde aufmerksam, auf Treffen und Seminare.

Im August 2016 war es dann soweit. Es wurde mir eine Einladung zum Treffen in Heidelberg zugesandt. Für mich stand fest, ich fahre zu diesem Treffen.

Mir war es wichtig, die Mitglieder persönlich kennen zu lernen. Meine Erwartungshaltung war sehr hoch. Ich hoffte, endlich zu finden, wonach ich suchte. Das Kennenlerngespräch am Freitag übertraf meine Erwartungen. Meine Freude über die anregenden Gespräche gaben mir ein starkes Gefühl, nicht mit meinen Gleichgewichtsproble-



men alleine dazustehen. Da ich mich seit längerem mich mit den Gedanken getragen hatte, eine Selbsthilfegruppe zu gründen, fand ich hier großes Interesse und Verständnis für mein Vorhaben.

Die Seminare an der Uniklinik Heidelberg waren für mich, als Neuling, sehr informativ und lehrreich. Auch angeregte Gespräche mit anderen Betroffenen in den Seminarpausen waren sehr konstruktiv und boten mir die Möglichkeit mich und meine Krankheit neu zu bewerten. Es war für mich psychisch eine sehr wertvolle Erfahrung. In den anschließenden Workshops wurden Erfah-

rungen ausgetauscht. Es wurden Übungsanleitungen zum Gleichgewichtstraining angeboten.

Der Workshop für die Angehörigen fanden meine Frau und ich als sehr hilfreich.

Das Wochenende in Heidelberg hat mich etwas selbstbewusster gemacht. Ich kann dadurch jetzt besser die Gründung einer Selbsthilfegruppe im Raum Weißwasser gestalten.

Alles in Allem war das Treffen in Heidelberg eine gelungene Veranstaltung. Den Organisatoren sage ich hiermit nochmal Danke und wünsche dem Vorstand weiterhin gutes Gelingen.

Für Sie gefunden



Gesetz zur Rauchmelderpflicht

Anspruch auf Kostenübernahme für erheblich Schwerhörige!

Wussten Sie, dass nahezu in ganz Deutschland eine gesetzliche Rauchmelderpflicht besteht? Dies ist nicht ohne Grund so, denn Rauchmelder retten Leben!

Gerade Gehörlosen und Schwerhörigen dienen spezielle Rauchwarnmelder für ein sicheres und selbstständiges Leben. Diese alarmieren ergänzend durch Licht oder Vibration. So können auch Sie das Leben in Ihrem Heim sorgenfrei genießen.

Und das Beste – die Kosten dafür werden seit Juni 2014 sogar von den Krankenkassen erstattet! Auch ältere Anlagen können unter bestimmten Voraussetzungen durch Neugeräte ersetzt und mit Rauchmeldern nachgerüstet werden.

Es geht ganz einfach!

Lassen Sie sich einen Kostenvoranschlag für Ihre neue Signalanlage von einer Firma (z.B.

hoerhelfer.de) geben. Damit gehen Sie zu Ihrem Arzt. Dieser erstellt eine sogenannte „Ärztliche Verordnung“, aus der hervorgeht, dass Sie auf einen Rauchmelder mit Lichtsignalanlage als Hilfsmittel angewiesen sind.

Ihr Arzt weiß, welche speziellen Informationen in der ärztlichen Verordnung enthalten sein müssen – d.h. Diagnose und „Lichtsignalanlage“ als Hilfsmittel.

Senden Sie den beigefügten Kostenvoranschlag zusammen mit der ärztlichen Verordnung



- ✓ Rauchmelder für Hörgeschädigte
- ✓ Über 1.200 weitere Hilfsmittel
- ✓ Ab 40 EUR versandkostenfrei
- ✓ 30-Tage Rückgaberecht

www.hoerhelfer.de

hoerhelfer®
Das größte Versandhaus für besseres Hören



Anzeige



an Ihre Krankenkasse. Diese entscheidet über die Kostenübernahme. Darüber werden Sie (und im Regelfall auch das angefragte Unternehmen) schriftlich informiert.

Sobald die Genehmigung der Kostenübernahme vorliegt, versendet das Unternehmen (z.B. hoerhelfer) die gewünschten Artikel an Sie.

Zuzahlungspflichtige haben in der Regel einen gesetzlichen Zuzahlungsanteil von 10,00 EUR zu leisten.

Wenn Sie bereits eine lisa-Anlage besitzen, besteht nachträglich ein Anspruch auf bis zu vier Rauchmelder und einen Lichtblitzwecker.

Haben Sie Ihre Anlage vor 2010 erhalten, können Sie sogar eine komplett neue Signalanlage beantragen und diese zusätzlich mit Rauchmeldern ausstatten.

Margarete Bauer

Anmerkung:

Der Text wurde entnommen aus einem Rundschreiben an die Kunden der Fa. Hoerhelfer, Augsburg. Die Genehmigung dafür liegt vor.

Weitere Informationen: www.hoerhelfer.de

E-mail: info@hoerhelfer.de

Menière-Krankheit

Leiden Sie oder jemand den Sie kennen unter
Schwindel, Benommenheit, Übelkeit,
Hörverlust oder Tinnitus?

In der Forschungsstudie zur Menière-Krankheit wird die Sicherheit und Wirksamkeit eines Prüfpräparats zur Behandlung der Menière-Krankheit bewertet. Freiwillige Studienteilnehmer werden dabei eng von einem Studienarzt betreut.

STUDIENNEHMER MÜSSEN:

- Zwischen 18 und 85 Jahre alt sein
- Nachweislich Hörverlust haben
- Mit einem einseitigen (auf nur einem Ohr) Morbus Menière diagnostiziert sein
- Weitere Kriterien sind zu berücksichtigen

BENOMMENHEIT SCHWINDEL ÜBELKEIT HÖRVERLUST UND TINNITUS

Für weitere Informationen und um herauszufinden,
ob Sie für die Studie geeignet sind, gehen Sie noch heute auf:
www.ErkrankungInnenOhr.de

1.0 VK 10DEC2015

Studienanfrage der Fa. Otonomy

Hinweis des Vorstandes:

Dem KIMM-Vorstand wurde diese Studie von Mitarbeitern der Fa. Otonomy vorgestellt. Ausführliche Informationen gibt es in einem Vortrag von Frau Dr. Ernst bei der Frühjahrstagung 2017 in Bad Berleburg. Für die Studie werden noch Probanden gesucht. Näheres erfahren Sie auch unter www.erkrankunginnenohr.de

Kleines Tagungskaleidoskop: Gespräche



*... in denen man in seiner Betroffenheit
sofort verstanden wird ...*



LEICHT 1

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

LEICHT 2

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

| | | | | | | |
|----|---|----|---|---|---|----|
| 5 | X | 3 | : | 1 | = | 15 |
| X | | + | | + | | |
| 6 | X | 7 | : | 2 | = | 21 |
| + | | X | | + | | |
| 8 | + | 9 | + | 4 | = | 21 |
| = | | = | | = | | |
| 38 | | 90 | | 7 | | |

MITTELSCHWER 1

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

MITTELSCHWER 2

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

| | | | | | | |
|----|---|----|---|----|---|----|
| 4 | X | 3 | - | 5 | = | 7 |
| X | | X | | X | | |
| 1 | X | 8 | X | 6 | = | 48 |
| X | | - | | - | | |
| 9 | X | 7 | - | 2 | = | 61 |
| = | | = | | = | | |
| 36 | | 17 | | 28 | | |

SCHWER 1

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

SCHWER 2

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

| | | | | | | |
|----|---|---|---|----|---|----|
| 9 | - | 8 | X | 6 | = | 6 |
| - | | - | | X | | |
| 3 | X | 4 | X | 2 | = | 24 |
| X | | - | | X | | |
| 7 | - | 1 | X | 5 | = | 30 |
| = | | = | | = | | |
| 42 | | 3 | | 60 | | |

| | | | | | | |
|----|---|----|---|----|---|----|
| 4 | + | 5 | + | 8 | = | 17 |
| + | | + | | + | | |
| 6 | + | 7 | + | 9 | = | 22 |
| + | | + | | + | | |
| 1 | + | 2 | + | 3 | = | 6 |
| = | | = | | = | | |
| 11 | | 14 | | 20 | | |



Sudoku Das Kulträtsel aus Japan

LEICHT 1

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

LEICHT 2

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

Rechnen im Quadrat

| | | | | | | |
|----|---|---|---|----|---|----|
| | - | | X | | = | 6 |
| - | | - | | X | | |
| | X | | X | | = | 24 |
| X | | - | | X | | |
| | - | | X | | = | 30 |
| = | | = | | = | | |
| 42 | | 3 | | 60 | | |

MITTELSCHWER 1

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

MITTELSCHWER 2

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

| | | | | | | |
|----|---|----|---|----|---|----|
| | + | | + | | = | 17 |
| + | | + | | + | | |
| | + | | + | | = | 22 |
| + | | + | | + | | |
| | + | | + | | = | 6 |
| = | | = | | = | | |
| 11 | | 14 | | 20 | | |

SCHWER 1

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

SCHWER 2

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

| | | | | | | |
|----|---|----|---|---|---|----|
| | X | | : | | = | 15 |
| X | | + | | + | | |
| | X | | : | | = | 21 |
| + | | X | | + | | |
| | + | | + | | = | 21 |
| = | | = | | = | | |
| 38 | | 90 | | 7 | | |

| | | | | | | |
|----|---|----|---|----|---|----|
| | X | | - | | = | 7 |
| X | | X | | X | | |
| | X | | X | | = | 48 |
| X | | - | | - | | |
| | X | | - | | = | 61 |
| = | | = | | = | | |
| 36 | | 17 | | 28 | | |

SUDOKU, KIMM aktuell, 2016-2

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.

Eine psychosomatisch orientierte Darstellung 8. vollständig überarbeitete Auflage

2017. Springer. 264 S Euro

Ein vornehmlich für Betroffene konzipiertes Buch, das medizinisch und psychosomatisch „auf Stand“ gehalten wird. Es stellt verständlich Symptome, Auswirkungen, Behandlungsmöglichkeiten und den Umgang mit der Krankheit dar.

Tönnies S., Dickerhof K.

Schwerhörigkeit, Tinnitus, Schwindel

Asanger ISBN 3893344101. 15,00 Euro

Betroffenenberichte über das Leben mit Hörschädigungen und Schwindel und die daraus erwachsenen Beeinträchtigungen.

Schaaf H., Hesse G.

Endolymphschwankungen im Ohr (Gehör) und Gleichgewichtsorgan

Profil Verlag. 12,80 Euro

Ein Überblick zu Störungen der Endolymphregulation im Ohr und im Gleichgewichtsorgan unter medizinischen und psychosomatischen Aspekten.

Schaaf, Helmut

Gleichgewicht und Schwindel. Wie Körper und Seele wieder auf die Beine kommen können.

7. Auflage 2017. Asanger Verlag. 180 S., 19,50 Euro

Allgemeine und grundlegende Darstellung der Faszination des Gleichgewichtssystems und seiner Stolpersteine für Betroffene. Eine psychosomatische Hilfestellung für Betroffene.

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

Vertigo. Leitsymptom Schwindel.

2. Auf. 2012 Steinkopff, Darmstadt
ISBN 3642249620 146 S. 72,99 Euro

Das Standardwerk für Ärzte bei einem neurologischem Schwerpunkt, mit einer begleitenden DVD.

Ernst, A., Basta, D.

Gleichgewichtsstörungen.

Diagnostik und Therapie beim Leitsymptom Schwindel.

Thieme, 2016. 229 S , 214 Abb., 99,99 Euro

Das HNO ärztliche Pendant zu „Brandt’s Vertigo“ mit einem ausführlicheren HNO Diagnose-Aneil.

Bronstein, A. / Lempert Th.

Schwindel.

Ein praktischer Leitfaden zur Diagnose und Therapie

2016. 256 Seiten, 44 Abb., 60 Videos, kart. Ca. 80 Euro

Ein Buch für die ärztliche Praxis, das es lange nur auf Englisch gab. Es geht den Weg über die Klassifizierung der Symptome und hilft so rasch und meist ohne große Zusatzdiagnostik zu einer praxistauglichen Einschätzung.

Schädler, Stefan

Gleichgewicht und Schwindel.

Urban und Fischer 269 S. 69 Euro

Bis zum Beweis des Gegenteils helfen Gleichgewichtsübungen. Schädler hat auch spezifische Anleitungen für unterschiedliche Problemstellungen erarbeitet und illustriert dargestellt

Beigel, D., Silbernagel, J.

Entdecken Sie ihr Gleichgewicht!

Ü30 Wellness- und Trainingsprogramm

2015. Verlag modernes lernen. 140 S., 29,80 Euro

Gut gebildete, nachvollziehbare Anleitungen

Hamann K.-F.

Schwindel -175 Fragen und Antworten

3. Auflage 2010. Verlag Zuckschwerdt. 14,90 Euro

Broschüre im Taschenformat mit 20 Fragen speziell zum Morbus Menière.

Hesse, G., Schaaf, H.

Schwerhörigkeit und Tinnitus

2. Auflage. Profil Verlag 12,80 Euro

Darstellung der Grundlagen des Hörens, der Schwerhörigkeit und der Herausforderungen der Hörgeräteversorgung bei Morbus-Menièr-Patienten.

Schaaf, H., Hesse, G.

Tinnitus - Leiden und Chance

3. Auflage. Profil Verlag. 19,00 Euro

Beschrieben werden die Grundlagen des Leidens am Tinnitus und die Chancen, das Leiden mit Mut und Zuversicht zu bewältigen.

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: 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 KIMM e.V. sonst Einzelnachweis

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

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

Hamburg

Jan-Felix Wittmann
Tel. 0159 02166339
E-Mail: meniere.hamburg@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)

MÜNCHEN

Edit Scheidl
Tel: 089-78005248
E-Mail: edith.scheidl@web.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: HNO-Klinik Dr. Gaertner, Schwindelambulanz, MVZ Bogenhausen, Possartstraße 27, 8179 München, www.gaertnerklinik.de/klinikambulanz

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-Menièr-Patienten finden Sie auf Seite 54