

# KIMM

## aktuell



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

## Tagung Bad Berleburg

Berichte von den Vorträgen  
Berichte über die Workshops

## Tagung Heidelberg

Nachtrag Dr. Schiffmann

## Fachartikel

Dr. Schaaf zur Patel-Studie

## Aus der Selbsthilfe

Berichte aus den  
Selbsthilfegruppen

## KIMM intern

Satzungsänderung

## Einladung zu den Tagungen 2017/18

in Hamburg

in Bad Grönenbach



Werbung entfernt

*Liebe Mitglieder,  
liebe Freunde von KIMM e. V.,*

im März fand unsere gut besuchte Frühjahrstagung in der Odebornklinik der HELIOS Rehakliniken in Bad Berleburg statt. Der Tag verlief in lockerer, ungezwungener Atmosphäre, so dass wir alle die Vorträge aufmerksam verfolgen konnten.

Frau Prof. Anette Weber referierte zum Thema „Effektive Therapie des Schwindels?!“

Wie man die Lebensbalance wiederfinden kann, wurde uns durch die Therapeutin Frau Barbara Kieslich-Hoffmann, unter dem Motto „Ganz schön aus dem Lot“ nähergebracht. Der dritte Vortrag wurde sicher mit großer Spannung erwartet. Dabei ging es um eine Medikamentenstudie für Menière-Betroffene. Diese wurde von Frau Dr. Christine Ernst von der Fa. Otonomy vorgestellt.

Auch die Workshops am Nachmittag wurden von den Teilnehmern sehr gut angenommen.

Die Themen „Technische Hilfsmittel bei Schwerhörigkeit“ durch zwei Therapeutinnen der Klinik (Frau Raeithel und Frau Kesper-Suhr) sowie ein „Gesprächskreis für Angehörige“ von Betroffenen (durch Herrn Dr. Fred Knäbel) zogen etliche Interessierte an.

Im dritten Workshop ging es um „Selbsthilfe erleben und mitgestalten“. Frau Christiane Heider, die Leiterin der SHG in Nürnberg, erarbeitete mit den Teilnehmern die Bedeutung des Begriffes „Selbsthilfe“.

Alle, die nicht an der Tagung teilnehmen konnten, können sich hier, in unserer neuen Ausgabe der Mitglieder-Zeitschrift, über diese Tagung informieren.

Und – „nach“ einer Tagung ist auch immer „vor“ einer Tagung.



So kann ich Ihnen mitteilen, dass die Herbsttagung in diesem Jahr in Hamburg stattfinden wird. Als Termin dürfen Sie sich schon mal den 27. Oktober 2017 notieren. In Zusammenarbeit mit der ASKLEPIOS Klinik St. Georg wird KIMM für Sie wieder ein interessantes Tagungsprogramm erarbeiten. Die Einladung zur Tagung und das Programm werden rechtzeitig an Sie verschickt.

Nun wünsche ich allen Lesern unserer „KIMM aktuell“ einen wunderschönen Sommer und besonders allen Betroffenen eine schwindelfreie Zeit.

Liebe Grüße aus Würzburg  
*Margarete Bauer*  
1. Vorsitzende

Grußwort	Margarete Bauer	1
	Inhaltsverzeichnis	2
KIMM intern	KIMM-Satzungsänderung beschlossen!	3
	Einladungen zu den nächsten Tagungen	4
	Rückblick auf die Tagung in Bad Berleburg	5
Tagung Bad Berleburg Vorträge	<b>Bericht zum Vortrag von Frau Prof. Dr. med. Anette Weber</b> „Morbus Menière – effektive Therapie des Schwindels“	7
	<b>Barbara Kieslich-Hoffmann, Psychologische Psychotherapeutin</b> „Ganz schön aus dem Lot – das ist ein Mensch mit Schwindelerkrankung“	14
	Tagungsimpressionen	23
	<b>Bericht zum Vortrag von Frau Dr. Ernst</b> „Die Otonomy-Studie“	24
Workshops	Berichte und Impressionen aus den Workshops	28
Nachtrag Tagung Heidelberg	<b>Bericht zum Vortrag von Dr. Bodo Schiffmann</b> „Diagnostische Verfahren zur Schwindeldiagnose“	31
Fachartikel	<b>Dr. Helmut Schaaf und Dr. Georg Kastellis</b> „Neue Ansätze beim Morbus Menière Kortison statt Gentamycin ins Mittelohr?“	40
	Tagungsimpressionen	45
Selbsthilfe in Aktion	Gruppentreffen in Hannover	46
	Zur gefälligen Beachtung!	47
	Gruppenleiterschulung in Nürnberg	48
Erfahrungsberichte	„Frühjahrstagung in Bad Berleburg“	49
	Meine Reha in Bad Salzuflen in der MEDIAN „Klinik am Burggraben“	49
Unterhaltung	Auflösungen: Rechnen im Quadrat & Sudoku	51
Literatur	Liste ausgewählter Literatur zu Morbus Menière	53
	<b>H. Schaaf:</b> Rezension zu: <i>Ruckenstein, Michael J. (2010) Ménière´s Disease. Evidence Outcomes</i>	54
Unterhaltung	Sudoku	57
	Rechnen im Quadrat	57
Adressen	Liste von Reha-Kliniken für Morbus-Menièr-Patienten	58
	Impressum	58
	Liste örtlicher Morbus Menière Selbsthilfegruppen	59
	Adressen und Infos zu Kliniken mit Schwindelambulanzen	60

# KIMM-Satzungsänderung beschlossen!

In der Mitgliederversammlung am 11.03.2017 wurden Änderungen der Vereinssatzung von KIMM einstimmig beschlossen. Die Änderungen betreffen die Zusammensetzung und die Amtszeit des Vorstands. In der seitherigen Satzung waren genau 6 Vorstandsmitglieder vorgeschrieben. Bei der Kandidatensuche zeigte sich jedoch, dass evtl. nicht genügend Kandidaten für alle Ämter zur Verfügung standen. Der Vorstand wäre dann nicht vollständig gewesen. Die Änderung sieht jetzt eine Mindestzahl von 4 und eine Höchstzahl von 7 Vorstandsmitgliedern vor. In der zweiten Änderung wird die Amtszeit des Vorstands von seither starren 2 Jahren auf 2 Jahre bis zur Neuwahl des neuen Vorstands flexibilisiert. Wenn die Mitgliederversammlung mit der Vorstandswahl nach Ablauf der 2 Jahre stattgefunden hätte, wäre KIMM für diese Zeit ohne Vorstand gewesen.

Die Änderungen wurden dem zuständigen Registergericht sofort zur Eintragung mitgeteilt, bis Redaktionsschluss ist die Eintragung durch Überlastung des Gerichts leider noch nicht erfolgt.

Der Wortlaut der Teile der Satzung, die geändert wurden:

neue Fassung	seitherige Fassung
<p><b>§ 8 Mitgliederversammlung</b></p> <p>...</p> <p>4. ...</p> <p>Als oberstes Organ ist die Mitgliederversammlung grundsätzlich für alle Aufgaben zuständig, die nicht ausdrücklich in dieser Satzung dem Vorstand zugewiesen sind; ihr obliegen insbesondere folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wahl des Vorstands;</li> </ul> <p>...</p> <p><b>§ 9 Vorstand</b></p> <p>1. Der Vorstand besteht aus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- der/dem Vorsitzenden</li> <li>- einem/einer Stellvertreter/in</li> <li>- einem/einer Schriftführer/in</li> <li>- einem/einer Kassenführer/in</li> <li>- und bis zu drei Beisitzer/innen</li> </ul> <p>2. Der Vorstand wird von der Mitgliederversammlung</p> <p style="padding-left: 40px;">auf die Dauer von zwei Jahren, vom Tag der Wahl an gerechnet, gewählt. Der Vorstand bleibt jedoch auch nach Ablauf seiner Amtszeit bis zur Neuwahl des neuen Vorstands im Amt.</p> <p><i>Die seitherigen Absätze 2 usw. im §9 erhalten jeweils eine Nummer höher.</i></p>	<p><b>§ 8 Mitgliederversammlung</b></p> <p>...</p> <p>4. ...</p> <p>Als oberstes Organ ist die Mitgliederversammlung grundsätzlich für alle Aufgaben zuständig, die nicht ausdrücklich in dieser Satzung dem Vorstand zugewiesen sind; ihr obliegen insbesondere folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wahl des Vorstands für die Dauer von 2 Jahren;</li> </ul> <p>...</p> <p><b>§ 9 Vorstand</b></p> <p>1. Der Vorstand besteht aus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- der/dem Vorsitzenden</li> <li>- einem/einer Stellvertreter/in</li> <li>- einem/einer Schriftführer/in</li> <li>- einem/einer Kassenführer/in</li> <li>- zwei Beisitzern.</li> </ul>

# Einladungen zu den nächsten Tagungen

## Einladung zur Herbsttagung 2017 in Hamburg

Bei unserer nächsten Tagung, am 28.10.2017, dürfen wir in der Asklepios Klinik St. Georg Hamburg zu Gast sein.

KIMM war bisher zu keiner Tagung in Hamburg und darum freuen wir uns besonders, nun auch im Norden unseres Landes tätig werden zu können. In Vorbereitung dieser Tagung erfreuten wir uns bereits der aktiven Unterstützung des engagierten und kompetenten Klinikpersonals.

Die Asklepios Klinik St. Georg, bis 2005 Allgemeines Krankenhaus St. Georg, ist ein großes Klinikum im Hamburger Stadtteil St. Georg. Die Klinik ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Hamburg.

Als Klinik der Maximalversorgung bietet die Asklepios Klinik St. Georg im Herzen von Hamburg ein breitgefächertes medizinisches Leistungsspektrum und ist als Spezialanbieter von Hochleistungsmedizin von überregionaler Bedeutung.

Das Krankenhaus wurde von 1821 bis 1823 von Carl Ludwig Wimmel nach damals modernen Gesichtspunkten errichtet. Es ersetzte den 1814 abgebrannten Krankenhof am Hamburger Berg und war das erste städtische Krankenhaus

Hamburgs. Mit der Eröffnung des Krankenhausneubaus im Jahre 1823 erhielt die Klinik ihren attraktiven Standort an der Alster. Sie ist damit das älteste und traditionsreichste Krankenhaus der Hansestadt Hamburg.

Die Klinik hat heute 665 Betten. Pro Jahr versorgt die Klinik 58.000 ambulante und 29.000 stationäre Patienten.

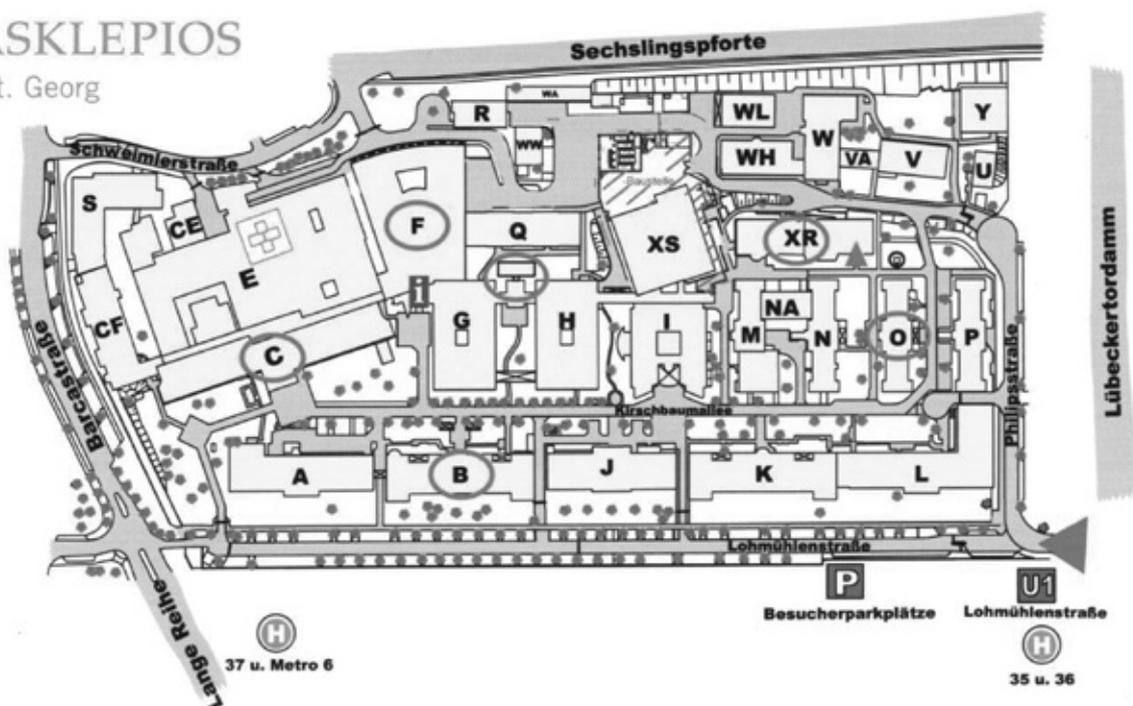
In der Asklepios Klinik St. Georg befindet sich das Schwindelzentrum Hamburg, eine Spezialambulanz für Schwindel, Gleichgewichts- und Augenbewegungsstörungen.

Die Anfahrtsadresse lautet:  
Lohmühlenstrasse 5,  
20099 Hamburg

Unsere Tagung wird im Haus P stattfinden. Einen Lageplan finden Sie unten.

Die Klinik ist auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln sehr gut erreichbar. Ein Besucherparkplatz befindet sich in unmittelbarer Nähe des Tagungshauses.

Haus XR	Prof. Meyer / Sekretariat
Haus O	HNO-Ambulanz, 1. OG
Haus C	Zentrale Patientenaufnahme, EG
Haus C	HNO-Station, 7. Etage
Haus C	Privata-Komfort-Station, 8. Stock
Haus F	Anästhesie-Ambulanz, EG



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

(Quelle: Homepage der Asklepios Klinik St. Georg, Wikipedia)

**Asklepios Klinik St. Georg**  
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,  
Kopf- u. Hals-Chirurgie  
Lohmühlenstraße 5  
20099 Hamburg  
Sekretariat Tel. (040) 18 18 85 22 37 o. 040-18 18 85 22 38  
[www.asklepios.com/sanktgeorg](http://www.asklepios.com/sanktgeorg)

## Vorankündigung zur Frühjahrstagung 2018

Liebe Mitglieder, die übernächste Tagung, also die erste in 2018, wird wieder in der Heliosklinik Bad Grönenbach stattfinden. Der Termin ist wahrscheinlich im April 2018.

Vor dieser Tagung wird wieder eine Mitgliederversammlung mit planmäßigen Neuwahlen durchgeführt. Liebe Mitglieder, wir bitten Sie um zahlreiches Erscheinen.

Die Tagesordnung erhalten Sie wie immer in der persönlichen Einladung.

## Rückblick auf die Tagung in Bad Berleburg

### *Der Abend vorher*



Manchen schmeckt es schon ... oder sind schon in Gespräche vertieft, andere müssen noch warten...



...andere sind besonders aufmerksam...



doch die Laune ist allgemein gut!

## Rückblick auf die Tagung in Bad Berleburg

### Die Vollversammlung



Die Begrüßung



an aufmerksam lauschende Mitglieder



Der Antrag



Die Abstimmung

### Die Tagung



Auch hier läßt das Interesse nicht nach



und man hinterfragt

## Ein Bericht zum Vortrag von Frau Prof. Dr. med. Anette Weber

Chefärztin Helios-Rehakliniken Bad Berleburg auf der KIMM-Tagung 01/2017 in Bad Berleburg (DA)

Leider hat sich bezüglich Diagnose und Therapie bei MM nicht wirklich viel Neues getan. Aber über einige neue Ansätze lässt sich berichten. Im Vortrag wurden die bekannten Diagnose- und Therapiemöglichkeiten kurz vorgestellt. In diesem Bericht werden sie deshalb auch kurz angerissen.

### **Das Krankheitsbild**

Das Krankheitsbild wurde ja kürzlich etwas umfassender definiert:

Morbus Menière gesichert:

- **Wiederkehrender Schwindel, Dauer 20 min - 12h**
- **Hörverlust im Mittel- oder Tieftonbereich**

- **Schwankende Ohr-Symptome: Hörverlust, Tinnitus, Druckgefühl**

Morbus Menière wahrscheinlich:

- **Wiederkehrender Schwindel oder Benommenheit, Dauer 20 min - 24h**
- **Wiederkehrende/schwankende Ohr-Symptome: Hörverlust, Tinnitus, Druckgefühl**



Frau Prof. Weber bei Ihrem lebendigen Vortrag

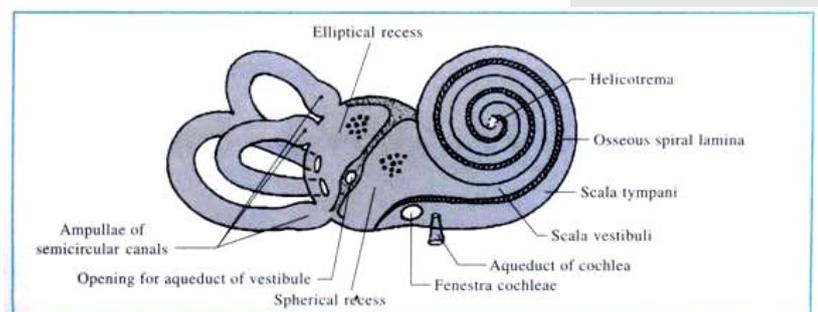


Fig. 14.14. Interior of right bony labyrinth.

### **Entstehung von MM und Schwindel**

Im Innenohr und Gleichgewichtsorgan bildet sich zu viel Flüssigkeit (Endolymphe), was zu einem endolymphatischen Hydrops führt. Es gibt ein Ungleichgewicht zwischen Flüssigkeitsproduktion und -abbau. Vermutet werden eine Störung im Endolymphsack (saccus endolymphaticus), aber auch weitere noch nicht bekannte Faktoren.

Etwas näher betrachtet ergibt sich:

Durch den sich bildenden Überdruck werden Grenzräume zwischen den unterschiedlichen Flüssigkeiten des Innenohrs zerstört (Perilymphe / Endolymphe). Dabei entstehen durch die unterschiedliche Elektrolytzusammensetzung (Na, K) Ein- und Ausströme der Elektrolyte und es bildet sich „Strom“. Innenohr und Gleichgewichtsorgan werden gereizt und der Betroffene bekommt Schwindel und Hörstörungen.

Entwickelt der Betroffene Ängste vor den wiederkehrenden Attacken, kann es zum Auftreten von psychogenem Schwindel kommen, der nicht durch den Überdruck, sondern durch Angst entsteht.

Während der Anfälle kann Augenzittern auftreten. Diese spontanen Augenbewegungen sind nicht willentlich beeinflussbar. Die Schlagrichtung der schnellen Augenbewegungen geht in Richtung gesundes Ohr.

Bei psychogenen Anfällen findet kein Augenzittern statt.

### Diagnostik des Schwindels

- **Frenzelbrille**

Mit der Frenzelbrille können die Augenbewegungen nachgewiesen werden. Neuere Modelle zeichnen sie per Video auf.

- **Gleichgewichtstestung**

Bei der Gleichgewichtstestung findet eine Reizung der Gleichgewichtsorgane durch kalte(s) /warme(s) Luft oder Wasser statt. Die Aufzeichnung des Augenzitterns erfolgt dabei mittels Kamera. Die Auswertung wird grafisch dargestellt.

Diagnostik

**Gleichgewichtstestung**

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

Vestibular nystagmus

Gleichgewichtstestung

Das Ergebnis kann variieren, je nachdem ob und wie weit sich das betroffene Gleichgewichtsorgan schon erholt hat oder noch keine Erholung erfolgt ist.

- **Kopfpulstest**

Bei schnellen Kopfdrehungen mit fixiertem Blick werden die Augenbewegungen beobachtet. Bei gestörten Gleichgewichtsorganen erfolgen „Nachrückbewegungen“ der Augen.

Diagnostik

Ergebnis kann variieren in Abhängigkeit vom Erholungsstatus:

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

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

Kopfpulstest

- **Der endolymphatische Hydrops im MRT**

Inzwischen ist es auch in Deutschland möglich, einen Hydrops mittels MRT festzustellen. Dabei wird die Perilymphe durch ein Kontrastmittel gefärbt:

Diese Darstellung gelang erstmals 2007 einer japanischen Arbeitsgruppe und stellt

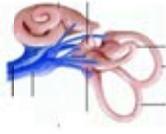
einen bedeutenden Fortschritt zum Nachweis des MM dar. Die Schwere des Hydrops kann quantitativ erfasst werden, denn die Ausprägung korreliert mit:

- Dauer der Erkrankung
- Grad des Hörverlusts
- Verlust der Gleichgewichtsfunktion

Zur Befundung ist ein sehr hoch auflösendes MRT notwendig, was

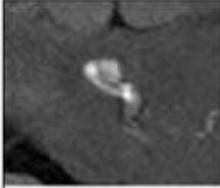
bisher nur in wenigen Kliniken zur Verfügung steht. Die Untersuchung wird auch noch nicht von der Krankenkasse bezahlt.

**Diagnostik:  
Nachweis des Endolymphatischen Hydrops im MRT**



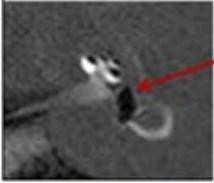
Schematische Darstellung

Kontrastmittel färbt Perilymphe  
iv Gabe oder ins Mittelohr



Normalbefund

Darstellung im MRT



Endolymphatischer Hydrops

Befund mit Hydrops

## Schwindeltherapie

### Stufenschema zur Behandlung von Schwindelattacken

Nichtzerstörerische Behandlung hat Vorrang vor zerstörerischer Behandlung.

#### Gleichgewichtstraining

Führt man sich vor Augen, dass das Gleichgewicht von mehreren Faktoren beeinflusst wird, etwa:

- den Gleichgewichtsorganen (vestibulär)
  - den Augen (visuell)
  - der Körperwahrnehmung (propriozeptiv)
- und alle drei Systeme ihre Eindrücke an das Großhirn melden, so wird der Schluss leicht verständlich, dass bei Ausfall oder Störung auch nur eines der Systeme Unsicherheitsgefühl und/oder Schwindel entstehen können.

Ein Training der funktionierenden oder teilweise funktionierenden Systeme durch:

- Kopfbewegungen
- Augenkontrolle
- Körpermotorik
- auch unter erschwerten Bedingungen (Aerex Matratze, Schaukelbrett)

führt zur Verringerung der Schwindelbeschwerden und fördert das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Auch die psychogene Komponente lässt sich damit verbessern und psychogener Schwindel tritt seltener oder gar nicht auf.

**Therapie Schwindel**

Stufenschema zur Behandlung der Schwindelattacken

- Dimenhydrinat (Vomex®)/Kortison im Akutfall
- Gleichgewichtstraining
- Betahistin
- Paukenröhrchen
- Kortisontherapie ins Mittelohr/ Labyrinthanästhesie
- Sakkusoperation
- Gentamicin
- Labyrinthektomie/Neurektomie
- Psychotherapie

Eine Neuheit zur Unterstützung des Gleichgewichtstrainings stellt ein Gürtel namens „VertiGuard®“ dar. Der Gürtel prüft über Sensoren die Körperhaltung bei durchgeführten Bewegungen und gibt über Vibrationsfeedback Korrekturhilfen.

In Studien trat nach 10-tägiger Therapie eine deutlich verbesserte koordinative Kompetenz zu Tage.

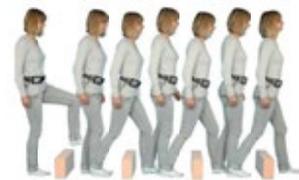
## Gleichgewichtstraining



Unterstützung durch VertiGuard®

Vibrationsfeedback der Körperhaltung

In Studien nach 10 tägiger Therapie deutlich verbesserte koordinative Kompetenz



<http://www.audion-medizintechnik.de/ins/produkte/vertiguard/>

Bad Grönenbacher M. Ménière's Symposium

HELIOS Rehakliniken Bad Berleburg

17

### Ein Wort zu Betahistin

Betahistin hemmt die Reizweiterleitung und Durchblutungsförderung. Es wurde trotz fehlender eindeutiger Nachweise in die Leitlinien Schwindel aufgenommen.

In einer BEMED-Studie wurde die Wirksamkeit im Hinblick auf Frequenzreduktion und Anfallsschwere untersucht:

Erste Ergebnisse ergaben Hinweise auf Frequenzreduktion bei höherer Dosierung (mind. 3 x48 mg)

Die vollständige Auswertung konnte keine bessere Wirkung als bei Placebos nachweisen.

Da viele Betroffene den Eindruck haben, dass ihnen Betahistin hilft, sollte es für sie auch weiterverwendet werden.

#### • Labyrinthanästhesie

Ein lokales Betäubungsmittel wird durch das Trommelfell ins Mittelohr eingegeben. Dies führt zu einer kurzzeitigen „Lähmung“ des Gleichgewichtsnervs. Die Wirkung hält nur wenige Stunden an. Es findet dabei keine Schädigung des Innenohres statt. Über die Wirksamkeit gibt es leider keine gute Studienlage, der Effekt ist unklar.

#### • Intratympanale Kortisongabe

Hier wird ebenfalls durch das Trommelfell ins Mittelohr Kortison gegeben. Kortison dient zur Beruhigung von Entzündungsprozessen. Meist wird eine mehrfache Wiederholung notwendig. Das Innenohr wird dabei nicht beschädigt.

Laut Studienlage ist der Effekt bei dieser Gabe vergleichbar mit der Gabe von Gentamicin.

### • Gentamicin

Dies ist ein Antibiotikum mit toxischer Wirkung auf Gleichgewicht und Ohr. Da die Gefahr der Hörschädigung besteht, sollte diese Therapie erst bei Anfällen von mehr als zwei in der Woche angewendet werden.

Auch hier erfolgt die Gabe wieder durch das Trommelfell ins Mittelohr, von dort diffundiert sie in die Endolymphe. Gentamicin wird mittels Spritze und Kanüle verabreicht. Das Trommelfell wird dabei betäubt, der Patient liegt auf der Seite mit dem kranken Ohr nach oben in einem 45 Grad Winkel.

Es gibt zwei unterschiedliche Vorgehensweisen:

- Einmalige Injektion – Abwarten, falls kein Effekt, dann Wiederholung in drei Monaten
- Wiederholte Injektionen – Wiederholung am 8. Und 14. Tag – falls kein Effekt, zunächst Pause

In Studien wird ein Erfolg bis zu 80% ausgewiesen, dabei findet heute kein zwingender Hörverlust mehr statt (87% Hörerhalt).

### • Sakkotomie

Es erfolgt dabei eine Freilegung bzw. Schlitzung des Saccus Endolymphaticus um eine Druckentlastung zu erreichen.

In der Ein- und Zwei-Jahresbeobachtung (sowohl bei Freilegung als auch bei Schlitzung) konnte bei 75% der Patienten eine Reduktion der Schwindelhäufigkeit festgestellt werden.

Zur Durchführung des Eingriffs sind sehr gute anatomische Kenntnisse erforderlich. Die große Gefahr dabei ist die Lähmung des Gesichtsnervs.

### • Labyrinthektomie / Neurektomie

Beides sind operative Eingriffe. Es kann dabei:

- der Gleichgewichtsapparat entfernt
- der Gleichgewichtsnerv durchtrennt

werden.

Der Eingriff wird nur als „ultima ratio“ bei sehr heftigen und dauerhaften Schwindelbeschwerden empfohlen.

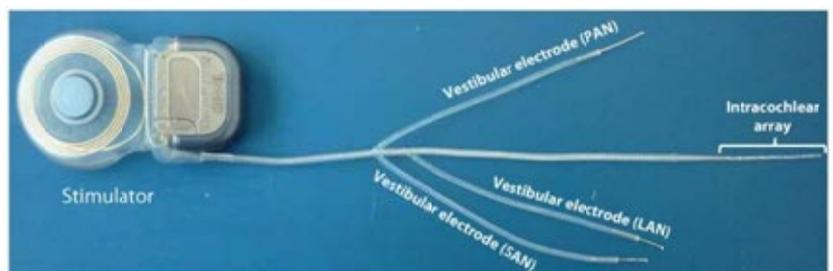
### • Etwas Zukunftsmusik

Auf Basis des Cochlea-Implantats wurde und wird ein Vestibularis Implantat entwickelt. Es steckt noch in den Kinderschuhen.

Es gibt je 1 Elektrode pro Bogengang mit denen der Gleichgewichtsnerv stimuliert wird.

Bisher gibt es erste Versuche bei beidseitigem Gleichgewichtsausfall.

## Zukunft: Vestibularis Implantat



Auf Basis des Cochlea Implantates

Je 1 Elektrode pro Bogengang

Stimulation des Gleichgewichtsnerv

Bisher erste Versuche bei beidseitigem Gleichgewichtsausfall

## Fragen und Antworten

Im Anschluss an den Vortrag konnten Fragen gestellt werden.

**Frage:** *Cortison-Spritze, kann die nur durch einen HNO-Arzt in einer normalen Praxis gespritzt werden oder muss man dazu extra in eine Fachklinik gehen?*

**Antwort:** Normalerweise müsste das jeder niedergelassene HNO-Arzt können, ob er es denn macht, ist eine andere Sache, aber in der HNO-Klinik wird es auf jeden Fall gemacht. Es kann dabei eben Schwindel auftreten, deshalb macht man es in einer Praxis nicht gerne, um zu vermeiden, dass da etwas passiert.

**Frage:** *Sie betrifft das Betahistin: Wir haben in der Kölner Selbsthilfegruppe schon Fälle, die allergische Probleme haben und die nicht wissen, dass man z.B. Cetirizin und Betahistin gar nicht zusammen nehmen kann. Es gibt eine Reihe Patienten, die sich wundern, dass weder das eine noch das andere wirkt. Und nicht jeder Arzt weist darauf hin.*

**Antwort:** Das ist richtig, weil die einen ähnlichen Wirkmechanismus haben. Die wirken beide auf die Haarrezeptoren und deswegen funktioniert es nicht. Sie haben recht, da denken manche Ärzte gar nicht daran, zumal Sie vielleicht das Cetirizin auch vom Hausarzt oder vom Dermatologen kriegen und das andere vom HNO-Arzt. Also ja da muss man darauf hinweisen. Wichtiger Hinweis.

**Frage:** *zum Hydrops. Sie sagen das korreliert mit der Dauer? In meiner Vorstellung war bisher, dass der Hydrops weg ist nach dem Unfall. Denn wenn etwas gerissen ist, dann kann auch nichts im MRT festgestellt werden oder sehe ich das falsch?*

**Antwort:** Ja, das sehen sie falsch. Also dieser Blähzustand, der bleibt. Es herrscht

zwar dann nicht so ein Druck im System, dass das einreißt, aber der aufgeblähte Zustand der bleibt. Das funktioniert ähnlich wie bei einem Luftballon: wenn man ihn aufpustet und er bleibt lange aufgeblasen und dann lässt man die Luft raus, erhält er ja auch nicht mehr seine alte Spannung zurück. So ähnlich kann man sich das vorstellen und man sieht es auch wirklich im MRT.

**Frage:** *Kann ich durch Essen und Trinken Anfällen vorbeugen? Was ist z.B. mit Alkohol? Und ich habe irgendwo gelesen, das Tragen von Gleitsichtlensebrillen kann zu Anfällen führen.*

**Antwort:** Als Schwindelbetroffener ist es oftmals sehr ungünstig, eine Gleitsichtbrille zu tragen. Warum sage ich das. Weil, wenn Sie nicht genau schauen und z.B. Treppen steigen, dann kann es sein, dass Sie die Stufen mit der falschen Vergrößerung anschauen und dann erscheinen die Stufen häufig rund statt normal. Das Auge meldet jetzt zum Kopf die Stufe ist rund und der denkt, ich muss jetzt weiter runtertreten, dabei hört die schon viel früher auf. Da stimmt die Rückmeldung nicht, was der Fuß spürt und was das Auge sieht, sind zwei verschiedene Dinge. Und wenn Sie das dann die ganze Zeit so machen, kann es sehr wohl sein, dass da ihr ganzes Gleichgewichtssystem ins Wanken gerät.

**Frage:** *Ich trage selber eine Gleitsichtbrille schon vor dem Menière. Und ich habe diese Erfahrung, die Sie gerade beschrieben haben, noch nicht gemacht.*

**Antwort:** Dann ist sie auch gut eingestellt. Aber es kommt immer darauf an. Wenn Sie natürlich mit der richtigen Stärke schauen, dann passiert überhaupt nichts. Und Sie waren schon vorher das Tragen der Gleitsichtbrille gewohnt. Wenn man jedoch nachträglich eine bekommt,

dann kommt es darauf an, wo der Optiker die Grenzen gesetzt hat und ob und wie schnell man sich daran gewöhnt. Wichtig ist auch, ob man es schafft in den meisten Fällen mit der richtigen Stärke zu schauen. Probleme können auftreten, müssen aber nicht.

**Frage:** *Ist denn bekannt, ob das Betahistin nur auf die Haarzellen im Gleichgewichtsorgan wirkt oder ob es auch in der Cochlea wirkt?*

**Antwort:** Nein, das Betahistin wirkt nicht auf die Haarzelle, sondern auf die H-Rezeptoren, nur das große H. Und die Rezeptoren befinden sich oben im Kopf. Das Betahistin wirkt somit gar nicht direkt im Innenohr, sondern wirklich erst zentral. Da dämpft es einfach: Es kommen Informationen von dem Gleichgewichtsorgan über die Nerven ans Hirn. Da die Informationen nicht stimmen, geht alles durcheinander. Durch die Dämpfung wird diese Information einfach unterdrückt. Da die Antiallergika genau so wirken, auf die ähnlichen Rezeptoren, kommt es da zu einer Störung.

**Frage:** *Kann ich durch Essen und Trinken etwas ändern?*

**Antwort:** Zur Ernährung gibt es unterschiedliche Meinungen.

Natürlich wenn Sie Alkohol trinken, kommt es, auch beim gesunden Menschen, zu Gleichgewichtsstörungen. Also würde ich Alkohol nicht unbedingt empfehlen, wenn Sie Menière-Betroffen sind.

Es gibt auch Stimmen die sagen, dass es zu Problemen führt, wenn man sich histaminreich ernährt. Dies ist aber nicht allgemein zu beantworten. Bei Patienten mit Histaminintoleranz kann dies der Fall sein.

Eben solche Meinungen gibt es zur Ernährung mit Kochsalz. Aber auch hier gibt es keine eindeutigen Nachweise, dass es so ist.

**Frage:** *Ich würde gerne wissen, wie sich eine Labyrinthektomie auswirkt.*

**Antwort:** Wenn man eine Seite wegnimmt, kommt es im Kopf erst mal zu einem Durcheinander, da er Informationen von beiden Seiten erwartet. Dabei kann es Ihnen erst mal richtig schlecht gehen, mit heftigem Schwindel. Das kann ein paar Tage bis eine Woche andauern. Mit intensivem Gleichgewichtstraining lässt sich das jedoch in den Griff bekommen. Wenn der Kopf gelernt hat, dass nur noch Informationen von einer Seite kommen, dann kommt er auch damit zurecht und der Schwindel hört auf.

**Frage:** *Und wenn man beide entfernt?*

**Antwort:** Dann wird es ganz schwierig, dann haben Sie Probleme in der Dunkelheit z.B., denn Sie brauchen dann unbedingt ihre Augen, um das Gleichgewicht zu halten und wenn es dunkel ist, können Sie sich auf ihre Augen auch nicht mehr verlassen. Aber auch das kann man lernen. Denken Sie daran, dass es Menschen gibt, die so geboren wurden. Man sieht die dann manchmal so ganz breitbeinig laufen, um das Gleichgewicht halten zu können. Schön ist es nicht, aber man kann lernen, damit zu leben. Das geht. Man muss nur üben und üben!

**Einwurf:** Also Taschenlampe immer dabei haben?

**Antwort:** Genau - immer Taschenlampe mit dabei und auch im Schlafzimmer so ein kleines Lichtchen haben.

## Ganz schön aus dem Lot – das ist ein Mensch mit Schwindelerkrankung

### Barbara Kieslich-Hoffmann, Psychologische Psychotherapeutin app. Bad Berleburg, Helios- Klinik



#### *Sehen Sie Chancen, wieder befreit und sicher zur Lebendigkeit zu erwachen und Lebensbalance wiederzufinden?*

In der Rehabilitation hören wir täglich Krankheitsgeschichten. Krankheitsgeschichten sind Leidensgeschichten und Leidensgeschichten sind Teile von Lebensgeschichten. Speziell in unserer Abteilung hören wir Lebensgeschichten von Menschen mit Morbus Menière und/oder einer anderen Schwindelerkrankung.

Von daher ist es angezeigt, aus fachlicher Sicht das Erleben der Menschen, die von Schwindel und/oder Schwindelanfällen betroffen sind, zu artikulieren und anderen Menschen, ihrer Umwelt und einem weiteren Publikum näherzubringen. Menschen in einer akuten Symptomatik sind selten in der Lage, sich zu erklären und anderen Menschen ihr Befinden zu vermitteln. Die meisten können erst viel später darüber sprechen. Es geht hier um das Vermitteln von Verständnis, Erläuterung und Darstellung aus psychologischer Perspektive.

Menschen, die von Schwindel betroffen sind, müssen zumindest vorübergehend – unfreiwillig – ihre Lebensführung ändern. Häufig zwingt sie die Krankheit dazu.

Ein doppelter Aufschrei ist in diesen Menschen. Sie sind zutiefst betroffen von einer Verunsicherung, von Angst, von einem Körpertrauma und dann von einer Wut und einem Aufbegehren dagegen, vielleicht von einer darauf folgenden Resignation, die sich als Depression und/oder eine länger anhaltende Angststö-

Aus der Spur geraten, aus der Kurve getrieben, den Boden verloren, aus dem Gleichgewicht geraten. So fühlt sich ein Mensch, der eine Schwindelattacke hinter sich hat. Das Körperhaus ist in eine Schiefelage geraten, absturzgefährdet, einsturzgefährdet, hat einen Einbruch erlitten. Der Gang wird als kurvig empfunden, der Mensch hat Höhen und Tiefen mitgemacht und muss sich hart gegen den Wind stellen, den Nacken steif halten, die Ohren steifhalten, sich einigeln, zur Schutz- und Trutzburg werden und wie verpanzert sein.

rung äußert. Je nach Stärke und Häufigkeit des Schwindels/der Schwindelanfälle ist die Lebensenergie vermindert.

„Mein Leben reduziert sich“, „ich fühle mich wie tot“ oder „ich bin im ganzen Körper hoch angespannt, als ob ich unter Starkstrom stünde“, „ich bin nicht mehr der/die, die ich mal war“, „in mir ist etwas kaputtgegangen“, „nichts geht mehr wie gewohnt“, „ich bin aus allen Wolken gefallen“, „ich habe meine persönliche Talsohle erreicht“, „wie soll es bloß weitergehen?“ Dies sind häufige Mitteilungen im Gespräch.

Ein erlebter Schwindelanfall wird zunächst als lästig bis sehr erschreckend empfunden. Spätestens wenn er sich wiederholt, löst er ein Gefühl grundlegender Not aus, die unsere Vorstellung von Normalität und Geborgenheit zerstört. Im Verlauf wiederholter Anfälle, aber auch anderer Schwindelereignisse, werden die Belastungen vielfältig und verlangen – häufig sehr plötzlich, manchmal auch langsam und schleichend – von den Betroffenen ein breites Spektrum an Bewältigungsfertigkeiten. Dabei ist aber selten jemand darauf vorbereitet, sodass das seelische Rüstzeug zur Krankheitsbewältigung meist nicht ausreichend vorhanden ist.

Oft entsteht ein Teufelskreis der seelischen und körperlichen Labilisierung, der die weitere Verarbeitung zusätzlich behindert. Der Körper ist angegriffen und geschwächt, Ohnmacht und Hilflosigkeit verstärken sich. Eine betroffene Patientin fragte sich z. B., wo sie zuerst anfangen solle, eine innere und äußere Ordnung wiederzufinden – ob sie mehr Bewegungsübungen für sich machen und sportliche Aktivitäten oder Entspannungsübungen und/oder andere stützende Maßnahmen ergreifen solle.

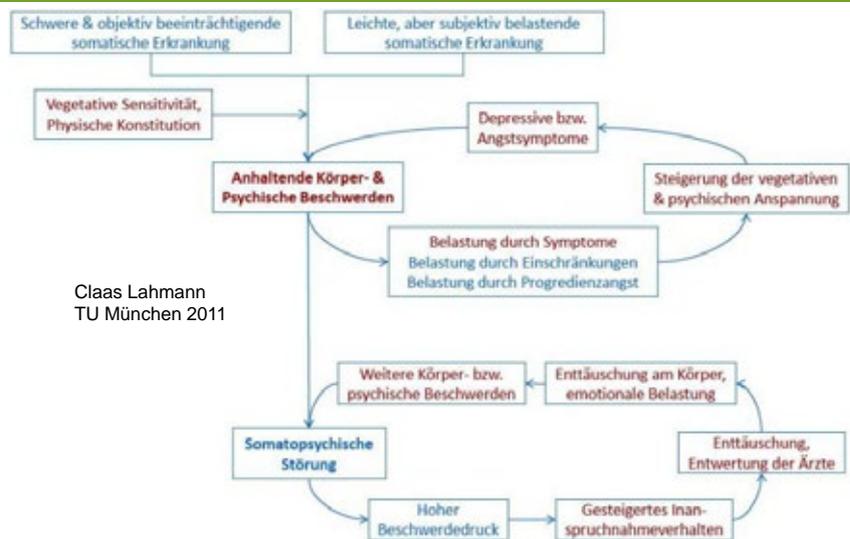
In der Medizin und der Psychologie wird von Krankheits-Coping-Strategien gesprochen. Kurze psycho-educative Interventionen, sprich Schulungen zur Symptomatik/Erkrankung, oder kurzfristige Beratungen sollen angeboten werden. Die tatsächliche Bewältigung der Schwindelerkrankung bleibt jedoch meist den Betroffenen alleine überlassen.

In der Rehabilitation bieten wir eine Aufklärung und einen Austausch mit anderen Betroffenen an, sodass sich eine „neue Normalität“ einstellen kann.

Im Rehakonzept wird von Counseling gesprochen.

Ein wiederkehrendes Anfallsleiden wird als chronische Erkrankung eingeordnet. Einzelne Aspekte einer chronischen Erkrankung können äußerst bedrückend sein und es ist schon sehr aufwendig sich dagegenzustemmen. Viele Patienten haben bis dahin einen hohen Leistungsanspruch an sich, vielfältige Arbeitsverpflichtungen oder streben von sich aus eine Optimierung ihres Gesundheitsverhaltens an. Die Wellness-Kultur ist Ausdruck der Vorstellungsnorm von einer idealen Leib-Seele-Verfassung.

## Ganz schön aus dem Lot – Lebensbalance wiederfinden



Dem gegenüber stehen einerseits häufig auftretende sog. „Burn-out-Krankheiten“, die mit einem Exzess, einem Zuviel an Leistung und (Selbst-)Anforderung verbunden sind, und auf der anderen Seite Belastungen durch Kündigungswellen, vorzeitige Altersabschiebung, Arbeitslosigkeit und Armut (Mangel). In diesem Kontext erleben viele Betroffene ihre Erkrankung als beschämend, als persönliches Versagen, und empfinden die Krankheit als Scheitern. Krankheit hat den Charakter eines körperlichen und seelischen Störfalls, der mit allen Mitteln zu beheben ist.

Hilfreich können Einstellungsveränderungen sein. Diese werden fast regelmäßig mit Patienten auch diskutiert. So könnte eine Schwindelerkrankung auch „als Ansporn gesehen werden, all die Dinge zu ändern, die Sie schon immer mal ändern wollten“ (Ken Wilber bei Vera Kattermann 2009, „Chronische Erkrankung“)

### ***Körperliche Aspekte und der Zusammenhang mit psychischem Erleben***

Die körperlichen Geschehnisse bei einer Schwindelerkrankung werden im Zusammenhang mit einer Veränderung der lymphatischen Prozesse im Innenohr gesehen. Durch die Veränderung wird ein massiver Schwindelanfall ausgelöst.

Der Mensch wird angstüberflutet in der Intensität eines Körpertraumas und gerät zumindest vorübergehend in einen psychischen Ausnahmezustand. Er erlebt eine Ich-Erschütterung, wobei die emotionale und körperliche Empfindung für die Betroffenen je nach Selbstbewusstsein anderen schwer vermittelbar, das Elend kaum mitteilbar ist.

Der psychische Ausnahmezustand geht einher mit einem annähernd maximalen Erregungsniveau. Für die Verarbeitung dieses Erlebens ist relevant, wie lange

der Mensch in einem solchen „Hyperarousal“-Status verbleibt und wie schnell dieser hohe Erregungszustand wieder gesenkt werden kann. Einordnungen müssen gefunden werden, um das komplexe Geschehen erträglicher zu machen. Portionsweise werden die Belastungen therapeutisch bearbeitet und der Traumaknoten aufgelöst.

Häufig ist in der Vorgeschichte eine Ohnmachtssituation im bio-psycho-sozialen Kontext aufzufinden. Diese Ohnmachtssituation kann sich auf verschiedenen Ebenen ereignet haben.

Auf der biologisch-organischen Ebene berichtet der betroffene Mensch über eine körperliche Veränderung, die einen Einschnitt für ihn bedeuten kann, ein Leiden oder die Diagnose einer bedrohlichen oder chronischen Erkrankung, die tatsächlich oder mit „Verdacht auf“ ausgesprochen wurde. Das bedeutet für die meisten Menschen Stress.

Auf psychischer Ebene können sie eine Kränkung oder eine seelische Verletzung erlitten haben, die sie erschreckt hat.

Im sozialen Umfeld kann eine hochproblematische Arbeitssituation zu finden sein oder eine tiefe Enttäuschung im Familien- und/oder Freundeskreis, z. B. dass sich langjährige Freunde als aggressive Egoisten herausgestellt haben. Das löst heftige Gefühle aus und zieht Wut und Trauer nach sich.

Es kann aber auch eine finanzielle Notlage entstanden sein, z.B. durch Verlust des Arbeitsplatzes.

Diese Ohnmachtssituationen können sich zu ganz verschiedenen Zeitpunkten im Leben ereignet haben. Zu beobachten ist, dass Patienten bei der Anamnese-Erhebung und im Verlauf der Krankengeschichte meistens ein kleines oder großes erschreckendes Ereignis berichten, das verbunden ist mit einem inneren Entsetzen.

Das limbische System im Gehirn ist hoch aktiviert, die Amygdala „feuert“, was das Stammhirn unmittelbar aktiviert. Das Stammhirn wiederum ist reflexgesteuert. Von da aus gibt es Verbindungen zum viszeralem Zentrum (Magen-Darm-Trakt), das z. B. mit Übelkeit, Erbrechen und Durchfall mitreagiert.

Es wäre sehr eindimensional, ein Stressgeschehen nur vom Herz-Kreislauf-System her als ein Indiz für Erregung betrachten zu wollen. Genauso eindimensional erschien es, die dabei mitlaufende Erregung ausschließlich unter dem Blickwinkel der Muskulatur des überhohen Entspannungsgeschehens im sogenannten Bewegungsapparat als Anzeichen/Anzeiger für Spannung im Organismus anzusehen. Die Angstüberflutungen bei der Schwindelattacke, gekennzeichnet durch Veränderung der lymphatischen Prozesse im Innenohr, sind gleichzeitig mitlaufende organische und psychische Ereignisse.

Mediziner sind sich sicher, dass eine Überfülle der Endolymphe in den Bogenlängen, ein sogenannter endolymphatischer Hydrops, Auslöser für einen Schwindelanfall ist.

In der englischen Literatur wird die Menièrsche Erkrankung häufig synonym bezeichnet als endolymphatischer Hydrops, der durch den gesteigerten hydraulischen Druck des Innenohrs zustande kommt. Weiter wird die Menièrsche Erkrankung unterschieden vom Menièrschen Syndrom, das in Zusammenhang mit endokrinen Abnormalitäten, Traumata, elektrolytischer Imbalance, autoimmuner Dysfunktion, Medikamenten, Infektionen und Hyperlipidemie gebracht wird (Meniere Disease (Idiopathic endolymphatic hydrops), John C LI, MD; Chief Editor: Nicholas Lorenzo, 2016 Nov)

Nach Hesse und Schaaf sind Endolymphschwankungen im Innenohr mit schwankendem Tiefton-Hörverlust, Tinnitus im Tieftonbereich (Brummen) und

Druckgefühl im Ohr ein eigenständiges Krankheitsbild, das nicht (!! ) als Morbus Menière diagnostiziert wird.

Kommt aber zu diesen Symptomen ein heftiger Drehschwindel dazu, sind die Kriterien für einen Morbus Menière erfüllt. Laut H. Schaaf 2017 ist es inzwischen möglich, einen endolymphatischen Hydrops radiologisch darzustellen.

Ist das Innenohr, speziell das Gleichgewichtsorgan, zunächst erst einmal ein abgeschlossenes System, ist dennoch dem Lymphsystem im Kopf- und Halsbereich große Bedeutung beizumessen.

Patienten berichten fast regelmäßig von einem Druckgefühl im Ohr, in der Kopfseite, beschreiben eine wattige Fülle im ganzen Kopf und/oder am Hals und Hinterkopf.

### ***Das Lymphsystem des Innenohrs***

Das Gleichgewichtsorgan und das Hörorgan des Innenohrs haben ein gemeinsames Lymphsystem, über das die auf das Innenohr einwirkenden Reize zu den jeweiligen Sinneszellen geleitet werden.

Genauer: Das Flüssigkeitssystem des Innenohrs besteht aus hauchdünnen, eng aneinanderliegenden Schläuchen, die prall gefüllt sind mit Flüssigkeit: der Endo- und Perilymphe. Die Trennwand zwischen kaliumreicher Endolymphe und natriumreicher Perilymphe ist hauchdünn. Wenn sie reißt, erlebt der Mensch einen Schwindelanfall, so die gegenwärtige Lehre.

Veränderungen der Salzkonzentrationen haben Volumenveränderungen innerhalb der Lymphschläuche und damit Druckveränderungen zur Folge. Letztere werden von uns als Druck im Ohr wahrgenommen.

Druck im Ohr oder das Gefühl, das Ohr sei „verschlagen“, wie wenn man einen Berg hinunterfährt oder auch ein Wattergefühl im Ohr, aber auch ein Gefühl wie

Taubheit um das Ohr herum oder auch ein kurzfristiger Schmerz im Ohr oder hinter dem Ohr sind untrügliche Zeichen einer akuten Innenohrüberforderung. Es sind die Symptome, welche wir dann empfinden, wenn das Innenohr aufgrund seiner biologischen Überforderung ein Ödem, eine Schwellung entwickelt.

***Das Immunsystem dieses Menschen muss auf biochemischer und auf psychosozialer Ebene eine Stärkung erfahren im Sinne einer Fürsorge für den Körper und einer Fürsorge für die Seele.***

Neben dem Lymphdruck im Ohr kann eine Schwellung des Innenohrs auch ein Schwindelgefühl, Drehschwindel, Schwankschwindel und ein allgemeines Unsicherheitsgefühl auslösen.

Jeder Mensch hat auch noch ein allgemeines Lymphsystem.

### ***Das Lymphsystem***

wird als Herzstück der Immunabwehr bezeichnet.

Es setzt sich zusammen aus den Lymphgefäßen und den lymphatischen Geweben, die sich über den ganzen Körper erstrecken. Dazu gehören die Lymphknoten, die Thymusdrüse, die Milz und die Mandeln.

Das Lymphgefäßsystem ist ein Netzwerk feiner Gefäße, das eng mit dem Blutgefäßsystem zusammenarbeitet. Die Lymphgefäße führen aus dem Körpergewebe überschüssige Zellflüssigkeit, Fremdstoffe und Stoffwechselprozesse ab. Die Lymphozyten, die ständig im Körper zirkulieren, halten auf diese Weise den Abwehrmechanismus in Gang.

([www.gesundheit.de](http://www.gesundheit.de))

Das Lymphsystem ist unsere „Kläranlage“ im Körper.

Was passiert nun, wenn sie überfordert ist? Es kommt zu Lymphstaus, zu Überlastungen mit Schadstoffen im Gewebe. Der Körper wehrt sich mit entsprechenden Reaktionen. Entzündungen sind überschießende Immunreaktionen.

Stress verändert die Biochemie im Körper.

Veränderte biochemische Substanzen werden durch das Blutsystem transportiert. Es stellt sich die Frage, wie stabil die Psychoimmunität der davon betroffenen Menschen ist.

Nötig ist eine Komplettbetrachtung der einzelnen uns steuernden Systeme, um eine eingetretene „Ohnmachtssituation im Körper“ wieder zu normalisieren.

Welche Unterstützung braucht der Körper, welche Unterstützung braucht die Psyche, welche Unterstützung braucht dieser ganze Mensch dann, wenn verschiedene Systeme im Körper überlastet sind und sich nun mal alles gleichzeitig in diesem einzigen Körper abspielt?

### ***Die Psychoneuroimmunologie***

beschäftigt sich mit der Wechselwirkung der Psyche, des Nervensystems und des Immunsystems. In 1975 führten Ader und Cohen Experimente an Ratten durch, die rote Blutkörperchen von Schafen gespritzt bekamen, und stellten fest, dass das Immunsystem mit dem zentralen Nervensystem zusammenarbeitet und lernen kann. Unser Gehirn mit seinem Einfluss auf das Immunsystem stärkt oder schwächt die körpereigenen Abwehrkräfte. Stress bedeutet negative psychische Einflussfaktoren auf die Immunabwehr und kann so die Entstehung oder Verschlechterung von Krankheiten begünstigen, d. h. ein geschwächtes Immunsystem kann Krankheitserreger nicht mehr ausreichend beseitigen – „Open-Window-Phänomen“ genannt. Depressionen gehen laut einiger Studien mit Veränderungen der Immunfunktionen einher. Bei Patienten mit

## Lebensbalance wiederfinden



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

KIMM Frühjahrstagung 2017 B.Kieslich-Hoffmann Psych.Psychotherapeutin, Helios Reha-Kliniken Bad Berleburg

29.06.2017 5

Angststörungen wurden unterschiedliche Auswirkungen auf das Immunsystem nachgewiesen – so z. B. die Verringerung der Lymphozyten-Produktion. Das Immunsystem lässt sich aber gegenkonditionieren (Johann Caspar Rüegg: „Gehirn, Psyche und Körper“, 2011, 2014).

### ***Ganz schön aus dem Lot – Lebensbalance wiederfinden***

Bei Schwindelerkrankungen geht nichts mehr wie gewohnt. Jeder Betroffene wünscht sich sehnlichst die Wiederherstellung seines persönlichen Alltags bzw. er wird förmlich dazu gezwungen, einen neuen persönlichen Alltag herzustellen und zu gestalten unter dem Aspekt, die körperliche Erregung zu drosseln, übermäßige Sinnesreizung abzubauen und Bewegungssicherheit wiederaufzubauen.

Psychologisch-psychotherapeutisch gegenzukonditionieren heißt, positive psychische Einflussfaktoren auf die Immunabwehr aufzubauen.

### ***Raus aus dem Diktat der Krankheit***

Über das Schwere, das Körpertrauma, die Angst, den Schrecken, die Schockstarre, die körperliche Begrenzung, die Totalverunsicherung, Resignation und Depression wurde schon mehrfach gesprochen und geschrieben (KIMM 1/2008, Die Gewalt des Drehschwindels; KIMM 2/2011, Psychologische Aspekte, Erdbeben, Neuroplastizität, psychosomatische Ganzheitsbetrachtung; DTL 2013, Menière,

Dem Schwindel auf der Spur; 2016 Zusammenbruch, vestibulärer Dambruch, neue Gehversuche)

### ***Reha heißt Rüstzeit, um Kompetenzen zur Bewältigung aufzubauen***

Sich Kompetenzen anzueignen ist Arbeit. Das Gehirn „braucht Futter“ im Sinne positiver Beschäftigungsinhalte. Ein Leitgedanke dabei könnte sein: Ich möchte für mich etwas Schönes einsammeln, mich

wieder einmal mit etwas anderem beschäftigen als mit Erkrankung, Funktionseinbuße, Arztbesuchen und drohenden neuen Negativmechanismen einer somato-psychischen Erkrankung.

## „die Seele ernährt sich von dem, woran sie sich freut“ (Augustinus)

Claas Lahmann zeigt in seinem Schaubild (Technische Universität München 2011), ausgehend von einer leichteren Erkrankung mit entsprechender Beeinträchtigung und einer schweren Erkrankung, wie unterschiedliche Krankheitsverläufe sich entwickeln können und ein Chronifizierungsprozess sich etabliert.

Negative Gedanken-, Verhaltens- und Verschlimmerungsschleifen gilt es zu begrenzen oder wieder abzubauen im Sinne von Umbauen und Anpassen an eine neue Realität, z. B. eine veränderte Höhrwahrnehmung.

Dazu gehört eine sach- und fachgerechte Information, eine Ausstattung mit Hilfsmitteln bei Bedarf, sportliche Aktivitäten und Aufbau von Entspannungsfähigkeit.

Krankheitsbegrenzung kann geschehen über das Einsammeln von Schönerm. Dazu muss man selbst mit sich den Zeitpunkt vereinbaren: jetzt, in einem Monat, in einem halben Jahr, in einem Jahr, in 3 Jahren ...

Man muss sich selbst die Frage stellen: Was verschafft mir Ruhe?

Was verschafft mir Glück? Es kann sehr hilfreich sein, eine emotional bedeutsame Handlung auszuwählen und auszuführen, eine Vereinbarung zu treffen, eine Aktion zu planen – kein hirnloser, ungerichteter Aktivismus, sondern eine gezielt gerichtete Aktion.

Welche kleine Unternehmung (oder vielleicht sogar die Planung einer Reise) könnte Sie froh stimmen?

### **Kleiner Exkurs zum Thema Glück**

In einem neurowissenschaftlichen Forscherteam untersucht Tobias Esch, wie sich gesundheitsförderliches Verhalten auf neurobiologischer Ebene erklären und positiv beeinflussen lässt. (T. Esch, Die Neurobiologie des Glücks, Wie die Positive Psychologie die Medizin verändert, 2014)

Bei ihm ist zu lesen:

„Glück – neurobiologisch gesehen.

Glück entsteht, einfach gesagt, im Gehirn. Ein körpereigenes Belohnungssystem, das Glücksbotenstoffe wie Dopamin, Serotonin und endogene Opiode und Opiate ausschüttet, sorgt für die begehrte wohlige Empfindung.“

Wir können die Ausschüttung von Glücksbotenstoffen aktiv fördern:

„Die Botenstoffe lassen dann beispielsweise unser Angstzentrum, die Amygdala, im Hirn schrumpfen oder regen den Hippocampus, der für unser Stressempfinden zuständig ist, zum Wachsen an. Um Glück zu empfinden, müssen wir unser Belohnungssystem ankurbeln. Wie geht das?

Zum Teil sind es nur ganz kleine Übungen oder Veränderungen von Alltagsgewohnheiten, die die Produktion der Glückshormone fördern.

Die Reflexion unserer inneren Überzeugungen kann hilfreich sein,

wenn sie positiv sind beziehungsweise neu zum Positiven ausgerichtet werden wie z. B. Optimismus. Positive Gefühle wie Dankbarkeit und Begeisterung können Untersuchungen zufolge die Resistenz gegen Krankheitserreger verstärken.

Aber was stimmt, stimmt. Negative Gedankenketten kann jemand nur dann stoppen, wenn sie/er seine Aufmerksamkeit auf etwas anderes, auf neutrale oder positive Dinge richtet.

Weitere gesundheitsförderliche Aspekte sind der Selbstwert, den man sich zuschreibt, und die Selbstwirksamkeit, d. h. für sich selbst etwas auszurichten und nicht eine Opferrolle einzunehmen.“

Tragende soziale Bindungen, in denen ein Mensch Achtung, Verständnis und Unterstützung erfährt, erhöhen die Immunität in Belastungssituationen.

Durchführung. Minimale Bewegungsübungen sind hilfreich als Bewegungsaktion oder Bewegungsentspannung.

Dies bietet uns die Technik des medizinischen Qigongs: Ruhe in Bewegung, Bewegung in Ruhe. Wir sagen auch „den Ball flach halten“, wenn wir meinen, „die Latte nicht zu hoch zu hängen“, um den ersten Schritt zu setzen, da „eine Reise



### ***Gesundheit und Wohlbefinden sind die sehnlichsten Wünsche in der Menschheitsgeschichte***

Die Lebenskraft zu vermehren will geübt sein. (Gisela Hildenbrand, 1996; Jiao Guorui, Qigong Yangsheng, 1996, 2011)

Körperlich in Bewegung zu kommen ist angesichts der Angst eines wiederkehrenden Schwindels in Bewegung oder bei Bewegung ein schwieriges Unterfangen. Je kleiner die Bewegungsaktion ist, desto eher hat sie Aussicht auf eine erfolgreiche

von 1.000 Meilen“ (Luise Reddemann) auch schon mit dem ersten Schritt beginnt. Das Kind, das am Anfang seines Lebens laufen lernt, beginnt auch mit Bewegungen, zunächst mit ungerichteten Bewegungen und dann mit gerichteten Bewegungen, gezielt, bis es in der Lage ist, sich selbstständig zu bewegen und das große Glück in der Bewegung zu spüren.

Das kleine Glück in der kleinen Bewegung spüren. Qigong-Übungen sind nicht unbedingt abhängig davon, die eigene

Weltanschauung wechseln zu müssen. Der Gewinn ist die Erweiterung und Bereicherung. Auch wird keiner so schnell zum Buddhisten, wenn er eine Achtsamkeitsübung durchführt, oder zum Hindi, wenn er Yoga lernt.

Beim Qigong geht es um die stille, neue Verwurzelung, die Wiederaufrichtung und die gefühlte obere Leichtigkeit.

Erinnern Sie sich an fünf schöne Erlebnisse in Ihrem Leben!

Geben Sie sich die Gelegenheit, dass das eigene Innere Raum finden und sich dort aufhalten kann.

Die grundsätzliche Reflektion nach dem eigenen Stand wirft die Frage auf: Auch welchen Pfeilern steht mein Körperhaus, auf welchen Pfeilern steht mein Lebenshaus, wenn der Schwindel kreist und quillt und drückt, wenn der Tinnitus tobt, rauscht und piept, die Geräuschempfindlichkeit quält, die Hörminderung das Hörverstehen schwer macht, die Lust an Kommunikation dämpft, wenn der Schmerz hämmert und pocht?

Woher die Kraft nehmen, um dies zu bestehen? Nehmen Sie sich die Zeit zu überlegen, was Ihnen jetzt dabei hilft, was Ihnen schon geholfen hat und was Ihnen in Zukunft helfen könnte. Benennen Sie eigene Fähigkeiten, die Sie schon eingesetzt haben!

Was ist Ihre besondere Kraft, worauf sind Sie stolz?

Wenn in zunehmendem Alter natürlicherweise die körperlichen Kräfte schwinden und die somatische Komorbidität steigt, was könnte dann hilfreich sein? Was planen Sie und was bringt Sie auf die goldene Spur?

Nehmen Sie sich Zeit, sich selbst zu fragen:

Was steckt in mir? Welche Blüte? Welche Perle in welcher Muschel? Welcher Edelstein in welcher Druse? Was bringt mich wieder ins Lot?

Die Rose von Jericho, eine Wüstenblume, gilt als Symbol für die Kraft des Lebens, dafür, dass aus dem Unscheinbaren, fast verdorrt und kaputt Wirkender wieder Leben und Blüte entstehen kann.

### Lebensbalance wiederfinden



***Bei der Vorbereitung fiel mir auf, dass wir dieses Jahr 30 Jahre lang Rehabilitation für Hörstörungen, Tinnitus und Schwindel anbieten.***

1986 startete ein Pilotprojekt des Bundesministeriums in Bonn mit der Diakonischen Werk in Rendsburg zur Integration Schwerhöriger im Berufsleben. Die anderen Symptombereiche schloss sich unmittelbar an. 1987 war dann die erste Abteilung mit dem ersten Kollegenteam errichtet. Seither befinden wir uns in einer beständigen Metamorphose.

Barbara Kieslich-Hoffmann

# Tagungs-Impressionen ...



# Die Otonomy-Studie

## Bericht zum Vortrag von Frau Dr. Ernst

von der Firma Otonomy auf der KIMM-Tagung 01/2017

in Bad Berleburg (DA/KB)



telohr injiziert. Bei der Injektion muss der Patient auf der Seite liegen, damit nicht die gesamte injizierte Flüssigkeit wieder durch die Eustachische Röhre herausläuft. Bisher wird davon ausgegangen, dass nur 10% der Flüssigkeit auch das Ziel erreicht.

Otonomy hat sich nun eine Träger-substanz patentieren lassen: Poloxamer. Schon eine sehr geringe Dosis (0,2 ml) ist wirksam. Sie wird mit einer Insulinspritze aufgezogen und injiziert. Die Injektion erfolgt wie vorher auch durch das Trommelfell ins Mittelohr. Da sich das Steroid auf der Trägersubstanz befindet, kann es nicht mehr herauslaufen. Darüber hinaus fällt das Druck- bzw. Völlegefühl weg, das bei einer herkömmlichen Injektion im Ohr entsteht. Das Gel bleibt etwa drei Wochen fixiert, löst sich dann auf und wird durch die Eustachische Röhre abtransportiert. Diese geringe Dosis über drei Wochen reicht aus, um das gleiche Ergebnis zu erzielen wie bisher mit den wesentlich höheren Dosen nach herkömmlicher Injektionsart.

### ***Die Firma Otonomy***

Otonomy ist eine relativ neue amerikanische Firma, die 2008 von einem jungen Mann, der an Morbus Menière leidet, gegründet wurde. Nachdem alle Therapien bei ihm mehr oder weniger nicht anschlugen, gründete er in San Diego die Firma Otonomy, die sich ausschließlich auf den Bereich HNO-Erkrankungen spezialisiert hat. Bis jetzt befindet sich das Medikament „Otiprio“ für Kinder mit Mittelohrentzündung auf dem Markt.

### ***Das Medikament für Morbus-Menièrre-Betroffene***

Otonomy hat sich der Weiterentwicklung des Einsatzes von Steroiden verschrieben. Diese haben zwar ihre Wirksamkeit schon bewiesen, aber man kann ihre Effizienz noch erhöhen. Bisher wird ein Medikament durch das Trommelfell ins Mit-

### ***Die Studie***

Bisher wurden erfolgreiche Studien an Schafen ausgeführt. Nun muss das Medikament jedoch am Menschen getestet werden. Die Phase-I- und Phase-II-Studien sind abgeschlossen und es beginnt jetzt die Phase-III-Studie. Die Phase-III wird an Menschen durchgeführt.

Sie wird ausgeführt als „prospektive, randomisierte, doppelblinde, placebo-kontrollierte, multizentrische Studie zur Erfassung der Effektivität und Sicherheit von OTO 104 nach einer ein-

zelenen intratympanischen Injektion bei Patienten mit unilateralem, also einseitigem Morbus Menière“. Die Studie wird mit einer soliden Methodologie, wie sie von FDA und EMA gefordert wird, auf höchstem wissenschaftlichen Niveau durchgeführt. Frau Dr. Ernst ist für den europäischen Teil mit 68 Prüfzentren in Belgien, Frankreich, England, Polen, Italien und Deutschland verantwortlich.

### **Was soll wie erfasst werden?**

Primäres Ziel ist die Anzahl definitiver Schwindeltage. Das kürzen die Amerikaner mit „DWD“ (definitive worky good days) ab.

Ab der Kalenderwoche 12, also in der 12. Woche nach Injektion wird beobachtet und ganz besonders wird dann das Intervall zwischen der Woche 9 und 12 beobachtet.

Die Patienten haben folgende Aufgabe: Vom Anfang bis zum Ende der Studie müssen sie jeden Tag ein Telefontagebuch ausfüllen, d. h. sie werden gebeten, jeden Abend 1x kurz bei einer kostenlosen Nummer anzurufen. Dort werden ihnen zwei Fragen gestellt: „Hatten Sie heute Schwindel und wie schwerwiegend war er? Hat er Ihr tägliches Wohlbefinden eingeschränkt?“ Dann gibt es einen Schwindel-Score, bei dem man den Grad der Einschränkung der normalen täglichen Aktivitäten angeben kann. Und das war es dann schon.

Alle Patienten werden bei jeder Visite (es sind insgesamt 5 Visiten) untersucht.

Jedes Mal werden eine audiometrische Untersuchung und eine Tympanometrie vorgenommen. Es wird ebenso jedes Mal eine Otoskopie durchgeführt, um zu sehen, ob es lokale Unverträglichkeiten gibt und ob das Trommelfell intakt ist. Außerdem werden Laborwerte erhoben, Vital-

werte wie Blutdruck, Puls, Temperatur, Atemfrequenz usw.

Es werden verschiedene Fragebogenaktionen durchgeführt, auf denen die FDA, das ist die amerikanische Oberbehörde, besteht. Grund dafür ist bei Steroiden eine Publikation, die einen Zusammenhang zwischen der Applikation von Steroiden und der Selbstmordrate hergestellt hat. Seitdem müssen bei sämtlichen Studien, die in irgendeiner Weise Steroide applizieren, Suizidalfragebögen ausgefüllt werden. Verrückt, aber nicht zu ändern. Bei der Dosis, die hier appliziert wird, lokal über 3 Wochen ins Innenohr abgegeben, kann man sich nicht vorstellen, wie das pharmakologisch möglich sein soll, hiermit Selbstmord zu begehen, aber man weiß es eben nicht.

Die Kriterien, nach denen wir die Teilnehmer an der Studie auswählen, sind wie folgt:

\*Alle Teilnehmer sind männlich/weiblich zwischen 18 und 85 Jahren.

\*Sie müssen einen nach den AAO-HNS-Kriterien gesicherten einseitigen Morbus Menière haben.

\*Sie sollten während der letzten beiden Monate vor Einschluss in die Studie Schwindelanfälle gehabt haben. (Das ist ein großes Problem, weil Morbus Menière so unberechenbar ist und Patienten nicht regelmäßig Anfälle haben. Es macht aber wenig Sinn, Patienten mit in die Studie einzubeziehen, die gerade nicht an Anfällen leiden.)

\*Es muss ein asymmetrischer Hörverlust dokumentiert sein.

\*Weibliche Patienten im gebärfähigen Alter müssen einer Verhütungsmethode zustimmen, denn aus formaljuristischen Gründen dürfen keine schwangeren Frauen an einer klinischen Studie teilnehmen.

\*Ausschlusskriterien sind alle Infektionen der Ohren, der Nebenhöhlen

und oberen Atemwege zum Zeitpunkt der Randomisierung, wenn die Injektion gegeben werden soll. Schwangerschaften/Stillperioden ebenfalls, wie eben schon erwähnt.

\*Alle Patienten, die vorher eine endolymphatische Sack-Chirurgie hatten, kommen nicht infrage. Patienten, die mit Gentamycin behandelt worden sind, dürfen ebenfalls nicht an der Studie teilnehmen. Patienten, die während des letzten Monats vor Beginn der Studie mit Steroiden therapiert worden sind, müssen einen Monat warten.

\*Patienten mit Migräneschwindel werden ebenfalls ausgeschlossen, da es schwierig ist, eine Differenzierung herzustellen. Patienten mit schweren Systemerkrankungen sind gleichfalls problematisch, weil das die Ergebnisse verfälscht.

\*Patienten mit Drop Attacks dürfen nicht teilnehmen.

\*Patienten, die an anderen Studien teilnehmen, dürfen formal nicht gleichzeitig an einer zweiten Studie teilnehmen.

### Wie ist das allgemeine Prozedere?

Es gibt 5 Visiten:

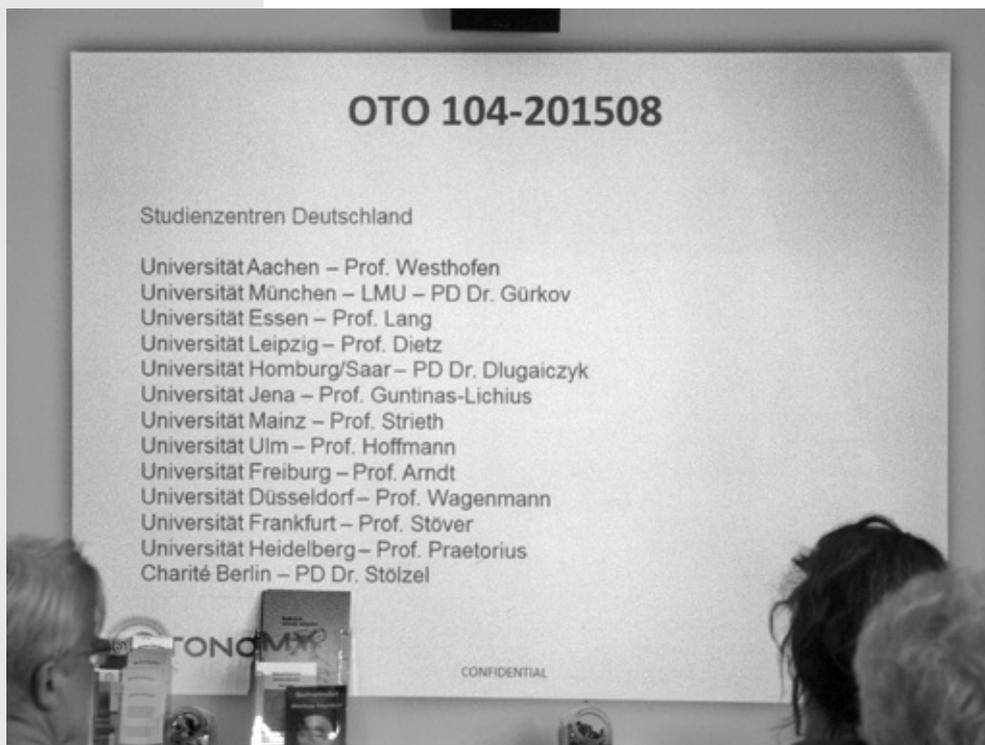
\*Die erste ist die Vorstellung der Studie und man guckt, ob der Patient die Einschlusskriterien erfüllt. Also: Hat der Patient tatsächlich einseitigen Menière, hat er Schwindelanfälle in der letzten Zeit gehabt, fällt er unter keine der Ausschlusskriterien und ist er einverstanden, dann kann er in die Studie eingeschlossen werden. Dann gibt es folgende Voruntersuchungen: Blutabnahme, Audiometrie/Tympanometrie, Otoskopie und den auszufüllenden Fragebogen.

\*Danach kommen die Patienten in die sogenannte „Lead-in-Phase“. Über die nächsten 28 Tage wird einfach nur ein Tagebuch über das Schwindelverhalten ohne jegliche Therapie ausgefüllt, damit man dokumentieren kann: Wie war die ursprüngliche Schwindelsituation? Wie sieht die Nachtherapie aus? Usw.

\*Nach diesen 28 Tagen kommt dann Visite 2. Dort werden alle Untersuchungen aus Visite 1 noch einmal vorgenommen und das Medikament einmalig gegeben.

\*Visite 3 findet nach weiteren 4 Wochen, Visite 4 nach 8 Wochen und Visite 5 nach 12 Wochen statt, immer jeweils mit den gleichen Untersuchungen. Nach Visite 5 ist dann Schluss.

Wenn die teilnehmenden Patienten zuverlässig ihr Tagebuch geführt haben, dürfen sie an der Open-Label-Extension-Studie teilnehmen. Die Studie ist placebokontrolliert, d. h. es werden in zufälliger Folge auch Placebos verabreicht. Der Patient weiß also nicht, ob er das Medikament oder ein Placebo bekommt. Diese Tatsache hält viele Patienten davon ab, an der Studie teilzunehmen.



Natürlich wollen alle ein neues Medikament, das am Ende mit einer einmaligen Gabe tatsächlich Schwindelanfälle reduziert, sodass man 3-6 Monate oder sogar noch länger Ruhe hat. Otonomy will mit dieser Studie nachprüfen und belegen, dass man mit der intratympanischen Injektion wirklich mit einer ganz geringen Dosis über einen längeren Zeitraum den Schwindel günstig beeinflussen kann.

### **Warum möchten Patienten nicht teilnehmen?**

Manche Patienten sagen: Ich habe aber jetzt Schwindel, ich möchte nicht 28 Tage warten. Oder sie wollen gern an der Studie teilnehmen, aber sofort das Serum bekommen und nicht erst für 4 Wochen ein Placebo nehmen. Das ist verständlich. Dazu kann man nur sagen: Den Placebo-Einsatz gibt es in allen Studien. Egal welche Studie Sie nehmen: gynäkologische, onkologische oder internistische, der Placebo-Einsatz ist bis zu 40%. Aber auch bei den Patienten, die ein Placebo bekommen, kann man einen positiven Effekt beobachten. Das ist eine Tatsache und sicherlich auch besser, als überhaupt nicht an der Studie teilzunehmen, denn letztendlich bekommen alle Probanden nach dem Abschluss der Studie das Serum im Gegensatz zu denen, die nicht an der Studie teilnehmen (da das Medikament ja noch nicht zugelassen ist).

Wir wünschen uns in Deutschland mehr Patienten. Es ist schwierig, aufgrund der Lead-in-Phase am Anfang der Studie diese Patienten zu finden. Die Patienten dürfen alle Medikamente, die sie vor der Teilnahme an der Studie nehmen, auch während der Studie weiternehmen, sie müssen diese nicht absetzen. Die Patienten, die während der Studie akut unter Schwindel leiden und denen es so schlecht geht, dass sie sofort therapiert werden müssen, können auf jeden Fall therapiert werden. Auch wenn die Schwindelanfälle nicht besser werden, sagen wir

1-2x pro Woche auftreten, oder abklingen, gefährdet das die Teilnahme an der Studie nicht.

### **Fragen an Frau Dr. Ernst**

Im Anschluss an den Vortrag konnten noch Fragen an Frau Dr. Ernst gestellt werden.

#### **Wer sichert die Diagnose?**

Eine HNO-Diagnose reicht. Diese wird aber evtl. bei der Visite im Studienzentrum überprüft.

#### **Wie wird überprüft, ob der Schwindel ein Innenohrschwindel ist und nicht ein Lagerungsschwindel oder ein psychogener Schwindel?**

Es wird lediglich gefragt, ob Schwindel aufgetreten ist und wie lange er angehalten hat. Eine weitere Differenzierung findet nicht statt.

#### **Nachfrage: Ist das nicht ein K.O.-Kriterium für die Studie insgesamt?**

Es werden aufgrund der Diagnosestellung durch Ärzte nur wirklich MM-Betroffene in die Studie aufgenommen.

Die Studie macht dann aber im weiteren Verlauf in der Wertung, ob das Serum wirkt, keinen Unterschied, ob es sich um „echte MM-Anfälle“ handelt oder nicht.

Das Ziel der Studie soll also lediglich sein, bei MM-Betroffenen zu prüfen, ob es insgesamt zu einer Abnahme von Schwindel (welcher Art auch immer) kommt.

#### **Wie lange ist der Nachuntersuchungszeitraum?**

Eine Nachuntersuchungszeit wird zu einem späteren Zeitpunkt bestimmt.

#### **Ziel der Studie:**

Die Zulassung erreichen und die Wirksamkeit des Medikaments innerhalb der 12 Wochen, die die Studie dauert, belegen.



## Workshop „Selbsthilfe erleben und mitgestalten“ (CE)

Referentin: Christiane Heider

Dieses Workshop-Thema zog vor allem Teilnehmer an, die sich in ihrer Wohngegend eine Selbsthilfegruppe (SHG) für Morbus-Menièr-Patienten wünschen würden und solche, die bereits in einer solchen Gruppe an ihrem Heimatort tätig sind.

Die Veranstaltung war gut besucht und wurde freundlicherweise von Frau Christiane Heider, der Selbsthilfegruppenleiterin für die SHG (Selbsthilfegruppe) Nürnberg, geleitet.

Zunächst begann es mit einem Brainstorming: Es trugen alle Anwesenden gemeinsam die Merkmale zum Thema „Selbsthilfe“ zusammen. Wir stellten fest: Jeder Teilnehmer war bereit zur Selbsthilfe, da er „sich auf jeden Fall selbst helfen will“, denn sonst wäre er nicht in diesem Workshop „gelandet“.

Was heißt nun also Selbsthilfe? Zum Beispiel heißt sie:

- Ich werde aktiv!
- Ich bekomme Informationen.
- Ich suche Unterstützung und bekomme sie.
- Ich treffe Gleichgesinnte.
- Ich tausche Erfahrungen aus - ich profitiere von den Erfahrungen anderer und gebe dabei meine eigenen weiter.
- Ich oute mich, setze mich mit meiner/dieser Krankheit auseinander.
- Ich gehe offensiv mit der Krankheit um.



Durch Selbsthilfe erreiche ich automatisch auch Selbstfürsorge – ich verfolge eine gesündere Lebensführung, sie tut mir gut.

Selbsthilfegruppen geben Sicherheit, indem ein in der Gruppe ein wohlthuendes WIR-Gefühl entsteht. Man bekommt Verständnis für die eigene Lage und lernt, von anderen Menschen Hilfe anzunehmen.

Eine wichtige Voraussetzung für den potenziellen Gründer einer SHG ist die innere Öffnung und Bereitschaft für eine Selbsthilfegruppe. Die erste

krankheitsbedingte Belastungsphase sollte bei ihm dafür möglichst abgeschlossen sein und die Verunsicherung geringer als die Neugier auf Information über die Krankheit.

Hemmnisse, wie die Angst vor dem Outing in der Öffentlichkeit oder zu hoher Erwartungsdruck, sind für den Aufbau einer Selbsthilfegruppe eher unproduktiv. Eigene, oft zu hohe Ansprüche, die Angst vor Verantwortung und Überlastung sowie Vorurteile können das Vorhaben, eine Selbsthilfegruppe zu gründen, erschweren.

Jedoch gibt es vielerorts und trotz allem, dringenden Bedarf an Selbsthilfegruppen.

Besonders wichtig für Neugründer einer SHG ist das Gefühl, nicht allein dazustehen und sich mit anderen Selbsthilfegruppen austauschen zu können.

Im Vorstand von KIMM e.V. sind mehrere Selbsthilfegruppenleiter/-innen tätig, die sehr

gern ihre Erfahrungen mitteilen. Niemand, der eine SHG für Morbus Menière-Erkrankte gründen möchte, wird allein gelassen. Man bekommt von KIMM jegliche Unterstützung. Ein Gruppengründer kann sowohl mit tatkräftiger Hilfe als auch mit eigener Weiterbildung und Schulungsmaterial rechnen. Tipps, wie man z.B. Räumlichkeiten für die Treffen organisiert und Informationen an die Betroffenen bezüglich der Planung und Gründung einer neuen Selbsthilfegruppe, werden ebenfalls von KIMM gegeben.

Gründungswillige sollten sich darum vertrauensvoll an KIMM wenden. Sie werden in jeder Hinsicht unterstützt und können von den „alten Hasen“ in der Selbsthilfe lernen.

## Workshop „Technische Hilfsmittel bei Schwerhörigkeit“ (BB)

Referentinnen: Frau Raithel und Frau Kasper-Suhr



Zuerst einmal herzlichen Dank an die beiden Vortragenden, die uns „Verhaltensregeln im Gespräch mit Schwerhörigen bzw. Gehörlosen“ sowie eine Liste der Hersteller von technischem Zubehör als Merkblatt erstellt haben. Bei einem Behindertengrad von 50% (bzw. Gleichstellung) steht dem Arbeitnehmer eine Finanzierung von Hörhilfen am Arbeitsplatz zu.

Frau Raithel ging zum Thema technische Hilfsmittel auf die Vielzahl der mittlerweile verfügbaren

Lichtsignalanlagen bzw. Licht- und Vibrationsmelder ein, die stationär in der Wohnung aufgestellt werden und das Läuten der Türklingel und des Telefons in optische und / oder Vibrationssignale umwandeln. Es gibt auch tragbare Einheiten wie z.B. die Lichtklingel von Humantechnik.com, die, entsprechend den früheren „Piepsern“, die Signale in größerem Umkreis (Garten, Garage) weiterleiten. Beispiel: VisuTone von Humantechnik.

Licht- und Vibrationssignalanlagen werden von den gesetzlichen Krankenkassen als Hilfsmittel anerkannt und können vom Arzt verordnet werden. Mit einem Angebot des Herstellers kann man sich dann an die Krankenkasse wenden.

Für das bessere Verständnis von Konzerten und Theaterveranstaltungen hat sich die Übertragung durch Ringschleifenanlagen im Gebäude auf die Teleschlinge des Hörgeräts bewährt. Es gibt aber auch Fälle, in denen diese Technik kaum genutzt wird.

Neuere Techniken sind die Übertragung mittels Funk (FM) sowie Infrarot, die sowohl für Signalanlagen für Türklingel und Telefon

als auch in öffentlichen Veranstaltungen eingesetzt werden. Ein Beispiel für eine Innovation ist ein sog. „Rüttelkissen“ der Firma Humantechnik, das mit dem Wecker gekoppelt wird und durch Vibrationen den Weckvorgang einleitet.

Als Beispiel für eine als sehr positiv bewertete Neuerung wurde der „rogerpen easy line“ von Phonak als externes Bluetooth-Mikrofon von einer Teilnehmerin genannt. Er erleichtert das Hören des Partners in

schwierigen Gesprächssituationen und verbessert signifikant das Hörverstehen.

Generell ist noch kein Ersatz für die Teleschlinge in Sicht, möglicherweise wird es aber auch keinen direkten Nachfolger durch die Vielzahl der neuen Übertragungstechniken geben. In jedem Fall ist aber hierzu mehr Aufklärung vom Hörgeräteakustiker und von der Krankenkasse notwendig. In den bereitgestellten Informationen waren 12 Hersteller aufgelistet, auf deren Homepage

man genauere Informationen zu den Produkten erhalten kann.

Als Fazit bleibt positiv zu bemerken, dass neue Techniken mehr Komfort und leichteres Handling versprechen. Das Einbinden von Smartphones

und Funktionsarmbändern oder -kleidung, so genannten „Wearables“, wird die Entwicklung neuer Systeme weiter beschleunigen. Das müssen die Hörgeräteakustiker durch mehr Information an die Kunden unterstützen.

**Workshop: „Und wie geht es mir“ – Impressionen (DA)**

Referent: Dr. Fred Knäbel



Begrüßung für die Angehörigen



Dr. Knäbel gibt Tipps für die Angehörigen



Die interessierte Runde

# Ein Bericht zum Vortrag von Dr. Bodo Schiffmann vom HNO-Zentrum in Sinsheim

auf der KIMM-Tagung 02/2016 in Heidelberg (ES/DA)

Im Vortrag wird hauptsächlich die sogenannte „Fünf-Rezeptor-Diagnostik“ behandelt. Der Mensch besitzt mehr als einen Rezeptor im Gleichgewichtsorgan, damit kann es verschiedene Schwindeltypen wahrnehmen – nicht nur Drehschwindel. Pro Seite gibt es fünf Gleichgewichtsrezeptoren mit diversen Unterabstufungen.

### ***Grundsätzliche Anatomie des Ohres***

Eine kurze grundsätzliche Betrachtung der Anatomie des Ohres soll ein leichteres Verständnis der Gegebenheiten ermöglichen.

Im Ohr erkennt man mehrere Bereiche:

- Äußeres Ohr
- Gehörgang
- Trommelfell
- Gehörknöchelchenkette
- Schnecke mit ihren unterschiedlichen Flüssigkeitsräumen, die besonders bei MM eine Rolle spielen.

Genauer betrachtet treten die Bogengänge hervor, die die Bewegungen oben, unten und vorne, hinten oder zur Seite wahrnehmen. Über das Kreisen von Flüssigkeit werden pilzartige Strukturen in Bewegung gesetzt, wodurch ein Schwindelreiz ausgelöst wird.

Zusätzlich wird in den Ohrsteinchen-Apparaten die Schwerkraft verstärkt. Eine Störung in einem solchen Otholiten-Organ führt zu einem Schwank- oder einem Lift-Schwindel.

Im Bogengang selbst befindet sich nur ein einziger Nerv, der Bewegung wahrnimmt. Die Steinchen in den Ohrsteinchen-Apparaten besitzen überhaupt keine Sinneszellen, sondern sie bewegen die



Sinneszellen, sie verstärken die Schwerkraft.

Der Hör- und der Gleichgewichtsnerv ziehen zusammen durch einen Knochenkanal und verbinden das Gehirn mit dem Ohr. Der Gleichgewichtsnerv trennt sich dann vom Hörnerv ab und unterteilt sich in zwei verschiedene Anteile – einen oberen und einen unteren Anteil. Diese wiederum versorgen fünf einzelne Abschnitte des Gleichgewichtsnervs. Aus diesem Aufbau entstand der Begriff „Fünf-Rezeptor-Diagnostik“.

Sacculus und Utriculus, die Schwerkraftorgane, erkennen weit mehr als nur gradlinige Bewegungen.

### ***Das Besondere am Gleichgewichtsorgan***

Im Gegensatz z. B. zu den Augen schläft das Gleichgewichtsorgan nie. Das Gehirn fährt ebenfalls die Aktivität herunter – das

Gleichgewichtsorgan bleibt völlig wach. Es ist das einzige Sinnesorgan, das immer eine messbare elektrische Aktivität aufweist. Dies ist für den Menschen von besonderer Wichtigkeit, weil er auf diese Weise Alarmzustände mitbekommt (Wecker, Feueralarm) und darauf reagieren kann.

### **Der vestibulookuläre Reflex**

Dieser Reflex ist dafür verantwortlich, dass während des Gehens das Bild nicht auf der Netzhaut des Auges wackelt. Im Bruchteil von Sekunden meldet unser Kopf jede Lageänderung sofort an die Augen. Diesen Vorgang macht man sich in der Medizin zunutze, um festzustellen, auf welche Art und Weise der Kopf bewegt wurde. Bei dem Ausfall von beiden Gleichgewichtsorganen funktioniert dieser Reflex nicht mehr richtig und der Betreffende sieht Wackelbilder beim Gehen – im Stehen beruhigt sich dies wieder. Diese Verschaltung ist sehr komplex und die Teile beeinflussen sich gegenseitig.

### **Was ist Schwindel**

Als Schwindel wird gemeinhin bezeichnet:

- „mir geht's nicht gut“
- Mein Kreislauf versagt
- Mir ist schlecht
- Ich bin seekrank
- Es dreht sich
- Es kippt
- Es schwankt

Es gibt Versuche, Schwindel zu klassifizieren, etwa durch eine Gesellschaft von Neurologen, HNO-Ärzten und Oto-Neurologen. Deren Einteilung sieht wie folgt aus:

- Vertigo Dizziness
- Vestibulovisual Symptoms
- Postural Symptoms

Es stellte sich aber bisher als nicht umfassend heraus.

Schon 1894 hat ein Neurologe Namens Oppenheimer, die nach vielen Meinungen beste Definition gegeben: „Schwindel ist

eine Unlustempfindung“. Eine Unlustempfindung, die aus einer Störung des Körpers im Raum hervorgeht. Der Auslöser und das Befinden sind dabei zumindest zweitrangig. Wenn sich die Welt zu drehen beginnt, sich in irgendeine Richtung zu bewegen scheint – obwohl man steht, man also sozusagen an Land seekrank ist – dann hat man Schwindel.

### **Die Diagnostik**

#### Übersicht

Heute kann man Gleichgewichtsorgane nicht nur in einer Frequenz in einem speziellen Band untersuchen, sondern sehr breit über mehrere Frequenzen bzw. Bänder. Prof. Leif Erik Walther aus Sulzbach hat dies in einem Schema dargestellt:

Dabei wird genau dargestellt, für welche Organe und welchen Rezeptor welche Untersuchung wichtig ist.

#### **VEMPs**

VEMP bedeutet „vestibulär evozierte Potenziale“ d. h. vom Gleichgewichtsorgan ausgesendete Muskelpotenziale. Man unterscheidet VEMPs danach, woher ihre Potenziale kommen:

- cVEMP für cervical oder cervicogene, vom Hals kommend
- oVEMP für okulär, vom Auge kommend

Dabei werden die Reflexe am betreffenden Muskel gemessen. Das Ohr wird erregt, der angespannte Muskel wird schwächer und man bemerkt eine Veränderung der elektrischen Aktivität im Muskel.

#### **cVEMP**

Bei dieser Untersuchung werden laute Töne auf das Ohr gegeben oder dieses wird mit einer Vibrationsplatte erregt. Die entstehenden elektrischen Impulse lassen sich messen und in einer grafischen

Kurve darstellen. Die Kurve sieht unterschiedlich aus, je nachdem mit welchem Ton sie erzeugt wurde oder zu welchen Zeiten sie kommt. Mittlerweile konnten sehr zuverlässige Referenzbereiche und Messwerte festgelegt werden. Fehlende Reflexe oder Reflexe an der falschen Stelle weisen auf eine Schädigung in einem Organ hin.

### oVEMP

Das Prinzip ist das gleiche, nur dass die Muskelaktivität unter dem Auge gemessen wird

### VEMPs in der Praxis

Heute stellt man sich die Frage, ob man den Ergebnissen wirklich trauen kann bzw. in welchen Fällen man sie wirklich bezüglich Schwindel nutzen kann. Denn die Reflexe können nach neueren Forschungsergebnissen auch bei anderen Krankheiten auftreten:

- Bei Schwannomen (langsam wachsender gutartiger Tumor)
- Bei Dehiszenzen (Löchern in den Bogengängen)
- Bei Unfällen
- Bei zentralen Störungen
- Bei Multiple Sklerose
- Bei MM
- Bei Otosklerose
- Bei Lagerungsschwindel

Das Fazit, das gezogen werden muss, heißt: „VEMPs sind nicht verzichtbar“!

Zu der Thematik gibt es sehr interessante, auch neuere Veröffentlichungen:

- Wir haben mit der Uniklinik Heidelberg zusammen eine Untersuchung gemacht und haben saccusexponierte Patienten nachuntersucht, die vorher sehr genau gescreent waren, und dabei sehr interessante Ergebnisse erzielt.
- Bei posttraumatischen Patienten, d. h. bei Patienten mit vorangegangenen

Unfällen findet man gerne Veränderungen. Auch das ist mitunter wichtig: Wenn ein Patient z. B. von einem Gerüst auf den Kopf gefallen ist und angibt, er habe einen Schwankschwindel, dann sollte man wirklich diese VEMP-Untersuchungen vornehmen um die Schwankschwindelorgane auf evtl. Beeinträchtigungen zu prüfen.

- Patienten mit Multiple Sklerose, hatten in diesen Studien verlängerte Messzeiten für diese VEMPs. Man muss sich das wirklich überlegen. Multiple Sklerose wird in den ersten Jahren häufig deshalb nicht erkannt, weil man die Veränderungen im MRT nur in der aktiven Phase sieht, und dazu muss man in der Regel auch noch Kontrastmittel nehmen. Ansonsten rutschen die durchs Raster. Die haben starken Schwindel, oder sehen nichts oder was auch immer und keiner erkennt die wahre Ursache
- Bei Patienten mit vestibulärer Migräne fand man tatsächlich auch reduzierte Amplituden.
- Man muss hier in der Tat viele Faktoren berücksichtigen. Es gibt z. B. viele Veröffentlichungen, die besagen, dass bei mehr als 9 dB Schallleitung, (der dem Unterschied zwischen dem, was sie über den Kopfhörer hörten und dem, was sie über einen Knochenhörer hören würden), keine VEMPs ableitbar wären. Das ist auch eine Sache, über die man nachdenken muss, wobei man das bei uns nicht bestätigen kann.
- M Menière:  
Das ist das Bild von Morbus Menière. Der innere Lymphschlauch reißt und die beiden Flüssigkeiten im Innenohr vermischen sich miteinander. Dies verursacht die menièr'schen Anfälle und bewirkt klassischerweise auch Veränderungen im Hörbereich.



Ein ganz wichtiger Hinweis: Heutzutage gibt es die Möglichkeit, sich mit Smartphones selbst einem Hörtest zu unterziehen.

Diese Hörtests können Sie sich in Ihrem App Store herunterladen. Man findet dort kostenlose Hörtests, die sind topp. Wenn Sie Druck im Ohr und Hörverlust wahrnehmen, dann machen sie einen Hörtest. In den ersten Jahren von Morbus Menière-Patienten ist das Loch meist wieder zu und das Hörvermögen wieder intakt, bis dieser den Weg zum Arzt genommen hat.

Dokumentieren sie es, bringen sie den Hörtest mit. Dr. Schiffmann sieht darin für seine Praxis eine Bereicherung. Er empfiehlt es auch wirklich nachhaltig den Patienten. Auch zur Verlaufskontrolle. Die Hälfte aller Menière-Patienten kann so etwas beidseits bekommen. Statistisch gesehen – je nachdem, welche Veröffentlichung man berücksichtigt, zwischen 25 und 50 Prozent. Das macht schon einen Unterschied. Gerade wenn es um zerstörerische Behandlungsmethoden am Gleichgewichtsorgan geht, um zu dokumentieren, welche Seite betroffen ist.

- Lagerungsschwindel: Wenn ein Patient eindeutig einen Schaden an einem Gleichgewichtsorgan, also insgesamt dem Utriculus, hat, dann kann man davon ausgehen, dass auch diese Steinchen da drin sich nicht in der besten Position befinden, und dann kann das natürlich für Patienten mit Lagerungsschwindel wichtig sein. Auch hier gibt es Operationen, um solche Lagerungsschwindel auszuschalten und Ähnliches. Und bevor man so etwas macht, sollte man vielleicht auch hier schauen, wie, es sich hier eigentlich tatsächlich verhält. Fazit: VEMPs sind nicht verzichtbar. D.h. wenn man bei einem Schwindelpatienten eine Diagnose stellen will, ist es nicht damit getan, diesen einmal nach rechts und links zu schmeißen und zu sagen: das ist ein Lagerungsschwindel.

### **Kalorische Prüfung**

Diese Prüfung ist sehr bekannt. Das Ohr wird hierbei thermisch gereizt. Dabei wird entweder warme oder kalte Luft oder warmes oder kaltes Wasser eingesetzt, mittlerweile wird diese Prüfung auch mit Hilfe von Lasern durchgeführt. Dies verursacht eine Bewegung der Flüssigkeiten im Lymphschlauch. Dadurch entstehen unwillkürliche Augenbewegungen, sogenannte Nystagmen. Diese Augenbewegungen werden mit einer Kamera aufgezeichnet.

### **Kopfpulstest**

Geprüft wird hierbei der okulovestibuläre Reflex.

Der Kopf des Patienten wird ganz schnell gedreht. Die Pupille und die Kopfbewegungen sind völlig identisch von der Bewegung her, d. h. die Augenbewegungen und die Kopfbewegungen werden sofort ausgeglichen. Das Auge steht stabil. Die

Augen können das Gegenüber jederzeit fixieren.

Zeigt sich ein Problem z. B. Zeitverzögerung, bezeichnet man dies als Einstellsakkaden. Die Augen wandern wie bei einer Puppe mit und müssen aktiv zurückgestellt werden. Das ist ein gestörter vestibulookulärer Reflex. Ein Australier namens Halmagyi fand dies heraus. Damit kann man schon bei einem Patienten direkt am Bett feststellen, ob er ggf. ein Problem hat.

Es gibt mittlerweile eine Vielzahl von Herstellern, die das Ganze mit einer Hochgeschwindigkeitskamera gekoppelt haben und das Geschehen grafisch aufzeichnen.

Die Auswertung ist einfach.

- Wenn Kopfbewegungen = Augenbewegungen ist alles gut.
- Wenn Kopfbewegungen  $\neq$  Augenbewegungen liegt eine Störung vor.

Man kann auch genau einteilen, nach welcher Zeit diese Sakkaden kommen, welche wirklich noch vom Ohr kommen, welche von anderen Geschichten kommen.

Beschränkt man sich dabei einmal auf den Morbus Menière:

- 22 Menière-Patienten mit Schwindelhäufigkeit des pathologischen Kopfpulstestes:
- Davon sind 45,5 Prozent betroffen, 54,5 Prozent nicht.
- Einzelne Rückstellsakkaden bei Menière-Patienten ergeben einen Anteil 33 Prozent.

Es ist nicht ausreichend, anstelle der Videonystagmographie mit der warmen und kalten Luft den Kopfpulstest durchzuführen, weil bei Menière-Patienten in vielen Fällen die Prüfung mit der warmen und kalten Luft extrem auffällig ist und die Prüfung mit dem Kopfpulstest dagegen unauffällig. Mittlerweile finden sich in

immer mehr Arztpraxen primär nur noch Kopfpulstests. Erstens weil man es als IGeL-Leistung anbieten kann, zweitens weil viel weniger Zeit- und Arbeitsaufwand notwendig ist, als wenn man den Patienten die Ohren mit warmer und kalter Luft spült, denen dabei vielleicht auch noch schlecht wird und sie erbrechen.

### **HWS und vestibulärer Schwindel**

Wenn die Stellung des Kopfes im Raum über Muskeln, die am Hals sitzen, bestimmt wird und dieses „Unlust“ verursacht, so wird dies Halswirbelsäulenschwindel genannt. Jeder hat schon einmal einen steifen Hals gehabt, dieser verursacht eine Unlustempfindung, aber keinen Drehschwindel. Ebenso wenig wird dadurch der klassische vestibuläre Schwindel ausgelöst.

Aber alle Betroffenen, die einen Schwindel vom Gleichgewichtsorgan bekommen, bekommen auch Probleme mit der Halswirbelsäule. Daraus folgt, dass dieser Schwindel selten konkret von der Halswirbelsäule kommt. Höchstens zwei von 2.500 Schwindelpatienten im Jahr haben wirklich Halswirbelsäulenschwindel.

### **Subjektive Visuelle Vertikale**

Subjektive Visuelle Vertikale heißt: man hat eine andere Einschätzung dafür was vertikal ist, als es in Wirklichkeit ist.

Einige exotische Untersuchungen dazu:

Es gibt die Möglichkeit Kupferspiralen auf die Hornhaut aufzusetzen oder direkt die Augen mit Punkten zu markieren sowie diverse andere Messmethoden, die alle ihre Daseinsberechtigung haben, aber sicherlich keine Routinediagnostik darstellen. Aus wissenschaftlichen Gründen ist dieser Hinweis ganz wichtig.

Ein Beispiel aus einer Publikation aus Heidelberg: Ein Patient soll einen abgebildeten Strich, der nicht vertikal ist, so drehen, dass er senkrecht wird.

Die Messung sieht so aus: Man legt den Kopf zur Seite und der Patient muss versuchen, dass das abgebildete Objekt ohne optische Hilfsmittel immer wieder geradegestellt wird. Er bekommt entweder eine lichtundurchlässige Brille oder er kann in einen „Schuhkarton“ schauen etc.

Beliebt ist die Brille, mit der dann auch graphisch aufgezeichnet werden kann. Das funktioniert etwa so: Dem Patienten fehlt die örtliche Orientierung, er hält den Kopf schräg und muss versuchen, einen Strich geradezustellen. Die Messung wird z. B. bei 15° und 30° Kopfneigung durchgeführt. Wenn man den Kopf zu stark zur Seite legt, also jetzt hier bei 60° und 45°, dann kriegt jeder eine Abweichung.

Das ist auch ein bekanntes Phänomen. Links ist es normal. Man nimmt nun den Mittelwert der Messpunkte und schaut ganz einfach, wo die stärksten Abweichungen sind. Aber ist das wiederum ganz spezifisch fürs Ohr? Kann man damit wirklich feststellen, dass es der Utriculus ist, der jetzt gestört ist? Nein, kann man nicht, da auch viele andere Krankheiten und Beeinträchtigungen Abweichungen auslösen. Trotzdem hat die Untersuchung ihre Daseinsberechtigung; man muss nur genau prüfen, wann diese Untersuchung angesagt ist und wann nicht.

### **Posturographie**

Diese Untersuchungstechnik basiert darauf, dass Menschen, wenn man sie mit geschlossenen Augen oder auf Schaumstoffkissen stehen bei verschiedenen Krankheitsbildern ganz charakteristisch anfangen zu schwanken oder zu fallen. Ein Patient mit einem Gleichgewichtsausfall wird zur Seite fallen, der wird nicht nach hinten oder nach vorne fallen. Das weiß man. Ein Patient, der betrunken ist, torkelt eher um seine eigene Achse. Ein Patient, der eine Kleinhirnschädigung hat, fällt eher nach hinten. Ein Patient, der angstgesteuert ist, wird sich eher total versteifen

Zur Messung eingesetzt wird eine 4-Kraftabnehmerplatte, das Tetrax-Posturographie-System, auf der der Patient mit verschiedenen Kopfpositionen einfach draufsteht, erst mit offenen Augen, dann mit geschlossenen Augen, dann auf Schaumstoffkissen mit offenen und geschlossenen Augen und dann mit geschlossenen Augen mit Kopf links/rechts/vorne und hinten. Das Ergebnis wird in ein paar sogenannte Frequenzbänder unterteilt.

Dies nennt man in Anlehnung an die Fourier'sche Transformation auch Fourier-Banden und man kann im Prinzip dann relativ simpel ablesen, wenn jemand eine Störung in einem besonderen Band hat und welche Störung er haben könnte.

Dies ist die einzige Untersuchung, die aus Dr. Schiffmanns Sicht, eine verlässliche Aussagekraft für die Halswirbelsäule besitzt.

### **Drehstuhlprüfung**

Wenn man einen Patienten auf einen Drehstuhl setzt, kann man Nystagmen feststellen. Das ist eine Augenbewegung. Der Körper merkt, dass er bewegt wird und die Augen, obwohl sie nichts fixieren können, versuchen wieder sich auszugleichen. Das geschieht auch wenn man in der Eisenbahn sitzt und aus dem Fenster schaut, auch dort kommt es zu Nystagmen. Das ist normal.

Wenn der Stuhl anhält, dreht es sich im Kopf weiter. Das kann man messen, besitzt somit eine diagnostische Möglichkeit. Der Drehstuhltest ist sehr unangenehm, aber für den Utriculus erforderlich. Man kann die Untersuchung zwar häufig auch mit Hilfe von VEMPs und SVV (Subjektive Visuelle Vertikale) sehr gut vornehmen, aber eben nicht immer. Neuere Diagnoseverfahren kombinieren die Tests mit Laser.

### **Lagerungsprüfung**

Bei den Lagerungsprüfungen wird der Patient in verschiedene Körperlagen bewegt und geschaut, ob dabei ein Schwindel ent-

steht. Der Patienten wird z. B. heruntergelegt. Das gibt ein kleines Gegenrucken, dann dauert es einen kleinen Moment, bis sich die Augen sehr schnell bewegen und dann wieder langsamer werden. Das ist der typische Ablauf eines Lagerungsschwindels. Und wenn man weiß, in welchem Bogengang sich Kristalle verirrt haben, gibt es die Möglichkeit, diese wieder auf die verschiedensten Arten und Weisen aus diesen misslichen Positionen herauszuschleudern

### **HINWEIS GLEICHGEWICHTSTRAINING:**

Wir haben in Sinsheim ein eigenes Schwindeltraining entwickelt. Dies sieht in etwa so aus und es ist super simpel, sie können es zuhause durchführen und es wird Ihnen helfen:

„Liebe Patienten, ich möchte ihnen heute erklären, wie wir unser Schwindeltraining in der Schwindelambulanz in Sinsheim durchführen. Beim Gleichgewichtsorgan kontrollieren die Augen den Schwindel, d. h. die Augen können über eine vorgelegte Fixationssuppression den Schwindel unterdrücken. Die Augen fixieren einen Punkt, das kennen Sie vom Tanzen. Wenn Sie eine Erkrankung des Gleichgewichtsorgans haben und Ihr Gleichgewichtsorgan eine andere Information an das Gehirn als die Augen abgibt, bekommen Sie, wenn sie vom Hellen ins Dunkle kommen, z. B. im Supermarkt oder im Treppenhaus. Das sind die Klassiker, bei denen man das Gefühl bekommt, man möchte sich festhalten, weil die Lagerung für den Bruchteil einer Sekunde den Schwindel nicht mehr unterdrücken kann. Man könnte sagen, Großhirn an Auge, Auge ist beschäftigt. Großhirn an Ohr, das Ohr sagt, wir fallen. Großhirn an alle: Panik, wir fallen. Und dann kommt wieder das Auge und signalisiert: nein, wir fallen doch nicht, und dann wird sich das Ganze wieder beruhigen. Wenn man Schwindel-

patienten trifft, dann erzählen alle genau diesen Vorgang, und unter genau diesen Symptomen wird ihnen dann eine Agoraphobie, eine Angst vor großen Plätzen als Ursache des Schwindels unterstellt. Das ist falsch. Der Grund ist die gestörte Fixationssuppression. Also müssen Sie ihr Gleichgewichtsorgan trainieren, ohne die Augen oder die Halswirbelsäule zu benutzen. Das geht ganz einfach. Sie setzen sich auf einen Drehstuhl, wichtig mit Rückenlehne. Schließen Sie die Augen und drehen Sie sich im Kreis um die eigene Achse. Das machen Sie in beide Richtungen. Das wäre auch die erste Übung. Sie müssen nicht lange üben. Erfolg haben Sie, wenn Sie oft üben: 10, 20, 30 Mal am Tag für die Dauer von zehn Sekunden. Das könnte so aussehen: Einmal im Uhrzeigersinn, einmal entgegen dem Uhrzeigersinn, den Kopf dabei evtl. schräg halten. Wichtig ist dabei, immer die Augen geschlossen zu halten. Nie so lange, bis Ihnen schwindelig oder übel wird. Und sie werden die ersten 3 Wochen merken, dass der Schwindel etwas stärker wird und im Laufe der Zeit werden sie merken, dass es sehr schnell sehr viel besser wird. Wenn ihr Körper lernt, sich wieder auf das Gleichgewichtsorgan zu verlassen, richtet er es quasi neu aus. Machen sie diese Übungen oft, nicht alle drei Tage drei Stunden, sondern lieber zehn Mal am Tag zehn Sekunden, dann werden sie einen Erfolg haben. Wir wünschen Ihnen gute Besserung.“

Link: <https://schwindelklinik.de/das-schwindeltraining-mit-dem-drehstuhl>

Oder als Video:  
<https://schwindelklinik.de/videos>

### **HINWEIS VIDEO:**

Videos zu vielen Themen finden Sie auf:  
<https://schwindelklinik.de/videos>

## Welche Fragen wurden gestellt und wie wurden sie beantwortet:

**Frage:** Gibt es spezielle Hörtests am Smartphone?

Sie geben einfach bei jedem Android-Telefon den Begriff „Hörtest“ ein. Die App heißt „Hörtest“, das Icon sieht aus wie ein kleiner blauer Ball, und dieselbe Software verbirgt sich beim IOS hinter dem Iffland-Hörtest. Der Hörtest ist identisch mit dem beim HNO-Arzt, d. h. der HNO-Arzt kann diesen verwerten und muss nicht umdenken.

**Frage:** Zur Subjektiven Visuellen Vertikalen: Der Patient soll also einen senkrechten Strich ziehen oder das hinschreiben?

Wenn er schräg ist, ist er nicht gesund. Er soll einen senkrechten Strich von oben nach unten ziehen und zwar immer mit verdeckten Augen und Kopfhaltungen in 15° und 30° und natürlich in Neutralposition. Das ist ein toller Test, daher Head-Heave-Test.

**Fragen:** Darf ich zum Abschluss noch etwas fragen in Bezug auf den Film?

**Er endet ja damit, dass das Gehirn lernen soll, sich wieder auf das Gleichgewichtsorgan zu verlassen. Aber ein Menière-Patient hat kaputte Gleichgewichtsorgane, dann nützt das doch nichts.**

Ja, das ist zum Teil richtig, weil das Gleichgewichtsorgan – und da kommen wir wieder auf die ganze Diagnostik – in den seltensten Fällen wirklich völlig ausgefallen ist. Viele Bei vielen Menière-Patienten sind ja auch nicht beide Ohren gleichermaßen betroffen. In Ihrem Fall ist das linke Ohr stärker betroffen als das rechte Ohr, insofern haben Sie ein Ohr, das dieses Defizit ausgleichen kann. Solange sie ein Organ haben, das besser funktioniert, kann es die Funktion des schlechteren mit übernehmen.

**Frage:** Sie haben jetzt über die Augen gesprochen. Wie schaffen es aber blind geborene Menschen, wenn sie nicht sehen und sich nicht orientieren können?

Sehr guter Hinweis. Die Frage, wie diese Menschen das ausgleichen, weil sie ja keine Augen haben zur Fixations-suppression und ob dann alles über das Ohr läuft. Nein, das läuft natürlich nicht alles über das Ohr. Das läuft über die übrigen Stellenreflexe, also die Stellenreflexe Halswirbelsäule, Gefühl der Füße plus natürlich Ohr. Im Übrigen sind das genau die Patienten, die uns auf die Idee mit diesem Gleichgewichtstraining gebracht haben. Weil diese Patienten viel schneller diese Wahrnehmungsstörungen überwinden, sind wir auf die Idee gekommen, dass vielleicht genau das Sehen in dem Fall ein Nachteil und kein Vorteil darstellt. Wir haben nämlich einige Patienten, die entweder sehbehindert oder blind o. ä. sind, und diese haben viel schneller Erfolg mit ihrem Gleichgewichtstraining als die, die diese bekannten Übungen mit offenen Augen machen. Daher behaupte ich tatsächlich dass es kein einziges Sinnesorgan gibt, dass so viele Ersatzteile besitzt wie das Gleichgewichtsorgan. Das ist das Schöne an meinem Beruf. Man kann tatsächlich den allermeisten Schwindelpatienten sehr gut helfen. Schwindel ist kein Schicksal. Schwindel ist eine Sache, die man in vielen Fällen auch völlig ohne Medikamente, sondern nur durch ein passendes Training bewältigen kann. Wenn Sie einen Patienten haben, der eine Störung im Sacculus hat, dann ist es völlig unsinnig, dass ich den auf diese Weise bewege. Das bringt nichts. Der muss auch auf dem Gymnastikball trainieren Ich will damit sagen, dass ein zum Schwindel passendes Gleichgewichtstraining erforderlich ist. Das hier gilt daher für die meisten, aber nicht für alle. Doch auch hier hat der Blinde die gleichen Chancen wie der Sehende.

**Frage:** *Wie ist das aber, wenn ein Mensch zum Beispiel sehend ist und dann anfängt zu erblinden? Hat der noch die Möglichkeit oder die Chance, das zu ersetzen, was das Auge vorher konnte? Und gibt es da zusätzliche Trainingsmethoden?*

Also bei uns gibt es gar keine Trainingsmethoden, denn wir geben den Patienten Wege vor, wir haben verschiedene Übungen, die sie mit nach Hause bekommen. Wir bieten kein stationäres Gleichgewichtstraining an. Wir verschreiben es noch nicht einmal für den Physiotherapeuten, weil die Patienten nur noch zweimal pro Woche zum Physiotherapeuten gehen und Schwindeltraining machen. Sie können das, auch wenn sie akut erblinden, komplett lernen. Das Gleichgewichtsorgan ist extrem lernfähig, das wissen wir aus der Weltraumforschung. Es gibt ganz tolle Untersuchungen aus Berlin, noch unter Prof. Scherer, wo Astronauten auf der ISS im Grunde genommen einem Gleichgewichtstest unterzogen wurden, und man hat festgestellt, dass das Gleichgewichtsorgan quasi, wenn sie so wollen, in der Schwerelosigkeit nach einer gewissen Zeit komplett heruntergefahren oder deaktiviert wird. Das bedeutet, dass unsere Testmethoden hier nicht mehr richtig funktionieren. Wenn diese dann wieder auf der Erde sind, wird das Gleichgewicht sozusagen wieder hochgefahren. Es handelt sich hierbei also um einen aktiven Vorgang. Zusammengefasst kann man sagen: Dass wir auf zwei Beinen gehen können, ist für uns Menschen eine der elementarsten Funktionen. Deshalb können wir das Gleichgewicht durch verschiedene Faktoren ausgleichen. Alles ist ein Zusammenspiel. Sie dürfen das

nicht losgelöst sehen, hier greifen zahlreiche Funktionen des Körpers ineinander und können sich gegenseitig stützen und gegeneinander ausgetauscht werden.



**Frage:** *Wie ist es, wenn jemand z.B. ein Cochlea-Implantat hat? Haben sie da schon Übungen durchgeführt, wo Sie sagen können, dass sich das Gleichgewicht verbessert hat, oder hat es irgendwelche Einflüsse?*

Auch hier kann keine allgemeine Aussage getroffen werden. Speziell bei Morbus Menière haben wir in der Tat einige Patienten mit Cochlea-Implantaten, und in der Regel hat das eher einen positiven als einen negativen Effekt.

# Neue Ansätze beim Morbus Menière *Kortison statt Gentamycin ins Mittelohr?*

von Dr. Helmut Schaaf und Dr. Georg Kastellis

Zur Publikation von Patel, M., Agarwal, K., Arshad, Q., Hariri, M., Rea, P., Seemungal, B. M., Golding, J. F., Harcourt, J. P., Bronstein, A. M. (2016):

Intratympanic methylprednisolone versus gentamicin in patients with unilateral Ménière's disease: a randomised, double-blind, comparative effectiveness trial, *Lancet* 2016; 388: 2753- 62

(Deutsch: Intratympanale Gabe von Methylprednisolon versus Gentamycin bei Patienten mit einseitigem Morbus Menière: eine randomisierte, doppelblinde Vergleichsstudie)

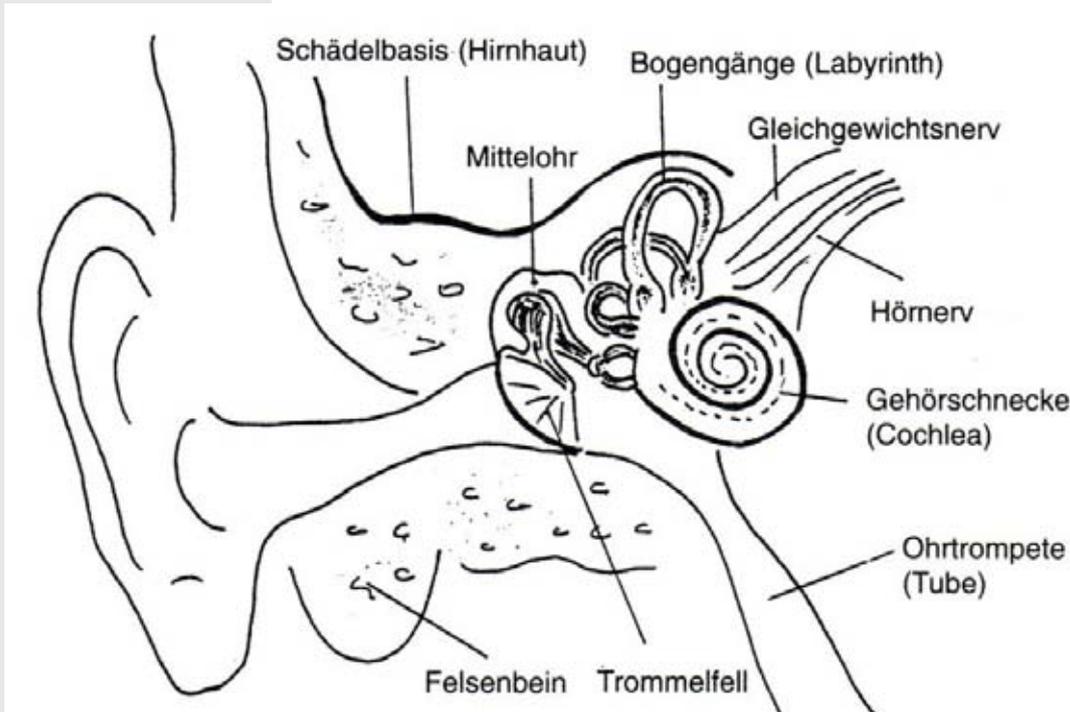
*In der renommierten medizinischen Fachzeitschrift The Lancet erschien Ende 2016 ein Artikel über eine Studie, in der die intratympanale Gabe des Kortisons Methylprednisolon mit der intratympanalen Gabe von Gentamycin bei Patienten mit Morbus Menière verglichen wird. Die Untersuchung kommt zu dem erstaunlichen Ergebnis, dass beide Methoden den gleichen Effekt zeigen. Dr. Helmut Schaaf und Dr. Georg Kastellis stellen diese interessante Studie vor und bewerten sie für die TF-Leser.*

Abb. 1: Intratympanale Injektion nach einer lokalen Betäubung des Trommelfells.

**A**ls wenn das Leiden am Tinnitus noch nicht genug wäre, sind Patienten mit Morbus Menière darüber hinaus vornehmlich von Innenohr-bedingtem, attackenweisem Schwindel und einer zunehmenden Höreinschränkung betroffen. Dabei kann der unvorhersehbar auftretende Schwindel besonders in den ersten Jahren sehr heftig sein und

länger anhalten, während sich der Hörverlust anfangs meistens noch erholt. Je länger die Krankheit andauert, desto seltener und weniger heftig werden in der Regel die Anfälle, wobei der Hörverlust fortschreitet. So stellt sich meistens eine mittel- bis hochgradige Schwerhörigkeit oder gar eine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit ein.

Obwohl man inzwischen sehr sicher sagen kann, dass die Anfälle beim Morbus Menière durch eine Veränderung



des Endolymphanteils im Innenohr bedingt sind, bleiben die dazu führenden Ursachen für dieses Geschehen weiter im Unklaren. Dementsprechend ist die Anzahl der Therapieansätze hoch und die dabei realen Erfolgsraten für fast alle Ansätze gleich niedrig oder ähnlich wie bei einem Placebo.

Die großen Ausnahmen waren bisher die folgenden, auf Ausschaltung der Innenohrfunktionen abzielenden Maßnahmen: Die Neurektomie (Durchtrennung des Gleichgewichtsnerven) und die Gabe des ototoxischen (ohrengiftigen) Antibiotikums Gentamycin. Letzteres kann – allerdings noch gar nicht so lange – durch das Trommelfell in das Mittelohr (intratympanal) gegeben werden

Gentamycin ist in der Lage, aus dem Mittelohr über das runde und das ovale Fenster in das Innenohr einzudringen. Dort hemmt es oder zerstört sogar vornehmlich die Sinnesstrukturen des Gleichgewichtsanteils. Nun ist der Gleichgewichtsanteil anatomisch mit dem Höranteil verbunden und hat diesen sogar evolutionär hervorgebracht. So ist es nicht zu vermeiden, dass zumindest auch Anteile des ohrengiftigen Medikamentes in den schon durch den Morbus Menière geschädigten Höranteil dringen. Das Gentamycin **und** die weiter bestehende Menièresche Erkrankung können dann dazu führen, dass der Hörschaden größer wird. Tatsächlich kommt dies glücklicherweise bei den heutzutage eingesetzten kleinen Mengen an Gentamycin kaum noch vor, ist aber eben nicht auszuschließen.

Auch wenn die zu erwartende – nahezu sichere – Minderung und meist Freiheit von Anfallsschwindelattacken einen weiteren Hörverlust oft vergessen lässt, muss aus diesem Grunde die intratympanale Gentamycingabe gut überlegt werden, eben weil sie ja ein Organ zerstört (*siehe ausführlich: Schaaf, 2017: Morbus Menière, Kapitel 7*).

## Kortison ins Mittelohr: effektiv und ohne Hörgefährdung?

Ein Medikament, das bei Hörverlusten eingesetzt wird, ist Kortison. Dies wird zunehmend – wenn auch „off label“, das heißt ohne direkte Zulassung hierfür – bei größeren Hörverlusten eingesetzt. Seitdem Entzündungsreaktionen am endolymphatischen Sack als Komponente für das Menière-Leiden diskutiert werden, hat Kortison in der Behandlung des Morbus Menière immer wieder Einsatz gefunden. Allerdings konnte Kortison beim M. Menière – auch in großen Mengen über die Infusion gegeben – keinen verlässlichen positiven Einfluss auf das Anfallsgeschehen zeigen. Dennoch wurde in den letzten Jahren der Versuch unternommen, beim M. Menière Kortison ins Mittelohr zu geben, um zu schauen, ob sich nicht doch ein positiver Effekt auf die Anfallshäufigkeit zeigen lässt.

Dabei fanden Phillips und Westerberg (2011) für die Cochrane Vereinigung eine Studie von Garduno-Anaya et al. (2005), die eine begrenzte Aussagekraft für einen möglichen Erfolg für dieses Vorgehen denkbar erscheinen lässt. Eine prospektive, randomisierte Studie von Casani et al. (2012) hingegen zeigte eine deutlich bessere Kontrolle des Anfallsschwindels durch die intratympanale Gentamycin-Applikation als bei dem gleichen Vorgehen mit Kortikoiden. McRackan et al. (2014) beschreiben bei wiederholter Kortison-Gabe im jeweils erneuten Anfall eine Schwindelreduktion. Nicht berücksichtigt wurde die Beobachtung, dass die Anfälle auch ohne Interventionen mit dem Faktor Zeit (bis zum „Ausbrennen“ der Erkrankung) weniger werden.

So konnten Anwender dieser Methode bislang zunehmend Ergebnisse veröffentlichen, die zeigten, dass ihre Patienten über eine Symptomreduktion berichten. Sie

konnten aber bisher nicht davon überzeugen, dass die Anfallsminderung nicht auch ohne Kortison eingetreten wäre, da die Anzahl der Schwindelattacken auch im natürlichen Verlauf weniger wird.

Nun konnte eine Untersucherguppe aus England mit Unterstützung der Selbsthilfeorganisation Ménière's Society und des National Institute for Health Research Imperial Biomedical Research Centre in einem überzeugenden und bis jetzt beispiellosen Studienaufbau die intratympanale Gabe von Gentamycin mit der von Kortison bei Ménière-Patienten vergleichen.

Dabei wurden zwischen 2009 und 2013 aus insgesamt 256 Patienten 60 Patienten ermittelt, die für eine Gentamycin-Ausschaltung (Gentamycin 40 mg/ml) oder alternativ eine intratympanale Methylprednisolon-Gabe (Methylprednisolon 62,5 mg/ml) infrage kamen. Diese wurden doppelblind in zwei Gruppen eingeteilt und einem der beiden Verfahren zugeordnet. So wussten weder die Patienten noch die behandelnden HNO-Ärzte, welches Medikament sie – geplant zweimal – mit einer Woche Abstand durch das Trommelfell in das Mittelohr gaben.

Auch für die Untersucher erstaunlich zeigten beide Methoden den gleichen Effekt. In beiden Gruppen reduzierte sich die Anzahl der Schwindelattacken schon sehr früh nach den Injektionen und blieb zwei Jahre lang stabil.

In der Gentamycin-Gruppe reduzierte sich die Anfallshäufigkeit von durchschnittlich 19,9 Anfällen in den letzten sechs Monaten vor der Intervention auf 2,5, in der Kortison-Gruppe von durchschnittlich 16,4 Anfällen auf 1,6, allerdings jeweils mit großen individuellen Unterschieden. Obwohl die subjektive Gleichgewichts- und Schwindelempfindung nicht unbedingt mit den klinischen und apparativen Befunden in der Gleichgewichtsdagnostik übereinstimmt, wurden auch objektive und aufwendige Gleichgewichtsuntersuchungen durchgeführt. Diese bestanden in der kalorischen Prüfung (Spülung mit kaltem und warmem Wasser), der Ableitung der vestibulär evozierten Potentiale (VEMPs) und einer speziellen Überprüfung des Utrikulus mittels Zentrifugation.

Wie zu erwarten, mindert das Gentamycin auch messbar die periphere Gleichgewichtsfunktion, während Kortison diese erhält. So fanden sich bei der Gentamycin-Gabe tatsächlich eingeschränkte, schlechtere Ergebnisse, während bei den Kortison-Patienten die Gleichgewichtsfunktionen objektiv gleich blieben.

Beide Gruppen unterschieden sich – wieder erstaunlich – nicht signifikant hinsichtlich des Hörverlustes. Spekuliert werden kann hier, ob sich dabei so oder so das Fortschreiten der Grunderkrankung ausgewirkt hat. Ebenso darf es dem Umstand angerechnet werden, dass – wie zunehmend üblich – nur wenig Gentamycin eingesetzt wurde. Dies zieht weniger relevante Hörschäden nach sich als noch in den Anfangszeiten der Methode, als hohe Mengen bis zum Ausfallsschwindel gegeben wurden.

## **Wieso könnte Kortison bei der Anfallsminderung wirksam sein?**

Während der Wirkmechanismus beim Gentamycin gut erforscht ist und vor allen Dingen darin besteht, dass insbesondere die Typ I-Haarzellen der Gleichgewichtssinneszellen geschädigt werden, sind die Wirkmechanismen des Kortisons auf das Anfallsgeschehen laut der Studie von Patel et al. überwiegend spekulativ.

Mitte der Neunzigerjahre des vorigen Jahrhunderts wurde erstmals beschrieben, dass sich im menschlichen Innenohr in hoher Zahl Kortikoidrezeptoren finden (Farhood und Lambert, 2016).

Von Patel und Bronstein (2016) angenommen werden eine Immunmodulation und ein Einfluss auf das Ionengleichgewicht. Bei der Ratte bekannt ist ein Effekt auf die sogenannten Aquaporine, die für den Wassertransport durch die Membran zuständig sind. Ebenso spielen sie eine Rolle bei der Regulierung der Endolymph-Flüssigkeit und sie scheinen einen Effekt auf die Resorption und die Osmolarität des Wasserflusses zu haben (Patel et al., 2016).

Plontke und Gürkov hatten 2015 ausführlich die möglichen Wirkmechanismen diskutiert, wobei sie gute Argumente gegen die Vorstellung eines Autoimmunprozesses beim M. Menière anführen. Stattdessen wägen sie ab, wie eventuell die Produktion der Endolymphflüssigkeit beeinflusst werden könnte, sei es über eine „Stabilisierung der Gefäßbarriere“ oder etwa eine Einwirkung auf das Hormon Vasopressin.

Untersuchungen an Zellkulturen von menschlichen Zellen aus dem Utrikulus, die während einer (notwendigen) Operation an einem Neurinom des Gleichgewichtsnerven entnommen wurden, zeigen Hinweise darauf, dass Glukokortikoide möglicherweise bei Regulation des Endolymphvolumens über Aquaporin 3 wirken könnten (Nevoux et al., 2015). Beachtenswert ist die Frage, warum eine intravenöse Gabe anscheinend keine erkennbaren bleibenden Effekte aufweist.

## Was folgt aus dieser Studie?

Was folgt nun aus dieser qualitativ hochwertigen und in einer anerkannten Zeitschrift zum freien Herunterladen veröffentlichten Studie? Auch wenn der Studie eine Vergleichsgruppe mit Placebo oder einem offensichtlichen Abwarten ohne Medikamentengabe fehlt, ist der harte Vergleich mit einer inzwischen etablierten Methode (intratympanales Gentamycin), die bereits ausreichend gegen Placebo untersucht wurde, aussagekräftig genug. Für die Cochrane Collaboration werteten Pullens und van Benthem (2011) unter der Vielzahl der Untersuchungen die von Postema et al. (2008) sowie Stokroos und Kingma (2004) als prospektiv, doppelblind und Placebo kontrolliert aus.

Wenn man auf der Suche ist, wo „der Haken liegen könnte“, darf man sicher fragen, was mit den 196 Patienten war, die nicht zur Behandlung kamen, ob die Unterstützung der englischen Selbsthilfeorganisation Ménière's Society einen Einfluss auf die Patientenzusammensetzung hatte und ob der – im Vergleich zum englischen Gesundheitswesen – hier doch eher hohe Betreuungsaufwand eine (positive) Rolle gespielt hat.

In der erlebten Praxis berichten auch Patienten nach einer intratympanalen Kortison-Behandlung weiter über Schwindel, wobei dies natürlich eine „Negativauswahl“ derer darstellt, die eben nicht profitiert haben. Es melden sich kaum Patienten, die anderswo profitiert haben.

Am Ende bleibt empirisch – trotz aller Verwunderung und der Fragen an den nicht bekannten Wirkmechanismus – ein gutes Ergebnis für das Methylprednisolon. So besteht nun neben der sicher ausschaltend wirkenden Gentamycin-Gabe bei Morbus Menière eine gute zweite Option zur Minderung der Schwindelattacken. Diese hat zudem den Vorteil, dass sie das Hörvermögen nicht beeinträchtigt.

Dementsprechend eröffnet sich die Möglichkeit, individuell mit jedem Patienten zu überlegen, ob erst eine Kortisongabe sinnvoll ist, auch um ein vorhandenes Hörvermögen zumindest zu unterstützen. Es bleibt weiter die Option, über Gentamycin eine ebenso verständliche wie sichere Ausschaltung durchzuführen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn der Hörverlust schon soweit fortgeschritten ist, dass so oder so keine

weiteren Einschränkungen zu erwarten sind – oder eben doch keine Anfallsfreiheit eintritt. So benötigten immerhin 15 (von 30) Patienten in der Methylprednisolon-Gruppe mehr als zwei Injektionen und zwei mussten am Ende zur Gentamycin-Gabe wechseln.

Berücksichtigt man die nun nachgewiesene Wirkungslosigkeit der Betahistine, wird man nach einer nach wie vor schwierigen Diagnosefindung in einem Stufenplan sicher schnell(er) zu einer intratympanalen Kortison-Gabe raten dürfen. Dadurch würde man – theoretisch – schneller zu einem deutlich besseren Umgang mit einer Erkrankung kommen, die vor allem durch die unvorhersehbaren Schwindelattacken die Lebensqualität und die psychische Befindlichkeit einschränkt.

Dieser Studie wird sich in dieser Qualität mit diesen Nachuntersuchungsmöglichkeiten und dem langen Nachuntersuchungszeitraum so schnell keine weitere anschließen können. Eine derzeit laufende Studie in Deutschland strebt bei der Frage „Intratympanales Cortison gegen Placebo“ einen Beobachtungszeitraum von 16 Wochen mit fünf Untersuchungsterminen an.

So muss die Praxis jetzt zeigen, ob sich dieser hoffnungsvolle Ansatz sichern lässt. Dabei wird es darauf ankommen, dass die Anwender möglichst auch kontrolliert nachuntersuchen – soweit es ihnen möglich ist. Untersuchungsbedingungen, so wie sie in England mit seinem doch sehr anders strukturierten Gesundheitswesen möglich sind, sind bei uns kaum vorstellbar.

In der Theorie wird dabei auch wieder überlegt werden müssen, welcher Wirkmechanismus im Weiteren zu Morbus Menière diskutiert werden kann. Beachtenswert ist dabei die Frage, warum eine intravenöse Gabe anscheinend nicht den gleichen Effekt aufweist. Die neue Erkenntnislage könnte noch eine berufspolitische Auswirkung haben: Sollte sich das Vorgehen als hilfreich erweisen, ist der Morbus Menière sowohl diagnostisch wie therapeutisch in die HNO- Heilkunde zurückgekehrt.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Helmut Schaaf  
Leitender Oberarzt der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse  
und der Gleichgewichtsambulanz der Tinnitus-Klinik  
Dr. Hesse im Stadtkrankenhaus Bad Arolsen  
Große Allee 50  
34454 Bad Arolsen  
E-Mail: [hschaaf@tinnitus-klinik.net](mailto:hschaaf@tinnitus-klinik.net) [www.tinnitus-klinik.net](http://www.tinnitus-klinik.net) [www.drhschaaf.de](http://www.drhschaaf.de)

Abb. 1: Intratympanale Injektion nach einer lokalen Betäubung des Trommelfells.  
Quelle: Patel, M., Agarwal, K., Arshad, Q., Hariri, M., Rea, P., Seemungal, B. M., Golding, J. F., Harcourt, J. P., Bronstein, A. M. (2016): Intratympanic methylprednisolone versus gentamicin in patients with unilateral Ménière's disease: a randomised, double-blind, comparative effectiveness trial. *Lancet* 2016; 388: 2753–62

Zum Download verfügbar unter: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31461-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31461-1)

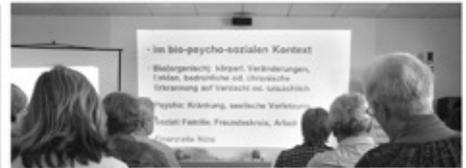
Das gesamte Literaturverzeichnis kann unter dem Stichwort „Schaaf, TF 2/2017“ in der TF-Redaktion angefordert werden.

Quelle: Tinnitus-Forum 2/2017

# ... geselliger Abend ...



# ... Tagungs-Impressionen ...



## Gruppentreffen in Hannover am 24.4.2016 mit zwei Psychologen aus der Reha-Klinik in Bad Salzuflen zum Thema „Umgang mit der Angst bei Morbus Menière“

(Bericht Edeltraud Mory – Gruppenleiterin SHG Hannover)

Zu unserem Gruppentreffen kamen 15 Betroffene und ein Ehepartner, was zeigt, wie wichtig dieses Thema ist. Sogar einige Betroffene aus der Hamburger Selbsthilfegruppe waren angereist. Als Referenten hatten wir Herrn Müller und Frau Wortmann aus der Reha-Klinik „Am Burggraben“ in Bad Salzuflen zu Gast. Beide arbeiten dort als Psychologen und Psychotherapeuten in der HTS-Abteilung (Hören, Tinnitus und Schwindel).



Nach einer Vorstellungsrunde sammelten wir Situationen, in denen wir Angst wegen Morbus Menière verspüren. Dabei wurden Angst vor Kontrollverlust, vor einer erneuten Drehschwindelattacke, vor Wiederholung eines Anfalls in gleicher Situation, existentielle Ängste, vor Verlust von sozialen Kontakten, vor körperlichen Verletzungen

durch Stürze, andere mit der eigenen Situation zu erschrecken, Hilfe anzunehmen und Angst vor Resignation (in ein depressives Loch zu fallen) genannt.

Anhand von Beispielen haben wir das genauer betrachtet.

Eine Situation wurde beschrieben, dann sollten wir berichten, welche Gedanken wir dabei empfanden. Das Folgende sind Bewertungen, die z.B. so ausgedrückt wurden: „Oh Gott, was ist das jetzt?“, „Halt, stopp!“, „Hoffentlich kommt der Schwindel nicht!“, „Was mach ich dann?“, „Das wäre fürchterlich!“, „Ich kann das nicht kontrollieren!“

Die Gefühle dabei waren: Angst vor Körperreaktionen, Hilflosigkeit und Unsicherheit. Dies wirkt sich auf uns aus. Die Angst wird größer, die Unbeschwertheit geht verloren, der Körper reagiert mit Hyperventilation und Schweißausbrüchen.

Um mit diesen Angst auslösenden Situationen besser umgehen zu können, ist es wichtig, sich über die Erkrankung und deren Auswirkungen gut zu informieren. Hilfreich ist dazu auch der Austausch untereinander, z.B. in einer Selbsthilfegruppe. Dort geben und erhalten wir gegenseitige Unterstützung.

Dann kann sich die Bewertung ändern: „Ich bin nicht allein!“, „Die anderen wissen, wie ich mich fühle.“, „Ich fühle mich verstanden.“

Dabei ist Angst gar nicht verkehrt, denn sie motiviert zum Handeln. Sie hilft, sich besser auf vorausehbare Situationen vorzubereiten, und gewissenhafter mit sich selber umzugehen (z.B. Medikamente und Spucktüten dabeihaben, Handy mitnehmen, Stress reduzieren und versuchen, zu entspannen). Angst ist eine Vorweg-Bearbeitung!

Wichtig ist für uns, die verschiedenen Schwindelarten unterscheiden zu können. Dies kann man an einigen Punkten:

- Beim echten MM-Anfall kann man einen Gegenstand nicht mehr im Blick behalten (Fixieren nicht möglich), der Gegenstand dreht sich mit und die Augen springen hin und her (Nyctagmus).
- Wenn bei Auftreten mit dem Fuß kein weiterer Schwindel auftritt, ist es kein echter MM-Anfall!
- Beim Auftreten wird der Schwindel schlimmer und man kippt evtl. zur Seite: Das ist ein echter MM-Anfall!
- Jede kleinste Bewegung löst neuen Schwindel aus: Das ist ein echter MM-Anfall!

- Ein Angehöriger bleibt bei einem und der Schwindel wird weniger: Das ist kein echter MM-Anfall, sondern durch Angst hervorgerufen.

Auch Angstsymptome lösen weiteren nicht vom Innenohr kommenden Schwindel aus. Dies kann abtrainiert werden, indem man immer wieder in diese Angst auslösenden Situationen hineingeht und diese länger aushält. So kann man erleben, dass nicht jedes Mal wieder ein Schwindelanfall auftritt, so dass die Angst weniger wird und dadurch der Schwindel verschwindet. Dies nennt man Angst-Expositions-Training.

Dieses Thema wird uns weiter beschäftigen.



Die Hamburger Gruppenteilnehmer mussten leider pünktlich aufbrechen, um ihren Zug zu erreichen. Ein Gegenbesuch ist angedacht.

Wir bedankten uns bei Herrn Müller und Frau Wortmann für diesen informativen und interessanten Abend mit einem kleinen Erinnerungsgeschenk.

## Zur gefälligen Beachtung!

KIMM aktuell 2016-2

Der Nachdruck des Artikels „Selbsthilfegruppe Morbus Menière“ von Elke Dirks aus dem Selbsthilfejahrbuch 2016 geschah mit freundlicher Genehmigung der „Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.“. Wir bedanken uns vielmals für die Zusammenarbeit!



Deutsche Arbeitsgemeinschaft  
Selbsthilfegruppen e.V.

## Gruppenleiterschulung in Nürnberg



Brigitte Bakalov

Vom 9.-11. Juni hat wieder eine Gruppeneiterschulung für die Selbsthilfegruppenleiter (INNEN) und alle, die es gern werden möchten, stattgefunden. Durch das Engagement der Selbsthilfegruppenleiterin der SHG Nürnberg, Frau Christiane Heider, durften wir dieses Mal in Nürnberg sein.

Mit der Referentin Brigitte Bakalov von KISS Nürnberger Land hatten wir uns eine super Referentin eingeladen die, mit viel Leichtigkeit, Witz und guter Laune, mit uns viele Fragen und Bereiche rund um die Gruppenleitung erarbeitet hat. Ob es nun im Rollenspiel um schwierige Gruppenmitglieder (Schweiger, Dauerredner) ging, um die eigene Abgrenzung in der Gruppe, um die Motivation einzelner Gruppenmitglieder, es war für jeden etwas dabei.

Gemeinsam kamen wir bezüglich des Gruppenleiters zu diesen Erkenntnissen:

„Der Gruppenleiter ist vom Wesen her ein Macher – er setzt sich gern ein, packt mit an, hat Ideen und kann diese umsetzen. Er ist Ansprechpartner für die Öffentlichkeit, hat Weitblick, Visionen, Wissen und Verantwortung.“

Dass dieser sich dabei aber auch selbst unter enormen Leistungsdruck setzen kann. Darum stellten wir fest: es ist wichtig, dass er auch Aufgaben ablehnen oder delegieren darf. Er muss nicht alles wissen, darf seine Leitungsposition auch abgeben, darf auch mal **NEIN** sagen.“

Andere Themen waren z.B. die **vorbereiteten Arbeiten, die vor Gruppentreffen** organisiert werden müssen oder die Aufgabe der **Moderation**, die ein Gruppenleiter übernimmt und die manchmal falsch verstanden wird. Sie ist wichtig und unerlässlich, muss jedoch nicht unbedingt vom Gruppenleiter übernommen werden.

Am Herzen lagen uns auch Fragen, wie die: **Wie halte ich meine Gruppenmitglieder bei der „Stange“** bzw. wie motiviere ich sie wiederzukommen und Selbsthilfe im weiteren Sinne auch zu geben? Oder auch: wie macht man die Gruppentreffen interessanter? Wählt man vorher **Themen** für die Treffen **oder** lässt man sich von der **Gruppendynamik** leiten?

Es erfolgte ein sehr reger Austausch zwischen den Teilnehmerinnen, durch den sowohl die „Neulinge“ als auch die „alten Hasen“ viel dazugelernt haben. Hier war zu spüren, dass jeder die Probleme der anderen wichtig nahm und dass es allen eine Herzensangelegenheit ist, anderen zu helfen, zu unterstützen.

So war auch das gemeinsame Fazit am Samstag und Sonntag: eine gelungene Veranstaltung mit einer guten Mischung von Themen für neue Gruppenleiterinnen, für langjährige Gruppenleiterinnen und für die, die es vielleicht noch werden wollen.

Besonders wichtig war für alle Teilnehmer(INNEN) der Austausch und die Verbindung untereinander. Der gemeinsame Wunsch war es, ein „Gruppenleiternetzwerk“ aufzubauen. Darum wurde beschlossen, dass im nächsten Jahr wieder eine Gruppenleiterschulung stattfinden sollte, um diese Verbindungen zu pflegen, zur gemeinsamen Erarbeitung von Lösungen und weiterem Kennenlernen und Hilfe für neue SHG-Gruppenleiter.

An dieser Stelle sagen wir alle ein herzliches Dankeschön an KIMM e.V., der uns diese Weiterbildung finanziell ermöglicht hat.

# Erfahrungsberichte



## „Frühjahrstagung in Bad Berleburg“

Irgendwann, ich weiß es gar nicht mehr so genau, es muss in 2008 gewesen sein, diagnostizierte mein HNO „Morbus Menière“. Voraus gingen Hörstürze, Schwindel, Übelkeit mit beginnendem Tieftontinnitus und zunehmender Schwerhörigkeit. Mit dem Begriff „Morbus Menière“ konnte ich zum damaligen Zeitpunkt nichts anfangen. Natürlich habe ich mich informiert, ich mochte diese Diagnose jedoch nicht und war damals der festen Überzeugung, dass ich diese Krankheit nicht hatte. Es waren doch nur einzelne Anfälle – NEIN, das war nicht meine Krankheit!

Der Hörverlust begann bereits in 1997 beim ersten Hörsturz mit beginnendem tiefen Brummen im Ohr. Jetzt sollte ich auf einmal an Morbus Menière erkrankt sein? Die damals noch seltenen Anfälle habe ich in die Stressschublade gesteckt; ich war einfach nur schwerhörig und hatte Ohrensausen.

Und dann, auf einmal, war er da, mächtig und gewaltig wie nie zuvor, oftmals mit täglichen Anfällen. Mit immer schlechter werdendem Hören und Erschöpfungszuständen schleppte ich mich dennoch zur Arbeit. Ich musste doch funktionieren! In dieser Zeit voller Ängste und Sorgen um meine Zukunft war ich pausenlos im Internet unterwegs, um mehr über diese Krankheit zu erfahren.

So bin ich 2016 auch zu KIMM gekommen, dem Verein für Morbus Menière-Betroffene. Hier fand ich jede Menge Informationen, wie Arztberichte, Erfahrungsberichte und Tagungen zu dieser Krankheit. Endlich Menschen, die verstehen, was man durchmacht. Das war Balsam für meine Seele und endlich mein persönliches Eingeständnis – ja, das ist meine Krankheit! Natürlich bin ich sofort bei KIMM beigetreten. Ich wollte Mitglied sein, mehr erfahren, gar selbst eine Selbsthilfegruppe gründen. Der Kontakt war schnell hergestellt. Ich hatte Halt gefunden und auch teilweise meine Angst verloren.

Im März 2017 habe ich, zusammen mit meinem Lebensgefährten, das erste Mal eine KIMM-Tagung in Bad Berleburg besucht. In einer gemütlichen Gaststätte haben wir uns am Vorabend

getroffen. Es war sofort ein herzliches Verhältnis in lockerer Atmosphäre. Wir wurden gleich in die Runde mit aufgenommen und hatten einen schönen Abend. Der nächste Tag begann mit der Mitgliederversammlung – beeindruckend, was dieser Verein leistet und das alles ehrenamtlich! Nach einer gemütlichen Kaffeepause gab es interessante Vorträge, neue und alte Erkenntnisse über Therapien und das Finden der Lebensbalance. Toll waren die Pausen und der Austausch mit anderen MM-Erkrankten.

Am Nachmittag der Tagung wurden verschiedene Workshops angeboten. Ich hatte mich spontan für „Selbsthilfe erleben und mitgestalten“ entschieden, da ich selbst gerne eine Selbsthilfegruppe gründen möchte. Mein Lebensgefährte hat am Workshop „Und wie geht es mir (für Angehörige)“ teilgenommen. Darüber war ich sehr glücklich, denn ich kann mir sehr gut vorstellen, dass es ganz schön schwierig sein muss, seinen Partner mit einer solchen Krankheit zu unterstützen: „Was ist richtig, was ist falsch, was kann ich tun, um meinem Partner zu helfen, wie kann ich helfen und letztendlich, wie fühle ich mich dabei.“ Es ist einfach nicht so, dass nur der, der betroffen ist, darunter leidet. Die Krankheit des einen, schränkt den anderen in gewisser Weise ebenso ein.

Aus seinen Erzählungen kann ich berichten, dass er mich in jeder Hinsicht unterstützen wird.

Abschließend kann ich einfach nur berichten, dass ich mich bereits heute auf die Herbsttagung in Hamburg freue, auf den Austausch und auf bekannte Gesichter. Vielen herzlichen Dank an alle, die mit großem Engagement die Tagungen vorbereiten. Es lohnt sich!

*Hildegund Corvisier*

## Meine Reha in Bad Salzuflen in der MEDIAN „Klinik am Burggraben“ vom 7.12.16 bis 18.1.17

**B**ad Salzuflen ist ein schönes Städtchen mit einem großen Kurpark sowie vielen schönen alten Häusern. Es gibt mehrere Kurkliniken, die Klinik am Burggraben besteht aus 3 Häusern, wo verschiedene Erkrankungen behandelt werden.



Die HTS-Abteilung (Hören, Tinnitus, Schwindel) befindet sich in dem kleinsten Gebäude, die Zimmer sind mit Lichtklingel, -wecker und -telefon ausgestattet. Für CI-Implantierte werden PCs auf dem Zimmer zur Verfügung gestellt, um daran Hörtraining selbst durchzuführen.

Die Zimmer sind Einzelzimmer, in denen aber bei Bedarf für Begleitpersonen ein Klapp-Bett gestellt werden kann. Jedes Zimmer hat ein Bad mit Dusche, WC und Waschbecken.

Die Aufnahme erfolgt im Haupthaus in der Anmeldung, anschließend geht man mit einem Plan der Gebäude zu seiner Station, wo dann der Stationsarzt die Aufnahmeuntersuchung macht.

Therapieangebote werden im ganzen Haus und auch draußen angeboten, Vorträge finden im Gebäude der HTS-Abteilung „Wiesenhof“ statt.

Das Essen wird in einem kleineren Speisesaal eingenommen, leider gibt es zwei Essenszeiten dort, so dass es manchmal schwierig ist mit der Einhaltung der Essenszeiten.

Das Mittagessen kann aus 2-3 Menüs gewählt werden an einem PC in der Nähe des Speisesaals, es gibt täglich ein vegetarisches Essen, auch besondere Nahrung wegen Allergien wird zubereitet!

Morgens und abends kann man an einem Buffet sein Essen selbst zusammenstellen. Die Auswahl ist gut. An den Feiertagen gibt es auch Speisen, die es sonst nicht gibt.

Ganz wichtig waren die aufklärenden Vorträge, die für mich eine Wiederholung (durch meine beiden vorigen Rehas), aber auch Ergänzung waren.

- Technische Hilfsmittel: Hörgeräte und viele Zusatzgeräte
- Pathologie des Gleichgewichts (Die Pathologie ist ein Teilgebiet der Medizin, das sich mit der Beschreibung und Diagnose von krankhaften Vorgängen und Zuständen im Körper beschäftigt. Gegenstand der Erforschung sind sowohl Einzelphänomene (Symptome) als auch Symptomverbände (Syndrome) sowie Missbildungen aller Art.)
- Tinnitus
- Hyperakusis
- Physiologie des Hörens (Die Lehre von der Funktionsweise des Körpers und seiner Organe)

- Schlafstörungen
- Cochlea Implantat
- Physiologie des Gleichgewichts
- Angst
- Ärger
- Hörstress

Folgende sportliche Verordnungen gab es für mich:

- Gleichgewichtstraining in der Gruppe (fast täglich)
- Wirbelsäulengymnastik in der Gruppe (fast täglich)
- Wassergymnastik (2mal je Woche)
- Aquarobic (fast täglich)
- Einzelgymnastik (1mal je Woche)
- Nordic Walken
- Tai Chi

Dazu wurde abends noch weitere sportliche Bewegung angeboten: Qui Gong, Yoga, Federballspiel, Tischtennis, Jonglieren für Anfänger und manchmal auch Tanzen im Forum. Schwimmen im Schwimmbad war täglich zu angesetzten Zeiten möglich.

Aber auch an Bastelangeboten, Lesungen und gemeinsamem Singen habe ich gern teilgenommen.

In den ersten Wochen war ich von den Therapien so erschöpft, dass ich nach dem Abendessen nur noch auf mein Zimmer ging. Erst ab Ende der 3. Woche konnte ich abends auch einige Angebote nutzen.

Die Therapien waren besonders anstrengend, wenn viele sportliche Aktivitäten dicht aufeinander folgten. Doch es hat sich gelohnt! Ich habe mein Gleichgewicht wieder so gut trainiert, dass ich heute sogar wieder mit meinem Fahrrad hier zu Hause fahren kann. Dies war mir schon ein Dreivierteljahr nicht mehr möglich. Und vor der Reha bin ich draußen nur noch mit Walkingstöcken gegangen, diese konnte ich schon nach kurzer Zeit meiner Reha stehen lassen und habe sie nur noch zum Nordic Walken benutzt!

Eine besondere Herausforderung für mein Gleichgewicht war das abends angebotene Jonglieren. Ich habe es am Ende meines 6-wöchigen Aufenthaltes ausprobiert. Es hat viel Spaß gemacht, und das ist wichtig!



Auch Federballspielen mit mehreren war sehr lustig, und da wir genügend Teilnehmer waren, konnte sich immer jemand zwischendurch ausruhen.

Besonders wichtig für mich waren die Gespräche, viermal in einer kleinen Gruppe mit anderen Schwindelpatienten, aber auch Einzelgespräche mit meiner Bezugspsychologin, ebenso die vielen Gespräche zwischendurch mit anderen Patienten, in denen jeder sich austauschen konnte.

In der Wahrnehmungsgruppe ging es darum, etwas auf sich wirken zu lassen und dabei zu beobachten, ohne es zu bewerten. Das fiel vielen schwer, doch es ging ja nicht um Kritik, sondern es sich bewusst zu machen. Vieles war lustig, aber ein Schlüsselerlebnis hatte ich dabei. Das Spiel hat mich zurückversetzt in Situationen auf der Arbeit und zu Hause, die für mich sehr schwer auszuhalten waren. Das hat bei mir aber etwas in Gang gesetzt, so dass ich nach meiner Reha hier auf der Arbeit einiges geändert habe. Dadurch geht es mir jetzt besser!

Entspannungsverfahren wie Musikentspannung und Progressive Muskelentspannung haben mir geholfen, wieder etwas abzuschalten. Wobei ich die Musikentspannung besser auf meinem Zimmer allein genießen konnte.

Hydrojet und einige klassische Massagen haben auch zu meinem Wohlbefinden beigetragen.

Während meiner Erkältung konnte ich morgens zum Inhalieren gehen, so dass die Beschwerden gelindert wurden.

Das Gute war, dass fast zu jeder Zeit ein Ansprechpartner da war! Die HNO-Ärzte, der Stationsarzt und Pflegepersonal haben sich Zeit genommen für meine Fragen und Anliegen, ebenso die Audiotherapeuten. Und besonders meine Einzelpsychologin hat mir weitergeholfen, indem sie mir auch mal andere Sichtweisen verdeutlicht hat.

Hier noch einige Ergänzungen, warum ich diese Klinik für Menière-Betroffene empfehlen kann:

Es gibt ein Konzept, in dem die verschiedenen Therapien für die Ausgangssituation eines Menière-Betroffenen zusammengestellt werden:

Die Vorträge sind für alle Patienten, die eine Reha rund ums Hören machen, da auf Information und Aufklärung besonderer Wert gelegt wird. Wer weiß, was mit seinem Körper passiert, hat weniger Angst und kann lernen, besser mit diesen

bedrohlich erscheinenden Zuständen zurecht zu kommen.

In Gruppengesprächen können die Betroffenen ihre Situation schildern, aber auch von anderen hören, wie sie mit ihren Problemen umgehen. Diese werden von einem ausgebildeten Psychologen geleitet, so dass dabei jederzeit bei auftretenden Problemen geholfen wird. Man ist nicht allein mit seinen Ängsten und Sorgen. Es gibt Gesprächsgruppen speziell für Schwindel oder Tinnitus, Schwerhörigkeit und CI-Patienten.

Einzelgespräche können helfen, eine andere Sichtweise zu erlangen und das eigene Handeln zu überdenken. Hier können auch andere Sorgen angesprochen werden.

Je nach Ausgangssituation wird ein speziell auf den Einzelnen zugeschnittenes Sportprogramm zusammengestellt: In Gruppen: Gleichgewichtstraining für Schwindelpatienten, Wassergymnastik, Aquaaerobic oder Aquajogging, Nordic Walken, Walken oder Spazierengehen in der frischen Luft, Einzelphysiotherapie, Schwimmen auch in der freien Zeit bei Öffnung des Schwimmbades. Zusätzlich wird für andere körperliche Einschränkungen auch z.B. Rückengymnastik in der Gruppe angeboten.

Durch die Bewegung wird das Gleichgewicht trainiert, der Betroffene bekommt wieder mehr Vertrauen in sich und seinen Körper. Das weitet auch seinen Aktionsradius mit der Zeit aus.

Gerade bei Tinnitus und Hyperakusis ist es wichtig, sich Strategien anzueignen, um sich abzulenken und nicht immer in sich hineinzuhorchen. Das kann man bei verschiedenen Entspannungsverfahren lernen, aber auch alles, was Spaß macht, kann dabei helfen. Ebenso ist die Wahrnehmungsgruppe dafür eine gute Möglichkeit, sich auszuprobieren und vom Tinnitus abzulenken.

In der Audiotherapie wird die Hörsituation getestet und besprochen, Hörgeräte und Hilfsmittel zum besseren Verstehen empfohlen und zum Testen bereitgestellt, ebenso aber auch vorhandene Hörhilfen auf die bestehende Hörsituation neu eingestellt. Fragen werden ausführlich beantwortet. Das Hören wird geübt, wo es Probleme gibt, um das Verstehen zu verbessern. Das entstresst, weil dann das Hören nicht immer überanstrengt.



In der Reha ist man aus der alltäglichen Situation zu Hause isoliert. So kann man sich intensiver als im Alltag mit sich und seiner Situation befassen und daran arbeiten, sie zu verbessern. In der Klinik sind geschulte Therapeuten, die sich intensiv bemühen, uns Betroffene dabei zu unterstüt-

zen. Eine eigene Mitarbeit ist aber unabdingbar!  
 Danke für die Zeit in der Klinik am Burggraben!  
*Edeltraud Mory*

Weitere Infos zur Klinik finden Sie auf der Homepage: [www.median-kliniken.de](http://www.median-kliniken.de)



Auflösungen zu den Rätseln auf Seite 57

**LEICHT 1**

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

**LEICHT 2**

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

3	X	6	-	9	=	9
X		-		-		
8	-	4	X	5	=	20
:		X		-		
2	X	7	:	1	=	14
=		=		=		
12		14		3		

**MITTELSCHWER 1**

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

**MITTELSCHWER 2**

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

1	X	2	X	3	=	6
X		X		X		
6	X	9	+	4	=	58
X		X		+		
7	X	5	+	8	=	43
=		=		=		
42		90		20		

**SCHWER 1**

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

**SCHWER 2**

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

1	X	7	X	9	=	63
X		-		:		
6	X	5	:	3	=	10
-		X		X		
2	X	8	-	4	=	12
=		=		=		
4		16		12		

4	+	8	+	9	=	21
+		-		+		
1	+	3	+	6	=	10
-		+		+		
2	+	5	+	7	=	14
=		=		=		
3		10		22		



*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



**Rezension zu:**  
**Ruckenstein, Michael J. (2010)**  
**Ménière´s Disease.**  
**Evidence Outcomes.**

*Plural Publishing. San Diego, Oxford, Brisbane.*  
 162 Seiten

**A**ls M. Menière wird eine Erkrankung des Innenohres bezeichnet, die mit Drehschwindelattacken bei einem Endolymphhydrops und meist einem zunehmenden Funktionsverlust der Hör- und Gleichgewichtsfunktionen einhergeht. Leitsymptome sind nicht vorhersehbare Drehschwindelanfälle, oft mit heftigem Erbrechen, Hörstörungen und ein typischerweise tieffrequenter Tinnitus. Der subjektiv empfundene Charakter der Schwindelsymptomatik kann sich im Verlauf der meist über viele Jahre anhaltenden Erkrankung sowohl aufgrund der organischen Einbußen wie auch im Rahmen einer gelingenden Verarbeitung ändern (1).

**M. J. Ruckenstein** arbeitet und forscht als einer der anerkanntesten Spezialisten auch zu M. Menière an der Universität von Pennsylvania in Philadelphia. **2010** hat er mit anderen renommierten englischsprachigen Kollegen eine – muss man inzwischen sagen – **fundierte englischsprachige Zwischenbilanz** gezogen mit dem Anspruch, einen evidenzbasierten Zugang zur Analyse des Morbus Menière zu finden. Dabei haben er und seine Co-Autoren die bis dahin vorliegende (und bis heute nicht wesentlich veränderte) Untersuchungslage zur Pathophysiologie und zur Behandlung einer strengen und kritischen Analyse unterzogen.

Im **historischen Rückblick** konstatiert Marc D. Eisen, dass die wesentlichen Kennzeichen der Erkrankung schon von P. Menière 1861 beschrieben wurden. Den nächsten Erkenntnisschritt ermöglichten Yamakawa sowie Hallpike und Cairns 1938 an Felsenbeinpräparaten (2). Dabei ist es sicher ein großer Fortschritt, den endolymphatischen Hydrops heute schon beim lebenden Patienten im MRT sichtbar machen zu können (3). Dennoch gibt es trotz mannigfaltiger Untersuchungen auch heute noch mehr Fragen als siche-

re Antworten. So bleibt die wissenschaftliche Literatur zu Morbus Menière mit vielen Konjunktiven, empirischen Behandlungen und unkontrollierten anekdotischen Evidenzen versehen.

Zur **Epidemiologie** beschreibt Raj C. Dedhia, dass viele, meist retrospektive Untersuchungen nicht vergleichbar sind, da die Kriterien eines Morbus Menière zu unterschiedlich gefasst wurden. Dennoch scheint es so zu sein, dass die Inzidenz zwischen 4 bis 28 pro 100.000 anzunehmen ist. Das weibliche Geschlecht scheint etwas häufiger betroffen zu sein. Auf der Basis von Audiometrie-Befunden in Kombination mit der Anamnese von Tinnitus und Schwindel hätten wohl 11 % der Patienten bei Beginn der Diagnose einen zweiseitigen Menière und 14 % würden innerhalb von 7,6 Jahren einen beidseitigen Menière entwickeln. Eine familiäre Häufung mit einem autosomalen Vererbungsgang konnte in 5 – 15 % der Fälle gesehen werden.

Ruckenstein selbst schreibt zur **Pathophysiologie**, dass die erkennbaren morphologischen Veränderungen nicht unbedingt mit den klinischen Erscheinungen einhergehen. So finden sich ebenso viele Felsenbeinpräparate mit Hydrops-Zeichen bei Patienten mit und ohne Menière-Erkrankung.

Ebenso ist die – scheinbar erklärende – Annahme für den Hydrops, dass sich der Flüssigkeitsverlauf der Endolymph – wie lange angenommen wurde – längs entlang des Endolymphschlauchs bewegt, wohl zu vernachlässigen. Eher scheint die Regulation der Endolymph überwiegend lokal und radial durch die Perilymphe und recycelt in die Scala media durch die Spiralligamente in den Striae vascularis zu erfolgen. So kann das Konzept, dass es durch einen erhöhten endolymphatischen Druck zu einer Ruptur der Reißnerschen Membran kommt, nicht durch die experimentelle Literatur bestätigt werden. Stattdessen muss festgehalten werden, dass der endolymphatische Hydrops, der mit dieser Erkrankung verbunden wird, höchstwahrscheinlich nur ein Epiphänomen ist und nicht der direkte pathophysiologische Mechanismus, der für die Symptome verantwortlich ist. Dies bedeutet, dass eine komplette Neuuntersuchung der Pathophysiologie notwendig ist, die zwar **auch**



den endolymphatischen Hydrops erklärt, ihn aber nicht als alleiniges Merkmal beinhaltet. Ungünstigerweise bestehen bei der auch deswegen in Betracht gezogenen „Kanalpathologie-Hypothese“ mehr Unklarheiten und Erklärungsprobleme als gesicherte Fakten.

Das Phänomen der „aural fullness“, des Gefühls eines „**vollen Ohrs**“, wird als klassische Konditionierung erklärt: In der Jugend gehen oft Mittelohrentzündungen mit einem tieffrequenten Hörverlust einher. Demensprechend erinnert (umgekehrt) der tieffrequente Hörverlust speziell an diese Empfindung.

Die **Dysakusis bzw. Diplakusis** wird dadurch erklärt, dass ein einzelner Stimulus – gleichzeitig von dem normalen und dem geschädigten Ohr aufgenommen – als zwei verschiedene Töne vom zentralen Nervensystem verstanden werden muss.

Dass auch Placebos Schwindelepisoden bei den Patienten zwischen 60 und 80 % mindern, wird mit der Beteiligung des **Zentralnervensystems** erklärt. Auch wieder rein spekulativ könnte – so Ruckenstein – ein Einfluss auf die Cortison-Rezeptoren in den Striae vascularis vermutet werden, ohne dass es auch dafür Belege gäbe. So sind weitere und vor allem andere Untersuchungen notwendig, wenn man den Morbus Menière über sein Epiphänomen „Hydrops“ tiefer verstehen will.

Rauch stellt in dem Kapitel zur **Histopathologie** Präparate mit einem endolymphatischen Hydrops vor – auch von einem Patienten ohne Morbus Menière. Beschrieben wird, dass die Typ II-Sinneszellen überwiegend in den Bogengängen geschädigt werden. Der

Zustand der Sinneszellen im Utrikulus und im Sacculus entspräche dem bei einer altersentsprechenden Kontrolle festgestellten.

In dem Kapitel zu **Behandlungsansätzen** von Shen und Ruckenstein wird ausgeführt, dass viele Therapieansätze allein schon wegen der unsicheren pathophysiologischen Grundlage ins Leere laufen müssen, auch wenn sie sich noch so stimmig anhören. So bietet keines der verfügbaren Medikamente mehr therapeutische Effektivität als ein Placebo, auch nicht Betahistin (4). Da es aber keine anderen Behandlungsmöglichkeiten gibt und die zu erwartenden Nebenwirkungen gering sei-

en, scheine auch der Placebo(!)-Einsatz aus Sicht der Autoren gerechtfertigt. Die Nebenwirkung einer „enttäuschten Hoffnung“, die dann auch über das zentrale Nervensystem Effekte zeigt und insbesondere den weiter unten beschriebenen Kontrollverlust um einen Vertrauensverlust erweitert, wird nicht erwogen (5).

Bei den invasiven Verfahren stellt Ruckenstein – mit dem Stand von 2010 – die intratympanalen Cortison-Versuche vor, die bis dahin keine wirklich guten Ergebnisse über Placebo-Wirkungen hinaus erbracht haben. Die Patel-Studie von 2016 war bis dahin noch nicht publiziert (6). Zur Saccotomie wird ausführlich die Diskussion um die Placebo-Operation von Thompson aus Dänemark wiedergegeben, die viele Diskussionen und Ärger unter den Saccotomie-Befürwortern hervorgerufen hat. Trotz der von den Befürwortern durchgeführten „Neuberechnungen“ wird darauf hingewiesen, dass die Placebo-Operation längerfristig die gleichen Effekte hat wie die Saccotomie – auch neu berechnet.

Staab beschreibt in einem eigenen Kapitel sehr ausführlich den Stand der Publikationen zu **psychologischen Faktoren bei Morbus Menière**. Die Betrachtungsweisen zum Einfluss der Psyche auf die Somatik haben sich mit den Strömungen der Zeit gewandelt. So standen am Anfang sehr analytische Betrachtungen, die sich nachher eher in Richtung Stressforschung bewegt haben. Dabei wird der äußere Stress von den meisten Patienten als Trigger-Symptom des Morbus Menière angenommen. Prospektive Studien zeigen hingegen, dass diese Aussage nur auf eine Minderheit von Patienten zutrifft.

Immer wieder wird auf die Phänomene „Druck, Getriebenheit und Selbsthemmung“ als Persönlichkeitsmerkmale hingewiesen. Dies könne ein Hinweis für eine erhöhte Vulnerabilität sein, ohne dass diese Hypothese getestet ist. Auch hier gibt es keine Längsschnittstudien mit einer adäquaten Größe oder Dauer.

Eckhardt-Henn wird zitiert mit der zutreffenden Beobachtung, dass rezidivierter Schwindel – auch bei Patienten mit M. Menière – ganz spezifisch das Gefühl der Kontrolle beeinträchtigt (7). So ist es zu verstehen, dass bei Mitgliedern der englischen Menière Society allein schon das Verschi-



cken eines Faltblatts mit Fakten zu Ménière zu einer Besserung der Lebensqualität führte.

Gewissheit herrscht darüber, dass Patienten mit rezidivierendem Schwindel mehr Angst und mehr Depressionen zeigen, wobei die Ausprägungen immer sehr individuell zu sehen sind. Dabei korrelieren die objektiven Daten nicht mit dem Ausmaß der Angst oder Depression. Sie sind aber keine Vorbedingung für den Morbus Ménière, sondern können wohl vor allem danach reaktiv auftreten. Besonders die Angstkomponente hat einen negativen Effekt auf die Funktionsparameter und auf das Ergebnis der medizinischen und chirurgischen Behandlungsversuche. Es gibt allerdings keine kontrollierten Studien dazu.

Im **Abschlusskapitel** fasst Ruckenstein zusammen, dass evidenzbasiert viele Fragen schlicht nicht beantwortbar sind und nach wie vor im Raum stehen. Er hofft auf die schnelle Ausweitung von genetischen und anderen molekularbiologischen Techniken. Bis dahin machten Tierstudien seiner Meinung nach keinen Sinn. Dabei hofft er auf den Tag, an dem die Forscher auf diese Zeit zurückschauen und die bisherigen Ansätze dann als überkommen ansehen dürfen.

**Zusammenfassend** kann man zu dem Buch sagen, dass der schlauer ist, der weiß, was er nicht wissen kann. So beleuchtet das Buch die bisher bestehenden Kenntnisse und Verkennungen, lässt uns aber bescheiden, aber produktiv gemeint, mit mehr Fragen als Antworten zurück. Dennoch ist es jetzt schon möglich, viele Auswirkungen dieser – peripheren!!!! – Erkrankung auszugleichen und vor allem den Schwindel zu stoppen. Darüber hinaus bleibt die Hoffnung, sich irgendwann nicht weiter nur an den Symptomen orientieren zu müssen.

## Literatur:

1. Tyrrell, J., White, M.P., Barrett, G., Ronan, N., Phoenix, C., Whinney, D.J., Osborne, N.J. (2015) Mental Health and Subjective Well-being of Individuals with Ménière's: Cross-sectional Analysis in the UK Biobank. *Otol Neurotol*.
2. Hallpike, C.S., Cairns, H. (1938) Observations on the pathology of Ménière's syndrome. *J Laryngol Otol* und Yamakawa K (1938) Über pathologische Veränderungen bei einem Ménière-Kranken. *J Otolaryngol Soc Jpn* 4: 2310–2312
3. Gürkov, R., Pyykoe, I., Zou, J., Kentala, E. (2016) What is Ménière's disease? *J Neurol* 263 (1): S. 71– 81
4. Adrion, Simone, Fischer C., Wagner J., Gürkov R., Mansmann U., Strupp M. (2016) Efficacy and safety of betahistine treatment in patients with Ménière's disease: primary results of a long term, multicentre, double blind, randomised, placebo controlled, dose defining trial (BEMED trial) *BMJ* 2016;352:h6816 doi: 10.1136/bmj.h6816)
5. Schaaf, H. (2016) Der Ménière-Erkrankte und seine Interaktion mit dem HNO-Arzt. Manuskript für MedizinerInnen Forum HNO. 134-139
6. Patel, M., Agarwal, K., Arshad, Q., Hariri, M., Rea, P., Seemungal, B M., Golding, J.F., Harcourt, JP., M Bronstein, A. M. (2016) Intratympanic methylprednisolone versus gentamicin in patients with unilateral Ménière's disease: a randomised, double-blind, comparative effectiveness trial. *Lancet* ; 388: 2753–62 <http://dx.doi.org/10.1016/>
7. Eckhardt-Henn, A., Tschan, R., Best, C., Dieterich, M. (2009) Somatoforme Schwindelsyndrome *Nervenarzt* 80:909–91
8. Plontke, S.K., Gürkov, R. (2015) Morbus Ménière. *Facharztwissen HNO. LRO*; 94: 530-554.
9. Schaaf, H. (2017) M. Ménière. 8. Auflage . Springer, Heidelberg. 312 S.

# Sudoku Das Kulträtsel aus Japan



## Rechnen im Quadrat

LEICHT 1

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

LEICHT 2

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

	X		X		=	63
X		-		:		
	X		:		=	10
-		X		X		
	X		-		=	12
=		=		=		
4		16		12		

MITTELSCHWER 1

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

MITTELSCHWER 2

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

	+		+		=	21
+		-		+		
	+		+		=	10
-		+		+		
	+		+		=	14
=		=		=		
3		10		22		

SCHWER 1

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

SCHWER 2

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

	X		-		=	9
X		-		-		
	-		X		=	20
:		X		-		
	X		:		=	14
=		=		=		
12		14		3		

	X		X		=	6
X		X		X		
	X		+		=	58
X		X		+		
	X		+		=	43
=		=		=		
42		90		20		

SUDOKU KIMM aktuell 2017-1

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

## Reha- Kliniken für Morbus – Menière – Patienten

**Bad Berleburg:** Rothaarklinik, Fachklinik für Hörstörungen, Tinnitus und Schwindel, Arnikaweg 1, 57319 Bad Berleburg, Telefon (02751) 88-400 00, Telefax (02751) 88-751 15, <http://www.helios-kliniken.de/klinik/bad-berleburg-rothaarklinik/medizin/hoerstoerungen-tinnitus-und-schwindel.html>

Rehabilitationszentrum für Innere Medizin/Kardiologie, Konservative Orthopädie/Traumatologie, Hörgeschädigte, Tinnitus-Betroffene sowie Gleichgewichtsstörungen, Schwindel und Morbus Menière. Chefärztin: Prof. Dr. med. Anette Weber

**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](http://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.median-kliniken.de](http://www.median-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

**Bad Salzuflen:** MEDIAN-Klinik am Burggraben, Alte Vlothoer Straße 47 - 49, 32105 Bad Salzuflen, Tel.: 05222 37 - 3041, Fax: 05222 37 - 3042, [www.median-kliniken.de](http://www.median-kliniken.de)

Rehabilitationsklinik mit einer Fachabteilung für Hörstörungen, Tinnitus, Schwindel und Cochlea-Implantaten (HTS-Abteilung). Medizinische Leitung: Dr. med. Elmar Spyra

## Impressum

### HERAUSGEBER:

KIMM e.V. Margarete Bauer  
eingetragen Amtsgericht Stuttgart Registernummer 260938  
Kettelerstraße 10, 97074 Würzburg, Telefon 0931-35814044  
E-Mail: [info@kimm-ev.de](mailto:info@kimm-ev.de) [www.kimm-ev.de](http://www.kimm-ev.de)

### CHEFREDAKTION:

Dietmar Aland, (V.i.S.d.P.)  
E-Mail: [d.aland@kimm-ev.de](mailto: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](mailto: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./Archiv Helios Kliniken Bad Berleburg

### GESTALTUNG UND LAYOUT:

:schramms graphik-design & digital media art  
E-Mail: [info@schramms.de](mailto:info@schramms.de), [www.schramms.de](http://www.schramms.de)

**DRUCK:** Druckladen Bonn GmbH,  
Euskirchener Str. 30, 53121 Bonn-Endenich,  
Homepage: [www.druckladen-bonn.de](http://www.druckladen-bonn.de)

### ANZEIGENVERWALTUNG:

Walther Dierlamm  
E-Mail: [w.dierlamm@kimm-ev.de](mailto: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](mailto:dieter.lehr@gmx.de)

## **Coburg**

Elvira Bauer  
E-Mail: [feoh7@gmx.de](mailto:feoh7@gmx.de)  
Tel. 0175/8645533 - [www.elba-lampre.de](http://www.elba-lampre.de)

## **Düsseldorf**

Elke Dirks  
E-Mail: [meniere-dus@t-online.de](mailto: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](mailto: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](mailto:MeniereFrankfurt@Gmail.com)

## **Hamburg**

Jan-Felix Wittmann  
Tel. 0159/02166339  
E-Mail: [meniere.hamburg@gmail.com](mailto:meniere.hamburg@gmail.com)

## **Hannover**

Edeltraud Mory  
Tel. 05034/4255  
E-Mail: [e.mory@kimm-ev.de](mailto:e.mory@kimm-ev.de)

## **Schweiz**

Ansprechpartnerin für Menschen mit Morbus Menière in der Schweiz  
Ann Ladstätter      E-Mail: [alad@gmx.ch](mailto:alad@gmx.ch)

## **Köln**

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

## **Lübeck**

Adelheid Munck  
Tel: 0451/795145  
E-Mail: [adelheid\\_munck@freenet.de](mailto:adelheid_munck@freenet.de)  
(keine regelmäßige Gruppe sondern persönliche Beratung)

## **MÜNCHEN**

Edit Scheidl  
Tel: 089/78005248  
E-Mail: [edith.scheidl@web.de](mailto:edith.scheidl@web.de)

## **Nürnberg**

Christiane Heider  
Tel: 0911/646395  
E-Mail: [chistiane.heider@nefkom.net](mailto:chistiane.heider@nefkom.net)

## **Stuttgart**

E-Mail: [TIMM\\_Stuttgart@web.de](mailto:TIMM_Stuttgart@web.de)  
Marion Brühl  
Tel. 0151/11673250

## **Würzburg**

Ines Lux  
E-Mail: [i.lux@kimm-ev.de](mailto:i.lux@kimm-ev.de)  
oder  
Margarete Bauer  
Tel. 0931/35814044  
E-Mail: [m.bauer@kimm-ev.de](mailto: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](http://www.kimm-ev.de) , Menü: „Örtliche Selbsthilfegruppen“



# Kliniken – Adressen und Infos

## zu Kliniken, Reha-Einrichtungen und Schwindelambulanzen

---

**Aachen:** Klinik für HNO, UK Aachen, Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen, [www.hno.ukaachen.de](http://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](http://www.tinnitus-klinik.net) [www.drhschaaf.de](http://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](http://www.hno-praxis-sulzbach.de) [www.main-taunus-privatklinik.de](http://www.main-taunus-privatklinik.de)

**Berlin:** HNO-Klinik im UKB, Warener Straße 7, 12683 Berlin, [www.ukb.de](http://www.ukb.de)

**Erlangen:** HNO Uniklinik, Waldstraße 1, 91054 Erlangen, Abteilung für Gleichgewichtsdagnostik [www.hno-klinik.uk-erlangen.de](http://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](http://www.schwindel-zentrum-essen.de)

**Freiburg:** Uni. Klinikum, HNO, Kilianstr. 5, 79106 Freiburg, [www.uniklinik-freiburg.de/hno](http://www.uniklinik-freiburg.de/hno)

**Fürth:** EuromedClinic, HNO, Europa-Allee 1, 90763 Fürth, [www.euromed.de/medizin/fachbereich/hals-nasen-ohren-heilkunde.html](http://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/](http://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/](http://www.medizin.uni-koeln.de/kliniken/hno/)

**Mainz:** Römerwallklinik -Fachklinik für akute und chronische HNO-Erkrankungen, Römerwall 51 - 55, 55131 Mainz, [www.roemerwallklinik.de](http://www.roemerwallklinik.de)

**Mainz** Uni. Klinik, HNO, Langenbeckstr. 1, 55101 Mainz, [www.unimedizin-mainz.de/hno/startseite/startseite.html](http://www.unimedizin-mainz.de/hno/startseite/startseite.html)

**Münster:** Uni. Klinik, HNO, Kardinal-von-Galen-Ring 10, 48149 Münster, [www.klinikum.uni-muenster.de](http://www.klinikum.uni-muenster.de)

**Münster:** Zentrum für HNO Münster/Greven, Prof. Dr. med. Frank Schmä, Maria-Josef-Hospital GmbH, Lindenstr. 37, 48268 Greven, [www.zentrum-hno.de](http://www.zentrum-hno.de), [www.schwindelexperte.de](http://www.schwindelexperte.de)

**München:** HNO-Klinik Dr. Gaertner, Schwindelambulanz, MVZ Bogenhausen, Possartstraße 27, 8179 München, [www.gaertnerklinik.de/klinikambulanz](http://www.gaertnerklinik.de/klinikambulanz)

**München:** Klinikum Großhadern, Marchionini-Str. 15, 81377 München, [hno.klinikum.uni-muenchen.de](http://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](http://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/](http://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](http://schwindelambulanz-sinsheim.de), [schwindel-hilfe.de](http://schwindel-hilfe.de)

**Tübingen:** Uni. HNO Klinik, Elfriede-Aulhorn-Str. 5, 72076 Tübingen, [www.hno-heilkunde-tuebingen.de/index.html](http://www.hno-heilkunde-tuebingen.de/index.html)

Die Liste der Reha-Kliniken für Morbus-Menièr-Patienten finden Sie auf Seite 54