

KIMM

aktuell



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

KIMM e.V. tagt zum 1. Mal in Norddeutschland:

Tagung Hamburg

Fachvorträge

Bericht einer MM-Patientin

*Round Table mit
spannenden Fragen*

Fachartikel

*zu einer neuen OP-Methode
bei Morbus Menière*

Erfahrungsberichte

... um anderen Mut zu machen

Selbsthilfe vor Ort

Vortrag in Köln

Austausch in Nürnberg

Infos

Fachliteratur

*Reha-Kliniken und
Kliniken für MM*

MM-Selbsthilfegruppen

Einladungen zu den Tagungen 2018

nach Bad Grönenbach und Berlin



Kontakte und Informationen zu Morbus Menière

Werbung entfernt

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

Sie halten die druckfrische Ausgabe von „KIMM aktuell“ in Händen. Für alle, die nicht zur Herbsttagung nach Hamburg kommen konnten, ist das eine gute Gelegenheit, sich darüber genau zu informieren. Und die vielen Mitglieder, die beim „1. Hamburger Menière-Symposium“ dabei waren, können diesen hoch spannenden Tag noch einmal in Ruhe Revue passieren lassen.

Wie ich in meiner Begrüßungsrede in Hamburg sagte, war es höchste Zeit, eine Tagung im Norden Deutschlands zu veranstalten. Für viele Mitglieder aus dieser Region war der Besuch einer KIMM-Tagung im süddeutschen Raum bisher zu weit oder zu beschwerlich.

Mein besonderer Dank gilt noch einmal Herrn Prof. Dr. Meyer von der Asklepios Klinik St. Georg und seinem gesamten Team – sie haben diesen Tag, zusammen mit KIMM, ganz großartig vorbereitet und durchgeführt. Es war mit ca. 130 Teilnehmern eine der größten Tagungen, die KIMM e.V. je veranstaltet hat.

Wie immer war Morbus Menière das Hauptthema. Wir hörten Vorträge über die Diagnostik, die Therapie und was es Neues aus der MM-Forschung gibt, außerdem einen Vortrag über die Krankheitsbewältigung und Psychosomatik der Erkrankung. Ein KIMM-Mitglied berichtete eindrücklich von ihrem „Leidensweg“ und dem guten Umgang, den sie mit dieser Krankheit gefunden hat.

Erstmals konnten wir im Rahmen unserer Tagung am Nachmittag einen „Round Table“ mit den Referenten anbieten. Hier durfte jeder Fragen zu den Vorträgen stellen und zu allem, was in Bezug auf Morbus Menière schon lange unter den Nägeln brannte. Die Teilnehmer machten regen Gebrauch davon.

Ganz besonders auffallend war die entspannte Atmosphäre, in der sich die Tagungsteilnehmer sichtlich wohl fühlten. Der Austausch untereinander war fachkundig und ernst, aber auch gesellig und fröhlich – so wie ihn die Besucher unserer Tagungen kennen und lieben. Nach der Tagung erreichten mich einige sehr nette Briefe und E-Mails, in denen die Absender für diesen informativen



und harmonischen Tag dankten und ihre Hoffnung zum Ausdruck brachten, dass es KIMM noch lange geben möge. Darüber freue ich mich sehr und bin stolz darauf. Und ich sehe für unsere Organisation darin die Verpflichtung, auch in der Zukunft alles zu tun, um den betroffenen Mitgliedern von KIMM e.V. Hilfestellung zur Bewältigung der Erkrankung zu geben. Für Wünsche und Anregungen, aber auch für Kritik werde ich immer ein offenes Ohr haben. Bitte schreiben Sie mir unter info@kimm-ev.de.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen und Ihren Angehörigen ein ruhiges und fröhliches Weihnachtsfest. Möge das neue Jahr 2018 für Sie alle ein gutes, gesundes und vor allem ein schwindelfreies/schwindelarmes Jahr werden!

Das wünscht Ihnen von Herzen
Ihre
Margarete Bauer
1. Vorsitzende

Einladung

Einladung zur KIMM-Mitgliederversammlung und Frühjahrstagung 2018 in Bad Grönenbach



Unsere Mitgliederversammlung und Frühjahrstagung 2018 wird am 14. April 2018 in der Klinik Am Stiftsberg, Bad Grönenbach im Allgäu stattfinden. KIMM e.V. ist dieser Reha-Einrichtung mit dem Schwerpunkt Morbus Menière seit vielen Jahren freundschaftlich verbunden. Wir konnten hier in der Vergangenheit bereits mehrere hochqualifizierte Tagungen durchführen, dank des Engagements von Dr. Volker Kratzsch, Ärztlicher Direktor der Klinik und Chefarzt der Abteilung Hörstörungen, Tinnitus und Schwindel-Erkrankungen, sowie seinem Fachpersonal und den von ihm ausgesuchten Referenten.

Die Inhalte der Tagung und die Referentensuche befinden sich derzeit noch in der Planungsphase. Es wird am Nachmittag wieder Workshops geben, die Themen dafür sind noch nicht bekannt. In der Einladung zur Tagung werden Sie jedoch rechtzeitig über alles informiert.

Vor dieser Tagung wird wieder unsere Mitgliederversammlung stattfinden. Turnusgemäß steht dabei auch die Neuwahl des Vorstandes an.

Wichtig in diesem Zusammenhang: unser langjähriger Kassenwart Herr Walther Dierlamm, außerdem Frau Caissa Engelke, zuletzt als stellv. Vorsitzende tätig, sowie zwei Beisitzer werden sich nicht mehr zur Wahl stellen.

Bitte merken Sie sich den Termin vor, damit Sie sich hinreichend früh um Übernachtungsmöglichkeiten und kostengünstige Zugverbindungen bemühen können. Wie bisher, kann das in direkter Nähe der Klinik gelegene Hotel „allgäu resort“ zur Übernachtung genutzt werden, Tel. 08334/5346-850. Weitere Möglichkeiten sind über die Kurverwaltung Bad Grönenbach, Tel. 08334/60531, zu erfahren.

Die positive Erfahrung des direkten Austausches mit anderen Morbus-Menièr-Betroffenen ist für jeden Einzelnen unschätzbar wertvoll und eine durch nichts zu ersetzende Gelegenheit, von den Referenten eine direkte qualifizierte Antwort auf ganz persönliche Fragen zu Morbus Menière zu erhalten.

Wir freuen uns auf Sie!

	Grußwort	1
KIMM intern	Einladung zur KIMM-Mitgliederversammlung und Frühjahrstagung in Bad Grönenbach	2
	Inhaltsverzeichnis	3
KIMM intern	Neue KIMM-aktuell-Redakteurin stellt sich vor	4
	Vorankündigung der Herbsttagung 2018	4
Tagung Hamburg	KIMM e.V. beim 1. Hamburger Menière-Symposium	5
	Hamburg-Impressionen – Fred Knäbel	6
	Diagnostik von Morbus Menière – Andrea Javorkova	7
	Fragen an Frau Javorkova	12
	Ich habe meinen Frieden mit der Krankheit gemacht – Gabriele Groß	13
	Krankheitsbewältigung / Psychosomatik – Prof. Goetz Broszeit	16
	Die Teilnehmer im Bild	21
	Neues aus der Forschung – Prof. Hans-Peter Zenner	22
	Fragen an Prof. Zenner	28
	Round Table – Fragen an die Fachreferenten	30
	Zuversichtlicher nach Hause gefahren – Erfahrungen einer Tagungsteilnehmerin	34
	Tagungsimpressionen – Fred Knäbel	35
Fachartikel	Neue OP-Methode bei MM – eine Stellungnahme von Dr. Helmut Schaaf	36
Erfahrungsberichte	... um anderen Betroffenen Mut zu machen	39
Unterhaltung	Auflösungen: Rechnen im Quadrat & Sudoku	41
Selbsthilfe vor Ort	Vortrag in der Kölner SHG	42
	Selbsthilfe – darf es ein bisschen mehr sein? SHG Nürnberg	43
Literatur	Ausgewählte Fachliteratur zu Morbus Menière	44
Unterhaltung	Rätsel: Sudoku & Rechnen im Quadrat	45
Adressen	Reha-Kliniken für Morbus-Menièr-Patienten	46
	Impressum	46
Adressen	Örtliche MM-Selbsthilfegruppen	47
	Adressen und Infos zu Kliniken mit Schwindelambulanzen	48

Neue *KIMM-aktuell*-Redakteurin stellt sich vor



Seit Oktober bin ich für die Redaktion der Zeitschrift *KIMM aktuell* verantwortlich – eine spannende neue Aufgabe, über die ich mich sehr freue. Ich arbeite seit vielen Jahren freiberuflich vor allem als Redakteurin und Lektorin. Zwar bin ich keine Medizinerin, aber schon seit der Studienzeit immer wieder im Bereich Medizin- und Ethikgeschichte tätig. Für medizinische Fragen interessiere ich mich sehr, und *KIMM aktuell* mit seiner interessanten und wichtigen Mischung aus Tagungsbeiträgen, Erfahrungsberichten und vielen Hilfsangeboten für Morbus-Menièr-Erkrankte hat mich gleich beeindruckt.

Die vorliegende Zeitschrift ist also meine erste Ausgabe von *KIMM aktuell* und ich hoffe, Sie findet Ihr Gefallen. Dass ich die Redaktion innerhalb so kurzer Zeit stemmen konnte, liegt vor allem an den KIMM-Verantwortlichen, die mir beim Einstieg halfen und denen ich herzlich danken möchte: meinem Vorgänger Dieter Aland; Walther Dierlamm, der die Technik verantwortet; der 1. Vorsitzenden Margarete Bauer, und ganz besonders Caissa Engelke, ihrer Stellvertreterin, ohne die ich mich kaum so schnell zurecht gefunden hätte und die mir gerade bei den redaktionellen Aufgaben mit Rat und Tat zur Seite stand.

KIMM aktuell ist wie bisher auf die Mithilfe und Beiträge vieler angewiesen. Auf alle, die ihre Erfahrungsberichte und Ideen weitergeben. Auf Fachleute wie Dr. Helmut Schaaf von der Tinnitus-Klinik Bad Arolsen. Auf Fotografen wie Herbert Halder und den Fotokünstler Fred

Knäbel, die Fotos von den Tagungen machen und feste Größen in KIMM e.V. sind. Ich bitte die Aktiven darum, *KIMM aktuell* auch in Zukunft treu zu bleiben. Und alle bisher (noch) nicht Aktiven, sich jederzeit an die Redaktion zu wenden, wenn sie einen Wunsch an *KIMM aktuell* haben, einen Beitrag verfassen möchten oder die Zeitschrift in anderer Weise bereichern möchten.

Ich freue mich auf Ihre Zuschriften!

Ihre
Gisela Hack-Molitor,
redaktion@kimm-ev.de

Vorankündigung der Herbsttagung 2018

Die zweite Tagung im Jahr 2018 wird in der Charité Universitätsmedizin in Berlin stattfinden. Nähere Informationen erhalten Sie in *KIMM aktuell* 1/2018.



KIMM e.V. beim 1. Hamburger Menière-Symposium am 28. Oktober 2017

Asklepios Klinik St. Georg, Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Plastische Operationen

Zum ersten Mal fand eine Tagung von KIMM e.V. im Norden statt: in der Asklepios Klinik St. Georg, mitten in Hamburg an der Alster gelegen. Diese Entscheidung erwies sich als Glücksfall. Bereits die Zusammenarbeit mit dem Interdisziplinären Schwindelzentrum St. Georg an der Klinik für HNO-Heilkunde verlief produktiv und reibungslos. HNO-Chefarzt Prof. Dr. Jens E. Meyer und Oberärztin Dr. Karoline Gebhardt vom Schwindelzentrum stellten ein hochkarätiges Programm zusammen, Frau Sandra Posselt vom Chefarztsekretariat war als Mittlerin und Organisatorin zusammen mit den KIMM-Verantwortlichen unermüdlich.

Als Erfolg konnten bereits die hohen Anmeldezahlen verbucht werden, mit rund 130 Teilnehmern war die Veranstaltung ausgebucht. Die Tagung selbst – das 1. Hamburger Menière-Symposium – war mit den hochinteressanten Vorträgen, der ausgiebigen Round-Table-Fragerunde und den vielen Gesprächen und Austauschmöglichkeiten während der Pausen eine wertvolle und unvergessliche Erfahrung.



		
Programm		Referenten & Beteiligte
10:00 Begrüßung und Einführung Dr. K. Gebhardt - M. Bauer - Prof. Dr. J. E. Meyer		Margarete Bauer 1. Vorsitzende KIMM e.V.
10:15 Diagnostik Morbus Menière A. Javorkova		N.N. Frührehabilitation und Physikalische Medizin, Asklepios Klinik St. Georg, Hamburg
10:45 Therapie Morbus Menière M. Passarge		Prof. Dr. med. G. Broszeit Chefarzt Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Asklepios Westklinikum Hamburg
11:15 Vortrag eines Morbus-Meniére-Patienten G. Groß		Dr. med. K. Gebhardt Oberärztin Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals- Chirurgie, Plastische Operationen, Asklepios Klinik St. Georg, Hamburg
11:45 Krankheitsbewältigung / Psychosomatik Prof. Dr. med. G. Broszeit		Gabriele Groß Vorstandsmitglied KIMM e.V.
12:15 Mittagspause		
13:15 Neues aus der Forschung Prof. em. Dr. Dr. h.c. H. P. Zenner		Frau Andrea Javorkova Assistenzärztin Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals- Chirurgie, Plastische Operationen, Asklepios Klinik St. Georg, Hamburg
13:45 Round Table mit Mitgliedern KIMM, HNO-Ärzte-Klinik, Psychosomatiker und Physiotherapeut		Prof. Dr. med. Jens E. Meyer Chefarzt Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals- Chirurgie, Plastische Operationen, Asklepios Klinik St. Georg, Hamburg
16:00 Ende der Veranstaltung		Michael Passarge HNO-Facharzt Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals- Chirurgie, Plastische Operationen, Asklepios Klinik St. Georg, Hamburg
		Prof. em. Dr. med. Dr. mult. h.c. H. P. Zenner Ärztlicher Direktor Universitäts-HNO-Klinik Tübingen
		Patienten und Mitglieder der KIMM e.V.

Begrüßung der Teilnehmer

Prof. Dr. Meyer, der bei der Tagung die Moderation übernahm, eröffnete das „1. Hamburger Menière-Symposium“ und übergab dann an Frau Margarete Bauer, die als 1. Vorsitzende von KIMM e.V. die Teilnehmer begrüßte und sich bei den Organisatoren der HNO-Klinik St. Georg herzlich bedankte.

Hamburg; das Wetter-Phamäleon

Samstag: strahlender Sonnenschein, abends Regen, nachts Unwetter
Sonntag: morgens Hochwasser, nachmittags strahlender Sonnenschein



Diagnostik von Morbus Menière

Der Vortrag von Andrea Javorkova, Assistenzärztin an der Klinik St. Georg, HNO, bildete den Auftakt des Menière-Symposiums. Den Text ihres Vortrags stellte Frau Javorkova uns freundlicherweise zur Verfügung.

[Zum besseren Verständnis einiger Begriffe hat KIMM aktuell Worterklärungen in eckigen Klammern eingefügt.]

Schwindel gehört zu den häufigsten Symptomen, mit denen Patienten den Arzt konsultieren. Bei vielen Betroffenen vergehen oft Jahre, bis eine richtige Diagnose gestellt und eine adäquate Therapie eingeleitet wird. Bei ca. 2/3 der Patienten mit Schwindelsyndrom liegt eine vestibuläre [den Gleichgewichtssinn betreffende] Ursache zugrunde. Im Einzelnen differenzieren wir zwischen benignem paroxysmalem Lagerungsschwindel (BPLS), vestibulärer Migräne, Neuritis vestibularis und Morbus Menière. In der dargestellten Tabelle werden die relativen Häufigkeiten der Patienten der Münchner Universität mit unterschiedlichen Schwindelsyndromen dargestellt.



Andrea Javorkova

Schwindelerkrankung	Häufigkeit %
1. Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel	17,1
2. Somatoformer phobischer Schwankschwindel	15,0
3. Zentrale vestibuläre Syndrome	12,3
4. Vestibuläre Migräne	11,4
5. Morbus Menière	10,1
6. Neuritis vestibularis	8,3
7. Bilaterale Vestibulopathie	7,1

Tab. 1.0 Relative Häufigkeit verschiedener Schwindelsyndrome in der interdisziplinären Spezialambulanz der Ludwig-Maximilian-Universität in München und des deutschen Zentrums für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen von 1988–2012 (Brandt et al. 2012)

Die Menière-Erkrankung ist bekanntlich eher eine seltene Krankheit. Der Anteil der betroffenen untersuchten Patienten wurde mit ca. 10 % angegeben. Wenn man sich dagegen die Verteilung von BPLS und vestibulärer Migräne anschaut, werden diese im Vergleich eher zu selten diagnostiziert. Oder anders formuliert, es macht den Anschein, dass die Diagnose des Morbus Menière eher zu schnell gestellt und zu oft vermutet wird.

Der Grund hierfür war insbesondere das Fehlen von sicheren objektiven diagnostischen Tests. Die Diagnostik zeigte in den letzten Jahren bereits deutliche Fortschritte, insbesondere die

Möglichkeit der Darstellung des endolymphatischen Hydrops mittels MRT bietet uns einen kleinen Lichtblick in der Diagnosesicherung.

Der endolymphatische Hydrops wird seit Jahren als Grund für die Entstehung des Morbus Menière angenommen. Dieser entsteht durch krankhafte Zunahme der Endolymphe im

Innenohr, entweder durch Überproduktion oder durch Abflussstauung im Bereich des Ductus endolymphaticus [mit Lymphe gefüllter Gang]. Sie betrifft alle mit Endolymphe gefüllten Räume, sowohl in der Hörschnecke als auch im Gleichgewichtsorgan.

Es kommt zu Verlagerungen und Undichtigkeiten von Membranen, die den Endo- vom Perilymphraum trennen. Dadurch kommt es zur Verschiebung von Kalium von der kaliumreiche Endo- in die Perilymphe. Dieses verursacht die typische anfallsartige Symptomatik mit Schwerhörigkeit, Tinnitus und Drehschwindel.

Das typische Vollbild der Erkrankung sehen wir im Anfangsstadium allerdings nur in ca. 2/3 der Fälle. Die Erkrankung kann primär monosymptomatisch auftreten (nur kochleäre oder nur vestibuläre Symptomatik) und erst Monate bis Jahre später treten die weiteren Erkrankungsmerkmale hinzu. Dadurch wird die Diagnosesicherung zusätzlich erschwert. Viel gravierender für die Betroffenen ist die damit verbundene Begleitsymptomatik. In der anfallsfreien Zeit erscheinen die Erkrankten für ihr Umfeld eher zu gesund, als dass die Schwere der Erkrankung und die Belastung vom Umfeld ernst genommen werden. Dies alles führt häufig zur Entwicklung von zusätzlichen psychogenen Folgeerscheinungen und zur Entwicklung von reaktiv-psychogener Schwindelsymptomatik, begleitet häufig durch depressive Verläufe. Am Ende kommt es nicht selten zu einem sozialen Rückzug und verminderter Lebensqualität.

Bei der Diagnosestellung des Morbus Menière richtet man sich bekanntlich nach den internationalen Kriterien der American Academy of Otolaryngology and Head and Neck Surgery (AAO-HNS). Diese in den USA erstmals 1972 veröffentlichte Diagnosekriterien wurden bereits 1985 und 1995 modifiziert und sind die weltweit am weitesten akzeptierten diagnostischen Kriterien, die die Definition des Morbus Menière vereinfachen sollen. Aus den Kriterien lassen sich vier Kategorien ableiten: möglicher, wahrscheinlicher, eindeutiger und gesicherter Morbus Menière.

Eine bewiesene Diagnose des Morbus Menière setzte voraus, dass zusätzlich zur klinisch bestehenden Erkrankung der Endolymphhydrops auch histopathologisch nachweisbar ist. Dies war bis vor wenigen Jahren nur post mortem möglich.

2015 haben sich die folgenden wichtigen Fachgesellschaften (s.u.) auf zwei Kategorien geeinigt (Lopez-Escamez, 2015). Es gibt jetzt die Unterscheidung zwischen definitivem und wahrscheinlichem Morbus Menière.

- die Bárány Gesellschaft
- die Japanische Gesellschaft für Gleichgewichtsforschung (Japan Society for Equilibrium Research)

- die Europäische Akademie für Otologie und Neurootologie (European Academy of Otolology and Neurotology)
- das Gleichgewichts-Komitee der amerikanischen Akademie für Neurootologie, Kopf- und Hals-Chirurgie (Equilibrium Committee of the American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery [AAO-HNS])
- die Koreanische Gleichgewichtsgesellschaft (Korean Balance Society)

Die Diagnose eines definitiven Morbus Menière setzt die Beobachtung von wiederholten Drehschwindel-Syndromen mit durch Audiogramme dokumentierten Tieftonverlusten (über 30 dB zwischen 250 und 2000 Hz) und schwankenden Ohr-Symptomen (Hören, Tinnitus, Ohrdruckgefühl) in dem betroffenen Ohr voraus. Die Dauer des Schwindels muss zwischen 20 Minuten und zwölf Stunden liegen.

Die Annahme eines wahrscheinlichen Morbus Menière schließt auch unspezifischere, wiederholte Gleichgewichtsprobleme mit Drehschwindel, aber auch sonstige „unbestimmte“ Schwindelformen mit schwankenden Ohrsymptomen ein, die zwischen 20 Minuten und 24 Stunden andauern. Schwierigkeiten ergeben sich allerdings in der Abgrenzung zur vestibulären Migräne, die bei Patienten mit nur einem der häufigsten Symptome die wichtigste Differenzialdiagnose zu Morbus Menière ist.

Die genannten diagnostischen Kriterien werden durch die **ausführliche Anamnese** gestützt. Dabei spielen die Art und Weise des Schwindelgeschehens und der zeitliche Verlauf eine wichtige Rolle.

Der einfachste Beweis für einen Morbus Menière ist das Auftreten und Beobachten von einem **horizontalen Nystagmus** [unkontrollierbare Bewegungen des Auges], der nach gewisser Zeit die Richtung wechselt, dies nennt man dann Umkehrnystagmus. Seine Richtung ist aber kein verlässlicher Indikator [Hinweis] für die betroffene Seite.

In einzelnen Fällen, falls zum Zeitpunkt der Untersuchung eine sensorische Tieftonschwerhörigkeit vorliegt, kann der **Glyzeroltest nach Klockhoff** durchgeführt werden. Der **Futaki- oder Furosemid Test** kann alternativ mit parenteraler

[= durch Infusion] Gabe von Furosemid durchgeführt werden.

Nach Einnahme von Glyzerol (1,5g Glyzerin/kg/KG) oder Applikation von Furosemid intravenös verbessert sich die Hörschwelle um mindestens 5 dB zwischen 250 Hz und 1 kHz.

Grund für die Verbesserung ist die osmotische Wirkung von Glyzerol und die diuretische [entwässernde] Wirkung des Furosemids, die den Wasserentzug in der Perilymphe verursachen und dadurch den Hydrops ausschwemmen.

Der Test hat jedoch eine geringe Sensitivität 60–70% und kann zu starker Übelkeit führen, weshalb er an vielen HNO-Kliniken mittlerweile obsolet ist [nicht mehr angewandt wird].

In der apparativen Diagnostik werden zur Labyrinthfunktionsprüfung folgende audiometrische und vestibuläre Untersuchungen angewandt. Im Folgenden werden die für die klinische Diagnostik des Endolymphhydropses am häufigsten genutzten Verfahren näher erläutert.

Tonaudiometrie

In der Audiometrie zeigt sich bei Beginn der Erkrankung meist ein Hörverlust in den tiefen und mittleren Frequenzen. Der Hörverlust liegt meist einseitig vor und es zeigt sich häufig ein fluktuierender [schwankender] Verlauf. Die Hörminderung entsteht durch die toxische [giftige] Einwirkung des Kaliums auf die Haarzellen. Im Anfangsstadium kann sich das Innenohr noch vollständig oder zumindest partiell erholen. Im Spätstadium kommt es durch die wiederholte Schädigung zur irreparablen Schäden an den inneren und äußeren Haarzellen und zur zunehmenden Schwerhörigkeit frequenzunabhängig mit pantonaler [alle Frequenzen betreffender] Beteiligung.

Die otoakustischen Emissionen (OAE) und die Hirnstammaudiometrie (BERA) können Hinweise für eine Innenohrschwerhörigkeit liefern und differentialdiagnostisch z.B. ein Akustikusneurinom abgrenzen.

Kalorischer Test

Der Test überprüft die Stimulation des horizontalen Bogenganges. Durch Dichteänderungen der Endolymph kann es zu Defiziten kommen. Bei

Krankheitsbeginn kann sowohl eine Unterfunktion als auch eine Überfunktion des Labyrinths vorliegen. Erst bei länger bestehender Morbus-Menièr-Erkrankung zeichnet sich im weiteren Verlauf eine Unterfunktion oder der Ausfall der betroffenen Seite ab. Ein pathologischer kalorischer Test tritt bei bis zu 2/3 der Menière-Patienten auf.

Elektrokochleographie

Die bisher am häufigsten angewandte Methode, die sich lange Zeit bewährt hat. Bei der Elektrokochleographie (EcoG) wird sich zu Nutze gemacht, dass nach Abgabe eines akustischen Reizes in das Ohr, innerhalb der Hörschnecke und Ganglion spirale Potentiale verursacht werden, die wir dann ableiten können. Zur Messung soll eine Elektrode möglichst nahe an der Cochlea [Hörschnecke] angebracht werden, also nahe dem Trommelfell oder – deutlich besser, aber invasiv – intratympanal an das Promontorium [knöchernen Vorwölbung zwischen dem ovalen Fenster und dem runden Fenster]. Dies erfordert allerdings einen hohen zeitlichen Aufwand und insbesondere die gute Mitarbeit des Patienten.

Der charakteristische Befund bei Patienten mit Morbus Menière besteht in einer relativen Erhöhung der SP-Amplitude im Vergleich zur AP-Amplitude. Es wird angenommen, dass durch den ELH die SP-Amplitude vergrößert wird, weil die Basilarmembran in ihrer Elastizität verändert ist und basalwärts in Richtung Scala tympani verlagert ist. Die meisten Autoren haben einen Wert zwischen 0,3 und 0,5 als obere Grenze des Normalwertes für den SP/AP-Quotienten gewählt und haben bei etwa 2/3 der Menière-Patienten einen pathologischen Befund erhoben.

Ein erhöhter SP/AP-Quotient ist allerdings nicht spezifisch für den Morbus Menière, er kommt auch bei Perilymphfisteln sowie bei der Dehiszenz des oberen Bogengangs vor.

Vestibulär evozierte myogene Potentiale (VEMP)

Mittels dieser Untersuchungen lässt sich die Funktion der Otolithenorgane [Vorhofsäckchen] (Sacculus und Utriculus) überprüfen. Entsprechend

der histopathologischen *[krankhaften Gewebeveränderungen]* Befunde in den Patienten mit nachgewiesenem Morbus Menière ist nach der Cochlea insbesondere der Sacculus *[mit Endolymph gefülltes Säckchen]* vom endolymphatischen Hydrops betroffen. Seine Funktion lässt sich durch Ableitung der zervikalen myogenen Potentialen *[Reflex des Gleichgewichtsorgans auf akustische Reize]* am M. sternocleidomastoideus *[Halsmuskel]* nach einseitiger akustischer Stimulation mittels eines niederfrequenten Burst-Signals (500 Hz) nachweisen. Als Grund für die pathologischen VEMPs *[Vestibulär Evozierte Myogene Potentiale]* werden die veränderten mechanischen Eigenschaften eines gedehnten Sacculus angenommen.

Man kann bei der Erkrankung drei Antwortmuster beobachten:

1. Solange der Sacculus, z. B. bei beschwerdefreiem Intervall, nicht betroffen ist, zeigen die VEMPs normale seitengleiche Potenziale (positiver Ausschlag bei 13 ms und negativer Ausschlag bei 23 ms).
2. Wenn der Sacculus zwar vollkommen funktionsfähig, allerdings durch den endolymphatischen Hydrops in das Mittelohr vorgewölbt ist, kommt es zur Ausbildung von größeren Amplituden als auf der Gegenseite.
3. Im fortgeschrittenem Stadium der Erkrankung, einhergehend mit dauerhafter Schädigung des Sacculus, zeigen sich fehlende oder deutlich verringerte Potenzialamplituden.

Eine signifikant reduzierte VEMP-Amplitude lässt sich bei etwa der Hälfte der Menière-Patienten finden. Dadurch, dass die Latenzverlängerungen und die Veränderungen der Amplitude sich noch nicht verbindlich mit klinisch definierten Krankheitsbildern korrelieren lassen, ist auch dieser Test nicht spezifisch für den Morbus Menière. Er ist auch z.B. bei Neuritis vestibularis, Akustikusneurinom sowie bei Dehiszenz *[= weitere Erkrankungen]* des oberen Bogenganges pathologisch *[krankhaft]*. Es ist aber eine Abgrenzung zur vestibulären Migräne möglich.

Magnetresonanztomographie

Den bedeutendsten Fortschritt in den letzten Jahren hat die kontrastmittelgestützte Magnetresonanztomographie (MRT) gemacht. Sie bietet die Möglichkeit, einen endolymphatischen Hydrops nach intratympanaler oder intravenöser Gabe von gadoliniumbasiertem Kontrastmittel am lebenden Menschen darzustellen.

Die ersten Veröffentlichungen gehen bereits auf das Jahr 2007 durch die japanische Arbeitsgruppe von Nakashima zurück. Die Autoren haben an den untersuchten Patienten mit klinisch bestehender definitiver Diagnose eines Morbus Menière demonstriert, dass bei allen ein endolymphatischer Hydrops visuell nachgewiesen werden kann, somit liegt eine hohe Sensitivität vor.

Auf dieselbe Art konnte ein endolymphatischer Hydrops auch bei Patienten mit fluktuierendem *[wechselnd starkem]* Tieftonhörverlust sowie bei Patienten mit dem klinischen Bild eines „delayed endolymph hydrops“ *[sich verzögert bildender Hydrops]* nachgewiesen werden.

Prinzip der Untersuchung ist die getrennte Darstellung der Endolymph von der Perilymphe. Das Normalverhältnis des mit Endolymph gefüllten Raums zum gesamten flüssigkeitsgefüllten Raum (Endolymph und Perilymphe) betrifft ca. 30 %.

Der endolymphatische Hydrops erweitert sich in die Räume der Perilymphe. Die Erweiterung betrifft insbesondere Cochlea und Vestibulum, der horizontale Bogengang kann ebenfalls mitbeteiligt sein. Jede Vergrößerung der Relation ist ein Indiz für endolymphatischen Hydrops. Ein signifikanter endolymphatischer Hydrops liegt vor, wenn das Verhältnis mehr als 50 % betrifft.

Die MRT-Sequenzen wurden für den Menschen optimiert, um den Kontrast zwischen Endolymph und Perilymphe zu erhöhen. Wir benutzen zur Darstellung die 3D-Flair-Sequenz (fluid-attenuated inversion recovery). Hier erscheint die Perilymphe, die das Kontrastmittel aufnimmt, deutlich hyperintensiver *[heller]* im Vergleich zur Endolymph. Durch fehlende Aufnahme des Kontrastmittels im Bereich der Scala media *[mittlerer der drei Gänge der Hörschnecke]* kann der Raum als „Füllungsdefekt“ gesehen werden.

Die Durchführung der Magnetresonanztomographie

- Aufklärung mindestens 24 Stunden vor der Gadolinium Applikation intratympanal [*ins Mittelohr*] mit Vermerk „off label use“ (Verordnung eines Fertigarzneimittels außerhalb des durch die Arzneimittelbehörden zugelassenen Gebrauchs).
- Nach vorheriger lokaler Betäubung des Ohres mit Lidocain 10 % in DMSO wird nach ca. 20 Minuten das Kontrastmittel Dotarem (1:8 verdünnt) langsam intratympanal in das betroffene Ohr injiziert, der Patient bleibt ca. 15 Minuten auf der Seite liegen, anschließend Wechsel zur Gegenseite.
- nach 24 Stunden wird das MRT des Schädels durchgeführt.

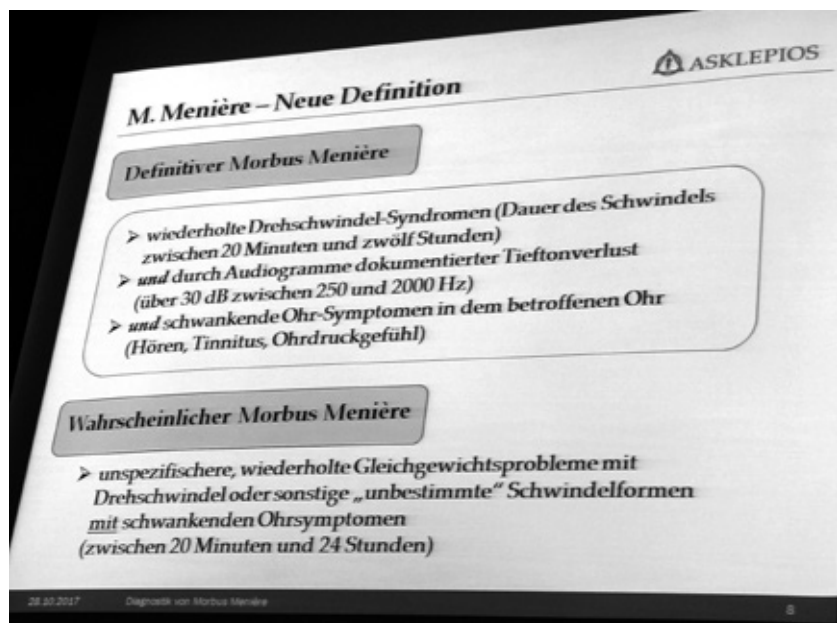
Bei der intratympanalen Applikation [*Gabe ins Mittelohr*] von Kontrastmittel wird davon ausgegangen, dass diese durch die Membran des runden Fensters diffundiert [*sich ausbreitet*] und so in den perilymphatischen Raum gelangt. Zeitlich erreicht das Kontrastmittel nach Applikation das Vestibulum [*Eingangsbereich*] bereits nach 1–2 Stunden, die Scala tympani der basalen Windung der Cochlea [*mit Perilymphe gefülltes Gefäß der Schnecke*] wird nach ca. 7 Stunden erreicht. Nach 24 Stunden zeigt die optimale Zeit der Kontrastmittel-Aufnahme bis nach apikal [*an die Spitze der Schnecke*]. Es wurde beschrieben, dass das Kontrastmittel die Helicotrema [*Schneckenloch*] nicht passiert, somit gelangt das Kontrastmittel nicht in den endolymphatischen Raum.

Das Gadolinium persistiert [*bleibt*] ca. 6–7 Tage im Ohr. Die Grenze der Darstellung ist durch die Permeabilität [*Durchlässigkeit*] des runden Fensters beeinflusst. Bei ca. 5 % der Ohren bleibt das runde Fenster undurchlässig und bei ca. 10 % nur geringgradig. Inwieweit die Wahl des Kontrastmittels die Darstellung beeinflusst, wurde noch nicht untersucht.

Intravenöse Applikation [*Gabe in die Vene*]: es wird 0,2 mmol/kg bis 0,3 mmol/kg Gadolinium parenteral verabreicht und nach 4 Stunden das MRT durchgeführt. Im Vergleich dazu beträgt die Routine-Dosis bei üblichen MRT-Untersuchungen 0,1 mmol/kg. Geringere intravenöse Dosierungen führten zu keiner ausreichenden Konzentration des Kontrastmittels, um Endolymphe von Perilymphe zu differenzieren.

Aufgrund der Molekulargröße überschreitet das Kontrastmittel normalerweise nicht die Blut-Hirnschranke. Das im Blut befindliche Gadolinium gelangt in den Perilymphraum des Innenohres, jedoch nicht in die Endolymphe.

Vorteil: das intratympanal applizierte Gadolinium erreicht höhere Konzentration mit nur kleiner



Dosis und es erzielt bessere Darstellbarkeit wegen besserer Signalanhebung im inneren Gehörgang.

Der MR-morphologisch dargestellte endolymphatische Hydrops bei Patienten mit Morbus Menière korreliert mit einem Verlust der audiovestibulären Funktionen. Es konnte in mehreren Studien gezeigt werden, dass insbesondere die pathologischen [*krankhaften*] cVEMPs mit dem Nachweis eines endolymphatischen Hydrops signifikant korrelieren [*entscheidend in Beziehung stehen*]. Die Schwere der klinischen Symptomatik und der funktionellen Störungen korrelierten mit der Weite der Peri- und Endlymph-Räume.

Nach dem Vortrag von Frau Javorkova wurden die Teilnehmer aufgefordert, Fragen an die Referentin zu stellen. Daraus ergaben sich sehr interessante Diskussionen:

Bei mir wurden viele Untersuchungen gemacht und mir wurde gesagt, ich hätte ziemlich wahrscheinlich Morbus Menière, aber 100%ig sicher könnten sie es nicht sagen. Es gibt ja diese anderen Krankheiten mit ähnlichen Symptomen, von denen Sie berichtet haben. Ich hätte natürlich gerne 100%ige Sicherheit.

Bei der Diagnose kann man oft keine 100%ige Aussage machen.

Ich würde gerne wissen, ob die Diagnose Morbus Menière nur möglich ist, wenn ein Hydrops vorliegt. Es gibt ja Phasen, in denen wir auch über längere Zeit frei von Anfällen sind; ich habe gehört, dass die MRT-Diagnose nur möglich ist, wenn die Flüssigkeit sich vermehrt hat, also der Hydrops.

Sie können die Diagnose auch stellen, wenn Sie keine Anfälle haben. Wir machen keine MRTs, wenn die Patienten Anfälle haben, sondern erst danach. Sie sehen den Hydrops also auch danach, nicht nur während des Anfalls.

Sie haben eben gesagt, dass der Patient nach einem Cochlea-Implantat weniger Anfälle hatte. Den Zusammenhang verstehe ich nicht.

So ist es öfters in der Schulmedizin. Es kann ein Zusammenhang bestehen, aber er ist noch nicht bewiesen. Man kann also nicht sagen, wir setzen ein Cochlea-Implantat ein und dann wird es dem Patienten wahrscheinlich besser gehen. Hierzu gibt es noch keine Studienergebnisse.

Wie wichtig sind eigentlich HNO-Vorsorgeuntersuchungen?

Die Frage ist, inwieweit Sie die Anfälle haben.

Ich habe keine Anfälle.

Wenn Sie Bedenken haben, dass Ihr Gehör betroffen sein könnte, können Sie natürlich jederzeit den Hals-Nasen-Ohren-Arzt aufsuchen.

[Ergänzung der Redaktion] Eine regelrechte HNO-Vorsorgeuntersuchung gibt es bei den gesetzlichen Kassen nicht, aber bei gesundheitlichen Bedenken kann man nach Absprache mit dem Arzt jederzeit zum HNO-Arzt gehen.

Kann ich den Schwindel mit dem Kopf steuern?

Ich war 28 Jahre alt, 1962, als die ersten Schwindelanfälle kamen, und es hat lange gedauert, bis eine entsprechende Diagnose gesichert war. Seitdem hatte ich immer wieder Menière'sche Schwindelanfälle gehabt, vor allen Dingen am Wochenende. Es war wie ein Turnus: Ich war in dieser Erwartungsangst, es kommt am Wochenende, und dann kam es am Wochenende. Am Anfang in größeren Abständen, dann in kürzeren. Ich lebe seitdem mit dem Schwindel. Er ist geringer geworden, ich bin heute 83 Jahre alt. Ich habe den Schwindel mit dem Tinnitus nur auf dem rechten Ohr gehabt. Gott sei Dank habe ich keinen Schwindel auf dem linken Ohr, aber einen ständigen Tinnitus. Die Anfälle haben dazu geführt, dass ich auf dem rechten Ohr nicht mehr hören kann. Die Ärzte sagen, auch links sei das Gleiche, links sei der MM „ausgebrannt“. Ich leide außerdem an Gleichgewichtsstörungen, die unterschiedlich sind, auch heute noch. Sie sind unangenehm, gerade in der Öffentlichkeit, weil man sie häufig mit Trunkenheit verwechselt. Daher wollte ich Sie fragen: Kann ich das kopfsteuern? Ich ertappe mich häufig dabei, dass ich Angst habe, es könnte ein Schwindel eintreten – und dann kommt er automatisch, weil der Kopf sagt, da muss ein Schwindel sein.

Das ist ein psychisches Schwindel-Syndrom, nicht Morbus Menière im eigentlichen Sinn.

Diagnostik Morbus Menière

Anschließend hielt Herr Michael Passarge, HNO-Facharzt an der Klinik St. Georg, einen Vortrag über die Therapie bei Morbus Menière. Diesen Vortrag werden wir nach Möglichkeit in der ersten KIMM-aktuell-Ausgabe von 2018 abdrucken. Eine Zusammenfassung des Vortrags konnte die Redaktion aufgrund mangelhaften Tonmaterials leider nicht vornehmen.

Ich habe meinen Frieden mit der Krankheit gemacht

von **Gabriele Groß**



Den Vortrag hielt Frau Groß beim Menière-Symposium und fand damit großes Interesse. Auch Prof. Dr. Broszeit, der unmittelbar danach über das Thema „Krankheitsbewältigung“ sprach, zeigte sich davon, wie Frau Groß mit ihrer Krankheit umgeht, sehr beeindruckt.

Guten Tag, mein Name ist Gabriele Groß, ich bin 64 Jahre alt und habe seit 2003 Morbus Menière im linken Ohr.

An einem Freitag nach einer stressigen Arbeitswoche hatte ich endlich einen freien Tag. Meine Tochter kam zum Frühstück vorbei, so wie wir es öfters tun. Plötzlich erfasste mich ein heftiger Schwindel mit Übelkeit. Der Versuch, mich irgendwo festzuhalten, schlug fehl und ich fand mich auf dem Küchenboden wieder. Meine Tochter half mir auf die Beine, aber ich brauchte ihre volle Unterstützung, um mich einigermaßen aufrecht zu

halten. Wir fuhren nach Wetzlar zur HNO-Ärztin. Die Treppen in den 1. Stock konnte ich nur auf allen Vieren hinaufkommen, mit hilfreicher Unterstützung meiner Tochter (durch Schieben von hinten). Meine Ärztin sah mich nur an und sagte: „Sofort nach Gießen in die Uniklinik, ich hoffe, es ist nicht das, was ich befürchte, nämlich Morbus Meniere.“

Die vielen Stufen zur Klinik in Gießen wieder auf allen Vieren erklimmen. Panik macht sich breit und raubt mir jedes vernünftige Denken. Mein Gehirn ist wie Pudding, HILFE, was ist nur los mit mir. Die Funktionen meines Körpers sind alle außer Kraft gesetzt. Zwei Pfleger kommen mit einem Rollstuhl und versuchen mich hineinzusetzen, aber ich falle vornüber auf meinen Kopf (gut, dass ich Sternzeichen Widder bin und mein Kopf hart ist). Im Zimmer endlich in ein Bett legen, doch die schaukelnden, drehenden Bewegungen des Bettes erzeugen eine extreme Übelkeit besonderen Ausmaßes. Wie jetzt noch die Brechschale halten, da ich mich doch am Bett festklammern muss? Auf die Fragen der Krankenschwestern kann ich nur nach mehrmaligem Nachfragen antworten. Was ist mit meinem Gehör los? Nur Rauschen und Quietschen, reicht denn der Schwindel und die Übelkeit nicht aus, streikt mein ganzer Körper? Ist das die Strafe für den Stress und das hektische Arbeitsleben? Was habe ich falsch gemacht? Was ist, wenn das so bleibt? Alles Fragen, die auf mich einstürzen, aber unbeantwortet bleiben.

Nach einer gründlichen Untersuchung wird mir ein Paukenröhrchen eingesetzt und eine Gentamycin-Therapie durchgeführt. Der Schwindel hat sich etwas gebessert, ist aber nicht vorbei. Nach einiger Zeit wird meine Reha bewilligt und es geht nach Bad Grönenbach. Meine Hoffnung ist groß, wieder ein vollständiger und selbstständiger Mensch zu werden.

Ich treffe auf Menschen, die das gleiche Problem haben und dieselbe Hoffnung. Es ist schön, unter Gleichgesinnten zu sein, offen über die Ängste reden zu können und Verständnis zu finden. Es entwickelt sich eine große Freundschaft mit diesen Menschen, die bis heute andauert. Ich bin

sehr froh und glücklich darüber, diese Menschen gefunden zu haben.

Meine Attacken treten danach vermindert auf, mein Selbstwertgefühl ist gestärkt und das heißt für mich: Es ist ja nicht mehr schlimm – weitermachen wie bisher.

Zu erneuten, unerwarteten Schwindelattacken kommt es zwei Jahre später, also das Ganze noch mal von vorne: Gentamycin-Therapie und wieder stationärer Aufenthalt in der Klinik. Mein linkes Ge-

sehr starker Übelkeit. Ich fühle mich wie auf einem Schiff, das in einen starken Sturm geraten ist. Meine Hände halten die Bettkante umklammert, ein Schweißausbruch jagt den anderen und eine große Panik hat mich fest im Griff. Noch nie in meinem Leben war ich so hilflos, so panisch, was soll nur aus mir werden. Ich falle in ein tiefes Loch, bin auf Hilfe angewiesen (ich, die immer stolz auf ihre Selbstständigkeit gewesen ist) und muss um Hilfe fragen. Nichts Alltägliches wie ein-



Für alle mit Höreinschränkung: den Text der Vorträge können alle auf einem großen Display mitlesen, er wird von der Schriftdolmetscherin (re.) bei allen Vorträgen der Tagungen von KIMM e.V. simultan erfasst.

hör streikt nun völlig und der Tinnitus macht mich fast wahnsinnig – er hört sich an wie das schrille Geräusch eines bremsenden Zuges.

Die Reha führt mich diesmal nach Sankt Wendel. Die Schwindelattacken danach bleiben und die Unsicherheit in einer fremden Umgebung (zum Beispiel bei Treppen, die ich nicht kenne, und großen Plätzen mit vielen Leuten) nimmt ständig zu.

Im September 2005 werden die Attacken sehr intensiv und ich muss wieder nach Gießen in die Klinik. Diesmal wird keine Gentamycin-Therapie vorgenommen, sondern Lidocain injiziert. Die Reaktion ist extrem heftig, mit Doppelbildern und

kaufen oder spazieren gehen kann ich alleine. Die Arbeitsstelle wird gekündigt und meine Kollegen ziehen sich völlig zurück. Ich bin ein nichtfunktionsfähiges Nichts. Ich bin nicht mehr ich. Doch dann denke ich an die Worte meines Vaters: Was dich nicht umbringt, macht dich stärker. Mein Wille zu kämpfen ist stark, und ich zeige mich lächelnd.

Im Januar 2008 ist es wieder soweit: Nach schlimmen Attacken komme ich nach Essen in die Klinik. Dort erfolgt eine translabyrinthäre Neurektomie, mir wird der Gleichgewichtsnerv durchtrennt. Nach der OP fließt Gehirnwasser aus meiner Nase und mein Aufenthalt in der Klinik wird um

eine Woche verlängert. Dann endlich kann ich nach Hause und mich schonen. Hurra, keine Anfälle mehr auf dem linken Ohr!

Im Hinterkopf bleibt aber immer noch eine kleine Stimme, die flüsternd sagt: hoffentlich nicht noch die rechte Seite. Die Stimme sollte recht behalten, auch rechts wird später Morbus Menière festgestellt. Die Anfälle treten aber selten auf und sind nur auf ein paar Stunden begrenzt.

Die Krankheit hat mir die Kraft gegeben, die Welt mit anderen Augen zu betrachten und meine Prioritäten anders zu setzen. Ich genieße die Ruhe und den inneren Frieden, den ich mit Morbus Menière gemacht und die Freundschaften, die ich dadurch gewonnen habe. Hektik und Stress werden heute klein geschrieben, mein tägliches Leben verläuft in ruhigen Bahnen. Ich bin ein zufriedener und glücklicher Mensch.

Folgende Fragen wurden aus dem Publikum an Frau Groß gestellt:

Nehmen Sie Medikamente?

Ich habe eine Zeitlang Betavert genommen. Ich muss noch ziemlich viele andere Medikamente einnehmen und habe Betavert dann weggelassen. Ich möchte mich nicht nur von Tabletten ernähren. Wie gesagt, da mein Mann jetzt auch zuhause ist, ist er mein Führer.

Nur eine kurze Nachfrage, ob ich das richtig verstanden habe: Gentamycin-Behandlung gleich beim ersten Schwindel?

Ja.

Das ist absoluter Wahnsinn.

Die Schwindelanfälle waren sehr extrem. Mein Gehör hatte schon extrem nachgelassen und ich glaube, ich hätte zu jeder Therapie ja gesagt, nur damit dieser Schwindel und die Übelkeit aufhören. Allerdings hat es für mich auch gewisse Vorteile, wenn ich nicht so gut höre, denn mein Mann schnarcht.

(Wortmeldung einer Teilnehmerin) Ich möchte dazu sagen, ich bin noch etwas jünger als Sie und habe vor Jahren einen sehr sehr schlimmen Morbus Menière gehabt mit drei Anfällen pro Woche über 12 Stunden, habe in fünf Monaten 5 kg abgenommen. Ich habe trotzdem keine einzige praktische Maßnahme machen lassen, sondern habe es gemacht, wie Sie es zum Schluss sagten: Ich lege mich ins Bett; dann liege ich halt 12 Stunden im Bett und höre den Vögeln draußen zu. Ich bin jetzt, 2 Jahre später, nur mit Betavert-Therapie sehr gut eingestellt und gehe wieder arbeiten. Ich

bin relativ gesund und habe große Pausen zwischen meinen Anfällen. Ich möchte also allen Mut machen, auch wenn es ganz schlimme Phasen gibt im Leben, wenn man wirklich denkt, die Welt geht unter, können wir mit Geduld, ein bisschen Lebensänderung und normalen prophylaktischen Medikamenten einen guten Weg mit dem Morbus Menière gehen. Ich kann Ihnen nur zustimmen: mit Ihrem Humor und der Einstellung „Hallo Morbus Menière, da bist du, ich geb dir Raum“ können wir gut leben.

Ich kann das insgesamt nur bekräftigen. Ich hatte auch manchmal mehrere Anfälle am Tag, die dann zwar geringer waren, aber doch sehr unangenehm, von einer Sekunde auf die andere. Ich konnte mich dann eigentlich nicht mehr bewegen. Manchmal, wenn ich von einem Ort zum anderen gehen wollte, kamen diese Anfälle ganz plötzlich, und ich habe mich dann angestrengt und bin mit kleinen Trippelschrittchen gegangen. Seitdem ich jetzt diese hohe Dosis Vasomotal bzw. vorher Betavert nehme, ist es viel besser. Ich habe manchmal noch unter Übelkeit zu leiden und kleineren Drehschwindelattacken, die ein paar Sekunden, vielleicht bis zu einer Minute dauern, auch Hörschwankungen habe ich noch. Aber insgesamt ist es extrem viel besser geworden. Auch das Gehör ist immer noch schwankend, aber extrem besser geworden. Auf dem rechten Ohr ist gar kein Schwanken. Ich bin ja froh, dass das Gehör stabil bleibt oder nur ganz langsam abnimmt. Mit 100 Jahren kann es mir eh egal sein, wie ich höre.

Krankheitsbewältigung/Psychosomatik



Prof. Dr. med. Goetz Broszeit hielt einen sehr eindrücklichen und bewegenden Vortrag zum Thema Krankheitsbewältigung. Er stellte dar, warum die Psyche bei einer eigentlich organischen Krankheit wie Morbus Menière mitbetroffen ist und wie Stressfaktoren den Verlauf der Krankheit beeinflussen können. Anhand von Beispielen schildert er Strategien zur Bewältigung der Krankheit. Den frei gehaltenen Vortrag brachte Prof. Broszeit für KIMM aktuell in eine leicht verkürzte und abgewandelte Form.

Herr Prof. Dr. med. Goetz Broszeit ist Chefarzt der Abteilung Psychosomatik/ Psychotherapie im Asklepios Westklinikum in Hamburg.

Wir Menschen haben die besondere Fähigkeit einer differenzierten und umfassenden Selbstwahrnehmung. Wir erleben, fühlen, denken über andere und uns nach, was uns eine komplexe Kulturentwicklung ermöglicht hat und unsere Anpassungsfähigkeit an die Umwelt unvergleichbar zu anderen Lebewesen verfeinert hat. Die Psyche ermöglicht es uns, mit veränderten Umgebungsbedingungen zurechtzukommen und komplexe gesellschaftliche Strukturen aufzubauen. Dabei ist die Psyche kein „Automat“. Es handelt sich um ein komplexes Zusammenspiel dynamischer veränderbarer Prozesse, die üblicherweise in einem stabilen Gleichgewicht miteinander stehen. Eine gute Mischung aus routinierten, stabilen, verlässlichen Abläufen und inspirierenden, anregenden Neuentdeckungen.

Was ist Krankheits“verarbeitung“

Eine der großen Herausforderungen im Sinne einer Bewältigung unserer Lebensherausforderung ist der Umgang mit

schwereren, vor allem chronischen körperlichen Erkrankungen. Sie stellen das Bild, das wir von unserem Körper haben, erheblich infrage und verlangen umfassende Anpassungsleistungen. Wenn ein Mensch, zum Beispiel wie im Falle des Morbus Menière, plötzlich konfrontiert ist mit einer Störung seiner Orientierungsfähigkeit im Raum und seines Gehörs, versucht er schnellstmöglich, sich an die neuen Umgebungsbedingungen anzupassen. Je größer und schwieriger die Herausforderungen sind, desto mehr ist auch seine psychische Anpassungsfähigkeit gefordert. In diesem Kontext sprechen wir von der sogenannten Krankheitsverarbeitung.

Aber mit dem Begriff der Krankheitsverarbeitung ist es genauso schwierig wie mit dem Begriff der Psyche: Was ist denn eigentlich mit dem „Verarbeiten“ gemeint?

Wenn man zum Beispiel ein Auto reparieren muss oder einen Text schreibt oder andere konkrete Arbeitsschritte zu bewältigen hat, lässt es sich noch einfach



nachvollziehen, was hier mit Arbeit gemeint ist. Aber was meint eine Verarbeitung von Krankheiten? Hier begegnen wir zum ersten Mal einer der großen Schwierigkeiten in der Seelenforschung: In vielen Jahrhunderten der Forschung sind in der Körpermedizin zahlreiche beeindruckende Forschungsergebnisse erzielt worden. Mittlerweile sind wir in der Lage, den Körper detailgenau zu vermessen und Informationen zu erhalten, sodass wir das Wissen über das Funktionieren des Körpers zunehmend erweitern konnten und heute viele Krankheiten, die früher tödlich waren, gut behandeln können. Mit Blick auf die Psyche hat diese lange Zeit in der Forschung aber keinen einzigen Messwert hervorgebracht, der es uns ermöglichen würde, objektive Ergebnisse im Vergleich zu Dingen wie Körpergewicht, Temperatur, Körpergröße, Blut-

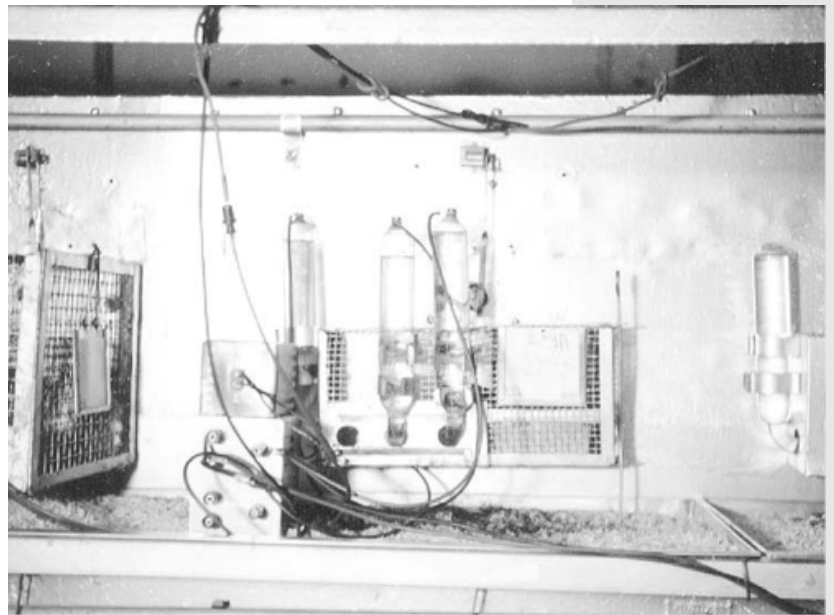
körperchenzahl usw. mit Blick auf das Seelenleben zu erhalten. Es scheint, als würden die Instrumente der Logik und Mathematik nicht ausreichen, um das Seelenleben greifbar zu machen.



Das Vermessen der Seele

In der Geschichte hat es zahlreiche Versuche der Seelenvermessung gegeben: Um das Jahr 1800 herum versuchte der deutsche Arzt Franz Joseph Gall mithilfe

der Schädelvermessung den menschlichen Charakter und seine Seele zu erfassen. Das Phrenometer, das diese Aufgabe bewerkstelligen sollte, hatte trotz kritischer Stimmen noch einige Jahre Einsatz in der Wissenschaft erhalten, aber heute würde niemand mehr von diesen Untersuchungen hilfreiche Ergebnisse hinsichtlich des Seelenlebens erwarten. Die heute eingesetzte Funktions-Magnetresonanztomographie schaut nun unter die Schädeldecke und macht Stoffwechselprozesse sichtbar, die aber ebenso wenig in der Lage sind, komplexe seelische Zusammenhänge zu erfassen. Es ist uns somit bis heute nicht wirklich gelungen, wie bei den körperlichen Prozessen seelische Prozesse im Körper sichtbar zu machen oder vermessbar.



Was kann die Psyche?

Also was wissen wir heute über die Psyche? Das, was wir psychischen Apparat nennen, scheint Voraussetzung für die komplexen Kulturleistungen unserer Zeit und für unsere soziale Gemeinschaft. Wir können also zum Beispiel die Fähigkeiten der Psyche daran messen, wie sehr es uns gelingt, uns an Umgebungsbedingungen anzupassen und Herausforderungen zu bewältigen.

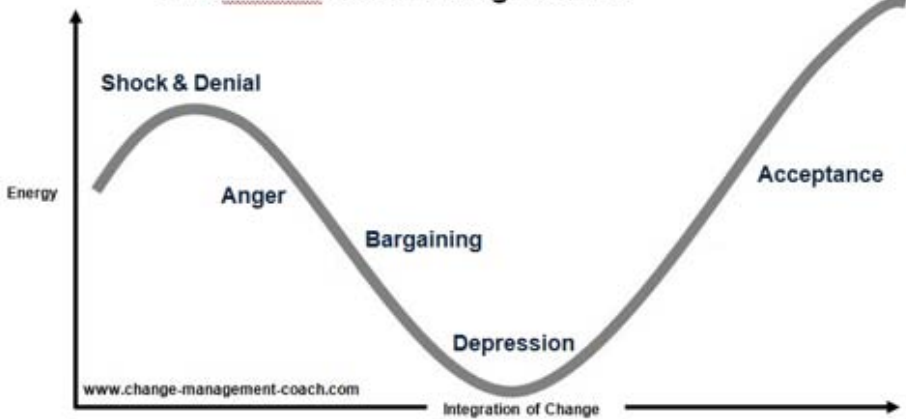
Welches Potenzial in der Psyche steckt, zeigte schon 1957 Curt Richter mit seinen „Rattenexperimenten“: Er warf wilde Ratten in eine Wanne, aus der es kein Entkommen gab, sodass diese ertrinken mussten. Schon nach wenigen Minuten ertranken die ersten Ratten, nach einer guten Viertelstunde hatten alle ihre Schwimmversuche aufgegeben, nachdem sie einige Zeit versucht hatten, ihrem Gefängnis zu entkommen. Rettete nun Richter einige Ratten vor dem Ertrinken, pflegte sie, fütterte sie und warf sie dann wieder ins Becken, schwammen diese Ratten teilweise bis

Letztlich ist diese Wirkung der Medizin lange bekannt und wird Placebo-Effekt genannt. Lange als „Einbildung“ negativ bewertet, übersteigt die Placebo-Wirkung vieler angewandeter Therapieverfahren und Medikamente in ihrer Kraft das Potenzial der eigentlichen Wirkstoffe.

Und diese Wirksamkeit und Hoffnung sind es, die durch eine plötzliche schwere körperliche Erkrankung mit unklaren Auswirkungen und unklarer Beeinflussbarkeit massiv infrage gestellt werden. Wenn ich nicht weiß, wie es weitergeht, wenn ich nicht weiß, was auf mich zukommt, und wenn ich das Gefühl habe, keinerlei Möglichkeiten zu haben, diesen Verlauf zu beeinflussen, gebe ich auf und ertrinke; ertrinke in einer Depression. Ich gebe auf und beende mein Bemühen, weil ich nicht mehr erwarte, damit etwas ausrichten zu können. Gelingt es mir, die Krise zu überstehen, erfüllen mich die Kräfte der sogenannten „Überlebenspersönlichkeit“: Sie hat eine entscheidende Krise oder Herausforderung überlebt, sie hat die Krise durch persönliche An-

strengungen überwunden und sie ist aus dem Erlebnis mit vorher unbekannten Stärken und neuen Fähigkeiten hervorgegangen und findet so einen späteren Sinn in diesen Ereignissen oder dieser Erkrankung. Sie fühlt sich nicht als Opfer, sie klagt nicht, sie bewältigt ihre Lage mit Humor und lernt aus Erfahrung. Nur, wie kommt man dahin?

The Kübler-Ross Change Curve



60 Stunden, bis sie aufgaben. Was war passiert? Eine mögliche Interpretation ist hier, dass die Erfahrung von Rettung Hoffnung geschaffen hatte und diese eine Kraft entfalten konnte, die beeindruckt. Zahlreiche weitere Versuche wurden in der Zeit durchgeführt, die zeigen, zu welchen Leistungen wir Menschen in der Lage sind, wenn wir Hoffnung haben.

Der Placebo-Effekt

Erwähnt sei noch ein Versuch aus der Herzchirurgie von Winfried Rief aus dem Jahre 2017: Er konnte zeigen, dass sich die Behandlungsergebnisse deutlich verbesserten, wenn er mit Patienten, die vor einer Herzoperation standen, Pläne für die Zeit danach machte.

Phasen der Krankheitsverarbeitung

Anfang der 70er Jahre hatte die Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross ein Phasenmodell entwickelt, das sie aus ihrer Arbeit mit Sterbenden gewonnen hatte. Sie beobachtete typische Reaktionsmuster auf erschütternde Ereignisse, die den Menschen zunächst jegliche Hoffnungen

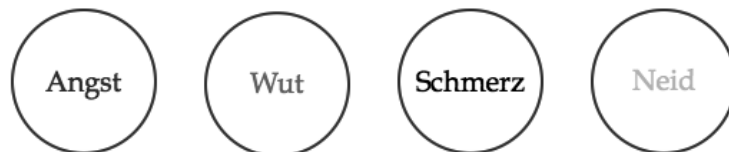
nahmen. Erst reagierten die meisten Menschen mit Verweigerung und einem Nicht-Wahrhaben-Wollen. Dann kamen sie aus dieser Schockphase mit Zorn, Wut und Ärger heraus und begannen zu verhandeln, um bei Deutlicherwerden der Hoffnungslosigkeit in eine depressive Phase zu verfallen. Aus dieser Phase gingen sie aber häufig – unter entsprechender Begleitung – mit ei-

nem Akzeptieren und Annehmen hervor. Abhängig von unserer persönlichen Entwicklung und unseren frühen Erfahrungen reagieren wir auf erschütternde Ereignisse wie eine Morbus-Menièr-Diagnose mit unterschiedlich starken Gefühlen. Wir haben Angst vor der Erkrankung, wir sind wütend darauf, dass es uns erwischt, neidisch auf die, die besser dran sind, leiden unter den körperlichen Symptomen.

Erst wenn es uns nach einiger Zeit gelingt, die Hoffnung auf das „Ich will, dass es wieder so wird wie früher“ aufzugeben und loszulassen, kann es gelingen, sich der Frage zuzuwenden „Kann ich etwas aus der Situation gewinnen?“. Dabei spielt es eine wesentliche Rolle, im Kontakt mit anderen über eine Realitätskontrolle zu prüfen, welche Bedrohungen einen realen äußeren Anteil haben und welche Bedrohungen inneren Ängsten entspringen. Dann ist es möglich, sich Fragen zu stellen:

- Was bedeutet es für mich, diese Krankheit zu haben?

Wenn ich die Sehnsucht nach dem So-wie-früher losgelassen habe:



Kann ich aus der neuen Situation etwas gewinnen?

Wächst aus Krise der Mut neues zu tun?

- Welche Erlebnisse verbinde ich mit dieser Krankheit?
- Wie schlimm ist meine Erkrankung?
- Wie bedrohlich ist sie?
- Womit rechne ich?
- Was ist für mich das Schlimmste an meiner Erkrankung?
- Was hat sich für mich durch diese Erkrankung geändert?

usw.

Notwendige Schritte

Es geht also um ein Ausloten der eigenen Möglichkeiten und neuen Grenzen, um eine Auseinandersetzung mit dem Selbstwertverlust und dem veränderten Identitätsgefühl. Wie fühle ich mich mit meinem Körper, der nicht mehr so funktioniert wie früher? Es geht um eine Neubestimmung sozialer Beziehungen: Wer steht noch zu mir? Wen überfordert diese Situation? Ich muss selbst meine Hilfsbedürftigkeit anerkennen, um mir bei Dingen helfen lassen zu können, die ich nun nicht mehr selber kann. Kann ich trotzdem mutig und neugierig bleiben?



Der Schritt, mein altes Leben loszulassen und ein neues zu beginnen, ist immer wieder unerträglich schwer oder nicht möglich. Um eine Chance darauf zu haben, braucht es einige Dinge:

- Ich brauche zunächst einen Arzt meines Vertrauens, dem ich die Behandlung meiner körperlichen Erkrankung zutraue. Mit ihm muss ich alles besprechen können, was zu meinen Beschwerden gehört.
- Dann brauche ich eine Umgebung von Menschen, die mich schnell verstehen und mit ähnlichen Beschwerden zu tun haben. Hier sind Selbsthilfegruppen ein hervorragender Ort, um Menschen zu finden, die mir Tipps geben können, mit denen ich mein Leid teilen kann und bei denen ich mich nicht verstellen muss.
- Da wir unsere ganz persönliche Geschichte mitbringen, die zu ganz persönlichen Schwierigkeiten in der Bewältigung führt, macht es auch Sinn, im Rahmen einer Psychotherapie sich in der Einzel- oder vor allem

Gruppentherapie mit der eigenen Situation auseinanderzusetzen, die nicht nur mit Menschen gleicher Erkrankung stattfinden sollte. Hier stehen durchaus gruppentherapeutische Angebote und auch einzeltherapeutische Angebote zur Krankheitsbewältigung zur Verfügung.

Wir sind soziale Wesen und funktionieren nicht autonom. Mithilfe anderer – von Freunden, der Familie, Gleichgesinnten oder Leidensgenossen – kann es gelingen, sich erneut auf einen Weg zu machen, mutig und neugierig die Welt zu entdecken, die einem unter den neuen Bedingungen noch zur Verfügung steht. Es können Veränderungen im Äußeren sein, eine neue Stadt, ein neuer Ort. Ich kann auf Reisen gehen; auf äußere Reisen, die Welt erkunden, oder auch auf innere Reisen: Psychoanalyse machen oder andere bewusstseinsweiternde Experimente durchführen. Entscheidend bleibt, dass die Hoffnung zurückkehrt und ich wieder Momente finde, in denen ich mich mit der Welt verbinde, sie entdecken kann und Glück und Freude erlebe.

Die Teilnehmer im Bild



Größte Aufmerksamkeit bei den Fachvorträgen



... doch der Erfahrungsbericht von Frau Groß (re.) zog emotional in seinen Bann



... und beeindruckte auch die Fachärzte. Vordere Reihe von links: Prof. G. Broszeit, Prof. H.-P. Zenner, M. Passarge, vordere Reihe rechts: A. Javorkova. Ganz re.: Prof. J. Meyer.

Neues aus der Forschung

Prof. Dr. Hans-Peter Zenner, langjähriger Direktor der Universitäts-HNO-Klinik Tübingen, forscht seit Jahrzehnten zu Problemen des Innenohrs und ist dafür mit vielen Preisen ausgezeichnet worden. In seinem frei gehaltenen Vortrag erklärte er den Zuhörern zunächst anschaulich und auf nachvollziehbare Weise, wie die Menièr'sche Erkrankung entsteht, und berichtete dann, welche Wege die Forschung heute geht. Für die Zuhörer, die mit Spannung lauschten, war dieser Vortrag ein besonderer Gewinn. KIMM aktuell fasst den Vortrag im Folgenden zusammen.



Prof. Zenner erklärt:
„Die Haarzelle ist lang
und dünn, etwa so wie
mein Finger ...“

Die Funktion des Innenohrs

MM ist eine Erkrankung des Ohrs, daher muss man zunächst verstehen, wie das Ohr funktioniert. Das Ohr besteht aus dem äußeren Ohr, dem Gehörgang, dem Mittelohr mit den Gehörknöchelchen und dem Innenohr. MM ist eine Erkrankung des Innenohrs. Das Innenohr ist das eigentliche Hörorgan, dort befinden sich die Hörsinneszellen. Diese Sinneszellen sind schmal und lang und haben oben kleine Härchen, die Sinneshärchen. Wenn diese Sinneshärchen umgebogen werden, dann hören wir. Diesen Vorgang nennt man auch Codierung. Der Schall, den wir

hören, wird umgewandelt, sodass das Gehirn etwas damit anfangen kann. Das geschieht durch die Sinneszellen mit den Härchen obendrauf, die man auch Haarzellen nennt. Wenn wir schlechter hören, aber auch, wenn wir Schwindel haben, hat das häufig etwas mit den Haarzellen zu tun.

Die Haarzelle befindet sich in zwei verschiedenen Räumen, die mit Flüssigkeit gefüllt sind. Die Flüssigkeit im unteren Raum enthält alles Mögliche und unterscheidet sich nicht wesentlich von der Flüssigkeit in den anderen Körperorganen. Die Flüssigkeit in dem oberen Raum

ist völlig anders: hier ist besonders viel Kalium drin. Dieses Kalium spielt für die Entstehung von MM eine besondere Bedeutung. Es ist kein vollständiges Kalium, sondern es fehlt ein Stück des Kaliums, dadurch ist es positiv geladen. Man spricht vom Kalium-Ion. Wenn wir hören und die Sinneshärchen werden umgebogen, dann kann dieses positiv geladene Kalium-Ion in das Innere einer Haarzelle eindringen. Die Haarzelle wird innen dadurch elektrisch positiver. Anschließend, nach sehr kurzer Zeit, tritt das Kalium seitlich wieder aus und die Zelle wird wieder weniger positiv, wie zuvor. Diese kurze Zeit des elektrischen Positiv-Seins ist nichts anderes als der elektrische Code, der als Signal ans Hirn geht.

Der endolymphatische Hydrops

Vor ca. 40 Jahren hat ein amerikanischer Kollege Verstorbene untersucht, die MM hatten. Dabei hat er gesehen, dass bei ihnen der Raum, in dem das viele Kalium drin ist, viel größer war als normal. Die Forschung schloss daraus: Der vergrößerte Raum ist die Ursache für MM. Heute kann man diesen Raum in bildgebenden Verfahren auch bei lebenden Menschen sichtbar machen, das war damals noch nicht möglich. Die Flüssigkeit in dem Raum heißt Endolymph. Wenn zu viel davon da ist, spricht man von

Endolymphhydrops (endolymphatischem Hydrops). „Hydrops“ bedeutet immer eine Schwellung, wenn also zu viel von etwas vorhanden ist. Dieser Hydrops bewirkt, dass man tiefe Tonlagen schlechter hört

Lage der Haarzellen im Innenohr

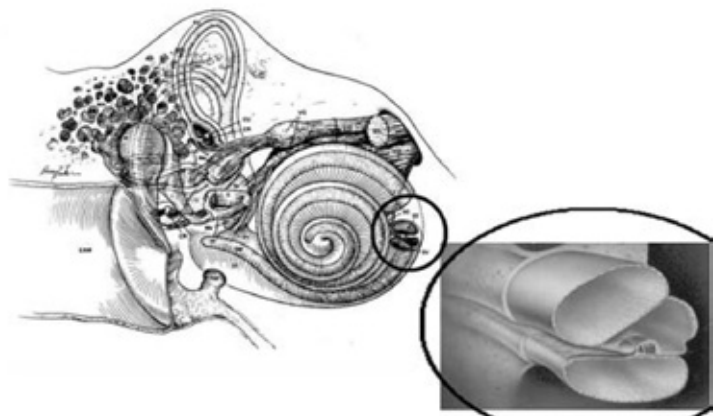
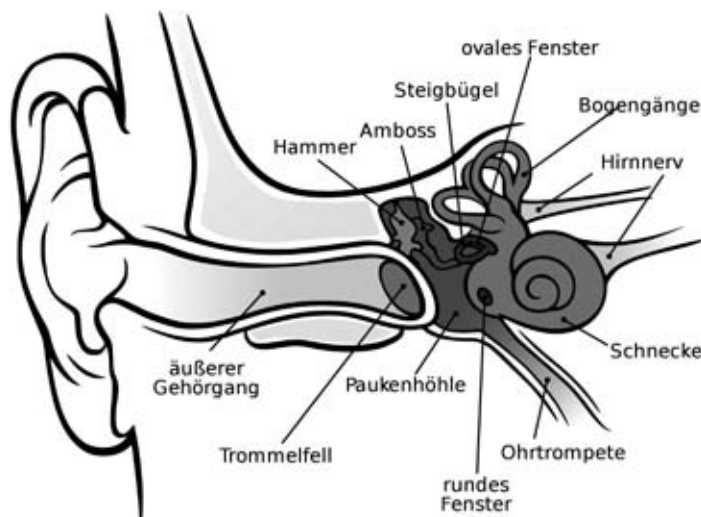


Abb.: Lage der Haarzellen und Entstehungsgebiet des Hydrops

als hohe Frequenzen. Die Flüssigkeit wird an einem Ende des Ohres produziert und am anderen Ende des Ohres normalerweise in das Hirnwasser abtransportiert. Da es insgesamt viel Hirnwasser gibt, ist es nicht problematisch, wenn etwas mehr Kalium hineinkommt. Der Hydrops – wenn sich die Flüssigkeit staut und nicht abfließen kann – hat nun nichts mit der Produktion dieser Flüssigkeit zu tun, sondern mit dem mangelnden Abtransport.

Die Saccotomie

Früher dachte man sich das ganz einfach: die Flüssigkeit fließt über eine Art von kleinen Löchern ab, und wenn es nicht abfließt, dann ist etwas verstopft. Man muss also in den „Sack“ – so heißt der Teil, über den die Flüssigkeit abfließt – hineinschneiden, und dann kann sie abfließen. So erfand man eine OP: die Saccotomie (Saccus heißt Sack). Ich habe diese OPs über Jahrzehnte



selbst durchgeführt und erlebt, dass es vielen Patienten danach besser ging. Als einzelner Arzt denkt man dann, diese OP ist wirksam, aber als Wissenschaftler weiß man, dass dazu mehr Wissen notwendig ist. Dazu macht man dann wissenschaftliche Studien. Eine interessante Studie zur Saccotomie wurde in Kopenhagen, Dänemark durchgeführt. Bei dieser Studie hat man bei Patienten eine Saccotomie durchgeführt, andere hat man scheinbar operiert. Aber man hat den Patienten nicht gesagt, wer operiert und wer nicht behandelt wurde. Das Ergebnis der Studie war, dass die Saccotomie unwirksam erschien (bzw. genauso wirksam wie die Schein-OP). Dieses Ergebnis war angesichts unserer Erfahrung, dass sich viele Patienten nach einer Saccotomie besser fühlten, erstaunlich. Wir haben dann selbst auch eine Studie durchgeführt und festgestellt, dass die Saccotomie wirksam war. Daraufhin haben unsere Statistiker die Zahlen der dänischen Publikation nachgerechnet und herausgefunden, dass in der dänischen Studie ein mathematischer Fehler gemacht wurde, die Saccotomie also doch wirksam war. Von Wissenschaft kann man ja erst sprechen, wenn nicht nur ein Einzelner zu einem Ergebnis kommt, sondern wenn mehrere Studien zu demselben Ergebnis kommen, unabhängig von der Person und dem Ort (also auch ganz andere Forscher am anderen Ende der Welt).

Der Glyceroltest

Nachdem jetzt die Wirksamkeit der Saccotomie anerkannt war, fühlte man sich auch in der Vorstellung bestätigt, dass es solche Löcher gibt, die verstopft sind. Doch es verhält sich anders. Wie wir heute wissen, wird die Flüssigkeit über Moleküle (Eiweiße) transportiert, die Aquaporine (übersetzt: Wasseröffnungen) heißen. Diese Aquaporine gibt es auch in großer Zahl in der Niere. Dann hat man überlegt: Was kann man mit diesen Molekülen

machen? Kann man sie nicht anregen, vermehrt Flüssigkeit aus dem Innenohr herauszutransportieren? Diese Methode wird in der Tat für diagnostische Zwecke angewendet: Es gibt einen Test mit Glycerin, das zu einer Osmose führt. Von Osmose spricht man, wenn ein Stück Zucker, das kurz an Wasser gehalten wird, sich binnen kurzem mit Wasser vollsaugt. Bei dem Test mit Glycerin funktionierte das so: Gibt man dem Patienten Glycerin, das direkt auch ins Gehirn geht, zieht das Hirnwasser durch die Aquaporine Flüssigkeit aus dem Lymphraum heraus. Wenn das funktioniert, können Patienten wieder besser hören. Das ist bei 50 Prozent der Patienten der Fall, die dann innerhalb von drei, vier, fünf Stunden wieder besser hören. In der Folge dieses Tests wurde überlegt, mit welchem Medikament man diesen Vorgang unterstützen kann.

Diuretika gegen den Hydrops

In einem Vortrag vom Vormittag wurde ein Medikament erwähnt, das sich dabei nicht bewährt hat, es heißt Lasix. Dieses Medikament ist ein Diuretikum – auf seine Anwendung kam man wegen der Ähnlichkeit eines Teils des Innenohrs zur Niere –, führt also zu vermehrter Ausscheidung, man kann besser Wasser lassen. Lasix wirkt in der Niere auf die sogenannte Henle'sche Schleife. Es hat zwar im Innenohr zur Folge, dass weniger von der Endolymph produziert wird, was eigentlich wünschenswert ist. Aber in der Endolymph ist auch noch eine Art Batterie drin, die wir alle brauchen, um hören zu können, und für unser Gleichgewicht. Ohne auf diese Batterie jetzt näher eingehen zu können: Die Batterie geht durch Lasix irreversibel kaputt. Aber ein anderes Diuretikum hat diese unerwünschte Nebenwirkung nicht, nämlich ein Osmo-Diuretikum (osmotisches Diuretikum). Dieses Medikament heißt Diamox. Es wirkt genauso wie Glycerin (allerdings auch nur bei den 50 Prozent von Patienten,

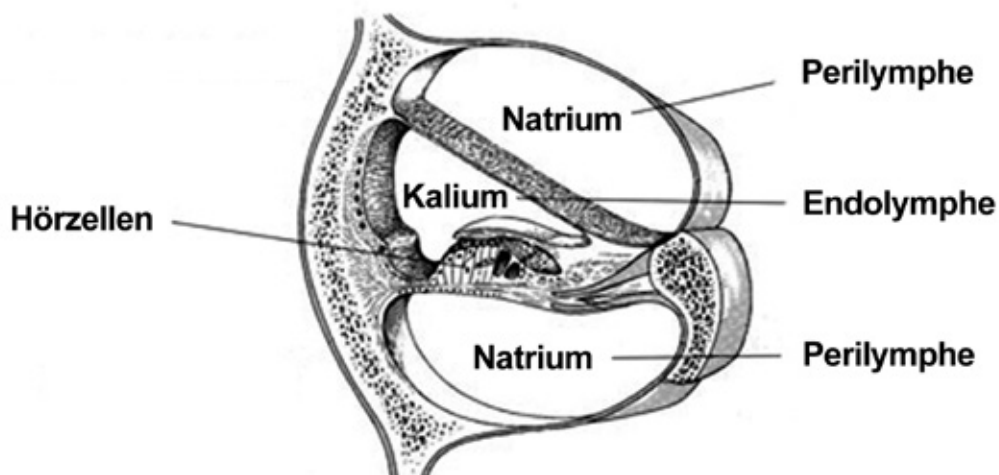


bei denen auch Glycerin hilft). Man kann es dem Patienten acht Tage lang geben, was dazu führt, dass vom Hirnwasser ausgehend vermehrt Lymphflüssigkeit aus dem Innenohr heraustransportiert wird.

Hydrops ist nicht die Ursache von MM

Vor rund 100 Jahren hat Robert Koch den Nobelpreis bekommen für den Nachweis,

dass Tuberkelbakterien die Tuberkulose verursachen. Das entscheidende Wort ist hier „Nachweis“: Er hat von Patienten mit Tuberkulose unterm Mikroskop Bakterien gesehen, hat sie entnommen, gesunden Tieren gespritzt, und diese Tiere bekamen dann Tuberkulose. Er hat den Vorgang also durch zwei verschiedene Experimente (die Entdeckung und die Übertragung) rekonstruiert. Das war der Nachweis. Das





dauerhaft taub. Aber bei MM ist es ja anders: bei einem Anfall ist das Hörvermögen nur vorübergehend für einige Stunden beeinträchtigt, nicht dauerhaft. Das passt also nicht. Durch viele Versuche hat man festgestellt: Eine vorübergehende Schädigung von Sinneszellen entsteht nur, wenn die Zellen nicht länger als ein bis zwei Minuten in der kaliumhaltigen Flüssigkeit sind. Es verhält

Prinzip wurde auf den Endolymphhydrops übertragen: Forscher haben einen Hydrops bei Tieren künstlich erzeugt und dadurch festgestellt, dass ein Hydrops nicht MM verursacht. Andere Wissenschaftler haben dasselbe Ergebnis durch ein anderes Experiment erhalten: Sie haben Flüssigkeit von dem Raum mit viel Kalium in den Raum ohne Kalium eingespritzt und dadurch festgestellt, dass dadurch ein Schwindel entsteht.

Mit einem Endolymphhydrops alleine kann man MM also nicht erklären, man kann durch die wissenschaftlichen Versuche aber sagen: bei einer Schwellung gelangt kaliumhaltige Flüssigkeit von einem Raum in den anderen, wo sonst wenig Kalium ist. Wie kommt das? Ist es so, dass der Raum durch die Schwellung platzt, wie viele Ärzte sagen? Wenn es so wäre, wäre das Kalium lange Zeit im falschen Raum und die Sinneszellen entsprechend lange dem Kalium ausgesetzt. Das hieße, sie wären völlig tot, das Ohr

sich anders: Wenn der kaliumreiche Raum durch die Schwellung seine Form verändert und seine Hülle in die Länge gezogen wird, wird er undicht, und zwar ohne zu platzen. Dadurch können einige Kaliumionen in den falschen Raum gelangen. So kommt es zum Menière'schen Anfall. Der Endolymphhydrops ist bei MM zwar notwendig, aber er erklärt die Erkrankung nicht hinreichend, es muss noch etwas dazukommen. Wenn Kaliumionen in den kaliumarmen Raum der Sinneszellen gelangen und es zu einem MM-Anfall kommt, werden Sinneszellen länger als normal positiv geladen. Wenn das viele Zellen betrifft, kann sich das aufsummieren, und so kommt es, dass bei einem Teil der MM-Patienten das sog. „Summationspotenzial“ erhöht ist.

Atropin

Es sind an den Haarzellen auch Versuche zu den Rezeptoren der Gleichgewichts-Haarzellen gemacht worden. Rezeptoren

sind Schlösser in den Zellen. Wenn man zum Schloss den Schlüssel findet, kann man die Zelle verändern. Ein solcher Rezeptor, den man dabei gefunden hat, ist der Acetylcholinrezeptor. Ein Medikament, das ein Anästhesist regelmäßig gibt, weil es viele Acetylcholinrezeptoren bindet, ist Atropin. Viele Patienten bekommen vor einer OP eine Spritze Atropin und vertragen es gut. Damit haben wir MM-Patienten behandelt und erstaunliche Erfolge erzielt: Kollegen, die Notfall-Patienten mit MM im Nachtdienst haben und ihnen langsam eine Ampulle Atropin geben, staunen, wie schnell es den Patienten besser geht. Eine Studie mit Atropin kann man aber nicht machen, weil es sich hier immer um Notfälle handelt. In solchen Notsituationen, wo schnell gehandelt werden muss, kann man keine Studie durchführen, für die man die Patienten erst richtig vorbereiten und aufklären müsste, sonst entstehen ethische Konflikte. Hier hat man also einen Fall, wo offenbar etwas wirkt, aber nicht durch eine Studie belegt werden kann, sondern nur durch persönliche Erfahrung.

Aktuelle Versuche zur Regeneration von Haarzellen

Wenn Hörsinneszellen zu lange dem Kalium ausgesetzt werden, sterben sie ab. Das ist leider auch so bei MM, wenn die Anfälle immer wieder auftreten. Beim Anfall nimmt das Hörvermögen zunächst ab, dann nimmt es wieder zu. Beim nächsten Anfall ist es ähnlich, es nimmt erst ab, ist danach aber nicht mehr ganz so gut wie zuvor. Das hängt damit zusammen, dass bei jedem Anfall Sinneszellen zerstört werden. Wenn der MM „ausgebrannt“ ist, dann sind so viele Sinneszellen zerstört, dass man nichts oder nur noch schlecht hören kann.

Die Frage ist, wie man künftig an neue Haarzellen kommt. Das betrifft nicht nur Patienten mit MM, sondern viele Millionen von Menschen in Deutschland, deren

Hörsinneszellen aus anderen Gründen zerstört sind, nicht wegen MM. Die aktuelle Forschung kümmert sich heute darum, Haarzellen zu regenerieren. Dazu gibt es drei verschiedene Ansätze:

1. Steuerung der Zellteilung: In jeder Zelle sind alle unsere Gene enthalten. Eine Hautzelle kann sich regenerieren, wenn sie zerstört wird. Aber eine Haarzelle oder Hirnzelle können sich nicht regenerieren, obwohl der genetische Code hier auch enthalten ist. Doch die Zellen werden verschieden gesteuert. Zum Beispiel hat Prof. Löwenstein in Tübingen das Steuerungselement p27 gefunden; wenn man das umschaltet, dann regeneriert sich die Zelle. Man sucht also nach Medikamenten, die ein solches Umschalten bewirken können.
2. Stammzellenforschung – Züchten von Haarzellen: Man hat Stammzellen gefunden, die grundsätzlich fähig sind, Haarzellen zu bilden, und hat sie im Reagenzglas auch schon produzieren können.
3. Gentherapie – Änderung des genetischen Codes: Man hat das „Math1-Gen“ gefunden, das verantwortlich ist für die Regeneration von Haarsinneszellen. Im Reagenzglas konnte man mit diesem Gen aus einer Zelle bereits mehrere produzieren. Bei Tierversuchen fand man heraus, dass die Regeneration möglich ist – und wenn das Verfahren bei Tieren funktioniert, dann ist es auch beim Menschen grundsätzlich möglich.

Am Horizont ist erkennbar, dass in den nächsten 10 bis 15 Jahren eine Therapie zur Verfügung stehen wird, die eine Regeneration von Hörsinneszellen und möglicherweise auch von Gleichgewichts-Sinneszellen zur Verfügung stellt.

Im Anschluss an seinen Vortrag beantwortete der Referent zahlreiche Fragen aus dem Publikum.



Habe ich das richtig verstanden, dass die Sinneszellen im Ohr nach dem Ausbrennen des MM wieder funktionieren?

Das ist richtig. Ausgebrannt heißt bei MM, dass der Transportmechanismus im Innenohr wieder funktioniert. Und das kann man ausnutzen, um mit entsprechender Technik das Hören wiederherzustellen.

Sie erwähnten, dass der MM „ausbrennen“ kann. Wie lange dauert das im Allgemeinen?

Das hängt sehr stark vom Alter ab. Mit 30 oder 40 tritt ein Ausbrennen extrem selten auf. Mit ungefähr 60 Jahren ist die Wahrscheinlichkeit des Ausbrennens größer. Es kommt aber auch auf die Häufigkeit der Anfälle an. Wenn man pro Jahr nur einen Anfall gehabt hat, wird man darauf länger warten müssen, als wenn man jede Woche einen Anfall hatte.

Ist das Hörvermögen, wenn der Menière „ausgebrannt“ ist, zwangsläufig auch mit weg?

Das kommt darauf an. Wenn das Gleichgewichtssystem bei ausgebranntem MM völlig zerstört ist, dann könnte man das so sagen. Aber bei einer ganzen Reihe von Patienten erholt sich das Gleichgewichtsorgan

nach einer Weile wieder. Unter klinisch „ausgebranntem“ Menière versteht man, dass keine Schwindelanfälle mehr auftreten. Man kann mit einer kalorischen Untersuchung die Gleichgewichtsorgane überprüfen. Und wenn diese keine Reaktionen mehr zeigen, ist dann

auch fast immer das Gehör weg. Jedoch ist es meistens so, dass sich das Gleichgewichtsorgan und damit das Gehör, wenn die Anfälle aufhören, wieder erholen. Das Hören pendelt sich dann auf eine mittlere bis starke Schwerhörigkeit ein.

Habe ich den Hydrops bzw. den MM von meinen Vorfahren geerbt und könnte ich ihn an meine Kinder weitervererbt haben?

Im Allgemeinen wird MM nicht vererbt, obwohl es einzelne Familien gibt, bei denen MM möglicherweise gehäuft auftritt. Es gibt aber auch Menschen, die haben einen Hydrops, erkranken aber nicht an MM. Die Existenz eines Hydrops allein ist nicht unbedingt ein Hinweis auf einen sicheren MM. Die übrigen Symptome spielen hierbei eine entscheidende Rolle.

Gibt es vererbare familiäre Häufungen beim Auftreten von MM? In meiner Familie besteht zum Beispiel eine Häufung von Migränefällen.

Das gibt es bei MM üblicherweise nicht. Bei der klassischen Migräne hingegen schon. Allerdings ist es ziemlich schwierig, MM zum Beispiel von vestibulärer Migräne zu unterscheiden. Da kommt es auf sehr viele

Feinheiten an. Aber die klassische Migräne hat mit MM nichts zu tun. Das sind zwei völlig unterschiedliche Erkrankungen. Bei Migräne kommt es immer zu Kopfschmerzen oder auch Sehstörungen. Die müssen nicht gleichzeitig auftreten, sondern können auch zeitlich verschoben sein. Das hat man bei MM nicht.

Kann man die Entstehung eines Hydrops mit Medikamenten verhindern?

Was an Medikamenten bisher dafür zur Verfügung steht, ist Betahistin. Das kann jedoch erst verordnet werden, wenn feststeht, dass der Patient an MM erkrankt ist, und dann ist der Hydrops ja schon entstanden. Es gibt keine Maßnahme, die man in seinem persönlichen Leben ergreifen könnte, um zu verhindern, dass man an MM erkrankt.

Ist die Erkrankung altersbedingt und was kann man gegen diese Erkrankung tun, kann man irgendwie vorbeugen?

Vorbeugen geht leider nicht. MM ist extrem selten im Kindesalter. Die ersten Anfälle treten in der Regel mit 30 bis 40 Jahren auf. Mit steigendem Lebensalter wird das Befinden subjektiv besser. Etwa mit ca. 60 Jahren nimmt die Schwere der Anfälle ab. Jenseits der 60 ändert sich das Krankheitsbild, die schweren Schwindelanfälle hören auf und man spricht vom Ausbrennen des MM und man wird im täglichen Leben symptomfrei. Es kommt zu einer Kompensation des Gehirns, das heißt das Gehirn kann die Schädigungen, die durch MM aufgetreten sind, zum Teil ausgleichen. Man ist dann zwar symptomfrei, aber das heißt nicht, dass man auf hohe Leitern klettern oder in den Alpen schmale Pfade gehen sollte, denn das Risiko, dass man dort fallen könnte, ist hoch.

Hat die Forschung schon herausgefunden, wo die Ursache für die Bildung

des Endolymphhydrops liegt? Ist das vielleicht ein Stoffwechselproblem?

Die Ursache ist leider noch unbekannt. Eventuell ist die Wasserresorption [die Aufnahme von Körperflüssigkeit] gestört. Die Forschung arbeitet daran gerade. Es ist ziemlich schwierig, beim Menschen an die entscheidenden Stellen im Ohr heranzukommen und bei „laufendem Betrieb“ die entsprechenden Untersuchungen zu machen. Die Wahrscheinlichkeit ist groß, dass man das zuerst bei Tieren herausfindet. Daraus wird man schlussfolgern können, bei ähnlichem Aufbau des Ohres, wo die Ursache beim Menschen liegt.

Mein Arzt hat mir gesagt, dass bei einseitigem MM eine gewisse Wahrscheinlichkeit besteht, dass man demnächst auch bald beidseitig betroffen sein wird. Kann man mit Betahistin dagegen vorbeugen?

Es ist richtig, dass die Wahrscheinlichkeit, auch auf dem anderen Ohr zu erkranken relativ hoch ist. Ob das Medikament verhindern kann, dass es zu einer beidseitigen Erkrankung kommt, ist nicht erforscht. Ärzte können nicht vorbeugend Medikamente verordnen, sondern erst nach Ausbruch der Krankheit. Das würde auch sonst zu teuer werden.

Ich hatte schon sehr viele Hörstürze. Gehören diese zum MM? Gibt es dagegen Medikamente?

Bei MM gibt es definitionsgemäß keinen Hörsturz. Das ist hier die falsche Bezeichnung, denn Hörsturz ist ein plötzlicher Hörverlust unbekannter Ursache. Bei MM kennen wir aber die Ursache. Es handelt sich dabei um einen plötzlichen Hörverlust mit Kenntnis der Ursache und keinen Hörsturz.

Round Table

Hochspannendes Frage- und Antwort-Format



Ein neues Format probierten die Veranstalter des Menière-Symposiums in Hamburg: ein *Round Table* mit allen Referenten und dem Publikum – mit großem Erfolg!

Die Idee war, den Tagungsteilnehmern Gelegenheit zu geben, all ihre Fragen über Morbus Menière an die versammelten ärztlichen Fachleute zu stellen. Der Zuspruch war sehr groß: mehr als zwei Stunden standen die Ärzte Frau Javorkova, Prof. Dr. Zenner, Prof. Dr. Broszeit und Herr Passarge Rede und Antwort. Die Moderation übernahm wie am Vormittag der Chefarzt der HNO-Klinik St. Georg, Prof. Dr. Meyer.

Im Folgenden ist ein Teil der Fragen und Antworten wiedergegeben. Sie wurden größtenteils direkt von den Tagungsteilnehmern aus dem Publikum gestellt. Einige der Fragen las Prof. Meyer von einer Liste mit Fragen ab, die bereits im Vorfeld von den Tagungsteilnehmern erstellt worden war.

Fragen an die Ärzte:

Haben hormonelle Einflüsse eine Auswirkung auf Morbus Menière?

Nein. Es gibt nur ein Hormon, das bei der Therapie bei einigen Patienten hilft, und das ist Cortison.

Gibt es bei Morbus Menière auch so etwas wie eine Spontanheilung?

Nein.

Kommen als Ursache von Morbus Menière auch Unterschiede von Druck (z.B. Luftdruck, Druck im Wasser) in Betracht?

Das ist nicht bekannt. Druck spielt nur bei der Behandlung von Morbus Menière eine Rolle.

Gibt es einen Zusammenhang mit dem Wetter? Es ändert sich ja auch der Blutdruck.

Es gibt keinen Einfluss des Wetters auf Morbus Menière.



Kann Stress ein Auslöser von Morbus Menière sein? (Die Frage wurde mehrfach gestellt)

Diese Frage ist gut untersucht: Es gibt keinen Einfluss von Stress auf die Entstehung von Morbus Menière. Dazu gibt es keine Hinweise. Stress kann vielleicht als Trigger wirken, aber nicht als Ursache. Wenn in stressigen Zeiten die Symptomatik stärker wird, heißt das nur, dass man die Symptome weniger gut kontrollieren kann. Menschen suchen immer Kausalverknüpfungen, aber die meisten dieser direkten Verknüpfungen sind falsch.

Spielt die Ernährung bei Morbus Menière eine Rolle?

Nein, Ernährung ist nicht relevant bei Morbus Menière (im Gegensatz zu vielen anderen Krankheiten).

Hat Morbus Menière genetische Ursachen?

Nein.

Gibt es unterschiedliche Formen von Morbus Menière?

Das Lermoyez-Syndrom kann eine Variante von Morbus Menière sein. Die Patienten hören hier während eines Anfalls besser statt schlechter; sie müssen also vor dem Anfall bereits einen Hörverlust erlitten haben. Ansonsten hat jeder parallel zu Morbus Menière noch ganz eigene Erfahrungen und zusätzliche Krankheiten, deshalb ist

das Erscheinungsbild von Morbus Menière bei jedem anders.

Was sind die ersten Schritte nach einer Neuerkrankung?

In der ersten Phase der Ahnungslosigkeit sollte man unbedingt jemand finden, der alle Fragen zu dieser Krankheit beantworten kann. Man muss zum Beispiel aufpassen beim Autofahren (die Fahrtüchtigkeit ist eingeschränkt) und wenn man beruflich mit Maschinen zu tun hat.

Ich habe Schwierigkeiten mit dem aufrechten Gang in der Öffentlichkeit, wenn ich zum Beispiel in der Kirche vor der Gemeinde etwas sagen möchte. Ich bekomme dann Angst. Was kann ich tun?

Wichtig ist die visuelle Kontrolle, das hilft dem Gleichgewichtssinn. Machen Sie zum Beispiel nachts, wenn Sie aufstehen müssen, unbedingt Licht an und entfernen Sie alle Stolperfallen. Sie sollten ein Gleichgewichtstraining machen. (Dazu ein weiterer Tipp von einem Tagungsteilnehmer: Tragen Sie leichtes Schuhwerk, damit Sie den Boden unter Ihren Sohlen fühlen können. Ganz schlecht sind weiche Matten und Bodenbeläge, wie etwa in Bussen, da wird man unsicher.)

50 Prozent aller Menschen über 60 Jahre bekommen einen Altersschwindel; man kann online ein „Schwindeltraining“ machen.

Warum ist die Hörgeräteversorgung bei Hörverlust im Fall von Morbus Menière so schwierig?

Die Hörgeräte müssen präzise angepasst werden, die verschiedenen Frequenzen müssen verschieden verstärkt werden, weil bei MM besonders die Tieftonfrequenzen betroffen sind. Daher ist der Hörverlust bei Morbus Menière viel schwieriger auszugleichen als bei normalem Hörverlust. Dazu braucht man High-Power-Hörgeräte. Man sollte sich recht-

zeitig für ein Hörgerät entscheiden, denn in höherem Alter wird es schwierig, sich daran zu gewöhnen. Mit 70 Jahren lernt man das noch gut, mit 90 ist es zu spät. Eventuell kann man auch ein Cochlea-Implantat (CI) einsetzen oder ein Mittelohr-Implantat.

Meine Krankenkasse bezahlt solche teuren Hörgeräte nicht. Was kann ich tun?

Es gibt Stiftungen, die den Differenzbetrag zum normalen Hörgerät ausgleichen.

Was ist von der Behandlung mit Acyclovir bei Morbus Menière zu halten?

Das Medikament ist gegen Viren gerichtet. Die Wirksamkeit muss erst nachgewiesen werden, der Hersteller will aber keine Studie haben (fürchtet Prozesse).



Frage im Anschluss an den Vortrag von Herrn M. Passarge zur Diagnostik bei MM:

Eine Frage zu der Behandlung mit Gentamycin: Eine Folge meines Menière ist, dass ich auf einem Ohr taub (oder nahezu taub) bin. Wenn ich nichts dagegen mache, dann ertaube ich sowieso. Warum wird das bei der Gentamycin-Behandlung als ganz starke Nebenwirkung so hervorgehoben, wo doch die Folge meines Menière sowieso Hörminderung oder Ertaubung ist?

Das ist eine gute Frage, es ist in dem Fall natürlich so, dass man sich dann leichter zu einer Gentamycin-Therapie entscheiden kann. Es gibt aber auch andere Fälle, wo die Schwindelsymptomatik im Vordergrund steht und wo Patienten noch ein gutes Restgehör haben und dann ist es einfach eine Frage der Abwägung. Das ist natürlich auch etwas, was man nicht für immer entscheidet; man kann auch andere Therapien versuchen.



Redebeiträge von Teilnehmern:

Der Halt innerhalb der Familie ist sehr wichtig.

Ein Teilnehmer berichtet, dass er aufgrund der Krankheit einen Autounfall hatte und in vielen Kliniken war. Heute geht es ihm wieder gut, er fährt sogar wieder Auto. Trotz bester Perspektive bei der Krankheit hat er jedoch immer wieder Suizidgedanken. Vor allem die Familie gibt ihm Halt. (Der Rat des Arztes) Therapien sind sehr wirksam, daher rate er dazu, Termine mit einem Therapeuten zu machen.



Ein Assistenzhund bei MM

Frau Caissa Engelke, Vorstandsmitglied von KIMM e.V., berichtet über ihre guten Erfahrungen mit ihrem Assistenzhund, der von einer Hundetrainerin ausgebildet wurde, die auch Diabetes-Hunde ausbildet. Der Hund hat ihr auch bei den psychischen Auswirkungen der Krankheit geholfen.

Die Bedeutung der Selbsthilfegruppen ist groß

Frau Bauer, 1. Vorsitzende von KIMM e.V., ermuntert zur Gründung von weiteren Selbsthilfegruppen. Es gebe heute immer weniger Menschen, die Verantwortung übernehmen wollten.

Lob für KIMM e.V.

(Eine Teilnehmerin) Also ich bin das erste Mal bei einem Vortrag und bin sehr berührt. Ich bin schon länger im KIMM-Verein. Es ist mir passiert wie Frau Groß. Man kommt aus der Klinik, hat keine Information. Es kommt ein Anfall, ein zweiter Anfall zu Hause und man weiß eigentlich gar nicht, was das war. Durch KIMM habe ich so viel gelernt. Ich konnte Frau Munck in Lübeck anrufen, wir haben lange Gespräche geführt. Auch mit ihrer Vorgängerin, Frau Bott, habe ich lange Gespräche geführt. Ich kann dem KIMM-Verein nur Danke sagen und alle ermutigen: Tretet ein in den KIMM-Verein. Es ist so günstig und die tun so viel für uns. Dankeschön!

Zuversichtlicher wieder nach Hause gefahren

Kurz nach der Tagung in Hamburg erhielt der KIMM-Vorstand den folgenden Erfahrungsbericht von KIMM-Mitglied Dörte Schulz, die zum ersten Mal an einer Tagung teilgenommen hat und von ihren guten Eindrücken berichtet.

Seit 27 Jahren habe ich Morbus Menière einseitig auf dem linken Ohr und damit alle Stadien dieser Krankheit durchlaufen. Zum Glück sind die Schwindelanfälle seltener geworden und an den Tinnitus habe ich mich schon lange gewöhnt. Allerdings bin ich seit etwa zehn Jahren auf dem betroffenen Ohr taub.

In der Zeit mit den schlimmsten Schwindelanfällen bin ich im Internet auf KIMM e.V. aufmerksam und auch gleich Mitglied geworden. In meinem Lebensumfeld gibt es sonst keine MM-Erkrankten, mit denen ich mich hätte austauschen können. Und so freue ich mich jedes Mal, wenn die Zeitschrift von KIMM e.V. in meinem Briefkasten liegt. Besonders gefreut habe ich mich dieses Jahr im Juli, denn es wurde eine Herbsttagung im hohen Norden angekündigt. Da ich an der mecklenburgischen Ostseeküste wohne, kamen Treffen in Süddeutschland eher nicht in Frage. Gleich nach Eintreffen der Einladung habe ich mich für das Treffen in Hamburg angemeldet. Das war auch gut so. Denn wie ich später beim Treffen in Hamburg erfahren habe, konnten gar nicht alle Anmeldungen berücksichtigt werden. Die Zahl der Teilnehmer war auf 130 Personen beschränkt. So fuhr ich am Freitag, den 27.10.2017 erwartungsvoll nach Hamburg, um endlich auch andere MM-Erkrankte kennenzulernen. Schon beim gemeinsamen Abendessen, in einem gemütlichen Hamburger Restaurant, merkte ich schnell: Hier bist du herzlich willkommen, und MM kennt hier jeder, da muss ich nicht erklären, wie quälend Schwindelanfälle sind.

Die eigentliche Herbsttagung fand dann am Samstag, den 28.10.2017 in der HNO-Klinik der Asklepios Klinik St. Georg statt. Nach der Begrüßung hielt Frau Javorkova, Assistenzärztin für HNO, einen Vortrag zur Diagnostik und Herr

Dr. Passarge, HNO-Facharzt, einen zu Therapieverfahren bei MM. Besonders beeindruckt hat mich der Vortrag von Frau Groß als Betroffene. Sie hat wirklich schwere Zeiten hinter sich und bei alledem den Humor nicht verloren. Danach hielt Herr Prof. Dr. Broszeit, Chefarzt für Psychosomatik und Psychotherapie am Asklepios Westklinikum Hamburg, einen Vortrag zum Thema Krankheitsbewältigung/Psychosomatik. Ich denke, das war für alle Teilnehmer sehr interessant. Denn mit MM wird man als Erkrankter mit schweren Schwindelanfällen ohne wirklich erkennbare Ursachen doch schnell in die „Psycho-Ecke“ geschoben. Meine Erkenntnis daraus: MM ist keine psychische Erkrankung, aber sie belastet die Psyche schwer. Gegen diese Belastung gibt es Hilfe.

Nach den jeweiligen Vorträgen konnten auch schon Fragen gestellt werden. Dann war Mittagspause und damit auch die Möglichkeit, andere MM-Patienten und ihre speziellen Probleme kennenzulernen. Nach der Mittagspause ging es interessant weiter. Herr Prof. Dr. Dr. Zenner von der HNO-Uniklinik Tübingen, ein Spezialist für Morbus Menière, sprach zum Thema „Neues aus der Forschung“. Alle Teilnehmer lauschten seinem Vortrag hochinteressiert. Nach einer kleinen Pause durften dann bei einem sogenannten Round Table alle Fragen gestellt werden, die MM-Patienten beschäftigen. Alle Fragen wurden beantwortet.

Gegen 16 Uhr endete die Veranstaltung, die auch mich ein Stück zuversichtlicher nach Hause fahren ließ.

Hiermit möchte ich mich herzlich bei Frau Bauer, 1. Vorsitzende KIMM e.V. (stellvertretend für alle fleißigen Helfer von KIMM e.V.) bedanken sowie bei Herrn Prof. Dr. Jens E. Meyer, Chefarzt der Klinik für HNO-Heilkunde der Asklepios Klinik St. Georg in Hamburg, für die Organisation dieser Veranstaltung.

Dörte Schulz

Abendliches Beisammensein



Tagungs-Impressionen



Die Blockade des Endolymphatischen Gangs im Vergleich zur Saccotomie

von Dr. Helmut Schaaf

Kürzlich erschienen Publikationen über eine neue Operationsmethode zur Behandlung des Morbus Menière, die auf einer Blockade des Endolymphatischen Gangs beruht. Wir baten Dr. Helmut Schaaf, Leitender Oberarzt der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse in Bad Arolsen, um eine Stellungnahme zu dieser OP-Methode für das Tinnitus-Forum.

Die Publikationen zu dieser neuen OP-Methode:

Gabra, N., Asmar, M. H., Berbiche, D., Saliba, I. (2016): Endolymphatic duct blockage: quality of life assessment of a novel surgical technique for Ménière disease. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2016; 273: 2965–2973

(Deutsch: *Die Blockade des Endolymphatischen Gangs: Bewertung der Lebensqualität nach einer neuen Operationstechnik bei Morbus Menière*)

Saliba, I., Gabra, N., Alzahrani, M., Berbiche, D. (2015): Endolymphatic duct blockage: a randomized controlled trial of a novel surgical technique for Ménière's disease treatment. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2015; 152(1):122–129

(Deutsch: *Die Blockade des Endolymphatischen Gangs: Eine randomisierte, kontrollierte Studie über eine neue Operationstechnik zur Behandlung des Morbus Menière*)

In der letzten Zeit erschienen Publikationen der Arbeitsgruppe um N. Gabra zu einem auf den ersten und zweiten Blick doch sehr ungewöhnlichen Vorgehen bei Morbus Menière. Bei dieser Methode wird nach entsprechender operativer Eröffnung der Endolymphatische Gang

(ductus endolymphaticus) mit Clips unterbunden, damit keine Endolymph mehr fließen kann. Dann entwickelt sich (erwartungsgemäß) ein Hydrops, der aber bei den bisher als Menière-Patienten Eingestuften erstaunlicherweise ohne Menière-Symptome bleiben soll. Nach einiger Zeit würde die Endolymph dann besser durch andere intracochleäre Strukturen resorbiert. Das Vorgehen wird beschrieben als nicht-destruktive Technik, obwohl eine bisher als Endorgan angenommene Funktionseinheit unterbunden wird. Zudem soll die Lebensqualität als „noch besser“ als bei der Saccotomie eingeschätzt werden (Gabra et al., 2016).

Anders als bei der am häufigsten angewandten HNO-ärztlichen Operation, der sogenannten Saccotomie, wird bei diesem Vorgehen der Endolymphatische Sack nicht etwa freigelegt, sondern bewusst verschlossen. Diesem Vorgehen könnte die Beobachtung zugrunde liegen, dass die Saccotomie zwar weltweit am häufigsten angewandt wird, aber tatsächlich nicht effektiver erscheint als eine Placebo-Operation oder Abwarten. Dabei hat sich, unabhängig von Neubewertungen eines direkten Vergleichs mit tatsächlichen Placebo-Operationen, erwiesen, dass die neue OP-Methode ebenso erfolgreich war wie die Freilegung des Endolymphatischen Sackes.

Dies trifft allerdings für alle operativen Eingriffe zu, die nicht auf die Ausschaltung des Gleichgewichtsorgans abzielen: Sie haben eine etwa gleichbleibende Erfolgsrate von 80 Prozent. Dies ließ Ruckenstein (2010) zu der Überlegung gelangen, dass hier möglicherweise eine zentrale psychosomatische Komponente zur Reduktion der Schwindel-Empfindung führt.

Gleichzeitig zeigt sich, dass eine der hauptsächlichen Erklärungen für die Zunahme des Endolymphatischen Hydrops, nämlich der mangelnde Abtransport im Endolymphatischen Sack, wohl so allein nicht zutrifft (Ruckenstein, 2010).

Eingriffe am Endolymphatischen Sack – die Saccotomie

Bei allen Unklarheiten scheint der Saccus endolymphaticus zumindest mitverantwortlich dafür zu sein, dass die Endolympe nicht genügend ausgeschleust werden kann. Die Saccotomie hat die Druckentlastung des Endolymphatischen Hydrops zum Ziel.

Was wird gemacht?

Der Saccus endolymphaticus ist chirurgisch hinter dem Ohr erreichbar. Dazu müssen die Operateure zunächst den sogenannten Warzenfortsatz (Mastoid) ausräumen, um von dort aus nah an das Labyrinth heranzukommen. In der hinteren Schädelgrube wird dann die Hirnhaut freigelegt und der Saccus meist relativ weit vorne gefunden.

Grundidee und grundlegende Bedenken

Portmann (1927) eröffnete den Saccus und leitete ihn in das offene Zellsystem des Warzenfortsatzes. Dadurch löste er das meist zusammengeschrumpfte Organ aus der narbigen Umklammerung (nach Entzündungen oder Immunreaktionen) und sorgte für den Abfluss der übermäßigen Flüssigkeit.

Erfolge nicht höher als bei Placebo-Operation

Diese Grundidee hat sich weltweit verbreitet. Sie ist aber mannigfaltig abgeändert worden, weil sich herausstellte, dass der Erfolg schnell wieder durch

Verwachsungen und Neuwachstum des abgetragenen Knochens zunichte gemacht wurde. Aber auch alle Variationen mit unterschiedlichen Ableitungswegen und -größen sowie diversen Ableitungsimplantaten kommen trotz ausgeklügelter Ansätze und Erklärungen bei langfristigen Nachuntersuchungen immer auf die gleichen Erfolgsraten. Diese liegen nicht höher als die Erfolge einer sogenannten Placebo-Operation. Bei dieser wurde nur der Warzenfortsatz ausgeräumt, und auch hier stellten sich die beschriebenen Verbesserungen ein (Thomsen et al., 1981). In einer Metaanalyse für die Cochrane Collaboration fanden Pullens et al. (2013) unter Berücksichtigung der benannten Studienkriterien keine ausreichenden Anhaltspunkte für eine Wirksamkeit der Eingriffe am Endolymphatischen Sack:

Dies bestätigt alle Zweifel an Erklärungen der pathophysiologischen Grundlagen, die schon Schuknecht 1981 (in: Vosteen, 1981, S. 236–241) auf den Punkt gebracht hat:

- Die chirurgische Epithelschädigung, die durch die Eröffnung entsteht, kann die resorptive Leistungsfähigkeit nur weiter reduzieren (denn, so Morgenstern 1985, der Saccus hat keine einfache Filterfunktion, sondern weist eine aktive, das Ionenmilieu regulierende Tätigkeit auf. Deshalb ist zu erwarten, dass eine Verletzung oder gar Zerstörung nur noch negativere Ergebnisse zeitigen müsste).
- Da der Druck im Subarachnoidalraum (flüssigkeitsgefüllter Raum unter der Hirnhaut) größer ist als im Endolymphsystem, kann eine operativ geschaffene, künstliche Verbindung (Drainage) zwischen beiden eigentlich nur dazu führen, dass Gehirnflüssigkeit in das Endolymphsystem eindringt und so den Druck noch erhöht und nicht umgekehrt Endolymphflüssigkeit abfließen kann.

- Drainageröhrchen (künstliche Verbindungsstücke) werden nahezu mit Sicherheit schnell durch Bindegewebe funktionsunfähig gemacht.

Was bleibt, ist eine letztlich unklare Situation und die Zuversicht, durch die Erweiterung der oft verengten Verhältnisse einen besseren Fluss von Blut und Lymphe in dieser Region zu ermöglichen, sodass indirekt auch die Resorption der Lymphe verbessert wird (Jahnke, 1994). Die meisten HNO-Ärzte wie Paparella (2006) hoffen, dass diese Operation weitere Optionen offenhält und dass man zumindest subjektive Verbesserungen erreichen kann. Vielleicht weniger bedacht wird dabei, dass enttäuschte Hoffnungen auch eine ernsthafte Nebenwirkung sind.

Stattdessen scheint sowohl die Produktion als auch der Abtransport der Endolympe zirkulär im Innenohr-Labyrinth zu erfolgen und zwar in den Strukturen, in denen die Endolympe in den Bogengängen und im Sacculus sowie auf dem Weg zum Endolymphatischen Sack gebildet und resorbiert wird. Dies könnte die Idee erklären, den Endolymphatischen Sack auszuschalten, um dadurch die anderen Strukturen „zu zwingen“, mehr an Endolymphflüssigkeit zu resorbieren.

Trotz allem gilt es drei Dinge zu bedenken:

1. Die Operation selber erscheint operativ extrem anspruchsvoll, das heißt schwierig,
2. Das Gegenteil von falsch muss nicht unbedingt richtig sein und
3. wahrscheinlich am wichtigsten ist die Beobachtung, dass zwar jeder Morbus Menière mit einem Endolymphatischen Hydrops einhergeht, dieser aber nicht die Ursache sein wird, sondern lediglich eins der Phänomene, die unter dem Krankheitsbild des Morbus Menière zu finden sind.

Das heißt, die alleinige Ausrichtung auf die Verminderung des Endolymphatischen Hydrops kann die Krankheit noch nicht erklären. Dementsprechend ist es wiederum nicht verwunderlich, dass diese Methode genauso gut oder genauso schlecht wie das gegenteilige Verfahren wirkt.

Als offene Fragen bleiben:

- Warum soll nach Verschluss des Endolymphatischen Gangs und einem Rückstau mit Endolymphhydrops kein Menière bleiben oder entstehen?
- Wenn es trotzdem so wäre, wieso geschieht das nicht ohne Unterbindung des ductus?
- Soll jetzt – anders als bislang vermutet – die Ursache für den Morbus Menière aus dem Saccus endolymphaticus kommen?

Da inzwischen eine vertretbare und sichere Alternative mit der intratympanalen Gentamycingabe zur Minderung oder Ausschaltung des schwindelerzeugenden Innenohrs zur Verfügung steht und sich möglicherweise die intratympanale Gabe von Kortison als wirksam erweist, würde man dementsprechend auch von dem theoretisch doch auf schwachen Füßen stehenden und praktisch schwierigen Vorgehen Abstand nehmen.

Kontakt zum Autor:

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
www.tinnitus-klinik.net
www.drhschaaf.de



... um anderen Betroffenen Mut zu machen

An den Vorstand von KIMM e.V. werden immer wieder Mails und Briefe geschickt, in denen Betroffene ihre Erfahrungen mit der Menière'schen Krankheit schildern. Oft sind die Berichte so eindrücklich, dass wir die Menschen, die uns geschrieben haben, dazu ermuntern, ihre Erfahrungen weiterzugeben. Denn es ist wichtig zu hören, wie es anderen mit ihrer Krankheit geht, und sich selbst mitzuteilen. Wir freuen uns über jede Zuschrift!



Der folgende Bericht von Herbert Fürstenwerth ging im August als E-Mail bei uns ein.

Er schrieb dazu: „Die Beiträge in Ihren Veröffentlichungen haben mir immer wieder Mut gemacht. Sie können meinen Bericht gerne in Ihrer Zeitschrift KIMM aktuell veröffentlichen, um auch anderen Betroffenen Mut zu machen.“

Bis Ende 2005 ging es mir im Großen und Ganzen gut, ich war 63 Jahre alt und Rentner. Dann, am 20.12.2005, hatte ich plötzlich einen Schwindelanfall mit Übelkeit, die ich mir nicht erklären konnte, und ca. dreieinhalb Stunden dauerte. Danach ging ich zu meinem Hausarzt, der mich auf Schlaganfall untersuchte und behandelte.

In den folgenden Wochen kam es noch zu zwei weiteren Schwindelanfällen mit vorangehendem Brummen in den Ohren, sie dauerten zwischen zwei und drei Stunden. Am 22.1.2006 hatte ich einen sehr schweren Schwindelanfall mit Übelkeit und Erbrechen. Da es Abend war, haben wir den Bereitschaftsarzt gerufen, der mich direkt ins Krankenhaus in die neurologische Abteilung überwiesen hat. Der Anfall dauerte sechseinhalb Stunden. Ich habe drei Tage im Krankenhaus gelegen und wurde gründlich untersucht. Die Diagnose war TIA [*transitorische ischämische Attacke, eine vorübergehende neurologische Störung – Red.*], ich bekam Aspirin 300 verschrieben und sollte bei Bedarf Betahistin nehmen. Danach hatte ich in den Folgemonaten noch fünf weitere Schwindelanfälle

mit Ohrgeräuschen, bis ich dann im Juni 2006 zum HNO gegangen bin, der mich auch im Krankenhaus untersucht hat. Seine Diagnose: kein Morbus Menière, seine Empfehlung: 3x1 Betahistin. Weitere Schwindelanfälle mit Übelkeit und Ohrensausen folgten. Im März 2008 bin ich wieder zum HNO, seine Vermutung war jetzt: Hörsturz. Danach habe ich es mit Osteopathie versucht, ohne Erfolg.

Im April 2008 bin ich wieder zum Chefarzt der Neurologie gegangen, diesmal war seine eindeutige Diagnose: Morbus Menière links. Bei Bedarf sollte ich Betahistin nehmen. Nach weiteren Schwindelanfällen war ich dann im Juni 2010 wieder beim HNO, die Therapie war Trental 400 und Losix 40. Mein Hausarzt vermutete Durchblutungsstörungen und empfahl Buflomedil, außerdem wurde eine Kortisonbehandlung durchgeführt. Im Juli wurde ein MRT des Kopfes gemacht, ohne Ergebnis. Der HNO meinte inzwischen auch, dass es Morbus Menière sei, und empfahl ein Hörgerät. Da sich mein Hörvermögen inzwischen stark vermindert hatte, ging ich in ein Akustikstudio und zu einem anderen HNO. Der HNO

bestätigte die Diagnose Morbus Menière und ich bekam zwei Hörgeräte. Ich nahm weiterhin Betahistin in verschiedener Dosierung.

Im Internet hatte ich im Jahre 2012 den Verein KIMM gefunden, in dem ich sogleich Mitglied wurde. Die Dokumentationen waren sehr interessant und haben mir sehr geholfen. Ich fand dann auch einen Hinweis auf das Buch *Morbus Menière* von Dr. Schaaf, das ich sofort bestellt und mit großem Interesse durchgearbeitet habe. Hier fand ich auch viele gute Anregungen.

Nach weiteren Schwindelanfällen war ich im November 2012 wegen starkem Brummen im Ohr beim HNO und wurde mit Kortison behandelt. Bei einem Anfall sollte ich Vertigo-Vomex nehmen, was ich auch jeweils getan habe, aber ohne erkennbaren Erfolg. Am 1.3.2013 hatte ich den schlimmsten und längsten Schwindelanfall mit zehn Stunden Übelkeit und Erbrechen, da half auch kein Vomex.

Im September 2013 war ich wieder beim HNO, das Hörvermögen rechts war noch schlechter, ich erhielt ein neues Medikament: Vertigo-Neogama. Im Dezember 2013 habe ich dann mit Akupunktur begonnen, 10 Sitzungen, doch ohne Erfolg.

Im Januar 2014 bin ich auf Empfehlung eines Arztes zum Chefarzt der Neurologie eines anderen Krankenhauses gegangen. Der bestätigte die Diagnose Morbus Menière und erhöhte die Dosis Betahistin auf 2x2x24 mg. Am 23.01.2014 hat mir dieser Chefarzt dann ein Paukenröhrchen eingesetzt, das nach ca. fünf Monaten von alleine herausgefallen ist. In der Zeit hatte ich trotzdem weiterhin Schwindelanfälle mit einer Dauer von zwei bis acht Stunden. Im Oktober 2014 war ich bei demselben Chefarzt der Neurologie, er empfahl eine Gentamycin-Behandlung, die ich aber zunächst noch nicht machen wollte. Ein erneutes MRT vom Schädel, um andere Ursachen auszuschließen, war wieder ohne Befund. Zwischendurch gab es immer mal wieder Besuche beim HNO und beim Neurologen. Ich erhielt zusätzlich Entwässerungstabletten.

Auf Empfehlung eines Freundes habe ich dann einen Termin in der Schwindel-Ambulanz an der Uniklinik Essen gemacht und wurde dort am 3.2.2015 untersucht. Die Diagnose Morbus Menière links wurde bestätigt und die Dosis Betahistin erhöht, zunächst auf 3x2x24 mg, dann auf 3x3x24 mg. Im selben Jahr hatte ich noch ca. 30 Schwindelanfälle unterschiedlicher Intensität. Im September 2015 war ich auf dem linken Ohr fast taub und bekam eine CROS-Versorgung, mit der ich sehr zufrieden bin. Der HNO riet auch zu einer Gentamycin-Behandlung. Ab Oktober 2015 habe ich nach Rücksprache mit dem Schwindelzentrum das Betahistin auf 3x4x24 mg erhöht. Am 19.11.2015 bin ich erneut nach Essen gefahren, aber man konnte mir nicht weiterhelfen.

Ende Dezember 2015 hatte ich von der sog. BE-MED Studie gehört [*Doppelblind-Studie mit Betahistin und Placebo – Red.*] und habe mich per E-Mail mit Professor Strupp von der Uniklinik München in Verbindung gesetzt. Er empfahl mir, die Dosis Betahistin sukzessive auf 3x6x24=432 mg zu erhöhen. Nach weiteren elf Schwindelanfällen hatte ich die Dosis am 22.2.2016 erreicht. Danach hatte ich noch weitere 15 leichtere Schwindelanfälle bis zum vorerst letzten Anfall am 20. August 2016.

Ab 1.1.2017 habe ich die Dosis Betahistin nach Rücksprache mit Professor Strupp sukzessive verringert. Heute nehme ich noch 3x3x24 mg pro Tag und wenn alles gut geht, werde ich ab 1.10.2017 die Dosis auf 3x2x24 mg verringern.

Ich bin jetzt seit einem Jahr total schwindelfrei und kann wieder viel unternehmen. Endlich fühle ich mich wieder frei und kann das Leben genießen. Ich fahre wieder unbeschwert in den Urlaub und habe keine Angstzustände mehr, dass jeden Moment etwas passieren kann. Ich bin Herrn Professor Strupp (und Betahistin) unendlich dankbar, dass er mir den Weg gezeigt hat, aus diesem endlosen Kreislauf herauszukommen, und ich hoffe, dass damit mein Morbus Menière besiegt ist.

Herbert Fürstenwerth, August 2017



Auflösungen zu den Rätseln auf Seite 45

LEICHT 1

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

LEICHT 2

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

4	+	5	:	1	=	9
+		+		+		
2	+	8	+	6	=	16
:		+		:		
3	+	9	+	7	=	19
=		=		=		
2		22		1		

MITTELSCHWER 1

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

MITTELSCHWER 2

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

9	-	1	+	4	=	12
-		+		+		
2	+	8	+	3	=	13
+		-		-		
7	-	6	+	5	=	6
=		=		=		
14		3		2		

SCHWER 1

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

SCHWER 2

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

6	x	2	x	8	=	96
x		x		:		
9	-	7	x	1	=	2
-		x		x		
5	-	4	x	3	=	3
=		=		=		
49		56		24		

1	x	6	-	2	=	4
x		x		x		
7	x	9	-	8	=	55
-		-		x		
5	x	3	x	4	=	60
=		=		=		
2		51		64		

Selbsthilfegruppen vor Ort

Vortrag in der Kölner

Selbsthilfegruppe von Frau

Dr. Sybille Roskothen, Ärztin und

Dipl.-Psychologin aus Köln, zum

Angstproblem bei Morbus Menière

Frau Dr. Roskothen begann ihren Vortrag mit der Frage: „So viel Angst – muss das sein?“ Unter den 19 Teilnehmern der Selbsthilfegruppe war die Neugier auf die Beantwortung dieser Frage natürlich groß und die Psychologin verstand es, das Interesse 90 Minuten lang wach zu halten. Der Vortrag war spannend, manchmal witzig, immer ausgerichtet an den Bedürfnissen der MM-Betroffenen und – wie viele Zuhörer in der Rückschau sagten – sehr hilfreich.

Im Folgenden versuche ich, den Vortrag unter Verwendung der Vorlagen von Frau Dr. Roskothen zusammenzufassen:

Angst ist wie Ekel, Wut und Lebensfreude eine Grundemotion, die dem Schutz des Lebens dient. Diese Grundangst kann nicht wegtherapiert werden, jedoch ist bei zu viel Angst eine Therapie sinnvoll. Angst wird körperlich erfahren durch flache Atmung, schnellen Herzschlag, Muskelverspannung, Blässe, Schwächegefühl und Einengung der Wahrnehmung. Psychisch begleitet wird sie von Gefühlen wie Ohnmacht, Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein, Existenzbedrohung und Handlungsunfähigkeit. Diese Gefühle führen oft zu einem Rückzug der Betroffenen, um diesen unangenehmen Situationen aus dem Weg zu gehen. Situationen, Plätze, Aktivitäten und Menschen werden vermieden. Bei MM-Patienten ist die Angst vor der sozialen Ächtung besonders groß; durch das Vermeidungsverhalten gehen Selbstwertgefühl, Selbstachtung, Schutz, Geborgenheit und Sicherheit verloren, denn dafür braucht man andere Menschen.

Alles, was zu einer Situation gehört, in der Angst empfunden wurde, kann im Gehirn abgespeichert werden und zukünftig Auslöser für eine erneute Angstreaktion sein. Dies kann zu einem Angstkreislauf führen, der in Angstschwindel mündet und nicht mit echtem Morbus Menière

verwechselt werden darf. Deshalb sollte man bei einem Schwindelanfall prüfen, ob man einen Punkt fixieren kann – bei einem echten MM ist dies nicht möglich. Wenn man fixieren kann, sollte man probieren, fest aufzutreten und die Drehrichtung umzukehren mit dem Ziel, das Drehen zum Stillstand zu bringen. Das Fixieren eines Punktes sollte man täglich üben. Um die Angst vor einem echten MM-Anfall zu reduzieren, sollte man gewappnet sein: Notfallmedikament, Handy, Plastiktüte, MM-Ausweis.

Da die Angst zum Leben gehört, ist es sinnvoll, sie zu personalisieren, das heißt, man schließt mit seiner Angst eine Partnerschaft, in der beide Seiten an Absprachen gebunden sind. Man verspricht, etwas für sich zu tun, zum Beispiel Autogenes Training, Achtsamkeits- und Entspannungsübungen. Im Gegenzug soll die Angst wegbleiben. Die Psyche kann sich auf solche Abkommen einstellen, wodurch durch Angst entstehende Schwindelanfälle verhindert werden können. Außerdem können Körpertechniken, die einem Freude machen, den Körper stärken und Stressresistenz und Selbstsicherheit erhöhen. Damit fällt es leichter, die umgebenden Menschen über die MM-Problematik aufzuklären, was wiederum zu Geborgenheitsgefühlen und Angstreduktion führt.

Die „personalisierte“ Angst kann jedoch in schwierigen Situationen ein Signal zur Selbstfürsorge geben, um zum Beispiel als Schwindelpatient nicht aufs Glatteis zu gehen, „Nein“ zu manchen Anforderungen zu sagen und sich nach Hilfe umzusehen.

Der gelernte Umgang mit der Angst verhilft zu einem respektvollen Umgang miteinander, er hilft, Abhängigkeitsgefühle und Ausgeliefertsein zu reduzieren.

Die konkrete Angst vor einem echten Morbus Menière-Anfall kann – wie schon oben erwähnt – durch Vorsorge gemildert werden, aber es ist auch unter Umständen möglich, nach einem Schwellenmuster zu suchen. Das bedeutet, dass man sich der Signale bewusst wird, die einem Anfall vorausgehen können, und dann entsprechend früh auf solche Signale reagiert.

Frau Dr. Roskothen stellte zwei Flyer (Kurzentspannung und Klärung der Sinne) zur Verfügung, die von Frau Pfromm kopiert und an alle Selbsthilfe-Mitglieder verschickt wurden.

Am Ende war allen Zuhörern klar, dass es auch für MM-Patienten möglich ist, durch eigenes Handeln – zum Beispiel Selbstfürsorge, Achtsamkeit,

körperliche und mentale Übungen – übergroße Angst zu reduzieren und so wieder Lebensfreude zu erlangen.

Die Selbsthilfegruppe Köln bedankte sich sehr herzlich für diesen Vortrag.

Bericht von Renate Knäbel, SHG Köln

Selbsthilfe – darf es ein bisschen mehr sein?



Können Sie sich noch an Ihre erste Begegnung mit Morbus Menière erinnern?

Sind Sie sich der Gedanken und Gefühle danach noch bewusst?

Panik, Angst, Hilflosigkeit, Unsicherheit, Enttäuschung, Sprachlosigkeit,

Wut und Verzweiflung sind Gefühle, die nach den ersten Anfällen häufig auftreten. Auch die pure Existenzangst und Existenzfragen stehen im Raum:

- Wer kennt sich mit Morbus Menière aus?
- Wer versteht mich?
- Wie geht es weiter?
- Wie kann man mit dieser Erkrankung seinen Alltag bestreiten?

Diese Fragen kennen wir auch aus unserer Tätigkeit als Selbsthilfe-Gruppenleitung und bei Beratungen über KIMM.ev am Telefon nur zu gut.

Sicherlich sind medizinische Fragen auch dabei, aber aus meiner Erfahrung spielen diese bei den Anfragen nur eine untergeordnete Rolle.

Bis die Betroffenen an „Selbsthilfe“ denken und sich damit auseinandersetzen, sind die Kontaktaufnahme und Versorgung durch Ärzte oder Schwindelambulanzen bereits erfolgt.

Wir wissen alle, wie wichtig der Austausch mit anderen Betroffenen ist. Das Gefühl, ich bin nicht alleine, es geht jemandem genauso wie mir, nimmt vielen eine große Last von den Schultern. Verstanden zu werden mit den eigenen Ängsten und Sorgen ist wie ein Heimkommen – ein Ankommen.

Vor einer Woche waren wir in Hamburg zu unserer Herbsttagung. Auch hier erhielten wir viel Zuspruch und Dank für die Möglichkeit, andere Betroffene zu treffen und sich auszutauschen.

Deshalb suchen wir Sie.

- Sind sie schon länger erkrankt?
- Haben sie im Umgang mit MM schon Erfahrung?
- Würden sie sich telefonisch gerne mit betroffenen Menière-Patienten austauschen und ihre Erfahrungen weitergeben?

Fühlen Sie sich angesprochen?

Dann nehmen sie Kontakt mit mir auf.

Tel.: 0911 / 646395 oder
ch.heider@kimm-ev.de

Ich freue mich auf Sie!

Christiane Heider

Gruppenleiterin SHG Nürnberg

Ausgewählte Fachliteratur zu Morbus Menière

Schaaf, Helmut

Morbus Menière.

**Eine psychosomatisch orientierte Darstellung
8. vollständig überarbeitete Auflage**

2017. Springer. 264 S., 34,99 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

2003. Asanger Verlag. 7,95 Euro

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

Schaaf H., Hesse G.

**Endolymphschwankungen
im Ohr (Gehör) und im Gleichgewichtsorgan**

2015. Profil Verlag. 13,80 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.

7. Auflage 2016. 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. Aufl. 2013. Steinkopff, Darmstadt

ISBN 3642249620 146 S., 74,99 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. 232 S., 188 Abb., 99,99 Euro

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

Bronstein, A. / Lempert Th.

Schwindel.

Ein praktischer Leitfaden zur Diagnose und Therapie

2. Aufl. 2016. Schattauer. 256 S., 44 Abb., 60 Videos, 69,99 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 damit rasch und meist ohne große Zusatzdiagnostik zu einer praxistauglichen Einschätzung.

Schädler, Stefan

Gleichgewicht und Schwindel

2016. Urban und Fischer, 269 S., 69,99 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. 144 S., 29,80 Euro

Gut gebildete, nachvollziehbare Anleitungen

Hamann K.-F.

Schwindel – 175 Fragen und Antworten

4. Auflage 2017. Verlag Zuckschwerdt. 14,95 Euro

Broschüre im Taschenformat mit 20 Fragen speziell zu Morbus Menière.

Hesse, G., Schaaf, H.

Schwerhörigkeit und Tinnitus

2. Aufl. 2006. 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. Aufl. 2010. 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 (2017)

Dizziness with downloadable Video:

A practical approach to diagnosis and management.
Cambridge University Press, Cambridge. Ca. 54 \$

Herdman SJ (2014)

Vestibular Rehabilitation, 4th edn.

Contemporary Perspectives in Rehabilitation.
F.A. Davis Company, Philadelphia. 165 \$



Sudoku

LEICHT 1

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

LEICHT 2

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

Rechnen im Quadrat

	x		x		=	96
x		x		:		
	-		x		=	2
-		x		x		
	-		x		=	3
=		=		=		
49		56		24		

MITTELSCHWER 1

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

MITTELSCHWER 2

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

	x		-		=	4
x		x		x		
	x		-		=	55
-		-		x		
	x		x		=	60
=		=		=		
2		51		64		

SCHWER 1

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

SCHWER 2

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

	+		:		=	9
+		+		+		
	+		+		=	16
:		+		:		
	+		+		=	19
=		=		=		
2		22		1		

	-		+		=	12
-		+		+		
	+		+		=	13
+		-		-		
	-		+		=	6
=		=		=		
14		3		2		

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



Reha-Kliniken für Morbus-Menièrè-Patienten

Bad Berleburg: HELIOS Rehakliniken, Fachklinik für Hörstörungen, Tinnitus und Schwindel, Arnikaweg 1, 57319 Bad Berleburg, Telefon 02751/88-75110, Telefax 02751/88-75115
<https://www.helios-gesundheit.de/reha/bad-berleburg/ihre-reha-bei-uns/unsere-schwerpunkte/hoerstoerungen/>

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

Bad Grönenbach: HELIOS Kliniken, Klinik Am Stiftsberg, Sebastian-Kneipp-Allee 3–5, 87730 Bad Grönenbach, Tel 08334/981-100
<https://www.helios-gesundheit.de/reha/bad-groenenbach/ihre-reha-bei-uns/klinik-am-stiftsberg/hoerbehinderung-tinnitus-und-schwindelerkrankungen/>

Fach- und Rehaklinik für Hörgeschädigte, Tinnitusbetroffene, psychische und somatische Störungen, Innere Medizin. Seit 1999 werden mehrmals im Jahr Rehabilitationen durchgeführt, die auf die speziellen Bedürfnisse von Menière-Patienten abgestimmt sind.
 Medizinische Leitung: Dr. med. Volker Kratzsch, Chefarzt

Bad Nauheim: MEDIAN Kaiserberg-Klinik, Fachklinik für Hörstörungen, Tinnitus, Schwindel, Cochlea-Implantate und Orthopädie
 Am Kaiserberg 8–10, 61231 Bad Nauheim Tel. 06032/9192-22, Fax 06032/9192-24
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. 05222/3737-37, Fax 05222/3737-44, www.median-kliniken.de

Rehabilitationsklinik mit einer Fachabteilung für Hörstörungen, Tinnitus, Schwindel und Cochlea-Implantate (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, www.kimm-ev.de

REDAKTION:

Dr. Gisela Hack-Molitor (verantwortl.)
 Caissa Engelke
 E-Mail: redaktion@kimm-ev.de

BILDNACHWEISE: Fred Knäbel (Titel, S. 6, S. 35), Herbert Halder, Archiv KIMM, HELIOS Klinik Bad Grönenbach

GESTALTUNG UND LAYOUT:

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

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

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

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

DISCLAIMER UND NACHDRUCK:

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

Örtliche MM-Selbsthilfegruppen

Adressen



Berlin

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

Denkendorf/Bayern

Almuth Keller-Meier
E-Mail: almuth.keller@t-online.de
Tel. 08466/1015

Düsseldorf

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

Essen

Essener Selbsthilfegruppe
TINNITUS und MORBUS-MENIÈRE
Ela Schöler
Tel. 0201/465852
E-Mail: ela.schoeler@t-online.de oder
„Wiese“ - Kontaktstelle für Essener
Selbsthilfegruppen Tel. 0201-207676

FRANKFURT

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

Hamburg

Jan-Felix Wittmann
Tel. 0159/02166339
E-Mail: meniere.hamburg@gmail.com

Hannover

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

Köln

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

Lübeck

Adelheid Munck
Tel: 0451/795145
E-Mail: adelheid_munck@freenet.de
(keine regelmäßige Gruppe sondern persönliche Beratung)

MÜNCHEN

Edit Scheidl
Tel: 089/78005248
E-Mail: edith.scheidl@web.de

Nürnberg

Christiane Heider
Tel: 0911/646395
E-Mail: chistiane.heider@nefkom.net

Stuttgart

E-Mail: TIMM_Stuttgart@web.de
Marion Brühl
Tel. 0151/11673250

Würzburg

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

Schweiz

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

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



Kliniken – Adressen und Infos

zu Kliniken, Reha-Einrichtungen und Schwindelambulanzen

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

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

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

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

Erlangen: Uniklinikum HNO, Waldstraße 1, 91054 Erlangen, Abteilung für Vestibularisdiagnostik/Neurootologie, www.hno-klinik.uk-erlangen.de

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

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

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

Hamburg: Interdisziplinäres Schwindelzentrum St. Georg, HNO, Lohmühlenstr. 5, 20099 Hamburg, <https://www.asklepios.com/hamburg/sankt-georg/experten/hno/schwindelzentrum/>

Homburg/Saar: Universitätsklinikum des Saarlandes, HNO, Kirrberger Straße, 66421 Homburg, www.uniklinikum-saarland.de/einrichtungen/kliniken_institute/hno/

Köln: Universitätsklinikum, HNO, Kerpener Str. 62, 50937 Köln, <https://hno.uk-koeln.de>

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

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

München: HNO-Klinik Dr. Gaertner, Schwindelambulanz, MVZ Bogenhausen, Possartstraße 27, 81679 München, www.gaertnerklinik.de/klinikambulanz

München: Klinikum Großhadern Uniklinikum, HNO, Marchioninistr. 15, 81377 München, www.klinikum.uni-muenchen.de

München: Klinikum rechts der Isar der Techn. Univ., HNO, Ismaninger Str. 22, 81679 München, www.med.tu-muenchen.de/de/gesundheitsversorgung/kliniken/hno/index.php

Münster: Universitätsklinikum, HNO, Kardinal-von-Galen-Ring 10, 48149 Münster, www.klinikum.uni-muenster.de

Münster: Schwindelambulanz, Zentrum für HNO Münster/Greven, Prof. Dr. med. Frank Schmä, Maria-Josef-Hospital, Lindenstr. 37, 48268 Greven, www.zentrum-hno.de, www.schwindelexperte.de

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

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

Tübingen: Universitätsklinik, HNO-Klinik, Elfriede-Aulhorn-Str. 5, 72076 Tübingen, www.medizin.uni-tuebingen.de