

# KIMM

## aktuell



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

## Tagung Bad Grönenbach

*Fachvorträge  
Therapie und Diagnose  
mit Schwerpunkt Schwindel*

*Berichte von den  
Workshops*

### Symposium Hannover

*Morbus Menière im Fokus*

### KIMM intern

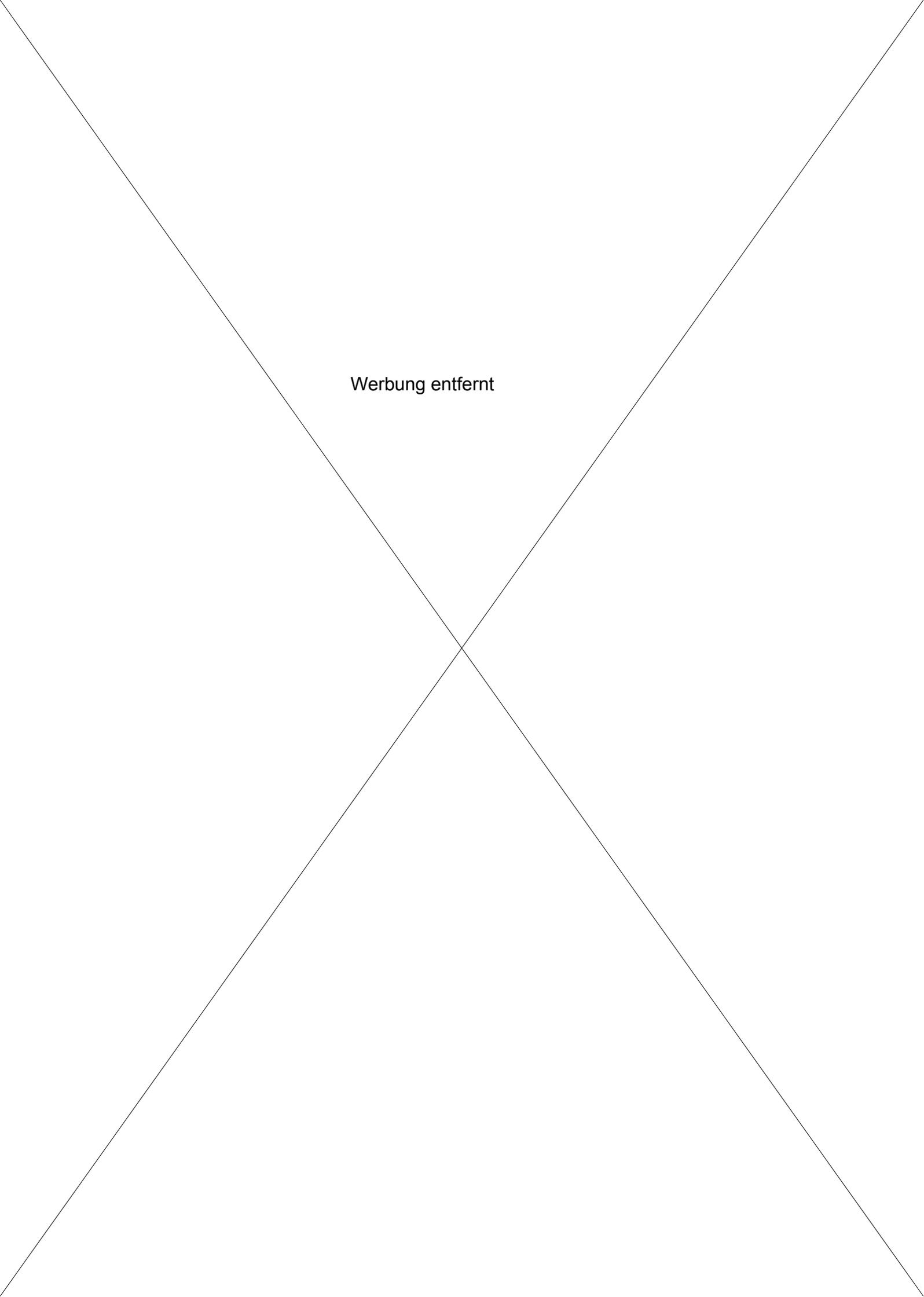
*Vorstandswahlen:  
wer ist neu dabei?*

*Verabschiedung W. Dierlamm*

### Neu: MM-Forum für Mitglieder

*Austausch leicht gemacht!*





Werbung entfernt



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

die neue Ausgabe unserer Mitgliederzeitung **KIMM aktuell** liegt vor Ihnen und ich möchte dies zum Anlass nehmen, an dieser Stelle vielfach DANKE zu sagen:

Wir können wieder auf eine gelungene und informative Frühjahrstagung in Bad Grönenbach zurückblicken. Bereits zum neunten Mal waren wir Gäste der Helios Klinik und wurden von Dr. Volker Kratzsch, dem ärztlichen Direktor, wieder aufs Beste durch die Tagung geführt. Dafür möchte ich ihm und seinem Team noch einmal herzlich danken.

Der Tagung voraus ging unsere jährliche Mitgliederversammlung mit der Neuwahl des Vorstandes, an der 30 Mitglieder teilnahmen. Danke dafür, dass Sie mir bei der Vorstandswahl wieder Ihr Vertrauen geschenkt und mich erneut zur 1. Vorsitzenden von KIMM e.V. gewählt haben. Gerne werde ich mich in diesem Amt auch in den kommenden zwei Jahren bemühen, weiter zum Wohle unserer Selbsthilfeorganisation und aller Betroffenen beizutragen.

Danke an diejenigen, die sich entschlossen haben, im Vorstand mitzuarbeiten: Frau Christiane Heider (stellvertretende Vorsitzende), Herr Thomas Jedelsky (Kassenwart), Frau Edith Scheidl (Schriftführerin), Herr Wolfgang Eilert und Herr Günter Kästel (beide als Beisitzer). Sie alle wurden von den Anwesenden gewählt. Neu gewählt wurden auch die beiden Kassenprüfer, Herr Wolfgang Meidel und Herr Gerd Vettermann.

Mein besonderes Dankeschön geht an die Vorstandsmitglieder, die sich nach zum Teil sehr langer Amtszeit nicht wieder zur Wahl gestellt hatten: Walther Dierlamm, Caissa Engelke, Bert Braune und Gabriele Groß. Die Zusammenarbeit mit ihnen war immer sehr kollegial und konstruktiv.

Nach der Tagung ist bei uns immer auch vor der Tagung. Deshalb freuen wir uns auf unsere Herbsttagung, die am 29. September 2018 zum ersten Mal in der Bundeshauptstadt Berlin stattfinden wird, und zwar in der Charité Universitätsmedizin. Dazu lade ich Sie alle schon jetzt herzlich ein.

Auch der Termin für die Frühjahrstagung 2019 steht schon fest. Sie findet am 16. März in der HNO-Universitätsklinik Würzburg statt. Im Rahmen dieser Tagung werden wir das 25-jährige Jubiläum von KIMM e.V. feiern. Sie dürfen auf Überraschungen gespannt sein.

Sollten Sie an KIMM e.V. Wünsche und Anregungen haben, dann schreiben Sie mir bitte. Sie erhalten auf jeden Fall von mir Antwort, egal ob per E-Mail oder Briefpost.

Nun wünsche ich Ihnen einen wunderschönen Sommer.  
Genießen Sie ihn, wo und wie immer es geht.  
Bleiben Sie gesund, oder werden Sie es.

Herzlichst  
*Ihre Margarete Bauer*  
1. Vorsitzende

## Das Jahr 2017 bei KIMM e.V. – Highlights und Aktivitäten

**Bei KIMM e.V. gab es im Jahr 2017 neben den beiden Tagungen im Frühjahr und Herbst zahlreiche weitere Aktivitäten. Der folgende Text stellt eine Kurzfassung des Jahresberichts dar, den Margarete Bauer, die wiedergewählte erste Vorsitzende von KIMM e.V., bei der Mitgliederversammlung in Bad Grönenbach vor den versammelten Mitgliedern hielt.**

Im vergangenen Jahr gab es drei Vorstandssitzungen: jeweils eine direkt vor den beiden Tagungen und eine zusätzliche Sitzung unter dem Jahr.

Die **Frühjahrstagung 2017** fand im März in Bad Berleburg statt. Bei der davor angesetzten Mitgliederversammlung wurde durch die Anwesenden eine Satzungsänderung beschlossen. Die Änderungen beinhalten, dass die Anzahl der Vorstandsmitglieder flexibler gehandhabt wird und die Amtszeit des Vorstands, gewählt für die Dauer von zwei Jahren, am Tag der Wahl beginnt. Die geänderte Satzung kann im Mitgliederbereich unter [www.kimm-ev.de](http://www.kimm-ev.de) (Internes/Vorstand/Satzung) nachgelesen werden.

Im Monat Juni gab es zwei wichtige Termine:

- Das **Treffen der Gruppenleiter mit Schulung** fand vom 9. bis 11. Juni in Nürnberg statt. KIMM e.V. organisierte dieses Treffen und unterstützte es auch finanziell.
- Der **Menière-Tag für Betroffene und Mitglieder** war am 24. Juni ebenfalls in Nürnberg. Dazu hatten die Selbsthilfegruppen aus Nürnberg, Würzburg und München eingeladen. Als Referent durften wir Herrn Dr. Volker Kratzsch, Ärztlicher Direktor der Helios Klinik Bad Grönenbach, willkommen heißen.

Bei der Vorstandssitzung am 30. September entschied sich das Vorstandsgremium für Frau Dr. Gisela Hack-Molitor als neue Redakteurin unserer Zeitschrift *KIMM aktuell*.

Die **Herbsttagung 2017** in der Asklepios Klinik St. Georg in Hamburg war der absolute Höhepunkt des Jahres. Sie fand am 28. Oktober statt und

und war mit ca. 130 Besuchern voll ausgebucht, weitere Anmeldungen musste die Klinik abweisen. Das übertraf all unsere Erwartungen.

In den beiden Ausgaben unserer Zeitschrift *KIMM aktuell* 1 und 2/2017 konnten sich die Mitglieder, die an den Tagungen nicht teilnehmen konnten, umfassend über die beiden Tagungen und andere KIMM-Aktivitäten informieren und darüber hinaus vielfältige Informationen erhalten.

Im Mitgliederbereich unserer Homepage wurde inzwischen für alle

KIMM-Mitglieder ein **MM-Forum** zum Austauschen und Informieren eingerichtet. Das MM-Forum wird nach Erscheinen der vorliegenden *KIMM-aktuell*-Ausgabe (Juni 2018) eröffnet. Die vorliegende Ausgabe informiert Sie in dem Beitrag „Neues Angebot bei KIMM: das MM-Forum“ von Dieter Aland, wie Sie dieses Angebot nutzen können.

Sehr erfreulich ist es, dass wir im abgelaufenen Jahr erneut einen Mitgliederzuwachs verzeichnen konnten: Es gab 75 KIMM-Beitritte bei 40 Austritten, sodass wir am 01.01.2018 einen Mitgliederstand von 837 hatten.

Bericht von Margarete Bauer,  
1. Vorsitzende von KIMM e.V.



	Grußwort	1
KIMM intern	Das Jahr 2017 bei KIMM e.V.	2
	KIMM-Mitgliederversammlung mit Vorstandswahlen	4
	Kurzbericht des Kassenführers	5
	Walther Dierlamm zum Abschied von langjähriger Vorstandstätigkeit	6
	Im Bild: Verabschiedung der Vorstandsmitglieder	8
	Arbeitskreis Gesundheit e.V. bietet Beratung zu Rehamaßnahmen	9
	KIMM e.V. erhält Förderzuschuss	9
	<b>Neues Angebot bei KIMM: das MM-Forum</b>	10
Tagung Bad Grönenbach	Tagung Bad Grönenbach mit deutlich mehr Teilnehmern	12
	<b>Morbus Menière, meine große Herausforderung – Hildegund Corvisier</b>	13
	<b>Wie funktioniert unser Gleichgewicht? Was sind Ursachen für Schwindel? Dr. Volker Kratzsch</b>	18
	<b>Aktuelle Einschätzung von Therapiemethoden – Prof. Dr. Anette Weber</b>	28
	Ask the Expert – Fragen an die Fachreferenten	36
	<b>Schwerhörigkeit: Was belastet, was hilft – Alexander Gerlach</b>	40
	Termine der nächsten KIMM-Tagungen	43
	Berichte aus den Workshops	44
	Tagungsimpressionen / Abendliches Beisammensein – Fred Knäbel	49
Tagung Hannover	<b>Morbus-Menièrè-Symposium an Uni Hannover</b>	50
Erfahrungsberichte	... um anderen Betroffenen Mut zu machen	53
Selbsthilfe vor Ort	Wechsel in der SHG Würzburg	54
Unterhaltung	Rätsel: Sudoku und Rechnen im Quadrat	55
	Auflösungen Rätsel	56
Literatur	Ausgewählte Fachliteratur zu Morbus Menière	57
Adressen	Reha-Kliniken für Morbus-Menièrè-Patienten	58
	Impressum	58
Adressen	Örtliche MM-Selbsthilfegruppen	59
	Adressen und Infos	60

## KIMM-Mitgliederversammlung 2018 mit Vorstandswahlen

**Die Mitgliederversammlung von KIMM e.V. fand am Morgen vor der Frühjahrstagung in Bad Grönenbach am 14. April statt. Herausragende Programmpunkte waren dieses Mal die Neuwahlen und die Verabschiedung der „alten“ Vorstandsmitglieder, die sich nach langer Vereinstätigkeit nicht mehr zur Wahl gestellt hatten. An der Mitgliederversammlung nahmen 30 Mitglieder teil.**

Nach der Begrüßung durch die Vorsitzende Margarete Bauer und einem Rückblick auf die Aktivitäten von KIMM e.V. im Jahr 2017 stand der Bericht des Kassensführers und die Entlastung des Vorstands an; über beides berichten wir gesondert (siehe unten).

Wichtigster Tagesordnungspunkt waren die Neuwahlen des Vorstands. Gekonnt moderierte als Wahlleiter, wie bereits bei vorigen Wahlen, Herr Dr. Kratzsch, der Leiter der Rehaklinik

Bad Grönenbach. Die erste Wahl betraf das Amt der ersten Vorsitzenden; hier wurde Frau Margarete Bauer, die erneut (und ohne Gegenkandidaten) zur Wahl angetreten war, einstimmig bestätigt. Für das Amt der stellvertretenden Vorsitzenden stellte sich Frau Christiane Heider, die bereits seit Jahren die Selbsthilfegruppe Nürnberg leitet, als alleinige Kandidatin vor. Ihre Vorgängerin, Frau Caissa Engelke, hatte nicht mehr

kandidiert. Auch Frau Heider wurde einstimmig gewählt.

Danach musste das Amt des Kassensführers neu besetzt werden. Herr Walther Dierlamm, der bereits seit November 2006 (und davor schon kommissarisch) dieses Amt geleitet hatte, wollte in den wohlverdienten Ruhestand treten. Es hatte sich bereits im Vorfeld mit Herrn Thomas Jedelsky,

Sparkassen-Betriebswirt aus Buchen (Baden-Württemberg), ein Kandidat gefunden. Auch Herr Jedelsky wurde einstimmig gewählt, wieder ohne Gegenkandidaten. Als Schriftführerin stellte sich Edith Scheidl aus München, die auch die SHG München leitet, zur Wiederwahl und wurde bestätigt.

Beim Amt der Beisitzer gab es einen Wechsel: Gabi Groß und Bert Braune hörten beide auf, dafür gab es mit Wolfgang Eilert, Ilsenburg und Gün-

ter Kästel, Kleve zwei neue Bewerber. Auch sie wurden von der Mitgliederversammlung neu gewählt. Am Schluss wurden mit Wolfgang Meidel, Buchen und Gerd Vettermann, Würzburg noch zwei neue Kassensprüfer gewählt, denn die bisherigen Prüfer, Gottfried Feghelm und Hans-Dieter Schrem, hörten ebenfalls auf. Alle Gewählten nahmen ihre Wahl an und der Wahlleiter Dr. Kratzsch gratulierte ihnen herzlich.



Vorstand (von links): Günter Kästel, Beisitzer | Edith Scheidl, Schriftführerin | Wolfgang Eilert, Beisitzer | Margarete Bauer, 1. Vorsitzende | Christiane Heider, stellvertr. Vorsitzende | Thomas Jedelsky, Kassensführer

Im Anschluss daran wurden die anwesenden scheidenden Vorstandsmitglieder von der Vorsitzenden Margarete Bauer ausgiebig geehrt und herzlich verabschiedet, allen voran Walther Dierlamm als langjähriger Kassenführer, der außerdem die Bereiche Technik und EDV betreute, bei *KIMM aktuell* mitwirkte, die Vorstandssitzungen leitete und vieles mehr. Zum Glück für KIMM e.V. setzt Herr Dierlamm seine Arbeit im Bereich EDV und Website-Betreuung weiter fort und bleibt so

dem Verein noch erhalten (siehe dazu Bericht und Gedicht von Fred Knäbel, Seite 6-7).

Als nächstes wurde Caissa Engelke als zweite Vorsitzende mit herzlichem Dank verabschiedet, danach die Beisitzerin Gabi Groß; beide müssen aus gesundheitlichen Gründen kürzertreten. Caissa Engelke steht, zusammen mit ihrem Mann, noch für die Organisation der Tagungstechnik für KIMM e.V. zur Verfügung, wofür der Verein ihnen sehr dankbar ist.

## Kurzbericht des Kassenführers



**Der Kassenführer von KIMM e.V., Walther Dierlamm, trug mit gewohnter Sorgfalt den Kassenbericht vor. Auch in diesem Jahr hatten die beiden Kassenprüfer keinerlei Beanstandungen, ihr Prüfbericht schließt mit den Bemerkungen: „Sehr ordentliche und transparente Buchführung. Alle Rückfragen wurden ausführlich und vollständig beantwortet.“ (Redaktion)**

Bericht von Kassenführer Walther Dierlamm für *KIMM-aktuell*:

Im Jahr 2017 überstiegen die Ausgaben die Einnahmen um ca. 2500 EURO. Hauptursache dieses Verlustes waren die Rechnungen für die zweite Ausgabe 2016 unserer Zeitschrift, die erst im

Januar 2017 eingingen. Da jedoch durch die Verschiebung der Rechnungen von 2016 auf 2017 aus dem Jahr 2016 ein Überschuss blieb, erweist sich das Vermögen von KIMM insgesamt als relativ stabil. Der Mitgliedsbeitrag kann somit in seiner jetzigen Höhe beibehalten werden.

Die Kassenführung wurde durch zwei Kassenprüfer geprüft, ihr Bericht lag der Mitgliederversammlung am 14. April in Bad Grönenbach schriftlich vor und wurde verlesen. Sie befanden die Kassenführung für in Ordnung und hatten keine Beanstandungen. Die Kassenprüfer empfahlen in ihrem Bericht die Entlastung des Kassenführers. Auf Antrag eines Mitglieds wurde der gesamte Vorstand im Rahmen der Mitgliederversammlung einstimmig entlastet.

## Walther Dierlamm zum Abschied von langjähriger Vorstandstätigkeit



**W**alther Dierlamm ist nach fast 12 Jahren reger Tätigkeit als Kassener bei KIMM e.V. in den verdienten Ruhestand getreten. Der Verein hatte jahrelang von seinen typisch schwäbischen Eigenschaften profitiert: Er war fleißig, zuverlässig, sparsam, freundlich, ruhig, gelassen, kurz: ein idealer Kassierer – und ein hervorragender Schlichter, wenn ab und an dann doch ein Schlichter anstand.

Und nicht zu vergessen: Sein stets einsatzbereiter feiner, nie verletzender, tief Sinnig-treffsicherer Humor!

Aber nicht nur das. Bald verschaffte ihm seine starke technische Begabung neue Aufgaben im EDV-Bereich (Umstellung der Datenverwaltung, Neugestaltung einer völlig in Vergessenheit geratenen Uralt-Homepage) und in der Beschaffung und „Betreuung“ der von KIMM angeschafften Hörschleifen.

Dabei war er als Nichtbetroffener an diese KIMM geraten wie die berühmte berüchtigte Jungfrau zum Kind, weil er – zufällig – gemeinsam mit dem Ehemann der Gründerin von KIMM e.V., Frau Inge von dem Bussche, bereits eine ehrenamtliche soziale Tätigkeit im Heimatort wahrnahm, der damalige KIMM-Kassierer sein Amt gerade

aus persönlichen Gründen hatte aufgeben müssen – und er, Walther; „so etwas wie Kassierer-Sein doch sicher auch können könnte“ ...

Mit Freude, Dankbarkeit und dem bekannten weinenden Auge dachten die ehemaligen Vorstandsmitglieder an die Zeit mit Walther. Und so brachten sie ihm zum Abschied auf unserer letzten Mitgliederversammlung in Bad Grönenbach mit tatkräftiger Unterstützung der anwesenden KIMM-Mitglieder ein Ständchen dar – natürlich nach der Melodie der „Schwäbsche Eisenbahn“. Hier ist das Lied in Gedichtform abgedruckt – aber wer will, kann auch gerne singen!

Lieber Walther, es war eine ausgesprochen gute und Freund-schaffende Zeit mit dir!

Und geh uns bitte nicht so ganz verloren. (Aber da gibt es ja bereits entsprechende Gerüchte, dass dem nicht so sein wird, dass du im Hintergrund noch das ein oder andere Scherflein zum Gelingen von KIMM beitragen wirst. Auch hierfür an dieser Stelle „Danke“.)

Fred Knäbel, für die Altvorständler von KIMM e.V.

### Walther zum Abschied

(zur Melodie von „Auf de Schwäbsche Eisebahne“)

Eine „KIMM“, ihm unbekannt,  
war ihm fragend nachgerannt,  
ob er wollt Kassierer sein?  
Er sagt JA – und KIMM sackt ein.

Trulla, Trulla Trullala,  
Trulla, Trulla Trullala,  
ob er wollt Kassierer sein,  
er sagt JA – und KIMM sackt ein.

Doch sodann, wie stets, auch hier,  
naht Jobvermehrung, 2, 3, 4:  
Homepage braucht Erneuerung,  
Ärmel hoch und ran mit Schwung

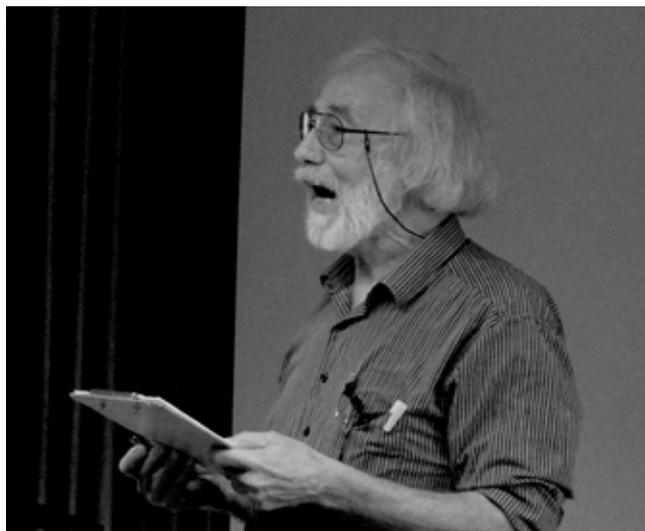
Trulla, Trulla Trullala ...

Und wo wir grad bei Daten sind,  
zeigt sich schon als 3. Kind,  
EDV eilt flugs herbei,  
statt geschriebener Kartei.

Trulla, Trulla Trullala ...

Weil das Hören doch so schwer,  
müssen endlich Schleifen her!  
Für die Technik – tut uns leid,  
nur der Walther steht bereit.

Trulla, Trulla Trullala ...



Fred Knäbels "Eisebahne"-Umdichtung war der humorvolle Abschluss seiner Würdigung von Walther Dierlamm

Gelder sammeln muss er auch,  
wie es bei Kassierern Brauch!  
Klar ist, dass der Briefverkehr  
dafür gut beim Walther wär.

Trulla, Trulla Trullala ...

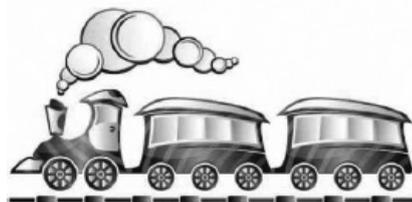
Fast 12 Jahr hat er's gemacht,  
trotz Arbeit wurde viel gelacht,  
und jeder half, wenn's nötig war  
im Team vereint, das ist doch klar!

Trulla, Trulla Trullala ...

So wünschen wir dem Walther sehr,  
nur Eu-Stress, kein Kassieren mehr!  
Obwohl – so sieht es jetzt schon aus,  
so ganz verlässt er nicht das Haus.

Nun lass es dir stets gut ergehen,  
lass dich ab und an mal sehen,  
bleib so frisch und hilfsbereit,  
doch hab' auch für dich selber Zeit!

Trulla, Trulla Trullala ...



*Im Bild: Verabschiedung der Vorstandsmitglieder*

**Die Vorsitzende Margarete Bauer verabschiedet sich bei der Mitgliederversammlung herzlich von allen drei scheidenden Vorstandsmitgliedern:**



von ihrer langjährigen Stellvertreterin Caissa Engelke ...



vom Kassenführer Walther Dierlamm (vgl. den Bericht auf S. 6-7)



und von der Beisitzenden Gabi Groß.

## KIMM e.V. erhält Förderzuschuss

**Der Verband der Krankenkassen (GKV) gewährte KIMM e.V. für das Jahr 2018 einen Förderbetrag von 7.000 Euro. Zur Erklärung: KIMM e.V. leistet „gesundheitsbezogene Selbsthilfe“, für die es auf Bundesebene Fördermöglichkeiten gibt.**

Die Selbsthilfeförderung ist eine gesetzliche Aufgabe der Krankenkassen, die über den GKV-Spitzenverband, Interessenvertretung aller gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, geregelt wird.

Die GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene verwaltet die Selbsthilfeförderung im Namen aller Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene. Zur GKV gehören: der Verband der Ersatzkassen (vdek), der AOK-Bundesverband, der BKK Bundesverband, der IKK e.V., die Knappschaft sowie der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung.

Die gesetzliche Grundlage der „Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe“ auf Bundesebene ist Paragraph 20h des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V). Mit der Förderung werden demnach Selbsthilfegruppen und -organisationen unterstützt, die die gesundheitliche Prävention und Rehabilitation von Versicherten zum Ziel haben. Auch Selbsthilfekontaktstellen sind förderfähig. Die geförderten Selbsthilfeverbände müssen den Nachweis erbringen, dass sie über eine funktionsfähige, bundesweit nach innen und außen arbeitende Organisationsstruktur verfügen. Ihre Arbeit soll sich durch das Selbsthilfeprinzip auszeichnen.

KIMM e.V. freut sich über diese Förderung, die vollständig für die Zwecke und Aktivitäten des Vereins verwendet wird: für seine Mitglieder Informationen und Kontakte zu Morbus Menière bereitzustellen.

## Arbeitskreis Gesundheit e.V. bietet Beratung zu Rehamaßnahmen

**KIMM e.V. hat Kontakt zum Arbeitskreis Gesundheit e.V. geknüpft, der kostenfrei rund um das Thema stationäre medizinische Rehabilitation berät. Noch sind Kliniken, die Rehamaßnahmen für Morbus-Menièr-Erkrankte bieten, nicht auf der Agenda des Arbeitskreises. Aber das soll sich nach Wunsch von KIMM e.V. ändern. Abgesehen davon, können KIMM-Mitglieder bereits jetzt das Beratungsangebot des Vereins nutzen.**

Der Arbeitskreis Gesundheit e.V. ist ein gemeinnütziger Zusammenschluss von Rehakliniken unterschiedlicher Fachrichtungen. Er hat es sich zur Aufgabe gemacht, eine breite Öffentlichkeit (Ärzte, Selbsthilfegruppen, Sozialdienste) über die Möglichkeiten stationärer Rehabilitationsmaßnahmen und über die gesetzlichen Ansprüche zu informieren, die Versicherte auf solche Maßnahmen haben. Die Website des Vereins bietet dazu ausführliche Informationen sowie eine telefonische Beratung.

Für Patienten heißt das ganz praktisch: Sie können dort anrufen und sich beraten lassen,

wenn Sie sich über Rehamaßnahmen informieren wollen oder Hilfe bei der Bewilligung einer Rehamaßnahme in einer Wunschklinik benötigen. Der Verein hilft bei der Antragstellung, aber auch beim Formulieren eines Widerspruchs, falls Ihre Krankenkasse Ihren Antrag auf Rehabilitation ablehnt oder den Aufenthalt in Ihrer Wunschklinik nicht bewilligt. Auch bei Fragen von Zuzahlungsforderungen der Kassen bei der Klinikzuweisung ist der Verein beratend tätig. Darüber hinaus hat der Verein schon einige Musterverfahren durchgeführt, um die Patientenrechte in diesen Fragen zu stärken.

Der Zweck des Vereins ist laut Website „die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens und hierbei insbesondere die Förderung der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation“. Mitglieder im Arbeitskreis Gesundheit sind zurzeit rund 200 Rehakliniken in ganz Deutschland.

Sie finden den Verein unter der Webadresse [www.arbeitskreis-gesundheit.de](http://www.arbeitskreis-gesundheit.de)

# Neues Angebot bei KIMM: das MM-Forum

**Dietmar Aland, der frühere Chefredakteur von KIMM aktuell, hat das Forum ins Leben gerufen und technisch realisiert. Er stellt sich auch als Moderator des neuen MM-Forums zur Verfügung.**

KIMM-Beratung stellen können. Die erste Abbildung zeigt Ihnen, wie das Forum strukturiert ist und welche zentralen Themen auf der ersten Ebene angelegt sind.



Abb. 1

**Zentrale Themen des MM-Forums (Abb. 1):**

- **Infobereich:** enthält allgemeine Informationen, wie etwa die Forenregeln
- **Betroffene tauschen sich aus:** hier können sich die KIMM-Mitglieder frei austauschen. Die Moderatoren achten lediglich auf die Einhaltung der Regeln.
- **KIMM Beratung:** Hier können Sie Fragen rund um die Krankheit

**Warum ein Forum?**

Wir haben im Verband lange gezögert, ein Forum in unser Beratungsangebot aufzunehmen. Aber auch MM-Betroffene nutzen anscheinend immer öfter die digitalen Medien, und der Altersschnitt unserer Mitglieder sinkt. So wurde immer wieder die Frage an uns herangetragen: „Warum habt ihr denn kein Forum?“. Als dann das SH-Menière-Forum seine Pforten schloss, sahen wir endgültig die Zeit gekommen, ein eigenes Forum anzubieten.

Vielen Menschen fällt es in einem geschützten Raum wie in einem Forum leichter, über ihre Betroffenheit und ihre Probleme sprechen zu können, als Auge in Auge in einem persönlichen Gespräch. Dem möchten wir gerne Rechnung tragen.

Das MM-Forum ist als sogenanntes geschlossenes Forum angelegt und daher nur für Mitglieder zugänglich. Außenstehende haben keinen Zugriff darauf.

**Was bietet das Forum?**

Das Forum bietet die Möglichkeit, sich zu verschiedenen Themen rund um die Menière-Erkrankung auszutauschen. Aber Sie finden hier auch Bereiche, in denen Sie Informationen erhalten, selbst tätig werden oder Fragen an die

MM loswerden – die Berater von KIMM e.V. werden Ihnen antworten.

- **KIMM als Organisation:** wenn Sie Anregungen, Kritik, Fragen und natürlich auch Lob zu KIMM e.V. als Organisation haben, dann können Sie sie hier „loswerden“.
- **Neuigkeiten:** Hier werden Neuigkeiten zu MM und allgemein um Gesundheit und Soziales veröffentlicht.
- **Testbereich:** Jeder, der sich noch nicht sicher in der Handhabung des Forums fühlt, kann hier üben, ohne Angst haben zu müssen, etwas zu zerstören oder etwas falsch zu machen.

Falls Ihnen Themen einfallen, die hier nach Ihrer Meinung fehlen, so können Sie uns gerne Vorschläge machen. Dafür gibt es in jedem Bereich die Rubrik „Was sonst noch fehlt“.

Viele Bereiche sind noch weiter unterteilt. Abbildung zwei zeigt Ihnen am Beispiel des Themenpunktes **Betroffene tauschen sich aus**, was erscheint, wenn Sie auf dieses Thema klicken: Es öffnen sich acht weitere Unterthemen, zum Beispiel die Themen „Diagnose“ oder „Therapie“. Hier Sie wählen, zu welchem Thema Sie sich austauschen wollen.

Forum	Themen	Beiträge	Letztes Beitrag
Diagnose Alles über Diagnosen und den Tag darin	1	1	WICHTIG! BITTE LESEN! von Euland 07. Mittwoch 8. November 2017, 11:00
Therapie Alles zu Therapien	1	1	WICHTIG! BITTE LESEN! von Euland 07. Mittwoch 8. November 2017, 11:00
RTHA Alles zur Rehabilitation	0	0	Keine Beiträge
GGG / Soziales Alles zum GGG der Behinderung und sozialen Themen	0	0	Keine Beiträge
EU-Rente Alles zur Erwerbsminderung	0	0	Keine Beiträge
Arbeit Alles rund um die Arbeitswelt	0	0	Keine Beiträge
Literatur / Links Welche Literatur oder Links im Internet gibt es zum Thema X??	0	0	Keine Beiträge
Was fehlt? Vorschläge welche Kategorien hier noch fehlen!	0	0	Keine Beiträge

Abb. 2

Das Mitglieder-Forum

Im Forum können sich KIMM-Mitglieder untereinander austauschen. An diesem Forum können nur Mitglieder von KIMM e.V. teilnehmen. Die Administration des Forums erfolgt ehrenamtlich und erfordert viel Zeitaufwand. Wir bitten Sie deshalb dringend um die Einhaltung der Forenregeln. Hier können Sie sich zur Teilnahme am Forum anmelden.

Anmeldung zum Forum

Ich möchte am Forum zum Austausch mit anderen KIMM-Mitgliedern teilnehmen und bitte um die Freischaltung meines Zugangs.  
\*Alle Felder müssen ausgefüllt werden

Nachname\*

Vorname\*

E-Mail-Adresse\*

Sie sind angemeldet als: Dierlamm, Wälder  
= Abmelden

Druckansicht  
Schrift: [+ ] 100% [- ]

Suche:  >>

Suchtipps  
 > Startseite  
 > Mitgliederbereich  
 > Anmeldung zum Forum

Abb. 3

### Wie verhalte ich mich im Forum? (Abb. 2)

Wir denken, es ist selbstverständlich, dass man höflich und respektvoll miteinander umgeht. Näheres wird in den Forenregeln beschrieben. Mit Ihrer Registrierung stimmen Sie der Einhaltung dieser Regeln zu. Die Forenregeln werden von den Moderatoren konsequent durchgesetzt, um einen guten Austausch zum Forumsthema zu ermöglichen.

### Wie halte ich es mit Werbung?

Bitte unterlassen Sie Werbung aller Art, sei es für Medikamente, Ärzte, Kliniken, Therapien oder für sonstige Bereiche.

### Wie kann ich mich registrieren?

Um am Forenbetrieb teilnehmen zu können, müssen Sie zuerst einmal KIMM-Mitglied sein.

Dann können Sie sich jederzeit online registrieren: Gehen Sie auf unsere Website [www.kimm-ev.de](http://www.kimm-ev.de) und weiter zum Mitgliederbereich, zu dem Sie als Mitglied bereits Zugang haben sollten.

Unter dem Menüpunkt „Anmeldung zum Forum“ können Sie die Registrierungsdaten eingeben (vergleiche Abbildung 3). Nach deren Prüfung werden Ihnen die Zugangsdaten für das Forum per E-Mail zugesendet.

### Wo finde ich das Forum? (Abb. 3)

Bitte geben Sie in Ihrem Browser den folgenden Link ein:  
<https://forum.kimm-ev.org>  
So gelangen Sie direkt zum Anmeldeformular.

### Was wünschen wir uns?

Nachdem wir den vielen Bitten der Mitglieder nach

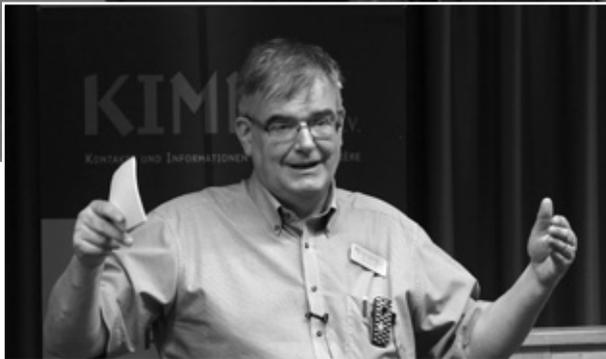
einem Forum nachgekommen sind, wünschen wir uns einen regen Betrieb. Bitte nutzen Sie die Möglichkeit, mit anderen Betroffenen zu kommunizieren und/oder Informationen für sich einzuholen! Geben Sie Ihre eigenen Kenntnisse und Erfahrungen weiter!

Und ein dringender Wunsch in eigener Sache: Es werden noch Mitglieder gesucht, die uns bei der Moderation des Forums unterstützen können, etwa als Vertretung in Urlaubszeiten.

Dietmar Aland  
[d.aland@kimm-ev.de](mailto:d.aland@kimm-ev.de)

# Tagung Bad Grönenbach

## Tagung Bad Grönenbach mit deutlich mehr Teilnehmern



KIMM e.V. war nicht zum ersten Mal zu Gast in der Helios Klinik Bad Grönenbach. Bereits zum 9. Mal versammelten sich die Mitglieder in der Klinik im bayerischen Allgäu, um sich über aktuelle Diagnose- und Therapiemethoden zu informieren und sich – ganz wichtig – in persönlichen Begegnungen miteinander auszutauschen. Dazu bietet die schön gelegene Klinik am Stiftsberg sehr gute Voraussetzungen.

Auch dieses Mal stellte sich Dr. Volker Kratzsch für die Moderation der Tagung zur Verfügung. Dr. Kratzsch ist der ärztliche Direktor der Klinik und zugleich Chefarzt der Abteilung Hörbehinderung, Tinnitus und Schwindel-Erkrankungen. Gemeinsam mit den KIMM-Verantwortlichen, allen voran der ersten Vorsitzenden Margarete Bauer, gelang wieder ein reibungsloser, von Vertrauen geprägter Tagungsablauf.

Für die Tagung hatten sich in diesem Jahr knapp ein Drittel mehr Personen angemeldet als in den früheren Jahren in Bad Grönenbach. Genau 43 Mitglieder und 18 Begleitpersonen, insgesamt also 61 Personen wollten dabei sein. Nur für Hamburg im Herbst 2017 – die erste KIMM-Tagung im Norden Deutschlands – hatte es noch deutlich mehr Anmeldungen gegeben. Das Interesse an den Vereinsaktivitäten ist also spürbar gestiegen.



## Vortrag einer Morbus-Menière-Patientin

### Morbus Menière, meine große Herausforderung

von Hildegund Corvisier

**Der Vortrag von Frau Corvisier, die seit einigen Jahren Mitglied bei KIMM e.V. ist, bildete den Auftakt der Tagung. Er ist hier dem Vortragskript entsprechend in ganzer Länge abgedruckt.**

Sehr geehrte Damen und Herren, vor einiger Zeit hat mich der Vorstand von KIMM, Frau Margarete Bauer, angefragt, ob ich bereit wäre, einen Erfahrungsbericht über meinen Krankheitsverlauf vorzutragen. Anfangs habe ich gezögert, doch dann dachte ich, dass ich einigen von Ihnen vielleicht wertvolle Informationen geben kann. Natürlich nicht aus medizinischer Sicht, denn dafür haben wir die Ärzte, sondern aus Sicht einer Betroffenen. Was mir aber viel wichtiger ist: ich möchte Betroffenen, die vielleicht vor einer Entscheidung stehen, Mut machen.

Bei mir begann alles im Jahr 1997, ist also schon eine ganze Weile her. Damals war ich 34 Jahre alt, mit einer 7-jährigen Tochter, geschieden und in einer neuen Partnerschaft. Beruflich war ich Assistentin der Geschäftsleitung in einer Diagnostikfirma in Freiburg. Ich liebte es, Dinge zu bewegen und zu organisieren, sowohl privat als auch geschäftlich. Ich war eine „Macherin“, eine Frau der Taten, liebte es, auf Messen mitzuwirken, wollte immer, dass es allen um mich herum gut geht, sich alle wohl fühlen und alles glatt läuft. Ich war, so hieß es, die „Seele“ der Firma. Andererseits war ich Mutter, mehr oder weniger alleinerziehend. Ich war oft der Dreh- und Angelpunkt: bei Kindergarten- oder Schulfesten und in Vereinen hatte ich regelmäßig Aufgaben übernommen und war fest integriert. Nein, ich kann mich wirklich nicht erinnern, jemals einfach nur „teilgenommen“ zu haben.

Im Sommer 1997 also war ich im Büro und pffif leise vor mich hin, einfach so. Ich drehte mich um: da war doch ein Echo? War es ein Kollege, der mich gehört hatte und mitpffif? Nein, da war niemand. Komisch, dachte ich. Dieses Echo hörte ich zwei Tage lang immer wieder. Am dritten Tag ging ich zu einer HNO-Ärztin in der Nähe, die



mich beruhigte: So etwas könne vorkommen, es würde alles von alleine wieder in Ordnung kommen. Dem Echo habe ich daher keine weitere Beachtung geschenkt und habe in meinem normalen Tempo weitergemacht wie zuvor. Heute denke ich, dass das mein erster Hörsturz war.

Ein paar Wochen später gesellte sich zu dem Echo, das ich zwischenzeitlich ganz gut ausblenden konnte, ein Tinnitus dazu, außerdem Ohrendruck und Ohrensausen – irgendetwas war nicht in Ordnung. Ich suchte einen anderen Arzt auf, der einen Hörsturz diagnostizierte. Ich bekam Infusionen, sollte ruhen und zuhause bleiben. Da ich jedoch meinte, im Geschäft unabkömmlich zu sein, bin ich morgens in die Klinik, um mir die Infusionen abzuholen, und gleich danach ins Büro.

Danach ging es eine ganze Weile gut, bis ich im darauffolgenden Jahr erneut mit schlimmem Ohrendruck, Ohrensausen und Tinnitus zu kämpfen hatte. Ein erneuter Hörsturz wurde diagnostiziert. Diesmal hatte sich auch das Hören verändert: Ich hörte wie durch eine Wand, alles verzerrt. Ich war außerdem geräuschempfindlich, Autos hörten sich an wie Überschallflugzeuge.

Wieder Infusionen und Ruhe. Zwei Wochen schaffte ich es, zuhause zu bleiben – was aber nicht bedeutet, dass ich in der Zeit nichts getan hätte. Ich war doch nicht krank!

In der Folgezeit beschäftigte ich mich etwas mehr mit meinen Ohren. Wieder wechselte ich den HNO-Arzt, in der Hoffnung auf Hilfe. Der Arzt empfahl mir die Einnahme von Ginkgo sowie Akupunktur gegen den anhaltend lauten Tinnitus. Außerdem eine Druckkammertherapie, die sogenannte „Hyperbare Sauerstofftherapie“. All das habe ich, trotz der hohen Kosten, gemacht. Doch weder die Druckkammer noch die anderen Behandlungen führten zu einer gesundheitlichen Verbesserung – nur zu einer „Erleichterung“ meines Bankkontos. Das Hören verschlechterte sich schleichend, aber für Hörgeräte war es noch zu früh.

Bis zum Jahr 2004 kamen immer wieder neue Hörstürze dazu, doch mein Arbeitstempo habe ich nicht gedrosselt. Aus heutiger Sicht völlig unverständlich und unvernünftig.

Im Jahr 2004 ist mein damaliger Partner plötzlich in unserem Ferienhaus in Spanien verstorben. Es gab viel zu regeln und ich musste nun erst recht die „Starke“ sein. Als ich mein Leben mit meiner Tochter einigermaßen neu organisiert und aufgestellt hatte, überfiel mich eines Morgens im Badezimmer eine plötzliche Übelkeit, meine Welt drehte sich. Ich wusste nicht, was mit mir gerade passierte, konnte nur noch liegen, hatte ständigen Brechreiz mit Erbrechen und gleichzeitig dem Drang, auf die Toilette zu gehen. Ich hatte große Angst, war in Schweiß gebadet, alleine zuhause und schaffte es nicht, die Treppe runterzugehen, um jemanden anzurufen. Der ganze Spuk war nach gefühlten 2–3 Stunden, vielleicht auch mehr, vorüber. Danach war ich völlig erschöpft, musste mich aber wieder aufraffen, da der Hund dringend „Gassi“ musste. Es war eine kleine Gassi-Runde, ich war nicht gut auf den Beinen, schwach, schwankend, mir war noch immer schwindlig und ich hatte Angst.

Ich weiß es nicht mehr genau, aber ich glaube, am nächsten Tag bin ich zum Arzt gefahren und habe ihm den Vorfall geschildert. Es wurden die üblichen Tests mit heißem und kaltem Wasser im Ohr gemacht, ein Hörtest und ein Test mit der

Frenzelbrille. Meine Ohren zeigten keine Reaktion auf den Test mit heißem und kaltem Wasser, mir wurde weder übel, noch hatte ich Schwindel. Ich dachte damals, dass dies positiv zu werten sei. Heute weiß ich, dass schon damals beide Ohren mit dem Gleichgewicht Probleme hatten. Mein HNO-Arzt diagnostizierte Morbus Menière auf beiden Ohren. Mit dieser Krankheit konnte ich wenig anfangen, und ich wurde auch nicht darüber aufgeklärt. Im Internet war man damals noch nicht so viel unterwegs. Ich meine mich zu erinnern, dass mir damals Betavert verschrieben wurde, weiß es aber nicht mehr so genau.

Ich hatte also Morbus Menière, wusste aber nicht, was das bedeutet. Den Anfall legte ich in die hinterste Schublade und ignorierte wieder alles. Das war einfach nicht meine Krankheit, es ging mir ja wieder gut. Trotz immer wiederkehrender kleinerer und größerer Anfälle in der Folgezeit, von denen ich mich immer recht schnell erholte, ging ich im selben Rhythmus durch das Leben. Erschöpfung, Müdigkeit, Niedergeschlagenheit, das gab es für mich nicht bzw. ich habe alle Zeichen von Erschöpfung ignoriert. In der neuen Firma galt ich mittlerweile wieder als Organisationstalent, und auch privat mangelte es nicht an Verpflichtungen.

Um den Tieftonverlust auf beiden Ohren auszugleichen, bekam ich 2006 meine ersten Hörgeräte. Erneut musste ich tief in die eigene Tasche greifen, um Geräte kaufen zu können, mit denen ich subjektiv am besten hörte. Mein Hören war essenziell wichtig – ich war in einer Führungsposition tätig und musste mein Team anweisen.

Ein erneuter großer Anfall, bei dem ich wirklich meinte, es wäre jetzt zu Ende, war 2007 an einem Wochenende. Meine Tochter war mittlerweile 17 Jahre alt, sie hatte Angst und rief die Nachbarn und den Notarzt. Die Fahrt ins Krankenhaus inmitten des Anfalls war die Hölle. Ich wurde an Infusionen gehängt, die Frenzelbrille ergab eindeutig einen Nystagmus. Nach einer weiteren Infusion war am nächsten Tag der ganze Spuk wieder vorbei und ich durfte nach Hause. Erst von diesem Moment an begriff ich, dass ich die Krankheit nicht auf die leichte Schulter nehmen sollte. Und doch habe ich mein Tempo nicht gedrosselt.

Meine Hörbehinderung machte mir allerdings immer mehr zu schaffen. Die daraus entstehende Erschöpfung nahm ich allerdings selten als solche wahr. Doch wenn ich etwas tiefer blicke, kann ich noch einige andere Facetten der Krankheit wahrnehmen, die mir immer wieder meine Grenzen aufzeigt. Ich war immer eine Frau, die liebend gerne mit anderen Menschen kommuniziert, mit anderen lacht, eloquent ist und gerne am sozialen Geschehen teilhat. Doch jetzt gab es zahlreiche Hörsituationen, in denen das nicht mehr ging und heute noch nicht geht. Wo mein Verhalten aufgrund der Schwerhörigkeit von dem erwarteten Verhalten abweicht. Mitunter habe ich genickt, obwohl ich nichts oder kaum etwas verstanden habe. Das fühlt sich schmerzvoll an und macht mitunter auch wütend und aggressiv. Ich zog mich immer mehr zurück.

Nicht nur ich hatte mit dieser Veränderung zu kämpfen, auch mein Umfeld wurde unsicher, mein neuer Partner, meine Familie, Freunde, Arbeitskollegen – es war ein langsames Herantasten. Ich war einfach nicht mehr die „Alte“. Auch das ist eine Realität in meinem Leben.

Die folgenden Jahre waren geprägt von regelmäßigen heftigen Schwindelattacken (3- bis 4-mal jährlich) und Erschöpfung, Müdigkeit, Ängsten, teilweiser Arbeitsunfähigkeit, wieder Aufraffen, Weitermachen. Von den Aktivitäten im privaten Umfeld hatte ich mich etwas zurückgezogen, bei der Arbeit weniger.

Auf eigene Initiative und mit Hilfe meines HNO-Arztes und meiner Hausärztin habe ich 2014 eine Reha beantragt, die auch bewilligt wurde. So hatte ich im Sommer 2014 meine ersten 6 Wochen „Auszeit“ in der Bosenberg-Klinik in St. Wendel. Ich hatte Zeit, mich mit der Krankheit zu beschäftigen, Zeit, mich zu informieren, zu regenerieren, Zeit für mich.

Beim Wiedereinstieg ins Berufsleben nach der Reha merkte ich, dass ich immer mehr an meine Grenzen stieß. Ich schleppte mich zur Arbeit, musste in der Mittagspause ruhen und am Abend war ich nur noch müde. Mittlerweile war ich bei der Höchstdosis Betahistin angekommen und hatte meine Spucktüte und Vomex immer mit dabei. Mein rechtes Ohr war mittlerweile fast taub, ich hatte auf diesem Ohr kein Sprachverständnis

mehr. Telefonieren war nur noch mit dem linken Ohr und mit Hörgerät und Verstärker möglich.

Die Ärzte an der Uni Freiburg empfahlen mir 2015 nach einem erneuten Zusammenbruch mit anhaltendem Schwindel ein Cochlea-Implantat. Ich war allerdings noch nicht bereit für diese Operation und sagte den Erstuntersuchungstermin ab.

Im Frühjahr/Sommer 2016 häuften sich die Anfälle und ich konnte mir ein Weiterleben in diesem Rhythmus nicht mehr vorstellen. Damals suchte ich den Kontakt mit MM-Erkrankten und fand KIMM e.V. Meinen ersten E-Mail-Kontakt zu KIMM hatte ich mit Frau Bauer. Sie hat mir damals unendlich viel Mut gemacht. Ihre Mails waren wie Balsam, sie verstand, was da vorgeht – was man durchlebt und wie ein Anfall sich anfühlt.

Ende November 2016 hatte ich dann auf meiner Arbeitsstelle meinen wohl schlimmsten Anfall. Mein Chef geriet in Panik, so hatte er mich noch nie erlebt. Es war peinlich: Ich lag auf dem Boden und meine Kollegen reichten mir den Eimer – eine Erste-Hilfe-Liege gab es damals noch nicht. Mit Mühe transportierte man mich auf einem Bürostuhl zum Arzt gegenüber und ich zeigte ihm meinen KIMM-Ausweis. Er konnte mit dieser Krankheit umgehen: Ich wurde an den Tropf gehängt und konnte nach ein paar Stunden wieder nach Hause gehen. Aber jetzt war mir endlich klar – so konnte und wollte ich nicht weitermachen. Und auch meine Kollegen hatten begriffen, was gemeint war, wenn ich in den Wochen und Monaten zuvor wegen Schwindel mal wieder nicht zur Arbeit kommen konnte. Vielleicht ganz gut, dass dieser Anfall im Büro passierte.

Meine Hausärztin schrieb mich krank. Mittlerweile hatte ich fast täglich Anfälle. Ich traute mich nicht mehr aus dem Haus, war auf fremde Hilfe angewiesen und war völlig aus der Spur. Endlich hatte ich verordnete Zeit, mich mit meiner Krankheit auseinanderzusetzen. In dieser Zeit wurde vieles in die Wege geleitet. Ich bekam psychologische Betreuung und ging erneut in die HNO-Klinik der Uni Freiburg. Meine Ärztin sprach zum ersten Mal davon, dass ich mir eine Behandlung mit Gentamicin überlegen sollte.

Zuhause angelangt, wollte ich im Internet alles über eine Gentamicin-Behandlung in Erfahrung

bringen und Betroffenenberichte lesen. Was kann ich hier sagen – es gibt nicht sehr viele, die sich zu so einer Behandlung durchringen, viele haben Angst vor Hörverlust. Aber ein Hörverlust muss bei den heutigen Behandlungsmethoden damit nicht unbedingt einhergehen. Und ich hatte auf dem rechten Ohr nichts mehr zu verlieren.

In dieser Zeit habe ich mit Frau Sylvia Bader-Giese Kontakt aufgenommen, der Autorin des Buchs „Morbus Menière, der Feind in meinem Innenohr“. Sie hat mir ebenfalls Mut gemacht: Sie hatte die Behandlung hinter sich gebracht und lebt heute, mit gewissen Einschränkungen, sehr gut damit. Auch ihre Worte waren wie Balsam: „Denke auch immer daran, wenn sich eine Tür für Dich schließt, kannst Du eine andere für Dich öffnen. Diese Krankheit lässt Dich über Dich hinauswachsen.“ Das fand ich sehr tröstend und ließ mich hoffen, einen halbwegs gangbaren Weg zu finden, damit auch mein Leben mit Morbus Menière wieder lebbar wird.

Am 6. Dezember 2016 war der Termin meiner ersten Gentamicin-Behandlung. Für mich schmerzvoll, aber vermutlich aufgrund meiner Angst. Ich wurde stationär aufgenommen, an drei Tagen waren insgesamt drei Spritzen vorgesehen. Bei der ersten Spritze sollte mir ein Röhrchen eingesetzt werden, was allerdings nicht klappte. So wurde die Spritze direkt durch das Trommelfell gesetzt und die Flüssigkeit eingespritzt. Danach fühlte sich mein Ohr an wie mit Watte zugestopft, mir war schummrig und schwindlig und ich konnte nur liegen. Am nächsten und übernächsten Tag folgten die weiteren Spritzen, dann wurde ich entlassen.

Es begann eine Zeit, in der ich mein Zuhause neu kennenlernte. Tage, an denen ich nicht einen Fuß nach draußen setzte. Ich musste lernen, Hilfe anzunehmen, eine meiner schwierigsten Aufgaben. Nach ein bis zwei Wochen hatte sich alles etwas verbessert und ich war auf einem guten Weg. Ich konnte mich wieder bewegen, mit nur leichtem Schwankschwindel, und war glücklich über kleine Spaziergänge.

Doch das sollte nicht lange anhalten, Drehschwindel und Schwankschwindel kehrten wieder, täglich, über mehrere Stunden. Mir war dauerübel und ich war in einer sehr schlechten

psychischen Verfassung. Damals war ich wöchentlich in psychosomatischer Behandlung – das sage ich aus Überzeugung und gerne, denn es hat mir gutgetan. Ich habe gelernt, was Langsamkeit bedeutet, und gelernt, die kleinen Dinge im Leben zu sehen. Mein Partner und meine Tochter waren unentwegt und geduldig an meiner Seite, dafür bin ich unendlich dankbar.

Da es so nicht weitergehen konnte, bat ich erneut meine Ärztin an der HNO-Klinik um Rat. Sie schlug eine weitere Gentamicin-Behandlung vor. Danach, falls das wieder nicht den gewünschten Erfolg bringen sollte, ein Cochlea-Implantat mit einer Labyrinthektomie, der Ausschaltung des Gleichgewichtssinns. Wow – eine komplette Ausschaltung. Wie sollte ich mir das vorstellen?

Die zweite Gentamicin-Behandlung fand Ende Februar 2017 statt. Dasselbe Procedere, wieder drei Spritzen an drei Tagen. Auch diese Behandlung brachte nicht den gewünschten Erfolg. Es blieben die täglichen Schwindelanfälle. Es waren leichtere Anfälle, aber dennoch warfen sie mich komplett aus der Bahn. Ich konnte nichts mehr unternehmen, mein Selbstbewusstsein sank und ich war am Rande der Verzweiflung. Die Powerfrau konnte keine Leistung mehr bringen.

Ein Satz meines psychosomatischen Arztes blieb mir allerdings in Erinnerung, noch heute: Frau Corvisier, überlegen Sie einmal, welche Leistung Ihr Körper und Sie momentan erbringen müssen, um mit der Krankheit zu leben. Ist das denn keine Leistung?

Bei einer erneuten Vorstellung bei meiner Ärztin in der HNO-Klinik in Freiburg wurden das Implantat und die Ausschaltung des Gleichgewichts besprochen. Ich hatte mich nun zu dieser Operation entschlossen, für mich gab es keinen anderen Weg mehr. Ich erhoffte mir dadurch ein Ende der Anfälle.

Kurz darauf hatte ich auch schon den 2-tägigen Untersuchungstermin. Die Antragstellung an die Krankenkasse wurde von der Uni übernommen und die Kosten für die OP wurden innerhalb von nur zwei Wochen von meiner Krankenkasse genehmigt. Ich sollte am 09.05.2017 operiert werden. Damals dachte ich, dass die Operation die größte Hürde sei, die ich zu bewältigen hatte.



Die OP verlief sehr gut und die Genesung konnte beginnen. Doch jetzt merkte ich: Die größte Hürde war, mein Gleichgewicht wiederherzustellen. Deutlich spürbar fehlte mir eine Seite, meine Welt bewegte sich nicht wie gewohnt, jeder Schritt musste neu ertastet werden. Beim Gehen hatte ich laufend das Gefühl, dass ich mit dem linken Fuß bremsen musste, da mir die rechte Seite komplett fehlte. Fehlhaltungen und Verspannungen setzten ein. Ich begann mit kleinen Spaziergängen, 20 Meter, 50 Meter mit zwei Stöcken. Ich versuchte, mich neu zu orientieren. Beim Blick nach rechts oder links musste ich anhalten, das ging nicht gleichzeitig.

Gleichzeitig wurde mir dann auch der Sprachprozessor angepasst. Ich lernte „Hören“ mit dem CI – ein vollkommen neues Hörerlebnis. Bei der ersten Anpassung habe ich bereits Zahlen und Worte verstanden. Ich war stolz auf diesen ersten kleinen Erfolg.

In den darauffolgenden Monaten habe ich sehr viel an mir gearbeitet, sowohl mit dem Trainieren des Gleichgewichts als auch mit dem Hören. Da ich mit dem Gleichgewicht alleine nicht richtig vorwärtskam und keine Unterstützung hatte, beantragte ich eine Reha. Diese wurde nach einer ersten Ablehnung bewilligt und im Oktober 2017 durfte ich meine Reha in St. Wendel in der Bosenberg-Klinik antreten.

Aufnahmetag in der Reha bei der Ärztin, die ich schon kannte. Ich schilderte meine Probleme von Schwindel, Gleichgewicht und CI und bekam ein wirklich ausgewogenes Programm, angefangen von Entspannungsübungen, Gleichgewichtstraining,

Aquagymnastik und Hörtraining, sowohl Einzel- als auch Gruppentraining. Ich fühlte mich rundum sehr gut betreut. Durch neue, gezielte Übungen wurde mein Gleichgewicht jeden Tag ausgereizt. Denn nur so konnte mein Gehirn lernen, die fehlende Seite zu kompensieren. Gleichzeitig wurde mir nahegelegt, meine Arbeitszeit und mein Arbeitstempo deutlich zu reduzieren. Auch das war ein weiterer Abschnitt in meinem Leben. Von der Powerfrau in Führungsposition zu einer Halbtagskraft. Die Teilerwerbsminderungsrente wurde eingehend besprochen und erläutert.

Wow – doch so krank! Mein Leben hatte sich definitiv verändert.

Ich wurde arbeitsunfähig aus der Reha entlassen mit der Empfehlung, eine Teilerwerbsminderungsrente zu beantragen und nach einer längeren Wiedereingliederungszeit zwischen 3–6 Stunden zu arbeiten. Das habe ich genauso in die Wege geleitet, es gab sehr viele Formulare auszufüllen, das ist ein sehr langer Weg. Ich arbeite mittlerweile 3,5 Stunden täglich und bin glücklich, dass ich das noch leisten kann.

Es war ein sehr langer Weg, geprägt von Momenten der Verzweiflung und Selbstaufgabe – wenn man nicht weiß, wie die Zukunft wird ohne Arbeit, ohne Freunde, ohne Partner. Man braucht eine gehörige Portion Kraft und Ausdauer, um diese Attacken dauerhaft zu überstehen, mit einem nur halbwegs funktionierenden Gleichgewicht zu leben und die daraus entstandenen dauerhaften Einschränkungen zu akzeptieren. Nur eingeschränkt oder überhaupt nicht mehr möglich sind alltägliche Dinge wie Treppen steigen, nach oben schauen bzw. gehen, Fahrrad fahren, in der Dämmerung alleine unterwegs sein, Hobbys wie Boot fahren und vieles mehr.

Und dennoch schätze ich mich heute glücklich. Ich habe gelernt, bei meiner Familie, Freunden und meinem Umfeld Grenzen abzuklären, NEIN zu sagen. Ebenso habe ich gelernt, auch mit weniger Leistung „zufrieden“ zu sein. Und ich finde mich gerade auf dem Weg zu lernen, mich dennoch wertzuschätzen und mir selber zu sagen, dass ich meine Sache sehr gut mache – jeden Tag aufs Neue.

# Brennpunkt Menière:

## Schwindel – Wie funktioniert unser Gleichgewicht?

### Was sind Ursachen für Schwindel?



Vortrag von Frau Corvisier an. Diesen eindrucksvollen Bericht wolle er unter den zentralen Begriff "Mut" stellen: die Vortragende habe einerseits den Mut gehabt, ihre persönliche Geschichte öffentlich zu machen. Andererseits mache sie damit aber auch anderen Betroffenen Mut.

Ihr Bericht zeigt außerdem, so Dr. Kratzsch, ein zentrales Problem von MM auf: die Schwierigkeit der Diagnose. Typisch seien die vielen Arztbesuche mit teils vergeblichen Behandlungen, bis endlich klar sei, um welche

**Dr. Volker Kratzsch ist der ärztliche Direktor der Helios Klinik Bad Grönenbach und Chefarzt der Abteilung Hörbehinderung, Tinnitus und Schwindel-Erkrankungen. Seinen Vortrag mit Abbildungen zu den Ursachen von Schwindel fasst KIMM aktuell im Folgenden zusammen.**

Krankheit es sich handle. Dr. Kratzsch betont, dass er selbst bereits seit 25 Jahren schwerpunktmäßig in diesem Bereich arbeitet und bei der Diagnosestellung seiner Patienten trotzdem oft an seine Grenzen kommt. Unklar ist nach seiner Erfahrung häufig, welche Krankheit tatsächlich dahintersteckt. Genauere Auskunft darüber könne oft erst der weitere Krankheitsverlauf geben. Häufig zu schnell stellten die Ärzte eine Diagnose, um der Krankheit einen Namen geben zu können. Denn klar sei: Wenn wir den Namen unserer Krankheit wissen, gewinnen wir damit auch an Sicherheit. Wenn es dagegen noch keine Diagnose gibt, macht uns das große Sorgen, weil wir nicht wissen, was wir tun sollen. Und wenn die Diagnose nicht klar ist, ist auch die Therapie schwierig.

Dr. Volker Kratzsch knüpfte zu Beginn an den unmittelbar vorausgegangenen

Abb. 1



Wie am Beispiel von Frau Corvisier zu hören war: Die Erkrankung beginnt mit „Hörstürzen“. Dabei sind das bei MM keine Hörstürze, sondern es ist der Beginn der MM-Erkrankung. Das weiß man aber am Anfang noch nicht und kann es nicht

diagnostizieren. Man kann nur sagen: Es ist ein plötzlicher Hörverlust eingetreten. Der Hörsturz kann begleitet sein kann von Tinnitus und eingeschränktem Hörvermögen. Zweifel an der Diagnose Hörsturz kommt allerdings, wenn er wiederholt auftritt.

**Anatomie Hör- und Gleichgewichtsorgan**

MM ist eine komplexe Krankheit, weil sie das Innenohr im Ganzen betrifft. Dazu muss man sich die Anatomie des Hör- und Gleichgewichtsorgans anschauen. (Abb. 1). Das menschliche Innenohr besteht aus dem Labyrinth, in dem das Hörorgan (lat. Cochlea) und der Gleichgewichtssinn sitzen. Was das Ganze so schwierig macht: Hörorgan und Gleichgewichtsorgan bilden eine funktionelle Einheit: Was in dem einen passiert, passiert im Wesentlichen auch im anderen Organ. Es kann in beiden Organen zu einer Anschwellung, dem Endolymphhydrops kommen. In beiden Organen gibt es auch die Haarzellen, die durch die Vorgänge bei einem Endolymphhydrops geschädigt werden. Im Innenohr gibt es außerdem drei Flüssigkeitsschläuche, die hintereinander liegen und miteinander in Verbindung stehen.

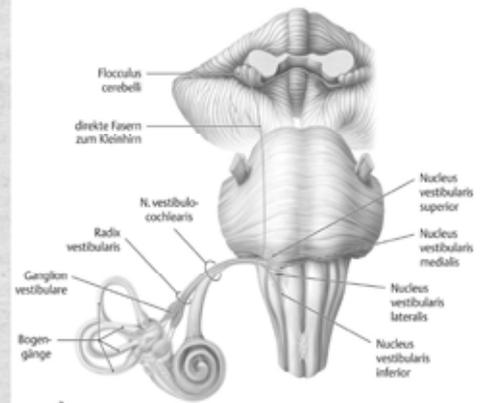
**Gleichgewichtsorgan – ein vestibuläres System**

Beim Gleichgewichtsorgan spricht man vom vestibulären System. Es reicht vom Gleichgewichtsorgan des Innenohrs (Labyrinth) über den Gleichgewichtsnerv bis hin zum Gleichgewichtszentrum im Hirnstamm (Abb. 2). Einteilen kann man es in

das peripher vestibuläre System (das Labyrinth, also das Hörorgan im Innenohr) und das zentral vestibuläre System (die „Vestibularis-Kerne“, also die Schaltzentrale im Hirnstamm). Die Information, die im Labyrinth aufgenommen wird (über Körperbewegungen, Schwerkraft etc.), wird über den Gleichgewichtsnerv weitergegeben zu diesem ersten Informationsknotenpunkt im Hirnstamm. Von dort führen dann direkte Fasern zum Kleinhirn. Auf der Grafik sieht man schön die drei Bogengänge und den Gleichgewichtsnerv, der die Informationen in Richtung Gehirn trägt, und zwar zunächst zu den Kerngebieten (Knotenpunkten) im Hirnstamm.

Abb. 2

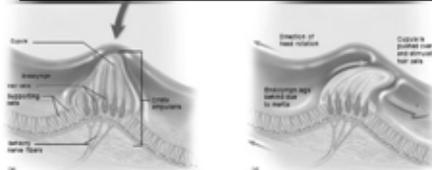
**zentral vestibuläres System...**



V. Kratzsch, Helios Kliniken Bad Grönenbach, FB Klinik Am Stiftsberg 28.05.2018 6

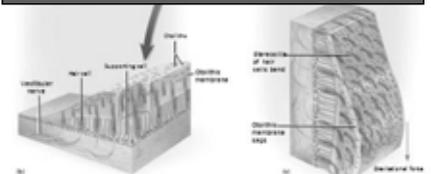
**Aufbau des Labyrinths...**

**Funktion:**  
Kopf-Körperdrehung  
Steuerung der Augenbewegungen



Cupula-Organ

**Funktion:**  
Kontrolle Stand & Gang  
Schwerkraft-Wahrnehmung  
Haltungssteuerung



Macula-Organ

V. Kratzsch, Helios Kliniken Bad Grönenbach, FB Klinik Am Stiftsberg 28.05.2018 7

Abb. 3

In Abb. 3 sieht man jeweils ein Cupula-Organ und ein Macula-Organ. Die Cupula-Organen – es gibt drei davon – befinden sich innerhalb der Bogengänge, sie beschreiben die Drehbewegungen. Außerhalb der Bogengänge gibt es die Macula-Organen – ebenfalls drei insgesamt –, die für die Orientierung der Schwerkraft zuständig sind. Cupula- und Macula-Organen sind im Prinzip im Aufbau identisch: Es gibt die Nervenzellen, die in die Flüssigkeit hinein kleine Härchen haben. Deshalb heißen diese Nervenzellen auch Haarsinneszellen oder einfach Haarzellen. Diese gibt es auch im Hörorgan. Was aber unterschiedlich ist zum Hörorgan: Beim Gleichgewichtsorgan sind diese Härchen eingebettet in eine gallertartige Masse – etwa wie eine „Götterspeise“. Sie dient dazu, das System empfindlicher zu machen. Gäbe es diese „Götterspeise“ nicht, würden die Informationen, die oben ankommen, nicht nach unten gelangen. Über die Götterspeise wird die Bewegung verstärkt. Wenn sich die Härchen bewegen, wird über diese mechanische Bewegung ein chemischer Prozess ausgelöst, der dann elektrische Energie bildet. Diese Energie wird über den Gleichgewichtsnerv transportiert.

Die beiden Organe sind unterschiedlich aufgebaut: Die Cupula-Organen in den Bogengängen sind kuppelartig geformt

(lat. Cupula = Kuppel). Das Macula-Organ dagegen hat oben kleine Kristalle (Abb. 3). Diese kleinen Kristalle folgen der Schwerkraft und sollen uns darüber informieren, wie unsere Lage im Raum ist: Wo ist oben und wo ist unten. Die Organen in den Bogengängen geben diese Information weiter.

### Diagnostik des vestibulären Systems: ein kleines Experiment ...

Die Macula-Organen sind auch dafür da, die Augen zu steuern. Dazu machen wir jetzt ein Experiment: Nehmen Sie einen Finger nach vorne und fixieren Sie ihn. Dann bewegen Sie den Finger ganz schnell hin und her. Sie merken, dass der Finger unscharf wird, Sie können ihn nicht fixieren. Jetzt machen wir das Umgekehrte: Diesmal bleibt der Finger stabil, dagegen bewegen Sie den Kopf hin und her. Da sehen Sie: Jetzt können Sie den Finger weiterhin scharf sehen. Das funktioniert, weil das System funktioniert: Die Augen haben die Aufgabe, der Körperbewegung entgegenzugehen, damit das Bild stabil bleibt. Das stabile Augenbild ist wichtig, damit wir nicht die Orientierung verlieren.

### Nystagmus

Wenn aber dieses System geschädigt ist wie bei MM, dann funktioniert das nicht mehr (Abb. 4). Wenn zum Beispiel das rechte Gleichgewichtsorgan ausfällt, kriegt das Gehirn die Info: links ist mehr Aktivität als rechts. Dann erfolgt der Befehl, der Körper muss nach links und die Augen langsam nach rechts. Wenn die Augen dann langsam nach rechts gehen, merkt das Gehirn irgendwann, dass es da nicht weitergeht, und schickt die Augen schnell nach links zurück: Das ist dann ein sogenannter

Abb. 4

### Diagnostik des vestibulären Systems...

**- Untersuchung mit**

- Frenzel-Brille (subjektiv) oder
- Video-Nystagmographie (objektiv)



**- Spontan-Nystagmus:**

- objektives Symptom einer vestibulären Störung
- peripher oder zentral vestibulär

[https://youtu.be/yAe6r\\_-5Pfw](https://youtu.be/yAe6r_-5Pfw)

die Richtung des Nystagmus wird immer nach der schnellen Phase benannt



Ich bin aus dem Gleichgewicht geraten, ich suche Halt oder die Balance, ich habe den Boden verloren. Als Patient können Sie nicht sagen, was der körperliche und was der psychosomatische Anteil ist.

Angstschwindel. Schwer auseinanderzuhalten ist der Schwindel bei vestibulärer Migräne und bei Morbus Menière. Ein Kollege hat mal gesagt: Wenn Sie mit der gleichen Symptomatik zuerst zu einem Neurologen gehen, sagt der, das ist eine typische

## Häufigkeit von Schwindel-Symptomatik...

Strupp M, Dieterich M, Brandt T, Dtsch Arztebl Int 2013; 110(29-30): 505-16

Tab. 1 Absolute und relative Häufigkeiten der verschiedenen Schwindelsyndrome in einer interdisziplinären Spezialambulanz für Schwindel (n = 23915).

Diagnose	n	%
<b>benignen peripheren paroxysmalen Lagerungsschwindel</b>	<b>3740</b>	<b>15,6</b>
<b>funktioneller Schwindel</b> (z. B. Angst)	<b>3589</b>	<b>15,0</b>
zentral-vestibulärer Schwindel	3182	13,3
<b>vestibuläre Migräne</b>	<b>2829</b>	<b>11,8</b>
<b>Morbus Menière</b>	<b>2397</b>	<b>10,0</b>
<b>Ausfall des Gleichgewichtsorgans</b>	<b>2130</b>	<b>8,9</b>
bilaterale Vestibulopathie	1604	6,7
Vestibularisparoxysmie	816	3,4
psychogener Schwindel	614	2,6
Perilymphefistel/Bogengangsdilatation	146	0,6
unklare Schwindelsyndrome	883	3,7
andere*	1985	8,3

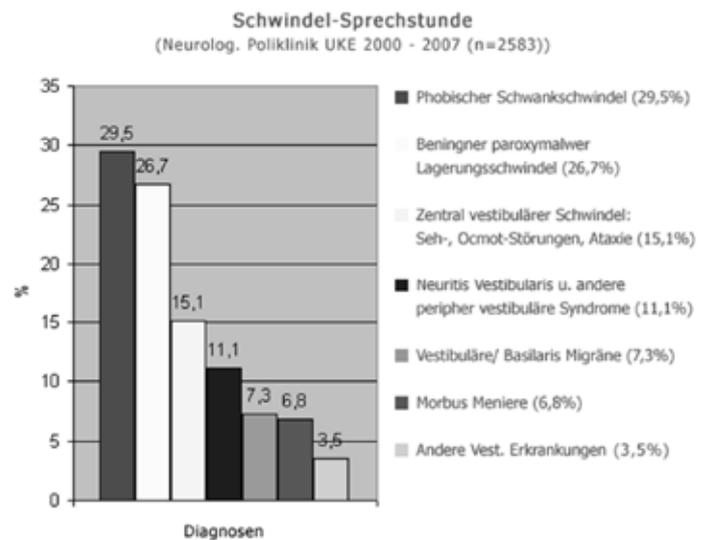


Abb. 5

### Häufigkeit des Schwindels

Frauen „schwindeln“ viel häufiger als Männer: Die Wahrscheinlichkeit liegt bei Frauen bei knapp 30 Prozent und bei Männern nur bei knapp 17 Prozent. Die Häufigkeit von Schwindelerkrankungen insgesamt nimmt mit dem Alter zu.

Es gibt zur Frage, was die häufigsten Schwindelerkrankungen sind, keine guten Untersuchungen. Alle Studien werden in großen Schwindel-Zentren wie Hamburg (Neurolog. Poliklinik UKE) oder München gemacht, aber das sind ja Bereiche, wo die Patienten mit Drehschwindelkrankheiten hinkommen und deshalb überdurchschnittlich häufig vertreten sind. So ist der einfache Lagerungsschwindel wahrscheinlich noch viel häufiger, als es bei diesen Studien erscheint. Häufig ist auch der „funktionelle“ Schwindel, also der

vestibuläre Migräne; wenn Sie zu einem HNO-Arzt gehen, heißt es, das ist ein typischer MM. Bei diesen beiden Erkrankungen gibt es große Überschneidungen und es ist schwer, sie klar zuzuordnen. (Vgl. dazu die Beiträge von Dr. Kratzsch in *KIMM aktuell* 2/2014 und 1/2012).

### Diagnostik durch gezieltes Fragen

Um wieder zum Anfang zu kommen: Wichtig ist zu vermeiden, dass die Patienten solche Irrfahrten durch das diagnostische System machen, wie es bei Frau Corvisier der Fall war. Um herauszufinden, was wirklich dahintersteckt, reicht es nicht, sich einen MRT-Befund anzuschauen (Abb. 5).

Es ist vor allem notwendig, mit den Patienten zu reden, ihnen gezielte Fragen zu stellen und sich dafür Zeit zu nehmen (Abb. 6).



**Diagnostik des Schwindels...**

**Basis-Untersuchungen**

- körperliche Untersuchung
- EKG, Blutdruck, LZ-EKG
- Labor:
  - Viren (Herpes simplex Typ...
  - Spirochäten (Treponem...
  - Blutzuckertest



- Lagerungsprüfung
- Frenzelbrille

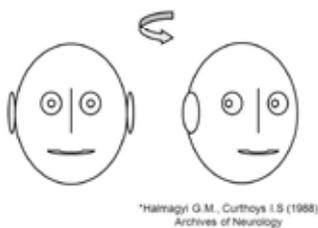
Abb. 8

**Was kann ich selbst herausfinden?**

Was kann ich als Patient selbst herausfinden? Wenn ich einen Gegenstand fixieren kann, ist das ein gutes Zeichen und wahrscheinlich kein Nystagmus. Kraftvolles Aufstampfen geht bei MM nicht. Und wenn Menschen sagen, wenn jemand dabei ist, den ich kenne, dann habe ich nie einen Schwindel, dann kann es ebenfalls kein MM sein, denn der kommt, egal mit wem sie unterwegs sind. (Abb. 8)

**Diagnostik des Schwindels...**

**Normaler Kopfpulstest\***



**pathologischer Kopfpulstest**

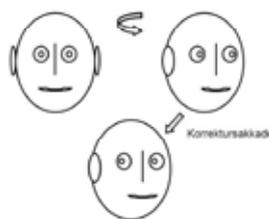


Abb. 9

Wichtig ist herauszufinden, was für eine Art von Schwindel es ist. Wenn der Schwindel heftig ist, dann ist fast immer das Gleichgewichtsorgan des Innenohrs verantwortlich. Wenn der Schwindel nicht so dramatisch ist, ist er eher nicht vestibulär bedingt. Außerdem muss man unbedingt klären, welche Symptome mit dem Schwindel gemeinsam auftreten: Kopfschmerzen? Sensibilitäts- oder Sehstörungen? Das geht eher in Richtung vestibuläre Migräne. Bewusstlosigkeit? Das ist kein Zeichen von MM oder vestibulärer Migräne. Aber es gibt noch eine Reihe anderer Fragen: Wie ist der Verlauf (Abb. 7)? Wie lange dauert der Anfall insgesamt und wie lange haben Sie schon Schwindelanfälle? Wird es über die Zeit besser? Was passiert, wenn ich die Augen schließe? Was passiert nach dem Essen? Gab es Verletzungen oder OPs? Einnahme von Medikamenten? Was ist der Auslöser des Schwindels?

**Ärztliche Diagnostik**

Die meisten Schwindel-Ursachen kann man durch sorgfältige Anamnese erkennen und einem Fachgebiet zuordnen (Abb. 8). Dazu sind Basisuntersuchungen notwendig wie zum Beispiel die Lagerungsprobe. Mit der Frenzelbrille muss bei vestibulärem Schwindel im Anfall ein Nystagmus erkennbar sein. Bei psychogenem Schwindel (Angstattacken) gibt es keinen Nystagmus. Man kann auch einfache Versuche machen, zum Beispiel den Stehversuch (einfaches Hinstellen und die Arme nach vorne bringen) oder den Tretversuch (den Patienten auf einem Strich laufen lassen).

Dann gibt es den Kopfpulstest, der ähnlich verläuft wie vorhin das Experiment mit dem Finger (Abb. 9). Dafür gibt es heute auch elektronische Tests.

Heute wird häufig eine MRT-Untersuchung des Endolymphhydrops gemacht: Ist eine entsprechende Symptomatik vorhanden und es wird ein Endolymphhydrops festgestellt, dann kann man sich bei der Diagnose MM ziemlich sicher sein. Ein Endolymphhydrops allein, ohne Symptome, genügt aber nicht, denn es gibt auch Menschen mit Endolymphhydrops, die kein MM haben – warum das so ist, weiß man nicht.

## Morbus Menière: Diagnose-Stellung...

Lopez-Escamez JA et al, Diagnostic criteria for Menière's disease, J Vestib Res, 2015, 25(1): 1-7  
 Committee on Hearing and Equilibrium, Guidelines for the diagnosis and evaluation of therapy in Menière's disease, Otolaryngol Head Neck Surg 1995, 113:181-185  
 Schaaf H, Morbus Menière, 8. Auflage, 2017, Springer Verlag Deutschland, S. 5

definitiver Morbus Menière	Barany-Gesellschaft, andere Fachgesellschaften, 2015	Committee on Hearing and Equilibrium, 1995
	- klinische Kriterien	- klinische Kriterien
Schwindel-Attacken	- ≥ 2 typ. Schwindel-Attacken (Vertigo!) - 20 Min-12 Std.	- ≥ 2 typ. Schwindel-Attacken (Vertigo!) - mind. 20 min
Hörverlust betroffenes Ohr	- mind. 1x in Zusammenhang mit Schwindel-Attacke - Hörverlust (≥35 dB oder ≥30 dB über der kontralateralen Schwelle) - tiefe bis mittlere Frequenzen (≥2 benachbarte Frequenzen <2 KHz)	- mind. 1x bei einer Untersuchung
fluktuierende auditive Symptome betroffenes Ohr	- Hörvermögen, - Tinnitus - Völlegefühl	- Tinnitus - Ohrdruck
andere Ursachen	- nicht besser erklärt	- ausgeschlossen

Abb. 10

## Morbus Menière: Diagnose-Stellung...

Lopez-Escamez JA et al, Diagnostic criteria for Menière's disease, J Vestib Res, 2015, 25(1): 1-7  
 Committee on Hearing and Equilibrium, Guidelines for the diagnosis and evaluation of therapy in Menière's disease, Otolaryngol Head Neck Surg 1995, 113:181-185  
 Schaaf H, Morbus Menière, 8. Auflage, 2017, Springer Verlag Deutschland, S. 5

wahrscheinlicher Morbus Menière	Barany-Gesellschaft, andere Fachgesellschaften, 2015	Committee on Hearing and Equilibrium, 1995
	klinische Kriterien	klinische Kriterien
Schwindel-Attacken	- ≥ 2 Schwindel-Attacken („dizziness“) - 20 Min-24 Std.	- ≥ 1 typ. Schwindel-Attacken - mind. 20 min; (Vertigo!)
Hörverlust betroffenes Ohr	- mind. 1x in Zusammenhang mit Schwindel-Attacke - Hörverlust (≥35 dB oder ≥30 dB über der kontralateralen Schwelle) - tiefe bis mittlere Frequenzen (≥2 benachbarte Frequenzen <2 KHz)	- mind. 1x bei einer Untersuchung
fluktuierende auditive Symptome betroffenes Ohr	- Hörvermögen, - Tinnitus - Völlegefühl	- Tinnitus - Ohrdruck
andere Ursachen	nicht besser erklärt	ausgeschlossen

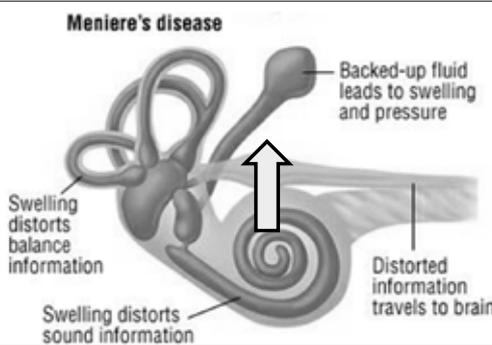
Abb. 11

V. Kratzsch, Helios Kliniken Bad Grönenbach, FB Klinik Am Stiftsberg 28.05.2018 41

## Morbus Menière: Schwindel & Angst...

### 1.Schritt: Drehschwindel-Attacke

akute Innenohr-Drehschwindel-Attacke



der endolymphatische Hydrops führt zu:

- „Angst“- Schwindel
- Unsicherheit
- Panik

- vegetative Symptomatik:
- Übelkeit, Erbrechen
- Schweißausbruch
- Herzrasen
- Kopfdruck
- Unruhe, Nervosität

Abb. 12

## Morbus Menière: Schwindel & Angst...

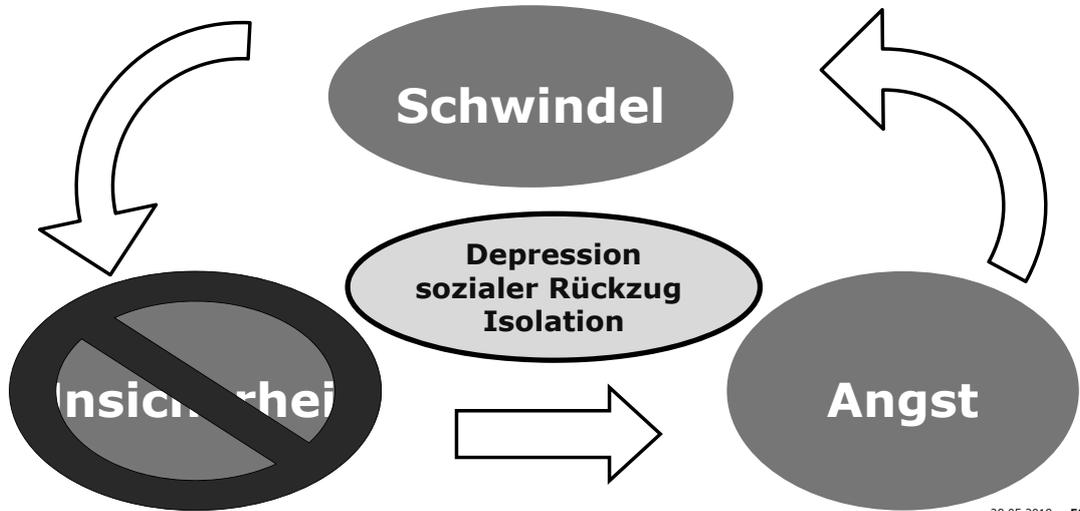


Abb. 13

V. Kratzsch, Helios Kliniken Bad Grönenbach, FB Klinik Am Stiftsberg 28.05.2018 50

### Zur Diagnosesicherheit

Die Diagnose MM kann ausschließlich klinisch – das heißt nach dem Krankheitsverlauf – von einem erfahrenen Arzt gestellt werden. Ein definitiver Beweis der Diagnose MM ist beim Menschen nach dem heutigen Stand des Wissens nicht möglich, das kann man nur bei Verstorbenen eindeutig feststellen.

Zur klinischen Diagnose gehört:

- Ein typischer chronischer klinischer Verlauf (Anamnese) mit
- Drehschwindel, Schwerhörigkeit, Tinnitus
- Frenzel-Brille:
  - im Anfall:**  
horizontaler, vereinzelt otatorischer Nystagmus, teilweise wechselnde Richtung während des Anfalls, keine Seiten-Lokalisation möglich
  - im Intervall:**  
in der Regel unauffällige Gleichgewichtsprüfung, ggf. Untererregbarkeit der betroffenen Seite
- Tonaudiometrie:
  - zu Beginn eher Tiefton-betonte Schwerhörigkeit, fluktuierendes Hörvermögen, später pantonale progrediente Innenohr-Schwerhörigkeit

### Diagnosestellung nach Barany und nach der amerikanischen HNO-Gesellschaft

Die Kriterien der amerikanischen HNO-Gesellschaft (Committee on Hearing and Equilibrium) sind bereits von 1995. Sehr viel genauer sind die Kriterien der Barany-Gesellschaft aus dem Jahr 2015, die ich bevorzuge. Entsprechend dieser Kriterien unterscheidet man den definitiven vom wahrscheinlichen MM (Abb. 10 und 11).

### Schwindel und Angst

Viele Patienten mit Morbus Menière entwickeln mit längerem Verlauf der Erkrankung einen ängstlichen Schwankschwindel während der anfallsfreien Intervalle. Was Sie alle kennen: Wenn es zu einem Anfall kommt, also ein Endolymphhydrops auftritt, reagieren Sie mit Angst, Panik und vegetativer Symptomatik (Abb. 12). Nun kann sich der Ort des letzten Anfalls (zum Beispiel die Wursttheke im Geschäft) mit der Symptomatik verbinden: Wenn Sie beim nächsten Mal wieder hier anstehen, passiert eine Fehlanpassung und Sie reagieren in einer klassischen Konditionierung wieder mit einer Angstsymptomatik („Oh Gott, es geht wieder los!“).

Es spielt noch etwas anderes eine Rolle. Das Hirn sagt beim nächsten Anfall: Bitte die fehlerhaften Infos aus dem Gleichgewichtsorgan blockieren und auch auf die Panik verzichten. Dafür kommt es zu einer Aktivierung der übrigen Sensoren, die Ihnen Auskunft über das Gleichgewicht geben, und das sind Ihre Augen und die sensiblen Systeme (zum Beispiel die Fußsohlen) – diese sollen jetzt das fehlerhafte Gleichgewichtsorgan ausgleichen. Allerdings funktionieren diese Systeme nicht so schnell wie das Gleichgewichtsorgan, das das schnellste System ist, und die Unsicherheit würde bleiben. Deshalb müssen wir in einem zweiten Schritt dafür sorgen, dass diese Blockade wieder aufgelöst wird, damit die langsamen Systeme wieder durch das schnelle System abgelöst werden. Wenn das nicht passiert, dann bleiben die beiden langsamen Systeme (visuelles und sensibles System) hochgefahren. Die Angst übernimmt die Kontrolle und ich bin allein dadurch ängstlich und unsicher, weil die beiden Systeme die schnelle Verarbeitung nicht leisten können, die eigentlich notwendig ist. Daraus resultiert dann ein anhaltendes Angst- und Schwindelgefühl. Aus dieser klassischen Symptomatik von Schwindel, Unsicherheit und Angst entsteht dann wiederum der Rückzug, den Sie alle kennen (Abb. 13).

Der Schwindel durch Angst wird wahrgenommen

- wie ein organisch ausgelöster Drehschwindel oder
- unspezifisch: „taumelig“, nicht standfest, „wackelig“, „aneckend“, „wirr im Kopf“, „dröhnendes Gefühl im Kopf“, Unsicherheit, Angst/Panik,
- begleitend oft Schweißausbruch, Herzklopfen, Übelkeit, Blutdruckanstieg ...

Doch es gibt dabei keinen Nystagmus, Fixieren und Stehen sind möglich, festes Auftreten hilft.

## ***Wege aus der Angst vor Schwindel***

Vorschläge:

- mehr statt weniger Bewegung / Schonung
- mehr eigene und/oder professionell vermittelte Zuversicht in den eigenen Erfolg
- mehr Gleichgewichtsübungen statt Medikamente „gegen den Schwindel“
- Wahrnehmen statt Negieren einer bestehenden oder mit dem Schwindel entwickelten psychischen Störung

## ***Desensibilisierung als Weg aus der Isolation***

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, um den Weg aus der Isolation zu finden:

- Bearbeitung der Vermeidungs-Strategien
- Verminderung der Angst, Sicherheit zurückgewinnen
- kreisende Gedanken, um den Schwindel und seine möglichen Auswirkungen stoppen
- unter therapeutischer Anleitung neue, hilfreiche positive Erfahrungen machen



## Vortrag Prof. Dr. Anette Weber

## Brennpunkt Menière:

## Aktuelle Einschätzung von Therapie-Optionen bei Morbus Menière



**Frau Professor Dr. Anette Weber ist Chefärztin der Abteilung für Hörstörungen, Tinnitus und Schwindel in den Helios Kliniken Bad Berleburg. Den KIMM-Tagungsbesuchern ist Frau Prof. Weber gut bekannt, denn sie ist regelmäßig Referentin bei den Menière-Tagungen in der Allgäuer Helios-Klinik. Darüber hinaus war KIMM e.V. auch bei ihr im westfälischen Bad Berleburg schon öfters zu Gast. Wie Dr. Kratzsch bei seiner Begrüßung betonte, arbeiten die HNO-Abteilungen der beiden Helios-Schwester-Rehakliniken im Allgäu und im westfälischen Bad Berleburg schon lange und sehr eng miteinander. So**

**begrüßte Dr. Kratzsch seine Kollegin eingangs besonders herzlich als „Schwester“ und betonte die gute Zusammenarbeit mit ihr.**

Frau Professor Weber konzentriert sich in ihrem Vortrag, wie sie eingangs erklärt, vor allem auf die Therapie des Schwindels, der eine besondere Belastung für die Erkrankten darstelle. Die beiden anderen wesentlichen Begleiterscheinungen von MM, Tinnitus und Hörstörung, werden aus Zeitgründen nur am Rande thematisiert. Grundsätzlich gebe es bei MM, insbesondere beim Schwindel, in der Therapie kein einheitliches Vorgehen. Der Schwindel bei MM ist weiterhin nicht heilbar, die Schwindel-Attacken verschwinden erst ganz, wenn das Ohr nach ca. 10 Jahren „ausgebrannt“ ist.

Das Problem bei der Therapie von MM ist, so Frau Prof. Weber, dass Gleichgewichtsorgan und Hörorgan im Kopf in einem Knochen sitzen und man sehr schwer herankommt. Würde man es versuchen und den Kopf bzw. das Hör- und Gleichgewichtsorgan öffnen, dann würde die Flüssigkeit, die in diesen Organen fließt, auslaufen. Das würde sowohl das Gleichgewichtsorgan als auch das Hörvermögen komplett zerstören. Daher könnten Untersuchungen daran tatsächlich nur an Verstorbenen stattfinden.

Zur Therapie des Hörvermögens empfiehlt Frau Prof. Weber, frühzeitig ein Hörgerät zu benutzen. Denn wie der Vortrag von Frau Corvisier gezeigt habe, entstehen durch das schlechte Hörvermögen zusätzlich Stress und Erschöpfung. Bei einer Ertaubung hilft ein Cochlea-Implantat, bei einseitiger Ertaubung hilft eine Cross-Versorgung – wenn man also den Schall vom nicht mehr hörenden Ohr zum noch hörenden Ohr weiterleitet.

Bei Tinnitus müsse man eine komplexere Therapie angehen, aber auch hier empfiehlt sie, früh ein Hörgerät zu verwenden, außerdem gehörten Psychotherapie und Entspannungsübungen dazu.

In ihrem weiteren Vortrag konzentriert sich Frau Prof. Weber dann auf die Therapie des Schwindels. Zu den konservativen, also nicht medikamentösen Therapien von Schwindel steht, wie sie sagt, in der deutschsprachigen Literatur nur wenig. Dagegen gibt es dazu recht viele Informationen in der englisch- und amerikanischsprachigen Literatur. Die wichtigsten konservativen Therapien werden im Folgenden vorgestellt.

### **Konservative Therapie ohne Medikamente**

- **Salzarme Diät:** Dahinter steckt der Gedanke, dass man den Endolymphhydrops, der ja mit Flüssigkeitsbildung einhergeht, eventuell vermeiden kann, wenn man die Aufnahme von Wasser über die Nahrung reduziert.  
> Man kann diese Diät versuchen, aber ob sie hilft, weiß man nicht, es gibt keine wesentlichen Untersuchungen dazu.
- **Reduktion von Koffein, Nikotin, Alkohol:** Diese Stoffe sind histaminhaltig und führen zu Histaminausschüttung, was auf die entsprechenden Rezeptoren verstärkend wirkt.  
> Die Reduktion ist sicher sinnvoll, aber ganz darauf zu verzichten ist wohl nicht notwendig.
- **Gleichgewichtstraining:** Training des Gleichgewichts durch Trainieren von Augen, Muskeln und Tastsinn mit speziellen Übungen (Augentraining mit Fingern und Ball etc.) oder durch Sportarten wie Tischtennispielen oder Badminton. Ganz wichtig ist es, mit dem Gleichgewichtstraining zu beginnen, bevor das Gleichgewichtsorgan durch eine „ablative Therapie“ ganz ausgeschaltet wird (durch Gentamicin-Therapie oder durch Labyrinthektomie).  
> Sehr sinnvoll: Wenn die Koordination von Kopf, Augen und Körpermotorik trainiert wird, verringern sich die Schwindelbeschwerden bei einem Anfall und man kommt besser zurecht. Das Training gibt mehr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und man fühlt sich wohler (psychogene Komponente).

**Dazu kommt eine Frage aus dem Publikum:** Viele denken, wenn ich sowieso viel Rad fahre oder wandere, sind zusätzliche Gleichgewichtsübungen nicht notwendig.  
Antwort Prof. Weber: Man sollte diese speziellen Übungen unbedingt zusätzlich durchführen, auch weil man dadurch seinen Körper besser kennenlernt und die koordinative Kompetenz zusätzlich stärkt. Ein solches Training dauert vielleicht je 10 Minuten drei- oder viermal am Tag, tut nicht weh und ist eines der besten Dinge, die man selbst tun kann.

### **Konservative Therapie mit Medikamenten**

Es gibt auch verschiedene konservative Therapieformen, die medikamentös, also durch Einnahme von Medikamenten angewandt werden:

- Behandlung mit **Diuretika** (Mittel zur Wasserausschwemmung): Diese Mittel sollen den Hydrops vermeiden, ähnlich wie bei der salzarmen Diät. Doch sie haben auch zum Teil gefährliche Nebenwirkungen, besonders wenn man herz- oder nierenkrank ist. Diuretika werden in den deutschen Leitlinien nicht genannt.  
> nicht zu empfehlen, es gibt keinen wissenschaftlichen Nachweis einer Wirksamkeit
- Behandlung mit **Cinnarizin:** Dieser Wirkstoff wirkt gegen Gefäßverengung und auf die Histaminrezeptoren und wird meist in Kombination mit Dimenhydrinat (Arlevert) angewandt. Er wird bei Unverträglichkeit von Betahistin verschrieben, erzeugt aber oft Müdigkeit und wird in den deutschen Leitlinien nicht empfohlen (nur in der Schweiz erhältlich).

> nicht zu empfehlen, es gibt keinen wissenschaftlichen Nachweis einer Wirksamkeit

### **Behandlung mit Betahistin und die Studie dazu**

- Behandlung mit **Betahistin** (als Betahistin<sup>®</sup>, Betavert<sup>®</sup>, Vasomotal<sup>®</sup>, Aequamen<sup>®</sup> erhältlich): Der Wirkstoff wirkt auf die Histaminrezeptoren, ist durchblutungsfördernd und hemmt die Reizweiterleitung. Er ist sehr nebenwirkungsarm und soll Häufigkeit und Stärke der Schwindelattacken dämpfen.
- > empfehlenswert, wenn es wirkt

Vor 2 Jahren gab es zu Betahistin eine große Studie (BEMED) in München-Großhadern unter der Leitung von Prof. Dr. Michael Strupp. Zur Mitte der geplanten Studienzeit hieß es, das Medikament hätte eine gute prophylaktische (vorbeugende) Wirkung, vor allem wenn man es hoch dosiert verabreicht (Einnahme mindestens 1 Jahr). Am Ende der Studie stellte sich aber heraus, dass es nicht wesentlich besser ist, als wenn man gar nichts gibt (bzw. Placebo). Diese Nachricht hat die Ärzteschaft, so Frau Prof. Weber, zunächst verunsichert: Was soll man denn jetzt verschreiben? Inzwischen kann man sagen, dass Betahistin immer noch verschrieben wird – auch von Prof. Strupp in München – und auch heute noch in den deutschen Leitlinien empfohlen wird.

Die Vortragende sagt dazu ganz explizit: Man kann die Dosis (angefangen bei 3 x 12 mg / 3 x 24 mg) langsam steigern auf meist 3 x 48 mg (möglich sind bis zu 480 mg pro Tag). Wenn man merkt, dass es wirkt, kann man es durchaus nehmen. Wenn Ihr Arzt es nicht verschreiben will, dann sollten Sie vielleicht noch einmal mit ihm sprechen. Doch sie sagt auch: Wenn es nicht wirkt, dann sollten Sie es natürlich auch nicht weiter einnehmen.

Literatur zur Studie:

**Adrion C, Fischer CS, Wagner J et al.**

Efficacy and safety of betahistine treatment in patients with Meniere's disease: primary results of a long term, multicentre, double blind, randomised, placebo controlled, dose defining trial (BEMED trial). *BMJ* 2016; 352: h6816

### **Intratympanale Therapie mit Medikamenten**

Jetzt kommt Frau Prof. Weber auf ein anderes Vorgehen in der Behandlung des Schwindels zu sprechen: das „intratympanale“ Verfahren. Hier wird das Medikament nicht in Form von Tabletten eingenommen, sondern durch das Trommelfell in den Mittelohrraum eingebracht. Von dort gelangt es dann per Diffusion ins Innenohr (intra-tympanal) und den Bereich des Gleichgewichtsorgans. Der Vorteil dieser rein lokalen Anwendung ist, dass die Gabe der Medikamente keine systemischen Auswirkungen hat; das heißt bei Cortison, dass die Anwendung keinen Anstieg des Blutzuckerspiegels oder eine Gewichtszunahme zur Folge hat, wie es bei einer medikamentösen Behandlung (Tabletten) der Fall ist.

- **Cortison / Glukokortikoide:** Cortison wird mittels einer Spritze eingegeben. Wirksamkeit: Das Cortison wirkt stabilisierend, ist gut verträglich, nebenwirkungsarm und schädigt nicht das Gehör. Eine Studie ergibt: Bei bis zu

90 Prozent der Behandelten kommt es unter dieser Behandlung nach 6 bis 24 Monaten zu einer Reduktion der Schwindelhäufigkeit und zu einer Minderung der Stärke der Attacken. Die Behandlung ist nicht schädigend für das Gehör, im Gegenteil, sie kann sogar stabilisierend wirken.

Das Mittel wird in den deutschen Leitlinien empfohlen.

> empfehlenswert, nach Ansicht von Frau Prof. Weber noch vor der Behandlung mit Gentamicin oder einem anderen Mittel

Zu einer Studie mit einer alternativen Verabreichungsform von Cortison (Oto 104): Dabei wird das Cortison nicht als Flüssigkeit ins Ohr gebracht, sondern auf einen Gelträger aufgebracht, um zu vermeiden, dass die Flüssigkeit durch die Ohrtrompete in den Nasen-/Rachenraum abfließt (schmeckt unangenehm), und um zu bewirken, dass das Cortison länger im Mittelohr verweilt. Die Studie war zunächst erfolgreich, wurde aber dann in Deutschland abgebrochen, in anderen Ländern allerdings nicht. Über den Abbruch der Studie findet man laut Prof. Weber allerdings keine Meldungen, sondern nur Berichte, dass diese Applikationsform eine gute Wirkung zeigt. Aber diese Form der Verabreichung von Cortison wird in Deutschland, so die Vortragende, nicht mehr praktiziert.

Die intratympanale Behandlung mit Cortison wird auch bei einem Hörsturz infolge einer MM-Attacke angewandt. Das habe auch Frau Corvisier in ihrem Vortrag geschildert, wobei sie gesagt hat, dass das für sie sehr schmerzhaft gewesen sei. Frau Prof. Weber meint dazu, dass dies an dem Arzt liege und nicht sein müsse, bei dieser Behandlung könne man gut betäuben. Man muss dazu auch nicht Paukenröhrchen legen, sondern könne den Wirkstoff mit der Spritze direkt ins Ohr geben.

- **Gentamicin:** Dies ist eigentlich ein ganz frühes Antibiotikum, von dem man weiß, dass es toxisch (giftig) auf das Innenohr und das Gleichgewichtsorgan wirkt. Es wirkt aber zuerst auf die Zellen im Gleichgewichtsorgan und dann erst auf die Zellen im Hörorgan. Die Giftigkeit ist also für das Gleichgewicht höher als für das Hören. Früher hat man das Mittel sehr hoch dosiert, heute wird es deutlich geringer und auch in größeren Abständen gegeben. Das, was Frau Corvisier berichtet habe – Gabe von Gentamicin dreimal in der Woche –, werde heute, wenn jemand noch hört, laut Prof. Weber nicht mehr gemacht, sondern nur, wenn jemand bereits ertaubt ist.

Bei der Gabe von Gentamicin besteht die Gefahr der Hörverschlechterung bis hin zur Ertaubung. Die Anwendung empfiehlt sich nur bei mehr als zwei Schwindelattacken pro Woche. Man sollte auch immer vor und nach einer Behandlung testen, wie das Gleichgewichtsorgan reagiert – ist es ausgefallen oder arbeitet es noch? Die Wirkung der Behandlung ist auch durchaus individuell: Das kommt daher, dass ein Teil des Wirkstoffes über die Ohrtrompete abfließt und man nie so genau weiß, wie viel denn tatsächlich an das Gleichgewichtsorgan gelangt. Die Wirksamkeit kann man im Anschluss an die Behandlung nur beurteilen, wenn man sich in dem Test mit Warm-Kalt-Spülung (Gleichgewichtstestung) wohlfühlt, das heißt wenn man durch die Temperaturreize keinen Schwindel mehr bekommt. Erst, wenn das Ohr keine Reaktion mehr zeigt, weiß der Arzt, dass das Organ ausgefallen ist. Die Wirksamkeit ist vergleichbar mit der Cortison-Therapie: Bei bis zu 90 Prozent der Behandelten kommt es unter dieser Behandlung zu einer Reduktion der

Schwindelhäufigkeit und zu einer Minderung der Stärke der Attacken nach 6 bis 24 Monaten.

Das Mittel wird in den deutschen Leitlinien empfohlen.

> Zu empfehlen nur bei MM-Erkrankten, die mehr als zwei Attacken pro Woche haben.

- **Lokale Betäubungsmittel / Labyrinth-Anästhesie:** diese Mittel (z.B. Lidocain) lähmen die Schmerznerve – ähnlich wie bei einer lokalen Betäubung beim Zahnarzt. Durch die Betäubung wird der Schwindelreiz nicht weitergeleitet, das scheint einigen Patienten ganz gut zu helfen. Allerdings ist der Wirkstoff nur sehr kurz wirksam, aber er schädigt nicht das Gehör, ist also nicht giftig. Es wird in den deutschen Leitlinien nicht eindeutig empfohlen. > kann man versuchen; Frau Prof. Weber empfiehlt hier aber eher die Behandlung mit Cortison.

### **Therapie mit Apparaten**

Eine weitere Therapieform ist die interventionelle, funktionserhaltende Therapie. Dafür braucht man einen Apparat:

- **Druckpulstherapie (Meniett-Therapie):** Hierbei werden über ein Schläuchlein im Gehörgang Niederdruckimpulse auf das Trommelfell gegeben, durch das Legen eines Paukenröhrchens gelangt dieser Druck auch ans Mittelohr und soll eine Entlastung des Drucks durch den Endolymphhydrops bewirken. Die Behandlung ist gut verträglich und nebenwirkungsarm, das Gehör wird nicht geschädigt. Die Amerikaner sind sehr von dieser Methode überzeugt. Doch in einer Cochrane-Studie (Zusammenfassung vieler Einzelstudien) hat sich gezeigt: Diese Therapie hat keinen Effekt. Allerdings kostet sie viel Geld. In den deutschen Leitlinien wird sie nicht empfohlen. > nicht zu empfehlen

### **Verschiedene chirurgische Therapien**

- **Paukenröhrcheneinlage:** Es wird ein Röhrchen ins Trommelfell gelegt, das eine Belüftung im Mittelohrraum und eine Entlastung bewirken soll, damit sich das Mittelohrsystem ausdehnen kann. Diese Methode wird nicht überall geschätzt. Manche Kliniken verwenden sie gar nicht, andere sind davon überzeugt. Es gibt Patienten, denen hilft es sehr gut; Frau Prof. Weber kann allerdings nicht sagen, ob das ein psychologischer Effekt ist. Es ist ein komplikationsarmer Eingriff, unter örtlicher Betäubung, und es gibt keine Nebenwirkungen. Allerdings darf man kein Wasser ins Ohr bekommen, denn das kann über das Röhrchen dann ins Innenohr fließen und man kann eine Mittelohrentzündung bekommen. Die Methode wird nicht in den deutschen Leitlinien empfohlen, aber wird dennoch hierzulande gemacht. > nur mit Einschränkung empfohlen: Es ist ein Eingriff, und bevor man einen Eingriff vornehmen lässt, sollte man alle anderen Therapiemöglichkeiten ausreizen.
- **Durchtrennung der Sehnen des Mittelohrs (Tenotomie der Tensor-Tympani-Sehne):** Dadurch wird eine Druckentlastung versucht. Dem liegen folgende Überlegungen zugrunde: Die Gehörknöchelchen werden durch Sehnen gehalten.

Eine der Sehnen geht zum Steigbügel und ist dafür zuständig, den Muskel an der Sehne zusammenzuziehen und den Steigbügel zu versteifen, wenn es zu laut wird. Das bedeutet, laute Geräusche werden nicht ungefiltert komplett übertragen, der Muskel bietet also einen gewissen Lärmschutz. Wenn die Sehne aber durchtrennt wird, ist die Gehörknöchelchenkette etwas gelockert und der Druck bei einem Hydrops kann sich besser ausdehnen. Das Problem dabei ist: Wenn der Muskel weggenommen wird, geht der Lärmschutz verloren. Dadurch werden die unangenehmen Begleiterscheinungen eines Hörsturzes (erhöhte Lärmempfindlichkeit) also verstärkt.

Diese Methode wird hauptsächlich in USA propagiert. Man muss ein sehr guter Chirurg sein, *weil alles sehr klein ist*. In Deutschland wird die Methode nicht empfohlen. Die Wirksamkeit ist nicht bewiesen.

> nicht zu empfehlen

### • Operationen am Saccus endolymphaticus

(endolymphatischer Sack): Die Theorie des Morbus Menière ist, dass in diesem Säckchen (Saccus) zu viel Flüssigkeit (Endolymph) gebildet wird. Man will mit dieser OP eine Druckentlastung bewirken, um damit den Schwindel zu vermeiden. Dabei wird der Saccus freigelegt und eingeschlitzt, damit der Druck entweichen kann.

Das ist eine sehr schwierige OP, weil die Anatomie dort so schwierig ist. Um an diese Stelle zu gelangen, muss der Chirurg einige Knochen wegbohren, bis er an die Hirnhaut kommt, an der das Säckchen anliegt.

Es gab früher eine Studie zu dieser Methode: eine Gruppe von Erkrankten wurde operiert, der anderen Gruppe wurde diese OP nur vorgeschwindelt, indem man einen kleinen Hautschnitt hinter dem Ohr gemacht hat. Ergebnis: In der Wirkung gab es bei beiden Gruppen keinen Unterschied. Inzwischen wurde diese Studie erneut vorgenommen und man hat festgestellt, dass bei der ersten Studie etwas falsch gemacht wurde. Heute ist man also überzeugt, dass diese OP tatsächlich eine Wirkung zeigt. Man hat aber gelernt,

dass man nach Öffnung des Saccus etwas in diese Öffnung hineinlegen muss, damit sie sich nicht wieder schließt.

Inzwischen wird diese OP wieder häufiger gemacht – vor allem, nachdem sich in der Studie mit Betahistin gezeigt hat, dass dies nicht wirksam ist. Es gibt Studien, die sagen, dass sich die Schwindelhäufigkeit nach dieser OP bei 75 Prozent der Patienten reduziert. Aber es gibt auch Gefahren: Die OP geschieht immer unter Vollnarkose, was man sich gut überlegen muss, wenn man gesundheitlich schon angeschlagen ist. Und es gibt die Gefahr der Gesichtsnervlähmung oder Ertaubung, wenn bei dieser heiklen OP etwas schief geht. Der Sack ist mit bloßem Auge nicht zu erkennen. Diesen Eingriff sollte man ausschließlich in Zentren durchführen lassen, in denen diese OP sehr häufig gemacht werde. In den deutschen Leitlinien gibt es dazu keine Empfehlung.

> nur empfehlenswert, wenn alles andere nicht hilft

**Zwischenfrage:** Was heißt „alles ist sehr klein“?

**Antwort:** Den Steigbügel kann man mit dem bloßen Auge noch gerade so wahrnehmen; OPs werden immer unter dem Mikroskop gemacht.

**Zwischenfrage:** Was heißt „Reduktion der Schwindelhäufigkeit um 75 Prozent“ – in welchem Zeitraum wird hier gemessen?

**Antwort:** Das heißt immer im Zeitraum zwischen 6 und 24 Monaten.

**Rückfrage:** Kann es sein, dass die Schwindelattacken in diesem Zeitraum auch ohne diese OP zurückgehen?

**Antwort:** Ja, das weiß man nicht genau.

- Blockade des endolymphatischen Gangs** (ductus endolymphaticus): Der Gang, der zu dem Saccus endolymphaticus führt, soll mit winzigen Titan-Klemmen abgeklemmt werden. Prof. Weber meint: Das ist anatomisch noch schwieriger als die davor genannte OP und hat die gleichen, oben beschriebenen Gefahren. Denn der durchsichtige Gang ist in dem kompakten Knochen sehr schwierig zu finden. Sie hat noch nicht gehört, dass diese OP in Deutschland durchgeführt worden sei, es stünde auch nichts davon in den deutschen Leitlinien.  
 > nicht zu empfehlen
- Gleichgewichtsorgan wird ausgeschaltet** (Labyrinthektomie): OP geschieht durch Aufbohren des Knochens und Eröffnung der Bogengänge, damit die Flüssigkeit ausfließen kann und das Organ ausgeschaltet wird, also keine Probleme mehr machen kann. Hier ist es wichtig – wie im Vortrag von Dr. Kratzsch empfohlen –, vor der OP ein Gleichgewichtstraining zu machen, damit man die anderen Gleichgewichtssinne trainiert (zentrale Kompensation). Diese OP birgt ebenso Risiken, sie wird unter Vollnarkose gemacht. Sie wird in den deutschen Leitlinien nicht empfohlen, es liegen dazu auch keine Studien vor.  
 > nicht direkt zu empfehlen, aber manchmal ist diese OP notwendig
- Gleichgewichtsnerv wird durchtrennt** (Neurektomie/Neurotomie): Dies ist eine ausgedehnte OP mit Eingriff am Hirn und daher die risikoreichste OP: Gleichgewichtsnerv, Hörnerv und Gesichtsnerv liegen in ein und demselben Gang, es besteht die Gefahr, dass man den falschen Nerv durchtrennt. Das können nur sehr erfahrene Chirurgen machen. Es liegen keine wissenschaftlichen Studien dazu vor und es gibt dazu auch keine Empfehlung in den deutschen Leitlinien.  
 > nicht zu empfehlen (nur in extremen Ausnahmefällen)

### Fazit

Es gibt leider nichts wesentlich Neues in der Behandlung von Morbus Menière, die Krankheit kann man weiterhin nur symptomatisch behandeln, sie ist nicht heilbar. Ein Ziel der Therapie muss die Reduktion von Häufigkeit und Intensität der Schwindelattacken sein. Operative Eingriffe sollte man dabei aber nur vornehmen





Frau Prof. Weber  
erläutert die  
Therapieformen des  
Schwindels

lassen, wenn alles andere nicht funktioniert. Sinnvoll ist, bei der Behandlung einem **Stufenschema** zu folgen, wobei man mit einer konservativen Methode beginnt.

- Bei geringer Schwindelbelastung wäre das also – wie beschrieben – zunächst eine Salzreduktion. Sehr sinnvoll ist das Gleichgewichtstraining, dann käme die Behandlung mit Betahistin.
- Wenn das nichts wirkt, kann man es mit Cortison versuchen oder auch mit den lokalen Betäubungsmitteln.
- Operativ gibt es dann die Paukenröhrcheneinlage (nicht erste Priorität von Frau Prof. Weber), dann die Saccus-OP. Ein weiterer nächster Schritt wäre die Gentamicin-Gabe, weil hier das Gehör geschädigt werden kann.
- Als letzter Schritt folgen dann Operationen wie die Labyrinthektomie, bei denen das Gleichgewichtsorgan durchtrennt wird.

Grundsätzlich gilt: Morbus Menière ist für Ärzte eine undankbare Krankheit, weil man nicht konkret sagen kann, welche Behandlung sicher wirkt. Die Ärzte wissen oft selbst nicht weiter, deshalb finden MM-Erkrankte häufig zu wenig Beachtung. Eine Reha ist zu empfehlen, weil man dort etwas mehr Input von spezialisierten Ärzten und anderen Erkrankten bekommt.

## Fragen an die Fachreferenten



Die Tagungsteilnehmer hatten persönliche Fragen zur Krankheit Morbus Menière auf Kärtchen geschrieben, die Herrn Dr. Volker Kratzsch übergeben wurden. Nach dem Vortrag von Frau Prof. Weber konzentrierten sich die beiden HNO-Spezialisten zunächst auf die fünf Fragen, die sich direkt auf Frau Prof. Webers Vortrag bezogen. Alle restlichen Fragen wurden in der zweiten Hälfte der Fragerunde von Herrn Dr. Kratzsch alleine beantwortet, weil Frau Prof. Weber bereits wieder nach Bad Berleburg zurückreisen musste.

**Wie oft hintereinander kann man eine Cortison-Behandlung machen?**

Eigentlich unbegrenzt. Sie hat keine Nebenwirkungen und wirkt stabilisierend, also unbegrenzt.

**Können Augentropfen bei hohem Augendruck Schäden an den Ohren bewirken (Zugang von den Augen zu den Ohren)?**

Nein – eher im Gegenteil: Wenn man Cortison-Augentropfen nimmt, wirkt sich das eventuell auch stabilisierend auf die Ohren aus.

**Kommt MM im Kindes- und Jugendalter vor und wenn nein, was könnten die Gründe sein?**

(Prof. Weber) Es gibt in der Literatur durchaus Belege, dass auch Kinder betroffen sein können, aber deutlich weniger als Erwachsene. Man weiß zwar, was bei MM passiert (zu viel Endolymphe), aber bisher weiß man immer noch nicht, was die Gründe dafür sind. Aber in der Geschichte, die Frau Corvisier erzählt hat, wird deutlich, dass eine Stresssituation und damit eine

Herabsetzung des Immunsystems als Ursache dafür eventuell auch eine Rolle spielen könnten. (Tagungsteilnehmerin) Ich hatte vermutlich schon als Kind MM. (das ist mehr als 60 Jahre her), da lag ich gelegentlich 2 oder 3 Tage mit Spucken und Schwindelgefühl im Bett.

(Weiterer Tagungsteilnehmer) Ich kenne jemanden, die bereits mit 18 Jahren an MM erkrankt ist.

**Eine Frage zu den erwähnten lokal betäubenden Mitteln, die ähnlich einer Spritze beim Zahnarzt wirken: Sind das Tabletten, die man einnehmen kann?**

(Prof. Weber) Nein, das ist ein flüssiges Lokalanästhetikum, das man durchs Trommelfell ins Mittelohr spritzt. Das gibt es bei der Zahnbehandlung auch. Es gibt auch lokal betäubende Haltabletten, aber nach einer solchen Tablette haben Sie nur ein pelziges Gefühl im Mund, aber der Schwindel bleibt bestehen.

(Dr. Kratzsch) Aus internistischer Sicht sind diese lokal betäubenden Mittel auch nicht ganz unproblematisch, denn sie können

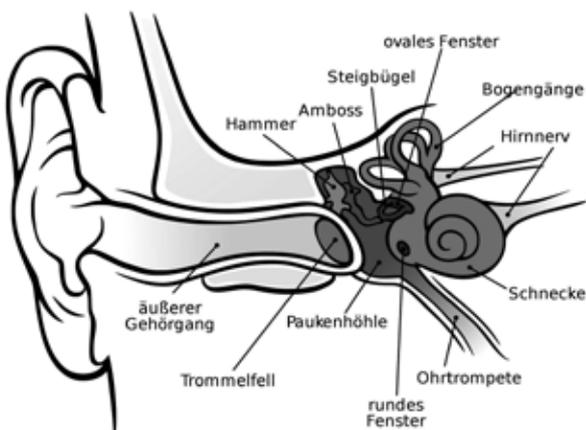
Herzrhythmusstörungen auslösen. Jedes Mittel, das eine Wirkung hat, hat auch eine Nebenwirkung.

***Ist man bei der intratympanalen Cortison-Therapie, wenn man Cortison direkt ins Ohr spritzt, nicht anfälliger für Infektionen im Ohr? Und wirkt das dann auch positiv auf das Hören?***

(Prof. Weber) Zunächst: Man ist nicht anfälliger für Mittelohrentzündungen, wenn man das Mittel unter Einhaltung entsprechender Hygienemaßnahmen einspritzt. Zur zweiten Frage: Ja, es kann sich positiv auswirken, weil es stabilisierend wirkt, deshalb wird diese Therapie auch häufig bei Hörsturz angewendet.

***Gibt es für den betroffenen Laien ein Diagnostik-Schema, mit dem er seine Diagnose prüfen kann?***

Nein, das gibt es leider noch nicht, auch nicht für den Fachmann. Wenn das so einfach wäre, wäre man inzwischen so weit, MM sofort zu erkennen.



***Hat die Schnecke in dem Innenohr nichts mit dem Gleichgewicht zu tun?***

Sie haben miteinander zu tun, aber Schnecke und Labyrinth haben eine unterschiedliche Aufgabenverteilung: die Schnecke ist fürs Hören zuständig, das Labyrinth ist fürs Gleichgewicht mit zuständig.

***Warum ist MM eine Anfallserkrankung – wenn der Schaden besteht, warum schwindelt es dann immer wieder?***

Das ist eine gute Frage – man könnte meinen,

wenn etwas kaputt geht, ist es dauerhaft kaputt und man gewöhnt sich daran. Warum kommt es dann immer wieder zu diesem Schwindel? Endolymphhydrops heißt, dass die Membran, die die kaliumreiche Endolymphe von der natriumreichen Perilymphe trennt, unter immer größeren Druck gerät, weil die Flüssigkeit im endolymphatischen Raum immer mehr an Volumen zunimmt. Das ist wie bei einem Luftballon, der mit immer mehr Luft gefüllt wird – irgendwann platzt oder reißt der Ballon bzw. die Membran, und in dem Moment kriegen Sie Ihren Drehschwindelanfall. Dann schnurrt dieser Raum wieder zusammen, weil der Druck aus dem System raus ist. Danach ist Entlastung und der Anfall ist vorbei. Es wird wieder kaliumreiche Endolymphe und natriumreiche Perilymphe gebildet und die Funktion des Gleichgewichtsorgans wird wiederhergestellt.

***Was heißt „Ausfall des Gleichgewichtsorgans“ – Was muss ausfallen, damit diese Diagnose passt?***

Der Ausfall entsteht, wenn das Labyrinth seine Funktion verliert. Welche Ursache dahintersteht, ist völlig offen. Die Neurologen sagen, es ist eine Entzündungsreaktion, und geben deshalb Cortison. Andere sagen, das ist eher ein Durchblutungsproblem – es ist bisher noch völlig unklar, was tatsächlich dahintersteckt.

***Ist der Ausfall permanent, wenn es einmal zu einem Ausfall gekommen ist?***

Wir wissen, dass sich die Funktion des Gleichgewichtsorgans in 50 Prozent der Fälle wieder erholt und der Ausgangszustand wiederhergestellt wird. In den übrigen 50 Prozent kommt es entweder zu einer teilweisen Erholung oder das Organ bleibt komplett ausgefallen. Bei einem teilweisen Ausfall haben die Patienten längere Zeit damit zu tun. Bei einem kompletten Ausfall haben die Patienten dauerhaft Probleme mit dem Gleichgewicht, zum Beispiel, wenn es dunkel ist. Je früher man Gleichgewichtstraining macht, desto besser. Deshalb holen wir die Patienten heute bereits einen Tag nach dem Anfall aus dem Krankenhausbett und machen mit ihnen Gleichgewichtstraining.

**Kann Morbus Menière zum Stillstand kommen?**

Ja, wir sagen der MM „brennt aus“, das heißt die Funktion des Gleichgewichtsorgans fällt dann auf dieser Seite komplett aus. Statistisch heißt es, eine MM-Erkrankung brennt nach 9 bis 11 Jahren aus. Aber es gibt auch Fälle, da brennt sie bereits nach drei Jahren aus, und bei anderen ist das Gleichgewichtsorgan nach 20 Jahren immer noch aktiv. Das richtet sich danach, wie häufig man Schwindelattacken hat und wie sehr das Gleichgewichtsorgan dabei geschädigt wird. Faustregel: Je häufiger es zu Attacken kommt, desto kürzer ist auch der Verlauf der Erkrankung. Studien belegen: die Symptomatik verbessert sich in jedem Fall. 70 Prozent der Erkrankten haben innerhalb von 10 Jahren eine deutliche Symptomverbesserung. Welche Therapie man gemacht hat, ergibt an der Länge dieses Prozesses keinen Unterschied. Es gibt auch unterschiedliche Schulen und Sichtweisen. Frau Prof. Weber war operativ tätig und hat zu diesen operativen Therapien deshalb einen Zugang; deshalb empfiehlt sie auch die Saccotomie. Ich selbst bin Internist, war nicht operativ tätig, kenne mich aber dafür mit Medikamenten gut aus und habe gelernt, Medikamente zu steuern. Ich rate wiederum von der Saccotomie ab und empfehle Gentamicin. Dr. Schaaf, den Sie alle kennen, ist als Anästhesist den Chirurgen gegenüber noch kritischer als wir Internisten. Er hat eine Gentamicin-Behandlung machen lassen. In der amerikanischen Literatur wird man zu der Saccotomie nichts Positives finden, das ist eine typische deutsche Methode.

**Haben Herzrhythmusstörungen mit MM zu tun?**

Nein, dazu ist mir nichts bekannt.

**Gibt es verschiedene Stadien bei MM?**

Eine klassische Stadieneinteilung gibt es so nicht, aber man bestimmt die Aktivität der Erkrankung: Wie viele Schwindelattacken, wie sehr ist das Gehör geschädigt, wie belastet ist man durch Angst- oder Depressionssymptomatik. Hier haben wir drei Symptome, die sich sehr unterschiedlich verhalten können. Der eine sagt, am meisten beeinträchtigt ihn der Tinnitus, der andere sagt, am schlimmsten ist

die Geräuschempfindlichkeit. Und der Dritte sagt, das Allerschlimmste ist die Kommunikationsbehinderung durch die Schwerhörigkeit. Es gibt entsprechend keine Angabe auf den Formularen, auf denen der Grad der Behinderung festgestellt wird. Früher gab es die Möglichkeit, „Menière“ anzukreuzen, heute müssen Sie alle Symptome einzeln angeben. Daraus bildet der Gutachter dann den Grad der Behinderung (und nicht aufgrund der Erkrankung MM). Bei „frischem“ MM ist in der Regel das größte Problem der Schwindel, dann kommt der Tinnitus vermehrt in den Blick, und bei längerem Fortschreiten der Krankheit ist die Hörminderung das Hauptproblem.

**Kann man durch viel Gleichgewichtstraining das gestörte Gleichgewichtsorgan völlig wiederherstellen?**

Das Gleichgewichtsorgan kann man dadurch nicht bessern, aber den Gleichgewichtssinn kann man durch Training der anderen Sinne (Augen, Sinnesreize des Körpers) bessern. Den organischen Prozess, dass das Gleichgewichtsorgan kaputt geht, kann man nicht ändern.

**Wie unterscheidet man Morbus Menière von vestibulärer Migräne?**

Es gibt viele Überschneidungen bei beiden Erkrankungen, wie im Vortrag schon erläutert. Auch Nystagmus gibt es bei beiden. Die anfallsweisen Schwindelattacken sind ähnlich. Kopfschmerzen sind kein typischer Hinweis auf Migräne – 40 Prozent der Migräneerkrankten haben nie Kopfschmerzen. Lichtempfindlichkeit ist typisch für vestibuläre Migräne, ebenso Gesichtsfeldausfälle, Doppelbilder, Sensibilitätsstörungen etc. – das gibt es bei MM nicht. Bei MM gibt es keine typischen Auslöser; bei der vestibulären Migräne gibt es verschiedene typische Auslöser.

**Gibt es MM ohne Nystagmus?**

Nein, das ist ausgeschlossen, weil MM eine Erkrankung des Labyrinths ist.

**Merke ich diesen Nystagmus an mir selbst?**

Ja, wenn Sie einen Gegenstand nicht fixieren können, ist das ein Hinweis darauf. Am besten

kann man das mit der Frenzelbrille sehen. Sie können den Partner auch zuhause bitten, Ihre Augenbewegungen mit dem Smartphone aufzunehmen, und können mit dem Video dann zum Arzt gehen.



Bildquelle: National Institutes of Health

### **Ist ein Cochlea-Implantat (CI) noch nach 15 Jahren Taubheit auf einem Ohr sinnvoll?**

Jein. Erst muss man klären, was Taubheit bedeutet – gibt es noch einen Rest an Hörvermögen? Wir sagen, wenn 10 bis 12 Jahre auf der Hörbahn keine akustische Information mehr geflossen ist, dann hat das CI keinen Sinn mehr. Aber es gibt individuelle Unterschiede und ich würde nicht ausschließen, dass es noch Erfolg haben kann. Es kommt auch auf die eigene Erwartung an – sie darf nicht zu hoch sein. Es kommt auf den Operateur, auf die individuelle Situation und auf die eigene Erwartung an. Grundsätzlich hat man Zeit für die Entscheidung für ein CI.

Es gibt dabei aber zwei Ausnahmen: Bei gehörlos geborenen Kindern muss man innerhalb der ersten drei Jahre implantieren, am besten zwischen dem ersten und zweiten Lebensjahr. Gehörlos Geborene kann man mit 5 oder 6 Jahren nicht mehr sinnvoll operieren, weil die Hörbahn nie angelegt worden ist. Zweite Ausnahme: Wenn das Innenohr als Folge einer Meningitis mit geschädigt ist, muss man sehr schnell eine

Elektrode legen, weil die Schnecke sehr schnell verknöchert und man dann dort keine Elektrode mehr legen kann.

### **Gibt es Mittel gegen Tinnitus?**

Es gibt dazu eine Leitlinie, und die besagt: Es gibt nichts, was man passiv machen kann, um einen Tinnitus zu heilen. Im Internet findet man jede Form von Unsinn. Es gibt nur wenige etablierte Dinge, die Sinn machen: Das sind Sport, Verhaltenstherapie, Stressabbau und Entspannung. Bei Vorliegen einer Schwerhörigkeit ist die einzige Möglichkeit einer ursächlichen Tinnitustherapie die Verbesserung des Hörvermögens durch ein Hörgerät.

### **Ist MM vererbbar?**

Nicht generell. Aber in einer Studie wird gesagt, dass es gewisse Familien gibt, in denen MM gehäuft auftritt. Deshalb meint man, es könnte eine kleine Gruppe geben, bei der genetische Faktoren eine Rolle spielen können.

### **Kann der Physiotherapeut am MM etwas ändern?**

Nein, nicht im Sinne einer Heilung. Es ist nicht so, dass der Physiotherapeut zum Beispiel irgendetwas massiert, und dann verbessert sich der Lymphabfluss.



## Vortrag Dipl.-Psychologe Alexander Gerlach

### Brennpunkt Menière: Schwerhörigkeit – was belastet, was hilft?



**Alexander Gerlach arbeitet seit 4 Jahren an der Rehaklinik in Bad Grönenbach als Diplom-Psychologe in der psychologischen Abteilung. Er betreut dort auch die Schwerhörigen-Gruppen mit, wie der Klinikleiter Dr. Kratzsch in seiner Einführung hervorhebt. Schwerhörigkeit ist einer der Behandlungsschwerpunkte in der Klinik – sie betrifft natürlich nicht nur Morbus-Menièr-Erkrankte.**

Zu Beginn vergleicht Herr Gerlach Schwindel und Schwerhörigkeit, die beiden Begleiterscheinungen von Morbus Menière. Für MM-Erkrankte seien die Schwindelattacken natürlich am schwersten zu ertragen, betont der Referent: in diesen Phasen seien alle anderen Beeinträchtigungen von untergeordneter Bedeutung. Aber wenn die akuten Schwindelanfälle vorüber sind und Alltag wieder möglich wird, wird die Schwerhörigkeit oft zur großen Belastung. Typische Symptome von Schwerhörigkeit sind Hörverlust, verzerrt Hören, Ohrensausen, Druckgefühl, Geräuschüberempfindlichkeit. Schwerhörigkeit ist bei MM immer dabei. Aber in welcher Weise, ist sehr unterschiedlich: manche sind gleich zu Beginn der Erkrankung sehr stark davon betroffen, bei anderen dauert es lange, bis das Gehör beeinträchtigt ist.

#### **Dunkelheit fürs Ohr**

Schwerhörigkeit ist wie „Dunkelheit fürs Ohr“. Wenn es draußen dunkel ist, sieht man weniger. Bei einer Schwerhörigkeit kommt weniger Information ans Gehirn. Sie bedeutet:

- weniger von dem Gesagten verstehen können
- mehr Anstrengung beim Zuhören
- Unsicherheit, ob es richtig verstanden wurde
- häufigeres Nachfragen
- erhöhte Anspannung, die Kraft kostet

#### **Sprechen wird zur Schwerstarbeit**

Zitat eines Betroffenen, das in der Literatur häufig genannt wird und die Situation auf den Punkt bringt:

***E**s ist Schwerstarbeit, wissen Sie, als Hörgeschädigter mit jemandem zu reden. Ich versuche dauernd zu hören, was Sie sagen; man kann sich mit jemand einfach nicht entspannt unterhalten, wenn man auf der Stuhlkante sitzt, lauert, horcht und dauernd denkt: „Hab’ ich das richtig verstanden?“ oder „tschuldigung, was haben Sie gesagt?“ Das ist alles reine Schinderei, am Ende denkt man: „Oh verflucht, ich möchte allein sein und wieder zu Atem kommen.“ (Jones 1989)*

Die Folgen von Schwerhörigkeit sind Probleme im Beruf und im Alltag. Die Anstrengung führt dazu, dass die Betroffenen weniger Kraft übrig haben und entsprechend weniger leisten können. Das Leben verändert sich. Es besteht die Gefahr, wie im Zitat deutlich wird, dass man sich zurückzieht. Wenn Gespräche so anstrengend werden, hat man irgendwann keine Lust mehr darauf. Aber wenn man sich zurückzieht, verliert man einen wichtigen und schönen Teil seines Lebens. Dadurch hat man weniger Freude im Leben, die Lebensqualität nimmt also ab. Daraus kann dann auch eine Depression entstehen, was in Kombination mit Morbus Menière nicht selten vorkommt.

### **Die Versteck-Taktik**

Die Frage ist, wie man mit der Schwerhörigkeit umgeht. Eine häufige Reaktion ist: Das will ich nicht haben, das haben doch nur alte Leute, zu mir passt das nicht. So wird oft versucht, in Gesprächen die eigene Schwerhörigkeit zu verstecken. Man lächelt und nickt, tut so, als würde man alles verstehen, und schummelt sich so durch. Das nennen wir hier im Haus „Versteck-Taktik“. Die ist natürlich nicht hilfreich.

### **Hörgeräte helfen nur begrenzt**

Was gibt es an technischen Hilfen? Hörgeräte sind heute schon sehr gut. Aber mehr Hörleistung durch ein Hörgerät bedeutet nicht automatisch, dass man jetzt alles versteht. Das Hörgerät kann nur bis zu einem gewissen Grad helfen, ebenso das eigene Gehirn. Trotz Hörgerät wird man nicht mehr so gut hören, wie man vor der Erkrankung gehört hat.

### **Eine andere Gesprächskultur**

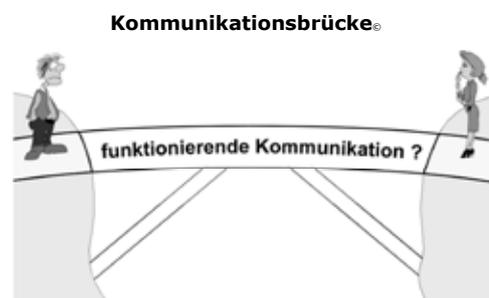
Aber es gibt andere Möglichkeiten, leichter mit der Schwerhörigkeit zurechtzukommen. Zu empfehlen ist eine andere Gesprächskultur. Versuchen Sie sich das Leben mit der Schwerhörigkeit leichter

zu machen. Und wenn es für Sie dadurch leichter wird, kommen Sie auch mit dem Hörgerät besser zurecht.

Die folgenden Empfehlungen enthalten sowohl Bitten an andere sowie Regeln, die man selbst befolgen sollte:

- nicht durcheinanderreden
- Störgeräusche reduzieren
- Blickkontakt suchen
- gute Beleuchtung, kein Gegenlicht (um dem Gegenüber ins Gesicht sehen zu können)
- sich von anderen nicht von hinten ansprechen lassen
- andere sollen nicht schreien, sondern deutlich sprechen
- sie sollen keine verschachtelten Sätze machen, Aussagen eher kurz halten
- kurze Pausen am Satzende machen, damit das Gehirn aufholen kann
- Gesprächspausen zum Ausruhen und Erholen

Um das in die Tat umzusetzen, ist es nötig, dass man als sein eigener Botschafter unterwegs ist. Sagen Sie den anderen, was Sie selbst brauchen, um besser zu verstehen. Niemand weiß das besser, als Sie selbst.



### **Die „Kommunikationsbrücke“**

Um die Situation zu verdeutlichen, ist ein Bild hilfreich, das Jochen Müller, ehemaliger Klinikkollege von Herrn Gerlach in Bad Grönenbach, dafür entworfen hat: die „Kommunikationsbrücke“. Sie geht davon aus, dass Menschen beim

Kommunizieren letztlich immer voneinander getrennt sind. Man kann sich ja nicht über Telepathie verständigen. Also muss man das über das Mittel der Sprache tun, die beide Sprechende wie eine Brücke zusammenbringt. Aber Sprache kann immer missverstanden werden. Und bei der Schwerhörigkeit gibt es nicht nur eine normale räumliche Trennung, sondern einen Graben. Je stärker die Schwerhörigkeit ist, desto größer und breiter ist dieser Graben. In dieser Situation braucht man eine Brücke.

Es reicht aber nicht, dass Sie eine Brücke bauen und dann selbst dem Gegenüber entgegengehen. Ihr Gegenüber muss Ihnen auch ein Stück entgegenkommen. Das heißt: damit Gespräche funktionieren können, müssen beide aufeinander zugehen. Sie brauchen also eine Umgebung, die bereit ist, auf Sie einzugehen. Wenn die Umgebung das nicht macht, können Sie sich noch so sehr anstrengen, es wird nicht funktionieren. Aber wenn beide aufeinander zugehen, wird die Brücke zu einem Begegnungsort für Sie beide – Sie selbst und den Gesprächspartner.

Jochen Müller war langjähriger Mitarbeiter des psychologischen Teams der Helios Klinik Bad Grönenbach und hat mit Hörbehinderten und vom Tinnitus Betroffenen gearbeitet. Sein Bild der Kommunikationsbrücke ist hier mit freundlicher Genehmigung des Verfs. wiedergegeben. Weitere Informationen unter [www.kommunikationsbruecke.org](http://www.kommunikationsbruecke.org).

### **Werden Sie Experte für sich selbst**

Es ist also ganz wichtig, dass Sie Experte darin werden, was Sie brauchen. Dass Sie wissen, unter welchen Umständen Sie leichter hören und verstehen können. Dass Sie überlegen, was Sie sonst noch von Ihrer Umgebung und Ihrem

Gesprächspartner brauchen, damit Sie besser verstehen können. Fordern Sie ein, was Sie brauchen.

### **Akzeptieren Sie die Schwerhörigkeit**

Und Sie müssen Ihre Schwerhörigkeit akzeptieren. Nur dann können Sie lernen, damit umzugehen und sich das Leben leichter zu machen. Und Ihr Gegenüber kann Ihnen auf der Brücke nur dann entgegenkommen, wenn er weiß, dass er auf diese Brücke gehen muss. Wenn Sie so tun, als gäbe es keine Schwerhörigkeit, kann Ihnen Ihr Gegenüber auch nicht entgegenkommen.

### **Haben Sie ganz viel Geduld**

Sie brauchen auch sehr viel Geduld, sowohl mit der Umwelt als auch mit sich selbst. Den anderen auf diese Brücke zu „locken“, kostet viel Zeit und Geduld, weil sie immer wieder sagen und wiederholen müssen, was Sie brauchen. Das Gegenüber vergisst es sonst. Fordern Sie das, was Sie brauchen, auch ein!

Und mit sich selbst brauchen Sie auch viel Geduld. Es gibt Grenzen des Verstehens. Und wenn Sie sich ständig sagen, ich will das aber alles verstehen, dann setzen Sie sich selbst nur unter Druck, ohne dass es etwas hilft. Frau Corvisier hat in Ihrem Vortrag am Vormittag darüber gesprochen, dass sie irgendwann gelernt hat, was diese Krankheit mit ihr macht, und sich dann ihre Ziele anders und neu gesteckt hat. Diese Geduld mit sich selbst ist notwendig, um zu sehen: Was brauche ich jetzt und was ist jetzt sinnvoll?

### **Dann wird das Leben leichter**

Sie müssen wissen, was Ihnen hilft. Ihr Gegenüber weiß das nicht. Er wird es erst dann wissen, wenn Sie es ihm ganz klar und deutlich sagen. Erst dann kann es funktionieren. Und damit machen Sie sich das Leben wesentlich leichter.



Nach dem Vortrag von Herrn Gerlach dankten Frau Heider und Dr. Kratzsch (li.) den Zuhörern für ihre Aufmerksamkeit und leiteten zu den Workshops über

## Fragen an Herrn Gerlach:

***Ich finde es immer schwierig, wenn ich mit einer Freundin im Zug sitze und mich unterhalten will.***

Im Zug sind so viele laute Hintergrundgeräusche, da kommen Sie natürlich an Ihre Grenzen. Sie können vielleicht versuchen, ein anderes Abteil zu finden, in dem es nicht so laut ist. Oder Sie machen sich die Technik zunutze und benutzen ein kleines Mikrofon, das Sie via Bluetooth mit Ihrem Hörgerät oder Ihrem Handy verbinden können. Das macht den Alltag leichter. Sie können sich bei einem Akustiker beraten lassen, was Sie brauchen.

***Wenn man den ersten Teil nicht richtig verstanden hat, ist man dann schon schwerhörig?***

Man ist nicht immer gleich schwerhörig. Wie gut wir verstehen können, hängt auch davon ab, wie fit wir gerade sind. Am Ende eines langen Tages in einem Raum mit stickiger Luft ist die Verständnisleistung, die wir vollbringen können, geringer als frühmorgens. Insofern sind Sie nicht automatisch schwerhörig, wenn Sie einen Teil nicht richtig verstanden haben.

### **Bitte vormerken: Termine der nächsten KIMM-Tagungen**

**Herbsttagung 2018** - 29. September 2018, Berlin, Charité Universitätsmedizin (Genauere Angaben zu dieser Tagung sowie die Einladung dazu finden Sie demnächst auf unserer Website [www.kimm-ev.de](http://www.kimm-ev.de))

**Frühjahrstagung 2019 und Feier 25 Jahre KIMM e.V.**

16. März 2019, HNO-Universitätsklinik Würzburg

## Morbus Menière – Umgang mit der Schwerhörigkeit

mit Alexander Gerlach, Diplompsychologe



Alexander Gerlach, der bereits im Tagesprogramm über den Umgang mit Schwerhörigkeit gesprochen hatte, sprang für diesen Workshop kurzfristig für eine erkrankte Kollegin ein. Dabei vertiefte er seine Ausführungen vom Mittag und ging das Thema mit den zehn Teilnehmerinnen und Teilnehmern in praktischen Übungen an.

Die erste Regel: Nicht durcheinander sprechen! wurde mithilfe einer Hörhilfeneinrichtung gleich selbst ausprobiert. Nur wer das Mikrofon in seiner Hand hielt, konnte sich den anderen mitteilen, die anderen mussten schweigen. Das diszipliniert, wie wir gemerkt haben. Aber es wurden noch viele weitere Fragen diskutiert.

Wie ist es mit der Schwerhörigkeit unter Einsatz von Hörgeräten, wenn ich mich in der Arbeitswelt, im Freundeskreis oder unter vielen Menschen befinde? Viele von uns kennen das Erlebnis, dass die vielen Nebengeräusche und das Durcheinandersprechen uns oft das Verstehen schwer machen. Da macht sich nach einer gewissen Zeit eine persönliche Erschöpfung bemerkbar. Man möchte sich zurückziehen.

Kann und will ich in der Arbeitswelt immer auf meine Schwerhörigkeit aufmerksam machen und das Verständnis der Kollegen einfordern? Das ist sicher nicht einfach.

Welche Ansprüche habe ich meinem Umfeld gegenüber? Sind diese Ansprüche im Umgang mit der Schwerhörigkeit zu hoch und muss ich diese Ansprüche herunterschrauben?

Sicher, ein Workshop kann nicht alle Fragen beantworten, aber der Austausch der Erfahrungen in dieser Gruppe gab Denkanstöße für den eigenen weiteren Umgang mit der Schwerhörigkeit.

Bericht von *Wolfgang Eilert*

## Angst und Depression bei Morbus Meniere

mit Sandra Wassermann, Psychologin M.Sc.



Fünfzehn bis zwanzig Prozent aller Menschen erleiden irgendwann in ihrem Leben eine depressive Episode. Aber wenn man Morbus Menière hat, ist es sehr viel wahrscheinlicher, dass man an einer Depression erkrankt, als wenn man keine solche Erkrankung hat. Depression und Angst hängen in gewissem Umfang zusammen, genau wie MM und Angst einander bedingen.

Zu den allgemeinen Symptomen einer Depression gehören Antriebslosigkeit, Erschöpfung, Traurigkeit, Vernachlässigung der bisherigen Interessen, Reduktion der sozialen Kontakte, niedergedrückte Stimmung über mindestens über zwei Wochen, Schlafprobleme und Appetitveränderungen.

Wie kommt es zu einer Depression, wenn man an MM erkrankt ist? Es sind vor allem die Gleichgewichtsstörungen während und nach MM-Anfällen, die zu Unsicherheit und Vermeidungsverhalten führen. Viele reagieren darauf mit sozialem Rückzug, wodurch schließlich das Selbstwertgefühl beeinträchtigt wird. Depressive Gefühle verstärken diesen Prozess noch. Eine

interaktive Übung mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops bestätigte diese Erfahrung.

Durch MM sind unter Umständen weniger Aktivitäten möglich oder man muss sogar auf bestimmte Dinge verzichten, die man vorher selbstverständlich und gerne gemacht hat, wie zum Beispiel das Autofahren oder den Lieblingssport. Die Möglichkeiten sind aufgrund der MM-Erkrankung eingeschränkt, was die Stimmungslage niederdrückt und so zu noch weniger Aktivitäten führt.

Es kommt schließlich dazu, dass man die eigenen Möglichkeiten aktiv immer weiter einschränkt und damit immer weniger Chancen erhält, diesem Kreislauf zu entkommen. Es fällt die Chance auf „Belohnung“ in Form von Freude weg. Den depressiven Patienten fällt es also schwerer als gesunden Menschen, Aktivitäten anzugehen, und sie müssen dafür mehr Energie aufwenden als diese.

Um aus diesem Kreislauf herauszukommen, ist daher der Ausbau angenehmer Aktivitäten

wichtig. So sind Unternehmungen mit Freunden und Familie oder auch einem Hund durchaus förderlich, um einen Durchbruch zu erreichen. Man sollte sich etwas gönnen –zum Beispiel ein gutes Essen, einen Einkaufsbummel, ein schönes Bad. Am besten, man macht sich einen Wochenplan und legt fest, wann man was erledigen will oder muss – aber auch, wann man sich etwas Gutes tun will. Schlechte Stimmung gilt dann nicht als Ausrede, die geplante Unternehmung nicht durchzuführen. Falls negative Gedanken die Überhand nehmen, sollte man unbedingt eine professionelle Psychotherapie machen.

Sehr wichtig ist die Stärkung des Selbstwertgefühls. Erfolge – besonders auch bei kleinen Dingen, die weniger Kraftaufwand erfordern und schneller erreicht werden – sind dafür sehr hilfreich.

Voraussetzung dafür ist es, die bisherigen Maßstäbe zu ändern, Akzeptanz zu üben und sich selbst lieben zu lernen.

Angst äußert sich durch eine Vielzahl körperlicher Symptome, die man gut wahrnehmen und bewerten kann. Es kann aufgrund von Referenzenerlebnissen zu Panik und infolgedessen zur Vermeidung bestimmter Situationen kommen. Vermeidung ist jedoch nicht geeignet, um die Angst zu überwinden. Hineingehen in die Situationen und immer wieder üben, über den eigenen Schatten zu springen, kann hier eine Lösung sein. Es ist auf jeden Fall geraten, die Angst nicht zu generalisieren und sich dadurch hineinzusteigern.

Auch für das Erleben von Angst gibt es einige Empfehlungen, zum Beispiel das Erlernen von „Skills“ (Fertigkeiten und Techniken), um mit bestimmten Situationen besser umgehen zu können. Auch Meditationen können hierbei hilfreich sind. Jeder Mensch reagiert jedoch unterschiedlich und entwickelt selbst eigene Methoden oder erlernt diese mit psychotherapeutischer Unterstützung.

Bericht von *Caissa Engelke*



Den Workshop "Besondere Aspekte bei MM im Alter" leitete Renate Klinger (re.)

## Besondere Aspekte bei Morbus Menière im Alter

mit Renate Klinger, Heilpädagogin

**A**b wann spricht man von Alter? „Senioren“ dürfen alle Menschen ab 55 Jahren genannt werden – in dem Sinne gehörten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer zur Zielgruppe dieses Workshops.

Zu Beginn überlegten wir uns gemeinsam, was uns in Anbetracht des voranschreitenden Alters Sorge macht. Die Antworten waren vielfältig, jedoch waren viele Sorgen auch sehr ähnlich. Im Einzelnen wurden genannt:

- Angst vor Demenz, Alzheimer und Angst, ein Pflegefall zu werden und der Familie zur Last zu fallen
- Angst vor finanziellen Problemen
- Abnahme der Gesundheit und der Autonomie (man muss sich fahren lassen, alleine bewältigte Wege werden kürzer)
- Wohnbedürfnisse ändern sich, die Beweglichkeit nimmt ab, Essgewohnheiten ändern sich
- das soziale Umfeld verändert sich (Ältere sterben, man wird einsamer)
- die Partnerschaft bekommt eine andere Wertigkeit
- man möchte ein Gefühl der Sicherheit erlangen durch Regeln von Formalitäten (Patientenverfügung, Testament, Erbschaft, Betreuungsvollmacht)

Nach den Dingen, die uns Sorgen machen, kamen wir auf die Vorteile oder „Tugenden“ des Alters zu sprechen. Für uns gehören dazu:

- größere Gelassenheit und Akzeptanz dessen, was wir nicht ändern können
- Geduld mit der eigenen Schwerhörigkeit und der eigenen Langsamkeit
- Freiheit, nicht mehr in alles eingebunden sein zu müssen, und dafür Zeit für Hobbys
- Dankbarkeit für alles Gute, was wir im Leben erfahren haben

- Gnade erlebt zu haben: Liebe, Barmherzigkeit, offene Ohren

Auch über die seelischen Herausforderungen haben wir gesprochen, denen wir uns im Alter stellen müssen. Hier gilt es, einiges zu akzeptieren oder zu lernen:

- Wir müssen akzeptieren, dass uns zunehmend Grenzen gesetzt sind
- Es gilt, sich mit der Vergangenheit auszusöhnen
- Wir müssen mit der zunehmenden Einsamkeit zurechtkommen und von allem loslassen, was uns lieb war: Macht, Egoismus, Fruchtbarkeit
- Wir müssen lernen, Hilfe anzunehmen und auch einzufordern

Schließlich kamen wir auf die Möglichkeiten der Unterstützung zu sprechen, die uns offenstehen. Neben der Unterstützung durch das private Umfeld sind hier folgende Institutionen, Personen oder Sonstiges zu nennen:

- Der Arzt des Vertrauens
- Seniorendienste (z.B. über den Sozialverband)
- Pflegestützpunkte (zur Beratung und Betreuung)
- Rotes Kreuz, Johanniter, Malteser Notruf (mit oder ohne Arztruf)
- Pflegestufe; Essen auf Rädern
- Fahrdienste, Begleitdienst (nicht bei Demenz) – dabei unbedingt auf offiziellen Träger achten!

Unser positives Fazit aus diesem Workshop lautet:

Lust haben auf etwas Neues, mutig und neugierig sein. Das Hier und Jetzt genießen.

Bericht von *Edeltraud Mory*

## Heilsames Singen mit Aurora Matticoli

mit Aurora Matticoli, Mitglied von KIMM e.V.



Ich habe mich entschlossen, mich für den Workshop „Heilsames Singen“ anzumelden. Wenn das Singen gut ist für Menière-Patienten, ist es sicher auch gut für Herzpatienten, dachte ich mir. Denn seit einem Jahr leide ich zusätzlich an Herzrhythmusstörungen. Ich ließ mich überraschen.

Aurora Matticoli ist eine offene, fröhliche und lebensfroh aussehende Frau. Sie lädt uns ein, uns mit Massagebällen, Noppenmatten und Klopfen unseres Körpers aufzuwärmen, und erklärt uns unterdessen die Methode SINTALA (**S**ingen**T**anzen**L**auschen) Qi Gong, die zwölf sogenannte Bewegungsmantren kennt.

Dieses heilsame Bewegungskonzept zur Regulierung der Meridianenergien (Qi) hat Heike Kersting entwickelt. Aurora sagt: „Jeder kann diesen Weg der Körperbewegung erlernen und dabei synchron zum Singen der Meridianmantren nach Karl Adamek fließende Bewegungsformen in wohltuender Weise nachvollziehen und erfahren. SINTALA Qi Gong stärkt den Körper, entspannt

den Geist, lässt Sie zur Ruhe kommen und harmonisiert den Qi-Fluss. Es ist keine besondere Fitness dafür nötig. Das absichtslose, freie Singen befreit den Kopf, fördert die Durchblutung, energetisiert und macht glücklich. Es geht darum, die eigene Stimme zu erfahren, sich selber zu spüren, zu entschleunigen.“

Und ich muss sagen: Es macht Spass, ich fühle mich wirklich freier, voller Energie und gelöst nach den Übungen, die teilweise begleitet werden von Musik und unseren Gesängen.

Ohne Hemmungen bewegen wir uns, atmen, tanzen, schöpfen Energie und fühlen uns wohl. Ich merke mir die Übungen und nehme mir fest vor, diese auch zuhause zu machen.

Danke Aurora, das hat gutgetan!

Bericht von *Ann Ladstätter*

# Abendliches Beisammensein



## Morbus-Menière-Symposium an Uni Hannover unter Beteiligung der SHG Hannover



**Am 5. Mai 2018 fand an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) ein ganztägiges Symposium zum Thema Morbus Menière statt. Bereits bei der Vorbereitung mit dabei: die MM-Selbsthilfegruppe Hannover und deren langjährige Sprecherin Edeltraud Mory. Frau Mory, die auch einige Jahre im KIMM-Vorstand Erfahrungen gesammelt hatte, informierte in einem eigenen Vortrag über die Möglichkeiten zur Selbsthilfe und über den Selbsthilfeverein KIMM e.V. Das Symposium hatte zum Ziel, sowohl Betroffene als auch Ärzte über die Innenohr-Erkrankung zu informieren.**

Von 10 bis 16 Uhr informierten Experten unterschiedlicher Fachrichtungen über aktuelle Konzepte in Diagnostik und Therapie des Morbus Menière, außerdem über Bildgebung, die Abgrenzung zu weiteren Schwindelformen sowie über die Möglichkeiten der Rehabilitation.

Eingeladen hatten die HNO-Klinik und das Deutsche Hörzentrum der Medizinischen Hochschule Hannover. Unter den Referenten waren neben den HNO-Experten aus Hannover auch einige externe Fachärzte, die aus unterschiedlicher Perspektive über MM referierten.

Begrüßt wurden die Symposiumsteilnehmer von Prof. Prof. h.c. Dr. Thomas Lenarz, Direktor der HNO-Klinik und des Deutschen Hörzentrums der MH Hannover, der auch in das Thema einführte. Unterstützt wurde er dabei von Oberarzt Dr. Nils Prenzler, HNO-Klinik an der MHH. Etwa 40 bis 45 MM-Betroffene und Ärzte waren der Einladung zum Symposium gefolgt und mit großem Interesse dabei. Im Anschluss an jeden Vortrag konnten Fragen an die Referenten gestellt werden.

**Dr. Nils Prenzler** referierte zunächst über die bekannten Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten. Dabei ging er neben der bekannten

Gentamicin-Einspritzung ins Mittelohr auch auf die Möglichkeit ein, Cortison (z.B. Dexamethason) ins Mittelohr zu spritzen. Er verglich diese Methode zur Schwindelanfallsreduktion mit der Behandlung mit Gentamicin und kam zum Schluss, dass die Erfolge etwa gleich gut seien, wobei die Cortison-Behandlung weniger Nebenwirkungen habe.

**Frau PD Dr. Anja Giesemann**, Funktionsoberärztin für die HNO-Bildgebung am Institut für diagnostische und interventionelle Neuroradiologie der MHH, referierte über „Morbus Menière in der Bildgebung“. Sie zeigte dabei anhand von Bildern die Unterschiede zwischen einem kaum sichtbaren Endolymphraum und einem sehr ausgeprägten Endolymphhydrops. Dieser sei nur ein zusätzliches Kriterium zur Diagnostik bei MM. Denn auch bei anderen Erkrankungen könne ein Endolymphhydrops vorliegen, etwa bei der vestibulären Migräne, die dem Morbus Menière sehr ähnelt.

Anschließend stand **Prof. Dr. Christoph Helmchen**, Oberarzt an der Klinik für Neurologie an der Universität zu Lübeck, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, auf dem Plan. Sein Thema: „Morbus Menière aus Sicht der Neurologie: Abgrenzung von zentralem zu peripherem/vestibulärem Schwindel“. Der Referent konnte die Unterschiede zwischen dem vestibulären und zentralen Schwindel sehr gut aufzeigen. Anhand von kleinen Filmsequenzen wurde der Unterschied zwischen dem Schwindel bei einer Innenohr-Erkrankung und einer Erkrankung des Gehirns deutlich: Wenn der Schwindel vom Ohr kommt, zeigt ein Patient mit geöffneten Augen und geschlossener Fußstellung nur ein leichtes Taumeln, aber noch keine Fallneigung. Hält der Patient aber die Augen geschlossen, kippt er zur betroffenen Seite. Bei einem hirnorganischen Schwindel (z.B. Schlaganfall) kann der Betroffene selbst mit offenen Augen nicht die Balance halten und kippt zur Seite weg.

Wichtig ist also für Morbus-Menièr-Betroffenen, so Prof. Helmchen, beim Arzt immer genau zu erklären, was eventuell bei einem gerade erlittenen Schwindelanfall anders war. Nur so

könne festgestellt werden, ob möglicherweise jetzt ein hirnorganischer Schwindel (z.B. Schlaganfall) vorliege. Sonst werde bei Kenntnis der Erkrankung Morbus Menière einfach der Schwindelanfall gedämpft und es fänden kaum weitere Untersuchungen statt.

Prof. Helmchen stellte außerdem einige Tests vor, mit denen man feststellen kann, ob jemand einen Schlaganfall hatte oder es sich um einen vom Ohr bedingten Schwindel handelt:

- Kann der Betroffene noch deutlich einen Satz nachsprechen?
- Kann er beide Arme gleichzeitig mit den Handflächen nach oben halten in waagerechter Stellung?
- Sind Taubheitsgefühle vorhanden?

Wenn der Kopf einmal in eine Richtung geschüttelt wird, kommen kleine Nystagmen, in der anderen Richtung nicht oder doch in beiden Richtungen? Oder geht der Nystagmus eventuell rauf und runter?

Wenn der Betroffene seine Arme nicht gleichmäßig hochhalten kann, Nystagmen in beide Richtungen oder vertikal ausgelöst werden können, dann handelt es sich um ein zentrales, vom Gehirn ausgelöstes Schwindelgeschehen, evtl. einen Schlaganfall. Dann sollte der Betroffene unbedingt sofort den Notruf absetzen –es bestehe akute Lebensgefahr!

Nach einer Pause referierte **Dr. Helmut Schaaf**, Oberarzt an der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse, Bad Arolsen, über „Morbus Menière aus Sicht der Psychosomatik“. Er stellte noch einmal deutlich heraus, dass ein Großteil der Schwindelgefühle bei Morbus-Menièr-Betroffenen eine Reaktion auf erlebte Anfälle seien. Man müsse immer, so Dr. Schaaf, den Menschen als Ganzes betrachten und auch immer die Psyche mit behandeln. Wer schwere Menière-Attacken erlebt habe, könne ähnliche Schwindelattacken in ähnlichen Situationen erleben. Diese Anfälle könne man aber gut von echten Menière-Anfällen unterscheiden.

Dazu sind die folgenden Fragen hilfreich:

- Sind die Anfälle situationsbedingt?
- Sind sie in gleicher Umgebung gehäuft?
- Kann ich noch einen Gegenstand mit den Augen fixieren?
- Fühle ich mich in Begleitung einer vertrauten Person besser?

Erst wenn die Betroffenen keinen Gegenstand mehr fixieren können, sich also alles um sie herum dreht, handelt es sich um einen echten Menière-Anfall. Dabei treten immer auch Nystagmen auf.

**Dr. Roland Zeh**, Chefarzt der Abteilung HTS (Hören, Tinnitus, Schwindel und Cochlea-Implantate), MEDIAN Kaiserberg-Klinik Bad Nauheim, sprach über das Thema „Rehabilitation bei Morbus Menière“. Er stellte noch einmal heraus, dass das Hören als Kompensation eines Gleichgewichtsausfalls hilft. Wenn aber das eingeschränkte Hörvermögen nicht gut mit einer Hörhilfe versorgt sei, könne der Betroffene auch sein Gleichgewicht schlechter halten. Dr. Zeh erläuterte, dass bei einseitiger Tieftonschwerhörigkeit von 50–60 dB ein Hörgerät nicht mehr zum Sprachverstehen ausreiche, wenn die andere Seite noch normalhörend sei. Dann helfe auch eine Cross-Versorgung nur noch bedingt. Die beste Versorgung sei dann ein Cochlea-Implantat.

Im Anschluss an die Fachvorträge der Ärzte stand der „Therapie-Baustein Selbsthilfe“ auf dem Programm. **Edeltraud Mory** berichtete über das Thema: „Was kann Selbsthilfe bewirken beim Umgang mit Morbus Menière?“. Sie konnte dabei durch ihre fast 9-jährige Arbeit in der MM-Selbsthilfegruppe Hannover auf viele Erfahrungen zurückgreifen, ebenso auf ihre eigenen Erlebnisse im Umgang mit der Morbus-Menièr-Erkrankung. Ihr Vortrag gliederte sich in die folgenden Punkte:

### **Was macht Selbsthilfe aus?**

- Mit den Schwindelanfällen leben lernen
- Sein Gleichgewicht trainieren
- Seinen Hörverlust ausgleichen
- Aus den Erfahrungen der anderen etwas für sich selbst mitnehmen
- Entspannung und Auftanken
- Nicht dauernd sich erklären müssen, wenn man nicht kommen kann
- Verständnis unter- und füreinander
- Seine Erkrankung als einen Teil von sich selbst akzeptieren
- Den Mut zum Leben nicht verlieren

Ebenso informierte sie über die MM-Gruppentreffen und stellte auch die Arbeit von KIMM e.V. – Kontakte und Informationen zu Morbus Menière vor.

*Edeltraud Mory*, SHG Morbus Menière, Hannover



## ... 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 eindrucklich, 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!**



Über seinen Bericht schrieb Friedrich Funk: Durch den Vortrag von Prof. Broszeit in *KIMM aktuell* 2/2017 sehe ich mich motiviert, hier meine Krankheitsgeschichte mitzuteilen. Vielleicht kann ich dadurch manchen betroffenen Mitgliedern Möglichkeiten und Perspektiven aufzeigen, den Verlauf des Morbus Menière positiv zu beeinflussen, und damit ein bisschen Hoffnung vermitteln.

Vorweg: Im Juli 2012 hatte ich den ersten schweren mehrstündigen Anfall und im Oktober 2012 den letzten. In diesen drei Monaten hatte ich neben den Anfällen auch Depressionen, in die mich die Hoffnungslosigkeit und die Machtlosigkeit geführt haben.

Es begann im Juli 2012, ich feierte meinen 65. Geburtstag und ging anschließend in Urlaub. Mein Ziel danach war, mein Geschäft noch drei bis vier Jahre fortzuführen. Als ich dann zum ersten Arbeitstag als Rentner zur Haustür raustreten wollte, machte es Peng!

Ein intensiver, brutaler, mehrstündiger Menière-Anfall stoppte mein Funktionieren. In der

Folge bestimmten mehrere Krankenhausaufenthalte und starke Anfälle mein Leben.

Ich informierte mich, setzte mich mit dem Menière auseinander. Die Ärzte konnten mir keine Hoffnung geben. Ich wurde aufs Heftigste aus meinem Leben herausgerissen, ohne eine Perspektive von Heilung. Dann kam die Depression.

Im Oktober 2012 wollte ich aus gesundheitlichen Gründen mein Amt als langjähriger erster Vorsitzender eines großen Vereins offiziell abgeben. Da äußerst heikle Probleme im Raum standen und mein derzeitiger Gesundheitszustand mich so belastete, wollte ich eigentlich nicht an der Versammlung teilnehmen. Ich ließ mich aber überreden, dann doch daran teilzunehmen.

Ab dem Moment der Zusage zur Teilnahme bis zum Ende der Versammlung erlitt ich den längsten und schwersten Anfall, den ich bislang hatte, er dauerte 15 Stunden. Ein fünfwöchiger Klinikaufenthalt in einer psychosomatischen Klinik folgte.

Seitdem hatte ich bis heute keinen Anfall mehr!

Mein jetziger Wahlspruch heißt: „Triff Entscheidungen nur danach, was für dich stimmig und gut ist.“

Aus meiner Erfahrung mit dieser Krankheit ziehe ich die Erkenntnis, dass es einen ursächlichen psychosomatischen Hintergrund gibt, für mich und vielleicht auch für andere.

Ich möchte mit meiner persönlichen Krankheitsgeschichte Menschen Denkanstöße und eventuell neue Perspektiven und Hoffnung aufzeigen.

Heute lebe ich mit meiner lieben Frau, die mir stets Beistand gab, ein anfallsfreies und glückliches Leben.

*Friedrich Funk, Januar 2018*

## Wechsel in der SHG Würzburg: Verabschiedung von Ines Lux



Ines Lux und Susanne Wundling vom Aktivbüro Würzburg



Ines Lux und der neue Gruppenverantwortliche Wolfgang Meidel

Im Zeichen wichtiger Veränderungen stand das Treffen der Selbsthilfegruppe „Morbus Menière“ in Würzburg am 09. April 2018. Nach fünf Jahren gab die Leiterin der Gruppe, Ines Lux, das Leitungsamt aus gesundheitlichen Gründen an Wolfgang Meidel ab.

Ines Lux war seit Januar 2013 der Kopf der Gruppe. Sie verstand es, auf Betroffene zuzugehen und sie zur Teilnahme am Gruppengeschehen zu motivieren. Bei KIMM-Gruppenleiterwochenenden, bei Recherchen im Internet oder Kontakten mit Medizinern und anderen Fachleuten holte sie sich das nötige Rüstzeug und setzte ihre Erfahrungen konsequent in der Gruppe um. Sie war immer bemüht, auf dem neuesten Stand zu sein und das Wissen jedem Gruppenmitglied zukommen zu lassen. So fühlten sich die Mitglieder immer gut beraten, informiert und verstanden.

In einer kleinen Feierstunde bedankten sich die Gruppenmitglieder für ihr großes Engagement und wünschten ihr alles Gute für die Zukunft. Ein Dankeschön in Form eines Blumenstraußes und einiger Gutscheine rundeten die Feier ab.

Auch Frau Wundling vom Aktivbüro der Stadt Würzburg, die an der Feierstunde teilnahm, fand lobende Worte für die gute Zusammenarbeit mit Ines Lux, deren persönlichen Einsatz sie hervorhob. Sie verabschiedete sich von ihr mit einem Blumengruß und wünschte dem Nachfolger Wolfgang Meidel viel Kraft und Erfolg in seinem neuen Amt.

Margarete Bauer, SHG Würzburg

## Sudoku

LEICHT 1

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

LEICHT 2

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

## Rechnen im Quadrat

	:		+		=	10
+		+		+		
	+		:		=	9
+		+		:		
	+		+		=	20
=		=		=		
14		15		1		

MITTELSCHWER 1

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

MITTELSCHWER 2

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

	+		:		=	2
+		:		:		
	+		:		=	6
:		+		+		
	+		+		=	17
=		=		=		
4		8		16		

SCHWER 1

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

SCHWER 2

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

	x		+		=	17
:		+		x		
	x		+		=	22
x		x		-		
	+		:		=	2
=		=		=		
6		36		52		

	x		+		=	28
x		x		:		
	x		+		=	11
+		+		-		
	x		:		=	14
=		=		=		
10		52		1		

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

Auflösungen zu den Rätseln auf Seite 45

**LEICHT 1**

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

**LEICHT 2**

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

9	x	1	+	8	=	17
:		+		x		
3	x	5	+	7	=	22
x		x		-		
2	+	6	:	4	=	2
=		=		=		
6		36		52		

**MITTELSCHWER 1**

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

**MITTELSCHWER 2**

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

4	x	5	+	8	=	28
x		x		:		
1	x	9	+	2	=	11
+		+		-		
6	x	7	:	3	=	14
=		=		=		
10		52		1		

**SCHWER 1**

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

**SCHWER 2**

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

6	:	2	+	7	=	10
+		+		+		
5	+	4	:	1	=	9
+		+		:		
3	+	9	+	8	=	20
=		=		=		
14		15		1		

8	+	6	:	7	=	2
+		:		:		
4	+	2	:	1	=	6
:		+		+		
3	+	5	+	9	=	17
=		=		=		
4		8		16		



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 bebilderte, 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 \$



# 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. Chefärztin: 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](http://www.median-kliniken.de)

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

**Bad Salzuflen:** MEDIAN Klinik am Burggraben, Alte Vlothoer Straße 47–49,  
 32105 Bad Salzuflen, Tel. 05222/3737-37, Fax 05222/3737-44, [www.median-kliniken.de](http://www.median-kliniken.de)

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

**St. Wendel:** MediClin Bosenberg Kliniken, Am Bosenberg 15, 66606 St. Wendel.  
 Tel. +49 6851/14-0, [www.bosenberg-kliniken.de](http://www.bosenberg-kliniken.de).

Interdisziplinäres Zentrum: Tinnitus Spezialklinik, Hörschädigung, Cochlea-Implantat (CI),  
 Schwindel, Onkologie. Medizinische Leitung: Dr. med. Harald Seidler

**HERAUSGEBER:**

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

**REDAKTION:**

Dr. Gisela Hack-Molitor (verantwortl.)  
 E-Mail: [redaktion@kimm-ev.de](mailto:redaktion@kimm-ev.de)

**GESTALTUNG UND LAYOUT:**

:schramms graphik-design, [www.schramms.de](http://www.schramms.de)

**ANZEIGENVERWALTUNG:**

E-Mail: [w.dierlamm@kimm-ev.de](mailto:w.dierlamm@kimm-ev.de)

**DRUCK:** Druckladen Bonn GmbH,

Euskirchener Str. 30, 53121 Bonn-Endenich,  
 Homepage: [www.druckladen-bonn.de](http://www.druckladen-bonn.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 e.V. erlaubt.

**BILDNACHWEISE:** H. Halder (S. 3, 5, 6, 7, 17, 18, 45, 46, 48),  
 G. Hack-Molitor (Titel, S. 21, 27, 35, 36, 39, 43), F. Knäbel (S. 4, 12, 13,  
 28, 40, Collage S. 49), M. Bauer (S. 54), W. Eilert (S. 44)

# Örtliche MM-Selbsthilfegruppen



## Aachen

Stephanie Brittner  
Tel.: 02401/939438  
mail: [Stephanie.brittner@online.de](mailto:Stephanie.brittner@online.de)

## Berlin

Dieter Lehr  
Tel. 030/4617220  
E-Mail: [dieter.lehr@gmx.de](mailto:dieter.lehr@gmx.de)

## Denkendorf/Bayern

Almuth Keller-Meier  
E-Mail: [almuth.keller@t-online.de](mailto:almuth.keller@t-online.de)  
Tel. 08466/1015

## Düsseldorf

Elke Dirks  
E-Mail: [meniere-dus@t-online.de](mailto:meniere-dus@t-online.de)  
Tel. 0211/4249129

## Essen

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

## Frankfurt

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

## Hamburg

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

## Hannover

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

## Köln

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

## Lübeck

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

## München

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

## Nürnberg

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

## Stuttgart

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

## Würzburg

Wolfgang Meidel  
E-Mail: [w.meidel@t-online.de](mailto:w.meidel@t-online.de)  
oder  
Margarete Bauer  
Tel. 0931/35814044  
E-Mail: [m.bauer@kimm-ev.de](mailto:m.bauer@kimm-ev.de)

## Schweiz

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

**Zur Beachtung!** Diese Angaben können sich ändern. Aktuelle Infos über: [www.kimm-ev.de](http://www.kimm-ev.de)



# Kliniken – Adressen und Infos

## zu Kliniken, Reha-Einrichtungen und Schwindelambulanzen

- Aachen:** Klinik für HNO, Uniklinik Aachen, Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen, [www.hno.ukaachen.de](http://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](http://www.tinnitus-klinik.net) [www.drhschaaf.de](http://www.drhschaaf.de)
- Bad Soden (Taunus):** Prof. Dr. med. Leif Erik Walther, HNO-Gemeinschaftspraxis Main-Taunus-Zentrum, 65843 Sulzbach (Taunus), Belegarzt in: Main-Taunus-Privatklinik Bad Soden, Kronberger Str. 36A 65812 Bad Soden, [www.hno-praxis-sulzbach.de](http://www.hno-praxis-sulzbach.de) [www.main-taunus-privatklinik.de](http://www.main-taunus-privatklinik.de)
- Berlin:** HNO-Klinik im Unfallkrankenhaus Berlin, Warener Straße 7, 12683 Berlin, [www.ukb.de](http://www.ukb.de)
- Erlangen:** Uniklinikum HNO, Waldstraße 1, 91054 Erlangen, Abteilung für Vestibularisdiagnostik/Neurootologie, [www.hno-klinik.uk-erlangen.de](http://www.hno-klinik.uk-erlangen.de)
- Essen:** Schwindel-Zentrum Essen, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Essen, Hufelandstr. 55, 45122 Essen, [www.schwindel-zentrum-essen.de](http://www.schwindel-zentrum-essen.de)
- Freiburg:** Uniklinik, HNO, Kilianstr. 5, 79106 Freiburg, [www.uniklinik-freiburg.de/hno](http://www.uniklinik-freiburg.de/hno)
- Fürth:** HNO, EuromedClinic, Europa-Allee 1, 90763 Fürth, [www.euromed.de/medizin/fachbereich/hals-nasen-ohren-heilkunde.html](http://www.euromed.de/medizin/fachbereich/hals-nasen-ohren-heilkunde.html)
- 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/](http://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](http://www.roemerwallklinik.de)
- Mainz:** Universitätsmedizin, HNO, Langenbeckstr. 1, 55101 Mainz, [www.unimedizin-mainz.de/hno/startseite/startseite.html](http://www.unimedizin-mainz.de/hno/startseite/startseite.html)
- München:** HNO-Klinik Dr. Gaertner, Schwindelambulanz, MVZ Bogenhausen, Possartstraße 27, 81679 München, [www.gaertnerklinik.de/klinikambulanz](http://www.gaertnerklinik.de/klinikambulanz)
- München:** Klinikum Großhadern Uniklinikum, HNO, Marchioninstr. 15, 81377 München, [www.klinikum.uni-muenchen.de](http://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](http://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](http://www.klinikum.uni-muenster.de)
- Münster:** Schwindelambulanz, Zentrum für HNO Münster/Greven, Prof. Dr. med. Frank Schmäl, Maria-Josef-Hospital, Lindenstr. 37, 48268 Greven, [www.zentrum-hno.de](http://www.zentrum-hno.de), [www.schwindelexperte.de](http://www.schwindelexperte.de)
- Regensburg:** Universitätsklinikum, HNO, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93042 Regensburg, [www.uniklinikum-regensburg.de/kliniken-institute/hals-nasen-ohren-heilkunde/](http://www.uniklinikum-regensburg.de/kliniken-institute/hals-nasen-ohren-heilkunde/)
- Sinsheim:** Schwindelambulanz Sinsheim, HNO-Zentrum-Sinsheim, Alte Waibstadter Straße 2c, 74889 Sinsheim, [schwindelambulanz-sinsheim.de](http://schwindelambulanz-sinsheim.de), [schwindel-hilfe.de](http://schwindel-hilfe.de)
- Tübingen:** Universitätsklinik, HNO-Klinik, Elfriede-Aulhorn-Str. 5, 72076 Tübingen, [www.medizin.uni-tuebingen.de](http://www.medizin.uni-tuebingen.de)