

# KIMM

## aktuell



Mitgliederzeitschrift für KIMM e.V.

## Herbsttagung in St. Wendel

### Fachvorträge zu

Rehabilitation des  
Morbus Menière

Audiotherapie der  
Hörschädigung

Sozialmedizinische Aspekte

Erfahrungsbericht MM und CI

### Fachartikel

Nachuntersuchung zu Kortison  
Intratympanale Gabe

### Selbsthilfegruppen

Würzburg und Hannover  
feiern 25 und 10 Jahre SHG

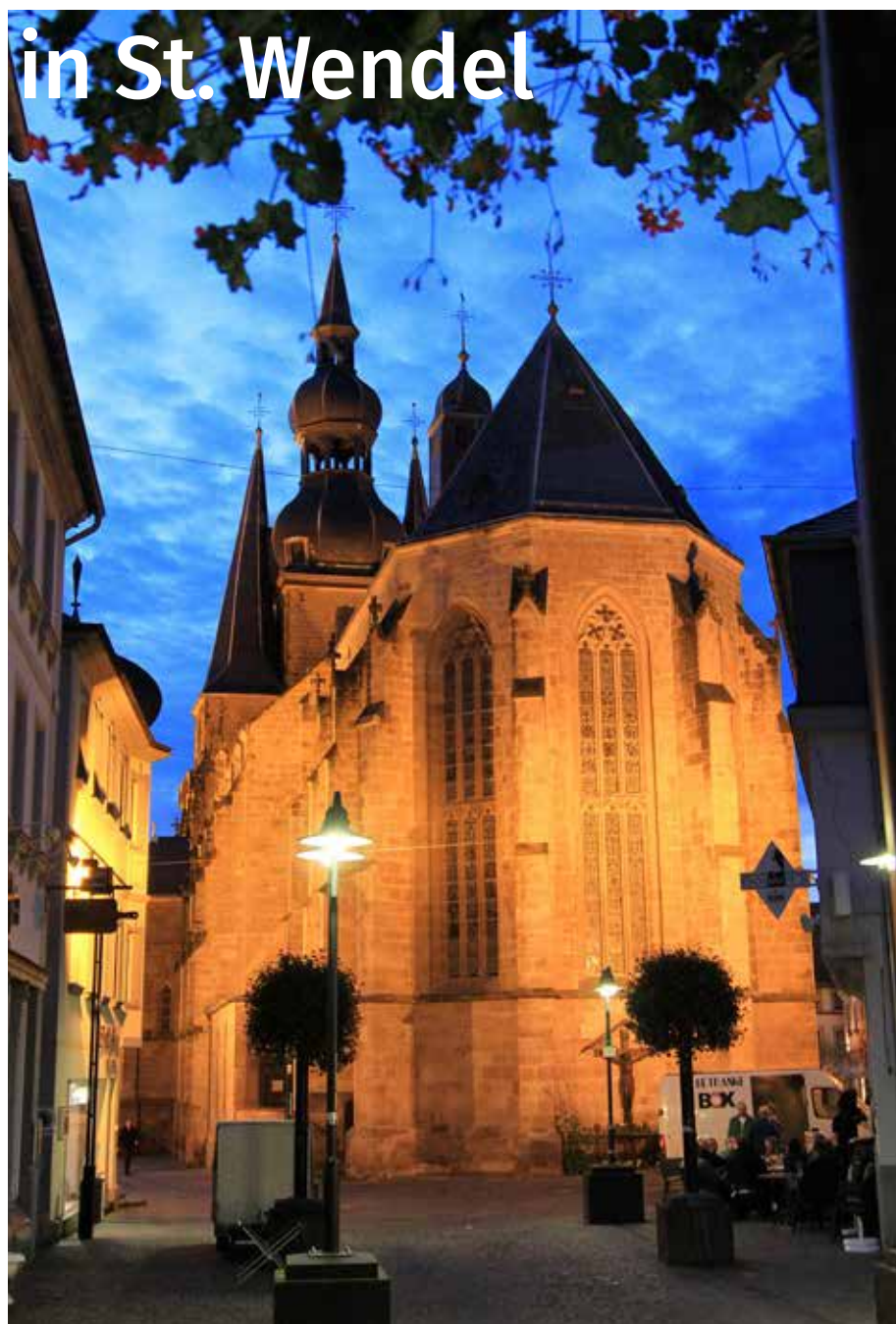
neu: SHG Rhein-Lahn

Nürnberg: Aktiv sein mit MM

### Adressen

Reha-Kliniken für MM  
Schwindelambulanzen  
und -praxen

Bücher zu MM und Schwindel



**Werbung entfernt**

# Grußwort



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

das Jahr 2019 geht nun mit riesigen Schritten seinem Ende entgegen. Besonders freut es mich, dass wir Ihnen diese zweite Ausgabe unserer Mitgliederzeitung *KIMM aktuell* wieder rechtzeitig vor dem Jahreswechsel zuschicken konnten.

Die beiden Höhepunkte des Jahres stellten für KIMM e. V. die beiden Tagungen im März und September dar. Viele Mitglieder waren den Einladungen nach Würzburg und St. Wendel gefolgt und hörten informative Vorträge, tauschten sich gegenseitig aus und verlebten einige unbeschwerte Stunden in freundschaftlicher Runde.

Beim Lesen dieser Zeitung erfahren Sie mehr über die verschiedenen Vorträge und Workshops der Herbsttagung in St. Wendel. Wenn Sie selbst dabei waren, können Sie sich die vielen Informationen ins Gedächtnis rufen oder einfach in Erinnerung schwelgen an diesen erfolgreichen und schönen Tag.

Wie schon von mir angekündigt, findet die **Frühjahrstagung 2020 am 25. April** in der VA-MED Rehaklinik (vormals Helios-Klinik) **in Bad Grönenbach** (Allgäu) statt. Der Tagung geht die jährliche Mitgliederversammlung voraus, wo diesmal turnusgemäß der Vorstand neu zu wählen ist.

Am **26. September 2020** findet die **Herbsttagung in der Median Klinik in Bad Salzflen** statt. Einzelheiten dazu und die Einladung werden zeitnah verschickt.

An dieser Stelle möchte ich mich bei den ehrenamtlichen Helfern für ihre unermüdliche Mitarbeit bedanken. Das ganze Jahr über stellen sie große Teile ihrer Freizeit für die verschiedenen Aufgaben unserer Organisation zur Verfügung. Ohne diese Helfer könnte KIMM e. V. nicht existieren.

Dem Vorstand ist es ein großes Anliegen, diese Organisation weiterhin am Leben zu halten. Das ist bestimmt auch in Ihrem Sinne. Aber dafür brauchen wir mehr ehrenamtliche Unterstützung. Insbesondere suchen wir jemand zum Betreuen unserer Homepage; hier sind eventuell die jüngeren Mitglieder angesprochen. Ansonsten müssten wir einen bezahlten Experten suchen, was den Kostenfaktor für KIMM e. V. enorm in die Höhe treiben würde. Bitte überlegen Sie, wie Sie uns helfen könnten. Wir sind für jede Hilfe dankbar, auch in anderen Bereichen des Vereins. Gerne dürfen Sie sich per E-Mail direkt an mich wenden: [m.bauer@kimm-ev.de](mailto:m.bauer@kimm-ev.de).

Nun wünsche ich Ihnen und Ihrer Familie eine gesegnete Weihnachtszeit und einen guten Rutsch ins Neue Jahr – möge es möglichst ohne MM-Anfälle sein!

Herzliche Grüße  
*Ihre Margarete Bauer*  
1. Vorsitzende



Blick auf die Bosenberg Kliniken, St. Wendel, Veranstaltungsort der Herbsttagung 2019

## Mitglied werden

Sie möchten KIMM e. V. beitreten und unsere Arbeit unterstützen? Das Beitrittsformular finden Sie auf der Website [www.kimm-ev.de](http://www.kimm-ev.de) im Punkt Mitgliedschaft.

Bei Anmeldung erhalten Sie von uns:

- Infoheft zu Morbus Menière
- Flyer mit Übungen für das Gleichgewicht
- Morbus-Menièrè-Ausweis
- Formblatt Schwindeltagebuch
- Mitgliederzeitschrift *KIMM aktuell* mit Tagungsbeiträgen, Erfahrungsberichten, Informationen aus den Selbsthilfegruppen (2 Ausgaben/Jahr)
- Einladungen zu den beiden KIMM-Symposien im Frühjahr und Herbst
- Zugang zum Morbus-Menièrè-Forum zum Austausch mit anderen Betroffenen per Internet

Der Jahresbeitrag beträgt aktuell 20,00 Euro.

## Änderungen mitteilen

Liebes Mitglied, hat sich bei Ihnen Anschrift oder Kontoverbindung geändert?

Dann teilen Sie uns dies bitte mit:

- Kurze E-Mail an [info@kimm-ev.de](mailto:info@kimm-ev.de) mit den neuen Daten genügt
- Oder: unter [www.kimm-ev.de](http://www.kimm-ev.de) / Mitgliederbereich / KIMM-Internes / das Formular Anschriftenänderung oder das SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen und abschicken.

Vielen Dank!

KIMM ist eine Selbsthilfeorganisation, bei der alle ehrenamtlich arbeiten. Wir bitten Sie deshalb herzlich, uns Änderungen Ihrer Anschrift möglichst zeitnah mitzuteilen, ebenso Änderungen Ihrer Kontoverbindung. Wir möchten darauf hinweisen, dass wir Anschriften von KIMM-Mitgliedern nicht mehr ermitteln, wenn Post als unzustellbar zurückkommt. Diese Ermittlungen erfordern einen sehr hohen Kosten- und Zeitaufwand, den wir nicht mehr leisten können. Bitte haben sie dafür Verständnis.

# Inhalt KIMM aktuell 2/2019

	Grußwort	3
	Inhaltsverzeichnis	5
<b>Tagung St. Wendel</b>	Programm und Referenten	6
	Tagungsauftakt: Die Kraft der Selbsthilfe	7
	Rehabilitation des Morbus Menière	
	Dr. Monica Voineag	8
	Audiotherapie der Hörschädigung bei	
	Morbus Menière – Eva Sträßer	16
	Sozialmedizinische Aspekte bei Morbus Menière	
	Gerlinde Koletzki-Rau	24
	Eindrücke von der Tagung	28
	Mein Leben auf der Achterbahn. Morbus Menière	
	und Cochlea Implantat – Stephanie Brittner	30
	Eindrücke aus den Workshops	36
	Tagungsausklang und Dank	38
<b>Erfahrungsberichte</b>	... um anderen Betroffenen Mut zu machen: Sieben Jahre	
	mit Morbus Menière – bis er plötzlich verschwand	40
<b>Selbsthilfe vor Ort</b>	Würzburg: Selbsthilfegruppe MM Würzburg	
	bereits seit 25 Jahren aktiv	42
	Rhein-Lahn: Selbsthilfegruppe im	
	Rhein-Lahn-Kreis gegründet	44
	Hannover: Die SHG Hannover feierte	
	ihr 10-jähriges Bestehen	45
	Nürnberg: Aktiv sein mit Morbus Menière –	
	Berichte von 3 Gruppenmitgliedern	47
<b>Fachartikel</b>	Die Minderung des Attacken-Schwindels bei M. Menière durch	
	die Gabe von Kortison ins Mittelohr – Dr. Helmut Schaaf	52
	Die Technik bei einer ambulanten intratympanalen Gabe –	
	Dr. Helmut Schaaf	56
<b>Unterhaltung</b>	Rätsel: Sudoku und Rechnen im Quadrat	59
	Auflösungen Rätsel	60
<b>Literatur</b>	Bücher zu Morbus Menière und Schwindel	62
<b>Adressen</b>	Reha-Kliniken für Morbus-Menièr-Patienten	63
	Impressum	63
	Schwindelambulanzen und -praxen	64
	Örtliche MM-Selbsthilfegruppen	66



# 1. Bosenberger Morbus Menière Symposium

**Herbst-Tagung der KIMM e. V. 2019**  
in den MediClin Bosenberg Kliniken St. Wendel

Fachklinik für Neurologie und Innere Medizin

Fachklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,  
Tinnitus/Schwindel/Hörschädigung/CI

## Programm

- 10:30 Uhr **Begrüßung**  
durch Margarete Bauer und  
Dr. Monica Voineag
- 10:50 Uhr **Vorträge**
- Rehabilitation des Morbus Menière**  
Dr. Monica Voineag
- Audiotherapie der Hörschädigung bei  
Morbus Menière**  
Eva Sträßer
- Sozialmedizinische Aspekte bei  
Morbus Menière**  
Gerlinde Koletzki-Rau
- 12:30 Uhr **Mittagspause**
- 14:00 Uhr **Mein Leben auf der Achterbahn  
Morbus Menière und Cochlea Implantat**  
Stephanie Brittner
- 14:30 Uhr **Workshops** (Dauer ca. 1 Std.)  
WS 1: Klinikbesichtigung  
WS 2: Gleichgewichtstraining  
Herr Zöhler, Leiter Sporttherapie  
WS 3: Gesprächskreis  
für Angehörige von Betroffenen  
"Und wer fragt nach mir?"  
Herr Fred Knäbel, KIMM e. V.
- 16:00 Uhr **Verabschiedung**  
und Ende der Veranstaltung

## Referenten

**Margarete Bauer**  
1. Vorsitzende KIMM e. V.

**Dr. Monica Voineag**  
Fachärztin HNO, leitende Oberärztin  
MediClin Bosenberg Kliniken HNO

**Eva Sträßer**  
Audiotherapeutin  
MediClin Bosenberg Kliniken HNO

**Gerlinde Koletzki-Rau**  
Sozialpädagogin  
MediClin Bosenberg Kliniken HNO

**Stephanie Brittner**  
Leiterin SHG CI und Morbus Menière Aachen

# Tagungsauftakt mit Begrüßung Die Kraft der Selbsthilfe

In ihrer Begrüßung bedankte sich Margarete Bauer, die Vorsitzende von KIMM e. V., zunächst bei den Verantwortlichen der MediClin Bosenberg Kliniken für die gute Aufnahme und die Zusammenarbeit bei der Vorbereitung der Tagung. Neben dem Chefarzt HNO, Dr. Harald Seidler, war es insbesondere die leitende Oberärztin Dr. Monica Voineag, die viel Zeit und Sachkenntnis in das Tagungskonzept gesteckt hatte.

Margarete Bauer kam auch darauf zu sprechen, dass für sie selbst das Planen und Organisieren einer Tagung immer wieder eine große und spannende Aufgabe, aber auch eine Herausforderung sei, der sie sich mit viel Engagement und Freude stelle. Seit genau 25 Jahren sei sie nun in der Selbsthilfe ehrenamtlich tätig. Daher seien ihr die Sorgen und Nöte der Mitglieder von KIMM e. V. gut bekannt. Aber sie kenne auch die Kraft, die in der Selbsthilfe stecke.

„Es ist mir deshalb eine Herzensangelegenheit, die Idee der Selbsthilfe in die Zukunft zu tragen und für alle Betroffenen interessant zu machen. Ich glaube, dass wir insbesondere durch unsere Tagungen, die Arbeit in den örtlichen Selbsthilfegruppen, die Öffentlichkeitsarbeit, die auch in den Gruppen geleistet wird, sowie mit all den Menschen, die die Arbeit unserer Selbsthilfeorganisation in irgendeiner Weise unterstützen, zur Zukunftssicherung von KIMM e. V. beitragen können.“

Die Vorsitzende dankte daraufhin den Anwesenden, dass sie der Einladung nach St. Wendel gefolgt seien. Abschließend for-

derte Sie alle auf, die Zeit der Pausen für das gegenseitige Kennenlernen und den Erfahrungsaustausch untereinander zu nutzen.

## Auch die Presse war dabei

Die Fachtagung in St. Wendel fand dieses Mal auch die Aufmerksamkeit der Presse. Die Saarbrücker Zeitung war in Person des Redakteurs Ralf Mohr beim Vortrag von Oberärztin Dr. Voineag anwesend. Der Bericht mit Foto erschien am 4. Oktober 2019 und ist unter folgendem Link abzurufen:

[www.saarbruecker-zeitung.de/saarland/st-wendel/sanktwendel/erstes-morbus-Menière-symposium-in-st-wendel\\_aid-46289373](http://www.saarbruecker-zeitung.de/saarland/st-wendel/sanktwendel/erstes-morbus-Menière-symposium-in-st-wendel_aid-46289373)



Margarete Bauer und Oberärztin Dr. Monica Voineag begrüßten die Tagungsteilnehmer

# Rehabilitation des Morbus Menière

**Dr. Monica Voineag, leitende Oberärztin an den Bosenberg Kliniken, ging nach einem kurzen Überblick über die Geschichte der Bosenberg Kliniken auf die Diagnose und Therapie des Morbus Menière ein und erläuterte, welche Möglichkeiten eine Reha für MM-Patienten bietet.**

Die Bosenberg Kliniken in St. Wendel wurden im April 1975 eröffnet, zunächst als Kurklinik für Innere Erkrankungen. 1980 wurde die neurologische Abteilung eingerichtet, danach kam der HNO-Schwerpunkt hinzu. Ab dem Jahr 1990 wurde dort die Behandlung von Tinnitus aufgebaut, seit 2005 ist sie Klinik für Hörgeschädigte, Gehörlose und Schwindel (barrierefrei). 2006 begann man hier mit den Operationen von Cochlea-Implantaten. Die HNO-Abteilung der Klinik umfasst 132 Betten, davon sind 35 ausgestattet für Hörgeschädigte und CI-Patienten. Heute sind die Bosenberg Kliniken in St. Wendel ein Interdisziplinäres Reha-Zentrum und Fachklinik HNO / Spezialklinik für Tinnitus, Hörschädigung, Schwindel und Cochlea-Implantat sowie Fachklinik für Neurologie und Geriatrie. Die Klinik bietet stationäre, teilstationäre und ambulante Reha an.

## Die Menière'sche Erkrankung

M. Menière ist eine chronische Erkrankung von unklarer Ursache und wird begleitet von Drehschwindel, Tinnitus, einer Hörminderung und einem Druckgefühl auf einem Ohr. Die Erkrankung kennt keine Grenzen und keine Staatsangehörigkeit – die Referentin berichtet, dass sie auch im Ausland



Dr. Monica Voineag, leitende Oberärztin HNO

mit MM-Patienten gearbeitet habe und sagen könne, dass die Symptome und Gefühle der Patienten überall ähnlich sind. Die meisten Neuerkrankungen treten im 40. bis 50. Lebensjahr auf, es sind mehr Frauen als Männer davon betroffen.

Die Erkrankung wurde etwa 1850 erstmals beschrieben, aber die richtige Diagnose wurde erst 1935 gestellt. Seitdem hat man weltweit Tausende Studien durchgeführt, durchschnittlich 100 neue Studien pro Jahr, das heißt, alle 3 Tage wird eine neue Studie begonnen. Ob diese Studien mit Betahistin, mit operativen Behandlungen oder mit Dia-



gnoseverfahren zu tun haben, spielt keine Rolle. Wichtig ist, dass sich jemand für die Erkrankung interessiert und für Patienten herausfinden will, was die Erkrankung bedeutet.

Doch es ist eine seltene Erkrankung, von 100.000 Einwohnern in Europa erkranken etwa 13. Je seltener eine Erkrankung ist, desto schwerer ist es, große Studien durchzuführen.

### **Diagnostische Kriterien des Morbus Menière des Internationalen Klassifikationskomitees der Bárány-Gesellschaft**

Die Ärzte halten sich bei Verdacht auf MM an die Diagnose-Kriterien der Bárány-Gesellschaft:

#### **Ein gesicherter M. Menière bedeutet:**

- Zwei oder mehr Episoden mit spontan aufgetretenem Schwindel, jede von einer Dauer zwischen 20 Minuten und 12 Stunden
- Eine audiometrisch nachgewiesene Hörminderung im niedrigen bis mittleren Frequenzbereich in einem Ohr
- Sich verändernde Ohrsymptome (Hörminderung, Druckgefühl, Tinnitus) im betroffenen Ohr
- Die Symptome können durch eine andere Erkrankung nicht besser erklärt werden

#### **Ein wahrscheinlicher M. Menière bedeutet:**

- Zwei oder mehr Episoden mit Dreh- oder Schwankschwindel, Dauer 20 Minuten bis 24 Stunden
- Sich verändernde Ohrsymptome (Hörminderung, Druckgefühl, Tinnitus) im betroffenen Ohr
- Die Symptome können durch eine andere Erkrankung nicht besser erklärt werden

## **Diagnose**

Um die Diagnose bei unklarem Schwindel zu stellen, werden verschiedene Verfahren durchgeführt. Ein ganz wichtiges für eine Reha-Ärztin ist die Anamnese, das heißt, das Gespräch mit dem Patienten. Diese Gespräche mit den Patienten machen mehr als 50 Prozent der Diagnose aus, sie sind damit wichtiger als vieles andere. Hier in den Bosenberg Kliniken sind inzwischen mehr als 1000 MM-Patienten behandelt worden, entsprechend groß sind unsere Erfahrungen mit dieser Krankheit.

Bei diesen Anamnese-Gesprächen wird gefragt, wie oft der Schwindel vorkommt und wie lange er andauert. Es wird gefragt nach Hörsturz und Hörschwankungen und nach den begleitenden Symptomen und den Vorwarnsignalphasen. All das sind wichtige Informationen. Erst dann werden weitere Verfahren zur Diagnose durchgeführt.

Ein bekanntes klinisches Verfahren sind Untersuchungen mit der Frenzel-Brille. Hier ist entscheidend, wann diese Untersuchung gemacht wird. Wenn sie vom HNO-Arzt oder Neurologen erst drei Tage nach dem Anfall mit Drehschwindel und Hörstörungen durchgeführt wird, ist nichts mehr festzustellen. Oft wird dann die Krankheit nicht erkannt und der Patient als Simulant eingestuft. Oder es werden ihm psychische Probleme zugeschrieben und der Arzt gibt ihm ein Antidepressivum. Das kann leicht passieren, denn es ist schon innerhalb von drei Stunden möglich, dass sich das Hören normalisiert und der Reiz-Nystagmus während eines MM-Anfalls verschwunden ist. Es gibt zwei Formen von Nystagmus bei Morbus Menière. Je nachdem, wann der Arzt den Patienten untersucht, sieht er nicht die 1., sondern die 2. Phase, und sagt,



dass es kein Morbus Menière sei, sondern ein Vestibularisausfall. Wichtig ist in jedem Fall, wann der Schwindel eingesetzt hat und wann die Untersuchung stattfindet.

Die apparative Diagnostik bei Schwindel mit unklarer Genese sollte in einer spezialisierten Klinik stattfinden, wo man damit Erfahrung hat. Apparative Diagnostiken sind die Tonschwellenaudiometrie, die Elektrocochleographie und die kalorische Prüfung. Aber man darf nicht alle möglichen Diagnoseverfahren bei einem Patienten durchführen, nur weil er ein Symptom hat. Man muss gezielt vorgehen und sollte nur so viele apparative Untersuchungen wie nötig machen, um die Diagnose stellen zu können. Es macht zum Beispiel keinen Sinn, bei einem Patienten mit Verdacht auf Morbus Menière während des Anfalls eine kalorische Prüfung durchzuführen. Das ist Unsinn und fast schon unmenschlich; auch außerhalb des Anfalls ist diese Untersuchung unangenehm. Ein Patient mit Drehschwindel

und Hörsturz ist ein Mensch, der leidet, der chronische Einschränkungen hat. Es ist schlimm, wenn die Diagnose der Krankheit sich immer weiter hinauszögert, während der Patient vielleicht schon MM in der 3. Phase hat und die Hörminderung zunimmt.

Ein weiteres apparatives Diagnoseverfahren ist die Untersuchung der VEMP (vestibulär evozierte myogene Potentiale), die die Funktion des Sacculus (eines der Gleichgewichtsorgane) bestimmen.

Es gibt außerdem das Verfahren, den endolymphatischen Hydrops durch ein MRT mit dem Kontrastmittel Gadolinium nachzuweisen. Es gibt Studien, die herausfinden wollen, ob die Gabe von Gadolinium besser intravenös oder intratympanal (durch das Trommelfell) durchgeführt wird. Das zweite ist besser, für den Patienten aber auch belastender.

Des Weiteren gibt es den umstrittenen Klockhoff-Test (oder Glycerol Test). Er hat nicht sehr große Aussagekraft. Wenn der Test negativ ist, bedeutet das gar nichts für die Diagnose; nur wenn er positiv ausfällt, ist es ein Hinweis, dass ein MM vorliegen könnte. Auch dieser Test wird in der Bosenberg Klinik nicht durchgeführt.

Für die Patienten ist es oft eine Odyssee, bis ihre Krankheit diagnostiziert ist. Aber auch für erfahrene Ärzte kann es eine Odyssee sein, bis Morbus Menière sicher feststeht.

## Mögliche Therapien

Es gibt zwei verschiedene Therapien: die Anfallstherapie in akuten Anfällen und die Therapien zur Vorbeugung.

**Anfallstherapie:** Vomex gegen Übelkeit und Erbrechen, Bettruhe

**Vorbeugung, um weitere Anfälle zu vermeiden:** allgemein Stressabbau, salzreduzierte Kost, Reduktion von Koffein/Alkohol

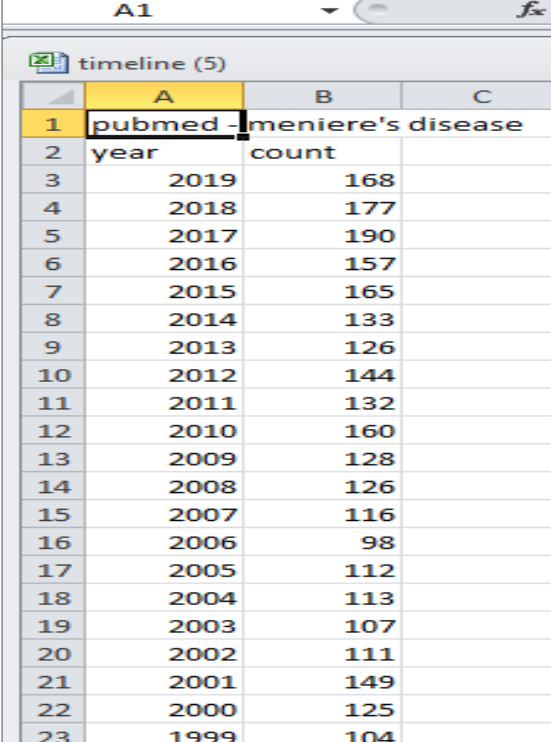
Medikamentös wird behandelt mit Betahistin/Betavert/Vasomotal, mit Arlevert, mit Antidiuretika. Zu diesen Medikamenten gibt es Hunderte von Studien (zur Dosierung etc.). Ob die Behandlung mit Kortison während eines Anfalls etwas bringt, werden Studien zeigen, die gerade laufen. Hier an den Bosenberg Kliniken spritzen wir den Patienten während der Anfälle kein Kortison. Vor allem bei Patienten mit sehr häufigen Anfällen ist es klar, dass man nicht jedes Mal Kortison geben kann: wir hatten einen Patienten mit 17 Anfällen innerhalb von 6 Wochen, da verbietet sich die Gabe von Kortison bei jedem Anfall von selbst.

**Interventionelle Möglichkeiten der Behandlung sind:** die Einlage eines Paukenröhrchens; die transtympanale Mikrodruckpumpen-Behandlung (Meniett-Therapiegerät); die Labyrinthanästhesie; die Tenotomie; die Gabe von Gentamicin intratympanal; die Gabe von Glucocorticoid intratympanal; die Saccotomie/Saccus-De-kompression; die Neurektomie; die Labyrinthektomie.

Alle diese Behandlungsmethoden sind mehr oder weniger umstritten, man ist sich nicht einig, welche wirkt und welche nicht.

## Es fehlen Behandlungsempfehlungen in den Leitlinien

Als zweite Odyssee kann man es betrachten, dass die Krankheit M. Menière nicht in den deutschen Leitlinien für HNO enthal-



	A	B	C
1	pubmed - meniere's disease		
2	year	count	
3	2019	168	
4	2018	177	
5	2017	190	
6	2016	157	
7	2015	165	
8	2014	133	
9	2013	126	
10	2012	144	
11	2011	132	
12	2010	160	
13	2009	128	
14	2008	126	
15	2007	116	
16	2006	98	
17	2005	112	
18	2004	113	
19	2003	107	
20	2002	111	
21	2001	149	
22	2000	125	
23	1999	104	

Die Tabelle zeigt, wie viele Studien es pro Jahr zu M. Menière gibt.



ten ist. In den Leitlinien findet man – auch im Internet – Hinweise für die Behandlung aller möglichen Erkrankungen. Doch bis dato existieren keine Leitlinien für Morbus Menière. Die Referentin hofft, dass zur Behandlung mit Betahistin 2020 Angaben in den Leitlinien veröffentlicht werden.

Wie viele verschiedene Studien weltweit pro Jahr zu M. Menière veröffentlicht wurden, zeigt die folgende Tabelle: in diesem Jahr sind bereits 168 angemeldet worden. Diese Studien lesen die Fachärzte, aber sie können auch für Patienten interessant sein. Man kann die Zusammenfassungen dieser Studien frei im Internet lesen. Wenn man die kompletten Studien lesen will, muss man etwas dafür bezahlen. Aber das kann sich auch für Patienten durchaus lohnen.

Es fehlen noch hochqualitative Studien.

## Wichtig für behandelnde Ärzte und für Patienten

2018 gab es nach der Statistik der berufstätigen Ärzte in Deutschland insgesamt 6.383 HNO-Ärzte, 7537 Neurologen und 43.696 Allgemeinmediziner. Wenn ein Arzt bei der Behandlung eines Schwindelpatienten bzw. bei dieser seltenen Krankheit Morbus

Menière überfragt ist, sollte er ihn an eine spezialisierte Klinik überweisen. Wenn der Arzt einen Verdacht auf MM hat, sind regelmäßige Kontrollen unbedingt notwendig. Wenn sich die Diagnose M. Menière bestätigt, muss der Patient behandelt und entsprechend an spezielle Kliniken überwiesen werden.

### Wichtig für die Patienten:

- Nachfragen!
- Infos sammeln bei KIMM e. V, bei der Tinnitus Liga, bei Selbsthilfegruppen, bei spezialisierten Kliniken
- bei Bedarf eine zweite/dritte Meinung einholen
- eine Reha machen?

## Kann eine Reha helfen?

Es gibt heute noch zu wenig Reha-Kliniken, um alle MM-Patienten richtig zu behandeln. Die Frage ist: Ist Morbus Menière „rehabfähig“? Was kann man in einer Reha behandeln?

### In der Reha kann ein breites Spektrum von Themen behandelt werden:

Es geht zum einen um Behandlungsmöglichkeiten der Hauptbeschwerden, d. h. Drehschwindel, Tinnitus, Hörminderung, von Schwankschwindel, phobischem Schwindel, Geräuschüberempfindlichkeit, von chronischen Kopfschmerzen und chronischen HWS-Beschwerden.

Daneben auch um die Themen eingeschränkte Lebensqualität sowie Depression, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen.

**Thema Beruf:** Arbeits-/Berufsunfähigkeit, Wiedereingliederung, Einschränkungen oder Mobbing am Arbeitsplatz etc.

**Thema eingeschränkte Fahrtauglichkeit:** die meisten Patienten erhalten darüber keine Informationen, und wenn, dann nicht schriftlich. Aber für die Versicherung ist es wichtig, dass man schriftliche Informationen darüber bekommt, dazu ist der Arzt verpflichtet.

Eine Reha bietet auch den **Erfahrungsaustausch**, der ganz wichtig ist, um sich nicht mehr allein mit dieser Krankheit zu fühlen. Es gibt viele Infos über Diagnose, Behandlungsmöglichkeiten, Kliniken, Selbsthilfegruppen und vieles mehr.

**Übrigens:** Nicht jeder Patient, bei dem M. Menière diagnostiziert wurde, hat auch MM! Und es gibt Patienten, die MM haben und (noch) nicht diagnostiziert sind!

## Das Menière-Behandlungsprogramm am Bosenberg

Die Bosenberg Kliniken bieten eine Reihe von Maßnahmen und Möglichkeiten zur Behandlung des MM an:

Schwindelgruppe; Menière-Gruppe; Beratung bei Menière-Erkrankung, Gleichgewichtstraining; Krankengymnastik als vestibuläres Training; Schwindelezelgespräche, Vorträge zu Fahrtauglichkeit; Strategien zur Krankheitsbewältigung bei Hörminderung durch Einzelgespräche (Audiocoping); Hörgeräte-Erprobung; Tinnitus-Programm, Hörschädigungs-Programm, Hyperacusis-Programm; Sozialberatung; Psychotherapie einzeln; Audiologische Beratung mit Informationen hinsichtlich CI-Voruntersuchung; Kommunikations-Café (Patienten, die Kandidaten für eine CI sind); Empfehlungen für die Nachsorge.

## Der Astronaut, der Morbus Menière hatte

Eine Neuigkeit zum Thema berühmte Persönlichkeiten, die M. Menière hatten, konnte Frau Dr. Voineag ebenfalls bieten: Man spreche immer über Vincent van Gogh, der diese Krankheit womöglich gehabt habe. Aber es gebe noch eine weitere Persönlichkeit: den Astronauten Alan Shepard. Er war 1961 der erste Amerikaner, der in den Welt- raum flog, und hätte eigentlich als Kommandant des Apollo 13-Raumschiffs starten sollen. Doch dann wurde bei ihm Morbus Menière diagnostiziert. Ein Neurochirurg (Dr. Hause) hat dann bei ihm eine komplette Saccotomie gemacht. Danach wurde ihm wieder volle Flugtauglichkeit bescheinigt. Er konnte zwar 1968 noch nicht mit Apollo 13 auf den Mond fliegen, war aber 1971 bei Apollo 14 als Kommandant dabei. Da war er bereits 47 Jahre alt und bei Weitem der älteste Astronaut. Shepard ging übrigens auch noch als erster Amerikaner in die Geschichte ein, der auf dem Mond Golf spielte.

Am Ende ihres Vortrags bot die Referentin Dr. Voineag den Teilnehmern an, dass sie Fragen zu MM ihr auch schriftlich über das Kontaktformular der Klinik-Website stellen dürften.



Die Besatzung der Apollo 14 mit E. Mitchell, A. Shepard und S. Roos



Oberärztin Dr. Voineag ging ausführlich auf die Fragen der Teilnehmer ein

### Fragen an die Referentin:

**Frage 1:** *Ich nehme Betahistin und frage mich, ob das die einzige Lösung ist. Ich hatte mal eine Tablette abgesetzt, aber dann kam mein Asthma verstärkt zurück. Jetzt nehme ich deshalb wieder Betahistin. Dabei ist nicht hundertprozentig geklärt, ob ich überhaupt Morbus Menière habe. Ich habe das Gefühl, ich kann das nur stationär klären.*

**Antwort:** Aus meiner Sicht brauchen Sie eine richtige Beratung zu den Therapieoptionen bei Morbus Menière. Ich kenne die Anamnese und das Stadium des Morbus Menière bei Ihnen nicht. Aber wenn ich höre, dass Sie Betahistin hochdosiert nehmen und Sie Asthma bronchiale haben, dann sage ich: eine Beratung ist dringend nötig! Wenn man so eine chronische Erkrankung hat, muss man sich die Zeit für eine stationäre Beratung nehmen. Das kann eine spezialisierte Klinik sein, das muss nicht 3 Wochen Reha sein. Ich empfehle Ihnen dringend eine Schwindelambulanz mit stationärer Aufnahme und entsprechenden Untersuchungen für Empfehlungen bei Morbus Menière.

**Frage 2:** *Bei uns in der Kölner Gruppe hat jemand eine Tenotomie durchführen lassen. Wie ist Ihre Meinung zu diesem Verfahren? [Tenotomie: Durchtrennung der Sehnen beider Mittelohrmuskeln; Musculus tensor tympani und Musculus stapedius]*

**Antwort:** Tenotomien sind in den Studien ebenfalls umstritten. Eine Tenotomie führt man im Mittelohr durch, um zu erreichen, dass der Druck in Richtung Innenohr vermieden wird. Den endolymphatischen Hydrops im Innenohr versucht man auch mit der Mikrodruckpumpenbehandlung (Meniett-Pumpe) zu vermeiden. Das Ergebnis von Tenotomie und Mikro-Pumpe ist den Studien zufolge fast gleich, man führt die Tenotomie daher eigentlich kaum noch durch. Eine Tenotomie ist aus meiner Sicht nur für MM-Patienten im ersten Stadium B geeignet (es gibt im Anfangsstadium zwei Stadien). Die Tenotomie ist keine übliche Behandlung bei MM.

**Frage 3:** *Ich bin überrascht, wie viele Studien beantragt und durchgeführt werden. Wie scharf sind die Kriterien, um festzustellen, dass eine Studie wirklich sinnvoll ist? Nach der Cochrane-Evidenz gibt es ja allgemein unter den vielen wissenschaftlichen Studien nur ganz wenige, die den strengen Anforderungen mit Doppelblindversuchen etc. genügen.*

**Antwort:** Die Kriterien sind scharf, es gibt eine objektive Kommission, die das überprüft. Es gibt zwar Leute, die von einer Art Mafia sprechen, wer eine Studie durchführen darf und wer nicht. Aber wenn eine Studie richtig durchgeführt wurde, gab es bis heute keine Ablehnung bezüglich der Objektivität der Kriterien. Wenn eine Studie erschienen ist, gibt es immer mehrere voneinander unabhängige Reviews, in denen sie überprüft wird. Wenn sich die Verfasser

über eine Studie nicht einig werden, wird auch keine Empfehlung ausgesprochen. Fragwürdig sind immer kleine Studien, wie zum Beispiel zur Wirksamkeit von Kortison: Da kam 2019 heraus, dass es in 91 Prozent der Fälle gewirkt hat. Wenn die Studie aber größer und damit auch die Zahl der Probanden größer ist, kann herauskommen, dass das Kortison gar nicht wirkt. Das ist das Drama mit den fehlenden Leitlinien und der ausbleibenden Behandlung. So kann es dazu kommen, dass der Morbus Menière ausgebrannt ist, bevor er richtig behandelt wird, und damit auch der Patient ausgebrannt ist: körperlich, psychisch und sozial.

**Frage/Anmerkung 4:** *Das Ergebnis der BEMED-Studie war nicht ermutigend, da das Ergebnis bei allen drei Gruppen – Patienten unter hoch dosiertem Betahistin, niedrig dosiertem Betahistin und Placebo – genau gleich war. Es gibt HNO-Ärzte, die sagen, das Betahistin taugt nichts, und die führen dann vielleicht Saccotomien durch. Grundsätzlich hat sich offenbar herausgestellt, dass Placebo bei Morbus Menière gut wirksam ist.*

**Antwort:** Die Ärzte können den Patienten ja nicht sagen, bei dieser Krankheit gibt es keine Leitlinie und den Studien zufolge auch keine klaren Beweise der Wirksamkeit von Medikamenten oder Operationen. Als Arzt darf man bei der Behandlung keine Massenabfertigung machen. Man kann sich stattdessen fragen: Wirken die Medikamente wirklich nicht? Was ist mit dem Prozentsatz an Probanden, bei denen dieses Medikament geholfen hat?

Auch die Wirksamkeit der Saccotomie ist nicht gesichert. Ich bin eine kleine Reha-Ärztin und habe inzwischen mit mehr als 1000 Schwindel-Patienten Einzelgespräche geführt. Es gibt Patienten, denen half Betahistin, andere hatten Erfolg durch

die Saccotomie oder die Labyrinthektomie. Es gab Patienten, die nach 2 Dosen oder sogar noch nach der maximalen Anzahl von 5 Dosen von Gentamicin Wirkung zeigten. Anderen Patienten half das alles nicht. Ich bin mit vielem in den Studien nicht einverstanden. Aber der Patient hat ein Recht auf Information, er muss informiert werden, welche Möglichkeiten es gibt. Dann kann er selbst entscheiden, welches Risiko er auf sich nehmen will.

**Frage 5:** *Was sind die Unterscheidungskriterien zwischen einem ausgebrannten Morbus Menière und einem positiv behandelten Morbus Menière.*

**Antwort:** Ausgebrannt bedeutet, dass der Patient keine weiteren Anfälle hat. Aber: Ausgebrannt bedeutet nicht automatisch, dass der Patient einen nicht aktiven Morbus Menière hat. Nicht aktiver Morbus Menière bedeutet, dass jederzeit ein erneuter Anfall auftreten kann. Es gibt keine klaren Kriterien für diese Unterscheidung. Ich habe einmal einen Kollegen korrigieren müssen, der meinte, der Menière ist ausgebrannt, also machen wir jetzt ein Cochlea-Implantat und das war's. Nein, dieser Patient konnte jederzeit erneut Schwindelanfälle bekommen. Ausgebrannt bedeutet medizinisch, dass das Gleichgewichtsorgan des Patienten keine Funktion mehr hat, die Gleichgewichtszellen nicht mehr funktionieren. Doch dafür gibt es noch keine schriftliche medizinische Definition. Ausgebrannter Morbus Menière bedeutet oft, er ist nicht aktiv, der Patient hat zum Beispiel 6 Jahre oder 10 Jahre keine Anfälle. Doch dann kann es sein, dass wieder ein Anfall kommt, das ist nicht vorhersehbar. Man sollte mit der Aussage „ausgebrannter“ Morbus Menière vorsichtig sein; ich selbst sage und schreibe immer „nicht aktiver“ Morbus Menière.

# Audiotherapie der Hörschädigung bei Morbus Menière

Eva Sträßer ist Audiotherapeutin und Gebärdensprachdolmetscherin an den MediClin Bosenberg Kliniken HNO. Gebannt folgten die Teilnehmer der Tagung ihrem eindringlichen Vortrag, der auf Frau Sträßers langjähriger Arbeit mit hörgeschädigten Patienten an der Klinik basiert.

## Was ist Audiotherapie?

Vorab erklärte die Referentin den Tagungsteilnehmern, warum ihre Qualifikation als Gebärdensprachdolmetscherin im Zusammenhang mit der Audiotherapie so sinnvoll sei: Es kommen sehr viele Menschen in die Klinik, nicht nur Gehörlose, sondern auch hochgradig Schwerhörige, die auf die Gebärdensprache angewiesen sind.

Die Audiotherapie ist eine umfassende und ganzheitliche Rehabilitation erwachsener hörgeschädigter Menschen. Sie hat das Ziel, hörgeschädigten Menschen zu einem differenzierten Hören und Verstehen und damit zu einer verbesserten Kommunikation zu verhelfen. Auch die sozialen Kompetenzen sollen damit gefördert und die Teilhabe an der Gesellschaft ermöglicht werden.

Die Audiotherapie ist ein wichtiger Baustein der Versorgung hörgeschädigter Menschen durch HNO-Ärzte und Hörgeräteakustiker, durch Bildungs- und Rehabilitationsträger, durch Beratungsstellen, Integrationsämter und Rehakliniken. Audiotherapeuten arbeiten überwiegend an Kliniken, wo sie mit Ärzten zusammen-



Eva Sträßer, Audiotherapeutin

arbeiten. Aber es gibt auch selbstständige Audiotherapeuten mit eigener Praxis.

## Ich höre gut, aber die anderen nuscheln

Ganz wichtig ist: Audiotherapeuten sehen nicht nur das Ohr, sondern den ganzen Menschen dahinter. Hat er denn überhaupt Informationen über eine Hörschädigung? Manche hören das zum ersten Mal von Familienmitgliedern, dass sie nicht gut hören. Die sagen dann vielleicht: Ich höre noch gut, aber die anderen nuscheln so beim Sprechen. Oder: Warum soll ich den Fernseher nicht so laut machen? Das ist nicht



laut, sondern gerade angenehm für mich. Eine Hörschädigung ist für jeden schwer zu akzeptieren. Sie bedeutet, es gibt Dinge – wie zum Beispiel singende Vögel –, die Sie nicht mehr hören, die für Sie also gar nicht da sind.

Wenn Sie eine Brille brauchen, weil die Arme beim Lesen vielleicht nicht mehr lang genug sind, dann sagen Sie: okay, dann geh ich eben zum Optiker und lasse mir eine neue Brille anfertigen. Vor 20 Jahren galt man mit Brille vielleicht noch als Brillenschlange, aber heute ist die Brille ein hübsches Accessoire, ein Modeartikel. Mit einem Hörgerät ist das etwas anderes. Da sagen Sie sich: Ich bin doch noch nicht alt, so ein Ding möchte ich nicht tragen!

## Was passiert bei einer Audiotherapie?

Welche Maßnahmen bei einer Audiotherapie gemacht werden, zeigte die folgende Übersicht, die für die Tagungsteilnehmer auf einer Folie zu sehen war:

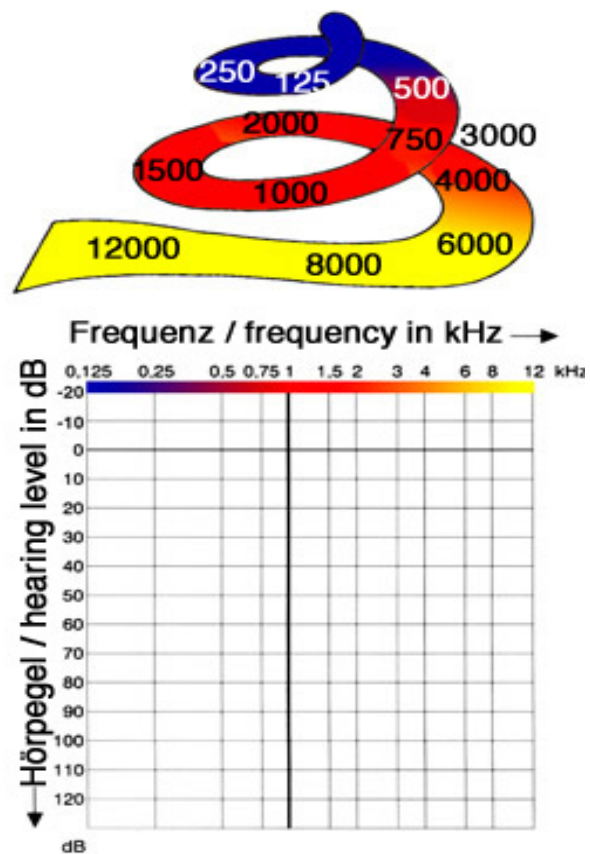
- Die Hörsituation im Alltag wird besprochen, um herauszufinden, welche Probleme es dabei gibt.
- Verhaltens- und Kommunikationstraining
- Hör- und Absehrtraining mit und ohne Hörsysteme
- Nonverbale Kommunikationstechniken
- Handhabung technischer Hilfen
- Bewältigungsstrategien bei Tinnitus
- Training zur Desensibilisierung bei Geräuschempfindlichkeit
- Hör- und Kommunikationstraining
- Unterstützung bei der Akzeptanz der Hörschädigung
- Trauerarbeit und Krankheitsbewältigung (Copingstrategien)

- Erarbeitung von Perspektiven zur Gestaltung der beruflichen und privaten Lebenssituation
- Einbeziehen der Angehörigen
- Informationen über Leistungsansprüche und Leistungsträger

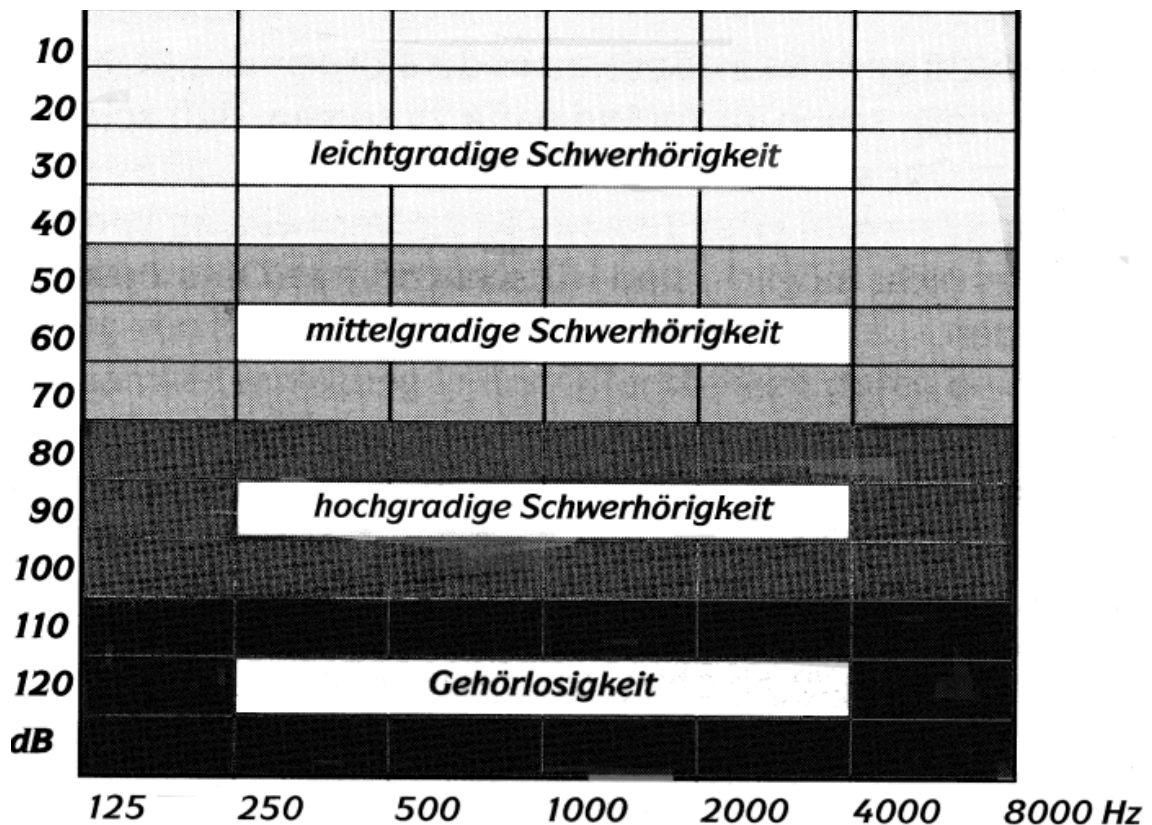
## Das Tonaudiogramm

Die Patienten erhalten bei einer Audiotherapie zunächst eine Hörberatung. Dabei wird das Tonaudiogramm erklärt, das bei einem Hörtest angefertigt wird. So ein Audiogramm muss man erst lesen lernen (siehe Abb.).

Die Referentin erklärte dazu: Viele Patienten erzählen, dass sie beim HNO-Arzt



Tonaudiogramm



Verschiedene Grade der Schwerhörigkeit

waren. Und der habe gesagt, sie hätten in Verbindung mit dem Morbus Menière eine Hörschädigung, aber es sei noch alles gut. Oder er habe gesagt, sie seien noch zu jung für ein Hörgerät. Als Audiotherapeutin schüttelte ich jeden Tag den Kopf über solche Aussagen der Ärzte. Was geht hier vor, warum lassen sie den Menschen leiden. Eine Hörschädigung bedeutet Leid, und zwar jeden Tag. Wenn Sie lernen, das Audiogramm zu lesen und zu verstehen, dann heißt das nicht nur, dass Sie verstehen, welche Art der Hörschädigung und welchen Grad Sie haben. Sie lernen auch zu verstehen, was das mit Ihnen macht. Sie fragen sich vielleicht: Warum leidet meine Konzentrationsfähigkeit? Viele meinen, sie haben Alzheimer, weil sie sich nichts mehr merken können. Aber es ist so, dass das Gehirn jetzt so viel verarbeiten muss.

Viele bekommen von anderen gesagt, du hast doch jetzt ein Hörgerät oder ein CI – jetzt ist doch alles gut! Aber: Was ist gut? Hören kann ich gut, nur verstehen kann ich schlecht! Warum haben die anderen kein Verständnis dafür – auch die Familie nicht?

## Grad der Schwerhörigkeit

An dem Audiogramm kann man ablesen, welchen Grad der Hörschädigung man hat. Es ist in Dezibel-Zahlen eingeteilt.

Früher war es so, dass viele Menschen hörgeschädigt waren, aber oft wurde das nicht erkannt. Dann wurden solche Kinder zum Beispiel in Schulen für geistig Behinderte gesteckt. Heute gibt es Hörscreenings für Babys, die eine Versorgung brauchen. In

den Bosenberg Kliniken hat man mit der Behandlung von Kindern angefangen. Wenn Kinder mit einer Höreinschränkung aufwachsen, empfinden sie nicht die gleiche Trauer, den gleichen Verlust wie Erwachsene. Kinder gehen spielerisch damit um. Für Erwachsene ist das ein langer schwerer Weg, diese Einschränkung zu akzeptieren.

## Die Sprachbanane

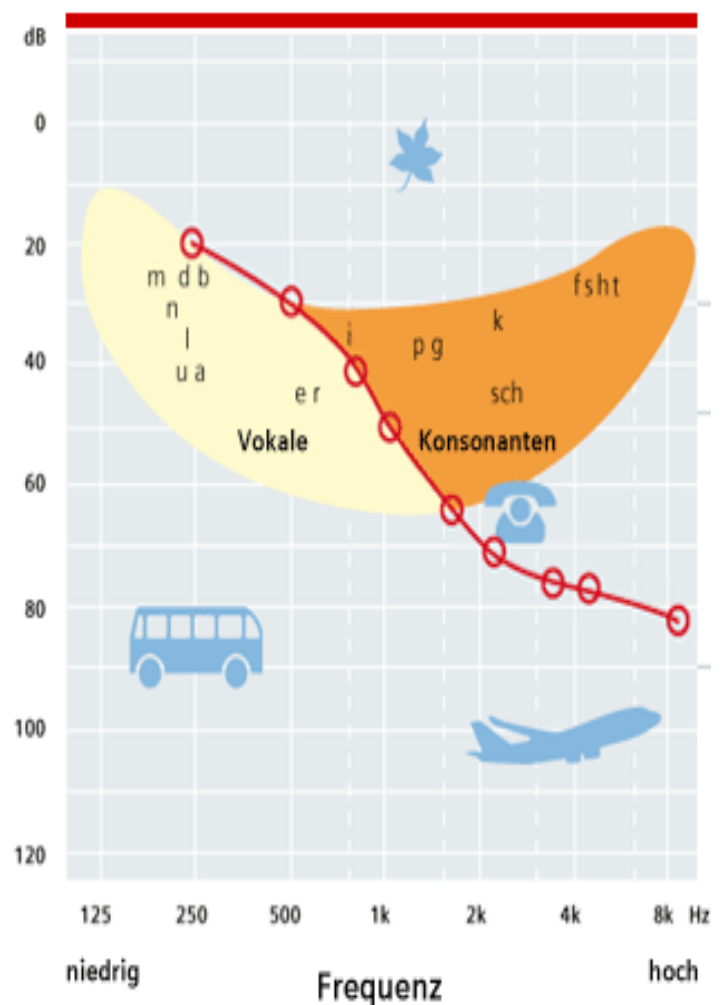
Was bedeutet es, wenn es heißt, dass der Tieftonbereich betroffen ist? Die wenigsten wissen das.

Für das Hören von Sprache sind bestimmte Lautstärken und Tonhöhen wichtig, die in grafischer Darstellung der Form einer Banane gleichen (Abb.). Die Skala zeigt an, in welchem Frequenz- und Dezibel-Bereich sich die verschiedenen Laute (Vokale und Konsonanten) befinden. Jeder Laut hat eine eigene Dezibel-Zahl und gehört einer bestimmten Frequenz an. Da die einzelnen Buchstaben und Laute unterschiedliche Klänge haben, befinden sie sich innerhalb der Sprachbanane an verschiedenen Orten. Wenn durch Höreinschränkungen einzelne Frequenzbereiche nicht gehört werden, leidet das Sprachverstehen. Ähnlich klingende Buchstaben wie t, d, b, k, g können dann nicht mehr unterschieden werden. Die rote Linie in der Abbildung zeigt eine mögliche Hörkurve. Dabei ist in diesem Fall der Hochtonbereich betroffen.

Wer eine Hörgeräteeinstellung oder eine CI-Einstellung hatte, der weiß, es wird nach Hoch- und Tieftonbereich eingestellt. Wir erhalten nur einen Teil der Informationen, einen Teil der Wörter und der Sätze. Es entsteht eine Art Lückentext, weil man nicht alles hören kann. Das macht müde. Der Kopf muss viermal so viel arbeiten wie der Kopf

von Menschen, die gut hören. Menschen ohne Hörschädigung wissen das nicht.

Als Schwerhörige müssen wir den Lückentext mit anderen Informationen vervollständigen. Das geht zum Beispiel über das Mundabsehen oder mit Hilfsmitteln. Aber wir verstehen manches langsamer als die anderen. Bei Witzen sind die anderen vielleicht schon fertig mit lachen, wenn wir erst damit anfangen.



Sprachbanane mit Hörkurve

## Nicht nur das Ohr betroffen

Eine Schwerhörigkeit betrifft nicht nur das Ohr – der ganze Mensch mit allen Lebensbereichen ist betroffen, wie die folgende Übersicht zeigt. Es gibt neben der Schwerhörigkeit auch die Hyperakusis, also die Geräuschüberempfindlichkeit. Auch diese hat viele negative Auswirkungen.

3- bis 4-mal so viel belastet wie jemand, der gut hört. Alles das gilt es zu kompensieren, auszugleichen.

Auch die Psyche leidet. Wer die Diagnose Schwerhörigkeit erhält, der trauert. Um mit all dem klarzukommen, werden wir oft gereizt oder aggressiver, wir haben Ängste, fragen uns, wie es weitergeht.

### Hörprobleme wirken sich nicht nur auf Körper und Seele aus

Ohr	Körper	Psyche	Soziales
Hörverlust	Kopfschmerzen	dünnhäutig	Isolation
Hörsturz	Kiefergelenkprobleme	gereizt	Rückzug
Ohrdruck	Halswirbelsäule (HWS)	aggressiv	
Schwindel	Brustwirbelsäule (BWS)	antriebslos	
Hyperakusis	Lendenwirbelsäule (LWS)	depressiv	
Tinnitus	Verspannungen	Ängste/Trauer	

Viele haben Kiefergelenkprobleme, sie knirschen nachts oder beißen die Zähne zusammen. Das zeigt ihre Anspannung. Auch wenn man eine Beißschiene hat, hilft das nicht viel, denn die Schiene schützt nur die Zähne. Die Nachtruhe ist trotzdem gestört.

Wer schlecht hört, ist immer in Anspannung, immer auf der Hut: Sagt jemand etwas, wer sagt etwas, kann ich die Wörter vom Mund absehen? Die Anspannung reicht oft in die Arbeit. Man bemüht sich, gibt 150 Prozent zum Ausgleich.

Mit der Schwerhörigkeit kommen auch Probleme mit dem Richtungshören – woher kommen die Geräusche? In einer Gruppe versteht man nicht, wer spricht, und ist deshalb angespannt.

Anstrengung und Anspannung machen müde: Wer schwerhörig ist, ist jeden Tag

Oder wir ziehen uns zurück. Das ist das schlimmste: der Rückzug, die soziale Isolation. Geburtstagsfeier?? Neeee. Geh mal alleine da hin, da sind so viele Leute, die sind schwer zu verstehen. In die Kneipe? Das ist dort viel zu laut! Oder man geht mit, und dann sagen die Leute: Sie hat sich mit mir unterhalten, aber auf einmal war sie schlecht gelaunt. Soll sie doch nach Hause gehen! Durch solche Erlebnisse werden wir noch müder und noch trauriger.

Um all diese Dinge sollte man sich rechtzeitig kümmern.

## Verstecktaktik

Wer schlecht hört, versucht häufig, das nicht zu zeigen. Es gibt verschiedene Taktiken, die von den Betroffenen dabei angewandt werden: so tun, als ob; lachen, weil



Audiotherapeutin Eva Sträßer sprach betont langsam und deutlich ...

alle lachen; Gespräche führen, statt zuzuhören; die Mimik beobachten und versuchen, darauf zu reagieren; Feierlichkeiten, Veranstaltungen und Feste vermeiden; Gespräche ignorieren.

Die Folge sind oft Missverständnisse; als dumm oder arrogant erscheinen; einsam werden; Unverständnis oder Streit.

## Die Kommunikationstaktik

Dabei ist es besser, mal eine andere Taktik auszuprobieren – die Kommunikationstaktik. Achten Sie auf gute Lichtverhältnisse, damit Sie den Mund Ihrer Gesprächspartner gut sehen und das Mundbild als Unterstützung nehmen können. Achten Sie auf eine optimale Sitzposition – sich im Vortrag nicht ganz hinten hinsetzen, sondern



... und so konnten alle ihrem Vortrag gut folgen

vorne, damit Sie alles gut sehen und hören können. Der eine putzt sich die Nase, der andere hustet – das behindert das Hören. Und benutzen Sie alle Kommunikationshilfsmittel, die das Hören unterstützen: eine FM-Anlage, Schriftdolmetscher, Hörverstärker u. s. w. So wird die Interaktion, das miteinander Kommunizieren möglich.

**Wichtig ist auch:** Wie sehen mich die anderen? Was ich von anderen Personen erwarte, muss ich auch selbst einhalten: Ich muss langsam sprechen, den Blickkontakt suchen, nicht über eine große Distanz rufen oder Fragen stellen. Ganz wichtig: nicht so schnell sprechen, wenn ich will, dass die anderen langsam und deutlich mit mir sprechen. Spiegeln sie den anderen, was Sie brauchen. Dann verstehen die anderen besser, was Sie brauchen, und reagieren darauf.



Außerdem muss ich selbst Geduld haben und mehr Zeit für Gespräche einplanen – Dinge nicht mal eben zwischen Tür und Angel besprechen. Auch mal sagen: können wir vielleicht die Plätze tauschen, weil ich an diesem nicht so gut verstehe.

Es ist ein langer Weg, bis man sagen kann, ich bin hörgeschädigt. Zum Beispiel beim Bäcker. Aber nicht in der Art: Guten Morgen, ich bin hörgeschädigt, dass ihr das jetzt alle mal wisst. Vielleicht reicht es, wenn Sie sagen: Entschuldigung, es kann sein, dass ich mal nachfragen muss, weil ich hörgeschädigt bin.

Was machen die anderen? Die wollen Ihnen helfen, wissen aber nicht, wie. Manche sprechen dann extrem laut, schreien buchstäblich. Oder sie sprechen in Babysprache. Aber muss ich denen einen Vorwurf machen?

## Hörschädigung als versteckte Behinderung

Hörschädigung ist eine versteckte Behinderung, man sieht sie den Betroffenen nicht an. Ein Hörgerät sieht man kaum. Bei einem CI wissen die Leute oft nicht, was das ist – jeder hat heute einen Knopf im Ohr. Deshalb muss ich den anderen klar sagen, was ich will und was ich brauche, dann können sie mir auch helfen. Wenn ein Blinder über die Straße will, sagt er: Bitte, ich bin blind, können Sie mir über die Straße helfen? So müssen Sie das als Hörgeschädigte auch machen.

Und wenn Sie mal etwas Falsches hören, kann das auch witzig sein – auch für Sie! Lachen Sie auch mal über sich selbst! Es gibt jeden Tag so viele Missverständnisse, auch bei Menschen ohne Hörschädigung. Meinen Sie, die anderen hören bei der Familienfeier immer alles richtig? Sagen Sie die Einladung zur Feier nicht ab, sondern gehen Sie hin! Ziehen Sie sich nicht zurück, Sozialkontakte sind wichtig.

## Hörgeräte tragen

Hörgeräte tragen ist wichtig, auch bei geringer Hörschädigung, gerade in Verbindung mit Schwindel. Denn dann ist der Alltag weniger anstrengend. Aber es muss ein Hörgerät sein, mit dem Sie gut zurechtkommen. Wenn Sie ein neues Hörgerät bekommen, dann reicht es nicht, es nur 8



Sprachdolmetscherin Sabine Kaspzyck bei ihrer Arbeit

bis 10 Tage zu testen, lassen Sie sich das vom Akustiker nicht einreden. Keiner kann sich vorstellen, wie unterschiedlich Höreindrücke sein können. Viele haben nach drei Wochen noch keinen Unterschied bei den Hörgeräten festgestellt. Manchmal dauert es bis zu einem Jahr, bis Sie da sind, wo Sie hinwollen. Sie müssen Geduld haben, mit sich selbst und mit anderen.

Damit Sie bei all dem nicht allein gelassen werden, gibt es zum Beispiel die Audiotherapie: Sie begleitet Sie bei Ihren individuellen Problemen.

## Absehen vom Mund

Das Absehen vom Mund ist nicht nur für gehörlose oder hochgradig schwerhörige Menschen sinnvoll – auch für die anderen. Durch Absehen kann man den eigenen Akku schonen und sich das Hören leichter machen. Wenn man sich sehr anstrengen

muss, um zu verstehen, dann macht das müde. Der Akku ist schnell leer, am frühen Mittag könnte man schon ins Bett gehen.

Absehen vom Mund ist schwer. An den Bewegungen, die der Mund macht, kann man nicht jeden Buchstaben absehen: nur 11 Buchstaben sind es, die man von den Lippen absehen kann, alle anderen nicht. Wenn ich hochgradig schwerhörig oder gehörlos bin und vom Mund absehe, dann bekomme ich immer nur einen Lückentext. Wenn ich noch etwas mehr verstehe, dann kann ich das, was ich akustisch nicht verstanden habe, über das Mundbild ergänzen. Mit dem Absehen spart man Energie und Ressourcen.

## Sich selbst kennenlernen und gelassen sein

Wichtig ist, sich selbst und seine Einschränkungen kennenzulernen. Zu wissen, welche Auswirkungen die Höreinschränkung hat. Sich richtig damit vertraut machen, damit man das seiner Familie, seinen Freunden und Arbeitskollegen erklären kann.

Üben Sie Gelassenheit mit sich selbst und mit anderen. Betrachten Sie sich nicht als Morbus-Menièr-Kranke und nicht als Hörgeschädigte, sondern sehen Sie sich als Menschen mit Ihren eigenen Stärken und Schwächen und machen Sie das Beste daraus.

Suchen Sie sich einen guten Akustiker, das brauchen Sie, bei Ihren Hörschwankungen. Sagen Sie Ihren Kollegen, Sie brauchen mehr Unterstützung. Scheuen Sie sich nicht, die Hilfe zu holen, die Sie brauchen: gute HNO, Psychologen, Entspannungstechniken, Schwindeltraining, freiberufliche Audiotherapie.

## Sozialmedizinische Aspekte bei Morbus Menière

Gerlinde Koletzki-Rau ist Sozialpädagogin und arbeitet ebenfalls in den Bosenberg Kliniken. Außerdem ist sie Kreisvorsitzende des Sozialverbands VdK im Landesvorstand. Zu Beginn Ihres Vortrags gab sie einen kurzen Überblick darüber, was die Krankheit Morbus Menière bedeutet und welche Einschränkungen damit einhergehen. Sie informierte dann darüber, welche rechtlichen Möglichkeiten man als MM-Erkrankte hat, Hilfe zu bekommen und sich das Leben zu erleichtern. Vor allem ging es der Referentin darum klarzumachen, dass man selbst aktiv werden muss, um sich seine Rechte zu sichern. Mit großem Nachdruck stellte sie die verschiedenen Möglichkeiten vor.

Besonders eindringlich empfahl Frau Koletzki-Rau den MM-erkrankten Zuhörern, einen Antrag auf Schwerbehinderung zu stellen. Sie höre gelegentlich das Argument: Wenn ich einen Schwerbehindertenantrag stelle, dann bin ich schwerbehindert. Also mache ich das lieber nicht. Aber es sei andersherum: Man sei mit dieser Krankheit oft schwerbehindert, und stelle deshalb einen Antrag auf Schwerbehinderung. Je nachdem, welcher Grad der Behinderung (GdB) dann festgestellt wird, stehen einem bestimmte Hilfen und Möglichkeiten zu. Bei einem GdB von 20, 30 und 40 gilt man noch nicht als „schwerbehindert“. Man könne aber damit auch schon eine Reihe von „Nachteilsausgleichen“ geltend machen: man kann Leistungen zur medizinischen Reha und Teilhabe in Anspruch nehmen und erhalte Steuerfreibeträge. Mit einem GdB von 30/40 könne man einen Gleich-



Gerlinde Koletzki-Rau, Sozialpädagogin

stellungsantrag stellen bei der Agentur für Arbeit, bei GdB 50 habe man Kündigungsschutz, fünf Tage mehr Urlaub, müsse keine Überstunden mehr machen und könne früher in Rente gehen.

In Bezug auf die Nachteilsausgleiche besteht zwischen dem GdB von 40 und einem GdB von 50 aber ein ganz erheblicher Unterschied. Mit anerkannter Schwerbehinderung erhält man deutlich mehr rechtliche Nachteilsausgleiche, sowohl beruflich als auch im Alltag. Dazu gehören eine bevorzugte Einstellung bzw. Beschäftigung, begleitende Hilfen im Arbeitsleben etc. Frau Koletzki-Rau hatte für die Tagungsteilnehmer Infomaterial zusammengestellt, die neben einer Übersicht über die „GdB-abhängigen Nachteilsausgleiche“ auch ein Blatt über



die „Merkzeichenabhängigen Nachteilsausgleiche“ enthielt. Für stark Hörbehinderte gibt es ein eigenes „Merkzeichen“ mit dem Kürzel GI: Es betrifft Hörbehinderte mit einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit beidseits. Nachteilsausgleiche sind hier zum Beispiel die unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke oder die KFZ-Steuerermäßigung, Befreiung oder Ermäßigung der Rundfunkgebührenpflicht. Eine weitere wichtige Übersicht ist die „GdB/MdE-Tabelle“ (Tabelle über „Grad der Behinderung / Minderung der Erwerbsfähigkeit“), die speziell für das Hör- und Gleichgewichtsorgan umfangreiche Listen und Tabellen mit Nachteilsausgleichen enthält. *(Diese Übersichten sind im Internet über viele verschiedene Portale erhältlich; Anm. d. Red.)*

## Was gehört in einen Antrag?

Die Referentin gab den Zuhörern eine Reihe von Tipps für die Antragstellung. Sie sollten im Antrag auf Schwerbehinderung all ihre körperlichen, geistigen und seelischen Einschränkungen nennen – auch solche, die nicht mit Morbus Menière zu tun hätten! Zum Beispiel, wenn Wirbelsäulenprobleme (LWS, HWS, BWS) vorhanden seien oder andere Erkrankungen wie Diabetes etc. Dabei nütze es nichts, nur die Diagnosen zu addieren. Wichtig seien die Einschränkungen, die man durch diese Erkrankungen habe, die müsse man bei jedem gesundheitlichen Problem dazuschreiben. Weitere Einschränkungen seien auch zum Beispiel Konzentrations- oder Gedächtnisprobleme, Depressionen, Ein- und Durchschlafstörungen und vieles mehr. Man solle mithilfe von Angehörigen eine Liste erstellen mit allem, was man nicht mehr so kann wie gleichaltrige Gesunde. Auch wenn die berufliche

Weiterbildung oder die Aufstiegschancen beeinträchtigt sind, gehört das auf diese Liste.

Die Behinderung wird nach der Entscheidung immer rückwirkend ab Eingangsdatum des Antrags anerkannt.

## Widerspruch einlegen

Wenn man seinen Antrag gestellt habe, müsse man in der Regel eine Zeitlang warten, bis man einen Brief mit der Entscheidung erhält. Wenn man einen GdB von 40 zuerkannt bekommt, sollte man in Widerspruch gehen. Denn ein GdB von 50 bedeutet, dass man viel mehr Leistungen erhält. Für die Begründung des Widerspruchs sollte man sich vielleicht Hilfe holen, zum Beispiel bei KIMM e. V., oder beim Sozialverband VdK, der in jedem Bundesland vertreten ist. Die Beratung erfolgt dort über Rechtsanwälte. Am Arbeitsplatz kann man sich auch an die Schwerbehindertenvertretung wenden. Auch bei Gewerkschaften gebe es entsprechende Auskunftsmöglichkeiten. Zu beachten sei, dass jedes Bundesland eigene Antragsformulare habe.

Wer eine Höreinschränkung hat oder gehörlos ist, muss beim Antrag auch noch das entsprechende Merkzeichen eintragen. Je nach Bundesland stehen die Merkzeichen beim Antrag nicht drauf, die muss man dann selbst ergänzen (vgl. Übersicht „Merkzeichenabhängiger Nachteilsausgleich“).

Wer keinen Zugang zu solchen Auskunftsmöglichkeiten hat oder diese nicht ausreichen, sollte sich einen Rechtsanwalt nehmen und mit dessen Hilfe versuchen, in Widerspruch zu gehen und einen Grad der Behinderung von 50 zuerkannt zu bekommen. Man kann bei einem Widerspruch bei



Am Schluss ein herzliches Dankeschön von der Vorsitzenden Margarete Bauer

der Behörde Akteneinsicht einfordern. Bei den Ärzten sollte man alle noch fehlenden Befunde erbitten.

## GdB bei Morbus Menière

Die Referentin meinte, dass bei Morbus Menière mit den Begleiterscheinungen Schwindel, Tinnitus, Schwerhörigkeit ein Grad der Behinderung von 50 erreicht werden kann. Man müsse alle Begleiterscheinungen genau angeben. Bei Morbus Menière setze sich der GdB durch die Frequenz und die Stärke der Anfälle zusammen. Eventuelle Nebendiagnosen wie psychische Dekompensation kämen dann noch hinzu. Informationen dazu sind auch in der oben genannten „GdB/MdE-Tabelle“ zu finden (Internet).

## Information des Arbeitgebers

Nach der Feststellung der Schwerbehinderung bleibt es dem Arbeitnehmer überlassen, ob er seinen Arbeitgeber darüber informiert, solange er die im Arbeitsvertrag aufgeführten Pflichten noch ausführen kann. Wenn er seinen Arbeitgeber nicht über die Schwerbehinderung informiert, besteht allerdings auch kein Recht auf Zusatzurlaub und Kündigungsschutz. Wenn sich die Behinderung einschränkend auf

die eigene Arbeit ausübt, muss man den Arbeitgeber informieren. Doch die genaue Diagnose muss man nicht mitteilen. Man kann sich für weitere Fragen und Hilfe an die Schwerbehindertenvertretung oder an den Betriebs- und Personalrat wenden. Auskunft erteilen auch die Integrationsfachdienste.

## Befristeter und unbefristeter GdB

Die Anerkennung des GdB kann auch wieder aberkannt werden. Der Grad der Behinderung wird zeitlich befristet oder unbefristet erteilt. Auch wenn der GdB unbefristet zuerkannt ist, heißt das nicht, dass er lebenslang gilt. Es finden Überprüfungen statt und man muss dann nachweisen, dass man immer noch krank ist, zum Beispiel wenn ein Antrag auf Verschlimmerung gestellt wurde.

## Berufliche Reha

Für einen Antrag auf berufliche Rehabilitation müsse man mindestens 15 Jahre Versicherungszeit vorweisen können. Die Deutsche Rentenversicherung verteilt Möglichkeiten zur Teilhabe in Form von Umschulung, Qualifizierungsmaßnahmen, Hilfe bei betrieblicher Umbesetzung. Wenn zum Beispiel eine Fachverkäuferin wegen Schwerhörigkeit nicht mehr im Kundenkontakt arbeiten könne, erhält sie Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben. In der Reha zahlt die DRV ein Übergangsgeld. Wenn eine Verlängerung erforderlich ist, kann diese über den Hausarzt beantragt werden.

Es gibt auch die stufenweise Wiedereingliederung nach der Reha. Voraussetzung ist zum Beispiel, dass man arbeitsunfähig in die Reha gekommen sei.

**Werbung entfernt**

# Eindrücke von der Tagung





Assistenzhündin Fidelia, 1 Jahr alt, war zum ersten Mal bei einer KIMM-Tagung dabei, hat aber schon etwas Wichtiges verstanden: in der Ruhe liegt die Kraft.



## Mein Leben auf der Achterbahn

Stefanie Brittner ist die Leiterin der Selbsthilfegruppe CI und Morbus Menière Aachen. In ihrem Vortrag zeichnete sie ihren ganz eigenen, schweren Weg mit der Krankheit Morbus Menière nach und fand größte Aufmerksamkeit.

Ich möchte Ihnen erzählen, wie Morbus Menière mein Leben verändert hat und wie ich gelernt habe, mit dieser Diagnose zu leben. Ich bin Krankenschwester und habe vor dem ersten Anfall gerne mit Schwerstkranken gearbeitet: auf der Intensivstation, der Palliativstation, der geschlossenen Psychiatrie und mit HIV-Erkrankten. Meine Hobbys waren das Tanzen in allen Variationen, Bergwandern, der Umgang mit Mensch und Natur insgesamt. 2003 habe ich geheiratet, ich lebe mit Mann, Hund und zwei Katzen in einer Doppelhaushälfte in der Nähe von Aachen. 2004 habe ich den Schritt in die Selbstständigkeit gewagt, mein Schwerpunkt war die Arbeit als Honorarkraft im ambulant betreuten Wohnen.

Das erstmalige Auftreten des heftigen Schwindels begann im Jahr 1992, damals war ich 27 Jahre alt. Der Schwindel kam total überraschend, als ich alleine in Berchtesgaden im Wanderurlaub war und abends nach einer wunderschönen Wanderung in einem guten Restaurant beim Essen saß. Plötzlich drehte sich alles, mir wurde schwarz vor Augen und ich erbrach im Schwall über Stunden. Sehr peinlich war mir das. Ich wurde mit dem Rettungswagen ins nahegelegene Krankenhaus gebracht, bekam Kochsalzinfusionen und Übelkeit dämmende Infusionen und wurde am Morgen danach wieder entlassen. Am gleichen Tag fuhr ich noch die 800 km bis nach Hau-



Stefanie Brittner gründete 2018 die SHG Aachen

se. Ich fühlte mich zwar etwas schlapp, aber ansonsten war alles in bester Ordnung.

Danach hatte ich bis 2007 keinen Schwindel mehr. Aber ich bekam wiederkehrende Hörstürze im Tieftonbereich, die sich aber immer wieder stabilisierten, und einen bleibenden Tinnitus von ca. 65 dB. Ab dem 50ten Hörsturz hörte ich auf zu zählen. Dementsprechend konnte ich meiner Arbeit als Krankenschwester auf der Intensivstation nicht verlässlich nachgehen. Krankmeldungen folgten auf Krankmeldungen, ich war total unzuverlässig für meine Kollegen. Im normalen Leben ist Zuverlässigkeit eine meiner Haupteigenschaften. Bedeutet: es war wirklich schlimm für mich. Es war auch schwer, meinen Mitmenschen

klarzumachen, dass es mir wirklich nicht gut ging.

Das werden viele von Ihnen kennen, Tinnitus hört man nur selbst. Und wenn das Hörvermögen stark schwankend ist, können auch viele nicht nachvollziehen, wie belastend so eine fluktuierende Hörsituation und das Gefühl von Watte und Druckgefühl im Kopf sein können.

So rutschte ich in eine schwere Depression. War über längere Zeit in einer psychosomatischen Klinik. Danach scheiterte eine Wiedereingliederung als Krankenschwester in der Psychiatrie, in der ich damals arbeitete.

Nach drei Jahren Zeitrente startete ich erneut ins Berufsleben, diesmal in der Seniorenbetreuung. Das klappte so gut, dass ich den Weg in die Selbstständigkeit wagte. Ich fing an, als Honorarkraft für diverse Betreuungsbüros zu arbeiten. Das ging sehr gut und ich war glücklich und zufrieden, endlich meine eigene Nische gefunden zu haben. Ich hatte mein Hobby zum Beruf gemacht.

2007 auf dem Weg nach Hause überkam mich im Auto wieder ganz plötzlicher Schwindel und schwallartiges Erbrechen, ich konnte den Wagen gerade noch an den Straßenrand lenken und hing dann erbrechend aus der Türe. Mehrere Passanten gingen wortlos an mir vorüber, die dachten wohl, ich sei betrunken. Nach einiger Zeit erbarmte sich jemand und rief einen Krankenwagen. Ich kam wieder mit Verdacht auf Schlaganfall ins Krankenhaus. Am nächsten Tag wurde ich wieder entlassen, alles bestens.

Da ich ein Stehauf"frauchen" bin, habe ich direkt weitergearbeitet. Einige Wochen

später, als ich zuhause war, bin ich durch einen Drehschwindel schwer gestürzt und habe mir eine Kopfplatzwunde zugezogen. Wieder hat mich ein Rettungswagen geholt, dieses Mal mit einem erfahrenen Sanitäter. Diesem Mann bin ich bis heute dankbar. Er brachte mich ins Klinikum Aachen und sagte in der Notaufnahme: „Verdacht auf Morbus Menière“ – was dort dann tatsächlich abgeklärt wurde. Nun hatte das alles einen Namen. Ich wurde von meinen Mitmenschen nicht mehr als Simulant wahrgenommen.

Im Krankenhaus ging ich damals schon auf Suche nach ebenfalls MM-Betroffenen. Ein Krankenpfleger auf der HNO Station empfahl mir, im Internet zu suchen. So bin ich in einem sehr empathischen, guten Forum gelandet, das heute leider nicht mehr existiert. Ich möchte gerne auf Ina Scholz verweisen, die dieses Forum mit viel Empathie aufgebaut hat. Dort lernte ich auch Edeltraud Mory kennen – sie leitet die Selbsthilfegruppe in Hannover –, die mich danach etliche Male aufgefangen hat.

Das war für mich damals sehr wichtig, denn die Ängste, die ein MM-Anfall auslöst, sind am Anfang schwer zu verarbeiten. Zumal bei mir nach den 8 Stunden Drehschwindel und Erbrechen alles wieder gut war, bis auf eine große Erschöpfung danach.

Ein Anfall bei mir sah so aus: starkes Erbrechen, kurz danach einsetzender Drehschwindel, irrsinniger Druck im Kopf, als ob ein Dampfdrucktopf überkocht, extreme Geräuschempfindlichkeit. Dann bin ich nicht mehr in der Lage, mich zu bewegen, ich liege ganz still, und bei der kleinsten Bewegung des Kopfes kommt häufig ein starkes Erbrechen hinzu. Dazu starker Harndrang und Stuhldrang. Das dauert dann zwischen



Stephanie Brittner fand ein aufmerksames und verständnisvolles Publikum

1 bis 12 Stunden. Aber nach dem Anfall ist ja vor dem Anfall, und ich hatte keine Sekunde Vorlauf.

Hier möchte ich einen kleinen Blick auf die Leistung unserer Lebenspartner lenken und allen, die so eine belastende Situation über Jahre aushalten, ein großes Dankeschön aussprechen. So etwas ist nicht selbstverständlich, im Laufe der Zeit habe ich einige Betroffene kennengelernt, deren Partner es nicht ausgehalten haben.

Bei mir war es so, dass mein Mann tagsüber arbeitete. Aber die Anfälle scheren sich nicht drum, wann sie kommen und ob da jemand Zeit hat. Bei mir kamen sie gerne nachts. Das bedeutete für meinen Mann,

Brechschaalen schleppen, Bettwäsche wechseln, Handtücher bringen, Notarzt rufen, und das alles über mehrere Stunden in der Nacht, die er eigentlich zum Regenerieren gebraucht hätte. Morgens hat er mich mit dem Nötigsten versorgt und musste sich dann auf die Arbeit konzentrieren, in dem Bewusstsein, dass die Partnerin daheim lag und sich nicht selbst helfen konnte. Wohl dem, der einen Partner hat! Wie geht es wohl erst den Betroffenen, die mit der Erkrankung alleine sind?

Mein Leben hat sich im Vergleich mit der Zeit vor der Diagnose in vieler Hinsicht geändert:

**Lärmempfindlichkeit:** Ich halte mich zunehmend vor größeren Menschenansammlungen fern. Telefonieren ist mir ein Graus. Zu Partys und Feiern gehe ich nur noch meinen Freunden zuliebe.

**Schwindel:** Ich kann nicht mehr im Dunkeln rausgehen. Das bedeutet, im Winter komme ich nach 17 Uhr nicht mehr raus. Vorbei ist es auch mit dem Autofahren, das wurde mir ärztlicherseits verboten. Tanzen? Bergwandern? Tschüss, meine Lieblingshobbys!

**Tinnitus:** Erholung und Entspannung habe ich so gut wie nicht mehr gefunden. Ich war nur noch genervt und keine angenehme Gesellschaft mehr für mein Umfeld.

**Schwerhörigkeit:** Zu den Begleitsymptomen des Morbus Menière gehört schwindendes Hörvermögen vor allem im Tieftonbereich, den wir zum Sprachverstehen brauchen. Da der Morbus Menière immer stärker wurde, die Anfälle immer häufiger kamen und ich auf Medikamente (offlabel) nicht reagierte, ließ ich 2010 eine Saccotomie durchführen. Das ist eine chirurgische



Eröffnung und Drainage des Sacculus endolymphaticus. Doch die hat bei mir nichts gebracht, die Folge war nur, dass ich auf dem betroffenen Ohr langsam komplett erlaubte. (Das ist ein OP-Risiko, es gibt auch einige Patienten, denen die Saccotomie Erleichterung schaffen konnte.)

Ich wollte nicht akzeptieren, dass der Drehschwindel mich immer wieder aus der Bahn wirft. So beschloss ich während eines Aufenthaltes im Klinikum schweren Herzens, eine Rente zu beantragen. Der Klinikaufenthalt war nach der Saccotomie; dort hatte man drei Mal in Folge versucht, mit Kortison mein Hören wiederherzustellen.

In dem Zustand war es mir nicht mehr möglich, täglich mehr als drei Stunden zu arbeiten. Erst wurde der Rentenantrag abgelehnt, aber nach einem Jahr Kampf habe ich ihn nach Widerspruch durchbekommen. Nebenbei habe ich noch um Anerkennung der Schwerbehinderung gekämpft, was ich auch erst nach Widerspruch geschafft habe.

Nun stand ich da – mit Mann, Haus, Hund, Katzen, Garten, und sonst nix. Ich hatte mich komplett von allem zurückgezogen, ich konnte einfach nicht mehr. Hinzu kamen noch fast täglich Tumarkin-Anfälle, ein plötzliches Hinstürzen (drop attacks), als wenn die Beine plötzlich ihren Dienst verweigern. Ich war psychisch absolut am Ende und hatte so gut wie kein soziales Umfeld mehr.

Ich hatte auch keine Lust mehr, mir von anderen immer wieder Schwindel-Geschichten anzuhören. Das werden viele von Ihnen kennen: Ach ja, Schwindel hatte ich auch schon mal ... und dann bekommt frau von zig Schwindel-Variationen erzählt, wobei keine auch nur im entfern-

testen dem MM-Schwindel entspricht. Soll heißen: Stell dich nicht so an ... Aber wenn jemand zufällig einen MM-Anfall bei mir gesehen hat, bekam er sofort Verständnis für meine Situation, war sogar übertrieben besorgt. Aber die Anfälle sehen ja selten Menschen, die nicht mit einem zusammenleben.

Job ging auch nicht mehr. Meinen kleinen Neuwagen, den ich mir für mein Unternehmen gekauft hatte, musste ich wieder verkaufen, ich durfte ja nicht mehr Auto fahren. Bus war undenkbar, ich hatte viel zu viel Angst vor einem Anfall. Und mein Mann musste arbeiten und konnte mich nicht ständig begleiten. Von dem Erlös des Autos kaufte ich mir ein eTrike, ein Liegerad mit 3 Rädern, mit Akku. So war ich an guten Tagen mobil.

Heute kann man in so einem Zustand eine Pflegestufe beantragen, damals ging das noch nicht. Ich war an einem Punkt angelangt, wo ich glücklich war, wenn ich stationär ins Klinikum kam, denn dort wurde ich versorgt.

Meine Ertaubung auf der linken Seite ließ mich über ein CI nachdenken. Der Versuch einer Hörgerät-Anpassung erfolgte zu spät, da ließ sich nichts mehr machen, das Hörgerät lag fast nur in der Schublade.

Ich nahm 2014 zu diversen Kliniken Kontakt auf, um mich zwecks Cochlea-Implantation zu informieren. Die Entscheidung fiel dann auf Aachen, weil ich nicht mehr Auto fahren konnte und die Anpassung über ein Jahr ambulante Reha bedeutete. Dass es auch stationär möglich gewesen wäre, wurde mir damals auf Anfrage vom Logopäden verneint. Es ist auch heute leider noch so, dass sich viele Kliniken mit der Reha-Bearbeitung schwertun.

Im Oktober 2015 bekam ich also mein CI auf der linken Seite, das rechte Ohr ist bei mir komplett gesund, Gott sei Dank. Die Anpassung lief leider nicht gut. Ich konnte mich zu Hause überhaupt nicht auf das Hörtraining konzentrieren, zu dem Grund dafür komme ich gleich.

Bei der CI-Einlage wurde noch eine Cochleo-Sacculotomie durchgeführt. Das heißt, mein Labyrinth wurde während der OP mit einem Haken zerstochen. Das führte bei mir zu 20 Stunden Ausfallschwindel nach der OP. ABER: seitdem habe ich keinen MM-Drehschwindel mehr. Ich musste nur lernen, mit einem ständigen Schwindel zu leben, was auch eine sehr große Herausforderung darstellte. Daher war die CI-Anpassung auch so schwer, weil meine Hauptkonzentration auf dem wiederzuerlangenden Gleichgewicht lag! Dafür brauchte ich 1,5 Jahre. Dann durfte ich wieder Auto fahren. Jetzt habe ich immer noch Schwankschwindel, Gangunsicherheit und ab und an auch Stürze. Aber wenn ich den Kopf nicht unerwartet bewege, bin ich meist schwindelfrei!

Aber das Verstehen mit dem CI wollte einfach nicht in meinen Kopf. Ich hörte zwar gut und war darüber war auch sehr glücklich. Aber das Verstehen war gleich null.

Da wurde mir dann doch endlich eine stationäre Reha gewährt. Ich kam im Januar nach Bad Nauheim in die Kaiserberg-Klinik. Das war ein SEGEN. Ich hatte das Glück, auf sehr viele nette, empathische Menschen und tolle Therapeuten zu treffen. Da gab es so viele Menschen mit CI, die alle ähnliche Probleme wie ich hatten. Ich lebte wieder auf, hatte wieder Kontakte, bekam Feedback, wurde ernst genommen. Ich bin Dr. Zeh, dem Leiter der Kaiserberg-Klinik, so dankbar, dass er mich verstanden hat. Er hat mich arbeitsunfähig entlassen. So habe



ich nun eine unbefristete Rente und eine Sorge weniger.

Das Ergebnis für mich in dieser Reha: Ich habe gelernt, mit meinen Ängsten bezüglich des Schwindels umzugehen. Das Verstehen mit dem CI im Störschall ist sehr gut geworden. Das Richtungshören funktioniert, und in der Reha war sogar das Telefonieren – nicht über das CI verkabelt – möglich. Das funktioniert inzwischen leider nicht mehr, denn das Üben daheim ist einfach mühsam. Mein Antrag auf eine sehr gute Lernsoftware zum Hörtraining (Audio-Log) wurde leider abgelehnt.

Ich habe immer noch guten Kontakt zu einigen liebgewonnenen Menschen aus der Reha-Zeit. Nach der ersten Woche Reha kam meine Tischnachbarin Katja Fiebig auf die Idee, ich könnte doch eine Selbsthilfegruppe für Morbus Menière und CI gründen. Sie stellte den Kontakt zu Oliver Hupka her, dem Vizepräsidenten der deutschen Cochlea Implantat Gesellschaft (CI). Dieser vermittelte mich weiter an den CI-Verband NRW e. V. und dessen Vorsitzende Marion Hölterhoff, die mir seitdem mit Rat und Tat zur Seite steht.

Dann ging alles recht schnell. Das erste Treffen der deutschlandweit ersten SHG MM und CI konnte schon im Mai 2018 stattfinden. Herr Professor Westhofen vom Aachener Klinikum stellt uns für unsere Treffen die Bibliothek der HNO zur Verfügung. Beim ersten Treffen waren wir 12 Teilnehmer. Ich war platt über so ein großes Interesse – was für eine Entwicklung!

Ich bin nun berentet, arbeite auf 450-Euro-Basis für meinen früheren Chef im ambulant betreuten Wohnen, mache oft Yoga, gärtnerne mit wachsender Begeisterung in meinem Hortus (Permakultur-Garten), übe mich in Achtsamkeit und führe ehrenamtlich die Selbsthilfegruppe. Andere Frauen mit 54 Jahren haben ein ganz anderes Leben. Mein Leben ist geprägt von Einschränkungen, aber ich lerne täglich mehr, gut damit umzugehen, und lerne immer mehr, mich nicht ständig zu vergleichen.

**Fazit:** Ich bin glücklich, dass ich meinen Lebensmut, meine Lebensfreude in der

Reha in Bad Nauheim wiedergefunden habe. Auch wenn ich weiß, dass wir hier in St. Wendel sind: Alle Kliniken, die bei KIMM e. V. aufgeführt sind, machen gute Arbeit, jeder muss für sich selbst herausfinden, wo er/sie sich am wohlsten fühlt.

Mein Hauptaugenmerk bei der SHG-Tätigkeit liegt auf der Empathie. Ich finde, es tut gut, wenn man weiß: du stehst nicht alleine da. Im Notfall bin ich für die SHG-Gruppenmitglieder auch privat zu erreichen.

**Was auch noch wichtig ist:** Es gibt zig Menière-Formen, es ist ganz schwer, sich mit anderen zu vergleichen. Ich bin seit Jahren als Patientin im Aachener Klinikum, der dortige Professor Westhofen forscht an Morbus Menière. Mit ihm bin ich in gutem Kontakt, sodass ich relativ schnell über Neuerungen informiert bin.

Zurzeit wird bei mir gerade die Vestibuläre Migräne abgeklärt, aber das ist wieder ein anderes Thema ...



Zum herzlichen Dankeschön erhielt Stephanie Brittner noch einen Blumenstrauß von Oberärztin Dr. Voineag

# Eindrücke aus den Workshops

## Die Tagungsteilnehmer konnten zwischen drei Workshops wählen:

**WS 1:** Klinikbesichtigung mit Erläuterung der Reha-Einrichtungen für MM-Patienten. Die Führung übernahm Dr. Voineag selbst, zusammen mit Eva Sträßer, die eindrucksvolle Hörübungen im Audiometrie-Bereich durchführte.

**WS 2:** Gleichgewichtstraining mit dem Leiter der Sporttherapie, Carsten Zöhler, der die Teilnehmer in Schwung brachte.

**WS 3:** Gesprächskreis für Angehörige von Betroffenen („Und wer fragt nach mir?“) unter der Leitung von Fred Knäbel, KIMM e. V.



WS 1



WS 2



WS 2



WS 3



WS 1



WS 3



WS 2



WS 2



WS 2

## Tagungsausklang und Dank



KIMM-Mitglied Renate Knäbel dankte am Schluss der Vorsitzenden Margarete Bauer für ihr großes Engagement und die gelungene Tagung ...



Auch von Dr. Voineag erhielt Margarete Bauer ein herzliches Dankeschön und Blumen ...



... worüber sich die Geehrte sehr freute.



Ein herzlicher Applaus beendete den offiziellen Teil der Tagung.



... was die KIMM-Vorsitzende gleich mit einem Gegen-  
geschenk an Dr. Voineag parierte.



Auch an die beiden Workshopleiter Fred Knäbel und  
Carsten Zöhler ergingen Dank und Präsentе



Ein gut gelauntes Tagungsteam (v. l. n. r.): Christiane Heider, Eva Sträßer, Dr. Monica Voineag, Margarete Bauer,  
Gerlinde Koletzki-Rau

## ... um anderen Betroffenen Mut zu machen

**Den Vorstand von KIMM e.V. erreichen immer wieder Mails und Briefe, in denen Betroffene ihre eigenen Erfahrungen mit der Menière-Erkrankung schildern. Oft sind diese Berichte so eindrücklich, dass wir ihre Verfasser dazu ermuntern, ihre Erfahrungen in KIMM aktuell weiterzugeben. Denn es ist wichtig zu hören, wie es anderen mit ihrer Krankheit geht, und sich selbst mitzuteilen. Wir freuen uns über jede Zuschrift!**

## Sieben Jahre mit Morbus Menière – bis er plötzlich verschwand

Zunächst war ich geplagt mit Migräneanfällen. Beginn 1951, Ende: 50 Jahre später. War ich froh! Kein Schmerzmittel hatte geholfen, nach drei Tagen war der Spuk dann vorbei. Wegen chronischer Erschöpfung musste ich meinen Job aufgeben und erhielt Frührente. Sieben Jahre später kam es aber noch schlimmer, mit MM-Anfällen. Eines Morgens deckte ich den Tisch für Gäste. Plötzlich kam der Schwindel, der mich gänzlich überraschte. Ich wusste damals noch nichts über MM. Nach ca. 4 Stunden war alles wieder vorbei. Das war der Beginn der sieben Jahre andauernden Anfälle. Es kam immer plötzlich, meistens am Morgen, und dauerte zwischen 5 und 12 Stunden. Ich war immer allein, da meine beiden Kinder ja berufstätig sind und ich seit 25 Jahren verwitwet bin. Ich lag im Bett und alles drehte sich, mir war übel, ich musste aufs WC, aber wie?

Es gab die unglaublichsten Situationen. Das Betahistin half mir nicht. Am nächsten Tag war ich immer wie gerädert und

konnte nichts tun. Meine Enkel schenkten mir einen Kaffeepads-Automaten, weil ich das Gefühl hatte, ein Kaffee würde mir ein klein wenig helfen. Ich stellte das Gerät auf den Nachttisch, so konnte ich mir morgens mit Mühe einen Kaffee aufbrühen. Als mich einmal Nachbarn besuchten, standen sie hilflos am Bett, aber sie riefen einen Arzt. Es war Sonntag, und da kam der Notdienst aus Freiburg. Der Arzt sagte, er könne mir nicht helfen, und gab mir Tabletten gegen die Übelkeit. Seltsamerweise ging es mir besser, wenn jemand bei mir war. Das Reden tat mir gut. Ob das psychisch war?

So ging ein Jahr ums andere dahin. Immer diese Anfälle, man wusste nicht, wann sie kamen, aber sie kamen. Und so konnte ich kaum noch das Bett verlassen. Der Eimer stand inzwischen immer neben mir im Bett, ich war während der Anfälle so schwach, dass ich im Liegen in den Eimer „lachte“. Wenn der Anfall vorüber war, fiel ich in einen tiefen Schlaf.

Im September 2015 hatte ich einen Schlaganfall. Daraufhin folgte eine 3-wöchige Reha in der Geriatrie. In den letzten zwei Tagen meines Aufenthaltes hatte ich so einen schweren Anfall, dass ich nicht mehr aufstehen konnte. Auch hier konnte mir der Arzt nicht helfen. Am nächsten Tag wurde ich entlassen. Zum Packen brauchte ich vier Stunden, so elend ging es mir. Eigentlich wollten mich meine Töchter abholen, doch in meinem Zustand war es besser, dass ich mit dem Krankenwagen nach Hause gebracht wurde.

Erst später erkannte ich, dass dieser Anfall das „Ausbrennen“ des MM war. Auf dem rechten Ohr höre ich seitdem fast nichts mehr. Seither kam kein Anfall mehr. Aber ich bekam den weitaus harmloseren Lagerungsschwindel, der keinesfalls vergleich-





bar mit dem MM ist. Da ich diesen Schwindel fast täglich habe, kann ich alleine nicht mehr das Haus verlassen. Aber wenigstens ist mir nicht schlecht, und in der Wohnung behelfe ich mich mit Gehstöcken oder dem Rollator. Mit einer Gymnastik könnte man den Schwindel bessern, aber der Arzt sagt, ich sei zu „klapprig“ dafür.

Dann bekam ich vor 4 Jahren noch einen Schlaganfall. Ich habe in einem Jahr 16 kg abgenommen, kann essen und trinken, was ich will, nehme nicht zu und nicht ab. Es gibt keinen ärztlichen Befund, warum das so ist. Mein Diabetes 2 HbA1c-Wert ist bei 5,9 und mein Blutdruck ist auch normal. Alles ist jetzt gut, auch die 7-jährige Schlafapnoe ist verschwunden, für die ich eine Maske tragen musste. Die Wortfindungsstörung nach dem Schlaganfall ist durch die mehrstündige Therapie bei einer Logopädin auch fast wieder verschwunden. Insgesamt gesehen hatte ich Glück im Unglück. Allerdings verliere ich immer mehr an Kraft und kann nur noch wenig selbst tun, was mir sehr schwer fällt, da ich immer sehr eigenständig war. Wegen meiner seit ca. 20 Jahren rheumatoiden Arthritis kann ich kaum noch gehen

und nur in Begleitung meiner Töchter mit dem Rollstuhl aus dem Haus. Nachts stehe ich bis zu 5-mal auf, um Wasser zu lassen. Dazu kommt noch die chronische jahrelange Erschöpfung.

Nun bin ich mittlerweile 82 Jahre alt, was will man da sagen? Ich bin bestens versorgt. Meine Töchter und Enkel tun für mich, was sie können. Sie sind aufmerksam und erfüllen mir jeden Wunsch, so gut es geht. Das Essen wird mir täglich von der AWO gebracht. Die Diakonie zieht mir morgens die Stützstrümpfe an und abends wieder aus. Ich kann mich also nicht beklagen, denn ich habe alles, was ich brauche.

Ich habe schon viel im Leben mitgemacht, doch der MM war das Allerschlimmste. Aber jetzt ist er verschwunden – nach 7 Jahren. Irgendwo habe ich gelesen, dass er eventuell wiederkommen kann, aber ich glaube fest daran, dass er mich nicht noch einmal treffen wird.

*Diesen Text erhielt KIMM e. V. von einer Betroffenen, die gerne anonym bleiben möchte. Der Name ist der Redaktion bekannt.*

## Selbsthilfegruppe MM Würzburg bereits seit 25 Jahren aktiv

Bereits seit einem Vierteljahrhundert gibt es die SHG Morbus Menière in Würzburg. Dieses besondere Jubiläum nahm die Gruppe zum Anlass für eine kleine Feier mit Führung durch die Würzburger Stadtgeschichte. Wolfgang Meidel, der Leiter der Würzburger Gruppe, schrieb darüber für *KIMM aktuell* den folgenden Bericht, in dem er auch der Gruppengründerin und früheren Leiterin Margarete Bauer dankt.

Um das 25-jährige Bestehen zu würdigen, trafen sich Mitglieder und deren Angehörige im Würzburger Rathaus. Willi Dürrnagel, Würzburger Stadtrat, Historiker und profunder Kenner der Stadtgeschichte, begrüßte die Gruppe an einem Samstagnachmittag und führte sie durch den historischen Teil des Rathauses. Kurzweilig und fachlich fundiert verstand er in verschiedenen Sitzungssälen und Räumen die Würzburger Stadtgeschichte aufzugreifen und zu erläutern. Im Ratssaal angekommen, bestaunte man die beeindruckenden Gemälde zur über tausendjährigen Stadtgeschichte.

Wolfgang Meidel, der Leiter der Gruppe, richtete in einer kurzen Ansprache den Blick auf die Selbsthilfearbeit der vergangenen Jahre. Die Gruppe umfasst derzeit etwa 20 Mitglieder. Sie war und ist über die Jahre für viele Betroffene und deren Angehörige stets ein kompetenter Ansprechpartner und bildet ein Forum für den Erfahrungsaustausch. Besonders erfreulich ist, dass kontinuierlich neue Betroffene Rat und Unterstützung in der Gruppe suchen und das Gruppenleben bereichern. Fachvorträge und gesellige Aktivitäten standen immer wieder auf dem Programm. Beispielsweise wurden in jüngster Zeit Ärzte der Uniklinik

Würzburg in die Gruppe eingeladen, um über klinische Behandlungsmöglichkeiten und Erfahrungen zu berichten. Organisiert wurde auch ein Vortrag von Referentinnen zur Teilhabe- und Sozialberatung. Fragen zur Rente, Schwerbehinderung, zu Reha-Maßnahmen und Alltagsbewältigung wurden beantwortet. Möglichkeiten, sich mit elektronischen Medien und dem Smartphone Unterstützung im Umfeld von Hörminderung zu holen, wurden ebenfalls zum Thema in der Gruppe. Immer wieder waren die hilfreichen Erfahrungs- und Fragerunden Bestandteil der Gruppentreffen.

Die Selbsthilfegruppe beteiligte sich in den vergangenen Jahren regelmäßig an verschiedensten Veranstaltungen der Stadt Würzburg und nutzte die Gelegenheit zur Öffentlichkeitsarbeit durch Informationsstände an den Gesundheitstagen oder der Main-Franken-Messe. Auch durch den gerade neu überarbeiteten Flyer, in dem das Krankheitsbild und die Arbeit der Selbsthilfegruppe beschrieben wird, macht man auf sich aufmerksam und versucht, Verständnis für die Problemlagen der Menière-Erkrankung zu wecken. Weitere Betroffene werden angesprochen und neue Mitglieder zum Besuch der Selbsthilfetreffen herzlich eingeladen.

Dank sprach der Gruppenleiter dem Aktivbüro der Stadt Würzburg aus. Die Mitarbeiter seien stets um Unterstützung der Selbsthilfegruppen bemüht. Sie helfen in vorbildlicher Weise durch das Bereitstellen kompetenter Gesprächspartner bei organisatorischen oder finanziellen Fragen. Bei der Bereitstellung und Ausstattung von Versammlungsräumen, bei der Organisation von Austausch und Kommunikation unter den Gruppen, bei der Etablierung der Selbsthilfe an der Uniklinik, bei der Fortbildung der Gruppenleitungen, bei der Schaf-



Willi Dürrnagel (li.), Margarete Bauer und Wolfgang Meidel

fung eines Organisations- und Rechtsrahmens zur Arbeit der Gruppen und nicht zuletzt bei der Beschaffung und Verteilung finanzieller Unterstützung sowie bei Erstellung und Betreiben eigener Internetseiten kann die Selbsthilfegruppe sich auf Unterstützung verlassen. Hier leistet die Stadt Würzburg mit dem Aktivbüro wertvolle und unverzichtbare Hilfe.

Der Gruppenleiter betonte, dass bei diesem Jubiläum Gelegenheit besteht, allen zu danken, die bereit waren, für die Gruppe in verschiedenen Bereichen Verantwortung zu übernehmen und sich für die Selbsthilfe einzusetzen. Stellvertretend für diese Personen, aber auch wegen ihres herausragenden Engagements sprach er an diesem Tag seinen besonderen Dank an Margarete Bauer aus. Sie hatte die Gruppe im Oktober 1994 gegründet und viele Jahre als Vorsit-

zende, dann bis heute als stellvertretende Gruppenleiterin begleitet. Um ihre Arbeit für die SHG Morbus Menière in Würzburg zu würdigen, überreichte er ihr unter dem Beifall der Mitglieder einen Blumenstrauß und dankte von ganzem Herzen.

Ein ebenfalls herzlicher Applaus richtete sich an Herrn Stadtrat Dürrnagel für die kundige Führung und seine Unterstützung dabei, einen Rahmen für die kleine Jubiläumsfeier zu finden. Wolfgang Meidel überreichte Herrn Dürrnagel zum Dank einen Bocksbeutel besten Frankenweines.

Im Anschluss an die Führung traf man sich im Ratskeller zum gemeinsamen Abendessen und beendete das Treffen bei guten Gesprächen und in angenehmer Runde.

*Wolfgang Meidel*

## Neue Selbsthilfegruppe Morbus Menière im Rhein-Lahn-Kreis gegründet

Für KIMM e. V. ist es immer eine besondere Freude mitzuteilen, dass sich eine neue Selbsthilfegruppe gegründet hat. Diesmal ist der Treffpunkt der Gruppe im Rhein-Lahn-Kreis. Der Initiator und Leiter der SHG ist Werner Dory aus Bad Ems, er hat die folgenden Informationen an die Redaktion von *Kimm aktuell* geschickt.

Mein Name ist Werner Dory, ich bin 59 Jahre alt und habe Morbus Menière mit beidseitigem Vestibularisausfall seit über 10 Jahren. Die bestätigte Diagnose habe ich seit 2014, seit diesem Tag sind meine beiden Gleichgewichtsnerven ausgebrannt.

Bei meiner letzten Reha-Maßnahme 2016/2017 in St. Wendel habe ich mehrere Patienten aus dem Rhein-Lahn-Kreis kennengelernt und wir haben uns seitdem immer zum Austausch getroffen. Am 1. Januar 2019 kam ich erneut in die Reha nach St. Wendel und habe dort mehr Informationen über KIMM e. V. erhalten. So kam ich auf die Idee, im Rhein-Lahn-Kreis eine Selbsthilfegruppe zu installieren. Ich setzte mich mit Frau Bauer in Verbindung, die mir alle nötigen Informationen und Hilfestellung gab.

Am 4. Oktober war es so weit: wir starteten unser erstes Treffen in Bad Ems, als Selbsthilfegruppe des Rhein-Lahn-Kreises. Bei diesem ersten Treffen waren wir drei Personen, zwei hatten an diesem Tag leider wegen eines Anfalls absagen müssen. Das Kennenlernen von Gleichgesinnten und der Austausch miteinander waren für alle ein Highlight. Wir hatten einen ruhigen Platz und unterhielten uns bei Essen und Getränken hervorragend. Ich konnte dann noch von der Tagung in St. Wendel berich-



Walter Dory

ten, was für alle ebenfalls als sehr informativ aufgenommen wurde.

Die zukünftigen Treffen finden immer alle zwei Monate im Ristorante Pizzeria Laguna, Rheinstraße 6, 56338 Braubach statt. Wir treffen uns dort immer am ersten Freitag des Monats um 18:00 Uhr.

Die kommenden Termine sind:  
03.01.2020, 06.03.2020, 08.05.2020,  
03.07.2020, 04.09.2020, 06.11.2020

Um Voranmeldung wird gebeten unter:  
[Menière-rhein-lahn@gmx.de](mailto:Menière-rhein-lahn@gmx.de)

Oder telefonisch unter  
0171/5803770 (mobil)  
oder 02603/504275 (Festnetz)

Werner Dory  
Leiter der SHG Rhein-Lahn

## Die SHG Hannover feierte ihr 10-jähriges Bestehen

Vor 10 Jahren wurde die Selbsthilfegruppe Morbus Menière in Hannover gegründet. Dieses Ereignis wurde von der Gruppe am 12. Oktober 2019 mit einem Festprogramm im Lister Turm in Hannover begangen. Edeltraud Mory hatte die Gruppe damals aus der Taufe gehoben und leitet sie bis heute.

Zum Auftakt des Festprogramms, zu dem auch zwei Fachvorträge gehörten, berichtete Frau Mory über die Entstehung und die Aktivitäten der SHG. Zuerst schilderte sie, was sie empfand, als sie vor 11 Jahren aus der Reha kam. Einige Zeit später war sie auf die Suche nach anderen Menière-Betroffenen gegangen, hatte sich Hilfe geholt und so kam es zu einem ersten Treffen mit drei anderen Betroffenen im September 2009. Die Gruppe entwickelte sich weiter und wurde größer.

Bis heute haben schon 97 Personen Hilfe in der Gruppe gesucht. Nicht alle sind geblieben, aber es besteht eine Gruppe regelmäßiger Teilnehmer. Auch telefonisch oder per Mail kommen Anfragen, die beantwortet werden, soweit es uns möglich ist. Es kommen immer wieder Neue in die Gruppe, es gehen aber auch welche, die zum Beispiel in guten Zeiten nicht mehr an die Anfälle erinnert werden möchten.

Manchmal holen wir Referenten in unsere Gruppenstunden, z. B. Akustiker oder Physiotherapeuten. Auch Psychologen aus einer Reha-Klinik in Bad Salzflun waren schon zu Gast. Immer wieder werden bestimmte Themen vorbereitet, die von Interesse sind. So haben wir Gleichgewichtsübungen eingeübt und Entspannungsverfahren ausprobiert. Ganz wichtig ist der Austausch untereinander, er steht im Vordergrund.



Edeltraud Mory dankt Herrn Professor Lenarz für seinen Vortrag.



Am Schluss erhielt Gruppenleiterin Edeltraud Mory (re.) als Dankeschön noch ein Präsent

Frau Karolin Sch mugler, Akustikmeisterin von Hörgeräte Korallus in Garbsen, informierte im Anschluss über Zusatztechnik für Schwerhörige mit Hörgerät und Cochlea-Implantat. So gab sie uns einen Überblick, welche Hilfsmittel noch zusätzlich eingesetzt werden können, wenn das Hören nicht mehr gut ist. Sie zeigte uns Lichtsignalanlagen, die für Telefon, Haustürklingel und Babyphone anzuschließen sind, ebenso Rauchmelder oder Wecker mit Lichtsignal oder Vibration. Auch die Möglichkeiten der gesprächsunterstützenden Möglichkeiten wie Mikrofon- und Induktionsschleife hat sie uns näher erläutert. Dafür bedankten wir uns bei ihr mit einem Präsent.

Herr Professor Dr. Thomas Lenarz, Leiter der HNO-Abteilung der Med. Hochschule Hannover, erklärte noch einmal, wie das Hören funktioniert und welche Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten es bei Morbus Menière gibt. Dabei erfahren wir, dass die Medizinische Hochschule Hannover an einer Studie über Betahistin als Nasenspray teilnimmt. Professor Lenarz konnte aber noch keine weiteren Aussa-



Akustikmeisterin Karolin Sch mugler

gen darüber machen, weil die Studie noch läuft und nicht ausgewertet ist. Außerdem berichtete er über einen Bluttest, bei dem ein Biomarker, das Otoferlin (Eiweiß aus dem Innenohr), im Anfall und auch danach nachweisbar ist. Dieser Bluttest könnte in Zukunft als Untersuchungsmethode direkt im oder nach einem Anfall eventuell andere ersetzen. Wenn das Sprachverstehen schlecht ist, obwohl die Hörkurve noch besser ausfällt, so ist ein Cochlea-Implantat empfehlenswert. Auch bei Professor Lenarz bedankten wir uns mit einem Präsent.

Die Stimmung war ausgezeichnet, es waren mit den Referenten insgesamt 37 Teilnehmer, die sich in den Pausen bei Kaffee und kalten Getränken gut unterhielten. Auch mit den Referenten wurden Gespräche geführt. In einem Gespräch mit Herrn Professor Lenarz wurde vereinbart, dass die SHG demnächst im Hörzentrum der MHH eine Beratungssprechstunde anbieten kann.

*Edeltraud Mory*  
SHG Hannover

## Aktiv sein mit Morbus Menière – oder gerade deswegen

Die Selbsthilfegruppe Nürnberg spricht bei ihren Treffen immer wieder über das Thema Bewegung und Selbstaktivierung bei Morbus Menière. Die Gruppenleiterin Christiane Heider konnte drei Nürnberger Mitglieder – Claudia, Ralf und Peter – dazu anregen, ihre Erfahrungen mit diesem Thema aufzuschreiben. Christiane Heider beschreibt einleitend, wieso Bewegung bei Morbus Menière so wichtig ist und warum es gleichzeitig so schwer ist, diese Einsicht in die Tat umzusetzen.

Morbus Menière hat viele Gesichter. Bei manchen treten die Anfälle in Schüben auf, bei anderen täglich, einige Male pro Woche oder auch nur ein paarmal im Jahr.

Die Glücklichen unter ihnen sind nach ein paar Stunden wieder fit, die Übrigen fühlen sich nach Tagen immer noch wie unter einer Glasglocke.

Eines haben aber alle gemeinsam: das Leben mit Morbus Menière zieht einem den Boden unter den Füßen weg, der bisherige Alltag liegt in Scherben. Es dauert einige Zeit, manchmal Jahre, bis sich wieder so etwas wie Normalität einstellt. Den meisten gelingt es am Beginn der Erkrankung nicht, ihr aktives Leben weiterhin mit Sport und Bewegung zu bereichern. Die bisherigen Lebensstrukturen können gar nicht oder nur unregelmäßig weitergeführt werden.

Wer sich im Abwärtsstrudel der Gefühle befindet, kann die Kraft für Sport und Bewegung oft nicht mehr aufbringen. Der innere Schweinehund tut dann noch sein Übriges, und Ausreden sind im Überfluss vorhanden.

Diese Situationen kennen alle zur Genüge. Für den MM-Treff Nürnberg ist dies auch immer wieder Thema bei Gruppentreffen.

Heute möchten wir Euch Mut machen, Euch inspirieren und anregen, wieder in Gang, in Fluss, in Bewegung zu kommen. Drei Mitglieder der Nürnberger Gruppe lassen Euch an ihrer Bewegung teilhaben. Jeder Aufbruch, jede Bewegung beginnt mit dem ersten Schritt.

Also – auf geht's. Nur Mut. Ich wünsche Euch allen eine gute Zeit und viele aktive Ideen.

*Christiane Heider*

## Wandern und Yoga

Warum nicht den Morbus Menière in den Hintergrund drängen? Warum nicht die „guten“ Tage mit etwas Aktivem füllen? Warum nicht selbst etwas tun, statt warten, dass etwas passiert?

Ich habe für mich zwei Sachen gefunden, die ich fest in meinen Ablauf eingebaut habe: Wandern und Yoga. Das Wandern bedeutet Bewegung, Natur, Frische, den Kopf frei kriegen. Es ist gut für Körper und Geist. Yoga bedeutet Ruhe, Entspannung, Runterkommen. Aber auch den Körper fordern, das Gleichgewicht trainieren und lernen, zufrieden zu sein, zu akzeptieren, wie es ist, und sich freuen auf das, was man noch erreichen kann.

Immer dabei ist das „MM-Notfall-Paket“: Tüte für den Fall, wenn der Schwindel in Erbrechen endet, und Vomex, um die Übelkeit zu verhindern.



Beim Wandern bin ich nicht alleine, es ist immer mindestens eine Person oder mehrere dabei, die über meine Krankheit Bescheid wissen und jederzeit helfend eingreifen können.

Obwohl der Fall schon seit Jahren nicht mehr eingetreten ist. Mir geht es gut.

*Claudia*

## Wenn ich auf dem See bin, bleibt der Menière an Land

Aktiv sein sollten wir alle als Menière-Patienten. Kein Tag ohne Gleichgewichtsübung, kein Tag ohne sich bewusst zu machen, dass der Schwindel auf den günstigen Moment wartet. Aber immer nur das Training, das mich an meinen Freund Menière erinnert?

Bei mir wurde vor fast 10 Jahren Morbus Menière diagnostiziert. Und ich hatte Glück, dass mich unsere Betriebskrankenschwester bei einem meiner ersten Anfälle ins nahe gelegene Krankenhaus fahren ließ. Dort konnten die Ärzte mich gleich begutachten. Ich könnte mir nicht vorstellen, im Schwindelanfall ohne Hilfe irgendwohin zu kommen. Am liebsten nach Hause, ins Bett und ein bisschen Dunkelheit.

Aber mein Hobby ist das Segeln. Als Binnenländer mitten im wasserarmen Franken ist das so eine Sache. Ich hatte mich am Brombachsee bei der Segelschule angemeldet. Das war wohl um die gleiche Zeit, wie bei mir der Menière anfang. Schnell wurde mir klar, dass mir beim Segeln der kleine und der große Brombachsee zu klein werden. Für einen Tagesausflug genial, aber warum nicht auch nach Dänemark, England, Griechenland oder über den Atlantik auf dem Wasser unterwegs sein?

Es tut mir so gut, auf dem Boot zu sein. Auf dem See, Wind um die Ohren, fern des täglichen Seins – meine Entspannung pur. Auch wenn es mal windet, auch wenn das Segeln zum Sport und anstrengend wird. Ich will ja das Boot, mich und meine Mitsieger wieder heil an Land bringen. Vor allem, ohne nass zu werden. Manchmal glaube ich, wenn ich auf dem See bin, dann ist der Menière an Land geblieben, ich fühle mich da befreiter.

Mein HNO-Arzt kann das gar nicht verstehen – als Menière-Patient segeln zu gehen. Vor allem als ich ihm berichtete, dass der nächste Törn von Heiligenhafen an der Ostsee nach Southampton im Süden von England geht. Ein Stück durch die Ostsee, dann durch den Kanal von Kiel nach Brunsbüttel, an den Ostfriesischen Inseln entlang, quer über den Ärmelkanal und in Dover wieder





Land sehen. Okay, das Wetter war auch für den Skipper, der das beruflich macht, herausfordernd, die Wellen hoch und das 13-Meter-Segelboot kam mir da schon ganz schön klein vor. Der Kaugummi hat nicht geholfen und da war er wieder, der Schwindel – aber nicht als Menière, halt als Seekrankheit. Aber auch dieser Sturm ging vorbei, und die Tage entlang der Kreidefelsen zu segeln waren einfach genial. Wieder war es ein emotionaler Höhenflug, angetrieben vom Wind durch das Wasser zu gleiten. Bisher meine längste Fahrt. Mal sehen, was noch kommt. Die nächste Fahrt ist jedenfalls von Eckernförde nach Brest in Frankreich geplant. Irgendwann der Atlantik?

*Peter*

## Walking, oder wie ich auf den Stock gekommen bin

Wer kennt das auch? Man setzt sich früh ins Auto, um zum Büro zu kommen, wo man sich an den Arbeitsplatz setzt. Nach Feierabend zurück, um sich an den Tisch zu setzen und später in den Garten oder aufs Sofa und so weiter.

Ich war als Handwerker das lange Sitzen von Berufs wegen zuerst nicht gewöhnt. Aber mit Fortbildungen und nachdem ich im Büro eingesetzt wurde, kam es auch bei mir so.

Deswegen habe ich schon früh den körperlichen Ausgleich gesucht, mit Fahrradfahren und Schwimmen. Der Körper verlangte nach Bewegung und ich war stolz auf meine Fitness.

Ich weiß noch, wie es anfangs mit meinen ersten Schwindelanfällen war, die ich mit fortschreitender Menière-Erkrankung bekam. Die kamen praktisch fast immer nach längeren Ruhezeiten, wie am Wochenende, wenn ich lange gelegen hatte. Oder wie bei dem Anfall neulich, wenn das Wetter schlecht war und ich nachlässig mit dem Rausgehen wurde.

Wenn da innerlicher, seelischer Druck hinzukommt, wird's gefährlich. Mein Innenohr ist ein guter Sensor und meldet mir den Druck spürbar zurück.

Natürlich habe ich mich intensiv darum gekümmert, was mir außer den Tabletten vom Ohrenarzt noch helfen könnte. Mir wurde bestätigt:

- Sport hilft gegen Stress (Druck)
- Sport hilft als Ausgleich
- Sport reduziert sowohl körperlichen als auch seelischen Ballast

## Selbsthilfegruppen vor Ort

- Bewegung hilft der Psyche
- Das Gleichgewichtsorgan wird trainiert

Die durchweg positiven Effekte des körperlichen Ausgleichs können wir somit als fertig abgehandelt betrachten.

Als wir uns in der Firma für einen Stadtmarathon anmeldeten, wollte ich natürlich dabei sein. Ich hielt mich ja für fit genug. Bereits bei den ersten Trainingseinheiten wurde mir aber schnell klar, dass Läufermuskeln andere sind als Radfahrermuskeln. Auch dass das Radfahren viel knieschonender ist als das Joggen. Denn es kamen Knieprobleme. Aber unterkriegen lassen wollte ich mich auf keinen Fall.

Also nahm ich mir Hilfsmittel mit zu den Trainingseinheiten: Treckingstöcke. Ich hatte anfangs selbst keine andere als die oft klischeehaft gehörte Meinung, Nordic Walking sei etwas für ältere Leute. Also klar, nichts für mich. (Ich bin auch schon knapp über Mitte fünfzig).

Was man aber schon erahnen kann, denn sonst hätte ich nicht unter dieser Überschrift schreiben können: Der Stockeinsatz hat's in sich. Man ist damit wie auf vier Füßen, quasi auf Vierradantrieb. Zum Beineinsatz kommt der Armeinsatz dazu, und der muss koordiniert werden. Mit den Treckingstöcken, die länger als die Original-Walkingstöcke sind, muss man länger durchziehen und macht auf jedem zweiten Schritt einen Stockwechsel. Das ist auch für das Gehirn aufwendiger, weil bei einer Hand nach vorne gerichtet jeweils abwechselnd ein anderer Fuß mit nach vorne kommt. Zur besseren Vorstellung wird empfohlen, das einfach mal zu probieren.

Die Knie werden im Vergleich zum reinen Joggen entlastet, weil Körpergewicht über

den Armeinsatz abgelastet wird. Mit dieser Laufweise gelang es mir nach und nach, immer längere Abschnitte auch im Dauerlauf mit gleichzeitigem Stockeinsatz zu machen. Das war zunächst ja das Ziel. Dabei konnte der Körper dann auch so richtig ausdampfen. Ballast loswerden, Druck ablassen.

Besonders auf mein Innenohr bezogen spürte ich (vielleicht eingebildet, aber für mich dennoch real) Effekte, die ich gerne immer wieder abrufe: Scheinbar kommt durch die äußere Bewegung auch die Flüssigkeit im Innenohr in Bewegung. Als ob sich da etwas befreite.

Wenn ich mir überlege, dass die mir verordneten Medikamente die Durchblutung in den dünnen Gefäßen des Ohrs verbessern sollen: Besser als durch den Sport kann ich meine Durchblutung nicht anregen und meine Gefäße elastisch halten. Das ist mir persönlich auch lieber als die viele Chemie.

Ganz besonders schätze ich die Umgebung, in der ich mich bewege. Ich bin draußen in der Natur und suche mir Wege, die weit genug weg sind von Autos, Leuten, Lärm und schlechter Luft.

Neben den guten körperlichen Eindrücken sauge ich dann auch die Freiheit, die Ruhe und die Harmonie in der Natur auf, erfreue mich an kleinen und großen Sehenswürdigkeiten und kann wirklich sagen: Ich fühle mich danach jedes Mal sehr viel besser.

Schöne Nebeneffekte sind auch, dass der Appetit angeregt wird und man auch bei Berufsstress nach dem Laufen wenigstens gut einschlafen kann.

## Aktiv sein



Trotz aller Vorbereitung hatte ich es nicht geschafft, an dem angemeldeten Stadtmathlon teilzunehmen. Das war sehr ärgerlich für mich. Ich musste zum Schluss ohne Stöcke trainieren, weil es schließlich ums Joggen ging, und bekam dabei immer größere Probleme mit den Knien.

Aber weil der liebe Gott es gut mit den Seinen meint (das glaube ich echt!), kam kurz nach meiner schweren Herzens erfolgten Absage für den Start eine E-Mail aus unserer Selbsthilfegruppe: Wir können bei dem b2run-Lauf in Nürnberg um den Dutzendteich mitmachen und uns über KISS dort anmelden – und zwar auch in einer Nordic-Walking-Gruppe. Bingo!

Na, das war genau der Tröster, den ich gebraucht habe. Also kurz erzählt: Ich habe mit den Stöcken weitertrainiert, keine weiteren Probleme bekommen und voller Spannung teilgenommen. Es war ein großer Spaß, bei dem Event dabei zu sein – zusammen mit Teilnehmern aus anderen Selbsthilfegruppen und mit der wirklich hervorragenden

Leitung durch die Mitarbeiterinnen von KISS. Wir waren danach sehr stolz, uns die Urkunde und Medaille verdient zu haben.

Was ich dadurch noch über die anderen Teilnehmer erfahren habe: Außer Morbus Menière gibt es noch viele Dinge, die einen Menschen treffen können. Und es gibt viele verschiedene Selbsthilfegruppen, die dabei helfen können.

Hingehen muss man selbst. Unser Motto war: „Selbst ist die Hilfe“.

Es hat mir jedenfalls so viel Spaß gemacht, dass ich weiter bei diesem Sport geblieben bin und weitere Veranstaltungen besucht habe. Einmal sogar mit einem Platz auf dem Siegereckchen.

Die Menière-Krankheit ist zwar da, aber die bekommt den ersten Platz nicht!

Bleibt senkrecht und steht fest.

*Ralf*

## Die Minderung des Attacken-Schwindels bei M. Menière durch die Gabe von Kortison ins Mittelohr.

### Ein Bericht über die Ergebnisse einer verlängerten Nachuntersuchung aus England

Dr. Schaaf ist leitender Oberarzt der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse in Bad Arolsen und Autor wichtiger Publikationen zu Morbus Menière. Er ist KIMM e. V. seit den Anfangsjahren verbunden und unterstützt die Arbeit des Vereins durch Vorträge, eigene Fachartikel und Literaturhinweise für KIMM aktuell. In dem nachfolgenden Bericht macht er für die Leser von KIMM aktuell verständlich, was die Forschung bei der Nachuntersuchung einer Studie aus England 2016 herausgefunden hat, was das für MM-Patienten und die behandelnden Ärzte bedeuten kann und wie seine eigenen Erfahrungen damit sind.

Patienten mit Morbus Menière leiden vornehmlich an attackenweisem Schwindel und einer zunehmenden Höreinschränkung sowie – unterschiedlich ausgeprägt – an einem meist tieffrequenten Tinnitus. Dabei kann der unvorhersehbar auftretende Schwindel besonders in den ersten Jahren sehr heftig sein und länger anhalten, während sich der Hörverlust anfangs meistens noch erholt. Je länger die Krankheit andauert, desto seltener und weniger heftig werden in der Regel die Anfälle, wobei der Hörverlust fortschreitet.

Obwohl man inzwischen sagen kann, dass die Anfälle bei Morbus Menière durch eine Veränderung des Endolymph-Anteils im Innenohr bedingt sind, bleiben die dazu führenden Ursachen für dieses Geschehen



Dr. Helmut Schaaf, Arzt und Psychotherapeut

weiter im Unklaren. Dementsprechend ist die Anzahl der Therapieansätze hoch und die Erfolgsraten für – fast – alle konservativen Ansätze gleich niedrig oder ähnlich wie bei einem Placebo.

Medikamentös werden immer noch Betahistine eingesetzt, obwohl diese in einer groß angelegten Doppelblindstudie nicht besser abschneiden als ein Placebo – ob niedrig- oder hochdosiert (Adrion et al 2016). Nach über 50 Jahren Anwendung beschreibt Strupp, dass Betahistine einen hohen „first-pass effect“ (ca. 99 %) haben. So werde Betahistin, als Tablette genommen, von der Monoaminoxidase (MAO) weitestgehend abgebaut. Um den Abbau von Betahistin zu unterbinden, soll nach Strupps

Vorstellungen ein MAO-Hemmer (Selegilin: Markennamen Movergan, Antiparkin und Xilopar) gegeben werden, das diesen Abbau – irreversibel – mindert.

MAO-Hemmer werden in der symptomatischen Mit-Behandlung des M. Parkinson gegeben, um Dopamin in ausreichender Form wirksam werden zu lassen. Dabei kommt es zu einer irreversiblen Hemmung des Enzyms Monoaminoxidase B (MAO-B). Der Preis für die bessere Betahistin-Aufnahme – nicht für seine Wirksamkeit, die noch niemand valide überprüfen konnte, u.a. weil das Betahistin sofort abgebaut wird – wäre die Inkaufnahme der möglichen Nebenwirkungen des MAO Hemmers.

Etabliert hat sich inzwischen bei konservativ nicht beherrschbarem Schwindel die Verwendung von niedrig dosiertem intratympanalen Gentamycin. Dies ist eine von mehreren verlässlichen Möglichkeiten, dem Attacken-Schwindel die organische Grundlage zu entziehen. Der Preis dafür ist die Gefahr des weiteren Hörverlustes und der weiteren Schwächung eines Anteils im Gleichgewichtssystem, auch wenn davon ausgegangen werden muss, dass dies auch ohne Intervention im Verlauf der Erkrankung erwartet werden muss (Ruckenstein 2010).

## Die intratympanale Kortisongabe bei einem gesicherten M. Menière

2016 machte eine Studie aus England Hoffnung, dass sich mit Kortison-Gaben ins Mittelohr (intratympanal) die Schwindelhäufigkeit verlässlich mindern lassen könnte, ohne den verbliebenen Höranteil gefährden zu müssen (Patel et al 2016, siehe auch den Bericht in *KIMM aktuell* 2017).

Die Londoner Arbeitsgruppe untersuchte über 2 Jahre in einer Doppelblind-Studie je 30 Patienten, die für eine Ausschaltung mit Gentamycin 40 mg/ml oder alternativ für eine intratympanale Gabe von Methylprednisolon (62,5 mg/ml) in Frage kamen. Diese 60 Patienten wurden doppelblind je einem der beiden Verfahren zugeordnet.

Auch für die Untersucher erstaunlich, zeigten beide Methoden den gleichen Effekt. In beiden Gruppen reduzierte sich die Anzahl der Schwindelattacken schon sehr früh nach den Injektionen und blieb zwei Jahre lang stabil. Beide Gruppen unterschieden sich – wieder erstaunlich – nicht signifikant hinsichtlich des Hörverlustes.

Natürlich gab es durchaus kritische Fragen, wie:

- Spielt der – im Vergleich zum englischen Gesundheitswesen – hier doch eher hohe Betreuungsaufwand eine (positive) Rolle für beide gute Ergebnisse?
- Hatte die Unterstützung der englischen Selbsthilfeorganisation „Menière Society“ einen Einfluss auf die Patientenzusammensetzung?
- Warum weist eine intravenöse Gabe von Kortison – anders als bei Gentamycin – anscheinend keine erkennbaren bleibenden Effekte auf?
- Warum wirkt Kortison überhaupt bei diesem nach wie vor unklaren Krankheitsbild?
- Und vielleicht die wichtigste: hat nicht das Fortschreiten der Grunderkrankung für das Endergebnis mehr Einfluss als das applizierte Medikament?

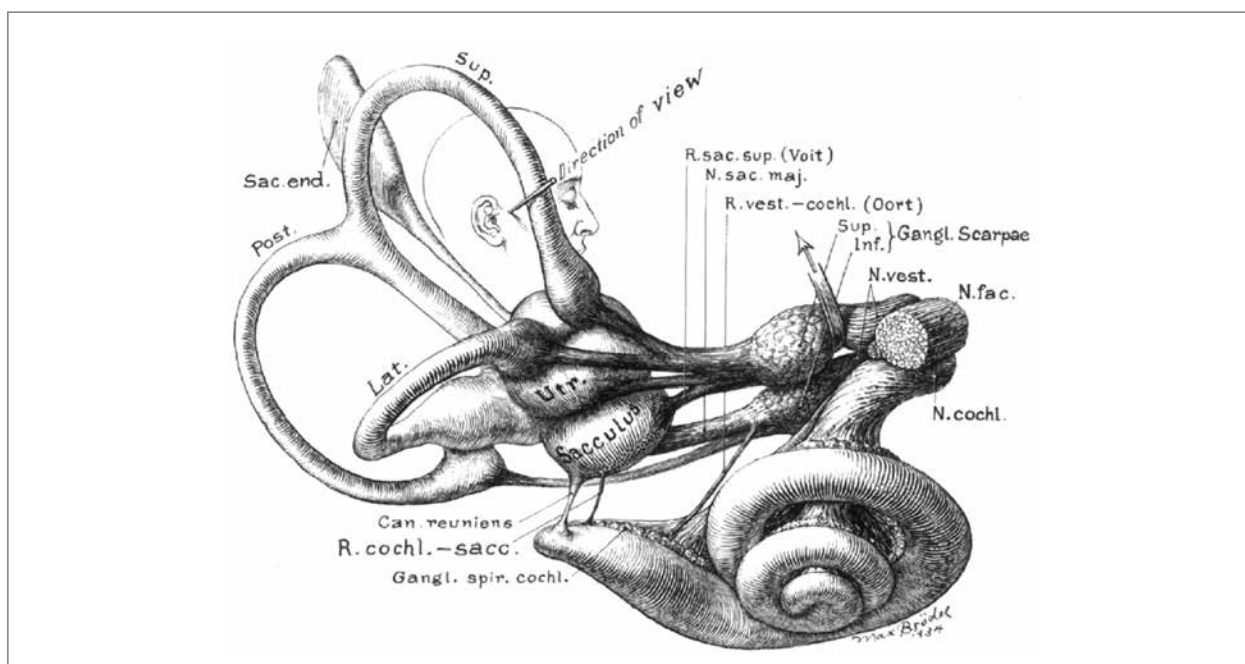
Bedauerlich war auch aus Sicht der Untersucher das Fehlen einer Vergleichsgruppe mit Placebo oder einem offensichtlichen Abwarten. Dies hielten sie für nicht zumutbar für die Patienten.

Dennoch ist der Vergleich mit einer etablierten Methode (intratympanales Gentamycin), die ausreichend gegen Placebo untersucht wurde (Postema 2008), so aussagekräftig, dass am Ende ein gutes Ergebnis für das Kortison bleibt.

Dies hat auch dazu geführt, dass wir in unserer Klinik zunehmend intratympanal Kortison anbieten, wenn ein ausreichender Verdacht auf ein Menière'sches Geschehen gegeben ist und die Patienten diesen Ansatz wünschen. Diagnostisch profitieren wir als Ergänzung unserer Diagnostik zunehmend von den Möglichkeiten der Kamerafunktion von Handys. So können „vor Ort“ dabei zu erwartende Nystagmen (unwillkürliche Augenbewegungen) bei einem Anfallsgeschehen oder -gefühl gefilmt werden, wenn eine andere, dazu fähige Person anwesend ist. Dies hilft als eines (von mehreren) Diagnosekriterien, das Geschehen gegen die vestibuläre Migräne oder reaktiv psychogene Schwindelempfindungen zu differenzieren.

In der nun veröffentlichten Nachuntersuchung wird berichtet, dass die vorgestellten Ergebnisse auch nach 5 Jahren Nachuntersuchung sehr stabil waren, das heißt nach wie vor bei großer Schwindelreduktion kein wesentlicher Unterschied zwischen der Gentamycin-Gruppe und der Kortison-Gruppe zu sehen war (Harcourt, J P et al 2019). Allerdings war in der Kortison-Gruppe ein deutlich höherer Bedarf für Nachinjektionen zu verzeichnen. Jedoch ist auch zu erwarten, dass unabhängig von der Intervention der „natürliche“ Verlauf des M. Menière in beiden Gruppen zu einer zunehmenden Annäherung führt.

Aus unserer bisherigen Praxis in der Gleichgewichts-Ambulanz in Bad Arolsen können wir bestätigen, dass wir auch öfter als drei Mal Kortison applizieren müssen, während beim Gentamycin selten mehr als drei Mal notwendig werden. Bei ausbleibendem Erfolg und insbesondere bei Verdacht auf (zusätzliche) Tumarkin'sche Drops steigen wir doch – eher zeitig – auf intratympanale Gentamycin-Gaben um.



Das menschliche Innenohr darf nicht isoliert von dem dahinter stehenden Menschen gesehen werden.



## Was folgt nun aus diesen hochwertigen Studien von Patel und Harcourt?

Berücksichtigt man die nachgewiesene Wirkungslosigkeit der Betahistine (Adrion et al 2016), wird man in einem Stufenplan sicher schnell(er) und frühzeitiger zu einer intratympanalen Kortison-Gabe raten dürfen. Dadurch sollte man schneller zu einem besseren Umgang mit einer Erkrankung kommen, die vor allem durch die unvorhersehbaren Schwindelattacken die Lebensqualität und die psychische Befindlichkeit einschränkt.

Es bleibt weiter die Option, über Genta-myzin eine ebenso verstehbare wie sichere Ausschaltung durchzuführen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn der Hörverlust schon so weit fortgeschritten ist, dass so oder so keine weiteren Einschränkungen zu erwarten sind – oder eben doch keine Anfallsfreiheit eintritt.

Für beide Vorgehensweisen wird es darauf ankommen, dass die Anwender möglichst auch kontrolliert nachuntersuchen – soweit es möglich ist. Dabei darf und sollte es nicht nur um die Anfallskontrolle gehen, sondern auch um die Verbesserung der (verbliebenen) Hörfähigkeit und der Lebensqualität.

## Verwendete Literatur

Adrion, Simone, Fischer, C., Wagner, J, Gürkov, R, Mansmann, U, Strupp M (2016) Efficacy and safety of betahistine treatment in patients with Menière's disease: primary results of a long term, multicentre, double blind, randomised, placebo controlled, dose defining trial (BEMED trial) *BMJ* 2016;352:h6816 doi: 10.1136/bmj.h6816

Harcourt, J P, Lambert, A Wong, PY, Patel, M, Agarwal, K, Golding JF, Bronstein AM (2019) Long-Term Follow-Up of Intratympanic Methylprednisolone Versus Gentamicin in Patients With Unilateral Menière's Disease. *Otology & Neurotology*

Patel M, Agarwal K, Arshad Q, Hariri M, Rea P, Seemungal B M., Golding JF, Harcourt, JP, Bronstein AM (2016) Intratympanic methylprednisolone versus gentamicin in patients with unilateral Ménière's disease: a randomised, double-blind, comparative effectiveness trial. *Lancet*, 388: 2753–62

Postema RJ, Kingma CM, Wit HP (2008) Intratympanic gentamicin therapy for control of vertigo in unilateral Meniere's disease: a prospective, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Acta Otolaryngol* 128(8): 876–880

Ruckenstein, M. J. (2010) *Ménière's Disease. Evidence and Outcomes*. Plural publishing. San Diego, Oxford, Brisbane. S. 162

Schaaf (2017 b) *M. Menière*. 8. Auflage. Springer, Heidelberg

Strupp, M., Kraus, L., Schautzer, F., Rujescu, D. (2018): *Ménière's disease: combined pharmacotherapy with betahistine and the MAO-B inhibitor selegiline – an observational study*. *J Neurol*. doi: 10.1007/s00415-018-8809-8.

## Die Technik bei einer ambulanten intratympanalen Gabe

Dr. Schaaf erläutert hier schrittweise die Gabe von Kortison oder Gentamycin durchs Mittelohr – also intratympanal – und erklärt, zu welchen Nebenwirkungen es dabei kommen kann.

Wir führen die intratympanale Injektion ambulant durch.

Der Patient sitzt im Drehstuhl und dreht den Kopf um 45 Grad zur gesunden Seite.

Dann betäuben wir das Trommelfell mit einem Lidocain 2 % getränkten Wattetupfer, den wir mindesten 10 Minuten vor der Injektion einlegen.

Überprüft werden kann die Anästhesie mit einem Wattestäbchen.

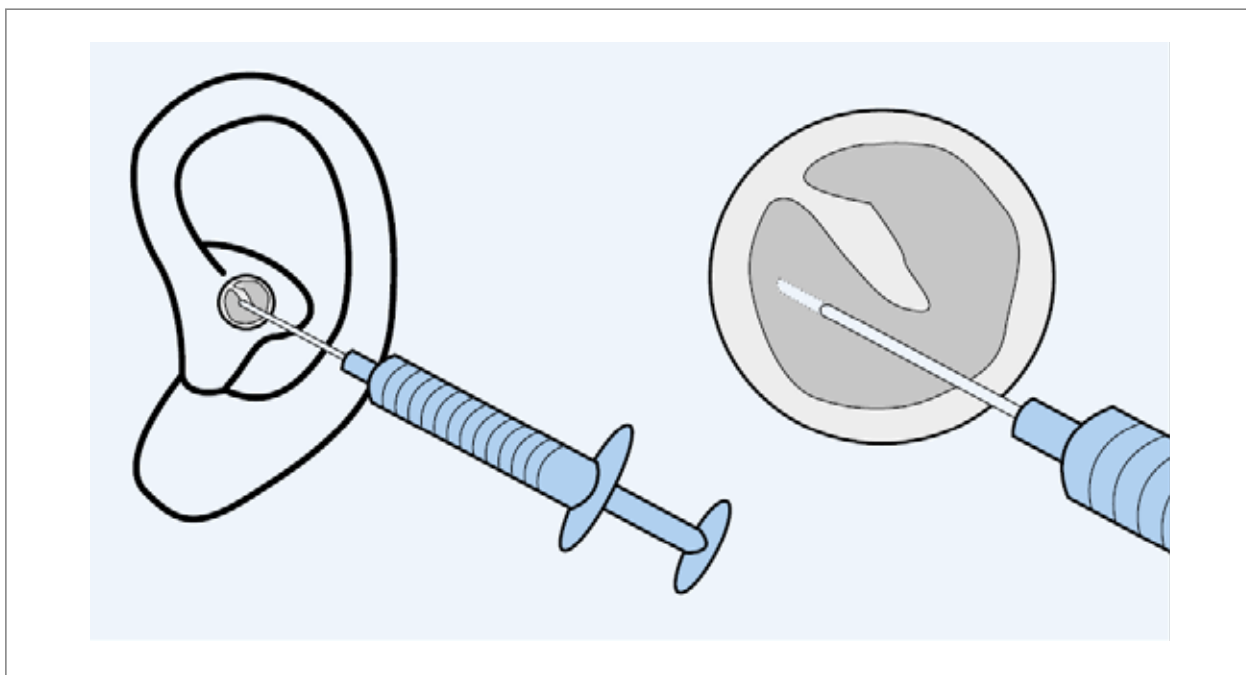
Wir punktieren danach das Trommelfell im vorderen oberen Quadranten des Trommelfells und injizieren Kortison oder Gentamycin unter mikroskopischer Kontrolle durch das Trommelfell.

Danach legen wir den Patienten mit dem gesunden Ohr nach unten auf den dazu abgeflachten Drehstuhl (alternativ auf eine Liege).

Das kranke Ohr liegt dann oben, die Innenohrfenster des erkrankten Ohres bilden in dieser Position den tiefsten Punkt der Paukenhöhle.

Das flüssige Medikament sammelt sich so zwangsläufig in den Nischen der Innenohrfenster an.

Entsprechend mündet die Ohrtrompete ganz oben in die Paukenhöhle. Das flüssige Medikament kann daher nicht durch die in der Regel kleine Punktionsstelle vorzeitig abfließen oder abtransportiert werden.



Intratympanale Injektion nach einer lokalen Betäubung des Trommelfells



## Aufklärung über die Nebenwirkungen für die Patienten

Fasst man die möglichen Risiken und damit auch die Nebenwirkungen ins Auge, so muss man an folgende, eher weniger schwere und auch sehr seltene Nebenwirkungen denken:

Bei der Lokalanästhesie zur Betäubung des Trommelfells kann es im äußeren Gehörgang minimal bluten oder ein kleiner Nerv irritiert werden.

Wie bei jedem Eingriff kann es zu lokalen Entzündungsreaktionen im Gehörgang oder am Trommelfell kommen.

Bei der Punktion (ein Millimeter kleinen Durchstich des Trommelfells unter lokaler Betäubung) kann es zu einer minimalen Blutung und natürlich auch zu Irritationen oder Verletzungen der dahinterliegenden Strukturen kommen, wenn diese unsachgemäß durchgeführt wird oder ungünstige Verhältnisse vorliegen.

Durch die Gabe von Gentamycin ins Mittelohr gelangt dieses Medikament ins Innenohr und auch in den Höranteil, sodass es zu Hörverschlechterungen kommen kann. Diese Hörverschlechterungen sind bei entsprechend niedriger und nur gestückelter Gabe sehr gering. Meistens erholen sie sich sogar wieder bis zum ursprünglichen Hörbefund vor der Gentamycingabe. Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch eine deutliche Hörminderung eintreten kann, die im Zweifel auch bis zur Taubheit führen kann.

Bei Kortison sind keine Hörverschlechterungen zu erwarten.

Eine gewollte Nebenwirkung einer Gentamycingabe ist die Ausschaltung oder zu-

mindestens die Minderung des Gleichgewichtsanteils im Innenohr.

Dabei kommt es meistens zu Schwindelerscheinungen, die bei den meisten nur kurzfristig anhalten (etwa ein Tag). Dabei kann auch ein Drehschwindel wie beim Morbus-Menière-Anfall auftreten, der dann aber typischerweise eine andere Richtung aufzeigt, das heißt, die Augenbewegung geht nicht in die Richtung des betroffenen Ohres, sondern zeigt als Ausfallnystagmus zur entgegengesetzten Seite.

Je nach Menge des Gentamycins und je nach Funktionsfähigkeit des Gleichgewichtsorgans kann dieser Schwindel dann entweder nur wenige Stunden bis einen Tag anhalten oder es bleibt ein Unsicherheits- und Schwankschwindelgefühl für einen Tag, bei wenigen bis zu mehreren Tagen, was aber Stück für Stück und vor allen Dingen unter zunehmender Übung besser wird.

Wie schon bei der Menière-Erkrankung selbst ist auch nach der Gentamycin-Gabe so lange von einer Fahrunfähigkeit auszugehen, bis die Schwindelbeschwerden sicher ausgeblieben und ausreichende Kompensationsmechanismen entwickelt sind.



# Wurde bei Ihnen Morbus Menière festgestellt?

**Wenn ja, kommen Sie möglicherweise für eine klinische Studie infrage.**

Diese Studie wird durchgeführt, um festzustellen, ob das Prüfpräparat gegen Schwindelanfälle bei Patienten mit Morbus Menière wirksam ist.

## **Für die Teilnahme an der Studie müssen Sie die folgenden Kriterien erfüllen\*:**

- Alter zwischen 18 und 75 Jahren
- Diagnose von Morbus Menière an einem Ohr
- Sie litten 2 Monate vor der Teilnahme an der Studie an Schwindelanfällen (Vertigo)
- Keine Operationen des Mittel- oder Innenohrs in der Vorgeschichte

\*Weitere Voraussetzungen müssen erfüllt sein.

## **Geeignete Studienteilnehmer erhalten:**

- Verabreichung des Prüfpräparats oder Placebos (enthält keine aktiven Wirkstoffe) als Einzelinjektion in das Ohr
- Studienbezogene Untersuchungen und Nachbeobachtung
- Aufklärung zur Erkrankung

**Wenn Sie an weiteren Informationen interessiert sind, wenden Sie sich bitte an:**

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT03664674>



Phase 3 Clinical Trial  
for Meniere's Disease

## Sudoku

### LEICHT 1

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

### LEICHT 2

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

### MITTELSCHWER 1

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

### MITTELSCHWER 2

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

### SCHWER 1

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

### SCHWER 2

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

SUDOKU, KIMM aktuell, 2019-2

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

## Rechnen im Quadrat

	-		+		=	10
+		+		+		
	-		:		=	1
-		-		-		
	+		-		=	1
=		=		=		
14		7		2		

	-		:		=	1
x		x		:		
	-		-		=	1
-		-		-		
	x		x		=	60
=		=		=		
69		8		2		

	+		-		=	10
+		+		-		
	+		-		=	4
-		+		+		
	+		-		=	5
=		=		=		
7		11		9		

	x		x		=	18
x		x		x		
	x		:		=	14
x		:		x		
	x		x		=	90
=		=		=		
40		21		48		

## Sudoku

LEICHT 1

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

LEICHT 2

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

MITTELSCHWER 1

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

MITTELSCHWER 2

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

SCHWER 1

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

SCHWER 2

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

LÖSUNGEN: SUDOKU, KIMM, 2019-2

## Rechnen im Quadrat

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

9	-	2	:	7	=	1
x		x		:		
8	-	6	-	1	=	1
-		-		-		
3	x	4	x	5	=	60
=		=		=		
69		8		2		

9	+	4	-	3	=	10
+		+		-		
5	+	1	-	2	=	4
-		+		+		
7	+	6	-	8	=	5
=		=		=		
7		11		9		

1	x	9	x	2	=	18
x		x		x		
8	x	7	:	4	=	14
x		:		x		
5	x	3	x	6	=	90
=		=		=		
40		21		48		

**Werbung entfernt**

# Bücher zu Morbus Menière und Schwindel

*Schaaf, Helmut*

## **Morbus Menière.**

### **Eine psychosomatisch orientierte Darstellung**

8. vollständig überarbeitete Auflage

2017. Springer. 264 S, 37,99 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 ISBN 3893344101. 7,95 Euro

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

*Schaaf H., Hesse G.*

## **Endolymphschwankungen. Stau im Innenohr – Turbulenzen im Gleichgewichtsorgan.**

2. akt. Aufl. 2019. 55 S. Gegen 10 Euro + frank. Rückumschlag bei der Deutschen Tinnitus Liga erhältlich

Ein kurzer Überblick zu Störungen der Endolymphregulation im Ohr (ohne Schwindel) und im Gleichgewichtsorgan (mit Schwindel) unter medizinischen und psychosomatischen Aspekten.

*Schaaf, Helmut*

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

8. Auflage 2018. 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. Auflage 2012, Steinkopff, Darmstadt

ISBN 3642249620 146 S. 74,99 Euro

Das Standardwerk für Ärzte bei einem neurologischen Schwerpunkt – mit einer begleitenden DVD.

*Ernst, A., Basta, D.*

## **Gleichgewichtsstörungen.**

### **Diagnostik und Therapie beim Leitsymptom Schwindel**

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

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

*Bronstein, A. / Lempert Th.*

## **Schwindel. Ein praktischer Leitfaden zur Diagnose und Therapie**

2017. 2. Auf. 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 so rasch und meist ohne große Zusatzdiagnostik zu einer praxistauglichen Einschätzung.

*Schaaf, H. Hesse, G. und C.-H. Hansen*

## **Schwindel. Essentials.**

Urban und Fischer 2019. 170 S., 8 Euro

Ein Buch für die Hausarztpraxis, das über das Symptom zur Behandlung führt. Eine Besonderheit: Infoblätter für Patienten, u.a. zu M. Menière.

*Schädler, Stefan*

## **Gleichgewicht und Schwindel.**

2016 Urban und Fischer, 269 S., 70 Euro

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

*Schädler, Stefan*

## **Ratgeber Schwindel**

### **Grundlagen, Tipps und Übungen für Betroffene**

2019 Urban und Fischer, 150 S., 20 Euro

Das Praxisbuch für Betroffene mit spezifischen Tipps und Trainings zu spezifischen Problembereichen.

*Beigel, D., Silbernagel, J.*

## **Entdecken Sie Ihr Gleichgewicht!**

### **Ü30 Wellness- und Trainingsprogramm.**

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

Gut bebilderte, nachvollziehbare Anleitungen.

*Hamann K.-F. und K.*

## **Schwindel – 175 Fragen und Antworten**

4. Auflage 2017. Zuckschwerdt, 160 S., 17 Euro

Broschüre im Taschenformat mit 20 Fragen speziell zu M. Menière.

*Schaaf H., Hesse G.*

## **Tinnitus – Leiden und Chance**

3. Auflage 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.

# Reha-Kliniken für Morbus-Menièrè-Patienten

**Bad Berleburg:** VAMED Rehaklinik, Fachklinik für Hörstörungen, Tinnitus und Schwindel, Arnikaweg 1, 57319 Bad Berleburg, Tel. 02751/88-40 000  
[www.vamed-gesundheit.de/reha/bad-berleburg](http://www.vamed-gesundheit.de/reha/bad-berleburg)

Der Fachbereich für Hörstörungen, Tinnitus und Schwindel ist seit 1987 auf die Behandlung von Patienten mit verschiedenen Hörstörungen, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Morbus Menière sowie chronischem Tinnitus und Hyperakusis spezialisiert. Chefärztin: Prof. Dr. med. Anette Weber

**Bad Grönenbach:** VAMED Rehaklinik, Klinik Am Stiftsberg, Sebastian-Kneipp-Allee 3-5, 87730 Bad Grönenbach, Tel. 08334/981-100  
[www.vamed-gesundheit.de/reha/bad-groenenbach/](http://www.vamed-gesundheit.de/reha/bad-groenenbach/)

Fach- und Rehaklinik für Patienten mit Hörbehinderung, Tinnitus, Schwindel, kardiologischen, orthopädischen und psychosomatischen Erkrankungen. 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  
[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: Chefarzt Dr. med. Roland Zeh,

**Bad Salzuflen:** MEDIAN Klinik am Burggraben, Alte Vlothoer Straße 47-49, 32105 Bad Salzuflen, Tel. 05222/3737-37  
[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. 06851/14-0  
[www.bosenberg-kliniken.de](http://www.bosenberg-kliniken.de)

Interdisziplinäres Reha-Zentrum und Fachklinik HNO / Spezialklinik für Tinnitus, Hörschädigung, Schwindel und Cochlea-Implantat sowie Fachklinik für Neurologie und Geriatrie.

## Impressum

### Herausgeber

KIMM e. V., Margarete Bauer  
 eingetragen Amtsgericht Stuttgart, Registernummer 260938,  
 Eisenbahnstr. 49, 97084 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  
 E-Mail: [redaktion@kimm-ev.de](mailto:redaktion@kimm-ev.de)

### Gestaltung und Layout

akuSatz, Andrea Kunkel, Stuttgart

### Anzeigenverwaltung

E-Mail: [ch.heider@kimm-ev.de](mailto:ch.heider@kimm-ev.de)

### Druck

Druckladen Bonn GmbH, [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

Titelfoto „Wendalinusbasilika“ (Josef Bonenberger)  
 ©Kreisstadt St. Wendel; H. Halder: 7, 8, 10, 12, 16, 21, 22, 23, 24, 26, 28 (o., Mi. re.), 29 (o. re., u.), 30, 34, 35, 36 (u.), 37 (o., Mi. re., u.), 38 (o. re., Mi., u.), 39; G. Hack-Molitor: 14, 28 (Mi. li., u.), 29 (o. li., Mi.), 32, 36 (o.), 37 (Mi. li. U. re. u.), 38 (o. li.), 41; H. Schaaf: 52; Bosenberg Kliniken: 4.

## Schwindelambulanzen und -praxen

**Aachen:** Universitätsklinikum Aachen, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen, +49 241 8088416, [www.hno.ukaachen.de](http://www.hno.ukaachen.de)

**Bad Arolsen:** Tinnitus-Klinik Dr. Hesse am Krankenhaus Bad Arolsen, Große Allee 50, 34454 Bad Arolsen, +49 5691 800330, [www.tinnitus-klinik.net](http://www.tinnitus-klinik.net), [www.drhschaaf.de](http://www.drhschaaf.de)

**Bad Berleburg:** VAMED Rehaklinik Bad Berleburg, Klinik für Hörstörungen, Tinnitus und Schwindel, Am Schloßpark 11, 57319 Bad Berleburg, +49 2751 8871128, [www.vamed-gesundheit.de/reha/bad-berleburg/](http://www.vamed-gesundheit.de/reha/bad-berleburg/)

**Bad Soden:** Main-Taunus-Privatklinik GmbH, Kronberger Straße 36 A, 65812 Bad Soden, +49 6196 80180, [www.main-taunus-privatklinik.de](http://www.main-taunus-privatklinik.de)

**Berlin:** HNO-Klinik im Unfallkrankenhaus Berlin, Warener Straße 7, 12683 Berlin, +49 30 56814304, [www.hno-informationen.de](http://www.hno-informationen.de)

**Berlin:** Park-Klinik Weißensee, PD Dr. med. Axel Lipp, Schönstraße 80, 13086 Berlin, +49 30 96280, [www.park-klinik.com/medizin-pflege/neurologie/schwindel-und-gleichgewichtsstoerungen](http://www.park-klinik.com/medizin-pflege/neurologie/schwindel-und-gleichgewichtsstoerungen)

**Berlin:** Schlosspark-Klinik, Prof. Dr. med. Thomas Lempert, Heubnerweg 2, 14059 Berlin, +49 30 32640, [www.schlosspark-klinik.de/medizin-pflege/neurologie/schwindel-und-gleichgewichtsstoerungen](http://www.schlosspark-klinik.de/medizin-pflege/neurologie/schwindel-und-gleichgewichtsstoerungen)

**Bonn:** Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum, Sigmund-Freud-Straße 25, 53127 Bonn, +49 228 28715714, [www.neurologie.uni-bonn.de](http://www.neurologie.uni-bonn.de)

**Braunschweig:** Praxis für Schwindeltherapie, Dr. med. Erich Koch, Casparistraße 5–6, 38100 Braunschweig, +49 531 45278, [www.mein-hno-braunschweig.de](http://www.mein-hno-braunschweig.de)

**Bremen:** HNO Bremen Nord, Praxis Homoth & Keßler-Nowak, Gerhard-Rohlf's-Straße 19, 28757 Bremen, +49 421 650094, [www.hno-bremen-nord.de](http://www.hno-bremen-nord.de)

**Dortmund:** Klinikum Dortmund gGmbH, Beurhausstraße 40, 44137 Dortmund, +49 231 95321531, [www.klinikumdo.de/kliniken-zentren/kliniken-abteilungen-a-l/hno](http://www.klinikumdo.de/kliniken-zentren/kliniken-abteilungen-a-l/hno)

**Dresden:** Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Haus 32, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden, +49 351 4582264, [www.uniklinikum-dresden.de](http://www.uniklinikum-dresden.de)

**Düsseldorf:** Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf, +49 211 8117570, [www.uniklinik-duesseldorf.de/patienten-besucher/klinikeninstitutezentren/klinik-fuer-hals-nasen-ohrenheilkunde](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/patienten-besucher/klinikeninstitutezentren/klinik-fuer-hals-nasen-ohrenheilkunde)

**Erlangen:** Universitätsklinik Erlangen, Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Abteilung für Gleichgewichtsdiagnostik, Waldstraße 1, 91054 Erlangen, +49 9131 8533156, [www.hno-klinik.uk-erlangen.de](http://www.hno-klinik.uk-erlangen.de)

**Essen:** Universitätsklinikum Essen, Schwindelzentrum Essen, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Hufelandstraße 55, 45147 Essen, +49 201 72383180, [www.uk-essen.de/schwindel](http://www.uk-essen.de/schwindel)

**Frankfurt am Main:** Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Schwindelambulanz, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main, +49 69 63017468, [www.kgu.de](http://www.kgu.de)

**Frankfurt am Main:** HNO Zentrum Frankfurt, Dreieichstraße 59, 60594 Frankfurt am Main, +49 69 5077580, [www.hno-zentrum-frankfurt.de](http://www.hno-zentrum-frankfurt.de)

**Freiburg:** Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kilianstraße 5, 79106 Freiburg, +49 761 27042010, [www.uniklinik-freiburg.de/hno](http://www.uniklinik-freiburg.de/hno)

**Freiburg:** Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Neurologie und Neurophysiologie, Breisacher Straße 64, 79106 Freiburg, +49 761 27050010, [www.uniklinik-freiburg.de/neurologie](http://www.uniklinik-freiburg.de/neurologie)

**Fürth:** Schön Klinik Nürnberg Fürth, Europa-Allee 1, 90763 Fürth, +49 911 97140, [www.schoen-klinik.de/nuernberg-fuerth](http://www.schoen-klinik.de/nuernberg-fuerth)

**Göttingen:** Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für klinische Neurophysiologie, Ambulanz für Schwindel, Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen, +49 551 398484, [www.neurologie.uni-goettingen.de/schwindel.html](http://www.neurologie.uni-goettingen.de/schwindel.html)

**Greven:** Zentrum für HNO Münster/Greven, Schwindelambulanz, Maria-Josef-Hospital, Prof. Dr. med. Frank Schmä, Lindenstraße 37, 48268 Greven, +49 2571 919393, [www.schwindel-experte.de](http://www.schwindel-experte.de)

**Hamburg:** Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Gebäude Ost 10 (Neues Klinikum), Martinistraße 52, 20251 Hamburg, +49 40 741022500, [www.uke.de](http://www.uke.de)

**Hamburg:** Asklepios Klinik St. Georg, HNO-Klinik, Haus 0, Lohmühlenstraße 5, 20099 Hamburg, +49 40 1818852233, [www.asklepios.com/hamburg/sankt-georg/experten/hno/schwindelzentrum](http://www.asklepios.com/hamburg/sankt-georg/experten/hno/schwindelzentrum)

**Heidelberg:** Universitätsklinikum, Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg, +49 6221 567566, [www.klinikum.uni-heidelberg.de](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de)

**Homburg/Saar:** Universitätsklinikum des Saarlandes, Kirrberger Straße 100, 66421 Homburg, +49 6841 1622951, [www.uniklinikum-saarland.de/de/einrichtungen/kliniken\\_institute/hno](http://www.uniklinikum-saarland.de/de/einrichtungen/kliniken_institute/hno)

**Jena:** Friedrich-Schiller-Universität, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, +49 3641 9329393, Hans-Berger-Klinik für Neurologie, +49 3641 9323450, Am Klinikum 1, 07747 Jena, [www.uniklinikum-jena.de/hno/](http://www.uniklinikum-jena.de/hno/)

**Karlsbad:** SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach GmbH, Guttmanstraße 1, 76307 Karlsbad, +49 7202 613606, [www.klinikum-karlsbad.de/medizin-und-pflege/fachabteilungen/neurologie-und-fruehrehabilitation](http://www.klinikum-karlsbad.de/medizin-und-pflege/fachabteilungen/neurologie-und-fruehrehabilitation)



**Karlsruhe:** Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH, Hals-Nasen-Ohrenklinik, Moltkestraße 90, 76133 Karlsruhe, +49 721 9742501, [www.klinikum-karlsruhe.de/einrichtungen/kopfklinden/hno](http://www.klinikum-karlsruhe.de/einrichtungen/kopfklinden/hno)

**Köln:** Universitätsklinikum Köln, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Gebäude 23, Kerpener Straße 62, 50937 Köln, +49 221 4784754, <https://hno.uk-koeln.de>

**Lübeck:** Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, +49 451 50042030, Klinik für Neurologie +49 451 50043421, Gebäude 25, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, [www.uksh.de/hno-luebeck/](http://www.uksh.de/hno-luebeck/), [www.uksh.de/neurologie-luebeck/Ambulanz+\\_Sprechstunden/Speziale+Sprechstunden](http://www.uksh.de/neurologie-luebeck/Ambulanz+_Sprechstunden/Speziale+Sprechstunden)

**Mainz:** Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Langenbeckstraße 1, 55131 Mainz, +49 6131 173110, [www.unimedizin-mainz.de/neurologie](http://www.unimedizin-mainz.de/neurologie)

**Mainz:** Römerwallklinik GmbH, Fachklinik für akute und chronische HNO-Erkrankungen, Römerwall 51-55, 55131 Mainz, +49 6131 2577, [www.roemerwallklinik.de](http://www.roemerwallklinik.de)

**Mannheim:** Universitätsklinikum Mannheim GmbH, Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Theodor-Kutzer-Ufer 1-3, 68167 Mannheim, +49 621 3831600, [www.umm.de/hals-nasen-ohren-klinik](http://www.umm.de/hals-nasen-ohren-klinik)

**München:** Klinikum der Universität München, Campus Grosshadern, Deutsches Schwindel- und Gleichgewichtszentrum, Marchioninistraße 15, 81377 München, +49 89 440076980, [www.klinikum.uni-muenchen.de/Deutsches-Schwindelzentrum-IFB-LMU](http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Deutsches-Schwindelzentrum-IFB-LMU)

**München:** Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen, und Ohrenheilkunde, des Klinikums rechts der Isar, Der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 81675 München, +49 89 41402390, [www.hno.mri.tum.de](http://www.hno.mri.tum.de)

**München:** Klinik und Poliklinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, des Klinikums rechts der Isar, Der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 81675 München, +49 89 41404413, [www.psychosomatik.mri.tum.de](http://www.psychosomatik.mri.tum.de)

**München:** HNO Klinik Bogenhausen, Dr. Gaertner GmbH, Postartstraße 31, 81679 München, +49 89 9989020, [www.gaertnerklinik.de](http://www.gaertnerklinik.de)

**Münster:** Zentrum für HNO Münster/Greven, Picassoplatz 3, 48143 Münster, +49 251 44162, [www.zentrum-hno.de](http://www.zentrum-hno.de)

**Münster:** Universitätsklinikum Münster, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kardinal-von-Galen-Ring 10, 48149 Münster, +49 251 8356811, [www.hno.ukmuenster.de](http://www.hno.ukmuenster.de)

**Nürnberg:** Gemeinschaftspraxis Dr. Herbst & Dr. Suchy, Äußerer Laufer Platz 20, 90403 Nürnberg, +49 911 226423, [www.nuernberg-hno.de](http://www.nuernberg-hno.de)

**Osnabrück:** Klinikum Osnabrück GmbH, Klinik für Neurologie und neurologische Frührehabilitation, Am Finkenhügel 1, 49076 Osnabrück, +49 541 4056501, [www.klinikum-os.de/medizin-pflege/kliniken/klinik-fuer-neurologie/](http://www.klinikum-os.de/medizin-pflege/kliniken/klinik-fuer-neurologie/)

**Regensburg:** Universitätsklinikum Regensburg, Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg, +49 941 9449401, [www.ukr.de/kliniken-institute/hals-nasen-ohren-heilkunde](http://www.ukr.de/kliniken-institute/hals-nasen-ohren-heilkunde)

**Sinsheim:** HNO-Zentrum, Dr. med. Bodo Schiffmann, Alte Waibstadter Straße 2c, 74889 Sinsheim, +49 7261 9758172, [www.schwindelambulanz-sinsheim.de](http://www.schwindelambulanz-sinsheim.de)

**Stuttgart:** Klinikum Stuttgart, Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Plastische Operationen, Kriegsbergstraße 60, 70174 Stuttgart, +49 711 27802, [www.klinikum-stuttgart.de/kliniken-institute-zentren/klinik-fuer-hals-nasen-ohrenkrankheiten-plastische-operationen-hno-stuttgart](http://www.klinikum-stuttgart.de/kliniken-institute-zentren/klinik-fuer-hals-nasen-ohrenkrankheiten-plastische-operationen-hno-stuttgart)

**Sulzbach:** HNO-Gemeinschaftspraxis, Prof. Dr. med. habil. Leif Erik Walther, Main Taunus Zentrum, 65843 Sulzbach, +49 69 309905, [www.hno-praxis-sulzbach.de](http://www.hno-praxis-sulzbach.de)

**Tübingen:** Universitätsklinikum Tübingen, Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Elfriede-Aulhorn-Straße 5, 72076 Tübingen, +49 7071 2988088, [www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/einrichtungen/kliniken/hno](http://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/einrichtungen/kliniken/hno)

**Tübingen:** Universitätsklinikum Tübingen, Crona Kliniken, Hoppe-Seyler-Straße 3, 72076 Tübingen, +49 7071 2982141, [www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/einrichtungen/kliniken/neurologie](http://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/einrichtungen/kliniken/neurologie)

**Wiesbaden:** Praxisgemeinschaft für HNO-Heilkunde, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden, +49 611 577231, [www.helios-gesundheit.de/kliniken/wiesbaden-dkd](http://www.helios-gesundheit.de/kliniken/wiesbaden-dkd)

**Würzburg:** Universitätsklinikum Würzburg, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Josef-Schneider-Straße 2, 97080 Würzburg, +49 931 20121706, [www.ukw.de/hno-klinik](http://www.ukw.de/hno-klinik)

Bitte beachten: Diese Liste wird auf der Website [www.kimm-ev.de](http://www.kimm-ev.de) laufend aktualisiert. Ergänzungen oder Korrekturen schicken Sie bitte an Wolfgang Eilert, [w.eilert@kimm-ev.de](mailto:w.eilert@kimm-ev.de)

# Örtliche MM-Selbsthilfegruppen

## Aachen

Morbus Menière und CI  
Stephanie Brittner  
Tel.: 02401/939438  
E-Mail: [stephanie.brittner@online.de](mailto:stephanie.brittner@online.de)

## Bad Ems NEU!

SHG Rhein-Lahn  
Werner Dory  
Tel. 02603/504275 oder 0171-5803770 (Handy)  
E-Mail: [Menière-rhein-lahn@gmx.de](mailto:Menière-rhein-lahn@gmx.de)

## Bielefeld

Jörg Balla  
Tel. 0175/2875494 oder  
Selbsthilfe-Kontaktstelle Bielefeld  
Tel. 0521/9640696  
E-Mail: [Menière.bielefeld@gmail.com](mailto:Menière.bielefeld@gmail.com)

## Denkendorf/Bayern

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

## Düsseldorf

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

## Essen

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

## Hamburg

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

## Hannover

Edeltraud Mory  
Tel: 05034/4255  
E-Mail (neu!): [edeltraud.mory@web.de](mailto:edeltraud.mory@web.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)

## 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)

## Pirna

SHG Sachsen-Pirna  
Antje Wittig  
Tel. 0171/1720062  
E-Mail: [Menière.sachsen@yahoo.com](mailto:Menière.sachsen@yahoo.com)

## Plettenberg

„Die Schwindler“ – SHG für MM-Betroffene  
Tina Stahlschmidt  
Tel. 02391/4559535  
E-Mail: [tinastahlschmidt@gmx.de](mailto:tinastahlschmidt@gmx.de)

## Stuttgart

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

## 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)

## Lübeck

Adelheid Munck  
Tel: 0451/795145  
E-Mail: [adelheid.munck@travedsl.de](mailto:adelheid.munck@travedsl.de)  
(nur persönliche Beratung)

## Wir stehen in Kontakt mit folgenden Verbänden:

Deutsche Tinnitus-Liga  
[www.tinnitus-liga.de](http://www.tinnitus-liga.de)

Deutscher Schwerhörigenbund e. V.  
[www.schwerhoerigen-netz.de](http://www.schwerhoerigen-netz.de)

Bitte beachten: Die Angaben zu den SHGs können sich ändern. Aktuelle Infos sowie Angaben zu Treffpunkten und Terminen unter [www.kimm-ev.de](http://www.kimm-ev.de) / **Örtliche Selbsthilfegruppen**

Werbung entfernt

**Werbung entfernt**