

Gedanken zum Neugeborenen-Hörscreening



Dr. Ursula
Lindlbauer-Eisenach

Rund 1000 Kinder kommen jährlich in Deutschland mit einer Schwerhörigkeit zur Welt. Hörstörungen werden immer noch erst mit 2,1 bis 2,5 Jahren diagnostiziert, das heißt, eine gezielte Behandlung setzt viel zu spät ein, um diesen Kindern ein „normales“ Leben zu ermöglichen. Jede zu spät behandelte Hörstörung führt zu einer gravierenden Beeinträchtigung der Sprachentwicklung und hat negative Auswirkungen auf die soziale Entwicklung dieser Kinder.

Die Forderung der Kinder- und Jugendärzte kann nur heißen: Flächendeckendes Neugeborenen-Hörscreening.

Warum:

- Die Hörstörung ist zu diesem Zeitpunkt klinisch nicht zu erkennen.
- Eine zufriedenstellende Behandlung ist nur möglich, wenn die Diagnose frühzeitig gestellt wird.
- Die Kosten-Nutzenrelation spricht nach den bisher vorliegenden Studien eindeutig für ein Screening.

Nicht unumstritten ist der Zeitpunkt der Untersuchung. Bei allen zurzeit in Deutschland durchgeführten Projekten (Hamburg, Hannover, Hessen, Saarland und Bayern) werden die Neugeborenen in den Entbindungskliniken gescreent, da etwa 98 % der Kinder in Kliniken zur Welt kommen. Aus diesem frühen Zeitpunkt der Untersuchung am ersten bis dritten Lebensstag resultiert eine große Anzahl von „Fail-Messungen“ mit der entsprechenden Verunsicherung der Eltern. Die andere Möglichkeit, das Screening an die U3 (in der vierten bis sechsten Lebenswoche) anzubinden, würde wahrscheinlich die Anzahl der Kinder, die den „Test nicht bestehen“ reduzieren. Die U3 wird zu 98 % von den Eltern wahrgenommen. Hier hat aber die Entwicklung in vielen Bundesländern eine andere Wendung genommen. Sponsoren wie die Lions-Clubs, der Sparkassenverband und andere haben durch Spenden die regionalen Entbindungskliniken mit Screeninggeräten ausgestattet. Das Rad kann nicht zurückge-

dreht werden. Auch ist hiermit fast schon entschieden mit welcher Methode gescreent wird, da die Entbindungskliniken mit Geräten bestückt wurden, mit denen transitorisch evozierte otoakustische Emissionen gemessen werden.

Diese Entwicklung birgt einige große Gefahren in sich. So muss eindeutig festgelegt werden, dass die als auffällig gescreenten Kinder sicher weiter verfolgt werden.

Folgende Punkte müssen gewährleistet sein:

- Es muss eine möglichst zeitnahe Zweituntersuchung noch in der Entbindungsklinik erfolgen oder sofort nach der Entlassung beim niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt oder Hals-Nasen-Ohrenarzt.
- Es muss noch auf der Entbindungsabteilung mit den Eltern ausführlich gesprochen werden, dass eine Fail-Messung nicht automatisch schwere Hörstörung bedeutet. Wir wissen, dass anfänglich falsch positive Befunde in den ersten Lebensstagen durch die Verstopfung des Gehörgangs mit Fruchtwasser oder Käseschmiere bedingt sein können. Gerade in der so sensiblen Phase nach der Geburt eines Kindes muss jede Verunsicherung der Eltern vermieden werden. Dies gelingt nur durch ein ausführliches ärztliches Gespräch. Diese Aufgabe wird primär der Kinder- und Jugendarzt, der diese Entbindungsabteilung betreut, übernehmen müssen, da HNO-Ärzte an den meisten Kliniken nicht anwesend sind.
- Wenn auch die Zweituntersuchung den Verdacht auf eine Hörstörung ergibt, muss in der dritten Stufe innerhalb der ersten sechs bis acht Lebenswochen eine weitere Abklärung mittels BERA erfolgen. Dies wird in den meisten Fällen durch HNO-Ärzte geschehen, die allerdings den Umgang mit so kleinen Säuglingen erst erlernen müssen. Meinen Erfahrungen nach sind stillende Mütter mit Neugeborenen nicht in allen HNO-Praxen gern gesehen. Wir brauchen also eine Liste engagierter Kollegen, die uns hier weiterhelfen, eine Frage des „persönlichen Netzes“ und der kollegialen Zusammenarbeit.
- Die weiterführende Diagnostik und gegebenenfalls die Therapieeinleitung ist dann Aufgabe der Pädaudiologischen Zentren. Auch hier werden wir erst noch Strukturen schaffen müssen, um die notwendigen Untersuchungen bei diesen Kindern recht-

zeitig durchführen zu können, damit eine Hörgeräteversorgung innerhalb des ersten Lebensjahres erfolgen kann. Hier ist jeder Monat, der gewonnen wird, ein Gewinn, um das „offene Zeitfenster“ der Reifung der Hörbahn optimal zu nutzen.

- Ein Patiententracking muss gewährleistet werden. Optimal wäre hierfür eine Anbindung an das Neugeborenenstoffwechselforschung, da hier jedes Neugeborene erfasst wird. Dies habe ich bereits vor der Einführung des Bayerischen Hörscreening-Programmes gefordert. Wir müssen sicherstellen, dass mindestens 95 % der Neugeborenen durch unsere Screeningmaßnahme erfasst werden und dass die weitere Diagnostik für die „auffälligen“ Kinder wie oben beschrieben gewährleistet wird.
- Selbstverständlich verursacht ein solches Programm Kosten. Die Honorierung der Untersuchung muss sowohl in den Entbindungskliniken wie bei den niedergelassenen Ärzten gesichert sein. Ein noch so gut gemeintes soziales Engagement kann ein generelles flächendeckendes Neugeborenen-Hörscreening auf Dauer nicht am Leben erhalten. Hier muss mit den Geldgebern verhandelt werden.

Fazit

Wir wollen möglichst bald ein flächendeckendes Neugeborenen-Hörscreening. 24 Jahre nach der Entdeckung der otoakustischen Emissionen durch Kemp sollten auch wir endlich so weit kommen wie andere Länder (Großbritannien, USA, Österreich, Belgien). Jedes zu spät entdeckte Kind mit einer Hörstörung ist eines zu viel! Jedoch müssen die oben genannten Forderungen erfüllt sein.

Nicht vergessen werden sollte neben der Diskussion über das Neugeborenen-Hörscreening, dass die Überprüfung des Gehörs beim heranwachsenden Säugling und Kleinkind weiter zu den Aufgaben des Kinder- und Jugendarztes gehört. Ebenso muss im Rahmen der J1 nach einer beginnenden Hörstörung des Jugendlichen gefahndet werden.

Anschrift der Verfasserin:

*Dr. Ursula Lindlbauer-Eisenach,
Stellvertretende Landesvorsitzende des
Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte,
Betzenweg 18, 81247 München*

Frühdiagnose der frühkindlichen Innenohrschwerhörigkeit

Nicht alles, was technisch machbar ist, ist sinnvoll – gar ethisch vertretbar!



Universitätsprofessor
Dr. Dr. h. c. Hubertus
von Voß

An Screening-Programme besonders für Kinder müssen hohe qualitative und ethische Anforderungen gestellt werden. Eine Untersuchungsmethode an sich darf keine Risiken für den Gescreenten beinhalten. Sie sollte eine hohe Sensitivität aufweisen. Für Neugeborene zu Beginn ihres Lebens muss also mit großer Verantwortung entschieden werden, was hilft oder was könnte auch dem Kind schaden und Eltern in ggf. auch unnötige Sorgen stürzen. Soweit wäre für das generelle Otoakustische Emissionen (OAE)-Screening, als einem Untersuchungsverfahren zur Früherkennung von angeborenen oder früh erworbenen Hörstörungen beim Neugeborenen, alles im „grünen Bereich“.

Sorgen macht aber die Spezifität zu dieser Untersuchungsmethode, besonders wenn die Untersuchung schon vor dem dritten Lebens- tag durchgeführt werden soll. Die meisten Modellprojekte zeigen, dass bis zu 8 % der gescreenten Kinder den Test nicht bestehen (Spezifität 92 %). Andererseits hat nur eins von 2000 Neugeborenen ohne bereits früh er-

kennbare zusätzliche Risiken oder früh erkennbare Krankheiten eine relevante Hörstörung. Bei einer Spezifität von 92 % führt dies dazu, dass nur eins von 160 Kindern, die das OAE-Screening nicht passieren, tatsächlich erkrankt ist. Bei unkontrolliertem Einsatz dieser Maßnahme in Bayern bedeutet dies, dass jährlich fast 10 000 junge Mütter von Kindern mit normalem Hörvermögen mit der schrecklichen Sorge, ein hochgradig schwerhöriges oder gar taubes Kind zu haben, aus der Geburtsklinik nach Hause entlassen werden. Ist so etwas ethisch vertretbar?

Wir Kinderärzte wissen, wie wichtig aber auch wie verwundbar die frühe Mutter-Kind-Beziehung ist. Deshalb müssen wir als Kinderärzte und Sozialpädiater ein unkontrolliertes neonatales OAE-Screening ablehnen. Die alleinige Anschaffung von OAE-Geräten durch eine Stiftung mit hehren Zielen ist nicht der richtige Weg!

Professor Dr. Jürgen Strutz macht uns glauben, dass in seinen Händen nur 2 % der hör-gesunden unproblematischen Neugeborenen beim OAE auffällig erscheinen. Wenn dies reproduzierbar ist, müssen die Bedingungen, unter denen ein so günstiges Ergebnis erreichbar ist, analysiert und – sofern übertragbar – zum „Bayern“-Standard gemacht werden. Zusätzlich müssten flächendeckend Strukturen geschaffen werden, die dann den immerhin noch jährlich 2400 beunruhigten

Müttern von Neugeborenen – von denen tatsächlich nur 58 erkrankt sind – rasch die Sicherheit geben, ein gesundes Kind zu haben. So etwas muss in einem regionalen Modellprojekt, wie von der Bayerischen Staatsregierung geplant, erprobt werden.

Grundsätzlich sollten Konzepte nicht zum Tragen kommen, die als Aktionismus verstanden werden könnten, **ethischen** Grundsätzen widersprechen würden und zusätzlich dem Grundgedanken, der Definition und Akzeptanz zum Screening bei Kindern schweren Schaden zufügen könnten. An einem Kind, geschweige Neugeborenen, darf nichts untersucht werden, wenn wir Zweifel an der Qualität eines Untersuchungsverfahrens haben. Vor allem dürfen Untersuchungen an Kindern einzig und allein unter **ärztlicher Koordinierung** stattfinden. Jedes Untersuchungsergebnis muss vor allem nach einer Untersuchung mit Eltern nach allen Richtungen hin besprochen werden. Diese Grundsätze müssen weiterhin Gültigkeit behalten nach dem Motto: „nil nocere“ – ein bewährter kinderärztlicher Grundsatz zum Wohl des Kindes.

*Anschrift des Verfassers:
Universitätsprofessor Dr. Dr. h. c.
Hubertus von Voß,
Institut für Soziale Pädiatrie und
Jugendmedizin der LMU München,
Heiglhofstraße 63, 81377 München*



Helfen Sie mit!

Weil Gesundheit keine Frage der Staatsangehörigkeit sein darf

ÄRZTE OHNE GRENZEN leistet medizinische Nothilfe in mehr als 80 Ländern und macht Menschenrechtsverletzungen und Verstöße gegen das humanitäre Völkerrecht öffentlich.

Bitte schicken Sie mir unverbindlich

- allgemeine Informationen über ÄRZTE OHNE GRENZEN
- Informationen für einen Projekteinsatz
- Informationen zur Fördermitgliedschaft
- die Broschüre „Ein Vermächtnis für das Leben“



Name _____

Geb.-Datum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V. • Am Köllnischen Park 1 • 10179 Berlin
www.aerzte-ohne-grenzen.de • Spendenkonto 97 0 97 • Sparkasse Berlin • BLZ 100 500 00

1110 27 01