

## Zu Leserbriefen

Leserbriefe sind uns willkommen. Sie geben in erster Linie die Meinung des Briefschreibers wieder und nicht die der Redaktion.

Leider sind die Veröffentlichungsmöglichkeiten begrenzt, sodass die Redaktion eine Auswahl treffen und auch kürzen muss. Leserbriefe sollten sich auf einen veröffentlichten Beitrag in einem der vorhergegangenen Hefte beziehen.

## Frühkindliche Innenohrschwerhörigkeit und Bayerisches Hörscreening

*Zu den Artikeln von Professor Dr. Jürgen Strutz, Dr. Ursula Lindlbauer-Eisenach und Universitätsprofessor Dr. Dr. h. c. Hubertus von Voß in Heft 5/2002, Seite 239 ff.*

### Hörscreening und Ethik

Ein Screening aller Neugeborenen auf angeborene Hörstörungen verfolgt das Ziel der Früherkennung und frühzeitigen Rehabilitation von Störungen eines unserer wichtigsten Sinnesorgane. Die Einführung der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen konnte keinen entscheidenden Beitrag zur Früherkennung der angeborenen Schwerhörigkeit leisten! Der Verdacht wurde weiterhin von den Eltern geäußert. Heute vorhandene technische Mittel zur nichtinvasiven Früherkennung bereits in den ersten Lebenstagen bedeuten eine dramatische Verbesserung der Ausgangssituation für die Betroffenen sowie deren Familien. Die „Gedanken zum Neugeborenen-Hörscreening“ von Dr. Ursula Lindlbauer-Eisenach betonen die Zuständigkeit der Kinderärzte für die Diagnostik von Hörstörungen in dem entsprechenden Altersraster, Professor Hubertus von Voß hält das OAE-Screening für ethisch nicht vertretbar. Die von Professor Jürgen Strutz als dem Initiator des Bayerischen Hörscreenings weit aufgespannten Arme zu den Geburtshelfern und Pädiatern für eine gemeinsame Anstrengung werden durch Partikularinteressen unnötig zerredet. Das Ziel des Screenings ist klar: Frühere Erkennung angeborener Hörstörungen, um Deutschland auch hier von einem hinteren Platz unter den Industrienationen in einen verantwortlichen „grünen Bereich“ zu holen. Die Verunsicherung der Eltern bei einem falsch positiven Screening ist sicher ein ernst zu nehmendes Problem. Arbeitsgruppen in Innsbruck (V. Weichbold, K. Welzl-Müller) und Amsterdam (N.N. Uilenburg et al.) haben erste wissenschaftliche Studien zu diesem Problem publiziert. Hierbei ist festzustellen, dass bei einer entsprechenden Aufklärung und Information der Eltern die Akzeptanz so überragend ist, dass die Position von Professor von Voß schlichtweg durch die Anfragen der Eltern überrannt werden wird. Wer würde aus Angst vor einem Unfall auf Sicherheitsgurt oder Airbag verzichten? Die umfassende Information der Eltern, die kontinuierliche Verbesserung des Screenings durch Schulung

des Personals in den Entbindungsabteilungen und technische Weiterentwicklung sowie die aktive Beteiligung der Fachdisziplinen sind die maßgeblichen Aufgaben. Irritationen des Eltern-Kind-Verhältnisses müssen minimiert werden – dazu gehört auch eine interdisziplinäre problemorientierte Diskussion.

*Professor Dr. Stephan R. Wolf, Hals-Nasen-Ohrenarzt, 90763 Fürth*

### Frühdiagnose der frühkindlichen Innenohrschwerhörigkeit

*Zum Artikel von Universitätsprofessor Dr. Dr. h. c. Hubertus von Voß in Heft 5/2002, Seite 243.*

### Neugeborenen-Hörscreening: Werden Eltern verunsichert?

Die Notwendigkeit, Kinder mit angeborener Hörschädigung zu einem früheren Zeitpunkt zu erfassen, als dies derzeit erfolgt, ist unbestritten. Als wirkungsvollste Maßnahme zeichnet sich das universelle Neugeborenen-Hörscreening – eine Vorsorgeuntersuchung auf Hörschäden – ab, die in den ersten Tagen nach der Geburt durchgeführt wird. Das Hörscreening hat in den letzten Jahren zunehmend an Akzeptanz und Verbreitung gewonnen, allerdings gibt es gewisse Vorbehalte, vor allem auf Grund der jedem Siebverfahren anhaftenden begrenzten Spezifität und Sensitivität. Generell besteht bei jeder Vorsorgeuntersuchung die Gefahr, dass falsch positive Befunde überflüssigerweise Befürchtungen und Ängste auslösen, falsch negative Befunde hingegen zu einem falschen Gefühl der Sicherheit führen. Beide Aspekte müssen auch im Rahmen von Hörscreening-Programmen bedacht werden.

Vordringlich ist dabei sicher die begrenzte Spezifität, das Problem der falsch positiven Befunde: Das Ergebnis im Screening ist auffällig, bei der Abklärung ergibt sich ein normales Hörvermögen. Es wird befürchtet, dass eine erhebliche Anzahl von Eltern, insbesondere von Müttern, die ja nach der Entbindung in einer angespannten emotionalen Situation sind, verunsichert sind und mit Angst und Besorgnis reagieren, wenn ihnen nach dem Screeningtest mitgeteilt wird, dass ihr Kind nochmals getestet werden muss bzw. eine Abklärung des Hörvermögens erforderlich ist. Dieses Problem wurde bereits vor Jahren

als einer der kritischen Punkte des Neugeborenen-Hörscreenings erkannt, damals von Bess und Paradise betont, aktuell wurde von Hubertus von Voß darauf hingewiesen. Die Diskussion hinsichtlich emotionaler Folgen durch ein falsch positives Testergebnis führte einerseits zu einer Verbesserung der Verfahren mit dem Ziel, die Spezifität zu erhöhen, andererseits wurden Studien, die genau dieses Thema zum Inhalt haben, durchgeführt.

Eine Verbesserung der Spezifität wurde erreicht unter anderem durch die technische Entwicklung, die Schulung der Untersucher und die Verwendung eines zweistufigen Protokolls – ist der erste Test auffällig, wird er vor einer endgültigen Beurteilung wiederholt. Im Jahr 2000 wurde als Zielwert für den Prozentsatz der Kinder, die das Hörscreening bestehen, 95 % definiert. Ein Wert, der beim Großteil der Programme zum Hörscreening bei Neugeborenen erreicht, bei einigen bereits deutlich überschritten wird.

Die Beunruhigung und Belastung der Mütter bzw. Eltern wurde sowohl in retrospektiven als auch in prospektiven Studien untersucht. Im Einzelnen wurden erfasst:

- Akzeptanz des Hörscreenings durch die Eltern,
- die Beunruhigung der Eltern durch ein auffälliges Ergebnis nach dem ersten Test sowie
- die Beunruhigung der Eltern nachdem ihr Kind das Screening nicht bestanden hat.

Dabei wurden auch mögliche Langzeiteffekte berücksichtigt. Aktuell wurde die Einführung des Neugeborenen-Hörscreenings in den Niederlanden durch eine Studie zu diesen Fragen begleitet. Generell ist die Zustimmung der Mütter bzw. Eltern zum Hörscreening sehr hoch (80 bis 95 %), auch unter Berücksichtigung der Gefahr, dass ein Ergebnis falsch positiv sein kann und selbst bei den Eltern, deren Kinder das Hörscreening nicht bestanden haben. Der Großteil der Eltern ist froh, dass diese Untersuchung durchgeführt wurde. Die Untersuchungen zeigen außerdem, dass bei weitem nicht alle Mütter, deren Kind das Hörscreening nicht bestanden hat, durch das Ergebnis deutlich beunruhigt sind. Der Anteil der wirklich beunruhigten Mütter liegt bei ca. 20 % und ist somit deutlich niedriger als im Fall eines positiven Ergebnisses bei anderen Vorsorgeuntersuchungen wie zum Beispiel zystischer Fibrose oder Stoffwechselerkrankungen. Grund für diesen überraschend niedrigen Anteil von beunruhigten Müttern, der sich auch in unseren Untersuchungen bestätigt hat, ist wahrscheinlich die erhöhte Aufmerksamkeit der Eltern auf das Hören ihres Kindes nach einem auffälligen Testergebnis. Die Eltern beobachten vermehrt die Reaktionen ihres Kindes auf akus-

# MedIRente

Maßgeschneiderte  
Individualrente für  
Ärzte, Zahnärzte, Apotheker

Info: ☎ (091 29/8022)  
Maß & Partner GmbH  
Privater Vermögensverwalter

tische Reize und interpretieren vor diesem Hintergrund das Ergebnis des Hörscreenings.

Die vorliegenden Untersuchungen enthalten nicht nur Aussagen über die Akzeptanz des Hörscreenings und die Ängste der Eltern, sondern geben außerdem wichtige Hinweise, um eine überflüssige Beunruhigung der Mütter/Eltern zu vermeiden. Demnach sind anzustreben:

- „Familienfreundliche“ Information.
- Kompetente Aufklärung im Fall eines auffälligen Testergebnisses.
- Empfehlung über Verhalten und Beobachtungen bis zur Abklärung.
- Kurze Intervalle zwischen Hörscreening und Abklärung bei auffälligem Testergebnis.

Bei der Diskussion der emotionalen Auswirkungen der begrenzten Spezifität des Hörscreenings auf die Mutter bzw. die Eltern müssen auch die emotionalen Folgen einer verspäteten Identifikation der Hörschädigung mangels Hörscreenings berücksichtigt werden. Bisher fehlen entsprechende Untersuchungen für Hörstörungen; für andere Krankheitsbilder ist bereits nachgewiesen, dass Mütter das Problem wesentlich besser bewältigen, wenn die Diagnose früh gestellt wurde.

**Fazit:**

- Eine überflüssige Beunruhigung der Eltern im Fall eines auffälligen Testergebnisses ist keine notwendige Begleiterscheinung des Hörscreenings, sondern kann durch entsprechende Begleitmaßnahmen minimiert werden.
- Es ist davon auszugehen, dass Mütter mit der Diagnose Hörschädigung wesentlich besser zurechtkommen, wenn sie früh gestellt wird. Dies wird durch das Hörscreening ermöglicht.

*Professor Dr. Kunigunde Welzl-Müller, Klinische Abteilung für Hör-, Stimm- und Sprachstörungen, A-6020 Innsbruck*

**Unterfränkische Mediziner informieren Bevölkerung über Cholesterin**

*Zum Leserbrief von Professor Dr. Walter Hartenbach in Heft 5/2002, Seite 280.*

Nicht die medikamentöse Therapie von Hyperlipidämien stellt die tödliche Gefahr dar, wie Professor Dr. Walter Hartenbach behauptet, sondern seine Behauptungen, die er als wissenschaftliche Aussagen deklariert.

Es wundert mich nicht, dass Professor Hartenbach für diese Aussagen keine Belege liefern kann. Es gibt sie einfach nicht!

Zur wissenschaftlichen Datenlage: Die konsequente Senkung des LDL-Cholesterins ist, statistisch gesehen, bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit die wirksamste Maßnahme zur Verhinderung des Herzinfarkts. In der Primärintervention ist die Therapie von Fettstoffwechselstörungen mit hohem bis obligatem Risiko zur Risikominimierung unbedingt erforderlich. Für die wirksame Senkung des LDL-Cholesterins kann dabei auf den Einsatz von Medikamenten wie der CSE-Hemmer, und um die scheint es Professor Hartenbach zu gehen, nicht verzichtet werden. Außerdem beeinflussen die verschiedenen CSE-Hemmer eine Reihe von Mechanismen, die im komplexen Geschehen der Atherosklerose von Bedeutung sind, günstig: Sie verbessern unter anderem die endotheliale Dysfunktion und führen damit zu einer verbesserten Durchblutung des Myokards.

CSE-Hemmer reduzieren bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit signifikant die Gesamtsterblichkeit. Dies konnte in den beiden Studien (4 S und LIPID) gezeigt werden. In allen Studien mit klinischen kardialen Endpunkten zeigte sich eindeutig, dass die Therapie mit CSE-Hemmern neue oder erneute kardiale Ereignisse verhindern kann. Die Daten dieser Studien zeigen den Nutzen der Therapie mit CSE-Hemmern auf. Sie zeigen aber auch, dass nicht jeder Patient von der Einnahme profitieren wird.

Persistierende Kritik an der Lipidtheorie der Atherosklerose, wenn auch nur noch von Wenigen geübt, müssen ernst genommen werden. Um einer möglichen Verunsicherung der Ärzteschaft zu begegnen, werden wir als medizinische Fachgesellschaft daher mit der gleichen Penetranz, das Wissen um den durch konsequente LDL-Cholesterinsenkung mit hochwirksamen Medikamenten erreichbaren erheblichen Nutzen bezüglich Mortalität und Morbidität an die Ärzteschaft weitergeben. Persönliche Erfahrungen lassen allerdings Zweifel aufkommen, ob dieses Wissen auch die letzten Opponenten wie Professor Hartenbach erreichen wird.

*Dr. rer. biol. hum. Heike Kantner, DGFF Lipid-Liga e. V., 81377 München*

**Vor 50 Jahren. – Das Bayerische Ärzteblatt vom Juni 1952**

*Zur „Historie“ in Heft 6/2002, Seite 293.*

„Warnung vor Nachwuchsschwemme“  
Mit Interesse habe ich das Inhaltsverzeichnis des Bayerischen Ärzteblattes aus dem Jahre 1952 gelesen. Ich selbst hatte im Herbst 1951 das Medizinstudium begonnen, trotz der Warnungen vor einer Ärzteschwemme. Nach dem Examen konnte man als Medizinalassistent schon mit voll bezahlten Stellen nach

BAT III beginnen, wenn man sich an kleinere Krankenhäuser wendete. Nach Erreichen der Approbation konnte man sich seine Weiterbildungsstellen aussuchen und auch während der Weiterbildung problemlos wechseln, wenn man sich nicht gerade um eine Stelle an einer Universität bewarb. Und wenige Jahre nach meiner Niederlassung 1965 starteten die Kassenärztlichen Vereinigungen Programme mit Umsatzgarantien, um bestimmte Arztstühle besetzen zu können. Das Geld wurde meines Wissens den Rücklagen der Bayerischen Ärzteversorgung entnommen, über die Höhe der Summen ist mir nichts bekannt.

Man sieht: Es kommt alles wieder.

In diesem Zusammenhang erhebt sich die Frage, ob die Kassenärztlichen Vereinigungen wirklich am Sicherstellungsauftrag festhalten wollen. Dieser sollte auch nicht in die Hand der Krankenkassen kommen. Verantwortlich wären nach meiner Ansicht die Kommunen. Wie überall – besonders auch in den neuen Bundesländern – Gewerbegebiete zu günstigen Bedingungen angeboten werden, warum sollen nicht auch die Kommunen Arzträume zu entsprechenden Bedingungen anbieten, ferner Parkerleichterungen und dergleichen. Dass die Ärzte mit ihrem Honorar die Niederlassung fördern sollen, ist nicht einzusehen.

Günstige Arbeitsbedingungen, Entlastung von überflüssiger und zeitraubender Bürokratie würden sofort Freiräume zur Patientenbetreuung schaffen. Angemessene Honorierung – das Problem des Ärztemangels ließe sich lösen.

Was meines Wissens noch nirgends angesprochen wurde: Durch den erhöhten Frauenanteil an den Medizinstudenten, den ich sehr begrüße, müssen zusätzliche Studienplätze geschaffen werden, da viele Kolleginnen nach Familiengründung ihren Beruf zumindest zeitweise aufgeben oder in Krankenhaus und Praxis Teilzeitstellen bzw. Praxisgemeinschaften suchen, um für die Familie sorgen zu können. Auch hier ist Flexibilität gefordert!

*Dr. Klaus Reichel, Internist, 91217 Hersbruck*