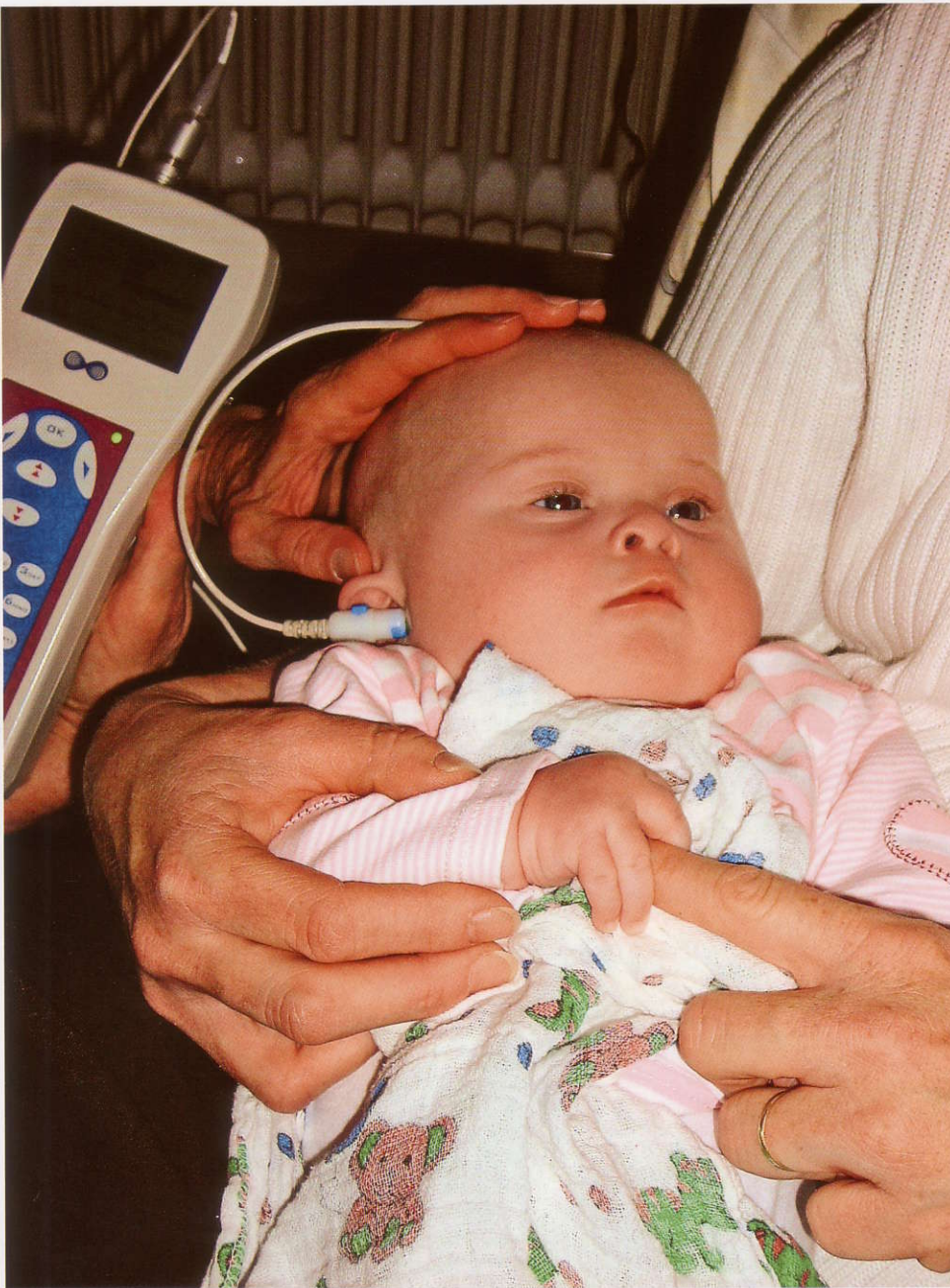


Zeitschrift für Audiologie

Audiological Acoustics



■ Editorial

Das Neugeborenen- Hörscreening in Deutschland ist da!

Katrin Neumann (Frankfurt)

■ Originalarbeit

Sprachverstehen in Ruhe und im Störgeräusch und Lerneffekte bei normal- hörenden sowie unilateral und sequentiell bilateral cochlea-implantierten Kindern

*Kristina Ebner, Thomas Steffens,
Jürgen Hellbrück*

■ Tagungsberichte

11. DGA-Jahrestagung

34. Deutsche Jahres-
tagung für Akustik

35. Erlanger Kolloquium

14. Kolloquium
der Geers-Stiftung

Endlich – das Neugeborenen-Hörscreening in Deutschland ist da!

Was haben wir gegessen! In Gremien, Meetings, Konferenzen, Hearings. Und geschrieben. Berge von Papier. Positionspapiere, die den US-amerikanischen und den internationalen nachempfunden waren. Gut so. Wir wollen nicht »parochial« sein. Wir hatten sogar ein Joint Committee »Frühkindliches Hören«. Es gab die Vokalistinnen und die Instrumentalisten, wie ein namhafter HNO-Arzt einmal geäußert hat. Wir haben an allen Fronten gekämpft. Audiologen haben ja oft wenig mit Bevölkerungsmedizin am Hut, aber diesmal haben wir sogar die dringend notwendige Interdisziplinarität hin bekommen.

Am Ende hat es sich gelohnt. Wir haben es, das flächendeckende Neugeborenen-Hörscreening in Deutschland. Sogar besser als viele andere. Hätte man gedacht, dass ein Land, das bis vor kurzem, bezogen auf das Hörscreening, als ein Entwicklungsland galt, jetzt mit seiner Screening-Gesetzgebung und -Technik Vorbild für China ist?! Wir Deutsche tun uns zwar schwer, etwas auf die Beine zu bringen, dann aber tun wir es gründlich. Und vor allem schnell. Denn was sind im Nachhinein neun Jahre, der Zeitraum, seitdem es nicht nur die »Man-müsste-mal«-Äußerer – eben die Vokalistinnen – auf den Plan gerufen hat, sondern auch die Macher.

Eine Hürde haben wir fast nicht genommen, dann aber doch – die der Evidenzbasiertheit. Denn es ist schlicht unmöglich, die langfristige Entwicklung hörgestörter Kinder daran zu messen, ob ihre Hörstörung durch ein Neugeborenen-Hörscreening entdeckt wurde oder nicht. Das geht allenfalls noch ansatzweise für die frühe Hör-Sprachentwicklung. Dank sei Frau Yoshinaga-Itano! Daher kam das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem, das Nutzen, Effektivität und medizinische Notwendigkeit des Hörscreenings zu beurteilen hatte, in seinem Abschlussbericht an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auch zu folgendem Fazit: »Es gibt Hinweise dafür, dass in einem universellen Neugeborenen-hörscreening identifizierte Kinder mit Hörstörungen hinsichtlich der Sprachentwicklung Vorteile haben. Andere patientenrelevante Größen wie zum Beispiel soziale Aspekte, Lebensqualität, schulische Entwicklung und schließlich berufliche Situation sind für eine Bewertung nicht ausreichend untersucht.« Dennoch: Das bisschen Evidenz hat ausgereicht und alles gerichtet. Damit sind wir mit dem Hörscreening in einer glücklicheren Lage als viele andere, die ein Screening durchsetzen möchten.

Was also haben wir erreicht? Das Hörscreening kommt verpflichtend zum 1. 1. 2009. Damit haben die Geburtseinrichtungen Zeit, sich darauf einzustellen. Ab dann hat jedes Neugeborene einen Anspruch darauf, mit allen medicolegalen Konsequenzen, wenn es nicht erfolgt. Der Startzeitpunkt wurde auch deshalb im G-BA so beschlossen, damit bis dahin die Vergütungsregelungen für den ambulanten und für den stationären Bereich ausgehandelt werden können. Das Hörscre-

ening wird dazu als neue präventive Leistung nach übereinstimmender Auffassung der Ärzte und Kassen durch zusätzliche neue Finanzmittel vergütet werden.

Im Folgenden einige Inhalte aus dem Beschluss des G-BA zur Änderung der Kinderrichtlinien in Bezug auf das Neugeborenen-Hörscreening vom 19. 6. 2008. Das Screening dient primär der Erkennung beidseitiger Hörstörungen ab einem Hörverlust von 35 dB. Solche Hörstörungen sollen bis zum Ende des 3. Lebensmonats diagnostiziert und eine entsprechende Therapie soll bis Ende des 6. Lebensmonats eingeleitet sein. Am »primär« darf man sich nicht stören, denn alle weiteren festgelegten Maßnahmen sehen ein beidohriges Screening und auch die Auffindung einseitiger Hörstörungen vor.

Die Detektionsschwelle von 35 dB ist neu und wird einerseits den Spezifikationen moderner Screening-Geräte gerecht, andererseits dem pädaudiologischen Anspruch, Hörverluste ab ca. 30 dB versorgen zu wollen. Die Eltern erhalten als schriftliche Information zum Screening ein bundeseinheitliches Merkblatt des G-BA. Sie entscheiden über die Teilnahme an der Untersuchung. Ein höchst erfreuliches Novum ist, dass sie bei Zustimmung zum Screening keine Unterschrift mehr leisten müssen, wohl aber bei Ablehnung, und dann sowohl auf dem Merkblatt als auch im Gelben Untersuchungsheft.

Und nun wird es spannend: Mit welchem Verfahren wird gescreent? Mit TEOAE und ABR im Falle eines auffälligen Ergebnisses oder mit alleiniger ABR, und zwar für jedes Ohr. Für Risikokinder für konnatale Hörstörungen ist die ABR obligat. Das wird die Vertreter der »reinen Lehre« (obligates ABR-Screening für alle) ebenso enttäuschen wie Scharen von Kinderärzten und anderweitigen Pragmatikern (alleinige TEOAE oder gar DPOAE). Aber es gab gute Gründe, so zu entscheiden: TEOAE sind rascher und einfacher zu messen. Damit ist die Einzelmessung auch kostengünstiger als eine einzige ABR-Messung. (Wer das ignorieren will, lebt an der gesundheitspolitischen Realität vorbei.) Und sie haben eine etwas sensitivere Nachweisschwelle (30 dB vs. 35 dB bei ABR), was in der Masse ganz sicher das Manko der Insensitivität auf auditorische Dyssynchronie ausgleicht. Dem Nachteil der noch immer geringeren Spezifität der TEOAE gegenüber den ABR (wenn auch durch moderne Technik gestiegen) wird dadurch begegnet, dass als Kontrolluntersuchung bei auffälligen TEOAE lediglich ABR zugelassen sind, also nicht wiederholte TEOAE-Messungen). Wer möchte, kann gern mit alleinigen ABR screenen und damit auch bei Nicht-Risikokindern eine auditorische Dyssynchronie finden.

Wenn also Niedergelassene mittun wollen, egal ob Pädiater, HNO-Ärzte oder Phoniater/Pädaudiologen, müssen sie zwingend ein ABR-Gerät haben oder ein TEOAE-ABR-Kombinationsgerät oder zwei

Einzelgeräte. Das wird für viele das Nadelöhr sein und so bekommen wir das Hörscreening eben dahin, wohin wir es in der Masse haben wollen und wo auch die Qualität besser kontrollierbar ist: in die Kliniken.

Das Screening soll bei Reif- und Gesundgeborenen bis zum 3. Lebensstag durchgeführt werden, bei Frühgeborenen spätestens zum Zeitpunkt des errechneten Geburtstermins, bei kranken oder mehrfach behinderten Kindern unter Beachtung der Zusatzstörungen und notwendigen klinischen Maßnahmen spätestens vor Ende des 3. Lebensmonats. Bei Geburt im Krankenhaus erfolgt es vor Entlassung. Bei Geburt außerhalb des Krankenhauses oder nicht durchgeführtem Hörscreening findet dieses spätestens im Rahmen der U2 statt. Bei auffälligem Testergebnis der Erstuntersuchung mittels TEOAE oder AABR soll möglichst am selben Tag, spätestens jedoch bis zur U2, eine Kontroll-AABR durchgeführt werden, und zwar an beiden Ohren. Ist diese Kontroll-AABR auffällig, soll eine umfassende pädaudiologische Konfirmationsdiagnostik bis zur 12. Lebenswoche erfolgen.

Übrigens: Die juristische Verantwortung für die Durchführung des Hörscreenings liegt bei dem Krankenhausarzt, der für die geburtsmedizinische Einrichtung verantwortlich ist, auch wenn er selbst nie ein Screening-Gerät in die Hand nimmt. Bei Geburt außerhalb des Krankenhauses liegt die Verantwortung für die Veranlassung des Screenings bei der Hebamme oder dem Arzt, die/der die Geburt verantwortlich geleitet hat. Das Screening kann bei einem Pädiater, einem HNO-Arzt oder einem Phoniater/Pädaudiologen durchgeführt werden, ebenso eine AABR, wenn ausnahmsweise im Krankenhaus nach auffälliger Erstuntersuchung keine Kontroll-AABR erfolgt ist, dann bis spätestens zur U3. Die ggf. notwendige pädaudiologische Konfirmationsdiagnostik wird durch Phoniater/Pädaudiologen oder pädaudiologisch qualifizierte HNO-Ärzte durchgeführt.

Dass die Screening-Geräte den einschlägigen technischen Anforderungen genügen müssen, sicher gestellt durch die Hersteller und jährliche Wartungen, versteht sich von selbst.

Die Qualitätsziele des Screenings sind ehrgeizig und übersteigen punktuell sogar die aus internationalen Positionspapieren bekanntesten: Bei Geburt und Screening im Krankenhaus soll der Anteil der gescreenten Kinder bei mindestens 95 Prozent liegen. Mindestens 95 % der in der Erstuntersuchung auffälligen Kinder sollen vor Entlassung aus dem Krankenhaus eine Kontroll-AABR erhalten haben. Der Anteil der untersuchten Kinder, für die eine pädaudiologische Konfirmationsdiagnostik erforderlich ist, soll höchstens bei 4 % liegen. Letzteres gilt auch für Arztpraxen. Mindestens 95 % der in der Erstuntersuchung auffälligen Kinder sollen in derselben Praxis, in der die Untersuchung durchgeführt wurde, eine Kontroll-AABR erhalten. Hart, aber gerecht. Das Statement, dass der Erfolg des Hörscreenings abhängig ist von Zuverlässigkeit der Befundergebnisse und der zeitnahen Durchführung einer pädaudiologischen Nachfolgediagnostik und Therapieeinleitung bei auffälligen Befunden, hat eher Alibi-Funktion. Denn ein institutionalisiertes Tracking können und wollen die Krankenkassen weder bezahlen, noch können es die Krankenhäuser leisten. Daher verweist der G-BA mehr appellativ auf länderspezifische Regelungen, die es oftmals gar nicht gibt, um die wir alle uns aber massiv bemühen sollten. Leider ist es nicht sehr wahlkampfwirksam, wenn Länder

Overheadkosten für eine gesetzlich vorgeschriebene medizinische Leistung erbringen sollen.

Da ist dann die Dokumentation des Screenings im Gelben Kinderuntersuchungsheft auf einer Extra-Seite von unschätzbarem Wert. Sie gewährleistet eine Art Minimal-Tracking. Der die U3 durchführende Arzt muss sich über die Dokumentation des Hörscreenings vergewissern. Fehlt sie, muss er das Screening veranlassen und seine Durchführung und sein Ergebnis dokumentieren. Dasselbe gilt für die U4 und U5 durchführenden Ärzte. Festgehalten und mit datierter ärztlicher Unterschrift versehen werden, getrennt für jedes Ohr, die Methoden und Ergebnisse der Erstuntersuchung und die Ergebnisse einer Kontroll-AABR, das Datum der Veranlassung einer pädaudiologischen Diagnostik und das ihrer Durchführung sowie ihre Ergebnisse, ja sogar, der Tag, an dem ihre Untersuchungsergebnisse und eine ggf. erforderliche Therapie mit den Eltern besprochen wurden. Wenn das nichts ist! Auf dem vorgesehenen Einlegeblatt für das Gelbe Heft mit den sechs Dokumentationszeilen soll immer derjenige Arzt in der entsprechenden Zeile dokumentieren, der die jeweilige Untersuchung durchgeführt oder veranlasst hat, also Kinderärzte, HNO-Ärzte und Phoniater/Pädaudiologen. Die Bundesärztekammer äußerte auch bereits Bedenken gegen eine weitere Ausweitung der ärztlichen Dokumentationspflicht. Wohl wahr.

Die Krankenhäuser werden nicht schlecht belastet. Sie müssen nicht nur das Gros der Screenings durchführen, sondern auch jährliche Sammelstatistiken abliefern, und zwar über die Gesamtzahl der Neugeborenen eines Krankenhauses und die Zahl der Neugeborenen, die a) ein Screening erhalten haben (differenziert nach TEOAE und AABR als Erstuntersuchung), b) auffällige TEOAE zeigten (differenziert nach einseitig/beidseitig auffällig), c) auffällige AABR aufwiesen (differenziert nach Erst- und Kontrolluntersuchung sowie nach einseitig/beidseitig auffällig) und d) in TEOAE und AABR auffällig waren (differenziert nach einseitig/beidseitig auffällig). Glücklicherweise sind diejenigen, die ein regionales Screeningzentrum haben, das ihnen diese Arbeit abnehmen kann! Schon aus purem Eigennutz sollten daher die Krankenhäuser einer Region um ein solches Zentrum kämpfen, an das sie möglichst automatisiert und täglich ihre Daten direkt vom Screening-Gerät aus verschicken können. Wie in Hessen (das musste jetzt sein).

Das Hörscreening wird laut G-BA hinsichtlich Qualität und Zielerreichung künftig evaluiert werden. Damit steht uns noch einiges bevor. Wir müssen künftig schlicht mit wissenschaftlichen Methoden regelmäßig Evidenz über Nutzen und Effizienz des Hörscreenings liefern. Gelingt uns das nicht, kann die Leistung auch wieder aus dem Pflichtkatalog heraus genommen werden. Schon deshalb werden regionale Screeningzentren benötigt, deren Aufgaben in einer Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie definiert wurde.

Wie sieht es mit der Finanzierung aus? Ganz einfach. Die inhaltlichen Vorgaben ergeben sich aus dem Richtlinien text des G-BA, dieser ist die rechtsverbindliche Norm. Für die Abrechnung im vertragsärztlichen Bereich sind immer die jeweiligen Abrechnungspositionen des EBM verbindlich, die derzeit mit den Kassen für das Neugeborenen-Hörscreening noch ausgehandelt und festgelegt werden. Die Frage, wer die jeweiligen Abrechnungspositionen dann abrechnen darf, ergibt sich aus den Durchführungsbestimmungen

der Richtlinie (G-BA-Beschluss, § 6 Abs.2). Kassenärzte werden also vom 1. 1. 2009 an die EBM-Gebührenordnungspositionen abrechnen, die hierfür mit den Kassen derzeit ausgehandelt werden. IGELE-Leistungen sind out, sobald das Hörscreening als Kassenleistung eingeführt ist.

Für die Abrechnung im stationären Bereich ist die zusätzliche Vergütung in separaten Verhandlungen zwischen Kassen und Krankenhäusern zu klären. Jedenfalls haben die Kassen ihre Bereitschaft erklärt, über Anpassung der stationären bisherigen Pauschalen wegen des zusätzlichen Hörscreenings regional mit den Krankenhausträgern zu verhandeln.

Ein Antrag auf Berücksichtigung des Screenings bei der Neukalkulation der Geburtenpauschalen ist beim Institut für Entgeltwesen im Krankenhaus (INEK), gestellt. Dort wird jedes Jahr ein neuer Basis-katalog mit Relativgewichten einzelner Leistungen verhandelt. Der Antrag kann frühestens nach dem 31. 3. 2009 bearbeitet werden, da die Deadline für dieses Jahr verstrichen ist, so dass eine Finanzierung frühestens in zwei Jahren zustande kommen kann. Voraussetzung ist, dass eine Verschlüsselung der im Krankenhaus erbrachten Leistungen pro Kind nach den OPS-Codes erfolgt, d. h. für FAEP muss mit der Nr. 1-208.1 verschlüsselt werden, für TEOAE mit 1-208.8. Daher müssen die Hörscreening-Verantwortlichen der Geburtseinrichtungen ihren Mitarbeitern klar machen: Ohne verschlüsselten Leistungsnachweis gibt es keine Finanzierung.

Fassen wir zusammen: Den Gipfel haben wir erreicht. Jetzt kommen die Mühen der Ebene, die neue Herausforderungen an uns stellen werden. Packen wir 's an!



Neumann

Prof. Dr. Katrin Neumann,
Klinik für Phoniatrie und Pädaudiologie
Johann Wolfgang Goethe - Universität

Vom Punktland zum Flächenstaat

Die Autorin des Editorials hatte seinerzeit die Daten zum Hörscreening in allen Bundesländern nachgefragt und bekam aus Baden-Württemberg von maßgeblicher Stelle die Antwort, wo sie denn hindenke, Baden Württemberg sei doch ein Flächenland. Verwundert über die Auskunft und auch darüber, das in China, wo sie an der Einführung eines flächendeckenden Hörscreenings mitarbeitet, noch niemand als Gegenargument geäußert hatte, China sei ja ein Flächenland, sprach sie mit dem verehrten Professor Hoth darüber, mit dem sie kurz zuvor in Chile einen Audiologie-Kurs gegeben hatte und bekam von ihm folgende Erklärung:

»Für die Früherkennung kindlicher Hörstörungen ist bekanntlich neben anderen Faktoren die Fläche des zu erfassenden Gebietes von großer Bedeutung. Aus dem Vergleich der Situation in Hessen mit der in Chile und China hat sich nämlich ergeben, dass nicht nur die landesüblichen Sprachen, sondern auch die geographischen Abmessungen sehr unterschiedlich sind. Es konnte festgestellt werden, dass die Fläche proportional zum Quadrat der Längsabmessung ansteigt. Dementsprechend ist das schwerhörige Kind insbesondere in China nicht immer am selben

Ort wie der Untersucher. Da man das Kind nicht rufen kann, muss man ihm winken. Dies erweist sich – unabhängig von der Problematik der verschiedenen Landessprachen – als schwierig.

Für das flächendeckende Hörscreening in anderen Flächenstaaten wurde daraufhin das folgende einfache, aber effiziente Lösungskonzept entwickelt:

- Hessen ist ein Punkt.
- Chile eine Linie.
- Und Baden-Württemberg eine Fläche. Punkt.

Wird die in diesem Drei-bis-vier-Punkte-Programm zum Ausdruck kommende Dimensionserweiterung konsequent fortgeführt, so ist für die nahe Zukunft mit einer umfassenden räumlichen Lösung zu rechnen (→ universelles Hörscreening). Hingegen bleibt die Frage offen, ob die hörgerichtete und lautsprachliche Rehabilitation in einem Flächenland, in dem ohnehin kein Hochdeutsch gesprochen wird, anzustreben ist. Insgesamt ist somit die Früherkennung kindlicher Hörstörungen mit vielen Risikofaktoren verbunden und lange nicht so einfach, wie man in anderen Bundesländern denkt.«