

BIAP – Empfehlung 12.5

Das Neugeborenen-Hörscreening (UNHS) - eine multidisziplinäre Aufgabe

Es ist nicht länger die Frage, ob die Einführung eines allgemeinen Neugeborenen-Hörscreenings auch auf nationaler Ebene sinnvoll und möglich ist, vielmehr gibt es klare Hinweise, dass beim Beginn der Hör-Sprachförderung im ersten Lebenshalbjahr auch hörgeschädigte Kinder eine Kommunikationsfähigkeit zumindest im Rahmen der unteren Altersnorm normal hörender Kinder entwickeln können.

Um ein solches Ziel zu erreichen, muss das universelle Neugeborenen-Hörscreening jedoch eingebunden sein in ein multidisziplinäres Netzwerk audiologischer, medizinischer, therapeutischer und pädagogischer Maßnahmen, die speziell auf die Bedürfnisse des hörgeschädigten Babys und seiner Familie ausgerichtet sind.

Das BIAP unterstützt deshalb das universelle Neugeborenen-Hörscreening und fordert seine Mitgliedsorganisationen auf, das dafür notwendige multidisziplinäre Netzwerk aufzubauen, beginnend mit einer Früherkennung der Hörstörung durch das universelle Neugeborenen-Hörscreening und weiterführend durch eine ausreichend abgesicherte frühe Diagnose. Nur so ist der Beginn einer Frührehabilitation im 1. Lebenshalbjahr möglich.

Die multidisziplinäre Zusammenarbeit beinhaltet:

1. bereits in der Planungsphase die Zusammenarbeit von Geburtshelfern, Kinderärzten, Audiologen, HNO-Ärzten, Krankenschwestern, Hebammen, Elternorganisationen sowie anderen Fachleuten und Organisationen, die an der Geburt und an der nachgeburtlichen Betreuung beteiligt sind.
2. Das Screening selbst benötigt eine Zusammenarbeit
 - a) im klinischen Rahmen von Geburtshelfer, Kinderarzt, Krankenschwester, HNO-Arzt, Koordinator
 - b) im ambulanten Bereich die Zusammenarbeit von Hebamme, Krankenschwester, Kinderarzt/Hausarzt, HNO-Arzt, Koordinator.
3. Babys, die im 1. Screening auffällig waren oder an diesem nicht teilnehmen konnten, erhalten ein Nachscreening (2. Screening-Stufe) innerhalb der ersten 2 Lebenswochen. Dieses Nachscreening erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen: Geburtsklinik, Kinderarzt, HNO-Arzt, Pädaudiologen und anderen Institutionen, die an der Versorgung bei der Geburt und nach der Geburt beteiligt sind.
4. Im Zusammenhang mit der weiteren Konfirmationsdiagnostik ist folgende Zusammenarbeit notwendig:
 - a) Für eine umfassende Hördiagnostik: Pädaudiologe, Audiologe, auf pädaudiologische Fragestellungen spezialisierter HNO-Arzt
 - b) Zum Erstellen einer Arbeitsdiagnose: Pädaudiologe, auf pädaudiologische Fragestellungen spezialisierter HNO-Arzt
 - c) Für familienunterstützende Maßnahmen (z.B. im Hinblick auf die Diagnose-Verarbeitung und für die neuen Anforderungen an die Familie in Verbindung mit der Hörstörung des Kindes): Elternbegleitung (Empf.: 25/1, 25/2, 21), Elterngruppen, Frühförderer, Hörgeschädigtenpädagoge, Soziale Dienste

- d) Für die weiterführende interdisziplinäre Diagnostik zur Ursachenforschung und um zusätzliche Erkrankungen auszuschließen; hierzu sind z. B. notwendig der Kinderarzt, Genetiker,...
5. Der Rehabilitationsprozess erfordert ebenfalls ein multidisziplinäres Vorgehen und sollte so bald wie möglich, in jedem Fall jedoch noch im 1. Lebenshalbjahr, beginnen mit
- a) einer Frühförderung zum Aufbau kommunikativer Fertigkeiten in Zusammenarbeit z. B. mit dem Sprachtherapeuten (Logopäden), Hörgeschädigtenpädagogen, Frühförderer, Psychologen...
 - b) der frühen Anpassung von technischen Hilfen (z. B. Hörsystemen, FM-Systemen, taktile Hörhilfen...)
 - diese werden verschrieben durch einen Pädaudiologen oder einen in pädaudiologischen Fragen erfahrenen HNO-Arzt
 - und angepasst in der Zusammenarbeit eines auf die Arbeit mit Kleinkindern spezialisierten Hörgeräte-Akustiker und eines Pädaudiologen.
6. Im Rahmen der Nachverfolgung (Tracking) von Kindern, die im Screening auffällig waren, und im Rahmen des Qualitätsmanagements eines Hörscreening-Programms sollten die Hörscreening-Verantwortlichen wenn möglich eng zusammenarbeiten mit anderen bereits existierenden neonatalen Screening-Programmen, wie z. B. dem metabolischen Screening, das ebenfalls Strukturen für eine Nachverfolgung screening-auffälliger Patienten benötigt. Dabei kommt es dann u.a. zur Zusammenarbeit zwischen der Datenverarbeitung, dem öffentlichen Gesundheitswesen und den für das Qualitätsmanagement Zuständigen.
7. Im Rahmen einer Fortsetzung aller bisher existierenden Maßnahmen zur Erkennung kindlicher Hörstörungen sollten gerade auch im Hinblick auf Risikokinder (z.B. bei Hörstörungen in der Familienanamnese) und zum Ausschluss von später einsetzenden Hörstörungen die Zusammenarbeit von Kinderärzten, HNO-Ärzten und Pädaudiologen fortgesetzt werden.

Bei der Einführung eines Frühversorgungs- und Frühförderprogramms im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings sind alle Fachleute mit neuen Anforderungen konfrontiert, die sowohl eine zusätzliche Weiterbildung als auch eine Anpassung der bisherigen Vorgehensweise an die neuen Herausforderungen notwendig macht. Dies beinhaltet z. B.

- die Ausbildung von Screenern und Krankenschwestern zum Hörscreening,
- die Weiterbildung von Audiologen und Frühförderern,
- die Anpassung und Optimierung von Hörtest-Methoden:
So müssen bei den Babys alle überhaupt diagnostisch zur Verfügung stehenden Mittel eingesetzt werden, einschließlich frequenzspezifischer akustisch evozierter Potentiale, der 1000Hz-Tympanometrie sowie speziell adaptierter Methoden der Verhaltensaudiometrie...
- die Adaptierung und Optimierung von Hörgeräte-Anpassmethoden für Babys einschließlich der Berücksichtigung der spezifischen akustischen Übertragungsverhältnisse am Ohr des Babys, z. B. durch RECD-Messungen oder die Verwendung altersabhängiger RECD-Korrekturwerte sowie der Verwendung altersabhängiger Anpass-Algorithmen
- Anpassung und Optimierung von Frühfördermethoden einschließlich einer unvoreingenommenen Elternberatung über verschiedene Frühförderansätze sowie die

Bereitstellung von Unterstützungsmöglichkeiten im Hinblick auf die besondere psychische Belastungssituation der Familie....

Die genannten Maßnahmen sollten nur durch spezialisierte Fachleute und Institutionen erbracht werden, die sich verpflichtet haben, im Rahmen eines gemeinsam erarbeiteten Protokolls zusammenzuarbeiten. Insbesondere eine gute Organisation des Informationsaustausches und des gegenseitigen Feedbacks (einschließlich der Zusammenarbeit mit Elternorganisationen) wird dazu führen, dass gemeinsam inhaltliche und organisatorische Probleme gelöst werden können und ein Sicherheitsnetz etabliert wird, das dazu beiträgt, dass ein Langzeiterfolg für das gesamte universelle Neugeborenen-Hörscreening und das Frühförderprogramm sichergestellt werden kann.

The recommendation was approved by the general assembly of the BIAP after the validation by the national committees, 2007 in Rhodos (Greece)

This recommendation is based on a multidisciplinary cooperation

President of the commission: Th. Wiesner (Germany)

Members of the commission: M. Antoniadis-Hitoglou (Greece), A. Bohnert (Germany), P. Chapuy (France), A. Enderle (Germany), M. Delaroche (France), J.P. Demanez (Belgium) + L. Demanez (Belgium), G. Dessy (Belgium), D. Hennebert (Belgium), N. Herman (Belgium), C. van der Heyden (Belgium), A. Juarez Sanchez (Spain), V. Leflere (Belgium), J. Leman (France), Th. Lhussier (Belgium), B. Martiat (Belgium), N. Matha (France), N. Melis (France), T. Renglet (Belgium), Ph. Samain (Belgium), M.-N. Serville (Belgium), G. Schram (Switzerland), P. Verheyden (Belgium)

Keywords: Hearing loss, deafness, infant, neonatal screening, newborn, interdisciplinary health team, early intervention, early diagnosis