

Über die Welt der Gehörlosigkeit

Bereits weit bevor ich etwas von meinem späteren beruflichen Werdegang ahnte, wurde ich mit dem Phänomen Gehörlosigkeit konfrontiert: In meiner Jugend verbrachte ich diverse Urlaube mit einem etwa gleichaltrigen Jungen namens Hanno. Es hieß, er sei als Säugling nach Behandlung einer Lungenentzündung mit Aminoglykosiden ertaubt. Die Kommunikation mit ihm war mühsam: So musste man sehr deutlich artikulieren, damit ihm das Ablesen von den Lippen möglich wurde. Umgekehrt konnte ich nur mit Mühe seine gutturale Aussprache verstehen. Daher reduzierte sich unsere Konversation auf das Nötigste, wir verstanden uns aber meist auch nonverbal recht gut. Als wir uns zwischen den Urlauben mal Briefe schrieben, wunderte ich mich allerdings über seine recht einfach gehaltene Ausdrucksweise, die keinesfalls seinem Alter zu entsprechen schien.

Erst viele Jahre später, bereits in meiner Zeit als HNO-Arzt, ging mir auf, dass dieses Phänomen möglicherweise seiner Gehörlosigkeit geschuldet gewesen sein könnte. Denn das Hören ist für die geistige Reifung, das Lernen und Begreifen der Welt von elementarer Bedeutung, viel wichtiger als das Sehen. Zudem stellt das Hören neben dem Sprechen die wichtigste Verbindung zu den Mitmenschen dar. Dem Philosophen Immanuel Kant wird die Erkenntnis zugeschrieben: „Nicht sehen trennt den Menschen von den Dingen, nicht hören trennt ihn von den Menschen.“ Aber auch die Dinge verstehen wir erst richtig durch das Hören. Wenn wir bei-

spielsweise einen schönen Sonnenuntergang sehen, tun wir das mit den Augen. Aber, dass der Sonnenuntergang so heißt und dass er schön ist, hören und begreifen wir mit den Ohren. Daher ist das Hören für weit mehr von Bedeutung als nur für das Erlernen der Sprache.

Die ersten vier bis sechs Lebensjahre gelten als wichtigste Zeit für den Erwerb der Muttersprache. Was später erlernt wird an Sprache, wird mehr oder weniger als Fremdsprache aufgenommen. Daher ist ein gutes Hören bereits von der Geburt an wichtig. Deshalb ist auch für Kinder von Immigranten der möglichst frühe Besuch eines deutschsprachigen Kindergartens sehr wichtig, um die Sprache des neuen Heimatlandes möglichst noch im Muttersprachen-Modus zu erlernen und damit auch die besten Voraussetzungen für ihre Ausbildung in der Schule, den Beruf beziehungsweise das Studium zu gewährleisten.

Circa 200.000 Menschen beherrschen deutschlandweit Gebärdensprache

Hanno beherrschte selbstverständlich auch die Gebärdensprache, bei der mittels Gestik, Mimik, Mundbild und Körperhaltung kommuniziert wird. Die Gebärdensprache gilt als ebenso komplex wie eine gesprochene Sprache mit der gleichen Ausdrucksmöglichkeit. Leider ist sie nicht international gleich, sondern in jedem Sprachraum unterschiedlich und kennt auch Dialekte. Das Problem ist nur, dass Hörende

in den seltensten Fällen die Gebärdensprache beherrschen und somit ein Gehörloser oft schwer in der Lage ist, sich mit Hörenden problemlos zu verständigen. Mit circa 200.000 Menschen, die die Gebärdensprache deutschlandweit beherrschen, ist die Anzahl möglicher Gesprächspartner denkbar gering.

Hanno ist mittlerweile weit in den Sechzigern; würde er heute geboren werden, hätte er ungleich bessere Möglichkeiten der Integration in die Welt der Hörenden. Insbesondere würde heutzutage seinen Eltern der dringende Rat erteilt werden, die Möglichkeit eines Cochlea-Implantates (kurz CI) zu testen. Dieses ermöglicht die Schallübertragung von einem Mikrofon, einem Audioprozessor über eine implantierte Elektrode direkt auf den Hörnerv in der Hörschnecke. Das Phänomen ist, dass der Mensch, bei dem ein CI erfolgreich implantiert werden konnte, sich fast wie eine normalhörende Person mit seinen Mitmenschen verständigen kann. Allerdings muss das Hören mit einem derartigen elektronischen Ohr erst erlernt werden und kann ein normales Gehör keineswegs ersetzen.

Eine kleine Sarah war die erste gehörlose Patientin in meiner Praxis, die vor circa 25 Jahren im dritten Lebensjahr ein Cochlea-Implantat erhielt. Sie besuchte eine Regelschule, absolvierte problemlos ihr Abitur und verbrachte während ihres Studiums ein Jahr in Australien. Eingedenk meines Freundes Hanno, dem all diese Möglichkeiten verwehrt geblieben waren, berührte mich die für eine Gehörlose erstaunliche Laufbahn sehr. Daher stellt für mich die erfolgreiche Entwicklung des Cochlea-Implantates die mit Abstand größte Errungenschaft in unserem Fachgebiet dar. Allerdings erstaunten mich anfangs überaus kritische und teils sehr emotionale Urteile über das CI aus Gehörlosenkreisen: Man muss es wohl als ein tragisches Phänomen des medizinischen Fortschritts ansehen, dass das Cochlea-Implantat nun mal Gehörlose in die Welt der Hörenden entführt und die Gruppe der reinen Gebärdensprachler sich somit zunehmend in ihrer Existenz bedroht sieht.

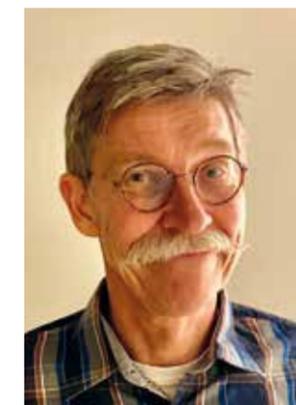
Jährlich werden etwa 5.000 Cochlea-Implantate eingesetzt

Bis heute tragen von circa 1,2 Millionen hochgradig Hörbehinderten beziehungsweise Gehörlosen in Deutschland lediglich etwa 40.000 Menschen erfolgreich ein CI. Es werden jedoch ständig mehr. Deutschlandweit werden derzeit jährlich circa 5.000 CIs implantiert. Je früher eine Cochlea-Implantation erfolgt, um so besser für den Spracherwerb und die intellektuelle Entwicklung des Kindes. Als ideales Alter gilt die Zeit bis zum neunten Lebensmonat. Daher ist die Früherkennung einer Schwerhörigkeit beziehungsweise Gehörlosigkeit beim Säugling von eminenter Bedeutung.

Diese erfolgt durch das in der Regel direkt nach der Geburt durchgeführte Hörscreening per TEOAE (Transitorisch evoked otoakustische Emissionen), bei dem die Funktion der äußeren Haarzellen in der Hörschnecke überprüft wird. Eine weiterführende Diagnostik stellt die automatisierte Hirnstammaudiometrie (AABR) dar, welche die Hörnerven- und Hörbahnpotentiale misst. So kann frühzeitig eine weitere audilogische Abklärung erfolgen und die Indikation für ein Hörgerät oder ein Cochlea-Implantat gestellt werden, um einem neuen Erdenmenschen ein möglichst gleichberechtigtes Leben zu gewährleisten. Seit 2008 betreut die SQmed GmbH in Mainz mit einführender Unterstützung des Gesundheitsministeriums die Erfassung des Neugeborenen-Hörscreenings in ganz Rheinland-Pfalz.

Neben den Kinderarztpraxen, die bei den standardisierten Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 auch das Gehör überprüfen, sind HNO-Ärztinnen und -Ärzte für die weitere Hördiagnostik zuständig. Weiterhin finden sich in Rheinland-Pfalz drei Gehörlosenschulen (Frankenthal, Neuwied und Trier), die neben dem Schulbetrieb für schwerhörige und gehörlose Kinder auch eine sogenannte pädagogische Hördiagnostik durchführen und Hörwahrnehmungsstörungen weiter abklären können. Auch Sozialpädiatrische Zentren, die in Rheinland-Pfalz annähernd flächendeckend vertreten sind, befassen sich bei der interdisziplinären Betreuung von Kindern mit Entwicklungsstörungen auch mit Hörproblemen. Überdies finden sich zahlreiche Selbsthilfegruppen, die sich mit ihren Informations- und Beratungszentren um die Belange der Menschen mit Hör- und Sprechproblemen in Kita, Schule, Beruf und Alltag kümmern. So kann man resümieren, dass Hörgeschädigten heutzutage deutlich bessere Fördermaßnahmen zur Verfügung stehen als seinerzeit meinem Freund Hanno.

Literatur beim Autor



Autor

Dr. Stefan Pappert
HNO-Arzt, Trier

Foto: privat

Wenn wir einen schönen Sonnenuntergang sehen, tun wir das mit den Augen. Aber, dass der Sonnenuntergang so heißt und dass er schön ist, hören und begreifen wir mit den Ohren.



Foto: Adobe Stock/Pierre

Versorgung von Kindern mit Hörstörungen in Rheinland-Pfalz

Das Vorliegen einer Hörstörung stellt im Kindesalter die häufigste Sinnesbeeinträchtigung dar. Wird die Hörstörung nicht erkannt, hat dies je nach Dauer und Ausmaß des Hörverlustes einen enormen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes, insbesondere auf den Spracherwerb, aber auch auf das Verhalten und den späteren Bildungserfolg.

Im Jahr 2022 wurden 36.731 Kinder in Rheinland-Pfalz geboren (2021: 38.647), davon waren bei einer Prävalenz von angeborenen höhergradigen Schwerhörigkeiten von circa ein bis zwei Promille, also zwischen 38 bis 73 Neugeborene versorgungspflichtig betroffen (einseitige, gering- oder mittelgradige Schwerhörigkeiten sowie Hörverschlechterungen ausgenommen). Da in der Vergangenheit selbst höhergradige Hörstörungen meist sehr spät erkannt wurden, wurde das Neugeborenen-Hörscreening gesetzlich verbindlich ab dem 1. Januar 2009 in Deutschland eingeführt. Dies trug deutlich dazu bei, die Versorgungslage der Kinder mit Hörstörungen zu verbessern.

Wird ein Neugeborenes im Erst-Screening als schwerhörig erkannt, erfolgt in der Regel nach einem Re-Screening in Stufe drei eine Konfirmationsdiagnostik in einem pädaudiologischen Zentrum bis zum dritten Lebensmonat. Zertifizierte pädaudiologische Zentren wie an der Unimedizin Mainz zeichnen sich dadurch aus, dass sie eine besondere Expertise in der Diagnostik haben, je nach Alter und Entwicklungsstand des Kindes. Dort erfolgen die Einleitung von Therapien, Fördermaßnahmen und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit verschiedenen Experten, die zum Gelingen der technischen Versorgung unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes des Kindes beitragen. Hierzu zählen zum Beispiel Pädakustiker, Schwerhörigen-Frühförderer, Logopäden, Ingenieure, Humangenetiker, Neuroradiologen, Pädiater und so weiter. Im besten Fall kann die technische Versorgung zum Beispiel mit Hörgeräten ab dem dritten Lebensmonat vergleichend begonnen werden.

Hochgradige Schwerhörigkeiten in der frühen Kindheit haben zu 80 Prozent eine genetische Ätiologie

Die Ursachenklärung der Schwerhörigkeit hat dabei meist für die Familien einen besonderen Stellenwert und kann bei Manifestation in der frühen Kindheit zu 80 Prozent auf eine genetische Genese zurückgeführt werden. Sollten konventionelle Hörgeräte nicht ausreichen, wird von den Fachärzten für Phoniatrie und Pädaudiologie auch die Möglichkeit einer gehörverbessernden Operation oder die Versorgung mit Hörimplantaten geprüft und zusammen mit den HNO-Chirurgen umgesetzt.

Eine fundierte Beratung der Eltern und Einbettung einer technischen Versorgung zum Beispiel mit einem Hörimplantat in ein interdisziplinäres Behandlungskonzept mit anschließender Folgetherapie und gegebenenfalls spezifischer Rehabilitation sind hierbei anzustreben und für den Erfolg entscheidend. Meist werden die betroffenen Kinder und Familien über mehrere Jahre, teilweise bis zur Volljährigkeit oder auch darüber hinaus, betreut. Beispielsweise ist dies am Sozialpädiatrischen Zentrum der Unimedizin Mainz, welches seit 2017 in Kooperation mit dem Kinderneurologischen Zentrum der Rheinischen-Fachklinik in Mainz-Mombach ermächtigt wurde, möglich. Dort werden mehr als 1.100 Kinder pro Jahr mit diesem fachlichen Schwerpunkt behandelt.

Bei Kindern, die nicht ambulant versorgbar sind, kann auch eine stationäre Diagnostik mit einem Elternteil und eine vergleichende Hörgeräte- oder Hörimplantat-Anpassung notwendig werden. Dies gilt insbesondere bei seltenen Erkrankungen oder fehlender Trageakzeptanz beziehungsweise unzureichendem Behandlungserfolg. Hierfür steht der Unimedizin Mainz seit mehr als 60 Jahren eine eigene Kinderstation mit Expertenteam der Abteilung Kommunikationsstörung zur Verfügung.

Grafik: Läßig

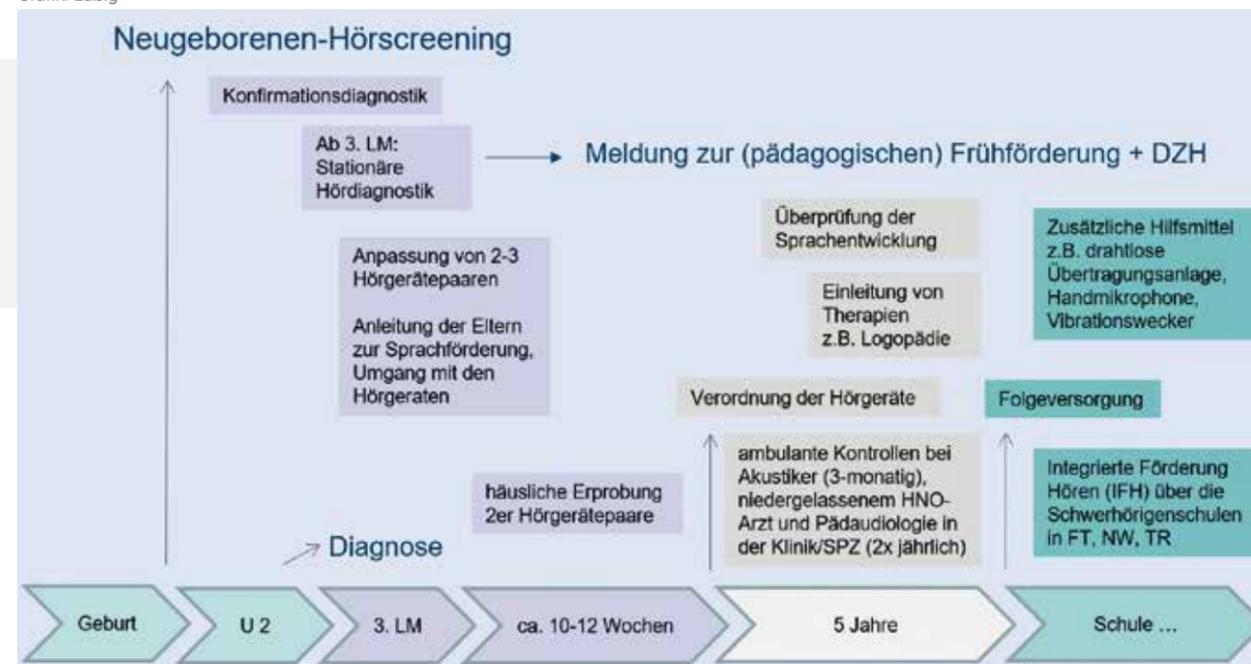


Abbildung 1: Versorgungspfad: Durch die frühe Versorgung mit modernen technischen Hilfsmitteln, zum Beispiel Hörimplantate wie das Cochlea-Implantat, können heute selbst taub geborene Kinder sehr erfolgreich behandelt werden. Betroffene Familien können sich gerne an die entsprechenden Institutionen oder an Dr. Anne K. Läßig als Landesärztin für Menschen mit Hörbehinderung in Rheinland-Pfalz wenden.

Je älter das hörgeschädigte Kind wird, desto mehr rücken Themen wie Folgeversorgungen, Integrationsmaßnahmen in Krippe, Kindergarten und Schule, Einsatz von Zusatztechnik zur Inklusion und Möglichkeiten der Beschulung mit Förderbedarf unter anderem auch an einer Schwerhörigenschule in den Behandlungsfokus. Zu den Themen gehören auch die Möglichkeit der Beantragung eines Grades der Behinderung beim zuständigen Versorgungsamt für Soziales und gegebenenfalls auch die Beantragung eines Pflegegrades, Rehabilitationsmöglichkeiten an spezialisierten Reha-Kliniken, Sprachheilzentren oder Cochlea-Implantat-Zentren. Der regelmäßige Austausch mit den in Rheinland-Pfalz bestehenden überregionalen pädaudiologischen Beratungsstellen in Frankenthal, Neuwied und Trier sowie den pädagogischen Audiologen, Frühförderern und (Päd-)Akustikern tragen zur Verbesserung der Versorgung der schwerhörigen Kinder bei.

Seit 2015 betreue ich als Landesärztin nicht nur die Patienten der Unimedizin, sondern halte regelmäßig an allen Schwerhörigenschulen in Rheinland-Pfalz Sprechtag ab. Bei den Sprechtagen steht der interdisziplinäre Austausch mit den Sonderpädagogen, Frühförderern, Akustikern und der Klinik sowie die Beratung von Familien mit schwerhörigen Kindern

und Kindern mit nicht altersgerechtem Spracherwerb im Vordergrund. Zusätzlich werden auch am Sprachheilzentrum in Meisenheim und der Zweigstelle in Bad Kreuznach Sprechtag durchgeführt. Weiterhin verfasste ich landesärztliche Stellungnahmen und Einweisungsverordnungen zu Rehabilitationsmaßnahmen.

Literatur bei Autorin



Autorin
Dr. Anne K. Läßig
Universitätsmedizin Mainz
HNO-Klinik
Leiterin der Abteilung für Kommunikationsstörungen

Foto: Picture People

Vorsorge bei Säuglingen – Neugeborenen-Hörscreening in Rheinland-Pfalz



Foto: Adobe Stock/femurana

Von einer behandlungsbedürftigen Hörstörung sind circa ein bis zwei von 1000 Neugeborenen betroffen. Untersuchungen zeigen, dass sich konnatale Hörstörungen nicht nur negativ auf den Spracherwerb auswirken, sondern auch auf die kognitive, emotionale und psychosoziale Entwicklung. Auch Kinder mit Hörstörungen können hören und sprechen lernen und sich weitgehend normal entwickeln, wenn sie möglichst bald nach der Geburt adäquat behandelt werden.

Seit 2009 haben alle gesetzlich versicherten Neugeborenen Anspruch auf ein Hörscreening in den ersten Lebens- tagen. Ziel ist die Erkennung beidseitiger Hörstörungen ab einem Hörverlust von 35 Dezibel (entspricht zum Beispiel der Lautstärke eines Blätterrauschens) bis zum dritten Lebensmonat und eine Therapieeinleitung bis zum sechsten Lebensmonat.

Nach den „Richtlinien für die Früherkennungsuntersuchungen von Hörstörungen bei Neugeborenen“ des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) soll das Hörscreening für jedes Ohr mittels transitorischer otoakustischer Emissionen (TEOAE) oder mittels automatisiert abgeleiteter früher akustisch evozierter Potentiale (AABR) bis zum dritten Lebens- tag erfolgen. Für Risikokinder für konnatale Hörstörungen (zum Beispiel Kinder auf Intensivstationen, Kinder mit fami- liarer Hörstörung, Frühgeborene) ist die AABR-Untersuchung obligat.

Untersuchung bei Frühgeborenen sollte spätestens bis zum errechneten Geburtstermin erfolgen

Bei Frühgeborenen soll die Untersuchung spätestens zum Zeitpunkt des errechneten Geburtstermins, bei kranken oder mehrfach behinderten Kindern unter Beachtung der Zusatzstörungen und notwendigen klinischen Maßnahmen spätestens vor Ende des dritten Lebensmonats erfolgen. Bei Geburt außerhalb des Krankenhauses oder nicht erfolgter Untersuchung soll die Untersuchung spätestens bei der U2 (zehnter Lebensstag) stattfinden.

Bei auffälligem Testergebnis der Erstuntersuchung mittels TEOAE oder AABR soll möglichst am selben Tag, späte- stens bis zu U2 eine Kontroll-AABR-Untersuchung erfolgen. Die Untersuchung soll immer an beiden Ohren durchgeführt werden. Bei auffälligem Befund dieser Kontroll-Untersuchung soll eine umfassende pädaudiologische Konfirma- tionsdiagnostik bis zur zwölften Lebenswoche stattfinden.

Vorzuhaltende Verfahren sind subjektive Audiometrie, Click- BERA, objektive frequenzspezifische Audiometrie, Hochfre- quenztympantomie und Ohrmikroskopie.

Die Befunde des Hörscreenings werden im gelben Kinderun- tersuchungsheft auf einer eigenen Seite dokumentiert.

Die Eltern beziehungsweise Personensorgeberechtigten ent- scheiden nach Aufklärung in Form eines Merkblatts über die Teilnahme an der Untersuchung. Eine Ablehnung ist mit der Unterschrift zumindest eines Elternteils zu dokumentieren.

Tracking auffälliger Neugeborenen kann zu früh- zeitigeren Diagnosestellung führen

Es hat sich gezeigt, dass die Erfassung und die Nachverfol- gung (Tracking) auffälliger Neugeborener durch eine Scree- ning-Zentrale zu einer frühzeitigeren Diagnosestellung und Behandlung führen kann. Seit 2008 führt in Rheinland-Pfalz die SQMed GmbH als Landeszentrale zum Neugeborenen- Hörscreening zunächst als Projekt und seit 2010 im Regel- auftrag die Erfassung des Neugeborenen-Hörscreenings durch.

Zentrale Aufgabe ist die Unterstützung der Eltern, deren Kin- der in der Geburtsklinik den Hörtest nicht bestanden haben, deren Hörtestergebnis unklar ist oder deren Hörtest nicht durchgeführt werden konnte. Die Eltern werden bis zur er- folgreichen Durchführung eines Hörtests beziehungsweise bis die Kinder mit abklärungsbedürftigem Hörtestergebnis Zugang zu einer weiterführenden Hördiagnostik und gege- benenfalls Frühversorgung erhalten haben, begleitet.

Um der Landeszentrale zum Neugeborenen-Hörscreening die Kontaktaufnahme zu den Eltern von Kindern mit abklä- rungsbedürftigen Hörtestergebnissen zu ermöglichen, wer- den das Hörtestergebnis und die zugehörigen Kontaktdaten nach vorheriger schriftlicher Einverständniserklärung der El- tern von den Geburtskliniken in verschlüsselter Form an die Landeszentrale übermittelt. Die Landeszentrale zum Neuge- borenen-Hörscreening weist die Eltern mit einem Schreiben auf das abklärungsbedürftige Ergebnis des Hörtests hin und informiert gleichzeitig über die Kontaktdaten von Ärzten, die entsprechende Untersuchungen anbieten.

Sofern nach einem weiteren Anschreiben keine Rückmel- dung durch die Eltern erfolgt, versucht die Landeszentrale zum Neugeborenen-Hörscreening in einem abgestuften Ver-

fahren telefonisch Kontakt zu den Eltern aufzunehmen. Das Verfahren wird beendet, sobald ein unauffälliges Hörtest- ergebnis zurückgemeldet wird, beziehungsweise so bald für die Kinder ein Termin für eine weiterführende Hördiagnostik (Konfirmationsdiagnostik) vereinbart wurde.

Fachkommission ist beratend bei Umsetzung des Hörscreening-Projekts beteiligt

Eine bei der Landeszentrale zum Neugeborenen-Hörscre- eening angesiedelte Fachkommission, die mit Mitgliedern der beteiligten Fachdisziplinen besetzt ist (Geburtshilfe, Kin- derheilkunde, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Pädaudiologie, Krankenpflege, ärztlicher Dienst), ist beratend bei der Um- setzung des Projektes tätig.

Durch die Aufnahme des Neugeborenen-Hörscreenings (NHS) in die Kinder-Richtlinie ergeben sich für das Screening eine Reihe von Anforderungen:

- Erfassung möglichst vieler Geburten, mindestens aber 95 Prozent
- Maximal vier Prozent Testauffällige im Primärscreening bei Nicht-Risikokindern
- Erfassung von mindestens 95 Prozent der Testauffälligen in einem Follow-Up
- Nennung qualifizierter regionaler Ansprechpartner
- Pädaudiologische Diagnostik innerhalb von drei Monaten, Therapiebeginn bis zum sechsten Lebensmonat

In Rheinland-Pfalz nahmen im Jahr 2022 insgesamt 30 Klini- ken am Hörscreening teil und haben Daten an die Landeszen- trale geliefert. Die Daten der externen Qualitätssicherung für den Bereich Geburtshilfe zugrunde legend, kann bei 33.050 lebend geborenen Kindern und 32.464 an die Landeszentrale gemeldeten Testergebnissen von Neugeborenen von einer sehr hohen Melderate (gleich oder mehr als 98 Prozent) im stationären Bereich ausgegangen werden. Nur in zwei der teilnehmenden Krankenhäuser lag die Erfassungsrate unter 95 Prozent. Die Fail-Rate, das heißt Neugeborene mit ab- klärungsbedürftigem Hörtestergebnis, lag mit 16,7 Prozent deutlich über den geforderten vier Prozent. Diese Rate an abklärungsbedürftigen Testergebnissen ist in den vergange- nen Jahren gestiegen.

Mit ursächlich hierfür dürfte die kontinuierlich abnehmende postpartale Verweildauer (2005: 5 Tage; 2020 3,5 Tage) der Neugeborenen sein, die weniger Zeit für erneute Testungen während des stationären Aufenthaltes lässt. Bei Kindern mit einer stationären Verweildauer von mindestens drei Tagen, liegt die Rate an abklärungsbedürftigen Befunden noch bei 9,8 Prozent. Rückmeldungen der Eltern zeigen allerdings auch, dass – sofern mehrere Hörtests durchgeführt werden – oftmals bedauerlicherweise nicht das endgültige Ergebnis, welches auch in dem gelben Untersuchungsheft dokumen- tiert wird, übernommen wird, sondern Ergebnisse vorange- gangener Tests an die Hörscreeningzentrale übermittelt

werden. Die Einwilligungsrate für die Nachverfolgung von abklärungsbedürftigen Hörtestergebnissen lag ähnlich wie in den Vorjahren bei 76,81 Prozent.

1.246 von 5.253 konnten aufgrund fehlender Ein- verständniserklärungen nicht nachverfolgt werden

Von 5.253 abklärungsbedürftigen Testergebnissen konnten 1.246 aufgrund fehlender Einverständniserklärungen der Eltern nicht nachverfolgt werden, weitere 540 konnten zum Beispiel aufgrund fehlender Erreichbarkeit der Eltern nicht abgeklärt werden. Für 3.383 initial auffällige Ergebnisse er- gaben sich bei der der Nachprüfung unauffällige Hörtest- Befunde. In 84 Fällen ergab sich der Verdacht auf eine zumin- dest passagere Hörstörung, wobei die endgültigen Befunde/ Diagnosen durch die Hörscreeningzentrale nicht abgefragt werden.

Nach Auswertung des Deutschen Zentralregisters für Hör- störungen in Berlin konnten bundesweit Hörstörungen ge- genüber den früheren Jahren nach Einführung des Neugebo- renen-Hörscreenings deutlich früher diagnostiziert werden. Lag die Sicherstellung der Diagnose 2006 im Mittel im Alter von 3,3 Jahren konnte diese 2016 im Mittel im Alter von 0,7 Jahren erreicht werden. Die Sicherstellung der Diagnose und Therapiestart unterschieden sich dabei nicht signifikant.

Literatur bei Autoren



Autoren

Dr. Friederike Feldhusen
Vorsitzende der Fachkommission
zum Hörscreening
Geschäftsstelle LAG
Rheinland-Pfalz
Leiterin der Abteilung für
Phoniatry und Pädaudiologie
Klinikum Ludwigshafen

Foto: Klinikum Ludwigshafen



Dr. MPH postgrad.
Christoph Burmeister
Ärztlicher Leiter/Geschäfts-
führer SQMed GmbH
Geschäftsstelle LAG
Rheinland-Pfalz
Landeszentrale Erfassung
Neugeborenen-Hörscreening

Foto: Ines Engelmohr

Hörsysteme gibt es nicht von der Stange

Hörsysteme sind Hilfsmittel und Alltagsbegleiter für Menschen mit Hörverlust. Sie ermöglichen Betroffenen, wieder zu hören und zu verstehen, um am sozialen Leben teilzuhaben. Die Versorgung mit Hörsystemen übernehmen in Deutschland Hörakustiker, welche flächendeckend über die Bundesrepublik verteilt sind und eine wohnortnahe, hochqualitative und individuelle Versorgung anbieten.

Hörakustik ist ein anspruchsvolles Handwerk, das medizinische und soziale Kenntnisse verlangt, tausende Arbeits- und Ausbildungsplätze bietet und hochqualifizierte Leistungen fordert. Die Qualität der Aus- und Weiterbildung der Hörakustiker genießt weltweit ein hohes Ansehen. Getragen wird das Ausbildungskonzept der Hörakustiker-Branche von Bund, Ländern, Kommunen, Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Da es sich um ein sogenanntes gefahren geneigtes Handwerk handelt, gilt in Deutschland in diesem Handwerk die Meisterpflicht. Zudem dürfen nur Hörakustiker die Versorgung mit Hörsystemen durchführen.

Ein Hörgerät ist ein technisches Hilfsmittel und heutzutage ein chipgesteuertes Hightech-Produkt, das Hördefizite ausgleicht. Es unterstützt Menschen mit Hörschwierigkeiten dabei, Sprache besser zu verstehen und sich sozial zu integrieren. Es gibt verschiedene Arten von Hörgeräten, die individuell auf die Bedürfnisse der Nutzer zugeschnitten werden. Von einem Hörsystem spricht man, sobald ein Hörgerät vom Hörakustiker auf den individuellen Hörverlust des Betroffenen angepasst wurde.

Im-Ohr-Systeme sind kaum sichtbar, unterliegen aber einigen Einschränkungen

Im-Ohr-Systeme (IdO) werden direkt in das Ohr eingesetzt und sind von außen kaum sichtbar. Damit sind sie sehr diskret und bieten eine gute Klangqualität. Sie eignen sich zum Ausgleich von leichtem bis mittlerem Hörverlust. Sie unterliegen, bedingt durch die äußerst kompakte Bauweise, einigen Einschränkungen. Beispielsweise ist es bei diesen Geräten nicht möglich, eine Induktionsspule für die Verwendung mit drahtlosen Höranlagen (zum Beispiel in Kirchen oder Konzertsälen) oder auch die zunehmend nachgefragte Funktion von Bluetooth-Verbindungen zu externen Geräten zu integrieren.

90 Prozent der abgegebenen Hörsysteme sind Hinter-dem-Ohr-Systeme (HdO). Diese Systeme sitzen hinter dem Ohr und sind mit einem Schallschlauch mit dem Ohrpassstück oder sogar nur über einen dünnen Draht, wenn der Lautsprecher des Gerätes im Gehörgang sitzt, verbunden. Sie sind vielseitig einsetzbar und eignen sich für verschiedene Hörverlustgrade. Zwar sind diese Systeme größer als die IdOs, sie sind optisch aber ebenfalls ausgesprochen dezent. Vorteile sind hier, dass man die Systeme am Gerät selbst steuern kann, und viele unterschiedliche technische Funktionen realisiert werden können.

Cochlear-Implantate eignen sich besonders für an Taubheit grenzend schwerhörige Menschen. Diese werden in speziellen Kliniken von Ärzten implantiert. Hörakustiker bieten dabei eine wohnortnahe Nachsorge an.

Darüber hinaus gibt es noch einfache Hörverstärker, die jedoch nicht auf den individuellen Hörverlust angepasst

werden, sondern nur die allgemeine Lautstärke erhöhen. Dadurch besteht bei diesen Geräten die Gefahr, dass man damit den eigenen Hörverlust verschlimmert. Denn diese Geräte erhöhen die Lautstärke auch auf den Frequenzen, in denen man noch gut hört. Daher werden solche Geräte auch nicht von den Krankenversicherern empfohlen und auch nicht bezuschusst.

Betroffene müssen verschiedene Auswahlkriterien von Hörgeräten berücksichtigen

Bei der Entscheidung für ein Hörsystem müssen die Betroffenen zahlreiche Faktoren berücksichtigen. Ein häufiges Anliegen ist es, dass das Hörsystem möglichst unauffällig sein sollte. Viele möchten von Mitmenschen nicht als schwerhörig erkannt werden. Daher tendieren anfangs viele zuerst zu einem IdO, bevor sie sich aufgrund des größeren Funktionsumfangs doch für ein HdO entscheiden. Auch die Möglichkeiten der Bedienung müssen bedacht werden.

Will jemand zwischen mehreren Hörprogrammen für unterschiedliche Situationen wechseln? Soll der Wechsel automatisch erfolgen? Soll sich das System mit dem Smartphone verbinden lassen, um Einstellungen bequem darüber vornehmen zu können? Sollen Batterien oder Akkus verwendet werden, damit sich das Hörsystem über Nacht wie ein Handy aufladen lässt und somit der Batteriewechsel entfällt? Bei all diesen Fragen berät der Hörakustiker und gibt Tipps und Hinweise. Dabei muss er auch teilweise nach persönlichen Gewohnheiten fragen, um eine Auswahl an den sinnvollsten Systemen für jeden Betroffenen individuell vorschlagen und umfassend beraten zu können.

Fotos: Akademie für Hörakustik



90 Prozent der abgegebenen Hörsysteme sind Hinter-dem-Ohr-Systeme (HdO).



Im-Ohr-Systeme (IdO) werden direkt in das Ohr eingesetzt und sind von außen kaum sichtbar.

Jemand, der beispielsweise sehr aktiv ist und gern in der Natur joggen geht, kann in besonderem Maße von einer Windgeräuschunterdrückung profitieren. Jemand, der gern in die Oper geht, könnte besondere Hörprogramme dafür nützlich finden. Menschen, die beruflich viel telefonieren, möchten gern die Telefonate direkt über das Hörsystem führen und wollen dieses daher unkompliziert mit dem Smartphone koppeln.

Und letztlich wird auch oft der Wunsch geäußert, die Umgebung einfach mal leiser stellen zu können. Wer möchte schließlich nicht ab und zu auf Knopfdruck seine Ruhe haben? Wir raten jedoch davon ab, denn Normalhörende können Umgebungsgeräusche auch nicht einfach abschalten, sondern blenden diese über eine Leistung des Gehirns aus. Die Leistung des Gehirns spielt beim Hören ohnehin eine wesentliche und nicht zu unterschätzende Rolle. Betroffene, die lange unversorgt schwerhörig waren, müssen sich häufig erst einmal wieder an das Hören gewöhnen. Ihr Gehirn muss neu lernen, mit den dann schon oft verlernten Sineindrücken umzugehen. Daher ist es auch wichtig, das Hörsystem tagsüber durchgängig zu tragen und nicht einfach hin und wieder abzulegen.

Private Aufzahlungen können anfallen, wenn das Hörgerät mehr Komfort haben soll

Die Kosten variieren je nach Modell und Ausstattung. Ein Hörakustiker kann bei der Entscheidungsfindung

helfen und beraten, was für einen Betroffenen in dessen individuellen Lebensumständen Sinn macht. Aufzahlungsfrei – also abgesehen von der gesetzlichen Zuzahlung von 10 Euro – gibt es gute Systeme, die für den Alltag vollkommen ausreichend sind und den Hörverlust bestmöglich ausgleichen. Private Aufzahlungen können lediglich anfallen, wenn Betroffene darüberhinausgehenden Komfort wünschen, eine besondere Ästhetik bevorzugen oder bestimmte Funktionen nutzen wollen. Damit sind Funktionen gemeint, die Normalhörenden auch nicht zur Verfügung stehen und erst durch ein Hörsystem möglich werden.

Eine aufzahlungsfreie Versorgung mit einem Hörsystem beinhaltet viele Leistungen und Kriterien, die mit den gesetzlichen Krankenversicherern vereinbart sind. Dazu gehört Digitaltechnik, omnidirektionale und gerichtete Schallaufnahme, mindestens sechs Kanäle, eine Rückkopplungs- und Störschallunterdrückung, mindestens drei manuell wählbare Hörprogramme sowie eine Verstärkungsleistung entsprechend den Anforderungen der Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V. Das heißt jeder gesetzlich Versicherte, der mit einer Verordnung seines HNO-Arzt zum Hörakustiker kommt, wird ein Angebot für eine aufzahlungsfreie Versorgung erhalten, die all diese – und mehr – Punkte erfüllt.

Die Versichertenbefragungen, welche die Krankenversicherungen regelmäßig durchführen, bestätigen, dass rund

90 Prozent zufrieden bis sehr zufrieden mit ihrer Hörsystemversorgung durch den Hörakustiker sind. Das ist ein Spitzenwert, auf den wir in der Gesundheitsversorgung in Deutschland doch auch einmal stolz sein können und den wir nicht aufgeben sollten.

Moderne Hörsysteme sind effektive Hilfsmittel, um einen Hörverlust auszugleichen und die Lebensqualität zu verbessern. Allerdings gibt es diese nicht von der Stange. Eine individuelle Beratung und Einstellung durch einen Hörakustiker ist notwendig, um das Hörgerät zum Hörsystem zu machen und den Hörverlust bestmöglich auszugleichen.

Literatur beim Autor



Foto: bilha

Eberhard Schmidt
Präsident der Bundesinnung
der Hörakustiker KdÖR

Versorgung mit Cochlea-Implantaten und aktiven implantierbaren Hörsystemen bei Schwerhörigkeit und Taubheit

Schwerhörigkeit und Taubheit sind heute überwindbar. Die HNO-Klinik des Katholischen Klinikum Koblenz-Montabaur (KKM) mit ihrem Zentrum für Hören und Kommunikation am Marienhof Koblenz bietet allen Patienten eine individuell abgestimmte Lösung für nahezu jede Form der Schwerhörigkeit. Vom digitalen Hörgerät über teil- und vollimplantierbare Hörsysteme bis zum Cochlea-Implantat stehen alle Möglichkeiten der apparativen und operativen Hörverbesserung zur Verfügung.

Im Zentrum arbeiten spezialisierte und erfahrene Ärzte für HNO-Heilkunde, für Phoniatrie-Pädaudiologie, Audiologen und Logopäden eng zusammen, um eine optimale Diagnose und Therapie der Patienten zu ermöglichen. Patienten jeden Lebensalters können untersucht und mit Hörsystemen versorgt werden. Die meisten Patienten mit Schwerhörigkeiten eignen sich für normale Hörgeräte. Für einige Patienten kommen operative hörverbessernde Operationen mit Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit der Gehörknöchelchenkette in Frage (Tympanoplastiken, Stapesplastiken). Einige der schwerhörigen oder tauben Patienten müssen auch mit aktiven implantierbaren Hörsystemen oder Cochlea-Implantaten versorgt werden.

Der adäquate Ausgleich einer Hörstörung (apparativ, operativ oder auch mit Implantaten) der jeweiligen Hörsituation entsprechend führt zu einer verbesserten Lebensqualität und hat entscheidende Bedeutung für die private und berufliche soziale Integration eines Schwerhörigen. Die frühzeitige Erkennung einer Hörminderung ist daher in jedem Lebensalter wichtig. Für Säuglinge wurde vor einigen Jahren das Neugeborenen-Hörscreening erfolgreich in Deutschland eingeführt. Es hat dazu geführt, dass schwerhörige und taube Kinder frühzeitig erkannt und dann auch mit Hörgeräten oder Cochlea-Implantaten versorgt werden können.

Hörgeräte und implantierbare Hörsysteme

Hörgeräte sind im Prinzip Schallverstärker. Es gelangt ein im Hörgerät bearbeitetes und verstärktes akustisches Signal zum Trommelfell und wird von dort über die Gehörknöchelchen an das Innenohr weitergegeben. Durch die Anpassung und Einstellung des Hörgerätes wird eingehender Schall im Hörgerät so bearbeitet und verstärkt, dass der Lautsprecher des Hörgerätes unter Ausnutzung des noch vorhandenen Hörvermögens ein für die individuellen Hörveränderungen eines Patienten optimiertes Schallsignal in passender Lautstärke an das Trommelfell abgibt.

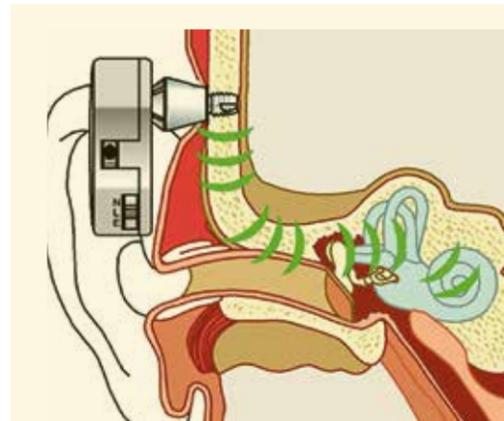


Abbildung 1: Beim knochenverankerten Hörsystem wird der Schall in Vibrationen verwandelt, die über den Schädelknochen auf das Innenohr übertragen werden. Es stehen auch Geräte mit perkutaner Übertragung zur Verfügung.

In speziellen Fälle können normale Hörgeräte nicht getragen werden oder es besteht keine Möglichkeit, den Schall auf dem normalen Weg über Trommelfell und Gehörknöchelchen an das Innenohr zu bringen. Dies ist zum Beispiel der Fall bei:

- rezidivierender Otitis externa
- Gehörgangsatresie oder -aplasie
- teilweise, ganz fehlender oder missgebildeter Gehörknöchelchenkette
- wenn nach Ohroperationen normale Hörgeräte nicht verwendet werden können

In diesen Fällen gibt es zwei Möglichkeiten, den Schall zum Innenohr zu transportieren. Die erste nutzt die Schallübertragung über die Knochenleitung. Der Schädelknochen wird dabei über einen am Knochen befestigten Vibrator in Schwingungen versetzt und gelangt so unter Umgehung von Mittel- und Innenohr zur Hörschnecke. Man spricht auch von knochenverankerten Hörsystemen (siehe Abbildung 1). Bei den anderen Systemen wird der Schall über einen sehr kleinen entweder elektromagnetischen oder piezoelektrischen Vibrator auf die Gehörknöchelchenkette oder direkt auf die Membran des runden Fensters zur Cochlea übertragen (siehe Abbildung 2).

Was ist ein Cochlea-Implantat?

Erst wenn ein ausreichendes Hörvermögen und vor allem Sprachverstehen mit den bisher beschriebenen verstärkenden Hörsystemen nicht mehr erreichbar ist, kommen

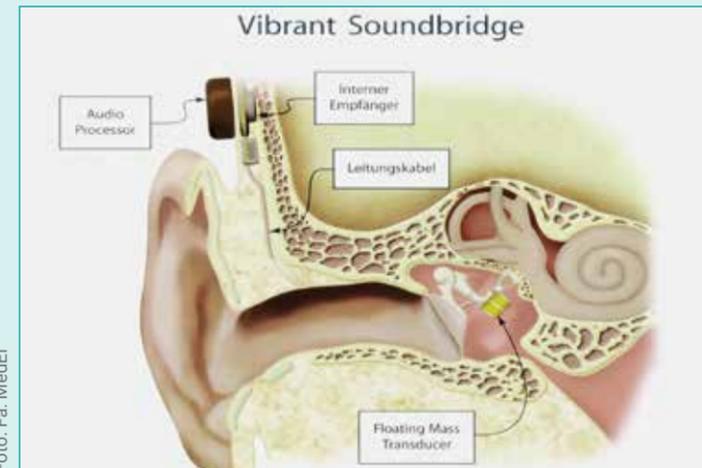


Abbildung 2: Bei einem teilimplantierbaren aktiven Hörsystem wird der Schall über ein Mikrofon aufgenommen, das im Gehäuse des Prozessors liegt. Daraufhin erfolgt die elektromagnetische Übertragung durch die Haut auf den implantierten Empfänger und von dort die Weiterleitung über ein Kabel auf den kleinen Vibrator.

Cochlea-Implantate zum Einsatz. Ein Cochlea-Implantat ist ein elektronisches Gerät, das Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern die nach dem Spracherwerb ertauben oder höhergradig schwerhörig werden, das Hören und das Verstehen von Sprache wieder ermöglicht. Werden Kleinkinder, die taub geboren werden oder vor dem Spracherwerb ertauben, rechtzeitig (vor dem 18. Lebensmonat) implantiert, können sie eine mit hörgesunden Kindern vergleichbare Hör- und Sprachentwicklung erreichen. Damit wird vielen Kindern auch eine normale schulische und berufliche Entwicklung ermöglicht.

Ein Cochlea-Implantat unterscheidet sich deutlich von einem Hörgerät. Hörgeräte verstärken Schall, für bis zu einer gewissen Grenze geschädigte aber noch einigermaßen funktionierende Ohren. Cochlea-Implantate umgehen beschädigte Teile des Ohres und stimulieren direkt den Hörnerv. Bioelektrische Signale, die vom Implantat erzeugt werden, werden über den Hörnerv an das Gehirn gesendet, das diese Signale als Schall erkennt und analysiert. Das Hören über ein Cochlea-Implantat unterscheidet sich vom normalen Hören und muss nach der Implantation bei einer Cochlea-Implantat-Rehabilitationstherapie wieder beziehungsweise bei kleinen Kindern auch neu erlernt werden. Diese Therapie ermöglicht es tauben oder sehr schwerhörigen Patienten, Schall und Geräusche der Umgebung zu hören und zu erkennen sowie Sprache im persönlichen Gespräch oder auch am Telefon zu verstehen.

Wie ist ein Cochlea-Implantat (CI) aufgebaut?

Ein Implantat besteht aus zwei Teilen (siehe Abbildung 3): einem äußeren Teil, der hinter dem Ohr sitzt, und einem zweiten Teil, der unter die Haut und Weichteile des Kopfes hinter und über dem Ohr implantiert wird. Von hier aus zieht ein Elektrodenkabel mit mehreren Elektroden in die Hör-



Abbildung 3: Außen auf der Haut befinden sich beim Cochlea-Implantat der Sprachprozessor mit Stromversorgung, Mikrofon und Sendespule. Unter der Haut liegen Empfänger und Stimulator sowie das Elektrodenkabel zur Cochlea und zum Hörnerven.

schnecke und stellt dort einen Kontakt zum Hörnerven her. Ein Cochlea-Implantat hat folgende Bauteile:

- äußerer Teil
 - Mikrofon zum Schallempfang
 - Sprachprozessor zur Verarbeitung von Schall und Sprache
 - Sender um den verarbeiteten Schall zum inneren (implantierten) Teil zu senden
 - Stromversorgung
- innerer Teil
 - Empfänger und Stimulator, die die Signale vom Sprachprozessor und Sender empfangen und in elektrische Impulse umwandeln und auf die Elektroden verteilen
 - das Elektrodenkabel mit den einzelnen Elektroden, über die die elektrischen Impulse auf die verschiedenen Bereiche des Hörnervs für höhere und tiefere Frequenzen verteilt werden

Wer kann ein Cochlea-Implantat bekommen?

Nach den AWMF-Leitlinien 2021 kommen Patienten für ein CI in Frage, bei denen mit Cochlea-Implantaten ein besseres Hören und Sprachverstehen als mit konventionellen Hörgeräten oder anderen implantierbaren Hörsystemen absehbar zu erreichen sein wird. Danach liegt eine Indikation für die Implantation mit einem CI für ein Ohr vor, wenn mit der bestmöglichen Hörgeräteversorgung im Freiburger Sprachtest im freien Schallfeld ein Einsilberverstehen gleich oder unter 60 Prozent bei 65 Dezibel erreicht wird. Jedes Ohr wird für sich betrachtet. Es können Patienten mit Taubheit oder Resthörigkeit, uni- oder bilateraler CI-Indikation und mit auditorischer Synaptopathie/Neuropathie versorgt werden.

Die Versorgung mit Cochlea-Implantaten kann bereits vor Vollendung des ersten Lebensjahres erfolgen. Nach oben

gibt es keine numerische Altersgrenze. Hier sind das „biologische Alter“ und der Allgemeinzustand, sowie die Fähigkeit, an einer CI-Rehabilitation teilzunehmen, entscheidend. Bei der Indikationsstellung ist die Erkenntnis zu beachten, dass das postoperative Ergebnis bezüglich des Sprachverstehens bei kürzerer Schwerhörigkeitsdauer und bei noch erhaltenem Sprachverstehen besser ist.

Welche Untersuchungen sind vor einer möglichen Implantation erforderlich?

Um die Indikation für ein CI zu stellen, sind folgende Untersuchungen erforderlich:

- allgemeine Anamnese, Höranamnese
- Ohrmikroskopie (Erkennung von Veränderungen des äußeren Ohres und des Mittelohres)
- Tonaudiometrie
- Sprachaudiometrie inklusive Überprüfung mit optimiertem Hörgerät
- Tympanometrie, Stapediusreflexprüfung (Funktion des Mittelohres)
- Otoakustische Emissionen (Funktion der äußeren Haarzellen)
- Hirnstammaudiometrie (gegebenenfalls mit Ermittlung der objektiven Hörschwelle)
- Überprüfung der Funktion des Gleichgewichtssystems einschließlich Computernystagmographie mit bikalearischer Prüfung.

Außerdem sollte mittels MRT ein intakter Hörnerv nachgewiesen sein und es sollten damit zum Zeitpunkt der Implantation bereits vorhandene intrakranielle Pathologien ausgeschlossen werden. Mittels Dünnschicht CT des Felsenbeins werden Mittel- und Innenohr-Fehlbildungen oder pathologische Veränderungen (zum Beispiel Verknöcherung der Cochlea) ausgeschlossen, die eine Implantation verhindern oder erschweren können.

Der Allgemeinzustand des Patienten sollte hinsichtlich OP-Fähigkeit und postoperativer Belastungsfähigkeit für die CI-Rehabilitation beurteilt werden. Eventuell muss eine pädagogische oder psychologische Mitbeurteilung erfolgen. Es soll der Impfstatus gemäß STIKO-Empfehlungen überprüft werden und insbesondere auf einen ausreichenden Impfschutz gegen Pneumokokken geachtet werden, beziehungsweise entsprechender Impfschutz hergestellt werden.

Jeder CI-Kandidat beziehungsweise bei Kindern die Eltern oder Erziehungsberechtigten müssen ausführliche persönliche Beratung zu den Implantaten der verschiedenen Hersteller, zur CI-Operation, zur CI-Rehabilitation und zu den Erfolgsaussichten bekommen.

Wie erfolgt die Implantation?

Die Operation für eine Cochlea-Implantation ist ein routinemäßiges und sicheres Verfahren. Heute erlauben moderne Elektrodendesigns und weiter entwickelte chirurgische Techniken schonende Implantationen, die sowohl den Hörverlust eines Patienten ausgleichen als auch sein eventuell

noch vorhandenes Restgehör zumindest partiell erhalten können, indem sie die strukturelle Integrität des Innenohrs erhalten. Die Elektroden werden am häufigsten über den transmastoidalen Zugang und eine posteriore Tympanotomie ins Mittelohr geleitet und von dort bevorzugt über das „Runde Fenster“ alternativ auch eine Cochleostomie in die Cochlea eingeführt.

Die Operation dauert ein bis zwei Stunden und ist in der Regel mit einem drei bis fünf tägigen Krankenhausaufenthalt verbunden. Die erste Aktivierung des CI kann zwei bis vier Wochen nach der Implantation erfolgen. Anschließend beginnt die CI-Rehabilitationstherapie.

Wie läuft eine CI-Rehabilitation ab?

Die CI-Rehabilitation ist ein wichtiger Baustein der CI-Versorgung. Daher hat die HNO-Klinik des KKM am Marienhof Koblenz als erste Klinik in Rheinland-Pfalz bereits ab 2003 nicht nur die Möglichkeit einer operativen Versorgung mit einem CI geschaffen, sondern gleichzeitig als Teil der Klinik ein modernes ambulantes Programm zur CI-Rehabilitation aufgebaut. In unserem multidisziplinären Team sind alle zur CI-Rehabilitation erforderlichen Berufsgruppen vertreten. Die Reha erfolgt in der Regel ambulant.

Die Patienten erhalten am Anfang häufigere Termine für technische Überprüfungen, Einstellungen und Anpassung des Sprachprozessors, audiologische Kontrollen, logopädisches Hör-Sprachtraining. Bei Bedarf kann zusätzlich Unterstützung durch zum Beispiel Psychologen, Sozialdienst und Physiotherapeuten erfolgen. Im Verlauf werden die Reha-Termine dann weniger häufig und nach ein bis zwei Jahren wird der Patient dann in eine lebenslange jährliche Nachsorge übergeleitet.

Wer trägt die Kosten?

Bei gegebener medizinischer und audiologischer Indikation werden die Kosten für die Operation, die CI-Rehabilitation und die Nachsorgen mit den gesetzlichen Vorschriften und den Versicherungsbedingungen von den gesetzlichen und privaten Versicherungen sowohl für Kinder wie auch für Erwachsene übernommen.

Literatur beim Autor



Autor
 Prof. Dr. Jan Maurer
 Chefarzt, Klinik für HNO-Heilkunde, Gesichts-, Kopf-, Hals- und Schädelbasis-Chirurgie, Plastische Gesichtschirurgie
 Katholisches Klinikum
 Marienhof Koblenz

Foto: Katholisches Klinikum Koblenz-Montabaur

Mit Nora per Smartphone-App einen Notruf absetzen

Als Alternative zu den Notrufnummern 110 und 112 können mit der bundesweiten Notfallapp Nora die zuständigen Einsatzstellen von Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst erreicht werden. Die App kann von jedem innerhalb von Deutschland benutzt werden. Besonders hilfreich ist die App für Menschen, die nicht oder nicht gut telefonieren können, weil sie beispielsweise eine Sprach- oder Hörbehinderung haben.

Die App nutzt die Standort-Funktion des Mobil-Geräts. Der Standort wird dadurch beim Notruf automatisch an die zuständige Einsatzstelle weitergeleitet. Die Kommunikation über die App erfolgt über einen textbasierten Chat. Die Leitstelle schickt aber auch Hilfe, wenn der Chat nicht genutzt wird. Auch ein stiller Notruf, beispielsweise für Situationen, in der der Notruf unbemerkt bleiben soll, ist mit der App möglich.

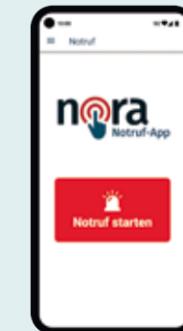
Seit September 2021 ist die App der Bundesländer im Einsatz. „Insbesondere bei der Hauptzielgruppe, den Menschen mit Hör- und Sprach Einschränkungen, erfreut sich Nora großer Beliebtheit. Dazu gehören auch Menschen, die stottern oder unter Stress nur sehr schwer kommunizieren können“, zieht das federführende Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen Bilanz. Mittlerweile habe sich Nora aufgrund der genauen Standortbestimmung auch zunehmend bei Outdoor-Aktivitäten bewährt. Die Funktion des stillen Notrufs wiederum gebe vielen Menschen in Alltagssituationen oder im häuslichen Umfeld eine zusätzliche Sicherheit. Stand Ende September 2023 haben sich über 500.000 Nutzerinnen und Nutzer bei Nora registriert. Im Zeitraum September 2021 bis September 2023 wurden bundesweit über 21.000 Notrufe abgesetzt, davon 1.473 in Rheinland-Pfalz.

Das Notruf-App-System wird laufend weiterentwickelt. Dazu gehören zusätzliche Funktionen für die Nutzerinnen und Nutzer der App, aber insbesondere auch für die Leitstellen, die die Notrufe entgegennehmen. Auch die Barrierefreiheit der App wird immer weiter optimiert.

Um die App nutzen zu können, ist eine Registrierung mit der Mobil-Nummer nötig. Bei der Registrierung wird abgefragt, ob der Anrufer am Telefon sprechen kann. Auch weitere persönliche Angaben können hinterlegt werden wie Angaben für Behinderung, Vorerkrankungen und sonstige Informationen (beispielsweise, ob ein Hund im Haus ist). Mit diesen Informationen können sich die Rettungskräfte besser auf den Einsatz einstellen. Mit Ausnahme der Mobil-Nummer und des Namens sind diese Angaben aber freiwillig.

Über ein Feld mit rotem Warnsignal lässt sich der Notruf starten. Nach der Standortübermittlung werden weitere Infos abgefragt. So kann der App-Nutzer die Art des Notfalls aufnehmen (Polizei-Notfall, Unfall, Feuer, Erkrankung und weitere). Im weiteren Verlauf werden noch Details abgefragt (Was ist passiert? Wie viele Beteiligte?) Zu jeder Textauswahl gibt es noch ein ergänzendes Symbol, das die Auswahl erleichtern soll.

Michaela Kabon



Über ein rotes Feld mit Warnsignal lässt sich der Notruf in der Nora-App starten.



Die App greift auf den Standort des Mobilgerätes zu und übermittelt diesen an die zuständige Einsatzstelle.



Im weiteren Verlauf des Notrufs werden weitere Details abgefragt.



Per Chat kann die Einsatzstelle weitere Rückfragen stellen.

Fotos: Land Nordrhein-Westfalen

Lärmschwerhörigkeit: Eine der häufigsten Berufskrankheiten in Deutschland

Unter Schall werden physikalisch Druckschwankungen – ausgelöst von einer Schallquelle – verstanden, die dem atmosphärischen Luftdruck überlagert werden. Das gesunde menschliche Gehör kann einen sehr großen Frequenzbereich von 20 bis 20.000 Hertz wahrnehmen. Die frequenzabhängige Hörschwelle beträgt bei 1.000 Hertz 10^{-12} Watt pro Quadratmeter (W/m^2) beziehungsweise 0 Dezibel (dB), die Gefühls- und Schmerzschwelle liegt bei dieser Frequenz bei $1 W/m^2$ beziehungsweise 120 dB (Abbildung 1). Bei Dezibel (dB) handelt es sich um einen logarithmischen Maßstab des Schalldruckpegels. Aufgrund des gewählten Maßstabes bedeutet eine Verdoppelung der Schallintensität eine Zunahme um drei dB.

Im Gegensatz zu dem klar definierten Schall handelt es sich bei Lärm um die subjektive Bewertung eines Schallreizes. Diese Bewertung kann individuell sehr unterschiedlich ausfallen. Umgangssprachlich, auch im Arbeitsschutz, wird Schall häufig als Lärm bezeichnet.

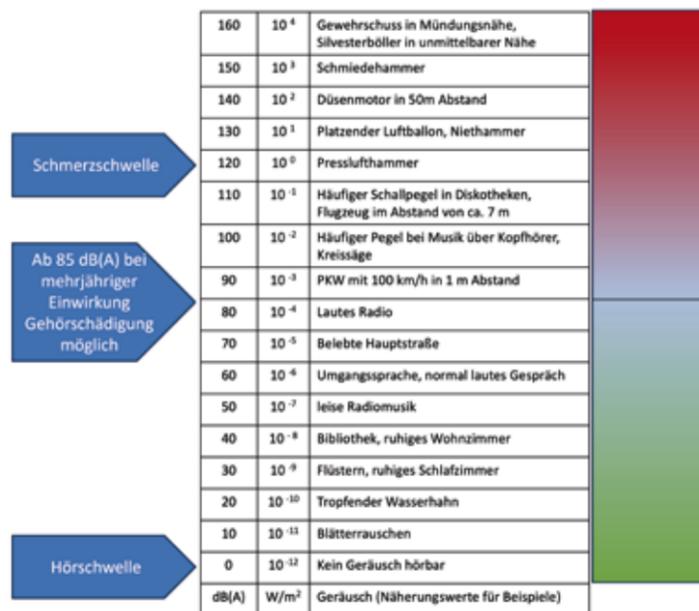


Abbildung 1: Nach oben offener Pegelbereich für Lärm (Näherungswerte für Beispiele)

Pathophysiologie des Schalls unterscheidet verschiedene Wirkungen

Bei der Pathophysiologie des Schalls unterscheidet man extra-aurale und aurale Wirkungen. Extra-aurale Wirkungen von Schall können unter anderem eine Belästigung, eine Beeinträchtigung der Konzentration sowie eine Störung des Schlafes sein. An Arbeitsplätzen mit einer hohen Schallintensität kann es zu einer Behinderung der Kommunikation, einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und des Konzentrationsvermögens mit einer dadurch erhöhten Unfallgefahr kommen.

Aurale Wirkungen von Schall können nach mehrjähriger Einwirkung ab einem Schalldruckpegel von 85 dB(A) zu irreversiblen Hörverlusten, der sogenannten Lärmschwerhörigkeit, führen. Ein akutes akustisches Trauma kann durch plötzlichen und kurz anhaltenden (ein bis drei Millisekunden) hohen Schalldruckpegel (ab circa 130 bis 140 dB), zum Beispiel durch einen Knall, ausgelöst werden. Übersteigt der Schalldruckpegel circa 160 dB über eine Dauer von mehr als drei Millisekunden spricht man von einem Explosionstrauma. Während es sich bei der Lärmschwerhörigkeit (langfristig) und beim Knalltrauma (kurzfristig) um die Schädigung der Haarzellen des Innenohrs handelt, kann es beim Explosionstrauma zusätzlich zu einer Zerreißung des Trommelfells und einer Schädigung der Gehörknöchelchen kommen.

Lärmschwerhörigkeit kann als Berufskrankheit anerkannt und entschädigt werden

Berufskrankheiten sind in Deutschland Erkrankungen, die Versicherte durch ihre berufliche Tätigkeit erleiden und die im Anhang der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV), der so genannten Berufskrankheiten-Liste, als solche aufgeführt sind. Aktuell umfasst diese Liste 82 Erkrankungen und Krankheitsgruppen. Unter der Ziffer 2301 BKV kann bei Einhaltung der sozialrechtlichen Randbedingungen eine Lärmschwerhörigkeit als Berufskrankheit anerkannt und entschädigt werden. Jeder Arzt/ jede Ärztin ist nach Paragraph 202 SGB VII verpflichtet, den begründeten Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit – nicht nur bei der Lärmschwerhörigkeit – beim zuständigen Unfallversicherungsträger anzuzeigen.



Abbildung 2: Lärmschwerhörigkeit: Angezeigte und anerkannte Berufskrankheiten nach der BKV-Nr. 2103 BKV im Zeitraum 2020 bis 2022.

Die Lärmschwerhörigkeit zählt in Deutschland seit Jahrzehnten zu einer der häufigsten anerkannten Berufskrankheiten (Abbildung 2). Bei einer anerkannten Berufskrankheit ist der zuständige Unfallversicherungsträger verpflichtet die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und in Abhängigkeit der Schwere der Erkrankung gegebenenfalls sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen (Paragraph 1 SGB VII). Somit können gegebenenfalls unter anderem folgende Leistungen vom zuständigen Unfallversicherungsträger bei einer anerkannten Berufskrankheit gewährt werden:

- Bestmögliche medizinische Versorgung
- Rehabilitation
- Lohnausgleich
- Umschulung
- Rente
- Technische Maßnahmen

Prävention der Lärmschwerhörigkeit

Zunächst ist zu beachten, dass das Gehör nicht unterscheidet, ob die Schädigung aus dem beruflichen oder privaten Umfeld stammt, auch die Präventionsempfehlungen unterscheiden sich nicht. Generell gilt zur Vermeidung der Lärmschwerhörigkeit das sogenannte STOP-Prinzip (S = Substitution; T = Technische Maßnahmen; O = Organisatorische Maßnahmen; P = Nutzung von persönlichen Schutzmaßnahmen). Substitution würden beim Lärmschutz bedeuten, dass zum Beispiel weniger lärmintensive Verfahren eingesetzt werden. Technische Maßnahmen wären Schallschutzmaßnahmen am Ort der Entstehung zum Beispiel durch Einhausung von Maschinen.

Quellen: Letzel

160	10^4	Gewehrschuss in Mündungsnähe, Silvesterböller in unmittelbarer Nähe
150	10^3	Schmiedehammer
140	10^2	Düsenmotor in 50m Abstand
130	10^1	Platzender Luftballon, Niethammer
120	10^0	Presslufthammer
110	10^{-1}	Häufiger Schallpegel in Diskotheken, Flugzeug im Abstand von ca. 7 m
100	10^{-2}	Häufiger Pegel bei Musik über Kopfhörer, Kreissäge
90	10^{-3}	PKW mit 100 km/h in 1 m Abstand
80	10^{-4}	Lautes Radio
70	10^{-5}	Belebte Hauptstraße
60	10^{-6}	Umgangssprache, normal lautes Gespräch
50	10^{-7}	leise Radiomusik
40	10^{-8}	Bibliothek, ruhiges Wohnzimmer
30	10^{-9}	Flüstern, ruhiges Schlafzimmer
20	10^{-10}	Tropfender Wasserhahn
10	10^{-11}	Blätterrauschen
0	10^{-12}	Kein Geräusch hörbar
dB(A)	W/m^2	Geräusch (Näherungswerte für Beispiele)

Abbildung 3: Dezibel-Tabelle mit Geräuschbeispielen.

Organisatorische Maßnahmen wären beim Lärm zum Beispiel den Abstand der betroffenen Person von der Lärmquelle zu vergrößern, da sich die Schallintensität im Quadrat des Abstandes verringert. Ganz wesentlich ist zur Vermeidung einer Lärmschwerhörigkeit, die Einwirkungszeit von schädigendem Schall (größer als 85 dB) möglichst gering zu halten. Eine persönliche Schutzmaßnahme, die jedoch erst als letzte Maßnahme getroffen werden sollte, wenn alle anderen Maßnahmen ausgeschöpft sind, wäre die Verwendung von Gehörschützern.



Autor

Univ.-Prof. Dr. med. Dipl. Ing. Stephan Letzel
 Direktor des Instituts für Lehrergesundheits
 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Foto: Engelmohr



Foto: LSG

**LANDESSCHULE FÜR
GEHÖRLOSE UND
SCHWERHÖRIGE NEUWIED**

Genauere Informationen sind auf der Homepage www.lgs-neuwied.de zu finden. Interessierte Personen sind herzlich zum Hörtag (Termin jährlich im März) eingeladen. Dabei wird das Angebot und grundlegende Informationen zum Thema Hörschädigung erläutert.

Bildungsangebote für Kinder und Jugendliche mit Hörschädigung am Beispiel der Landesschule für Gehörlose und Schwerhörige Neuwied/ Rhein

Die Landesschule für Gehörlose und Schwerhörige Neuwied ist eine von drei Einrichtungen in Rheinland-Pfalz mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation. Wir sind als überregionales Förder- und Beratungszentrum zuständig für das nördliche Rheinland-Pfalz. Hier arbeiten Menschen mit und ohne Hörschädigung mit großem Einsatz und hoher persönlicher Motivation, um Menschen mit Hörschädigung auf ihrem Weg zur Teilhabe in unserer Gesellschaft zu unterstützen.

Kinder und Jugendliche mit Hörschädigung stehen vor denselben Entwicklungsaufgaben wie alle Kinder und Jugendlichen: Es geht um den Aufbau von emotionalem Grundvertrauen, die Entwicklung der Intelligenz, die Entwicklung motorischer und sprachlicher Fähigkeiten und schließlich das Erreichen bestmöglicher Bildungsabschlüsse. Eine Hörschädigung kann diese Entwicklung erschweren, dabei spielen der Grad der Hörschädigung, das Alter der Betroffenen zum Zeitpunkt der Diagnose und die Versorgung mit Hörtechnik eine wesentliche Rolle. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu berücksichtigen, ob es über die Hörschädigung hinaus weitere Förderbedarfe gibt, zum Beispiel in den Bereichen motorische oder ganzheitliche Entwicklung.

Es ist von zentraler Bedeutung, dem Kind Kommunikationswege zu eröffnen, die es in die Lage versetzen, aktiv mit seiner Umwelt in Verbindung zu treten und diese mitzugestalten. Die Frage, wie dies erreicht werden kann, richtet sich

nach Bedarf und Möglichkeiten des Kindes und des jeweiligen Familiensystems und umfasst neben Lautsprache und Gebärdensprache auch Mischformen und Zugänge aus dem Bereich „Unterstützte Kommunikation“.

Das Verstehen von Lautsprache wird durch Störschall erschwert

An dieser Stelle soll beispielhaft der Aspekt Störschall und seine Bedeutung für Menschen mit Hörschädigung hervorgehoben werden: Das Verstehen von (Laut-)Sprache wird in besonderer Weise durch das Vorhandensein von Störschall erschwert. Ein gutes Verstehen in einer ruhigen Situation bei wenig Nebengeräuschen bedeutet nicht, dass auch das Verstehen in einer lauterer Umgebung gelingt. Bildungsangebote in Kitas oder Schulen finden jedoch überwiegend unter Bedingungen statt, die laut und ablenkungsreich sind. Je mehr Energie hier Menschen mit Hörschädigung für das Verstehen aufbringen müssen (Höranstrengung), desto weniger Möglichkeiten bleiben zur Wahrnehmung von Entwicklungs- und Lernangeboten.

Es ist eine wichtige Aufgabe für Medizin, Hörakustik und Pädagogik, Wege zu finden, diese Höranstrengung zu verringern. Dies kann beispielsweise durch die Verwendung einer Übertragungsanlage sowie das unterstützende Anbieten von Kommunikationshilfen gelingen. Übertragungsanlagen dienen dazu, lautsprachliche Äußerungen von Lehrpersonen und Mitschülerinnen und Mitschüler direkt zur Hörhilfe zu

übertragen, um so das Verstehen trotz Störschall zu erleichtern. Hierzu werden Sender, Empfänger und Handmikrofone verwendet.

Mund-Nasen-Schutz problematisch für wichtige Bestandteile der Kommunikation

Wie wichtig dieser Bereich für Entwicklung und Partizipation ist, wurde uns während der Corona-Pandemie vor Augen geführt, als die Schutzmaßnahmen umgesetzt wurden. Mimik und Mundbild eines Sprechers sind wichtige Bestandteile jeder Kommunikation, egal ob diese lautsprachlich oder gebärdensprachlich realisiert wird. Mund-Nasen-Schutz und Masken waren hier sehr problematisch, weil einerseits Mundbild und Mimik verdeckt wurden und andererseits die Lautstärke der Sprache gedämpft wurde. Schließlich sank auch die Akzeptanz zur Verwendung von Übertragungsanlagen, vor allem aus hygienischen Gründen.

Die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen, mit denen wir arbeiten, besuchen Kindertagesstätten, Grundschulen und weiterführende Schulen im Regelsystem. Im Vorschulbereich werden diese Kinder und ihre Familien im Rahmen der Frühförderung begleitet, dabei suchen unsere Frühförderinnen die Kinder möglichst wöchentlich in ihrem Lebensumfeld auf, entweder in der Familie oder in der Kindertagesstätte. Später übernimmt unsere Abteilung Beratung und Unterstützung die Begleitung der Kinder und Jugendlichen und berät vor allem die Regelschullehrerinnen und Regelschullehrer in Bezug auf die Nutzung von Hörtechnik und Fragen des Nachteilsausgleichs. Hierbei geht es beispielsweise um Möglichkeiten, wie eine Hörverstehensübung im Fach Englisch durch eine andere Aufgabe ersetzt werden kann – ohne die Anforderung abzusenken.

In Verdachtsfällen steht Beratungsstelle für Pädagogische Audiologie als Ansprechpartner zur Verfügung

Zudem steht die Beratungsstelle für Pädagogische Audiologie als Ansprechpartner bereit, die einerseits Hörvermögen und Hörversorgung überprüfen kann und bei Fragen zur Gestaltung von pädagogischen Lernumgebungen beratend unterstützen kann. Mitunter entsteht bei Kindern, die - zunächst ohne bestätigte Hörschädigung - eine Regelschule besuchen, der Verdacht, dass eine Hörschädigung vorliegen könnte. Auch in diesen Fällen steht unsere Beratungsstelle zur Verfügung. Wir überprüfen niederschwellig, das heißt ohne ärztliche Überweisung, zum Beispiel die auditive Verarbeitung und Wahrnehmung von Grundschulkindern.

Viele Kinder und Jugendliche mit Hörschädigung profitieren vom gemeinsamen Lernen. Aktuell begleiten wir in diesem Bereich circa 280 Kinder und Jugendliche und führen zudem jährlich circa 150 Verdachtsüberprüfungen für Kinder mit vermuteten Hörschäden durch. Allerdings profitieren nicht alle Kinder und Jugendlichen mit Hörschädigungen vom inklusiven Setting in Regeleinrichtungen. Hier hält unsere Einrichtung am Schulstandort Neuwied ein differenziertes

Angebot für Kinder und Jugendliche mit Hörschädigung vor: Im Vorschulbereich gibt es eine Kindertagesstätte, die 43 Kinder mit und ohne Förderbedarfe besuchen, dieses „umgekehrt inklusive“ Angebot wird stark nachgefragt.

Landesgehörlosenschule auch offen für Kinder ohne Hörschädigung

Unsere Schule ist eine grundsätzlich lernzielgleiche Schule, die aktuell von circa 162 Schülern besucht wird. Unterrichtsinhalte der Bildungsgänge Grundschule und Berufsreife werden in kleinen Lerngruppen in akustisch optimierten Räumen und mit Hilfe verschiedener Kommunikationsmittel angeboten. Gleichzeitig sind wir offen für Kinder aus der näheren Umgebung, die auch ohne Hörschädigung unsere Grundschule besuchen können. Dies ist ein Angebot, das gerne angenommen wird, für unsere Sekundarstufe aber nicht mehr gilt. Neben den Regelbildungsgängen können Kinder und Jugendliche die Bildungsgänge Lernen und ganzheitliche Entwicklung besuchen. Eine Berufsschule und ein Internat komplettieren das Angebot unserer Einrichtung.

Seit dem Schuljahr 2023/2024 können Schüler, die an unserer Einrichtung den Berufsreifeabschluss (früher Hauptschulabschluss) erreicht haben, auch den Sekundarabschluss 1 (früher Realschulabschluss) erwerben. Weitere Möglichkeiten werden mit ausgewählten Kooperationsschulen aus den Bereichen Gymnasium, Integrierte Gesamtschule, Realschule Plus und Förderschule Sprache gestaltet.

Grundbedingung unserer Arbeit ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den an der Förderung der Kinder und Jugendlichen beteiligten Fachleute aus Pädagogik, Medizin und Hörakustik. Wir beteiligen uns am regelmäßigen Austausch mit Kliniken und Akustikern, um die technische Versorgung der Kinder und Jugendlichen mit Hörschädigung zu sichern. Schließlich profitieren wir durch die Beteiligung selbst hörgeschädigter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Rollenvorbild zur Entwicklung einer positiven Identität als Mensch mit Hörschädigung.



Foto: privat

Autor

Martin Ernst
Einrichtungsleiter
Landesschule für Gehörlose
und Schwerhörige Neuwied

ernst.martin@lgs-neuwied.lsjv.rlp.de

Anspruch auf einen Gebärdensprachdolmetscher ist bei Patienten und Ärzten kaum bekannt

In Rheinland-Pfalz leben etwa 2.350 gehörlose Menschen. Derzeit gibt es aber nur 16 offizielle Dolmetscherinnen und Dolmetscher für Gebärdensprache. Für Menschen mit Hörbehinderungen sei es aufgrund der begrenzten Anzahl schwierig, einen Dolmetscher zu finden, der sie beispielsweise im Alltag oder Beruf, bei Behördengängen oder auch beim Arztbesuch unterstützt. Gleichzeitig sei der Anspruch auf einen Gebärdensprachdolmetscher noch nicht überall bekannt. Diana Ohlerich und Claudia Müller sind Koordinatorinnen bei der Landesdolmetscherzentrale Rheinland-Pfalz mit Sitz in Frankenthal. Sie vermitteln Anfragen aus Rheinland-Pfalz und den benachbarten Bundesländern.



Foto: Adobe Stock / Andrey Popov

Welche Qualifizierung haben die Dolmetscherinnen und Dolmetscher bei der Landesdolmetscherzentrale?

Alle durch die Dolmetscherzentrale vermittelten Dolmetscherinnen und Dolmetscher – egal ob fest angestellt oder frei – verfügen über einen anerkannten Berufsabschluss (Diplom-Bachelor, Staatliche Anerkennung oder den Master) und sind Mitglied im jeweiligen Berufs- sowie dem Bundesverband. Außerdem unterliegen alle durch die Zentrale vermittelten Dolmetscherinnen und Dolmetscher einer Fort- und Weiterbildungspflicht. Direkt bei der Landesdolmetscherzentrale angestellt sind sieben Dolmetscherinnen und Dolmetscher.

In welchem Einzugsgebiet sind die Dolmetscherinnen und Dolmetscher tätig?

Die Dolmetscherinnen und Dolmetscher sind in ganz Rheinland-Pfalz tätig. Darüber hinaus vermittelt die Landesdolmetscherzentrale auch Einsätze in Grenznähe zu Baden-Württemberg, Hessen und dem Saarland.

Wie viel Vorlauf braucht die Koordination?

Die Landesdolmetscherzentrale empfiehlt, möglichst frühzeitig einen Dolmetscher anzufragen. Da Terminanfragen beim Arzt mit einer längeren Wartezeit verbunden sind, sei eine langfristige Planung meist nötig. Bei Anfragen durch einen Patienten übernimmt die Zentrale in der Regel die Terminanfrage beim Arzt, um direkt einen passenden Termin für einen Dolmetscher abzugleichen. Sind Arzttermine bereits vereinbart, müssen diese gegebenenfalls verschoben werden, wenn kein Dolmetscher zur Verfügung steht.

Wer kann einen Dolmetscher buchen?

Hauptsächlich fragen die gehörlosen Kunden selbst einen Dolmetscher über die Zentrale an. Auch Ärztinnen und Ärzte können einen Dolmetscher für ihren Patienten anfragen –

dies sei sogar erwünscht. Beispielsweise sind bei der Überweisung an einen Facharzt häufig weitere Informationen nötig. Bei einer Terminvermittlung durch die Dolmetscherzentrale sei dies mit großem Aufwand verbunden und erfordere die häufige Rückkopplung zum Patienten. Aus Sicht der Koordinatorinnen wäre wünschenswert, dass sich die Ärzte zukünftig über die elektronische Patientenakte oder auch telefonisch über den Patienten und Befunde austauschen könnten. Dies erleichtere die Koordination für die Zentrale.

Was ist beim Arztbesuch zu beachten?

Die Landesdolmetscherzentrale bittet um Sensibilität von Praxismitarbeitern beim Umgang mit Gehörlosen. So sollte das Eintreffen des Dolmetschers abgewartet und nicht ohne ihn begonnen werden. Beim Arztgespräch selbst muss der Dolmetscher gut sichtbar für den Gehörlosen platziert werden. Als Gesprächspartner sollte der Arzt immer den Patienten ansprechen und nicht den Dolmetscher. Medizinische Erklärungen sind vom Arzt zu tätigen und dürfen nicht dem Dolmetscher überlassen werden.

Wie sollte der Arztbesuch mit einem gehörlosen Patienten ablaufen?

Es ist empfehlenswert, dem Patienten zunächst einen Überblick zum Ablauf zu geben und bevorstehende Untersuchungen vorab zu besprechen. Auf Wunsch des Patienten ist es möglich, dass der Dolmetscher bei sensiblen Untersuchungen (zum Beispiel Gynäkologie und Proktologie) den Raum kurzzeitig verlässt und zur Besprechung der Ergebnisse wieder hereingeholt wird. Besonders wichtige Arztanweisungen oder der Medikationsplan sollten trotz Anwesenheit des Dolmetschers noch einmal schriftlich festgehalten werden. Bei Untersuchungen wie einem MRT, bei dem der Patient eigentlich auf akustische Hinweise angewiesen ist, sollten

vorab andere Signale vereinbart werden (zum Beispiel fürs Einatmen einmal Antippen). Auch bei Augenarztuntersuchungen, die die Sehfähigkeit einschränken, sollte der Ablauf sicher geklärt sein, da die Kommunikation mit Beeinträchtigung der Augen weiter eingeschränkt wird.

Was ist zur Vorbereitung auf den Arztbesuch hilfreich?

Da die Lesekompetenz bei Menschen mit Hörschädigung eingeschränkt sein kann, sei es hilfreich, Aufnahme- und Fragebögen schon vorab für den Patienten zur Verfügung zu stellen. Trotzdem kann eine intensivere Besprechung der Schriftstücke während des Termins nötig sein und die Zeit hierfür sollte gegebenenfalls eingeplant werden.

Wie ist das Vorgehen bei Notfällen?

Die Landesdolmetscherzentrale bietet keinen Notdienst an und verweist im Notfall auf die gängige Notruf-App. Die Koordinatorinnen behandeln aber Notfälle priorisiert und versuchen, Dolmetscherinnen und Dolmetscher zu vermitteln. Auch die Begleitung von Geburten durch Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetschern kann realisiert werden.

Wie viel kostet der Einsatz eines Dolmetschers und wer übernimmt die Kosten?

Die Dolmetscherinnen und Dolmetscher bekommen die Fahrtzeit- und Kosten, die Parkgebühren und die Tätigkeit für den Termin erstattet. Für Aufträge mit gesetzlicher Regelung gelten die Kostensätze des JVEGs. Die Kosten werden für Krankenkassenleistungen sowohl beim Arzt als auch im Krankenhaus von der Krankenkasse des Patienten übernommen.

Welche Wünsche hat die Landesdolmetscherzentrale für eine barrierefreie Gesundheitseinrichtung?

- Terminvereinbarungen und die Kommunikation mit hörgeschädigten Patienten sollten auch per E-Mail, WhatsApp oder SMS möglich sein.
- Termine mit Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetschern sollten bevorzugt behandelt werden, um lange Wartezeiten und damit Mehrkosten zu vermeiden.
- Der Schriftverkehr mit Gehörlosen sollte in einfacher Sprache gehalten werden.
- Alle Untersuchungen, für die Patienten auf akustische Signale angewiesen sind, sollten vorab gut besprochen und alternative Signale vereinbart werden.
- Zur Vorbereitung auf eine Behandlung oder eine Operation seien für die hörgeschädigten Patienten Aufklärungsvideos in Deutscher Gebärdensprache, an zentraler Stelle im Internet aufrufbar, gewünscht.

Michaela Kabon

Foto: privat



Claudia Müller (l) und Diana Ohlerich sind Koordinatorinnen bei der Landesdolmetscherzentrale Rheinland-Pfalz mit Sitz in Frankenthal. Sie vermitteln Anfragen aus Rheinland-Pfalz und den benachbarten Bundesländern.

KONTAKT

Kontakt und Dolmetscheranfragen sind unter ldz@gehoerlose-rlp.de oder per Telefon unter 0151-5372-9393 möglich.

Weitere Infos unter:

www.landesdolmetscherzentrale-rlp.de