

Frühdiagnostik als Basis und Verlaufskontrolle einer frühen Förderung und technischen Versorgung

Thomas Wiesner¹

¹Werner Otto Institut, Hamburg

Seit der Einführung des Neugeborenen Hörscreenings müssen sich selbst etablierte pädaudiologische Einrichtungen immer wieder neu der Herausforderung stellen, dass jedes im Hörscreening auffällige Kind unabhängig vom Alter und unabhängig von Zusatzbehinderungen bis zum 3 Lebensmonat eine aussagekräftige Hördiagnostik erhält mit dem Ziel: einer ausreichend verlässlichen "Arbeitsdiagnose" einschließlich einer seitengetrenten frequenzspezifischen Hörschwelle unter Berücksichtigung der individuellen Außenohr-Übertragungsfunktion sodass spätestens bis zum 6 Lebensmonat mit einer Hörsystem-Früh-Versorgung und einer Hör-Früh-Förderung begonnen werden kann.

Dabei wird im 1. Lebenshalbjahr die Hörschwellendiagnostik primär getragen durch die Ergebnisse der "objektiven Verfahren" insbesondere der Ableitung akustisch evozierter Potentiale. Im Hinblick auf eine Hörsystemprogrammierung bedarf es dabei auch einer frequenzspezifischen Hörschwelleneinschätzung.

Die Hörschwelleneinschätzung wird häufig zusätzlich erschwert durch diagnostisch nur eingeschränkt fassbare Mittelohrprobleme und letztendlich müssen alle audiometrisch und anamnestisch ermittelbaren "Puzzleile" zu einer sich gegenseitig absichernden Gesamteinschätzung genutzt werden.

Die Hörschwelleneinschätzung muss dann so kommuniziert werden, dass sie bei der Hörsystemanpassung als Basis für die Hörsystemprogrammierung und die anschließende Überprüfung der Hörsystemübertragung im SPLogram/Perzentilenmessung genutzt werden können.

Zu einer Optimierung der Hörschwellendiagnostik bei Säuglingen und Kleinkindern gehört aber auch eine Optimierung der subjektiven Hörschwellendiagnostik mittels visuell konditionierte Ablenkaudiometrie im 2. Lebenshalbjahr. Nur so können die Ergebnisse der AEP zeitnah durch die Ermittlung subjektiver schwelennaher Hörreaktionen (auch über Einsteck-Kopfhörer und KL-Hörer) ergänzt und weiter abgesichert werden.

Referenzen

American Academy of Audiology (AAA): Clinical Practice Guidelines Pediatric Amplification (2003/2013)

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA): Guidelines for the Audiological Assessment of Children from Birth to 5 Years of Age (2004)

AG-ERA der ADANO: S. Hoth, T. Janssen, R. Mühler, M. Walger, T. Wiesner; Einsatz objektiver Hörprüfmethode im Rahmen der pädaudiologischen Konfirmationsdiagnostik (Follow-up) nach nicht bestandenem Neugeborenen-Hörscreening; HNO, Volume 60, Issue 12, pp 1100-1102 December 2012; www.ag-era.de

BIAP: Recommendation 12/5: Universal Newborn Hearing Screening (UNHS) a Multidisciplinary Task www.biap.org/de/empfehlungen

British Society of Audiology: Guidelines for the early audiological assessment and management of babies referred from the Newborn Hearing Screening Program (2006-2013); <http://www.thebsa.org.uk/resources/>

Diefendorf, A.O., and Gravel, J.S. 1996. Behavioral observation and visual reinforcement audiometry. In S.Gerber (ed.), Handbook of pediatric audiology (pp. 55-83). Washington, D.C.: Gallaudet University Press

DGPP: Konsenspapier der DGPP zur Hörgeräte-Versorgung bei Kindern, Vers. 3.5 : www.dgpp.de