

Misstöne bei der Einführung von Hörtests für Neugeborene

Die Pflicht zur Untersuchung beruht noch auf einer geringen Datenbasis – Entscheidend ist die Kooperation der Eltern

Seit dem 1. Januar soll bei allen Neugeborenen das Gehör überprüft werden; die Krankenkassen sollen die Tests bezahlen. Der Nutzen dieser Untersuchungen ist wissenschaftlich noch umstritten, und die Durchführung ist bis jetzt kaum geregelt.

Von Irene Berres

Bis er sechs Monate alt war, verhielt sich Fabian wie alle anderen Babys. Er plärrte, brabbelte und schrie. Doch als die anderen später anfangen, erste, noch unverständliche Laute zu bilden, ließen sie Fabian hinter sich. Erst im Alter von zwei Jahren, Fabian konnte noch nicht einmal „Mama“ sagen, gingen seine Eltern mit ihm zum Arzt. Seine Diagnose: Fabian ist schwerhörig. Als er mit einem Hörgerät versorgt war, hatte der Kleine viel nachzuholen – schließlich konnte er seine Eltern erst jetzt richtig verstehen.

Damit Kinder wie Fabian früher behandelt werden können, soll seit diesem Jahr jedes Baby routinemäßig auf Hörprobleme getestet werden. Ziel dieses Neugeborenen-Screenings ist, den schwerhörigen Babys zu helfen, noch bevor sie anfangen zu sprechen. „Wir sehen, dass Kinder, die frühzeitig versorgt werden, sich sprachlich wesentlich besser entwickeln als Kinder, die erst mit drei oder vier Jahren ein Hörgerät bekommen“, erklärt Andreas Seimer, Oberarzt der Abteilung für Foniatrie und Pädaudiologie des Marienhospitals Stuttgart. Ein weiteres Argument für die Einführung der Routinetests lautet: Wenn die Kinder gut hören und sprechen können, haben sie auch sozial weniger Probleme; sie sind aufmerksamer und erfolgreicher in der Schule. „Die geistige Entwicklung ist bei schwerhörigen Kindern oft schlecht“, bestätigt Oliver Weise, Kinderohrenarzt in Stuttgart.

Studien nur schwer durchzuführen

Worin sich die beiden Stuttgarter Ärzte einig sind, steht in der Forschung noch auf wackligen Beinen. Bis jetzt liefern Studien nur Hinweise darauf, dass sich die Sprache bei früh behandelten Kindern besser entwickelt als bei anderen. Untersuchungen, die die Fortschritte über einen langen Zeitraum beobachten, gibt es nicht. Und auch wie sich die soziale Entwicklung der früh und spät behandelten Kinder unterscheidet, ist unerschlossen. „Es ist ethisch nur schwer vertretbar, solche Studien durchzuführen“, sagt Seimer. Denn zu diesem Zweck müsste vielen Babys der Test vorenthalten werden, um Unterschiede in der Entwicklung zu beobachten.

Trotz der geringen Datenbasis beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss, die Hörtests für alle Neugeborenen vorzuschreiben und in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufzunehmen. Damit folgt Deutschland Industriestaaten wie Großbritannien und Österreich, in denen der Hörtest schon länger zu den Standarduntersuchungen gehört. Seine Entscheidung begründet der Ausschuss damit, dass der Nutzen den Schaden überwiege. Zwar sei die Wirkung des Tests noch nicht eindeutig belegt, doch spreche vieles für einen positiven Effekt. Zudem komme eine angeborene Hörstörung im Vergleich zu anderen Krankheiten häufig



Das drei Monate alte Mädchen hört Klickgeräusche über den Stöpsel in ihrem Ohr. Auf diese Weise wird ihr Gehör untersucht.

Foto dpa

vor: Im Schnitt sind ein bis zwei von 1000 Babys betroffen. Das Risiko hingegen bewertet der Ausschuss als gering. Die Tests seien kurz, schmerzlos und ohne Nebenwirkungen. Der einzige Nachteil bestehe darin, dass von zehn Fällen, bei denen der Test anspricht, neun Fehlarmlänge sind. Doch in diesen Fällen soll ein zweiter Test rasch Klarheit bringen (siehe Kasten „Zwei Tests für Babys“).

Damit möglichst wenig Eltern unnötig beunruhigt werden, hat der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt, dass die ersten Tests schon so gründlich durchgeführt werden sollen, dass bei 96 Prozent der Babys ein Hörproblem ausgeschlossen werden kann. Um den Erfolg des Screenings zu sichern, fordert der Ausschuss, dass mindestens 95 Prozent der Neugeborenen untersucht wer-

den. Doch Seimer klagt: „Dafür fehlen uns die Strukturen.“ Der Oberarzt spricht aus Erfahrung, denn das Marienhospital nutzt die Hörtests bereits seit acht Jahren und versucht, möglichst viele Neugeborene zu testen. Manche Babys, erzählt der Kinderohrenarzt, werden nach der Geburt jedoch in andere Kliniken verlegt, so dass nicht sicher ist, ob der Test durchgeführt wird. Andere Mütter bleiben mit ihren Kindern nur so kurz im Krankenhaus, dass die Zeit für die Untersuchung fehlt. Und dann gibt es Eltern, die nach dem positiven Befund im ersten Test nicht zur Folgeuntersuchung kommen.

In Baden-Württemberg werden die Tests in einem Untersuchungsheft der Kinder dokumentiert. Es ist Aufgabe der Kinderärzte, die Eltern zur Untersuchung zu motivieren. Aus

Seimers Sicht ist das zu wenig, weil der Erfolg des Screenings vom Engagement der Eltern abhängt. Das wurde bei einem Testlauf deutlich, auf den sich der Gemeinsame Bundesausschuss bei seiner Entscheidung stützt: Trotz des Angebots nutzten 17 Prozent der Eltern den Test nicht. Wären alle Babys untersucht worden, könnten von 100 mit Hörproblemen rund 92 erkannt werden – durch die geringere Nutzung sank die Erfolgsquote auf 71 erkannte Kinder.

Zentrale Koordination erwünscht

Um den Erfolg zu steigern, wünscht sich Seimer eine zentrale Stelle wie in Großbritannien, die den Stand der Untersuchungen speichert und die Eltern an die Behandlungen erinnert. Seimer sieht die Landesregierung in der Pflicht, doch die fühlt sich nicht zuständig. Da der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses keine derartige Betreuung vorsieht, verweist sie die Aufgabe an die Krankenkassen. Doch dort hat man andere Probleme: „Die Finanzierung ist nicht geregelt“, sagt der Kinderohrenarzt Oliver Weise. Zwar müssen die Krankenkassen für den Test aufkommen, doch in einer Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes heißt es, dass die Abrechnung der Tests voraussichtlich erst zum 1. April eingeführt werden könne. Bei den Krankenhäusern, die die Hörtests bereits in der Vergangenheit angewendet haben, werde sich nichts ändern.

Zwei Tests für Babys

Für Neugeborene gibt es zwei Hörtests. Der erste ist kostengünstig, aber ungenau. Schlägt er an, muss mit dem zweiten geklärt werden, ob Schwerhörigkeit vorliegt.

Der erste Test: Das Baby bekommt einen kleinen Lautsprecher ins Ohr gesteckt, der leise klickt. Funktioniert das Gehör des Kindes, wird ein schwaches Echo zurückgeworfen, das von einem Mikrofon aufgenommen wird. Fehlt das Echo oder ist es zu schwach, schlägt das Gerät Alarm. Das muss jedoch noch nicht bedeuten, dass das Kind

schwerhörig ist: Fruchtwasser hinter dem Trommelfell kann zum Beispiel die Schallwellen dämpfen und den Test verfälschen.

Der zweite Test: Schlägt der erste Test an, soll eine Hirnstammaudiometrie Sicherheit geben. Dieser Test ist etwas aufwendiger und teurer als der erste, kann aber noch am selben Tag durchgeführt werden. Dabei hören die Kinder wieder ein Klicken, diesmal wird jedoch ihre Gehirnrückmeldung gemessen. Gibt es keine Reaktion des Gehirns, sind weitere Untersuchungen nötig, bei denen zum Beispiel geschaut wird, ob der Gehörgang womöglich blockiert ist. *ibe*

Erneut Entwarnung bei Handystrahlung

Handystrahlen verursachen bei Kindern und Jugendlichen einer Studie zufolge keine Kopfschmerzen oder Einschlafstörungen. Ebenfalls keinen Zusammenhang fanden Wissenschaftler der Universität München in ihrer Untersuchung zwischen der Funkstrahlung und anderen akuten Symptomen wie Gereiztheit, Nervosität, Schwindel, Müdigkeit, Angst oder Konzentrationsproblemen, wie sie am Montag mitteilten. Allerdings sei damit nicht auf eine Unbedenklichkeit von Handys zu schließen. Dazu seien Langzeitstudien nötig.

Die Wissenschaftler maßen bei etwa 3000 Kindern und Jugendlichen 24 Stunden lang die Strahlenbelastung durch Handys, Funkstationen, WLAN und schnurlose Festnetztelefone im Alltag. Es zeigte sich, dass die Minderjährigen meist nur einem Bruchteil der erlaubten Strahlungsdosis ausgesetzt waren. Parallel dazu befragten die Forscher sie zu ihrem Befinden. Dabei zeigte sich kein Zusammenhang zwischen der Strahlenbelastung und eventuellen Beschwerden.

Neun Prozent der Minderjährigen sagten, sie fühlten sich durch die Strahlung beeinträchtigt. Auch das Bundesamt für Strahlenschutz, in dessen Auftrag die Studie durchgeführt worden war, rät zur Vorsicht. „Wir wissen weiterhin nicht, welche Langzeitwirkungen elektromagnetische Felder des Mobilfunks auf Kinder und Jugendliche haben“, sagte ein Sprecher. In den vergangenen Jahren sind mehrere Studien veröffentlicht worden, die keine Schäden durch die Strahlung nachweisen konnten. *AP*

Ausrottung der Masern wird vorerst scheitern

Die Masern werden in Europa nicht wie geplant bis 2010 ausgerottet sein. Der Grund für das Scheitern dieser Zielvorgabe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sei die Impfmüdigkeit vor allem in Deutschland und vier anderen europäischen Ländern, schreiben Experten um den Kopenhagener Epidemiologen Mark Muscat im Medizinjournal „Lancet“. Demnach wurden in den Jahren 2006 und 2007 in Deutschland knapp 2900 Masernfälle bekannt. Die Impfmüdigkeit hat nicht nur Folgen für Europa. „Die drängendere Frage ist, wie viel Masern Europa in Länder mit schlechten Gesundheitssystemen und hohen Sterberaten exportiert“, schreiben WHO-Mitarbeiter in „Lancet“. „Aus Europa importierte Masernviren haben in Südamerika schon mehrere Ausbrüche verursacht.“ *AP*

Schon im Kindergarten wird gemobbt

Auch im Vorschulalter geraten Kinder in die Opferrolle – Psychologen wollen Lehrer weiterbilden

Nicht nur Jugendliche, auch Kinder werden systematisch gehänselt und geraten in die Opferrolle. Spätestens in der Grundschule sollten Lehrer eingreifen, fordern Psychologen. Sie haben Programme gegen das Mobbing unter Kindern entwickelt.

Von Christine Amrhein

Von Gleichaltrigen systematisch geärgert, gepiesackt und schikaniert: zwischen fünf und 35 Prozent aller Kinder in Deutschland werden Opfer von Mobbing. Doch warum geraten manche Kinder in die Opferrolle und andere nicht? Dieser Frage widmete sich ein Forscherteam aus Kanada in einer groß angelegten Studie, deren Ergebnisse im Fachjournal „Archives of General Psychiatry“ erschienen sind. Der Psychologe Michel Boivin und sein Team befragten die Mütter von 1970 Kindern achtmal, wobei die Kleinen zum ersten Zeitpunkt viereinhalb Monate und bei der letzten Befragung sieben Jahre alt waren.

Demnach geraten Kinder, die von klein an häufig verbale oder körperliche Gewalt erleben, auch später eher in die Opferrolle. Ein Grund dafür könnte sein, dass diese Kinder selbst häufig dazu neigen, aggressiv zu reagieren, so Boivin. „Damit werden sie leicht zur Zielscheibe für die Angriffe Gleichaltriger“, erläutert der Forscher. Ein weiteres, beunruhigendes Ergebnis: je länger Kinder in der Opferrolle sind, desto schwerer kommen sie wieder heraus. Das gilt vor allem für diejenigen vier Prozent der untersuchten Kinder, die stark vom Mobbing betroffen sind.

Natürlich hängt es nicht nur von den einzelnen Personen ab, ob es zur systematischen Schikaniierung kommt. Es muss einen potenziellen Täter geben, aber auch Kinder, die beim Mobbing mitmachen – und eben ein „geeignetes“ Opfer. „Insgesamt ist Mobbing bei Kindern vor allem ein soziales Phänomen“, betont die Entwicklungspsychologin Françoise Alsaker von der Universität Bern. Dennoch teilen die Täter einige typische Eigenschaften, und auch die Opfer haben einiges miteinander gemein. „Bei den Tätern wissen wir, dass sie zu kühlen, berechnenden Aggressionen neigen und Spaß daran haben, andere zu ärgern“, sagt Alsaker.

Bei den Opfern werden in der Forschung zwei Typen unterschieden: sogenannte Täter-Opfer sind kind impulsiv und reagieren schnell mit körperlicher Gewalt; passive Opfer sind dagegen eher schüchtern, ziehen

sich bei Konflikten schnell zurück und schaffen es nicht, sich zu wehren. „Beide sind für die Mobber quasi ein gefundenes Fressen“, sagt Alsaker. „Sie sind häufig in der Klasse wenig beliebt und können daher kaum auf Unterstützung hoffen.“

Ansätze zum Mobbing sind oft schon in der Grundschule zu beobachten. „Selbst im Kindergarten gibt es Vorstufen davon“, sagt die Entwicklungspsychologin Mechthild Schäfer von der Universität München, „zum Beispiel, wenn ein Kind von den anderen ausgegrenzt wird“. Damit Kinder nicht erst zu Opfern werden, sollte Mobbing daher so früh wie möglich erkannt und unterbunden werden. „Spätestens in der Grundschule sollte es Maßnahmen dagegen geben“, fordert Schäfer. „Das A und O dabei ist, dass die Lehrer geschult sind, um Mobbing zu erkennen und gezielt einzugreifen.“ Deshalb solle der Umgang damit zur Lehrerbildung gehören.

Entscheidend ist nach Ansicht von Alsaker, dass bei der Vorbeugung alle Beteiligten einbezogen werden. Die Forscherin hat mit

ihren Kollegen ein Programm entwickelt, das bereits im Kindergarten eingesetzt werden kann. Darin besprechen die Betreuer mit den Kindern, welches Verhalten sie in der Gruppe „gut“ oder „nicht gut“ fänden und welches Verhalten in Zukunft „öfter“ oder „seltener“ vorkommen solle. Dies wird in einer Art Vertrag festgehalten. „Anschließend müssen natürlich auch alle bei der Umsetzung mitarbeiten“, sagt Alsaker. „Die Kinder müssen Bescheid geben, wenn gemobbt wird, und die Betreuer müssen unerwünschtes Verhalten konsequent stoppen.“ Ergänzend sei es wichtig, zurückhaltende oder impulsive Kinder individuell zu fördern.

Bisher wurde das Training in 85 Kindergartengruppen erprobt und wird inzwischen auch in Schulen eingesetzt – mit gutem Erfolg. Ähnliche Programme für Schulen gibt es auch in Deutschland. Doch das reicht nach Ansicht von Experten vermutlich noch nicht aus. Aus Sicht von Mechthild Schäfer müssten die Maßnahmen „langfristig und in der gesamten Schule umgesetzt werden“.



Je länger ein Kind in der Opferrolle ist, umso schwerer kommt es wieder heraus. Foto vario-press

Genetische Auswahl der Babys

Grenzwertig

Von Alexander Mäder

Bei Eingriffen in das werdende Leben sind viele Menschen und auch viele Gesetzgeber zu Abwägungen bereit. So ist in Deutschland zum Beispiel die Abtreibung nicht rechtswidrig, wenn das Leben der schwangeren Frau auf dem Spiel steht. Diese medizinische Indikation ist an keine Frist gebunden. Der Bundestag will in den kommenden Monaten entscheiden, ob der Umgang mit dieser Indikation in den späten Schwangerschaftswochen neu geregelt werden muss. Der Fötus kann auch am Ende der Schwangerschaft abgetrieben werden, wenn eine schwere Behinderung des Kindes zu erwarten ist. Begründet wird dies aber nicht mit dem Leiden des Kindes, sondern mit einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des seelischen Gesundheitszustandes der schwangeren Frau.

In einem anderen Bereich ist Deutschland restriktiv: Dem Embryo darf keine Zelle entnommen werden, um das Erbgut des Kindes zu analysieren – auch nicht, um schwere Erkrankungen auszuschließen. In England ist das hingegen erlaubt, und vor einigen Tagen ist dort ein genetisch ausgesuchtes Mädchen zur Welt gekommen. Ihr Embryo wurde aus elf künstlich erzeugten ausgewählt, weil er eine „gesunde“ Kopie des Gens BRCA-1 in seinem Erbgut hat. Bestimmte mutierte Varianten dieses Gens erhöhen das Risiko für Brustkrebs deutlich: Der deutsche Krebsinformationsdienst gibt an, dass Frauen mit diesen Genen mit einer Wahrscheinlichkeit von 80 Prozent im Laufe ihres Lebens Brustkrebs bekommen werden. Der Durchschnitt in der Bevölkerung liegt bei etwa zehn Prozent. Das hohe Risiko wollten die Eltern mit einer Familiengeschichte von Brustkrebs ihrem Kind ersparen. Zwei der elf Embryonen wurden der Mutter eingepflanzt, einer wuchs zum Kind heran. Die übrigen neun Embryonen werden nicht mehr gebraucht.

Rechtferdig das hohe Krankheitsrisiko, Embryonen abzulehnen? In der britischen Debatte sind zwei Argumente besonders diskutiert worden: Zum einen wird darauf verwiesen, dass Brustkrebs üblicherweise erst in den Dreißigern oder Vierzigern einer Frau auftritt. Bis dahin lebt sie ein normales Leben. Doch über diesem Leben liege ein Schatten, sagen die anderen. Brustkrebs ist eine ernste Angelegenheit: 20 Prozent der erkrankten Frauen sterben innerhalb von fünf Jahren nach der Diagnose. In einer kleinen Umfrage unter Frauen mit den Krebsgenen haben britische Forscher vor drei Jahren ermittelt, dass die meisten von ihnen die Möglichkeit einer genetischen Auswahl von Embryonen befürworten. Aber nur wenige von ihnen würden dies bei ihrem eigenen Nachwuchs anwenden. Ein Drittel der Frauen äußerte sich besorgt: Die Befragten wiesen auf vorbeugende Maßnahmen und effektive Behandlungsmöglichkeiten und bezeichneten ihre Lebensqualität als gut, obwohl sie selbst an Krebs erkrankt sind.

Es bleibt der Eindruck bestehen, dass es unverhältnismäßig ist, Embryonen das Leben zu verwehren, nur weil die Aussicht auf eine lebensgefährliche Erkrankung in vierzig Jahren besteht. Die britische Regelung ist mindestens grenzwertig, und womöglich misst sie dem Erbgut sogar zu viel Bedeutung zu. Dennoch verbietet sich allzu harsche Kritik. Denn in Deutschland dürfen Föten, die als Frühchen womöglich lebensfähig wären, getötet werden, wenn der Mutter die Pflege eines behinderten Kindes nicht zugemutet werden kann. Die britische wie die deutsche Regelung berücksichtigen die akute Notlage der schwangeren Frauen, und es ist richtig, das zu tun. Trotzdem handelt es sich in beiden Fällen um schwierige Abwägungen.

FÜR SIE GELESEN

Vom Umgang mit Essstörungen

Essstörungen waren noch vor einem Vierteljahrhundert kein Thema von allgemeinem Interesse, erst Mitte der achtziger Jahre erschienen die ersten Ratgeber. Mittlerweile ist der Buchmarkt zu Essverhaltensstörungen eigentlich gesättigt. Allein 362 Titel bietet der Internetbuchhändler Amazon beim Suchbegriff „Essstörung“. Nun sind zwei besondere Neuerscheinungen hinzugekommen: Die eine kommt puristisch daher wie eine Diplomarbeit, die andere ist bunt und ansprechend aufgemacht – ohne inhaltliche Abstriche. An beiden Büchern haben erfahrene Fachleute aus dem Bundesfachverband Essstörungen und von Anad München mitgeschrieben, der größten Beratungsstelle für Menschen mit Essstörungen.

Andreas Schnebel stellt im Praxishandbuch „Interdisziplinäre Essstörungstherapie“ vier Säulen der Essstörungsbehandlung vor: Ernährungs- und Psychotherapie, sozialpädagogische Begleitung und medizinische Behandlung. Die 35 auf einer CD mitgelieferten Arbeitsblätter machen das sonst eher Fachleute ansprechende Buch auch für Betroffene interessant.

„Essstörungen“ heißt das andere, in der BKK-Reihe „Gesundheit aktuell“ erschienene Buch. Es ist ein praxisnaher Ratgeber, der übersichtlich, punktgenau und gut verständlich auf die wesentlichen Fragen eingeht, die Betroffene und ihre Angehörigen umtreiben. Beide Bücher zeigen auf, wie Hilfe aussehen kann, mit wissenschaftlich fundierten Konzepten und ganz konkreten Tipps. *ml*

■ Eva Wunderer, Andreas Schnebel: *Interdisziplinäre Essstörungstherapie*. Beltz Verlag, Weinheim. 320 Seiten, 29,90 Euro.

■ Bundesfachverband Essstörungen: *Essstörungen. Ursachen und Risikofaktoren – Hilfe und Unterstützung*. Compact Verlag, München. 128 Seiten, 9,80 Euro.