

Einseitige Schwerhörigkeit

Abklärungen und Versorgungsmöglichkeiten

Auch eine einseitige Schwerhörigkeit oder Taubheit kann die Entwicklung von Kindern ungünstig beeinflussen. Deshalb wird nach Evaluierung der Ursachen und der Symptomatik eine geeignete Hörversorgung vorgenommen und durch pädagogisch-therapeutische Massnahmen ergänzt.

Von Annatina Bass

Die Thematik der einseitigen Schwerhörigkeit ist in den letzten Jahren vermehrt in den Fokus der Pädaudiologie gerückt. Insbesondere seit der aktualisierten Empfehlung zur Durchführung eines beidseitigen Neugeborenen-Hörscreenings in der Schweiz durch die Schweizerische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (SGORL) 2019 (1). Relevante einseitige Schwerhörigkeiten wurden davor nicht erfasst und somit gar nicht oder erst spät erkannt und behandelt, oft erst nach der Einschulung. In den

Zur pädagogisch-therapeutischen Begleitung sollten alle Kinder mit einseitiger Hörstörung an den Audiopädagogischen Dienst (APD) verwiesen werden.

letzten Jahren hat sich die Datenlage jedoch wesentlich geändert. So ist heute unbestritten, dass auch eine einseitige Schwerhörigkeit (>30 dBHL) auf die Sprachentwicklung, das Ausdrucksvermögen und den Bildungserfolg Einfluss haben kann (2). Zudem werden auch Auswirkungen auf die kognitive Entwicklung diskutiert (3, 4). In einer Übersichtsarbeit wird über eine deutlich höhere Rate von Klassenwiederholungen bei Kindern mit einem einseitigen Hörverlust berichtet (ca. 24%) im Vergleich zu 2% insgesamt (5). Ebenso wurde über die viermal so hohe Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur normalhörenden Altersgruppe berichtet, dass eine Sprachtherapie und pädagogische Unterstützung benötigt werden. Eltern und Lehrpersonen beschreiben auch signifikant mehr Verhaltensprobleme.

Auch eine einseitige Schwerhörigkeit kann die Sprachentwicklung, das Ausdrucksvermögen und den Bildungserfolg beeinflussen.

Versorgung auch bei einseitiger Schwerhörigkeit

Einseitige Hörstörungen beeinträchtigen das Richtungs Hörvermögen und das Sprachverständnis insbesondere bei Störgeräuschen. Bei einer einseitigen Taubheit kommt es nebst den oben geschilderten Problemen zusätzlich zu einer Reorganisation des auditorischen Cortex und so zu einem Entwicklungsnachteil. Es gibt dementsprechend

immer mehr Evidenz zum Nutzen der Versorgung mit einem Cochlea-Implantat auch bei einseitiger Ertaubung (6, 7). Die direkt nachweisbaren Verbesserungen zeigen sich vor allem im Hören bei Lärm sowie bei der räumlichen Orientierung.

Während es bereits seit Langem klare Richtlinien für die Abklärung und Versorgung von Kindern gibt, welche von einer beidseitigen Schwerhörigkeit betroffen sind, war dies für Kinder mit einseitiger Höreinschränkung lange nicht der Fall. Seit 2020 gibt es neue Empfehlungen zum Vorgehen bei einseitiger permanenter Schwerhörigkeit bei Babys, Kleinkindern und Kindern, welche durch die Arbeitsgruppe Pädaudiologie, die Kommission für Audiologie und Expertenwesen und die SGORL verabschiedet wurden.

Erstdiagnose, weitere Abklärungen und Nachkontrollen

Analog zur Abklärung von bilateralen Hörstörungen sollte die Erstdiagnose auch bei einseitiger Schwerhörigkeit innerhalb der ersten 3 Lebensmonate mit Konfirmationsdiagnostik innerhalb von 6 Monaten erfolgen. Die Indikation für weitere konsiliarische Untersuchungen soll abhängig vom Abklärungsbedarf des Einzelfalls gestellt werden. Eine augenärztliche Untersuchung sollte immer veranlasst und eine CMV-Bestimmung aus der Guthrie-Karte nachbestellt werden. Des Weiteren empfiehlt sich ein EKG zum Ausschluss eines Long-QT-Syndroms. Gegebenenfalls werden auch die Gründe für die Durchführung einer Bildgebung (MRI) besprochen und eine genetische Beratung angeboten.

Nachkontrollen sollten bis zum Lautspracherwerb alle 6 bis 12 Monate stattfinden, bis zum abgeschlossenen Schriftspracherwerb alle 12 bis 24 Monate und nach erlangtem Schriftspracherwerb noch alle 24 Monate. Bei Zunahme der Hörschwelle oder bei komplexeren Krankheitsbildern/Syndromen werden diese Intervalle individuell angepasst. Die Nachkontrollen beinhalten eine aktuelle Verlaufsanamnese, eine klinische Untersuchung sowie eine Beurteilung der Hör-/Sprachentwicklung, ggf. mittels standardisierter Tests (z.B. Little Ears, SBE-2-KT, SBE-3-KT). Mit den Kindern wird eine altersangepasste Hörtestung (Konditionierung) erarbeitet, das Hörvermögen insbesondere des normalhörenden Ohres wird kontrolliert und nach einer allfälligen Anpassung eine Erfolgskontrolle des Hörsystems durchgeführt.

Hörversorgung und pädagogisch-therapeutische Massnahmen

Die Anpassung einer Hörhilfe sollte immer bei einem erfahrenen Pädakustiker (siehe *Linktipp*) erfolgen.

Ob und welche Hörhilfen zum Einsatz kommen, sollte gemäss Ausmass und Typ der Schwerhörigkeit nach einem Trageversuch entschieden werden:

Typ A: einseitiger Hörverlust >30 und <60 dB HL, Versorgung mit einem Hinter-dem-Ohr-Hörgerät (HdO), Versuch vor/mit Ende des 1. Lebensjahres

Typ B: einseitiger Hörverlust >60 dB HL, Hörgeräteversuch vor/mit Ende des 1. Lebensjahres auf dem betroffenen Ohr. Gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt nach Bedarf: FM-Anlage, CROS-Versorgung, Knochenleithörgerät.

Alternativ wird zunehmend über Erfolge mit einer Cochlea-Implantat-Versorgung bei einseitiger Taubheit berichtet (6–9). Eine ausführliche Beratung und Information über die Option einer frühzeitigen einseitigen Cochlea-Implantation sollte deswegen immer erfolgen.

Typ C: einseitige Atresie mit Schalleitungsschwerhörigkeit, Versorgung mit einem Knochenleitungshörsystem ab guter Kopfkontrolle (Befestigung mit Stirnband/Metallbügel/Aufkleber, später operativ mit transkutaner Schraube oder Magnet).

Zusätzlich können drahtlose Übertragungsanlagen (FM-Anlage; FM = Frequenzmodulation) allein oder in Kombination mit allen Hörgerätarten analog zur beidseitigen Schwerhörigkeit zum Einsatz kommen.

Ausführlichere Informationen zur Hörversorgung bei Kindern finden Sie im Beitrag «Auditive Rehabilitationsmöglichkeiten» auf Seite 8 in dieser Ausgabe der Zeitschrift Pädiatrie.

Als pädagogisch-therapeutische Massnahme sollten alle Kinder mit einseitiger Hörstörung an den Audiopädagogischen Dienst (APD; siehe Linktipp) angebunden werden. Dessen Angebote beinhalten beispielsweise eine Beratung der Eltern und des Umfelds (z.B. Kindergarten, Schule, Mitschüler) und die regelmässige Förderung des Kindes. Das Ausmass der Fördermassnahmen wird je nach Defizit individuell festgelegt. Die Organisation und Finanzierung des APD sind kantonal geregelt.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Annatina Bass
Oberärztin HNO USB / Konsiliarärztin HNO
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
Spitalstrasse 33
4056 Basel

Interessenlage: Die Autorin erklärt, dass keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel bestehen.

Linktipps

Liste der anerkannten Pädakustiker der AHV/IV:
<https://www.rosenfluh.ch/qr/liste-paedakustiker>



Audiopädagogische Dienste:
<https://www.rosenfluh.ch/qr/audiopaedagogische-dienste>



Literatur:

1. Candreia C et al.: Aktualisierte Empfehlung zum Neugeborenen-Hörscreening in der Schweiz. PAEDIATRICA 12/2019.
2. Fischer C, Lieu J: Unilateral hearing loss is associated with a negative effect on language scores in adolescents. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2014;78(10):1611-1617.
3. Martinz-Cruz CF et al.: Cognitive Performance of School Children with Unilateral Sensorineural Hearing Loss. Arch Med Res. 2009;40(5):374-379.
4. Tharpe AM: Unilateral and mild bilateral hearing loss in children: past and current perspectives. Trends Amplif. 2008;12(1):7-15.
5. Lieu JEC: Permanent Unilateral Hearing Loss (UHL) and Childhood Development. Curr. Otorhinolaryngol. Rep. 2018;6(1):74-81.
6. Beck RL et al.: Cochlear Implantation in Children With Congenital Unilateral Deafness: A Case. Otol Neurotol. 2017;38:570-576.
7. Peters JP et al.: Cochlear implantation in children with unilateral hearing loss: A systematic review. Laryngoscope. 2016;126:713-721.
8. Probst R: Kochleaimplantation bei einseitiger Taubheit? HNO. 2008;56(9):886-888.
9. Arndt S et al.: Comparison of pseudobinaural hearing to real binaural hearing rehabilitation after cochlear implantation in patients with unilateral deafness and tinnitus. Otol Neurotol. 2011;32(1):39-47.