

# Otology

DAS MAGAZIN FÜR DEN HNO-ARZT

Heft 26 | Mai 2011 | ISSN 1611-6240

POLITIK



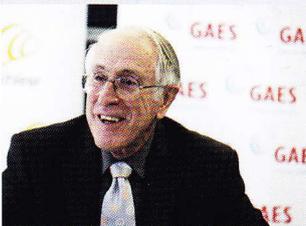
Das Urteil des Bundesgerichtshofs / Seite 10

FÄLLE AUS DER PRAXIS



„Durch das CI konnte ich in meinem Umfeld bleiben“ / Seite 20

UNTERNEHMEN



„Solange wir nicht fast normales Hören bieten können, bin ich nicht zufrieden“ / Seite 26



Prof. Dr. Roland Laszig:  
„Den weißen Fleck im  
Audiogramm gibt es nicht mehr.“

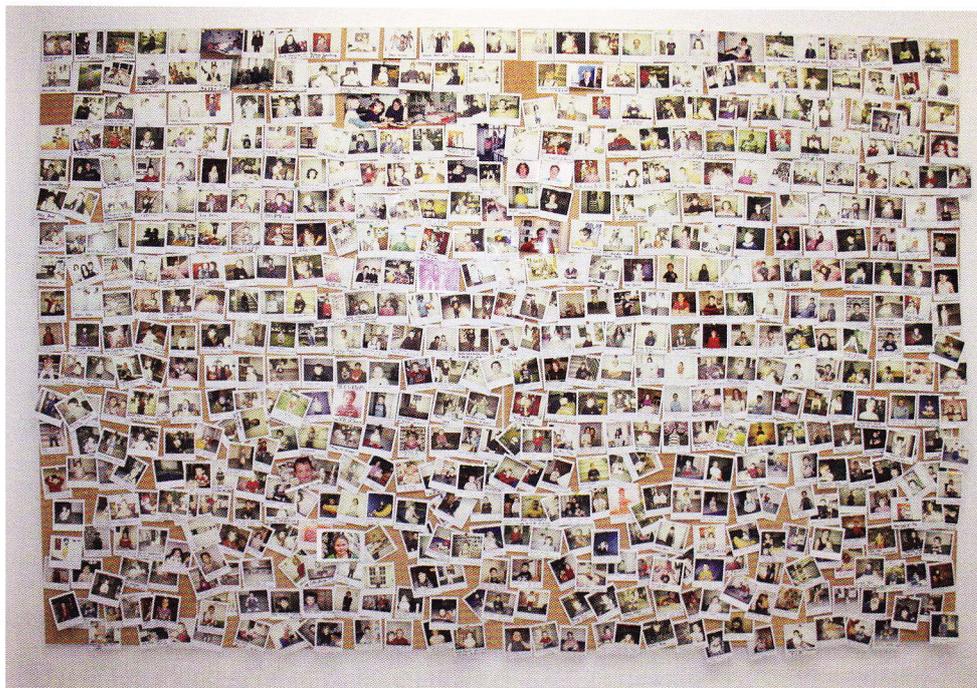


„Eine Bestätigung dafür, dass wir das Richtige gemacht haben.“ Professor Roland Laszig (li.) gemeinsam mit seiner einstigen Patientin Katja Steppke (Mitte) und Thomas Topp, Leiter der Cochlear Deutschland GmbH & Co. KG (re.), bei der feierlichen Verleihung des Cochlear Graeme Clark Stipendiums (Foto: Schaarschmidt)

# „Den weißen Fleck im Audiogramm gibt es nicht mehr.“

Interview mit Prof. Dr. med. Dr. h.c. Roland Laszig

Katja Steppke (21) aus Hamburg ist die diesjährige Gewinnerin des Cochlear Graeme Clark Stipendiums. Mit dem Stipendium unterstützt Cochlear, weltweiter Marktführer bei der Entwicklung und Herstellung von Cochlea-Implantaten (CI), herausragende Studierende und Studienanwärter, die mit einem Cochlear Nucleus CI-System versorgt wurden. Autor Martin Schaarschmidt traf bei der feierlichen Übergabe des Stipendiums im Implant Centrum Freiburg auch auf Professor Dr. med. Dr. h.c. Roland Laszig, dem diesjährigen Träger des „Hear for Life Award“ und Direktor der Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik in Freiburg, der die Stipendiatin 1999 mit einem CI versorgte.



„Ein CI selbst implantiert habe ich vermutlich um die zweieinhalb tausend Mal.“ Wand mit Patienten-Fotos im Implant Centrum Freiburg (Foto: Schaarschmidt)

**Herr Professor Laszig, wir begegnen uns heute bei der Stipendien-Feier für Katja Steppke. Vor zwölf Jahren haben Sie Frau Steppke ein CI implantiert. Was bedeutet es Ihnen, wenn Sie sehen, was aus Ihrer einstigen Patientin geworden ist?**

Laszig: Es ist eine Bestätigung dafür, dass wir das Richtige gemacht haben. Ende der 90er Jahre war das CI zwar schon relativ weit verbreitet. Doch zum Zeitpunkt, als Frau Steppke und auch andere, sehr junge Patienten versorgt wurden, konnten wir noch keine Aussagen über die zukünftige Entwicklung dieser Kinder treffen. Wir entschieden allein auf Grundlage physiologischer und medizinischer Erkenntnisse. Wir gingen davon aus, dass unsere Patienten eine bessere Lebensperspektive haben würden, sahen uns in der Verantwortung und waren zugleich sehr vorsichtig. Anders als heute haben wir z. B. immer nur auf einer Seite implantiert. Angesichts dessen kann ich mich über den Erfolg dieser jungen Studentin und über ihren unglaublich farbenreichen Lebenslauf umso mehr freuen. Westernreiten und Standardtanz, Junge Gemeinde, Young Business School, „Jugend debattiert“, Mathematikwettbewerbe, Auslandsreisen etc. – Frau Steppke hat so viele Aktivitäten und Interessen. Und ihre Biografie ist da keine Ausnahme, sondern schon fast der Regelfall.

**Durch die Operation eröffnen sich für die Kinder grundsätzlich neue Lebensperspektiven...**

Laszig: Katja Steppke beispielsweise ertaubte mit etwa einem Jahr an einer bakteriellen Meningitis. Für uns Mediziner ist das eigentlich der typische Angstgegner, weil der Befund erhebliche Veränderungen im Innenohr nach sich ziehen kann. Damals war es noch sehr schwierig, da eine Prognose abzugeben. Natürlich ist man mit Cochlea-Implant kein normal Hörender. Es gibt immer auch schwierige Situationen. Als ich Student war, habe ich als Kellner ausgeholfen und am Telefon Orient-Teppi-

che verkauft. Für Frau Steppke wären diese Art Studenten-Jobs aufgrund der besonderen akustischen Anforderungen eine erhebliche Belastung. Umso mehr gönnt man ihr das Stipendium, das ihr helfen wird, ihr Studium erfolgreich abzuschließen.

**Inwieweit haben Sie denn die Möglichkeit, die Biografien Ihrer Patienten zu verfolgen?**

Laszig: Die meisten Patienten hier in Freiburg besuchen regelmäßig das Implant Centrum, das ja ein Teil der Hals-Nasen-Ohren-Klinik ist. Diese Anbindung erlaubt es uns, immer wieder Einblick in ihre Lebensläufe zu erhalten. Mittlerweile gibt es da eine ganze Reihe junger Erwachsener, die studieren oder eine normale Berufsausbildung machen.

**Abgesehen vom eigentlichen Implantat – welche Faktoren sind nach Ihrer Erfahrung noch entscheidend, damit junge CI-Träger ihren Weg meistern?**

Laszig: Entscheidend ist, dass sie die volle Unterstützung ihrer Familien erhalten – gerade in den frühen Jahren. Auch bei Frau Steppke waren die Eltern von Anfang an sehr hinterher. Sie haben für eine frühzeitige lautsprachliche Ausbildung gesorgt; was damals ein Glücksfall war und heute die Regel ist. Dieser Ansatz und die entsprechende Förderung durch die Familie sind eine sehr gute Basis. Wichtig sind darüber hinaus auch eine offene Schule und Pädagogen, die neuen Dingen aufgeschlossen begegnen. Auch eine Integrationsklasse, in der schlecht hörende und hörende Schüler zusammenkommen, kann gut auf das spätere Leben vorbereiten.

**Aktuell ist der Inklusionsbegriff in aller Munde...**

Laszig: Frau Steppke ist da ein beredtes Beispiel. Als es den Begriff noch gar nicht gab, ist mit ihr bereits Inklusion praktiziert



„Den weißen Fleck im Audiogramm gibt es nicht mehr.“ Professor Dr. Roland Laszig, Direktor der Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik in Freiburg (Foto: Schaarschmidt)

worden. Ich glaube, dass die allgemeine Bereitschaft, Menschen mit einem CI in das gesellschaftliche Leben zu inkludieren, immer weiter steigt. Es gibt eben mittlerweile auch zig Tausende, die ein CI tragen.

**Für die frühzeitige Versorgung gehörloser und an Taubheit grenzender Babys ist das Neugeborenen-Hörscreening extrem wichtig. Pro forma ist das Screening seit Januar 2009 bundesweit eingeführt. Wie steht es mit der Umsetzung? Ist aus Ihrer Sicht nun eine rechtzeitige Versorgung dieser Kinder garantiert?**

Laszig: Das Screening ist formal eingeführt, aber es gibt noch viele Holpersteine. Nur in wenigen Bundesländern existiert eine zentrale Steuerung. Ich denke, das sollte sogar deutschlandweit zentral gesteuert werden, mit einem zentralen Register, über das man den Weg der Patienten nachvollziehen kann. Wir haben in der Bundesrepublik das große Glück, dass die meisten Geburten in den Kliniken passieren. Und für viele Geburtshilfe-Kliniken ist das Neugeborenen-Hörscreening schon heute ein Qualitätsmerkmal. Ein funktionierendes Follow-up setzt voraus, dass wir Zugang zu den Messwerten haben und Patienten, die beim Hörscreening auffällig waren, weiter verfolgen können. Doch da hapert es. Zum Teil werden die Befunde nicht ausreichend lang vorgehalten. Und es gibt auch zu wenige pädaudiologische Einrichtungen, die sich der Thematik widmen. Überhaupt gibt es zu wenige Pädaudiologen. Es wäre aber auch schon viel gewonnen, wenn die Betroffenen zuverlässig an die großen Zentren angebunden wären, die mit hörgeschädigten Kindern umgehen.

**In der Öffentlichkeit ist das CI mittlerweile relativ präsent. Im Kontakt mit Journalisten Kollegen stelle ich jedoch immer wieder fest, dass diese das Cochlea-Implantat kaum bzw. noch gar nicht kennen und erst recht keine Vorstellung von seiner Entwicklungsgeschichte haben. Wie schätzen Sie denn die über 30 Jahre CI-Entwicklung ein? Was hat sich in dieser Zeit getan?**

Laszig: Das CI hat gleich mehrere Disziplinen revolutioniert. Zum einen die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Hier haben wir neue diagnostische Tools und können wesentlich differenzierter nachschauen. Das reicht bis zur Gen-Technologie. Wir bedienen uns heute bereits molekular-genetischer Untersuchungen, die wichtige Informationen für Behandlung und Versorgung der Patienten liefern. Revolutioniert hat das Cochlea-Implantat aber auch die gesamte Hörgeschädigten- und Gehörlosen-Pädagogik. Hier sind praktisch neue Studiengänge entstanden, weil die alten Konzepte der Rehabilitation bzw. der Habilitation von taub geborenen Kindern durch das CI in vielen Punkten überholt wurden.

**Und die Technik?**

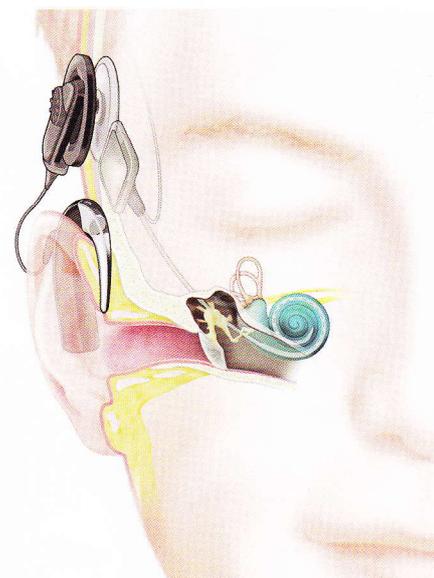
Laszig: Auch die hat sich natürlich verändert. Sie muss ja auch gigantischen Anforderungen gewachsen sein. Wir haben es immerhin mit vollständig implantierbaren Lösungen zu tun, die ein Leben lang im Körper verbleiben müssen. Die Zeit, die andere Implantate im Körper verbleiben sollen, ist meist deutlich kürzer. Und die Software wurde weiterentwickelt. Wir sind heute weit besser in der Lage, Sprache so zu kodieren, dass sie von unserem Gehirn aufgenommen werden kann. Der nächste Schritt, an dem jetzt tüchtig gearbeitet wird, ist der, Musik-Erlebnisse deutlich angenehmer zu gestalten.

**Wie steht es mit der Weiterentwicklung der Operationsverfahren?**

Laszig: Hier ermöglicht die Standardisierung die Arbeit mit neuen technischen Hilfen, etwa mit computergestützten Mikro-Manipulatoren. Auch Roboter kommen zum Einsatz. Sicherlich werden die den Operateur nie ersetzen, aber sie können seine Präzision erhöhen.

**Zählen Sie Ihre CI-Operationen eigentlich?**

Laszig: Ich selbst zähle sie nicht mehr. Hier in Freiburg liegen



Versorgung mit einem Cochlea-Implantat – hier mit dem Cochlear Nucleus 5 (Foto: Cochlear)

## „Das CI hat gleich mehrere Disziplinen revolutioniert.“

wir jetzt ungefähr bei 2.500 Cochlea-Implant-Operationen. Seit 1982 war ich fast bei jeder dieser Operationen dabei, auch dann, wenn ich nicht selbst operiert habe. Zudem operiere ich sehr viel im Ausland. Ein CI selbst implantiert habe ich vermutlich um die zweieinhalb tausend Mal.

**Bei so vielen Operationen haben Sie sicherlich eine große Routine. Wie stimmen Sie sich da auf die einzelne OP ein? Wie konzentrieren und motivieren Sie sich?**

Laszig: Natürlich beschäftige ich mich vorab mit dem konkreten Befund. Insbesondere die bildgebende Diagnostik ist sehr hilfreich, um außergewöhnliche Dinge von vornherein erkennen zu können. Überraschungen während der Operation sollen möglichst ausgeschlossen sein. Man muss sich auf jeden einzelnen Patienten individuell einstellen – auch wenn er in der Vollnarkose ist und selbst gar nichts mitbekommt. Das ist eine Trainingssache. Und das gebietet die Verantwortung, die man für den Patienten hat. Der ist dem Operateur schließlich vollkommen ausgeliefert.

**Und wenn die Operation vorbei ist?**

Laszig: Dann freut man sich. Der schönste Moment ist, wenn der Patient wieder halbwegs wach ist. Wenn man zu ihm gehen kann, um ihm zu sagen, dass alles gut gelaufen ist. Auch wenn der Patient nichts sagt, spürt man seine Erleichterung.

**Der Schwerpunkt bei der CI-Versorgung hat sich in den letzten Jahren verschoben. Es gibt jetzt auch immer mehr ältere Patienten, mehr binaurale Versorgungen sowieso. Wo sehen Sie aus heutiger Sicht die Indikation für ein Cochlea-Implantat – auch in Abgrenzung zur Indikation für die Versorgung mit High-Power-Hörssystemen?**

Laszig: Entscheidend ist für mich, dass wir das Spektrum der CI-Versorgungen in der Tat erweitern. Zum einen operieren wir immer jüngere Kinder. Operationen im Alter von zehn bis 14

Monaten verlaufen mit großer medizinischer Sicherheit komplikationsfrei. Das ist überhaupt kein Problem. Zum anderen haben wir aufgrund der demografischen Entwicklung immer ältere Patienten, die ebenfalls sehr vom CI profitieren. Unsere älteste Patientin hier war zum Zeitpunkt der Operation 93 Jahre alt. Sie lebt jetzt ungefähr fünf Jahre mit ihrem Implantat. Unser jüngster Patient war um die 130 Tage alt.

**Und der Hörstatus?**

Laszig: Auch da erweitern wir das Spektrum. Weil die Technik noch nicht so weit war, wurden viele Patienten lange Zeit insuffizient mit Hörgeräten versorgt. Heute versorgen wir in zunehmendem Maße auch resthörige Patienten mit einem Cochlea-Implantat. Das bespreche ich oft mit Hörgeräteakustikern. Sie haben Patienten, die exzellent mit Hörgeräten versorgt sind. Und die Hörgeräteakustiker in Deutschland arbeiten ja wirklich auf einem sehr hohen Niveau. Aber diese Patienten sind dennoch unzufrieden. Was wir diesen Menschen heute anbieten können, ist eine bimodale Versorgung. D. h. auf einem resthörigen Ohr wird ein Hybrid-Implantat oder auch ein reguläres Implantat eingesetzt. Und auf der anderen Seite trägt derjenige dann ein Hörgerät.

**Der Übergang zwischen der einen und der anderen Indikation ist sozusagen fließend?**

Laszig: Beide Bereiche stoßen an einander. Wenn wir heute ein Audiogramm betrachten, dann können wir flächendeckend und für jeden Befund eine Versorgung vornehmen, die für den Patienten befriedigend ist. Und ich meine, wenn jemand bestens angepasste Hörgeräte trägt, und wenn derjenige dann bei 60 oder 70 dB (SPL) lediglich ein 50prozentiges Einsilber-Verstehen erreicht, ist es angebracht, ein Cochlea-Implant zu indizieren. Es gelingt uns damit, einen weißen Fleck im Audiogramm zu füllen. Heute muss für keinen mehr gelten: Er ist zu schlecht für ein Hörgerät, aber zu gut für ein CI.

**„Man kann heute auch ohne ein Cochlea-Implantat 100 Jahre alt werden. Mit dem CI jedoch werden sie diese Zeit wesentlich glücklicher verbringen.“**

**Welchen Stellenwert hat der Hörakustiker bei der zukünftigen Versorgung speziell dieser Hörgeschädigten?**

Laszig: Hier spielt der Hörgeräteakustiker schon heute eine große Rolle. Und er trägt eine große Verantwortung. Bei einer bimodalen Versorgung muss er sich natürlich weiter um das Hörgerät kümmern. Und er könnte gegebenenfalls auch die externen Bestandteile des Cochlea-Implant-Systems betreuen – Ersatzteile liefern, z. B. Kabel und Batterien. Es kann sein, dass es in absehbarer Zeit auch Hörgeräteakustiker geben wird, die nach mehreren Jahren der Ersteinstellung durch eine CI-Klinik spätere Kontrollen und gegebenenfalls Justierungen vornehmen. Dies kann aber nur durch eine intensive Kooperation mit den entsprechenden CI-Kliniken und deren Centren stattfinden. Grundsätzlich darf hier nicht unterschätzt werden, dass es sich bei der CI-Einstellung um eine invasive Methode handelt. Wir stimulieren mit dem CI das zentrale Nervensystem elektrisch. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zum Hörgerät, der bei der Qualifikation derjenigen, die die Anpassung durchführen sollen, berücksichtigt werden muss. Die Erfahrungen, die es in den Implant-Centren gibt, sowie die medizinische Betreuung der großen Kliniken, an die diese Centren angeschlossen sind – all das ist sehr wichtig für eine nachhaltig sichere und erfolgreiche Versorgung der CI-Träger. Man braucht ein hohes Know-how, wie es sich nur durch die Versorgung einer entsprechenden Anzahl von Patienten durch entsprechend qualifiziertes Personal entwickeln kann.

**Das ist beim Operieren vermutlich nicht anders?**

Laszig: Sie sind nur dann gut, wenn sie eine Operation sehr oft gemacht haben. Neulich hatte ich ein Gespräch mit einem Allgemein-Chirurgen. Er meinte zu mir, er hätte sich jetzt mal eine

CI-Operation angeschaut, und wenn er da noch ein viertel Jahr lang zugucken würde, könnte er das selber machen. Ich habe weltweit schon bei so vielen Operationen zugesehen, und ich habe dabei viele berühmte Chirurgen erlebt. Und ich habe immer wieder feststellen können, wie schwierig es für sie war, ein CI einzusetzen. Es sieht viel einfacher aus als es ist. Denn es ist enorm wichtig, die Elektrode an die richtige Stelle zu setzen. Sie muss eben nicht nur in die Hörschnecke. Gemessen an den Möglichkeiten für eine falsche Platzierung der Elektrode ist die winzige Cochlea nämlich plötzlich gigantisch groß. Und es gibt nur eine Stelle, an die die Elektrode wirklich muss, nämlich genau in die Skala Tympani – und dass ohne anderweitig Schaden anzurichten.

**Was ist mit Kliniken, in denen eine Cochlea-Implantation eher die Ausnahme als die Regel ist?**

Laszig: So etwas finde ich äußerst problematisch. Es kann nicht angehen, dass jede HNO-Klinik anfängt, zum Beispiel nur fünf CIs pro Jahr zu machen. Man braucht eine umfangreiche technische Ausstattung, die teuer ist, und die sich nur dann amortisiert, wenn sie auch entsprechend genutzt wird. Und es gibt Risiken. Sollte es bei einer Operation in unserer Klinik doch eine Überraschung geben, können wir sofort umschalten und unsere Technik einsetzen. In einer kleinen Einrichtung wäre das dann nicht möglich. Ebenso können bei der anschließenden Betreuung Schwierigkeiten auftreten, für deren Bewältigung es entsprechende Erfahrung braucht. Nur in den erfahrenen Zentren mit einer entsprechenden Zahl an Implantationen pro Jahr gibt es viele Mitarbeiter – Erfahrene und Jüngere, die von den Älteren lernen. Wir sollten nicht vergessen: Eine CI-Operation ist immer ein elektiver Eingriff; es geht eben nicht um eine schnellstmögliche, lebensrettende Maßnahme, denn diese Patienten könnten heute auch ohne ein Cochlea-Implant 100 Jahre alt werden. Mit dem CI jedoch werden sie diese Zeit wesentlich glücklicher verbringen.

**Herr Professor, haben Sie vielen Dank für das Gespräch.**