

# EarWell®: Werkzeug, Heilbehelf, vor allem aber Innovation

20 bis 35 Prozent aller Neugeborenen weisen laut Studien eine mehr oder weniger starke Deformation der Ohrmuscheln auf. Bei rund zehn Prozent dieser Fehlbildungen ist die Deformität so ausgeprägt, dass bisher aufgrund des körperlichen und – insbesondere – psychischen Leidensweges zu einem späteren Zeitpunkt eine kostspielige und aufwendige Operation notwendig war. Bis vor Kurzem wurde noch mit improvisierten Hilfsmitteln wie Pfeifenreinigern oder Klebebändern versucht, Deformationen entgegenzuwirken. Mit EarWell®, einem Produkt der Firma Bondimed, kommt nun eine innovative Lösung bei solchen Ohrmuscheldeformationen bei Neugeborenen zur Anwendung und führt innerhalb von nur wenigen Wochen zu einer deutlichen Besserung. Und das ohne operativen Eingriff, ohne Anästhesie, ohne Medikation – schmerzfrei.

Von Maximilian Kunz, MAS, MBA



v. l.: Ludwig Neuner, Wilhelm Frank, Stephan Spendel, Rupert Koller, Wolfgang Sperl, Hanns Kratzer, Brigitte Kann, Christoph Kann, Susanne Mühlbacher, Peter Kowatsch, Barbara Maier, Lars-Peter Kamolz, Martin Schaffenrath, Franz Bittner

Ohrkorrekturen sind schon seit Jahrzehnten ein – immer wichtiger werdendes – Thema in der plastischen Medizin. Nur zehn bis 30 Prozent aller angeborenen Deformationen korrigieren sich selbst aus. Grundsätzlich werden drei Schweregrade unterschieden: Die erste Stufe ist eine Malformation, diese entspricht einer embryologischen Fehlentwicklung in der fünften bis neunten Schwangerschaftswoche und ist – wenn überhaupt – nur durch einen chirurgischen Eingriff korrigierbar. Die zweite Stufe entspricht einer Deformation, bedingt durch deformierende mechanische Einflüsse in der Gebärmutter bzw. im Geburtskanal. Die dritte Gruppe wird durch eine Fehlanlage von Ohrmuskeln definiert und ist ebenjene, die mit dem EarWell®-System relativ einfach innerhalb

der ersten sechs Wochen nach der Geburt korrigiert werden kann.

Das Anlegen des EarWell®-Systems, eines aus Silikon geformten Rings, erfolgt in weniger als 30 Minuten und ist komplett schmerzfrei. Hinzu kommt der Wegfall der psychischen und physischen Belastung einer Vollnarkose im Rahmen der operativen Therapie. Damit bildet EarWell® eine effektive Alternative zu einer herkömmlichen Korrektur, die tagesklinisch oder stationär erfolgen kann, bei Kindern unter Allgemeinnarkose durchgeführt wird und insgesamt einen Zeitraum von etwa acht Wochen beansprucht. In den USA, Australien und anderen Ländern wird EarWell® bereits seit längerem erfolgreich angewandt, in Österreich soll die Bekanntheit dieser Methode nun gesteigert werden.

Trotz klarer Sinnhaftigkeit auf ökonomischer und medizinischer Ebene wird der flächendeckende Einsatz mangels Erstattung der Kosten derzeit gehemmt. Es gibt derzeit keine passende medizinische Einzelleistung im LKF-System, eine Erstattung im niedergelassenen Bereich ist nicht gegeben, die Kosten für das Produkt müssen momentan privat getragen werden oder der Krankenträger übernimmt die Kosten für eine bestimmte Anzahl von Behandlungen. Das Hauptproblem: fehlende Awareness für Deformationen der Ohrmuscheln und fehlende Bekanntheit dieser innovativen Therapie. Vor diesem Hintergrund wurden in einer hochkarätigen Diskussionsrunde mögliche Schritte bis zur Erstattung der Behandlung diskutiert und konkrete Maßnahmen definiert.

## Stephan SPENDEL

Am Universitätsklinikum Graz haben wir bereits mehr als 80 Ohren bei mehr als 45 Säuglingen erfolgreich mit diesem innovativen System korrigiert. Zwecks Ablenkung und Beruhigung führen wir den Anlegeprozess bevorzugt während des Stillens durch. Alleine in den letzten 16 Monaten haben wir 35 Neugeborene behandelt, denen das System zwischen dem zweiten und zwölften Tag nach der Geburt angelegt wurde. Lediglich in zwei Fällen gab es leichte Komplikationen (leichte Druckstellen), die von selbst abheilten. Die Kosten einer Therapie mit EarWell® liegen unter jenen einer plastischen Korrektur zu einem späteren Zeitpunkt. Wir haben bereits umfassende Aufklärungsarbeit gemacht, womit wir dazu beitragen konnten, dass bei Neugeborenen zunehmend auf die Ohren geachtet wird – auch seitens der Mütter.

**Lars-Peter KAMOLZ**

Das System ist eine absolute Innovation, weil es einem ermöglicht, angeborene Ohrdeformitäten nicht chirurgisch und dennoch gezielt sowie mit konstanten Ergebnissen zu korrigieren. Mit diesem System kann einerseits die Invasivität auf ein Minimum reduziert und der medizinische Aufwand verringert werden, andererseits der vorhersagbare Erfolg im Vergleich zu anderen nicht chirurgischen Techniken maximiert und besser vorhersagbar gemacht werden. Ziel dieses Verfahrens sollte es aber keinesfalls sein, eine Art „Standardohr“ bei Kindern zu kreieren, sondern Ohrdeformitäten, die mit potenziell vorhersehbaren Problemen durch Hänseleien etc. einhergehen, frühzeitig zu beheben und somit später notwendige chirurgische Korrekturen zu vermeiden. Die grundsätzliche Awareness für Ohrdeformationen sehe ich bei allen relevanten Institutionen und Disziplinen als ausreichend vorhanden. Lediglich die Datenlage in Bezug auf die „besten“ Indikationen für dieses System sollte noch durch eine zentrale „Indikations- und Outcome-Studie“ der Referenzzentren optimiert werden.

**Barbara MAIER**

Es gibt Kinder mit abstehenden Ohren, die sich benachteiligt fühlen, und Kinder, die das nicht tun. Ich denke, die Indikation für eine Korrektur ist klar im Leidensdruck zu sehen. Dieser kann im Fall von EarWell® aufgrund des Säuglingsalters ja ausschließlich von den Eltern aus gesehen und weggenommen werden. Meine Mutter hat bei meiner Tochter versucht, abstehende Ohren nach der Geburt mit Klebestreifen zu korrigieren – das war eine Art Vorläufer von EarWell®. Es hatte sehr guten Erfolg!

**Peter KOWATSCH**

Aus der Perspektive der Allgemeinmedizin erscheint mir das Thema der Ohrdeformation nicht wirklich ein gewichtiges zu sein. Es sei denn, Kinder haben eine derart auffallende Deformation, dass es zu physischen bzw. psychischem Leid kommen könnte. Ich selbst hatte einen derartigen Fall bisher so gut wie nie, was ich möglicherweise auf meine mangelnde Awareness als auch die der Eltern zurückführe.

**Susanne MÜHLBACHER**

Als Psychagogin und Psychotherapeutin an einer Schule bin ich tagtäglich mit Problemen von Kindern konfrontiert. Kinder in dem Alter wollen „dazugehören“. In diesem Zusammenhang sind freilich auch abstehende Ohren ein Thema. Ich erlebe in solchen Fällen grundsätzlich zwei Reaktionen: einerseits den Rückzug – das Kind will

**Teilnehmer (in alphabetischer Reihung):**

Franz BITTNER | ehem. Obmann der WGKK, Patientenombudsman der Ärztekammer Wien  
 Univ.-Prof. Dr. Wilhelm FRANK | Gesundheitssystemberatung GmbH  
 Univ.-Prof. Dr. Lars-Peter KAMOLZ | LKH-Universitätsklinikum Graz  
 Prim. Univ.-Doz. Dr. Rupert KOLLER | Wilhelminenspital  
 Dr. Peter KOWATSCH | Allgemeinmediziner in St. Gilgen, Vorstandsmitglied ÖGAM  
 Prim. Univ.-Prof. DDr. Barbara MAIER | Wilhelminenspital, OSR  
 Mag. Susanne MÜHLBACHER | Psychagogin  
 Prim. Dr. Ludwig NEUNER | KH Freistadt, Ärzteteam des LKF-Projektteams im BMG  
 Mag. Martin SCHAFFENRATH | Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger  
 Univ.-Prof. Dr. Stephan SPENDEL | LKH Universitätsklinikum Graz  
 Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang SPERL | LKH Salzburg, Präsident der ÖGKJ

sich unsichtbar machen. Ein Fall war derart drastisch, dass das Kind jeden Tag zehn Minuten zu spät zur Schule kam, nur um nicht über den Schulhof gehen und sich dort den Blicken seiner Mitschüler aussetzen zu müssen. Die zweite Reaktion ist Aggression.

**Wilhelm FRANK**

Es gilt, eine Art Index für die einzelnen Deformationen zu entwickeln. Des Weiteren ist zu klären, in welchen Zuständigkeitsbereich solche Deformationen letztlich fallen. Ist die Behandlung verpflichtend stationär? Welche Facharzttrichtung soll sich der Angelegenheit konkret annehmen bzw. soll diese im intramuralen oder im extramuralen Bereich liegen? Sofern festgestellt wird, dass eine Deformation als krankheitswertige Störung zu behandeln ist, müsste die Sozialversicherung die Kosten tragen. Präzisierungen dieser Art sind notwendig für das Erreichen einer Finanzierung.

**Ludwig NEUNER**

Im Normalfall wird jedes Neugeborene mehrfach von einem Pädiater untersucht und gecheckt. Es liegt für mich daher auf der Hand, dass dieser auch die Indikation stellt – und zwar dort, wo das Kind geboren wird. Das macht auch deshalb Sinn, weil während der gesamten Behandlungsdauer ja 24/7 entsprechendes Fachpersonal verfügbar sein muss. Das ist ausschließlich im Spital der Fall.

**Franz BITTNER**

Aus meiner Perspektive ist hier ganz klar der extramurale Bereich mit geringem Selbstbehalt für die Versicherten gefordert. Der Patient könnte das Tool beim Bandagisten beziehen und im Spital anlegen lassen. Oder man findet eine Zentrenlösung pro Bundesland. Ist eine Deformation nach der Geburt durch den Pädiater und/oder plastischen Chirurgen diagnostiziert,

**Kernaussagen:**

EarWell® ist eine gelungene Innovation, die es ermöglicht, Ohrdeformationen effizient und effektiv zu beheben – gut für die Betroffenen und für das System zugleich.

Die Diagnose muss in den Tagen nach der Geburt gestellt werden, die Behandlung muss so schnell wie möglich beginnen.

Pädiater und plastische Chirurgen müssen definieren, welche Patienten eine Therapie mit EarWell® benötigen.

muss ein auf EarWell® spezialisiertes Krankenhaus aufgesucht werden – hier muss es mehrere pro Bundesland geben.

**Martin SCHAFFENRATH**

Die Verfügbarkeit eines solchen Systems ist mir persönlich erst seit Kurzem bekannt. Ich halte es für notwendig, werdende Eltern generell für das Thema zu sensibilisieren. Aktuell gilt es dazu wohl noch einige Fragen zu klären bzw. zu beantworten. Wenn so ein System funktionieren kann, dann mittels eines lokalen Trägers in einem Bundesland, für eine begrenzte Dauer einschließlich medizinischer, wissenschaftlicher Begleitung und Evaluierung und vorerst nur als Pilotprojekt. Eine mögliche Finanzierung eines solchen Pilotprojekts wäre nur über Heilbehelfe möglich, sofern die Bereitschaft eines Trägers überhaupt gegeben wäre.

**Wolfgang SPERL**

Das System ist insofern beeindruckend, weil es bei Einsatz zum rechten Zeitpunkt mit relativ geringem Aufwand maximalen Erfolg erzielt. Dennoch muss man bei der Indikationsstellung auf individuelle Komponenten achten und nicht „Standardohren“ fordern. Es bedarf multidisziplinärer Expertise, Gatekeeper, Guidelines und Schulungen, damit der Pädiater bzw. Neonatologe entscheiden kann, ob eine Behandlungsnotwendigkeit vorliegt oder nicht. Für den betreuenden Mediziner gilt es, ganzheitlich die Verantwortung zu übernehmen und interdisziplinär zusammenzuarbeiten, insbesondere mit Kinderchirurgen, plastischen Chirurgen und HNO-Ärzten.

**Rupert KOLLER**

Mit der Begründung, dass Kinder möglicherweise gehänselt werden, bezahlt die Sozialversicherung eine Ohranlegeplastik. In Wien bezahlt die WGKK bis zum 14., die BVA bis zum 18. Lebensjahr. Eine Finanzierung von EarWell® sollte daher auch möglich sein, für mich wäre das auf jeden Fall sinnvoll. Es gilt klar festzulegen, an welcher Stelle künftig wer die Entscheidung betreffend einer möglichen Korrektur trifft und wie diese finanziert wird. ■

