

***Deutsche Gesellschaft für  
Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.***  
**(gegr. 1984)**  
***Konsensus-Papier***  
**Europäischer Konsensus zum Neugeborenen-Hörscreening**

Verabschiedet auf der European Consensus Development Conference on Neonatal Hearing Screening, 15.-16. Mai 1998 in Mailand.

1. Die bleibende kindliche Hörschädigung<sup>1</sup> stellt ein ernsthaftes Gesundheitsproblem dar, das wenigstens eines von Tausend Neugeborenen betrifft. Es ist davon auszugehen, daß Behandlung und Versorgung am wirksamsten sind, wenn sie in den ersten Lebensmonaten begonnen werden. Die Früherkennung durch Screening zum Zeitpunkt der Geburt oder unmittelbar danach bietet daher die Chance, Lebensqualität und Lebenschancen der Betroffenen zu verbessern.

2. Wirksame Behandlungs- und Versorgungsmethoden sind vorhanden.

3. Methoden zur Erkennung der bleibenden kindlichen Hörschädigung haben das Stadium der klinischen Routine erreicht. Sie sind effektiv, und es kann davon ausgegangen werden, daß mindestens 80% der Fälle erfaßt werden, 2-3% der normalhörenden Neugeborenen werden im Rahmen gut kontrollierter Screening-Programme falsch beurteilt.

4. Das Neugeborenen-Hörscreening ist effektiver und kostengünstiger als das üblicherweise im Alter von 7-9 Monaten durchgeführte verhaltensaudiometrische Screening.

5. Ein gezieltes Screening nur der 6-8% Kinder mit einem erhöhten Risiko<sup>2</sup> für eine bleibende kindliche Hörstörung ist kostengünstiger, kann jedoch nicht mehr als 40-50% der Fälle erfassen. Gezieltes Neugeborenen-Hörscreening zusammen mit verhaltensaudiometrischen Testverfahren im Alter von 7-9 Monaten ist kostenintensiver und ineffektiver als ein universelles Neugeborenen-Screening.

6. Das Neugeborenen-Hörscreening kann danach erworbene oder fortschreitende Hörschädigungen nicht erfassen. Weitergehende Überwachungsmethoden zur Erfassung dieser Fälle, die 10-20% der bleibenden kindlichen Hörschäden ausmachen, sind erforderlich.

7. Mit dem Neugeborenen-Hörscreening verbundene Risiken umfassen Verunsicherung durch falsch positive Befunde und eine mögliche Verzögerung des Diagnosezeitpunktes durch falsch negative Ergebnisse. Die Risiken sind jedoch hinsichtlich des zu erwartenden Nutzens vertretbar.

8. Das Neugeborenen-Hörscreening sollte der erste Teil eines umfassenden Behandlungs- und Versorgungsprogramms hörgeschädigter Kinder sein, das auch Möglichkeiten zur Diagnostik und Bewertung bietet.

9. Ein System zur Qualitätskontrolle stellt einen wesentlichen Teil des Neugeborenen-Hörscreening-Programmes dar. Die Qualitätskontrolle schließt die Ausbildung des Personals und die Überwachung der Ergebnisse ein. Ein Verantwortlicher für Qualitätskontrolle wird benannt.

## *DGPP-Konsensus-Papier: Neugeborenen-Hörscreening*

10. Obwohl die Gesundheitssysteme in Europa von Staat zu Staat hinsichtlich der Organisation und Finanzierung unterschiedlich sind, sollte die Einführung des Neugeborenen-Hörscreenings nicht verzögert werden. Dies wird den zukünftigen Europäern bessere Lebenschancen und eine höhere Lebensqualität im nächsten Jahrtausend eröffnen.

### Fußnoten

<sup>1</sup>Definiert als beidseitiger permanenter Hörverlust  $>40\text{dB}$  gemittelt über die Frequenzen 0,5,1,2 und 4 kHz.

<sup>2</sup>Beispiele sind die Neugeborenen von Intensivstationen und familiäre Schwerhörigkeit.

### Literatur

Welz-Müller: Neugeborenen-Hörscreening: Siebtest nach Hörstörungen bei Neugeborenen. HNO 8/1998: 704-707.

### Verantwortlich für den Inhalt

L. Lutman, UK; S.Arlinger, S; R. Dauman, F; F. Grandori, I; P. Jauhijainen, FIN; T. Lenarz, D; E. Offeciers, B; Vertreter der DGPP: M. Ptok, D