

Analysis of the current situation and potential for improvement of newborn hearing screening in Germany under consideration of different birth settings

Abstract

Research question and objective: The aim of this study was to analyse the processes and interdisciplinary cooperation in newborn hearing screening, particularly in inpatient, outpatient and out-of-hospital settings. The challenges and potential for improvement were identified.

Method: The study is based on qualitative expert interviews with professionals involved in screening from clinics, ENT practices, birth centres and tracking centres in order to record and evaluate the experiences and perceptions of the actors. The evaluation is carried out as part of a qualitative summarised content analysis according to Mayring (2022).

Results: The results of n=17 interviews show that the screening process is influenced by time constraints, staff shortages and coordination problems. Logistical challenges and inadequate interdisciplinary communication occur particularly in outpatient and non-clinical settings.

Conclusion: Optimised use of resources, regular training and better coordination between professionals could improve the efficiency and quality of screening and increase reliability in all birth settings.

Keywords: newborn hearing screening, needs analysis, care structures, birth settings

Romina Jasmin
Frenzel^{1,2}

Susan Arndt²

Stefan Dietsche¹

Oda von Rahden¹

1 Jade University of Applied Sciences Oldenburg, Technology and Health for People, Oldenburg, Germany

2 Albert-Ludwigs-University Freiburg, Faculty of Medicine, Freiburg, Germany

Introduction

Newborn hearing screening was introduced in 2009 as part of the standard care provided by the statutory health insurance funds [1]. The follow-up evaluation (2017/2018) shows a screening rate of 86.1%. There are considerable differences in the documented screening rates between the federal states, ranging from 29.5 to 99.7% (2018). Only 42.4% (2018) of all birthing centres achieved the required screening rate of over 95%. The nationwide refer rate is 6.0% (2018) [2]. Refer rate is the proportion of newborns that do not pass the initial OAE and/or AABR and are referred for repeated screening or diagnostic assessment. This differs from screening coverage (screening rate), which is the proportion of all live births who undergo a screening test. A higher refer rate at unchanged coverage may indicate suboptimal test conditions or protocol adherence, whereas low coverage reduces the absolute number of referrals despite an unchanged rate. Outpatient and out-of-hospital births pose a particular challenge due to the inconsistent procedures in the care process. An analysis of the processes therefore appears necessary.

Research questions

The aim of this thesis is to identify and analyse the processes involved in newborn hearing screening, taking into account the different birth settings (outpatient, inpatient, out-of-hospital). The focus is on the organisational framework conditions, the test procedures for initial and second testing after birth as well as the organisation of reporting and subsequent tracking in the event of a positive result. Particular attention is paid to the interdisciplinary cooperation of the actors involved, as it appears to have a noticeable influence on the screening process. Based on this objective, the following key research questions arise for the qualitative survey:

- Which organisational framework conditions and processes of newborn hearing screening can be identified in clinical, outpatient and non-clinical settings?
- To what extent is an interdisciplinary exchange realised between the actors involved in the screening process, and how does this vary depending on the birth setting?
- How can existing processes and the quality of screening be prospectively optimised in order to reduce the number of unscreened and undocumented children?

Method

As part of the research project, $n=18$ semi-structured qualitative expert interviews are being conducted from December 2024 until approximately April 2025. The sampling is based on the concept of theoretical saturation [3]. Recruitment was based on a systematically developed sampling matrix with the aim of achieving a heterogeneous sample from different obstetric care settings (inpatient, outpatient, out-of-hospital) in the federal state of Lower Saxony. The professionals involved in the process of newborn hearing screening will be recruited, including midwives in the clinical-inpatient setting in the delivery room, midwives working in out-of-hospital obstetrics, midwives with a focus on postpartum care, specialists with a focus on gynaecology, medical assistants, nurses, medical-technical staff, audiologists, ENT audiology assistants. The composition of the sample is illustrated in Table 1.

The data analysis is carried out as a summarising, inductive content analysis according to Mayring [4] using MAXQDA software. The results were analysed in parallel to the ongoing interview phase. Preliminary results are presented below with reference to the ongoing data collection phase.

Results

Results are based on the analysis of currently $n=17$ expert interviews. The content of the data is structured on the basis of a preliminary category system, which is developed iteratively and continuously reviewed in line with Mayring's summarising content analysis [4]. Although the category system is still in the development process, the interviews analysed so far already allow us to derive initial analytically robust statements. In particular, recurring patterns can be identified with regard to structural framework conditions, procedural challenges and interdisciplinary collaboration within the various screening contexts. The current category system forms the basis for the final category development and will be fully reflected upon, summarised and validated based on theory once the data collection has been completed. First results are presented according to the main and sub-categories developed.

Process flows and process quality

Significant differences between the various birth settings were identified when analysing the newborn hearing screening processes. In the inpatient setting, screening is predominantly carried out as a standardised process, but time restrictions and personnel resources influence the procedure. One interviewee reported: *'Screening is usually carried out directly on the first day after the birth, but we often have little time because the wards are full and we have many other tasks to complete'* (IP0125_01, Head of Audiology, clinic). This illustrates the challenges in the screening process, particularly with regard to time

pressure and staff shortages. The availability of parents plays a central role in the outpatient setting. Coordination with the parents and access to resources are crucial here, which led to more irregularities in the process compared to the clinical setting. In the out-of-hospital setting, especially for home births, coordination between birth centres (out-of-hospital facilities) and doctors poses a challenge. One interviewee explained:

'In a birth centre, screening is not carried out immediately after the birth. It depends more on when the parents find time for an appointment with the doctor and feel ready for it' (IP0425_17, midwife, non-clinical).

Spatial and infrastructural conditions lead to a delay in screening and increase uncertainty in the process. The newborn hearing screening processes in the various settings are characterised by temporal, organisational and logistical challenges. These findings underline the need for improved coordination, more flexible resource allocation and optimised scheduling in order to ensure the quality of screening in all birth settings.

Interdisciplinarity

The analysis of the interviews shows that in several cases there is insufficient cooperation and limited communication between the different actors, which potentially impairs the screening process. In the out-of-hospital setting, particularly in the case of home births and collaboration with midwives, it was often found that there is no regular communication between the midwives and medical professionals. A specialist from the phoniatrics and paediatric audiology department of a clinic reported:

'...Yes, so these are home births, midwives, I don't really have any contact. That a midwife would call me herself. So I haven't had that yet.' (IP0125_05, specialist, clinic)

This statement refers to the lack of structured communication between the midwives and the medical specialists, which makes it difficult to pass on relevant information, such as abnormalities during labour or the need for further examination. Problems in coordination between clinics and general practitioner (GP) practices were also identified in the clinical setting, where staff shortages and inadequate communication meant that important information about the status of the newborn was not passed on, which can lead to delays in screening (IP0225_09, specialist, clinic).

Problem areas and challenges

In the inpatient setting, time pressure and staff shortages lead to delays in the screening process, especially if other tasks interfere with the test being carried out. One interviewee reported:

'There are always problems when parents go home before the test is carried out and the screening has to be done later.' (IP0425_16, ENT audiology assistant, clinic)

Table 1: Sampling matrix of interviewees by birth setting, professional role and region type (preliminary)

Participant ID	Setting	Position	Region
0125_01	Univ. Hosp.	Prof. Clin. Audiol., Head Dept.	Urban
0125_02	Newborn Scr. Ctr	Audiol./Asst.	Urban
0125_03	Newborn Scr. Ctr	Audiol./HA Spec.	Urban
0125_04	Peds Audiol. Pract. (ENT)	Audiol., Func. Diag.	Urban
0125_05	Peds Audiol. Pract. (ENT)	Spec., Phoniatrics & Pedaudiol.	Urban
0125_06	Univ. Hosp.	Spec., Phoniatrics & Pedaudiol.	Urban
0225_07	Univ. Hosp., Hear. Ctr	Sr. Phys./Med. Dir.	Urban
0225_08	Univ. Hosp.	Chief Phys., Clinic	Urban
0225_09	Hosp.+Priv. Pract.	Sr. Phys., Phoniatrics & Pedaudiol.	Mid-sized
0225_10	Women's Hosp.	Staff Midwife (Hosp.)	Mid-sized
0325_11	Edu. & Aud. Couns. Ctr	Coord. Ctr & Diag.	Urban
0325_12	Home Birth	Freel. Midwife	Rural
0325_13	Edu. & Aud. Couns. Ctr	Audiol./HA Spec.	Urban
0325_14	Peds Pract.	Spec. (Peds)	Mid-sized
0425_15	Birth Ctr	Midwife (Freel.)	Rural
0425_16	Hosp.	ENT Audiol. Asst.	Mid-sized
0425_17	Midwif. Pract.	Midwife (Freel./Mix)	Mid-sized
0425_18	Clin.	Empl. Midwife	Mid-sized

Abbreviations: Univ.=University; Hosp.=Hospital; Scr.=Screening; Ctr=Center; Pract.=Practice; Peds=Pediatrics; Audiol.=Audiology; HA=Hearing Aid; Spec.=Specialist; Func.=Functional; Diag.=Diagnostics; Sr. Phys.=Senior Physician; Med. Dir.=Medical Director; Coord.=Coordinator; Freel.=Freelance; Empl.=Employed; Mix=Mixed model.

In the outpatient setting, the availability of appointments and coordination with parents are particularly crucial. Screening is often delayed due to late appointments or a lack of resources. In the out-of-hospital setting, particularly in the case of home births, spatial and infrastructural restrictions as well as coordination between birthing centres and specialists are problematic, which makes it more difficult to carry out the test. In addition, there are frequent communication gaps between the institutions involved, which leads to incomplete documentation and incorrect tracking of screening results. Technical problems with equipment and a lack of specialised staff and regular training also make it difficult to carry out the screening. These challenges highlight the need for better coordination, resource planning and more flexible organisation in order to increase the efficiency and quality of screening.

Potential for improvement

The needs analysis shows several areas for improvement in the areas of resource management, staff training, coordination and technical equipment. A lack of technology and staff shortages were identified as frequent problems that delay the screening process, particularly in out-of-hospital settings. A key improvement is the training of staff in order to improve communication with parents. A midwife from the out-of-hospital sector comments:

‘...Many parents don’t realise what is being done. I simply learnt from the parents’ reports and was able to pass this on. And further training, further education,

would certainly have been helpful’ (IP0325_12, midwife, non-clinical).

This statement emphasises the need for regular training to promote knowledge about the screening process and to educate parents. It also shows that better coordination between the professionals from the different birth settings, especially between midwives, doctors and audiological staff, could increase the efficiency of the screening.

Conclusion

The results of the needs analysis make it clear that the process of newborn hearing screening in the various birth settings is noticeably influenced by time restrictions, insufficient interdisciplinary cooperation and logistical and organisational challenges. These structural and process-related framework conditions have an impact on the quality and efficiency of screening and highlight the need for action. Improved coordination, flexible resource planning and optimised scheduling are essential to ensure and further develop the quality of care. In addition, targeted training measures for the specialist staff involved and more effective utilisation of resources offer relevant potential for process improvement. Consistent implementation of these measures can make an important contribution to sustainable quality assurance and to strengthening the reliability of care in newborn hearing screening.

Notes

Conference presentation

This contribution was presented at the 27th Annual Conference of the German Society of Audiology and published as an abstract [5].

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. Gemeinsamer Bundesausschuss. Neugeborenen-Hörscreening. Zusammenfassende Dokumentation zum Normsetzungsverfahren. 2008 [last accessed 2024 Nov 11]. Available from: <https://www.g-ba.de/downloads/40-268-759/2008-12-17-Abschluss-H%C3%B6rscreening.pdf>
2. Brockow I, Söhl K, Hanauer M, Heißenhuber A, Marzi C, Am Zehnhoff-Dinnesen A, Matulat P, Mansmann U, Nennstiel U. Neugeborenen-Hörscreening in Deutschland – Ergebnisse der Evaluationen 2011/2012 und 2017/2018 [Newborn hearing screening in Germany-results of the 2011/2012 and 2017/2018 evaluations]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2023 Nov;66(11):1259-67. DOI: 10.1007/s00103-023-03779-0
3. Corbin J, Strauss A. Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. 1st ed. Weinheim/Basel: Beltz; 1990.
4. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 13th ed. Weinheim/Basel: Beltz; 2022.
5. Frenzel RJ, Arndt S, Dietsche S, von Rahden O. Analyse der Ist-Situation und Verbesserungspotenziale des Neugeborenenhörscreenings in Deutschland unter Berücksichtigung verschiedener Geburtssettings. In: Deutsche Gesellschaft für Audiologie e. V.; ADANO, editors. 27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Audiologie und Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Audiologen, Neurootologen und Otologen. Göttingen, 19.-21.03.2025. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2025. Doc213. DOI: 10.3205/25dga213

Corresponding author:

Romina Jasmin Frenzel
Jade Hochschule Oldenburg, Abteilung Technik und
Gesundheit für Menschen, Ofener Straße 16/19, 26121
Oldenburg, Germany
romina.frenzel@jade-hs.de

Please cite as

Frenzel RJ, Arndt S, Dietsche S, von Rahden O. Analysis of the current situation and potential for improvement of newborn hearing screening in Germany under consideration of different birth settings. *GMS Z Audiol (Audiol Acoust)*. 2026;8:Doc06.
DOI: 10.3205/zaud000083, URN: urn:nbn:de:0183-zaud0000830

This article is freely available from

<https://doi.org/10.3205/zaud000083>

Published: 2026-02-23

Copyright

©2026 Frenzel et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Analyse der Ist-Situation und Verbesserungspotenziale des Neugeborenenhörscreenings in Deutschland unter Berücksichtigung verschiedener Geburtssettings

Zusammenfassung

Fragestellung und Zielsetzung: Ziel dieser Studie ist es, die Prozessabläufe und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Neugeborenenhörscreening zu untersuchen, insbesondere in den stationären, ambulanten und außerklinischen Settings. Es wurden Herausforderungen sowie Verbesserungspotenziale identifiziert.

Methode: Die Studie basiert auf qualitativen Expert*inneninterviews mit am Screening beteiligten Fachkräften aus Kliniken, HNO-Praxen, Geburtshäusern sowie Trackingzentralen, um die Erfahrungen und Wahrnehmungen der Akteur*innen zu erfassen und auszuwerten. Die Auswertung erfolgt im Rahmen einer qualitativen zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2022).

Ergebnisse: Die Ergebnisse von n=17 Interviews zeigen, dass der Ablauf des Screenings durch zeitliche Einschränkungen, personelle Engpässe und Koordinationsprobleme beeinflusst wird. Besonders im ambulanten und außerklinischen Setting treten logistische Herausforderungen und eine unzureichende interdisziplinäre Kommunikation auf.

Fazit: Eine optimierte Ressourcennutzung, regelmäßige Fortbildungen und eine bessere Koordination zwischen den Fachkräften könnten die Effizienz und Qualität des Screenings verbessern und die Zuverlässigkeit in allen Geburtssettings erhöhen.

Schlüsselwörter: Neugeborenenhörscreening, Bedarfsanalyse, Versorgungsstrukturen, Geburtssettings

Romina Jasmin
Frenzel^{1,2}

Susan Arndt²

Stefan Dietsche¹

Oda von Rahden¹

1 Jade Hochschule Oldenburg,
Technik und Gesundheit für
Menschen, Oldenburg,
Deutschland

2 Albert-Ludwigs-Universität
Freiburg, Medizinische
Fakultät, Freiburg,
Deutschland

Einleitung

Das Neugeborenenhörscreening wurde im Jahr 2009 in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen eingeführt [1]. Die Folgeevaluation (2017/2018) zeigt eine Screeningrate von 86,1%. Hierbei lassen sich erhebliche Unterschiede der dokumentierten Screeningraten zwischen den Bundesländern mit 29,5–99,7% (2018) erkennen. Nur 42,4% (2018) aller Geburtseinrichtungen erreichten die geforderte Screeningrate von über 95%. Die Refer-Rate liegt bundesweit bei 6,0% (2018) [2]. Die Refer-Rate ist der Anteil der gescreenten Neugeborenen, die das initiale OAE-/AABR-Screening nicht bestehen und zur Wiederholung oder weiterführenden Diagnostik überwiesen werden. Davon zu unterscheiden ist die Screeningrate (Coverage), die den Anteil aller Lebendgeborenen angibt, die überhaupt gescreent wurden. Eine erhöhte Refer-Rate bei unveränderter Coverage kann auf ungünstige Testbedingungen oder Abweichungen vom Protokoll hindeuten; eine geringe Coverage verringert die absolute Zahl der Überweisungen trotz unveränderter Rate. Ambulante und außerklinische Geburten stellen aufgrund der uneinheitlichen Vorgehensweisen im Versor-

gungsprozess eine besondere Herausforderung dar. Eine Analyse der Abläufe erscheint daher notwendig.

Fragestellung

Die Zielsetzung dieser Arbeit liegt in der Identifizierung und Analyse der Prozessabläufe des Neugeborenenhörscreenings unter Berücksichtigung der verschiedenen Geburtssettings ambulant, stationär und außerklinisch. Im Fokus stehen dabei die organisatorischen Rahmenbedingungen, die Abläufe des Testvorgangs bei Erst- und Zweittestung nach der Geburt sowie die Organisation der Meldung und das anschließende Tracking bei einem positiven Befund. Ein besonderes Augenmerk gilt der interdisziplinären Zusammenarbeit der beteiligten Akteur*innen. Es kann angenommen werden, dass diese Komponente den Ablauf des Screenings in relevanter Weise beeinflusst.

Auf Grundlage dieser Zielsetzung ergeben sich folgende zentrale Forschungsfragen für die qualitative Erhebung:

- Welche organisatorischen Rahmenbedingungen und Abläufe des Neugeborenenhörscreenings lassen sich im klinischen, ambulanten und außerklinischen Setting identifizieren?

- Inwieweit wird ein interdisziplinärer Austausch zwischen den beteiligten Akteur*innen im Ablauf des Screenings realisiert, und wie variiert dieser je nach Geburtssetting?
- Wie können die bestehenden Prozessabläufe und die Qualität des Screenings prospektiv optimiert werden, um die Zahl der nicht gescreeenten und nicht dokumentierten Kinder zu reduzieren?

Methode

Im Rahmen des Forschungsvorhabens werden $n=18$ semi-strukturierte qualitative Expert*inneninterviews ab Dezember 2024 bis voraussichtlich April 2025 durchgeführt. Das Sampling orientiert sich am Konzept der theoretischen Sättigung [3]. Die Rekrutierung orientiert sich an einer systematisch entwickelten Sampling-Matrix mit dem Ziel, eine heterogene Stichprobe aus den unterschiedlichen geburtshilflichen Versorgungssettings im Bundesland Niedersachsen zu realisieren. Rekrutiert wird das am Prozess des Neugeborenenhörscreening beteiligte Fachpersonal, unter anderem Hebammen im klinisch-stationären Setting im Kreißsaal, Hebammen, die in der außerklinischen Geburtshilfe tätig sind, Hebammen mit Tätigkeitsschwerpunkt der Wochenbett-Betreuung, Fachärzt*innen mit Schwerpunkt Gynäkologie, medizinische Fachangestellte, Pflegefachkräfte, medizinisch-technische Angestellte, Audiolog*innen, HNO-Audiologie-Assistent*innen. Die Zusammensetzung der Stichprobe ist in Tabelle 1 dargestellt.

Die Datenanalyse findet als zusammenfassende, induktive Inhaltsanalyse nach Mayring [4] unter Nutzung der Software MAXQDA statt. Die Ergebnisanalyse findet parallel zu der fortlaufenden Interviewphase statt. Vorläufige Ergebnisse werden nachfolgend dargestellt mit dem Hinweis auf die noch laufende Datenerhebungsphase.

Ergebnisse

Die vorliegenden Ergebnisse basieren auf der Analyse von derzeit $n=17$ durchgeführten Expert*inneninterviews. Die inhaltliche Strukturierung der Daten erfolgt auf Basis eines vorläufigen Kategoriensystems, das im Sinne der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring [4] iterativ entwickelt und kontinuierlich überprüft wird. Obwohl sich das Kategoriensystem noch im Entwicklungsprozess befindet, lassen sich auf Grundlage der bisher ausgewerteten Interviews bereits erste analytisch belastbare Aussagen ableiten. Insbesondere zeigen sich wiederkehrende inhaltliche Muster hinsichtlich struktureller Rahmenbedingungen, prozessualer Herausforderungen sowie der interdisziplinären Zusammenarbeit innerhalb der verschiedenen Screeningkontexte. Das aktuelle Kategoriensystem bildet die Grundlage für die abschließende Kategorienentwicklung und wird nach Abschluss der Datenerhebung vollständig reflektiert, verdichtet und theo-

riebasiert validiert. Erste Ergebnisse werden entsprechend der entwickelten Haupt- und Subkategorien dargestellt.

Prozessabläufe und Prozessqualität

Im Rahmen der Analyse der Prozessabläufe des Neugeborenenhörscreenings wurden erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Geburtssettings festgestellt. Im stationären Setting wird das Screening überwiegend als standardisierter Prozess durchgeführt, jedoch beeinflussen zeitliche Restriktionen und personelle Ressourcen den Ablauf. Eine Interviewpartnerin berichtet dazu:

„Das Screening wird meistens direkt am ersten Tag nach der Geburt durchgeführt, aber wir haben auch oft wenig Zeit, weil die Stationen voll sind und wir noch viele andere Aufgaben zu erledigen haben“ (IP0125_01, Leitung Audiologie, Klinik).

Dies verdeutlicht die Herausforderungen im Ablauf des Screenings, insbesondere in Bezug auf Zeitdruck und personelle Engpässe. Im ambulanten Setting nimmt die Absprache mit den Eltern eine zentrale Rolle ein. Hierbei ist die Koordination mit den Eltern und der Zugang zu Ressourcen entscheidend, was im Vergleich zum klinischen Setting zu mehr Unregelmäßigkeiten im Ablauf führte. Im außerklinischen Setting, insbesondere bei Hausgeburten, stellt die Koordination zwischen Geburtshäusern (außerklinische Einrichtungen) und Ärzt*innen eine Herausforderung dar. Eine Interviewpartnerin erklärt:

„In einem Geburtshaus erfolgt die Durchführung des Screenings nicht direkt nach der Geburt. Es hängt eher davon ab, wann die Eltern Zeit für einen Termin beim Arzt finden und sich bereit dafür fühlen“ (IP0425_17, Hebamme, außerklinisch).

Räumliche und infrastrukturelle Bedingungen führen zu einer Verzögerung des Screenings und erhöhen die Unsicherheit im Ablauf.

Interdisziplinarität

Die Analyse zeigt, dass es in mehreren Fällen zu einer unzureichenden Kooperation und eingeschränkten Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Akteur*innen kommt, was potenziell den Screeningprozess beeinträchtigt. Im außerklinischen Bereich, insbesondere bei Hausgeburten und der Zusammenarbeit mit Hebammen, wurde häufig festgestellt, dass keine regelmäßige Kommunikation zwischen den Hebammen und den medizinischen Fachkräften besteht. Ein Facharzt aus der Phoniatrie und Pädaudiologie einer Klinik berichtete hierzu:

„...Ja, also das sind so Hausgeburten, Hebammen, da habe ich eigentlich keinen Kontakt. Dass mich jetzt eine Hebamme selber mal anrufen würde. Also das hatte ich noch nicht.“ (IP0125_05, Facharzt, Klinik)

Diese Feststellung verweist auf das Fehlen einer strukturierten Kommunikation zwischen den Hebammen und den medizinischen Fachkräften, was die Übergabe relevanter Informationen, wie etwa Auffälligkeiten bei der Geburt oder der Notwendigkeit für eine weitere Untersu-

Tabelle 1: Stichprobenmatrix der Interviewpartner*innen nach Geburtssetting, Berufsrolle und Regionstyp (vorläufig)

Teiln.-ID	Setting (Einrichtung)	Funktion	Regionstyp
0125_01	Univ.-Klin.	Prof. Klin. Audiol., Abt.-Leitung	Urban
0125_02	Neugebor.-Scr.-Zentr.	Audiol./Assist.	Urban
0125_03	Neugebor.-Scr.-Zentr.	Audiol./HG-Spez.	Urban
0125_04	Päd.-Audiol.-Praxis (HNO)	Audiol., Funkt.-Diag.	Urban
0125_05	Päd.-Audiol.-Praxis (HNO)	FÄ, Phoniatrie & Pädaudiol.	Urban
0125_06	Univ.-Klin.	FÄ, Phoniatrie & Pädaudiol.	Urban
0225_07	Univ.-Klin., Hörzentr.	OÄ/Ärztl. Leitung	Urban
0225_08	Univ.-Klin.	CA, Klinik	Urban
0225_09	Klin.+ Priv.-Praxis	OÄ, Phoniatrie & Pädaudiol.	Mittelstadt
0225_10	Frauenklinik	Stationshebamme (Klin.)	Mittelstadt
0325_11	Schul. & Audiol.-BZ	Koord. Zentr. & Diagn.	Urban
0325_12	Hausgeburt	Freiber. Hebamme	Ländlich
0325_13	Schul. & Audiol.-BZ	Audiol./HG-Spez.	Urban
0325_14	Päd. Praxis	FÄ (Päd.)	Mittelstadt
0425_15	Geburtshaus	Hebamme (freiber.)	Ländlich
0425_16	Klin.	HNO-Audiol. Assist.	Mittelstadt
0425_17	Hebammenpraxis	Hebamme (freiber./Mix)	Mittelstadt
0425_18	Klin.	Angest. Hebamme	Mittelstadt

Abkürzungen: Univ.=Universität; Klin.=Klinik; Scr.=Screening; Zentr.=Zentrum; Päd.=Pädiatrie/pädiatrisch; Audiol.=Audiologie/audiologisch; HG=Hörgerät; FÄ=Fachärzt*in; OÄ=Oberärzt*in; CA=Chefärzt*in; Ärztl.=ärztlich; Abt.=Abteilung; Koord.=Koordination; Diagn.=Diagnostik; Funkt.=Funktions-; Freiber.=freiberuflich; Angest.=angestellt; Mix=Mischmodell; BZ=Beratungszentrum; HNO=Hals-Nasen-Ohren

chung, erschwert. Auch im klinischen Setting wurden Probleme in der Koordination zwischen Kliniken und niedergelassenen Praxen festgestellt, wobei durch Personalmangel und unzureichende Kommunikation wichtige Informationen über den Status des Neugeborenen nicht weitergegeben wurden, was zu Verzögerungen im Screening führen kann (IP0225_09, Facharzt, Klinik).

Problemfelder und Herausforderungen

Im stationären Setting führt der Zeitdruck und personelle Engpässe zu Verzögerungen im Screening-Prozess, insbesondere wenn andere Aufgaben die Durchführung des Tests behindern. Eine Interviewpartnerin berichtet hierzu:

„Es gibt immer wieder Probleme, wenn Eltern vor der Durchführung des Tests nach Hause gehen, und das Screening später nachgeholt werden muss.“ (IP0425_16, HNO-Audiologie-Assistentin, Klinik)

Im ambulanten Setting sind vor allem die Verfügbarkeit von Terminen und die Koordination mit den Eltern entscheidend. Oft verzögert sich das Screening aufgrund verspäteter Terminvereinbarungen oder fehlender Ressourcen. Im außerklinischen Setting, insbesondere bei Hausgeburten, sind räumliche und infrastrukturelle Einschränkungen sowie die Koordination zwischen Geburtshäusern und Fachärzten problematisch, was die Durchführung des Tests erschwert. Zusätzlich zeigen sich häufige Kommunikationslücken zwischen den beteiligten Institutionen, was zu unvollständiger Dokumentation und Fehlverfolgung von Screening-Ergebnissen führt. Techni-

sche Probleme mit Geräten sowie der Mangel an Fachpersonal und regelmäßiger Schulung erschweren ebenfalls die Durchführung des Screenings.

Verbesserungspotenziale

Die Bedarfsanalyse zeigt mehrere Verbesserungspotenziale in den Bereichen Ressourcenmanagement, Fortbildung des Personals, Koordination und technische Ausstattung. Besonders im außerklinischen Setting wurden Technikmangel und personelle Engpässe als häufige Probleme identifiziert, die den Screening-Prozess verzögern. Eine zentrale Verbesserung besteht in der Fortbildung des Personals, um die Kommunikation mit den Eltern zu verbessern. Eine Hebamme aus dem außerklinischen Bereich bemerkt:

„...Vielen Eltern ist nicht klar, was wird da gemacht. Also da habe ich einfach durch Berichte der Eltern gelernt und konnte das weitergeben. Und da wäre sicher eine Weiterbildung, Fortbildung, Schulung hilfreich gewesen“ (IP0325_12, Hebamme, außerklinisch).

Diese Aussage verdeutlicht den Bedarf an regelmäßigen Schulungen, um das Wissen über den Ablauf des Screenings und die Aufklärung der Eltern zu fördern. Zudem zeigt sich, dass eine bessere Koordination zwischen den Fachkräften aus den verschiedenen Geburtssettings, insbesondere zwischen Hebammen, Ärzt*innen und audiologischem Personal, die Effizienz des Screenings steigern könnte.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse verdeutlichen, dass der Ablauf des Neugeborenenhörscreenings in den verschiedenen Geburtssettings durch zeitliche Restriktionen, unzureichende interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie logistische und organisatorische Herausforderungen spürbar beeinflusst wird. Diese strukturellen und prozessbezogenen Rahmenbedingungen wirken sich auf die Qualität und Effizienz des Screenings aus und machen den Handlungsbedarf deutlich. Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität sind eine verbesserte Koordination, eine flexibel gestaltete Ressourcenplanung sowie eine optimierte Terminorganisation essenziell. Ergänzend zeigt sich, dass gezielte Fortbildungsmaßnahmen für das involvierte Fachpersonal und eine effektivere Ressourcennutzung relevante Potenziale zur Prozessverbesserung bieten. Eine konsequente Umsetzung dieser Maßnahmen kann einen wichtigen Beitrag zur nachhaltigen Qualitätssicherung und zur Stärkung der Versorgungssicherheit im Neugeborenenhörscreening leisten.

Anmerkungen

Konferenzpräsentation

Dieser Kurzbeitrag wurde bei der 27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Audiologie präsentiert und als Abstract veröffentlicht [5].

Interessenkonflikte

Die Autor*innen erklären, dass keine Interessenkonflikte in Zusammenhang mit diesem Artikel bestehen.

Literatur

1. Gemeinsamer Bundesausschuss. Neugeborenen-Hörscreening. Zusammenfassende Dokumentation zum Normsetzungsverfahren. 2008 [last accessed 2024 Nov 11]. Available from: <https://www.g-ba.de/downloads/40-268-759/2008-12-17-Abschluss-H%C3%B6rscreening.pdf>
2. Brockow I, Söhl K, Hanauer M, Heißenhuber A, Marzi C, Am Zehnhoff-Dinnesen A, Matulat P, Mansmann U, Nennstiel U. Neugeborenen-Hörscreening in Deutschland – Ergebnisse der Evaluationen 2011/2012 und 2017/2018 [Newborn hearing screening in Germany-results of the 2011/2012 and 2017/2018 evaluations]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2023 Nov;66(11):1259-67. DOI: 10.1007/s00103-023-03779-0
3. Corbin J, Strauss A. Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. 1st ed. Weinheim/Basel: Beltz; 1990.
4. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 13th ed. Weinheim/Basel: Beltz; 2022.
5. Frenzel RJ, Arndt S, Dietsche S, von Rahden O. Analyse der Ist-Situation und Verbesserungspotenziale des Neugeborenenhörscreenings in Deutschland unter Berücksichtigung verschiedener Geburtssettings. In: Deutsche Gesellschaft für Audiologie e. V.; ADANO, editors. 27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Audiologie und Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Audiologen, Neuroontologen und Otologen. Göttingen, 19.-21.03.2025. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2025. Doc213. DOI: 10.3205/25dga213

Korrespondenzadresse:

Romina Jasmin Frenzel
Jade Hochschule Oldenburg, Abteilung Technik und Gesundheit für Menschen, Ofener Straße 16/19, 26121 Oldenburg, Deutschland
romina.frenzel@jade-hs.de

Bitte zitieren als

Frenzel RJ, Arndt S, Dietsche S, von Rahden O. Analysis of the current situation and potential for improvement of newborn hearing screening in Germany under consideration of different birth settings. GMS Z Audiol (Audiol Acoust). 2026;8:Doc06.
DOI: 10.3205/zaud000083, URN: urn:nbn:de:0183-zaud0000830

Artikel online frei zugänglich unter

<https://doi.org/10.3205/zaud000083>

Veröffentlicht: 23.02.2026

Copyright

©2026 Frenzel et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.