

Teil I: Beeinträchtigungen des Hörens

1 Arten der Hörschädigung

Schallleitungsschwerhörigkeit

Definition

Eine Schallleitungsschwerhörigkeit liegt vor, wenn der Schall nur mit geringerer Intensität, also abgeschwächt und gedämpft, zum Innenohr vordringt. Die Schallübertragung (Schallaufnahme und -fortleitung) zwischen dem äußeren Ohr und dem Innenohr ist eingeschränkt. Das akustische Signal wird um 30 bis 70 dB abgeschwächt (Zorowka 2019, 40). Die Folge ist *leiseres Hören*.

Weitere Bezeichnungen

Mittelohrschwerhörigkeit, konduktive Schwerhörigkeit oder Transmissionsschwerhörigkeit

Ursachen kindlicher Schallleitungsschwerhörigkeiten

Schwerhörigkeiten dieser Art sind im schallzuleitenden Teil des Ohres lokalisiert, d. h., der Schall kann das Innenohr nicht ungehindert erreichen. Der Ort der Störung ist das äußere Ohr oder das Mittelohr, in einem Teil davon liegt eine pathologische Veränderung vor. Bei *angeborenen* Schallleitungsschwerhörigkeiten sind das vor allem Fehlbildungen der Ohranlage (Mikrotie, Gehörgangsatresie = äußerer Gehörgang verschlossen oder nicht angelegt oder Gehörgangstenose = Gehörgangsverengung) oder der Gehörknöchelchen; auch Schädelfehlbildungen können verursachend wir-

ken (Lippen-Kiefer-Gaumenspalten oder Kraniosynostosen = vorzeitige Verknöcherung einer oder mehrerer Schädelnähte). Sie kann aber auch *erworben* sein; bei Kindern meist als Folge einer Mittelohrentzündung oder von Infektionskrankheiten, die auf das Mittelohr übergegriffen haben.

Bei Kindern spielen auch die *vorübergehenden* Schallleitungsschwerhörigkeiten eine Rolle, beispielsweise verursacht durch einen Paukenerguss oder durch Belüftungsstörungen im Rahmen von Infekten (Erkältungen). Umfassen diese einen zeitlichen Umfang von mehr als drei Monate (berechnet auf die Jahresbilanz), können diese zu Einschränkungen in der sprachlichen und kognitiven Entwicklung führen. Daher sind auch diese pädagogisch relevant. Des Weiteren können vorübergehende Schwerhörigkeiten das schulische Lernen beeinträchtigen.

Die Anamnese dazu erfolgt bei Kindern über die Eltern bzw. Bezugspersonen. Pädagogisch gesehen geht es hier vor allem um die Sprachentwicklung, mögliche Verhaltensauffälligkeiten oder -veränderungen oder auch um das auditive Verhalten (Reaktionen auf akustische Reize) des Kindes.

Schallleitungshörverlust bei Erwachsenen

Im Erwachsenenalter kommt es zu einer Schallleitungsschwerhörigkeit durch Trommelfellverletzungen und – als häufigste Ursa-

che – durch Otosklerose. Bei ihr wird durch Knochenumbauprozesse die Schallübertragung erschwert, da die Beweglichkeit der Gehörknöchelkette eingeschränkt ist (in seltenen Fällen kann auch das Innenohr betroffen sein, was zu einer zusätzlichen ►Schallempfindungsschwerhörigkeit führt). Sie verläuft progredient und meist mit ►Tinnitus einhergehend. Ein besonderes Phänomen ist, dass diese Personen in lauter Umgebung besser hören als bei niedriger Lärmbelastung. Frauen sind häufiger als Männer betroffen. Eine Behandlung erfolgt chirurgisch oder mit Hörgerät.

Diagnose

Die Diagnose wird mittels Reintonaudiogramm gestellt, indem für beide Ohren sowohl die Luft- als auch die Knochenleitung bestimmt wird. Dabei zeigt die Knochenleitung normale Werte. Bei der Luftleitung zeigt sich ein Hörverlust (Luftleitungs-Knochenleitungsdifferenz), der weitgehend linear verläuft, d. h. alle Frequenzen sind in etwa gleich betroffen. Sie kann leicht- bis mittelgradig vorkommen.

Pädagogisch relevant sind medizinisch-chirurgisch nicht oder nicht im Kindesalter behebbare Schallleitungsschwerhörigkeiten. Zu letzteren gehören beispielsweise Gehörgangsatresien, die erst im Jugendalter operativ angegangen werden.

Auswirkungen

Die Folge einer Schallleitungsschwerhörigkeit ist, dass vor allem leise und tiefe Töne schlecht gehört werden. Das wirkt sich auch auf das Erkennen der Sprachlaute aus. Der Höreindruck ist also quantitativ beeinträchtigt. Tiefere Stimmen werden schlechter wahrgenommen. Die Fähigkeit, grundlegende Elemente

der Lautsprache zu erkennen, ist jedoch vorhanden.

Die Unbehaglichkeitsschwelle ist nicht erhöht. Ebenso tritt kein Recruitment (= Lautheitsausgleich) auf.

Die geringere Intensität der Höreindrücke führt dazu, dass unbetonte Redeteile (Endsilben, Partikel usw.) unzureichend verstanden werden mit der Folge, dass sie so, wie sie gehört, auch beim eigenen Sprechen verwendet werden. Die Konstanz der Wahrnehmung akustischer Zeichen bleibt erhalten, da keine Klangveränderungen vorliegen. Durch Verringerung der Distanz zwischen Sprecher (Pädagogen) und Hörer (Kind oder Jugendlichen) oder durch elektroakustische Verstärkung (Hörsysteme) ist ein »technischer« Ausgleich möglich. Eine lineare Intensitätsverstärkung bewirkt, dass das gesamte Sprachfeld in den Bereich des Hörens rückt. Die Artikulation der Schüler mit Schallleitungsschwerhörigkeit ist kaum betroffen. Ihr Sprechen ist unauffällig (Leonhardt 2018, 2019).

Pädagogische Erfordernisse

Im Unterrichtsalltag bedeutet eine Schallleitungsschwerhörigkeit jedoch auch bei technischer Versorgung (Hörgeräte) eine Beeinträchtigung. Die Schülerin oder der Schüler muss mehr Konzentration und Aufmerksamkeit aufbringen, um dem Unterricht zu folgen. Das trifft auch für die Spiel- und Lernsituation in der Kindertagesstätte zu.

Beim Besuch von Kindertagesstätten und der Schule ist eine hörgeschädigtenspezifische Begleitung zu gewährleisten. Liegt neben der Schallleitungsschwerhörigkeit eine weitere Behinderung vor, so ist mit nachteiligen Auswirkungen auf die Gesamtentwicklung des Kindes zu rechnen. Dem muss ggf. durch interdisziplinäre Teams Rechnung getragen werden.

Technische Versorgung

Von einer Schallleitungsschwerhörigkeit betroffene Kinder und Jugendliche werden mit

- konventionellen Hörsystemen
- Knochenleitungshörgeräten
- knochenverankerten Hörgeräten (Bone Anchored Hearing Aids, BAHA)

versorgt (Kompis 2016, 77).

Literatur

Kompis, M. (2016): Audiologie. 4. Aufl. Bern: Hogrefe.

Leonhardt, A. (2018): Zielgruppe. In: Leonhardt, A. (Hrsg.): Inklusion im Förderschwerpunkt Hören. Stuttgart: Kohlhammer, 16–30.

Leonhardt, A. (2019): Grundwissen Hörgeschädigtenpädagogik. 4. Aufl. München: Reinhardt.

Zorowka, P. G. (2019): Kindliche Hörstörungen, Pädiatrische Audiologie und Audiometrie. In: Götte, K./Nicolai, Th. (Hrsg.): Pädiatrische HNO-Heilkunde. 2. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer, 40–51.

Weiterführende Literatur

Ptok, M. (1997): Das schwerhörige Kind. In: Deutsches Ärzteblatt, 94 (28–29), 14. Juli 1997, A-1932-A-1937.

Annette Leonhardt

Schallempfindungsschwerhörigkeit

Definition

Bei einer Schallempfindungsschwerhörigkeit liegt eine Funktionsstörung des Innenohres oder (selten) im Hörnerv vor mit einer beidseitigen permanenten Hörminderung von mehr als 30 bis 40 dB. Sie beruht auf pathologischen Veränderungen des Cortischen Organs oder retrocochleär der nervalen Hörbahn. Daher werden zwei Formen unterschieden: die sensorische (auch cochleäre) und die neurale (auch retrocochleäre) Schwerhörigkeit (Leonhardt 2019).

Kompis beschreibt die Schallempfindungsschwerhörigkeit als eine Störung, bei der »die Umwandlung der akustischen (= mechanischen) Signale in neurale (= elektrische) Signale in der Cochlea oder deren Weiterleitung im Hörnerv und entlang der Hörbahn gestört ist« (Kompis 2016, 77).

Im Allgemeinen werden die hohen Frequenzen besonders schlecht gehört, d. h. der Hochtonbereich ist umfanglicher betroffen.

Häufig liegt ein Recruitment (= Lautheitsausgleich) vor (bei cochleärer Schwerhörigkeit). Oberhalb der Hörschwelle kommt es zu extremem Lautheitsempfinden mit vorzeitigem Erreichen der Unbehaglichkeitsschwelle. Bei retrocochleärer Schwerhörigkeit tritt dieses Phänomen nicht auf (a.a.O., 88).

Weitere Bezeichnungen

Innenohrschwerhörigkeit, sensorineurale Schwerhörigkeit

Ursachen kindlicher Schallempfindungsschwerhörigkeiten

Schallempfindungsschwerhörigkeiten können angeboren sein, sich im Kindesalter manifestieren oder im Jugend- und Erwachsenenalter eintreten.

Eine kindliche Schallempfindungsschwerhörigkeit kann pränatal (z. B. erblich bedingt, durch Fehlbildungen oder durch Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft), perinatal (z. B. Sauerstoffmangel während der Geburt, Frühgeburt, geringes Geburtsgewicht, Schädelverletzungen) oder postnatal (z. B. Meningitis, Encephalitis, ototoxische Medikamente, Infekte) entstehen. Im Erwachsenenalter kommen weitere Ursachen, wie chronische akustische Traumen (Arbeit unter extremen Lärmbedingungen), Morbus Meniere oder ► Altersschwerhörigkeit) hinzu.

Diagnose

Die Diagnose wird mittels Reintonaudiogramm gestellt, indem für beide Ohren sowohl die Luft- als auch die Knochenleitung bestimmt wird. Ihr Merkmal ist die im gleichen Maße angehobene Luftleitungs- und Knochenleitungskurve (zwischen beiden liegt keine Differenz).

Bei angeborener und frühkindlich erworbener Schwerhörigkeit kommen auch objektive Messverfahren zum Einsatz (► Phoniatrie/ Pädaudiologie). Von Geburt an vorliegende Schallempfindungsschwerhörigkeiten werden heute durch das ► Neugeborenen-Hörscreening erkannt.

Auswirkungen

Eine Schallempfindungsschwerhörigkeit bewirkt ein verändertes, verzerrtes Hören. Der Höreindruck erfährt eine quantitative und qualitative Veränderung. Die Folge einer Schallempfindungsschwerhörigkeit ist, dass viele leise Geräusche und Sprachanteile nicht gehört werden und Gehörtes zusätzlich verzerrt wahrgenommen wird. Das Sprachverständnis ist eingeschränkt, insbesondere dann, wenn Störlärm und Nebengeräusche hinzukommen.

Das Gehörte ist im Vergleich zum nicht beeinträchtigten Gehör stark verändert. Ohne technische Hörhilfen kann es – in Abhängigkeit vom Ausmaß – zum Nichtverstehen von Sprache kommen; bei Verwendung von Hörhilfen bleibt es ein verändertes, unvollständiges und verzerrtes Hören. Insbesondere hohe Töne werden nicht oder nur deformiert wahrgenommen (betroffen sind vor allem Frikative, z. B. Zischlaute). Wörter und Sätze werden (je nach Ausmaß der Schallempfindungsschwerhörigkeit nur eingeschränkt oder gar nicht verstanden. Die Auswirkungen können sich in einem eingeschränkten Wortschatz, Auffälligkeiten in der Grammatik, einer veränderten Sprechweise (Artikulation) sowie einer beeinträchtigten Sinnentnahme aus Gehörtem und Gelesenem (Texte) zeigen (Leonhardt 2019). Eine kindliche Schallempfindungsschwerhörigkeit kann weitreichende Folgen für das Erlernen kommunikativer Fertigkeiten haben.

Sie kann vom Umfang her leicht-, mittel- oder hochgradig sowie an Taubheit (Gehörlosigkeit) grenzend sein.

Pädagogische Erfordernisse

Entscheidend für die Entwicklung eines Kindes mit Schallempfindungsschwerhörigkeit ist die ► Früherkennung und Frühförderung, die unmittelbar nach der Diagnose beginnen muss. Gleichzeitig soll eine erste Versorgung mit Hörhilfen erfolgen, die gerade in der Anfangszeit immer wieder angepasst (»nachreguliert«) werden müssen (Meier 2012), um eine optimale Anpassung und ausreichend Höreindrücke zu ermöglichen. Eine frühzeitige Hör-Sprech-Sprachförderung trägt dazu bei, Defizite in der Kommunikationsentwicklung des Kindes zu vermeiden oder so gering wie möglich zu halten.

In vorschulischen und schulischen Lernsituationen ist aus pädagogischer Sicht vor allem das Sprachverstehen zu sichern. Dies wird verbessert, wenn Stör- und Nebengeräusche

sche vermieden oder so gering wie möglich gehalten werden.

Technische Versorgung/ Hörhilfen

Je nach Ausmaß der Schallempfindungsschwerhörigkeit werden bei Kindern normalerweise HdO(Hinter dem Ohr)-Geräte (► Nicht implantierbare Hörsysteme) angepasst. Bei Vorliegen einer hochgradigen, an Taubheit grenzenden Schallempfindungsschwerhörigkeit erfolgt eine Versorgung mit Cochlea Implantaten (► Implantierbare Hörsysteme). In der Kindertagesstätte und im Unterricht der Schule sollten ergänzend Übertragungsanlagen genutzt werden.

Bei Erwachsenen kommen auch IdO(In dem Ohr)-Geräte (► Nicht implantierbare Hörsysteme) und in jüngster Zeit implantierbare Hörgeräte zum Einsatz; sie werden als teil- und vollimplantierbare Systeme angeboten (Schöber/Brill 2017).

Literatur

- Kompis, M. (2016): Audiologie. 4. Aufl. Bern: Hogrefe.
 Leonhardt, A. (2019): Grundwissen Hörgeschädigtenpädagogik. 4. Aufl. München: Reinhardt.
 Meier, S. (2012): Frühe Hörgeräteversorgung. In: Leonhardt, A. (Hrsg.): Frühes Hören. München: Reinhardt, 113-125.
 Schöber, H./Brill, St. (2017): Technische Hörhilfen als Möglichkeit der Rehabilitation von Menschen mit Hörschädigung. In: Leonhardt, A./Ludwig, K. (Hrsg.): 200 Jahre Gehörlosen- und Schwerhörigen(au)sbildung in Bayern – Vom Jahreskurs zum interdisziplinären Studium an der Universität. Heidelberg: Median, 153-164.

Weiterführende Literatur

- Ptok, M. (1997): Das schwerhörige Kind. In: Deutsches Ärzteblatt, 94(28-29), 14. Juli 1997, A-1932-A-1937.

Annette Leonhardt

Kombinierte Schwerhörigkeit

Definition

Bei einer kombinierten Schwerhörigkeit besteht neben einer Schallleitungsstörung gleichzeitig eine Funktionsstörung im Innenohr. Es liegen also sowohl eine Störung im Außen- oder im Mittel- als auch Innenohr vor.

Weitere Bezeichnungen

Kombinierte Schallleitungs-Schallempfindungsschwerhörigkeit, kombinierte Mittelohr-Innenohrschwerhörigkeit, (selten) auch gemischte Schwerhörigkeit

Ursachen

Es treffen die gleichen Ursachen wie bei einer ► Schallempfindungsschwerhörigkeit zu. Hinzu kommen den schallleitenden Teil betreffenden Ursachen (► Schallleitungs-schwerhörigkeit).

Diagnose

Die Diagnose wird mittels Reintonaudiogramm gestellt, indem für beide Ohren sowohl die Luft- als auch die Knochenleitung bestimmt wird. Dabei zeigen sowohl die Knochenleitung als auch die Luftleitung angehobene Werte; aber zwischen beiden liegt

eine Differenz. Die Luftleitung ist deutlich stärker erhöht.

Bei angeborener und frühkindlich erworbener Schwerhörigkeit kommen auch objektive Messverfahren zum Einsatz. Von Geburt an vorliegende kombinierte Schallleitungsschallempfindungsschwerhörigkeiten werden heute durch das ►Neugeborenen-Hörscreening erkannt.

Auswirkungen

Die ►Schallempfindungsschwerhörigkeit ist die dominierende Störung. Daher sind die Auswirkungen einer kombinierten Schwerhörigkeit mit dieser vergleichbar.

Sie kann vom Umfang leicht-, mittel- oder hochgradig sowie an Taubheit (Gehörlosigkeit) grenzend sein.

Pädagogische Erfordernisse

siehe ►Schallempfindungsschwerhörigkeit

Gehörlosigkeit/Taubheit

Definition

Gehörlosigkeit ist keine gesonderte Hörschädigung, sondern beruht auf einer hochgradigen bzw. extremen Innenohrschwerhörigkeit. Man spricht in dem Zusammenhang von praktischer Taubheit oder Gehörlosigkeit. Sie tritt prälingual (angeboren oder vor Abschluss des 2. Lebensjahres) bei beidseitigem hochgradigem bis totalem Hörverlust auf. Auch bei Eintreten einer perilingualen beidseitigen Taubheit (etwa bis zum 3./4. Lebensjahr) wird von Gehörlosigkeit gesprochen (Leonhardt 2019; Arnold/Ganzer 2011); später eintretend dann von ►Ertaubung.

Technische Versorgung/Hörhilfen

Da sich eine kombinierte Schwerhörigkeit aus einer Schallleitungsschwerhörigkeit und einer Innenohrschwerhörigkeit zusammensetzt, kann die Schallleitungsschwerhörigkeit mitunter operativ behoben werden. Die (verbleibende) Innenohrschwerhörigkeit (= Schallempfindungsschwerhörigkeit) wird dann mit Hörsystemen versorgt.

siehe ►Schallempfindungsschwerhörigkeit

Weiterführende Literatur

- Kompis, M. (2016): Audiologie. 4. Aufl. Bern: Hogrefe.
Leonhardt, A. (2019): Grundwissen Hörgeschädigtenpädagogik. 4. Aufl. München: Reinhardt.

Annette Leonhardt

Eine absolute Taubheit, bei der keinerlei Hörreste vorhanden sind, ist sehr selten und tritt eigentlich nur dann auf, wenn der Hörnerv oder das primäre Hörzentrum zerstört ist. Ungefähr 98 % der Menschen, die als »gehörlos« bezeichnet werden, verfügen über Hörreste (Pöhle 1994, 12). Diese sind jedoch zu gering, um mit Hörsystemen (= Hörgeräten) einen imitativ-auditiven Lautspracherwerb zu vollziehen.

Neben der hier vorgestellten audiologischen Definition existiert ein eher soziologischer Begriff von Gehörlosigkeit/Taubheit. Dieser stellt nicht das Hörvermögen in den

Vordergrund, sondern die Zugehörigkeit zur Gehörlosengemeinschaft (► Gebärdensprachkultur).

Weitere Bezeichnungen

Taubheit, Surditas

Ursachen von Gehörlosigkeit

Eine Gehörlosigkeit kann pränatal (erblich bedingt, durch Fehlbildungen oder durch Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft), perinatal (z. B. Sauerstoffmangel während der Geburt, Frühgeburt, geringes Geburtsgewicht, Schädelverletzungen) oder postnatal entstehen (hier spielen vor allem die sehr frühe Erkrankung an Meningitis und Encephalitis eine Rolle). Da eine postnatale, aber perilinguale Entstehung einer Gehörlosigkeit mit einer Krankheit einhergeht, wird diese meist sofort erkannt; ansonsten greifen hier die Früherkennungsuntersuchungen (sog. U-Untersuchungen).

Die möglichen Ursachen decken sich mit denen einer ► Schallempfindungsschwerhörigkeit und der ► kombinierten Schwerhörigkeit, da, wie erwähnt, es sich bei der Gehörlosigkeit nicht um eine eigenständige (gesonderte) Hörschädigung handelt.

Diagnose

Bei der Diagnose von Gehörlosigkeit spielt heute das ► Neugeborenen-Hörscreening (NSH) eine maßgebliche Rolle. Die Kinder, die beim NHS auffällig werden, müssen dann einer genauen Diagnose (mittels objektiver Hörprüfverfahren) zugeführt werden. Unmittelbar danach beginnen die Frühförderung (zunächst in Form von Elternberatung) und eine erste Hörgeräteversorgung, die ggf. die Zeit bis zur CI-Versorgung »überbrückt«, um Höreindrücke zu ermöglichen. Eine nachge-

burtliche, aber prälinguale Gehörlosigkeit wird ebenfalls mittels objektiver Hörprüfverfahren diagnostiziert.

Auswirkungen

Bei Vorliegen eines so hochgradigen Hörverlustes, dass man von Gehörlosigkeit spricht, zeigt das Kind keine Reaktionen auf akustische Reize. Hörprothetisch unversorgte Gehörlosigkeit führt dazu, dass die ► sensible Phase des Hörenlernens nicht genutzt werden kann, da das Erlernen des Hörens die Voraussetzung für das Erlernen der Lautsprache auf imitativ-auditivem Weg ist.

Zur Auffassung gesprochener Sprache bedienen sie sich (wie auch die Schwerhörigen) des Absehens. Untereinander kommunizieren sie in der Gebärdensprache. Diese nutzen sie auch in sozialen Situationen mit Hörenden unter Einbezug eines Gebärdensprachdolmetschers.

Pädagogische Erfordernisse

Entscheidend für die Entwicklung eines gehörlosen Kindes ist die Frühförderung, die unmittelbar nach der Diagnose beginnen muss. Die ► Früherkennung und Frühförderung muss an den Bedarfen der Familie orientiert sein, berücksichtigen, ob die Eltern hörend oder gehörlos bzw. hörgeschädigt sind und deren Wünsche und Vorstellungen respektieren.

Bei frühzeitiger von den Eltern gewünschter CI-Versorgung ist – bei gleichzeitiger entsprechender hörgeschädigtenpädagogischer Unterstützung – heute ein Lautspracherwerb auf imitativ-auditivem Weg möglich. Der Hör- und Spracherwerbsprozess kann bei optimaler Förderung und guter Unterstützung durch das Elternhaus der Norm angenähert verlaufen. Sie bleiben aber hörgeschädigt und bedürfen der besonderen Unterstützung und Hilfe.

Neben der mit Hilfe von Cochlea Implantaten durchgeführten lautsprachlichen Förde-

rung gibt es gebärdensprachliche Angebote der Förderung. Die Gebärdensprache ermöglicht den nicht mit CI versorgten Kindern die Kommunikation. Eine Kommunikation mit Gebärdensprache wird aber auch von mit CI versorgten Kindern verwandt, insbesondere dann, wenn sie Kinder hörgeschädigter Eltern sind. Gebärdensprachlich kommunizierende Eltern verwenden in der Kommunikation mit ihren Kindern die Gebärdensprache und dienen ihren Kindern als Sprach- und Kommunikationsvorbild.

Technische Versorgung

Bei Hörschäden von beschriebenem Ausmaß reichen gängige Hörsysteme nicht aus. Die Verwendung von Cochlea Implantaten hat sich bei angeborener oder perilingual erworbener Gehörlosigkeit etabliert (sofern die Eltern das für ihr Kind wünschen). Als Zeitpunkt der Versorgung hat sich gegenwärtig ein Implantationsalter »um das 1. Lebensjahr«

durchgesetzt (möglich ist eine CI-Versorgung ab etwa 6. Lebensmonat).

In vorschulischen und schulischen Lernsituationen kann die zusätzliche Verwendung von Übertragungsanlagen hilfreich sein.

Literatur

- Arnold, W./Ganzer, U. (2011): Checkliste. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. 5. Aufl. Stuttgart/New York: Thieme.
- Leonhardt, A. (2019): Grundwissen Hörgeschädigtenpädagogik. 4. Aufl. München: Reinhardt.
- Pöhle, K.-H. (1994): Grundlagen der Pädagogik Hörbehinderter. Potsdamer Studentexte – Sonderpädagogik.

Weiterführende Literatur

- Leonhardt, A. (2018): Zielgruppe. In: Leonhardt, A. (Hrsg.): Inklusion im Förderschwerpunkt Hören. Stuttgart: Kohlhammer, 16-30.

Annette Leonhardt

Ertaubung

Definition

Eine Ertaubung liegt vor, wenn es bei einem Kind, Jugendlichen oder Erwachsenen postlingual, also nach Abschluss des natürlichen Spracherwerbs (als untere Grenze wird hier ca. das 3./4. Lebensjahr gesehen) zu einer totalen oder praktischen Taubheit kommt. Nach Eintreten der Taubheit können die Betroffenen Lautsprache und andere Schallereignisse nicht mehr auditiv wahrnehmen. Im Unterschied zur ►Gehörlosigkeit (die angeboren oder prä- oder perilingual eingetreten ist) haben sie die Lautsprache auf natürlichem Weg imitativ-auditiv erlernt (Leonhardt 2019, 86).

Weitere Bezeichnungen

Weitere Bezeichnungen sind nicht gängig. Allerdings unterscheidet man mitunter zwischen Ertaubung und Spätertaubung. Mit »Spätertaubungen« werden Ertaubungen bezeichnet, die nach dem 18. Lebensjahr bzw. nach Abschluss einer ersten (abgeschlossenen) Berufsausbildung eingetreten sind.

Ursachen

Eine Ertaubung kann die Folge eines progredienten Verlaufes einer Schwerhörigkeit sein, häufig tritt sie auch als Folge von Erkrankung-