

Hörstörungen bei Kindern

Informationen für Eltern und Angehörige



Hörstörungen bei Kindern

Informationen für Eltern und Angehörige

Hören ist einer unserer wichtigsten Sinne. Wer gut hört, kann die Lautsprache verstehen und sprechen, kann sich durch Geräusche orientieren, den Klang einer vertrauten Stimme wahrnehmen, Musik genießen und vieles mehr. Zudem ist ein gesundes Hörvermögen eine grundlegende Voraussetzung für eine ungestörte Sprachentwicklung. Folglich wirft die Diagnose einer kindlichen Hörstörung bei Eltern viele Fragen und Sorgen auf.

Hören: wichtiger Sinn für Wahrnehmungs- und Kommunikationsbereiche

Sie finden hier Informationen über:

- die normale Hörentwicklung
- mögliche Störungen
- Diagnostik und Therapie

I Entwicklung des Hörens und der Sprache

Die Hörfähigkeit des Kindes entwickelt sich bereits im Mutterleib. Bereits in der 6. Schwangerschaftswoche (SSW) ist das Hörorgan angelegt. Ausgereift und funktionstüchtig ist es dann in der 20. SSW. Damit ist das Ohr das erste Sinnesorgan, das beim menschlichen Embryo ausgebildet wird. Ab der 22. SSW zeigen sich beim Ungeborenen erste Reaktionen auf akustische Reize durch Bewegungen oder eine veränderte Herzfrequenz. Die Schallreize werden dabei durch die Bauchdecke, die Gebärmutter und das Fruchtwasser und über die Knochenleitung wahrgenommen. Ab der 28. SSW kann das Hörvermögen beim gesunden Kind als sicher vorausgesetzt werden.

Beginn der Hörentwicklung im Mutterleib

Ein Neugeborenes kann somit auf viele Wochen Hörerfahrung zurückgreifen. Bereits wenige Tage nach der Geburt ist der Säugling in der Lage, die Stimme der Mutter sicher von anderen Stimmen zu unterscheiden. Zudem sind guthörende Neugeborene in der Lage, menschliche Stimmen aus anderen Geräuschquellen herauszuhören und bestimmte Sprachlaute der Muttersprache von anderen Sprachen zu unterscheiden. Ab dem 3. Lebensmonat sucht das Baby mit den Augen nach einer Schallquelle, wie z.B. der Stimme seiner Mutter oder dem Klang einer Rassel.

Das Hörvermögen des Neugeborenen

Die Fähigkeit, die Richtung einer Schallquelle zu lokalisieren, wird ab dem 4. Lebensmonat erworben. Dann dreht das Kind seinen Kopf der Schallquelle direkt zu. Etwa im Alter von 6 Monaten richtet sich das Gehör des Kindes auf die besondere Melodie der Muttersprache. Ab dem 7. Lebensmonat differenziert sich die Hörfähigkeit immer weiter aus. Das Kind kann leise Geräusche wie das Tropfen eines Wasserhahns wahrnehmen, reagiert deutlich auf Zurufe und entwickelt ein erstes auditives Verständnis für bekannte Wörter.

Hörentwicklung im
ersten Lebensjahr

2 Sensible Phasen für das Hörenlernen und den Spracherwerb

Die Entwicklungsphase, in der die Bereitschaft des Organismus für den Erwerb und Ausbau einer bestimmten Fähigkeit am größten ist, wird auch als „sensible Phase“ bezeichnet. Als sensible Phase für das Hörenlernen werden die ersten drei Lebensjahre angesehen. In dieser Phase werden die besonders für die Hörentwicklung und den Spracherwerb zuständigen Gehirnregionen und neuronalen Verknüpfungen ausgebildet. Wird eine Hörstörung innerhalb dieser kritischen Zeit nicht erkannt und versorgt, so besteht die Gefahr der akustischen Deprivation (fehlender Aufbau der für das Hören nötigen Hirnstrukturen), die langfristig Einfluss auf die weitere Hör- und Sprachentwicklung nehmen kann. Es wird angenommen, dass der Höhepunkt der sensiblen Phase für den Spracherwerb in den ersten fünf Lebensjahren liegt und noch bis zu einem Alter von ca. 7 Jahren andauern und stark ausgeprägt sein kann. Während sich der Wortschatz ein Leben lang erweitert, werden innerhalb der ersten Lebensjahre die Grundlagen für den Erwerb eines Sprachsystems und die Grammatikentwicklung gelegt. Besonders in den ersten Lebensjahren können die grammatikalischen Regeln der Sprache beiläufig und ohne große Anstrengung erworben werden. Mit zunehmendem Alter nimmt dann die Leichtigkeit, eine neue Sprache zu erlernen und in ihren Regeln zu erfassen, ab.

Zu spät erkannte
Hörstörungen hemmen
die Hör- und Sprach-
entwicklung

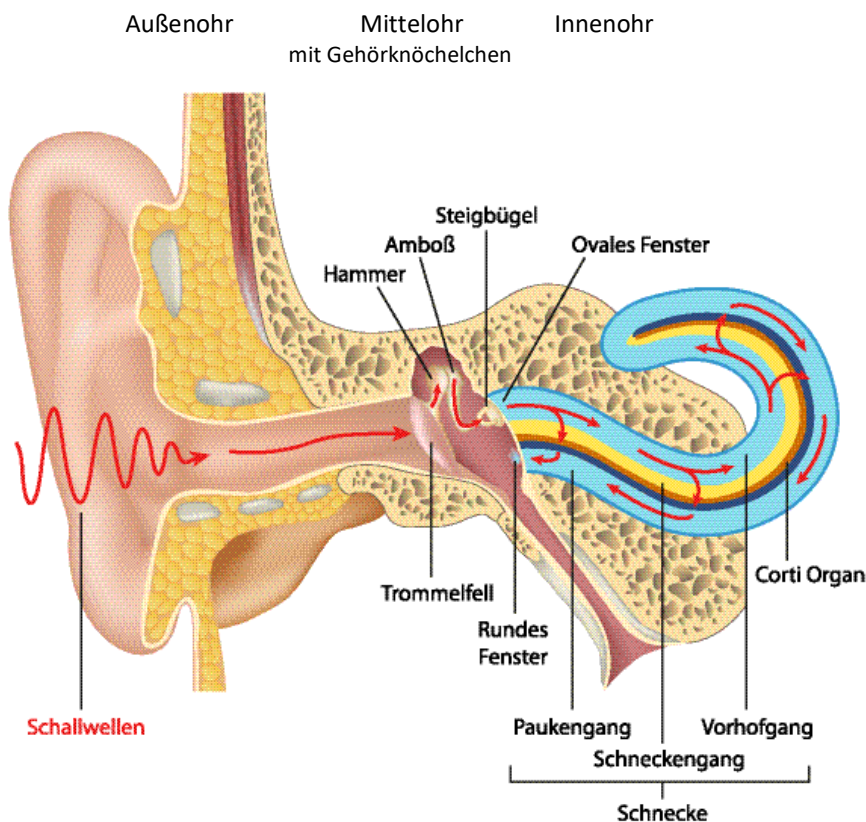
Die sensiblen Phasen spielen bei Kindern mit einer Hörschädigung eine besondere Rolle, wenn es um die Frage nach dem Zeitpunkt der Versorgung mit Hörsystemen geht. Da das optimale Zeitfenster für sprachliches Lernen in den ersten Lebensjahren liegt, ist eine möglichst frühzeitige Versorgung mit Hörsystemen anzustreben. Werden kindliche Hörstörungen hingegen erst spät erkannt oder nicht ausreichend mit Hörsystemen versorgt, treten Einschränkungen im Spracherwerb und in der Kommunikationsentwicklung auf.

Früherkennung und
Frühtherapie können
Folgeprobleme
verhindern

3 Arten von Schwerhörigkeiten

Je nachdem, in welchem Bereich des Ohres eine Funktionsstörung vorliegt, wird zwischen Schalleitungsschwerhörigkeit (Mittelohr), Schallempfindungsschwerhörigkeit (Innenohr) und kombinierten Formen (Mittel- und Innenohr) unterschieden. Ist die zentrale Hörbahn betroffen (Weiterleitung und Verarbeitung der Schallreize im Gehirn), spricht man von einer zentralen Hörstörung. Die zentralen Hörstörungen sind von der Auditiven Verarbeitungsstörung im Sinne einer gestörten Weiterleitung und Verarbeitung auditiver Informationen abzugrenzen.

Verschiedene Formen von Hörstörungen



Aufbau des Ohrs und Schall-Leitung

Die **Schalleitungsstörung** ist die am häufigsten auftretende Hörstörungsform im Kindesalter. Sie tritt auf, wenn die Schallübertragung vom Mittel- zum Innenohr gestört ist. Das kann z. B. der Fall sein, wenn die Gehörknöchelchen wegen einer Sekretansammlung bei einem Infekt oder durch Fehlbildungen nicht frei schwingen können. In den meisten Fällen ist diese Form der Hörstörung nur von vorübergehender Dauer und kann durch eine medikamentöse Behandlung oder einen operativen Eingriff behoben werden. Halten die Symptome an, so kann ein Hörgerät helfen. Auch ein Mittelohr- oder ein Knochenleitungsimplantat kann den Hörverlust ausgleichen.

Schalleitungsstörung

Die **Schallempfindungsschwerhörigkeit** beruht auf einer Schädigung oder Funktionsschwäche im Innenohr. Diese Form der Schwerhörigkeit ist bei jungen Kindern meist erblich bedingt oder angeboren. Bei älteren Kindern führen z.B. hörschädigende Medikamente, Infektionskrankheiten wie Mumps und Masern oder eine Hirnhautentzündung zu einer Schädigung des Innenohrs.

Schallempfindungsstörung

Manchmal tritt die Schallempfindungsschwerhörigkeit auch nur im Hochtonbereich auf. Diese Ausprägung wird dann als "partieller Hörverlust" bezeichnet. Die Innenohrschwerhörigkeit kann apparativ mit Hörsystemen versorgt werden.

Bei **kombinierten Schwerhörigkeiten** liegen sowohl eine Schalleitungs- als auch eine Schallempfindungskomponente vor.

Kombinierte
und zentrale
Schwerhörigkeiten

Zentrale Schwerhörigkeiten sind meist bedingt durch Reifestörungen oder Läsionen im Bereich der Hörbahn. Entzündungen, Gefäßerkrankungen, Schädel-Hirn-Verletzungen, neurologische Erkrankungen oder Sauerstoffmangel unter der Geburt können zu zentralen kindlichen Hörstörungen führen.

4 Schweregrade von Hörstörungen

Der Grad der Hörschädigung wird in Dezibel (dB) angegeben und bezeichnet die Abweichung gegenüber dem gesunden Hörvermögen. Man unterscheidet fünf Schweregrade von Hörverlusten:

Schwerhörigkeitsgrad	Schweregrad	Auswirkungen
Keine Hörstörung	< 25 dB	geringe Beeinträchtigungen
Geringgradige Hörstörung	26-40 dB	Schwierigkeiten beim Hören und Verstehen leiser Sprache, beim Sprachverstehen aus größerer Entfernung und beim Sprachverstehen im Störgeräusch, bereits hochrelevant für den Spracherwerb
Mittelgradige Hörstörung	41-60 dB	Schwierigkeiten beim Verstehen alltäglicher Sprache aus geringen Distanzen
Hochgradige Hörstörung	61-80 dB	Verstehen von lauter Sprache oder Geräuschen in der unmittelbaren Umgebung, Kommunikation stark eingeschränkt, ab 70 dB Hörverlust kein Spracherwerb ohne apparative Versorgung
an Taubheit grenzende Hörstörung/Hörrestigkeit	> 81 dB	Kein Sprachverstehen, lediglich Wahrnehmen von akustischen Vibrationen

WHO-Einteilung der
Hörminderungen nach
Schweregraden

5 Ursachen

Die meisten kindlichen Hörstörungen sind genetisch bedingt oder treten infolge von Infektionen oder Erkrankungen auf, die vor, während oder nach der Geburt erfolgen (z. B. Zytomegalievirusinfektion, Meningitis, Rötelinfection). Diese Schädigungen führen meist zu dauerhaften Hörstörungen.

Zu vorübergehenden Hörstörungen kann es z. B. durch häufige Mittelohrentzündungen kommen. Auch diese können die Sprachentwicklung beeinträchtigen, wenn sie oft und langandauernd auftreten.

Ursachen von Hörstörungen

6 Diagnostik

Eine Hörstörung wird meist zuerst von den Eltern vermutet. Oft bemerken die Eltern, dass das Kind kaum oder gar nicht auf akustische Reize wie Klingeln, plötzliche Geräusche oder Stimmen außerhalb des Blickfeldes reagiert. Spätestens wenn die Eltern Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung bemerken oder ein zunehmend frustriertes Verhalten des Kindes in der Kommunikation mit anderen Gesprächspartnern, sollten sie einen Facharzt/eine Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie aufsuchen. Bei einem Verdacht auf Schwerhörigkeit wird dort eine umfangreiche pädaudiologische Diagnostik durchgeführt. Unterschiedliche Testverfahren dienen dazu, das Hörvermögen zu messen, den Schweregrad und die Ursache einer Hörstörung festzustellen und die bestmögliche Therapie einzuleiten. Auch wenn das Neugeborenen-Hörscreening unauffällig war, kann eine Hörstörung im späteren Verlauf der kindlichen Entwicklung auftreten.

Frühe Hinweise auf Hörstörungen

Ärztliche Diagnostik

7 Ärztliche Therapie

Bei einem Hörverlust von mehr als 30 Dezibel (dB) kann der Arzt eine apparative Therapie verordnen. Das heißt, das Kind erhält nach der Diagnosestellung Hörgeräte, was ab dem Alter von drei Monaten möglich ist. In Abhängigkeit von der jeweiligen Diagnose kann gegebenenfalls auch eine medikamentöse oder operative Therapie eingeleitet werden.

Je nach Ort und Schwere der Hörstörung kommen unterschiedliche Therapieformen in Frage

Bei Vorliegen einer hochgradigen Schalleitungs- oder Schallempfindungsschwerhörigkeit, die nicht mehr durch ein modernes Hörgerät ausgeglichen werden kann, besteht die Möglichkeit, ein Mittelohr- oder Knochenleitungsimplantat zu verordnen. Beträgt der Hörverlust 80 dB und mehr, wird oft zur Cochlea-Implantation (CI) geraten, um die Hör-Sprachentwicklung des Kindes nicht zu gefährden. In Abhängigkeit von anderen Faktoren (z. B. drohende Verkalkung der Hörschnecke) kann die Notwendigkeit für ein Cochlea-Implantat auch bei niedrigeren Hörverlusten gegeben sein.

Hörgeräte oder Cochlea Implantat



Äußere Bestandteile eines Cochlea Implantats mit magnetischer Spule als Verbindung zum inneren CI-Bestandteil

8 Auswirkungen von Hörstörungen

Je nach Schweregrad und individuellen Faktoren wie Intelligenz, Begabung und Fördermaßnahmen kann die Hörschädigung schwerwiegende Folgen für das Verstehen von Sprache und das eigene Sprechenlernen haben. Die Auswirkungen einer Hörschädigung sind vielfältig und betreffen unterschiedliche Teilbereiche der Sprache:

Je nachdem, welche Frequenzen durch die Hörschädigung betroffen sind und nicht korrekt gehört werden, ist die Wahrnehmung der eigenen Stimme und Aussprache eingeschränkt. Dies zeigt sich durch Störungen der Lautbildung, Auslassungen oder Verwechslungen von Lauten. Gerade im Bereich der ähnlich klingenden Laute finden sich häufig Ersetzungen, so z.B. [p-b], [t-d], [k-g].

Aussprachestörungen

Zudem treten häufig Störungen des Sprachverständnisses mit einem eingeschränkten Wortschatz auf. Die Kinder verwenden vorrangig Nomen mit konkretem Inhalt und gebrauchen Verben erst verhältnismäßig spät. Vor allem abstrakte Funktionswörter, Adjektive und Adverbien (z.B. Ortsangaben, Zeitwörter) können schlecht hörende Kindern nur schwer zuordnen und korrekt verwenden.

Sprachverständnisstörungen

Der Erwerb grammatikalischer Strukturen ist für Kinder mit Hörschädigung ebenfalls schwierig. Häufig werden grammatikalische Feinheiten wie kurze, unbetonte Wörter oder Wortteile und -endungen (das Mädchen-die Mädchen oder Hase-Hasen) nicht vollständig wahrgenommen und verstanden. Viele hörgeschädigte Kinder sind deshalb unsicher in der Verwendung grammatikalischer Strukturen.

Störungen des Grammatik-Erwerbs

Auch andere sprachliche Ausdrucksmittel wie z. B. die Aussprache, Sprechmelodie, Betonung oder Stimmklang sind oft betroffen. Aufgrund der eingeschränkten oder gänzlich fehlenden auditiven Eigenwahrnehmung der Stimme kommt es teilweise zu einem gepressten, mitunter sehr lauten oder hohen Stimmklang.

Auswirkungen auf den Stimmklang

Ein Phänomen, das vor allem bei Kindern mit einer hochgradigen Hörschädigung oder Gehörlosigkeit zu beobachten ist, ist die veränderte Sprechmelodie verbunden mit einem offenen Näseln (beim Sprechen entweicht zu viel Luft durch die Nase). Das Näseln wird von den Kindern meist unbewusst eingesetzt, damit sie sich beim Sprechen selbst besser hören und kann anhand des typischen Stimmklangs schnell erkannt werden.

Hörstörungen haben nicht allein Auswirkungen auf die Entwicklung der Sprach- und Kommunikationsfähigkeit, sondern auch auf die Entwicklung von sozialen Beziehungen, Gefühlsausdruck und Problemlösungsfähigkeiten sowie die Entwicklung von Lese- und Schreibfähigkeiten. Dies gilt insbesondere für Hörstörungen, die nicht rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Kinder, deren Hörschädigung frühzeitig erkannt und versorgt wird, haben heute gute Chancen eine annähernd normale Sprachentwicklung zu durchlaufen.

Probleme der psychosozialen Entwicklung und des Lernens

9 Hör- und Sprachtherapie

Angebote der Frühförderung und der Sprachtherapie unterstützen hörgeschädigte Kinder und ihre Familien von Anfang an. Viele Familien von Kindern mit Hörstörungen werden nach erfolgter Diagnose und der Hörgeräte- oder CI-Versorgung zunächst von der mobilen sonderpädagogischen Hilfe bzw. Frühförderung im Rahmen von Hausbesuchen betreut. Im weiteren Verlauf der Hör- und Sprachtherapie ist es möglich, spezifische sprachliche Symptome zu behandeln und die hörgerichtete Lautsprachentwicklung positiv zu beeinflussen.

Frühe Hilfen für betroffene Familien

Je nachdem, wo die Schwerpunkte der Sprachentwicklungsauffälligkeiten liegen, können unterschiedliche Therapiebereiche (z. B. Wortschatz, Grammatik, Aussprache, Stimme) berücksichtigt werden. Die zeitliche Abfolge der Therapiebereiche ist bei jedem Kind unterschiedlich und wird der individuellen Entwicklung angepasst. In der Sprachtherapie lernen die Kinder mit alters- und entwicklungsgemäßen Lernangeboten neue Wörter und Begriffe, wie man sie ausspricht und grammatisch richtig verwendet. Die Sprachtherapie umfasst die Behandlung des hörgeschädigten Kindes sowie die Beratung und Unterstützung der Familie.

Frühe Hör- und Sprachtherapie ist immer individuell angepasst

Die Umfeldberatung gehört immer dazu

Ist eine rein lautsprachliche Förderung nicht erfolgreich und besteht die Gefahr, dass hochgradig schwerhörige Kinder kein funktionierendes Sprachsystem erwerben, können alternative Förderansätze in Betracht gezogen werden. Bei einer lautsprachlichen Förderung mit zusätzlichem Einsatz von Gebärden handelt es sich meist um lautsprachbegleitende und/oder -unterstützende Gebärden.

Die Deutsche Gebärdensprache (DGS) hingegen ist eine visuell-gestische, vollwertige Sprache, deren Grammatik von der Deutschen Lautsprache abweicht. Im Rahmen einer bilingualen Förderung kann die DGS in die sprachlich-kommunikative Therapie eingebunden werden.

I0 Therapeutensuche

Sie haben freie Therapeutenwahl! Der [Deutsche Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie \(dbs\)](#) hilft Ihnen, wohnortnah einen Spezialisten für die Therapie zu finden. Auf der Internetseite des [dbs](#) (www.dbs-ev.de) erhalten Sie im Therapeutenverzeichnis Adressen von akademischen Sprachtherapeuten in Ihrer Nähe.

Akademische Sprachtherapeuten:

- sind an Hochschulen mit umfangreichem Praxisbezug ausgebildet
- verbinden Theorie- und Praxiswissen für einen hohen Standard in Diagnostik, Therapie und Beratung
- bilden sich regelmäßig fort, um Sprachtherapie stets auf aktueller wissenschaftlicher Grundlage anbieten zu können
- arbeiten interdisziplinär mit Ärzten, anderen Therapeuten, Fortbildungseinrichtungen, Selbsthilfegruppen und wissenschaftlichen Fachgesellschaften zusammen
- sind wissenschaftlich in der Entwicklung und Erprobung neuer Diagnostik- und Therapieverfahren tätig
- sind Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen

Akademische Sprach-
therapeuten

Weiterführende Ratgeberliteratur

- AWMF (2013).
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-010k_S2k_Periphere_H%C3%B6rst%C3%B6rungen_im_Kindesalter_2013-09.pdf. [07.02.2019]
- DGPP (2012). Konsenspapier der DGPP zur Hörgeräte-Versorgung bei Kindern, Version 3.5 Bonn.
- Hoffmann, V. (2018). Hörstörungen bei Kindern. Ein Ratgeber für Eltern, Betroffene, Pädagogen und (Sprach-) Therapeuten. Schulz Kirchner Verlag.
- Senf, D. (2004) Cochlea- Implantat – mit dem CI leben, hören und sprechen. Ein Ratgeber für Eltern. Idstein: Schulz- Kirchner- Verlag.
- Thiel, M. (2000). Logopädie bei kindlichen Hörstörungen: ein mehrdimensionales Konzept. Berlin: Springer.

Wer ist der **dbS**?

Der **dbS** ist der Berufs- und Fachverband akademisch ausgebildeter SprachtherapeutInnen/LogopädInnen. Er vertritt die berufs- und gesundheitspolitischen Interessen seiner Mitglieder gegenüber den Kostenträgern, Zulassungsbehörden, Ministerien und der Gesetzgebung.

Die über 3.000 Mitglieder haben Studiengänge der Sprachheilpädagogik, Klinische Linguistik, Patholinguistik, Klinische Sprechwissenschaft sowie Sprachtherapie (Bachelor/Master) und Logopädie (Bachelor/Master) absolviert. Dabei handelt es sich um interdisziplinäre, therapiespezifische Hochschulstudiengänge mit hohen Praxisanteilen in der Ausbildung. Sie arbeiten auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse, beteiligen sich an der Diagnose- und Therapieforschung, bilden sich fortlaufend weiter und verwenden Methoden, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen.

Akademische SprachtherapeutInnen sind spezialisiert auf die Prävention, Diagnostik, Therapie, Beratung und Nachsorge bei Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Hörens und des Schluckens. Sie behandeln Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

Geschäftsstelle:

Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie

Goethestraße 16, 47441 Moers

Tel.: 02841 998191-0

Fax: 02841 998191-3

Internet: www.dbs-ev.de

E-Mail: info@dbs-ev.de

ViSdP: RA Volker Gerrlich

Text: Vanessa Hoffmann

Layout: dbS-Öffentlichkeitsarbeit

Bilder:

Titelbild: ninell - stock.adobe.com

Bild Seite 3: bilderzweig - stock.adobe.com

Bild Seite 6: elsahoffmann - stock.adobe.com