

┌

┐

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen:
Ihre Ansprechperson:
Telefon:
Fax:
E-Mail:

Datum:

└

┘

Name, Vorname:
Aktenzeichen:

geb.:

Gutachten BK 2301 (Lärmschwerhörigkeit)

1 Vorgeschichte

Wesentliche Zeitabschnitte mit Lärmexposition, nach den Unterlagen des Unfallversicherungsträgers:

1.1.1 Vgl. Datenblatt des IFA-ELD-Berechnungsprogramms

1.1.2 Bemerkungen:

1.1.3 Zeitpunkt der letzten arbeitsbedingten Lärmexposition:

1.2 Angaben des Untersuchten

1.2.1 Ergänzende Angaben zur Lärmexposition und Berufsvorgeschichte:

1.2.2 Relevante Ohrerkrankungen in der Familie:

1.2.3 Entwicklung der Schwerhörigkeit/aktuelle Beschwerden:

1.2.4 Entwicklung des Tinnitus/aktuelle Beschwerden:

Kein Tinnitus vorhanden

...

Az.:

Name:

- | 1.2.4.1 Entstehung: | Rechts | Links | Beidseitig |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Langsam entstanden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Plötzlich aufgetreten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | 1.2.4.2 Belästigung: | Rechts | Links | Beidseitig |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nicht belästigend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Belästigend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wie und wodurch? | | | |

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Massiv belästigend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wie und wodurch? | | | |

- 1.2.4.3 Behandlung:
- Keine ambulante und/oder stationäre Behandlung des Tinnitus.
 - Tinnitus wurde ambulant behandelt. Wenn ja, wie und wo?
 - Tinnitus wurde stationär behandelt. Wenn ja, wie und wo?

Bemerkungen:

- 1.2.5 Sonstige Angaben:
- | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|------------------|
| Gleichgewichtsstörungen/
Schwindel | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Wenn ja, welche? |
| Schädelunfälle | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Wenn ja, welche? |
| Infektiös-toxische Erkrankung
(z. B. Mittelohrentzündung,
Scharlach, Masern, Malaria,
usw.) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Wenn ja, welche? |
| Ototoxische Stoffe | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Wenn ja, welche? |
| Ototoxische Medikamente | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Wenn ja, welche? |
| Wehrdienst mit
Lärmbelastung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Wenn ja, welche? |
| Knalltrauma, Explosion | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Wenn ja, welche? |
| Lärmintensive
Freizeitaktivitäten | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Wenn ja, welche? |

Sonstiges:

Az.:

Name:

2 Befunde

2.1 Allgemeinzustand:

Keine begutachtungsrelevanten Befunde

2.2 Welcher Befund liegt vor?

2.2.1 HNO-Status entsprechend Königsteiner Empfehlung:

2.2.2 Audiologische Befunde (vgl. Anlage „Audiologische Befunde“)

Bemerkungen:

2.2.3 OAE-Befunde (vgl. Anlage „OAE-Befunde“)

Bemerkungen:

2.3 Wie lautet die Diagnose?

2.3.1 ICD-Klassifikation:

3 Beurteilung (bitte ausführlich begründen)

3.1 Welche Hörschäden sind ursächlich auf arbeitsbedingte Lärmeinwirkungen zurückzuführen?

3.2 Welche Hörschäden sind **nicht** ursächlich auf arbeitsbedingte Lärmeinwirkungen zurückzuführen?

3.3 MdE-Einschätzung

3.3.1 Wie hoch ist die MdE durch den arbeitsbedingten Hörverlust einzuschätzen?

MdE % ab

MdE % ab

3.3.2 Wie hoch ist die MdE durch den arbeitsbedingten Hörverlust – gegebenenfalls inklusive des integrierten Begleit-Tinnitus (s. Königsteiner Empfehlung 4.4.4) – einzuschätzen?

MdE % ab

MdE % ab

Az.:

Name:

3.4 Halten Sie eine Nachuntersuchung für erforderlich?

- Nein
- Zum Zeitpunkt der Beendigung der Lärmarbeit
- Ja, in Jahren (begründete Ausnahmefälle)
- Ja, im Rahmen G 20 „Lärm“

3.5 Maßnahmen der Individualprävention:

- Keine
- Individuelle Beratung zum Gehörschutz und Kontrolle der Benutzung am Arbeitsplatz (BGI 823)
- Bereitstellung und Verwendung speziell ausgewählten Gehörschutzes

- Verkürzung der Fristen für Maßnahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge (G 20 „Lärm“)

3.6 Die Kriterien der Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL) für die Versorgung mit Hörgeräten sind erfüllt. Die Versorgung mit Hörgeräten ist notwendig wegen

- der Schwerhörigkeit (§ 21 und 22 HilfsM-RL)
- des Begleit-Tinnitus (§ 24 HilfsM-RL)

3.7 Versorgung mit Hörgeräten zu Lasten des Unfallversicherungsträgers:

- Nein, weil
- Ja, weil

3.8 Empfehlungen zur Tinnitus-Rehabilitation (Mehrfachantworten möglich)

- Counseling
- Entspannungsverfahren, z. B. progressive Muskelentspannung nach Jacobson
- Kognitive Verhaltenstherapie, z. B. bei deutlicher psychosomatischer Komorbidität
- Retraining-Therapie, als ambulante oder teilstationäre Kombinationstherapie
- Stationäre Rehabilitation, bei dekompensiertem Tinnitus

Az.:

Name:

Tag der Untersuchung:

Die versicherte Person erschien um Uhr, entlassen um Uhr.

Das Gutachten wird nach persönlicher Begegnung mit der versicherten Person sowie eigener Prüfung und Urteilsbildung erstattet.

Ich möchte eine Rückmeldung zur Einschätzung der Qualität und Verwertbarkeit des Gutachtens.

Nein Ja

Ort, Datum

Institutionskennzeichen (IK)

Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –

Unterschrift der beauftragten
Gutachterin/des beauftragten Gutachters

Anlage

- Akte
- Audiologische Befunde
- OAE-Befunde
- Ton-/Sprachaudiogramm
-

Az.:

Name:

Audiologische Befunde (Bitte im Original beifügen)

Tag der Untersuchung:

1 Hörweiten- und Stimmgabelprüfungen

WEBER bei ~ 440 Hz (a¹-Stimmgabel)

Re. Med. Li.

Rechts

Links

Pos. Neg.

RINNE

Pos. Neg.

_____ m Umg.-Sprache (Zahlwörter)

_____ m

_____ m Flü.-Sprache (Zahlwörter)

_____ m

Länge des Untersuchungsraumes

_____ m

2 Audiometrie

2.1 Tonaudiogramm

Rechts

Hörverlust nach Röser 1980;
modifiziert nach Brusis 2017*

Links

_____ dB

Tonhörverlust bei 1 kHz

_____ dB

_____ dB

Summe der Hörverluste bei
2 u. 4/3 kHz

_____ dB

_____ %

Hörverlust*

_____ %*

2.2 Sprachaudiogramm

Hinweis: Prüfung der „Einsilbigen Wörter“ bei 60, 80 und 100 dB und bei 65 dB (wegen Hörgeräte-Versorgung)

Rechts

Links

Hörverlust für Zahlwörter: _____ dB

Hörverlust für Zahlwörter: _____ dB

Gesamtwortverstehen:

Gesamtwortverstehen:

60 dB _____

60 dB _____

80 dB _____

80 dB _____

100 dB _____

100 dB _____

Summe _____

Summe _____

= Hörverlust _____ %*

= Hörverlust _____ %*

* Zur Berechnung des prozentualen Hörverlustes vgl. Abschnitt 4.3 der „Königsteiner Empfehlung“, 6. Auflage

2.3 Plausibilitätsprüfung (vgl. Abschnitt 4.1 der „Königsteiner Empfehlung“)

Rechts

HV 0,25 kHz dB + HV 0,5 kHz dB + HV 1,0 kHz dB geteilt durch 3 dB

} Differenz dB

Hörverlust f. Zahlwörter

Links

HV 0,25 kHz dB + HV 0,5 kHz dB + HV 1,0 kHz dB geteilt durch 3 dB

} Differenz dB

Hörverlust f. Zahlwörter

3 Weitere Methoden

3.1 Tympanometrie

Rechts

Links

Offen

Normal

Abgeflacht

Offen

Normal

Abgeflacht

Mittelohrdruck

daPa

Mittelohrdruck

daPa

Az.:

Name:

3.2 STAPEDIUSREFLEX

Rechts	<input type="checkbox"/> Auslösbar	<input type="checkbox"/> Nicht auslösbar	Metzrecruitment	<input type="checkbox"/> Positiv	<input type="checkbox"/> Negativ bei	kHz
Links	<input type="checkbox"/> Auslösbar	<input type="checkbox"/> Nicht auslösbar	Metzrecruitment	<input type="checkbox"/> Positiv	<input type="checkbox"/> Negativ bei	kHz

3.3 SISI

Rechts:	bei	kHz	%	Links:	bei	kHz	%
---------	-----	-----	---	--------	-----	-----	---

3.4 LÜSCHER

Rechts:	bei	kHz	dB	Links:	bei	kHz	dB
---------	-----	-----	----	--------	-----	-----	----

3.5 LANGENBECK

Rechts:	<input type="checkbox"/> Mündet ein	<input type="checkbox"/> Weicht aus	Links:	<input type="checkbox"/> Mündet ein	<input type="checkbox"/> Weicht aus
---------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------	-------------------------------------	-------------------------------------

3.6 Sonstige Tests

4 Bestimmung des Tinnitus

4.1 Bestimmung

Rechts bei	kHz, verdeckbar mit	dB
Links bei	kHz, verdeckbar mit	dB

Die Symbole bei Tinnitusbestimmung sind in das Tonaudiogramm einzutragen.

4.2 Ausprägung:

	Rechts	Links	Beidseitig
Zeitweilig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Ton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefer Ton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pfeifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brummen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zischen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pulsierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Az.:

Name:

OAE-Befunde (Bitte im Original beifügen)

Tag der Untersuchung:

1.1 Untersuchte Ohren

Beidseitig

Rechts

Links

1.2 Welche otoakustischen Emissionen (OAE) wurden gemessen?

DPOAE

TEOAE

Andere:

1.3 Welches Gerät wurde für die Messung benutzt?

Hersteller:

Gerätetyp:

Baujahr:

1.4 Ergebnisse der Untersuchung

Bitte dokumentieren Sie Ihre Ergebnisse in der Tabelle wie folgt:

OAE

+ Vorhanden (Signal-Störschallabstand \geq 6 dB)

- Nicht vorhanden (Signal-Störschallabstand < 6 dB)

∅ Nicht messbar

Rechtes Ohr

DPOAE

1000 Hz 2000 Hz 4000 Hz 6000 Hz

OAE

TEOAE

1000 Hz 2000 Hz 3000 Hz 4000 Hz

OAE

Linkes Ohr

DPOAE

1000 Hz 2000 Hz 4000 Hz 6000 Hz

OAE

TEOAE

1000 Hz 2000 Hz 3000 Hz 4000 Hz

OAE

Anlage

Messergebnisse (Originaldatenblätter)