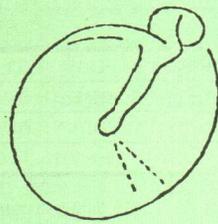


② Otoskopie

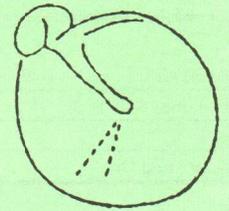
Äußerer Gehörgang

RECHTS		LINKS
<input type="checkbox"/>	Unauffällig	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sehr eng	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Feucht	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Operativ erweitert	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Cerumen entfernt	<input type="checkbox"/>



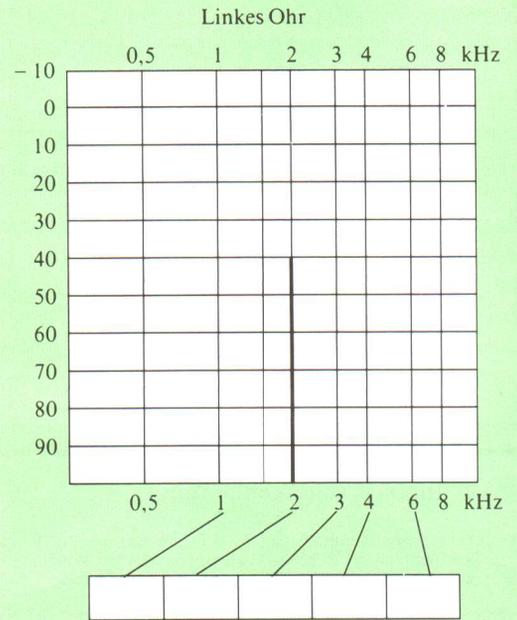
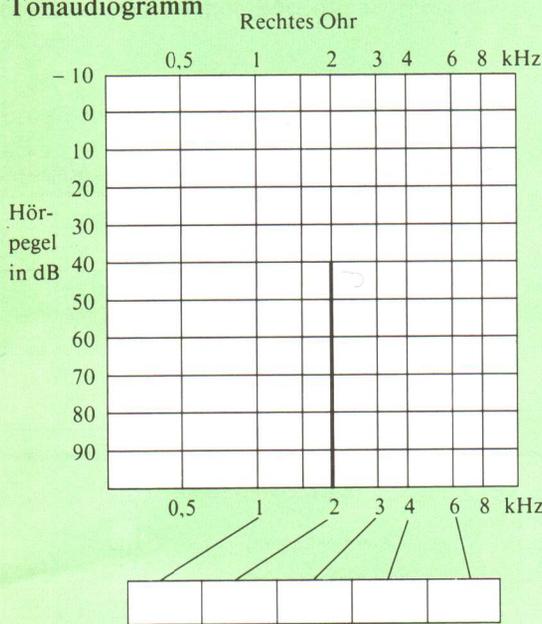
Trommelfell

RECHTS		LINKS
<input type="checkbox"/>	Unauffällig	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Zentral defekt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Randständig defekt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Zustand nach Operation	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vernarbt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstige Befunde (siehe Bemerkungen)	<input type="checkbox"/>



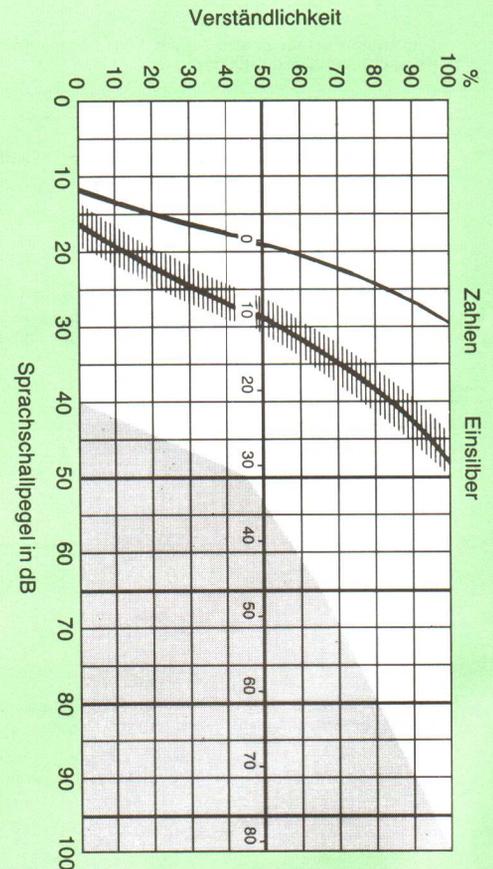
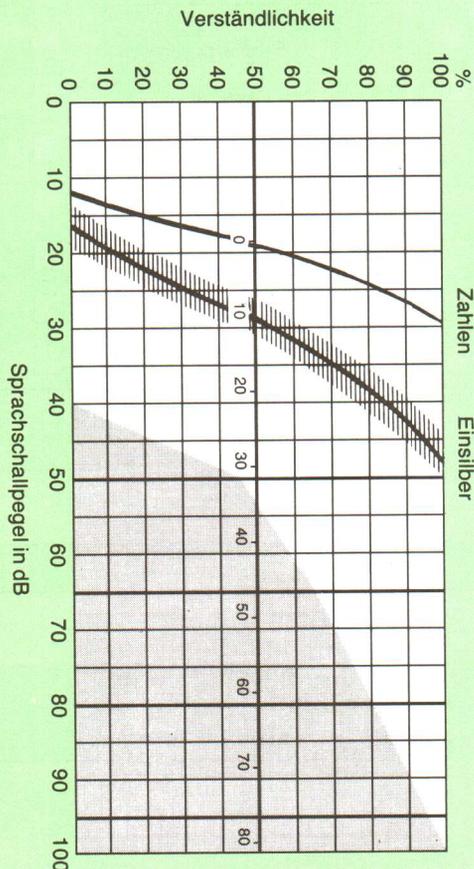
③ Tonaudiogramm

Audiogrammformular nach DIN 45627



④ Sprachaudiogramm

Audiogrammformular nach DIN 45624



⑤ Impedanzmessungen am Trommelfell (sofern indiziert):

5.1 Tympanometrie

Typ des Tympanogramms		
RECHTS	LINKS	
<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Überhöht	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Unterdruck	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Abgeflacht	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vollständig flache Kurve	<input type="checkbox"/>

Compliance fehlt		
RECHTS	LINKS	
<input type="checkbox"/>	Trommelfell defekt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Keine Abdichtung des Gehörganges	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	Mittelohrdruck in mm H ₂ O	<input type="text"/>

5.2 IMPEDANZÄNDERUNGEN AUF DEM SONDENOHR sind nachweisbar ab Reizstärken in dB Hörpegel

Sondenoehr rechts		Sondenoehr links										
Reiz links	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					Contralateraler Stapediusreflex	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					Reiz rechts
	<table border="1"><tr><td>0,5</td><td>1</td><td>2</td><td>4 kHz</td></tr></table>	0,5	1	2	4 kHz	Ipsilateraler Stapediusreflex (nur falls contralateral nicht möglich)	<table border="1"><tr><td>0,5</td><td>1</td><td>2</td><td>4 kHz</td></tr></table>	0,5	1	2	4 kHz	
0,5	1	2	4 kHz									
0,5	1	2	4 kHz									
Reiz rechts	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					Reiz links

Bemerkungen:

Erläuterungen

Die Untersuchung nach diesem Untersuchungsbogen „Lärm III“ ist nach Grundsatz 20 notwendig für Probanden, für die die arbeitsmedizinische Beurteilung „Dauernde gesundheitliche Bedenken“ erwogen werden muß. Sie soll gegenüber der Ergänzungsuntersuchung nach „Lärm II“ eine erweiterte otologische Diagnose ermöglichen.

Kann der verantwortliche, ermächtigte Arzt diese Untersuchung nicht selbst durchführen, so ist sie als Fremdleistung in der Regel bei einem Arzt für HNO-Krankheiten in Auftrag zu geben. Die Kosten trägt, wie bei allen Vorsorgeuntersuchungen nach UVV „Arbeitsmedizinische Vorsorge“, der Unternehmer, der den Probanden beschäftigt.

Bei der Durchführung der Untersuchung ist auf eine ausreichende Lärmpause (lärmfreie Gehörerholungszeit) von wenigstens 12 Stunden zu achten.

Zu 1.3

Der Hörverlust für Zahlen bestätigt dann das Luftleitungs-Tonaudiogramm, wenn ungefähr gilt:

$$(HV_{500Hz} + HV_{1000Hz} + HV_{2000Hz}) \times \frac{1}{3} \approx \text{Hörverlust für Zahlen}$$

Zu 1.4

Bei der Sprachaudiometrie von Ausländern, ausgenommen solche mit sehr guten Deutsch-Kenntnissen, ist die Bestimmung der Einsilberverständlichkeit kaum möglich, der Hörverlust für Zahlen kann jedoch häufig ermittelt werden. In diesen Fällen ist die Lage der Verständlichkeitskurve für das betrachtete Ohr im schraffierten Bereich anzunehmen, wenn

- der Knochenleitungs-Hörverlust bei 2 kHz mehr als 40 dB beträgt und
- der Hörverlust für Zahlen mehr als 25 dB beträgt und im Tonaudiogramm ein umschriebener Hochtonhörverlust (Hochton-Senke, Hochton-Abfall) vorliegt.

Zu 3.

Das Tonaudiometer soll den Anforderungen nach DIN 45620 Klasse 2 entsprechen, es muß periodisch gewartet werden. Der SISI-Test ist am zweckmäßigsten bei der Frequenz durchzuführen, bei der der Hörverlust in Knochenleitung ungefähr 60 dB beträgt. Auf die Notwendigkeit einer sorgfältigen Hörschwellenbestimmung in Luftleitung vor Einstellung des Hörpegels auf 20 dB über der Hörschwelle wird hingewiesen.

Zu 4.

Das Sprachaudiometer soll den Anforderungen nach DIN 45624 entsprechen, das Testmaterial nach DIN 45621 muß in der Aufsprache nach DIN 45626 verwendet werden. Auch das Sprachaudiometer muß periodisch gewartet werden.

Zu 5.

Das Tympanogramm sollte diesem Untersuchungsbogen ggf. als Kopie beigelegt werden. Der Meßbereich für den Gehörgangsdruck beträgt - 300 da Pa bis + 300 da Pa.

Hinweise für die Erstattung einer ärztlichen Anzeige bei Lärmschwerhörigkeit

1. Hat ein Arzt bei einem Versicherten den begründeten Verdacht auf eine berufsbedingte Lärmschwerhörigkeit, so hat er dies dem zuständigen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle auf dem vorgeschriebenen Formblatt unverzüglich anzuzeigen (s. § 5 der Berufskrankheiten-Verordnung-BeKV). Das Formblatt „Ärztliche Anzeige über eine Berufskrankheit“ (BK-Anzeige) kann z. B. von den Landesverbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften bezogen werden.
2. Eine BK-Anzeige ist zu erstatten, wenn
 - 2.1 der Versicherte unter gehörschädigenden Lärmeinwirkungen tätig ist oder war. Gehörschädigende Lärmeinwirkungen treten auf bei Tätigkeiten, bei denen der Beurteilungspegel 90 dB(A) erreicht oder überschreitet (vgl. § 2 der Unfallverhütungsvorschrift „Lärm“), oder bei Tätigkeiten, bei denen über eine Reihe von Jahren ein Beurteilungspegel von mindestens 85 dB(A) gegeben ist,
 - 2.2 die Hörfunktionsstörung dem Bild einer Innenohrschwerhörigkeit entspricht (3.) und
 - 2.3 im versicherungsrechtlichen Sinne erheblich (4.) ist.
3. Für eine Innenohrschwerhörigkeit durch Lärm (Haarzellentyp) sprechen:
 - 3.1 im Tonaudiogramm ein umschriebener Hochtonverlust (Hochton-Senke, Hochton-Abfall),¹⁾
 - 3.2 ein Recruitment oder ein gesteigertes Intensitätsunterscheidungsvermögen (z. B. SISI-Test),
 - 3.3 eine große Differenz zwischen den Hörweiten für Flüster- und Umgangssprache (Zahlen).
4. Eine Hörfunktionsstörung ist versicherungsrechtlich im allgemeinen erheblich, wenn das Tonschwellenaudiogramm einen Hörverlust von mehr als 40 dB bei 2 kHz auf dem besser hörenden Ohr ergibt.

Ist im Einzelfall ein Versicherter bereits aufgrund eines Arbeitsunfalles oder eines Versorgungsleidens in seiner Erwerbsfähigkeit um mindestens 10 v. H. gemindert, gilt dies schon dann, wenn im Tonschwellenaudiogramm bei 3 kHz ein Hörverlust von mehr als 40 dB auf dem besser hörenden Ohr besteht.
5. Die „BK-Anzeige“ muß alle zweckdienlichen Befundunterlagen enthalten, wie z. B. Angaben zur Arbeits- und Krankheitsvorgeschichte, einen kurzen Ohrspiegelbefund, ein Tonschwellenaudiogramm (als Original oder als eindeutig lesbare Fotokopie) und die Hörweitenbestimmung für Flüster- und Umgangssprache auf jedem Ohr einzeln. Die reine Mitteilung einer Diagnose, vielleicht mit Hinweis auf ein Audiogramm, genügt nicht.
6. Eine „BK-Anzeige“ kommt also nicht in Betracht, wenn die Voraussetzungen nach 2. – 4. nicht erfüllt sind, insbesondere also nicht bei reinen Hochtonverlusten ohne nennenswerte Auswirkungen auf den Sprachbereich. Präventivmedizinische Maßnahmen sind nicht an ein Berufskrankheitsverfahren gebunden; in solchen Fällen ist eine Mitteilung z. B. an den Betriebsarzt zweckmäßig.

1) Die Innenohrschwerhörigkeit ist u. a. dadurch gekennzeichnet, daß im Tonaudiogramm Luft- und Knochenleitung identisch sind; größere Differenzen (mehr als 10 dB in mehr als einer Frequenz) sind verdächtig auf eine gestörte Schalleitung und erfordern weitere Klärung. Auf die Prüfung der Knochenleitung kann schon deshalb nicht verzichtet werden. Die Innenohrleistung entspricht der Knochenleitung.