

# Subjektive Hörfähigkeit

Name: \_\_\_\_\_

Im Folgenden werden Ihnen verschiedene Hörsituationen aus dem täglichen Leben geschildert. Bitte geben Sie auf der darunterliegenden Skala für jede dieser Situationen an, wie häufig Sie ohne Mühe hören oder verstehen können. Beantworten Sie bitte die Frage zu jeder Situation *mit und ohne Hörgerät*.

**Wenn Sie keine Hörgeräte tragen, füllen Sie bitte nur die Zeilen „ohne Hörgeräte“ aus!**

Das folgende Beispiel soll Ihnen die Aufgabe nochmals veranschaulichen. Die erste Frage des Fragebogens beschäftigt sich mit dem Verstehen von Radio- und Fernsehsendungen. Wenn Sie Radio- oder Fernsehsendungen ohne Hörgeräte *manchmal* ohne Mühe verstehen, tragen Sie bitte in der Zeile „ohne Hörgeräte“ ein Kreuz unter „manchmal“ ein. Wenn Sie Hörgeräte tragen und Sie damit Radio- und Fernsehsendungen *immer* ohne Mühe verstehen können, tragen Sie bitte außerdem in der Zeile „mit Hörgeräte“ ein Kreuz bei „immer“ ein.

Wenn Sie niemals fernsehen oder Radio hören oder nicht wissen, wie gut Sie dabei hören, dann kreuzen Sie bitte in der Zeile darunter „Diese Situation kenne ich nicht“ an.

01. Können Sie Radio- oder Fernsehsendungen mühelos bei Zimmerlautstärke verstehen?	immer	oft	manchmal	selten	nie
ohne Hörgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Hörgeräten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Die Situation kenne ich nicht					

Stellen Sie sich nun nacheinander jede der weiteren Situationen vor, die auf dem Fragebogen genannt werden, und beantworten Sie bitte die folgenden Fragen für jede dieser Situationen.

Bedenken Sie, dass es keine „falschen“ Antworten gibt. Ihre persönliche Beurteilung der verschiedenen Hörsituationen ist uns wichtig, damit wir Ihr Hören so gut wie möglich wieder verbessern können.

**01. Können Sie Radio- oder Fernsehsendungen mühelos bei Zimmerlautstärke verstehen?**

	immer	oft	manchmal	selten	nie
ohne Hörgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Hörgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Situation kenne ich nicht

**02. Sie sind in der Stadt unterwegs und hören plötzlich ein lautes Verkehrsgesch (z.B. Reifenquietschen, Hupen, Martinshorn). Wissen Sie sofort, aus welcher Richtung das Geräusch kam?**

	immer	oft	manchmal	selten	nie
ohne Hörgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Hörgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Situation kenne ich nicht

**03. Können Sie in einem ruhigen Zimmer hören, ob das Telefon oder die Türglocke klingelt?**

	immer	oft	manchmal	selten	nie
ohne Hörgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Hörgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Situation kenne ich nicht

**04. Sie sind mit mehreren Personen zusammen in einem Raum. Können Sie die Gespräche um Sie herum mühelos verstehen?**

	immer	oft	manchmal	selten	nie
ohne Hörgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Hörgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Situation kenne ich nicht

**05. Können Sie das Öffnen einer Tür hören, wenn Sie sich in einem ruhigen Raum aufhalten?**

	immer	oft	manchmal	selten	nie
ohne Hörgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Hörgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Situation kenne ich nicht

**06. Sie befinden sich in einem gut besuchten Lokal oder auf einer Party. Können Sie sich ohne Schwierigkeiten unterhalten?**

	immer	oft	manchmal	selten	nie
ohne Hörgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Hörgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Situation kenne ich nicht

**07. Sie gehen in einer ruhigen Gegend mit jemandem spazieren. Können Sie sich mühelos unterhalten?**

	immer	oft	manchmal	selten	nie
ohne Hörgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Hörgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Situation kenne ich nicht

**08. Sie fahren im Auto, Bus oder Zug. Können Sie sich problemlos unterhalten?**

	immer	oft	manchmal	selten	nie
ohne Hörgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Hörgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Situation kenne ich nicht

**09. Es spricht Sie jemand an. Wissen Sie sofort, aus welcher Richtung Sie angesprochen wurden?**

	immer	oft	manchmal	selten	nie
ohne Hörgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Hörgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Situation kenne ich nicht

**10. Können Sie sich mit einem Menschen in ruhiger Umgebung unterhalten, auch wenn Sie ihn nicht ansehen können?**

	immer	oft	manchmal	selten	nie
ohne Hörgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Hörgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Situation kenne ich nicht

<b>11.</b>	<b>Sie befinden sich in einem Raum, in dem eine PC-Tastatur bzw. Musik oder sonstige Geräusche zu hören sind. Können Sie sich ohne Schwierigkeiten unterhalten?</b>					
		immer	oft	manchmal	selten	nie
	ohne Hörgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	mit Hörgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Die Situation kenne ich nicht						

<b>12.</b>	<b>Können Sie in halligen Räumen (z.B. in der Kirche, im Bahnhof oder im Flughafen) Sprache mühelos verstehen?</b>					
		immer	oft	manchmal	selten	nie
	ohne Hörgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	mit Hörgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Die Situation kenne ich nicht						

## ***Berufliche Kommunikations- und Höranforderungen***

Im Folgenden werden Ihnen Situationen geschildert, bei denen Sie Ihre beruflichen Kommunikationsanforderungen einschätzen sollen. Bitte geben Sie für jede dieser Situationen an, wie häufig diese vorkommen. Falls Sie arbeitslos oder berentet sind, beantworten Sie bitte die Fragen aus Sicht Ihrer letzten Position.

<b>01.</b>	<b>Wie häufig haben Sie in Ihrem Berufsalltag akustisch wechselnde Umgebungen?</b>					
		immer	oft	manchmal	selten	nie
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Die Situation kenne ich nicht						

<b>02.</b>	<b>Wie häufig führen Sie Kunden-/ Mitarbeitergespräche/ Ausbilderfunktionen?</b>					
		immer	oft	manchmal	selten	nie
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Die Situation kenne ich nicht						

<b>03.</b>	<b>Wie häufig haben Sie berufliche Weiterbildungsanlässe?</b>					
		immer	oft	manchmal	selten	nie
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Die Situation kenne ich nicht						

**04. Wie häufig haben Sie spezielle hygienische Anforderungen? (Benutzung von Handschuhen, dreckige Hände in Autowerkstatt, etc.)**

immer	oft	manchmal	selten	nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Die Situation kenne ich nicht				

**05. Wie häufig müssen Sie aus beruflichen Gründen telefonieren?**

immer	oft	manchmal	selten	nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Die Situation kenne ich nicht				

**06. Wie häufig ist während Ihres beruflichen Alltages das Verstehen von Sprache in Störgeräuschsituationen gefordert?**

immer	oft	manchmal	selten	nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Die Situation kenne ich nicht				

**07. Wie häufig müssen Sie eine Besprechung mit mehreren Kollegen/Innen führen?**

immer	oft	manchmal	selten	nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Die Situation kenne ich nicht				

**08. Wie häufig müssen Sie Gefahrensignale/ wichtige Maschinengeräusche beachten / verfolgen?**

immer	oft	manchmal	selten	nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Die Situation kenne ich nicht				

**09. Wie oft kommt es vor, dass Sie bei Ihrer Arbeit NICHT mit anderen Personen sprechen/telefonieren müssen?**

immer	oft	manchmal	selten	nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Die Situation kenne ich nicht				

**10. Weitere Kommunikations-/ Höranforderung im Beruf: \_\_\_\_\_**  
**Bitte geben Sie auch hier die Häufigkeit der Anforderung an!**

immer	oft	manchmal	selten	nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Die Situation kenne ich nicht				

# Hörstörung und Kontakte

In diesen Fragen geht es darum, wie sich Ihre Hörstörung auf den alltäglichen Kontakt mit anderen Menschen auswirkt. Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, wie häufig diese Aussage vorkommt. Sie können „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“ und „immer“, sowie Zwischenwerte ankreuzen.

	nie	selten	manch -mal	oft	immer
<b>01.</b> Empfinden Sie Ihre Hörstörung als eine Beeinträchtigung Ihrer Kontakte zu anderen Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>02.</b> Meiden Sie das Zusammentreffen mit anderen Menschen, weil Sie der Unterhaltung nur schwer folgen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>03.</b> Kommt es vor, dass Sie den Eindruck haben, dass manche Menschen Sie wegen Ihrer Hörprobleme ignorieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>04.</b> Haben Sie das Gefühl, dass andere Menschen es als schwierig empfinden, sich mit Ihnen zu unterhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>05.</b> Kommt es vor, dass Sie sich von manchen Dingen wegen Ihrer Hörprobleme ausgeschlossen fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>06.</b> Zögern Sie, wegen Ihrer Hörprobleme neue Menschen kennen zu lernen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>07.</b> Kommt es vor, dass Sie sich an einer Gruppenunterhaltung nicht beteiligen, da Sie fürchten, unpassend zu antworten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>08.</b> Kommt es vor, dass Ihr Selbstvertrauen durch Ihre Hörprobleme beeinträchtigt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>09.</b> Kommt es vor, dass Sie sich wegen Ihrer Hörprobleme minderwertig fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10.</b> Kommt es vor, dass Sie traurig oder ärgerlich sind, wenn Sie an einer Unterhaltung wegen Ihrer Hörstörung nicht teilhaben können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# ***Inhalt und Quellen, Urheberrechte***

## **Subjektive Hörfähigkeit: Oldenburger Inventar-R**

**Kompetenzzentrum HörTech (2004)**, Fragebogeninventar für die Hörgeräteversorgung  
Version 1.0, Mai 2004

Vorgängerversionen von:

**Holube I, Kollmeier B (1991)** Ein Fragebogen zur Erfassung des subjektiven Hörvermögens: Erstellung der Fragen und Beziehung zum Tonschwellenaudiogramm. Audiologische Akustik 30: 48-64.

**Holube I, Kollmeier B (1994)** Modifikation eines Fragebogens zur Erfassung des subjektiven Hörvermögens und dessen Beziehung zur Sprachverständlichkeit in Ruhe und in Störgeräuschen. Audiologische Akustik 33(4): 22-35.

## **Berufliche Kommunikations- und Höranforderungen:**

Basierend auf

**Schweizerische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (2001)**, Empfehlungen für IV- Expertenärzte zur Verordnung und Überprüfung der Anpassung von Hörgeräten

## **Hörstörung und Kontakte: Göteborger Profil, Skala "Social Settings" und "Personal Reactions"**

**Kompetenzzentrum HörTech (2004)**, Fragebogeninventar für die Hörgeräteversorgung  
Version 1.0, Mai 2004

Engl. Version von:

**Ringdahl, A. Eriksson-Mangold, M., & Andersson, G. (1998)**. Psychometric evaluation of the Gothenburg Profile for measuring experienced hearing disability and handicap: applications with new hearing aid candidates and experienced hearing aid users. British Journal of Audiology, 32 (6), 375-385.

Deutsche Version von:

**Kießling J, Kollmeier B, Diller G (1997)**. Versorgung und Rehabilitation mit Hörgeräten. Georg Thieme, Stuttgart, 97 ff.