

Erkrankung , geb.
- Anschrift: , Tel.:

Sehr geehrte , *drop-down: ~ Sehr geehrte / ~ Sehr geehrter Herr / ~ Sehr geehrte Frau*

bitte untersuchen Sie den Versicherten *drop-down: ~ den Versicherten / ~ die Versicherte* und erstatten Sie uns ein Gutachten zum Vorliegen einer Berufskrankheit nach Nr. 4101 bzw. Nr. 4102 der Berufskrankheiten-Liste.

Bitte berücksichtigen Sie bei der Begutachtung folgende Leitlinien und Empfehlungen:

- S2-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DPG) und der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) zur „Diagnostik und Begutachtung der Berufskrankheit Nr. 4101 Quarzstaublungenerkrankung (Silikose)“
- die sich darauf beziehende „Empfehlung für die Begutachtung von Quarzstaublungenerkrankungen (Silikosen)“ der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)
- die Leitlinie „Lungenfunktionsprüfungen in der Arbeitsmedizin“ der DGAUM und
- die Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der DGP zur Diagnostik von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem und Therapie von Lungenemphysem (COPD).

Die arbeitstechnischen Voraussetzungen einer Berufskrankheit nach Nr. 4101 *drop-down: ~ 4101 / ~ 4102 / ~ 4101/4102* der Berufskrankheiten-Liste sind erfüllt (siehe hierzu die Stellungnahme *drop-down: ~ Stellungnahme / Stellungnahmen* des Präventionsdienstes *drop-down: ~ des Präventionsdienstes / der Präventionsdienste* Bl. der Akte).

Wenn aufgrund der radiologischen Aufnahmen und Befunde eine sichere Diagnose/Differentialdiagnose im Vollbeweis nicht möglich ist, sind wir mit einer qualifizierten HRCT-Untersuchung ausschließlich in Low-Dose-Technik einverstanden. Näheres siehe „Empfehlung für die Begutachtung von Quarzstaublungenerkrankungen (Silikosen), Abschnitt 5.1 Diagnose der Quarzstaublungenerkrankung“.

...

Az.: _____, Name: _____

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

1. Welche Gesundheitsbeschwerden werden vorgetragen?
2. Liegt eine Quarzstaublungerkrankung vor, ggf. seit wann?
3. Wie sind die silikotischen Lungenveränderungen nach der ILO-Klassifikation bzw. nach ICOERD einzustufen?
4. Liegt bzw. lag eine aktive Lungentuberkulose vor, ggf. seit wann?
5. Welche Erkrankungen/Funktionseinschränkungen liegen im pulmokardialen Bereich vor?
6. Welche der festgestellten Funktionseinschränkungen können mit Wahrscheinlichkeit der Quarzstaublungerkrankung zugeordnet werden?
7. Welche Erkrankungen/Funktionseinschränkungen bestehen unabhängig von der Quarzstaublungerkrankung?
8. Sofern eine Quarzstaublungerkrankung bejaht wird, bitten wir nachfolgende Fragen zu beantworten; Frage 8.6 bitten wir auch für den Fall zu beantworten, dass eine Quarzstaublungerkrankung verneint wird.
 - 8.1 Besteht wegen der unter Punkt 7 genannten Erkrankungen bereits völlige und dauernde Erwerbsunfähigkeit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung, ggf. seit wann?
 - 8.2 Wie hoch schätzen Sie den durch die Folgen der Quarzstaublungerkrankung verursachten Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) ein? Ggf. mit welcher zeitlichen Staffelung seit _____?
 - 8.3 Sind die Folgen der Quarzstaublungerkrankung therapiebedürftig; ggf. welcher Vorschlag wird unterbreitet (z. B. Sauerstofftherapie)?
 - 8.4 Ist eine Silikose-Rehabilitation (ambulantes oder stationäres Heilverfahren, Lungensportgruppe) angezeigt?
 - 8.5 Wann ist eine Nachuntersuchung angezeigt?
 - 8.6 Sofern der Versicherte *drop-down: ~ der Versicherte / ~ die Versicherte* noch im Erwerbsleben steht: Kann die zuletzt ausgeübte Tätigkeit ohne gesundheitliche Bedenken weiter verrichtet werden? Ggf.: Welche Maßnahmen werden vorgeschlagen, damit die Tätigkeit weiter ausgeübt werden kann?
 - 8.7 Besteht Hilflosigkeit (Pflegebedürftigkeit), ggf. seit wann und in welchem Umfang? Ist die Quarzstaublungerkrankung ggf. wesentliche (Mit-)Ursache der Hilflosigkeit?

Bitte übersenden Sie uns das Gutachten in einfacher Ausfertigung.

Gebühren und Auslagen erhalten Sie nach der UV-GOÄ (Nummern 160/161).

Unsere Unterlagen einschl. der radiologischen Aufnahmen und Befunde sind beigelegt. Angefertigte Röntgenaufnahmen, ggf. auch HRCT-Aufnahmen, fügen Sie bitte dem Gutachten bei.

Die Erhebung eines Röntgenbefundes ist kein Zusatzgutachten nach dem Vertrag Ärzte/UV-Träger und mit der Gutachtengebühr abgegolten.

Az.: , Name:

Bitte teilen Sie uns auf der beiliegenden Rückinformation mit, wann Sie die Untersuchung durchführen.

Benachrichtigen Sie uns bitte, wenn Sie das Gutachten nicht innerhalb von drei Wochen erstatten können. Sofern Sie bei der Erstattung des Gutachtens einen anderen Arzt als Hilfskraft hinzuziehen, versehen Sie bitte das Gutachten mit dem Vermerk „Einverstanden aufgrund eigener Prüfung und Urteilsbildung“. Nur durch diesen Hinweis bringen Sie zum Ausdruck, dass Sie die volle Verantwortung für das Gutachten übernehmen.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage

- Einbestellschreiben (V 9908)
- Röntgenaufnahmen, HRCT-Aufnahmen, Befunde
- Aktenauszug (Bl.)

Zurück an
Adresse UV-Träger

Az.:

Name:

Ihr Gutachtenauftrag

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Unterlagen zur Durchführung der Begutachtung habe ich erhalten.

Die Untersuchung erfolgt am _____ .

(Datum)

(Unterschrift)