

Erkrankung , geb.
– Anschrift: , Tel.:

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

bitte untersuchen Sie die versicherte Person und erstatten Sie uns ein Gutachten zum Vorliegen einer Berufskrankheit nach *drop-down: ~ Nr. 1315 / ~ Nr. 4301 / ~ Nr. 4302 / ~ den Nummern 1315/4301/4302* der Berufskrankheiten-Liste.

Bitte berücksichtigen Sie die Empfehlung für die Begutachtung obstruktiver Atemwegserkrankungen (Reichenhaller Empfehlung, DGUV 2012) sowie die dort zitierten Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften in der jeweils aktuellen Fassung. Die Maßgaben der Leitlinie zur Spirometrie (<http://www.atemwegsliga.de/flip/2015-Leitlinie-zur-Spirometrie/>) sind anzuwenden. Die Reichenhaller Empfehlung können Sie im Internet über die Publikationsdatenbank der DGUV anfordern oder dort als PDF herunterladen: <http://publikationen.dguv.de/>.

Falls Sie eine stationäre Begutachtung für erforderlich halten, *drop-down: ~ bitten wir um Rücksprache / ~ erteilen wir vorab Kostenzusage für bis zu 2 Tage / ~ erteilen wir vorab Kostenzusage für bis zu 3 Tage.*

Zur Aussetzung der Atemwegsmedikation am Untersuchungstag verweisen wir auf das Kapitel 4.2 der Reichenhaller Empfehlung.

...

Az.: , Name:

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

- 1 Welche Gesundheitsbeschwerden/-störungen werden vorgetragen?
- 2 Worauf führt die versicherte Person die Gesundheitsbeschwerden zurück?
- 3.1 Liegt eine durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankung (einschließlich Rhinopathie) vor?
- 3.2 Liegt eine durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankung vor?
Welcher Nummer der Berufskrankheiten-Liste ist die Erkrankung zuzuordnen?
- 4 Welche Einwirkungen/Stoffe, denen die versicherte Person ausgesetzt war/ist, sind geeignet, die obstruktive Atemwegserkrankung hervorzurufen oder zu verschlimmern?
- 5 Welche Befunde sind ursächlich auf die Einwirkung dieses/r Stoffe(s) zurückzuführen?
- 6 Welche Befunde sind **nicht** auf die Einwirkung dieses/r Stoffe(s) zurückzuführen?
- 7 Die Wirkung der für die Erkrankung ursächlichen Stoffe ist: allergisierend, chemisch-irritativ oder toxisch?
- 8 War die versicherte Person Einwirkungen/Stoffen, die die obstruktive Atemwegserkrankung hervorrufen bzw. verschlimmern können, auch außerhalb der beruflichen Tätigkeit ausgesetzt, ggf. welchen?
Welche Rauchgewohnheiten (Art und Menge/Tag, Verlauf, pack years) und sonstige Risiken aus der privaten Lebensführung lagen/liegen vor?
Wie haben sich diese ggf. auf die Krankheitsentstehung ausgewirkt?
- 9 Sofern ein Ursachenzusammenhang im Sinne der Punkte 3 – 5 bejaht wird:
 - 9.1 Unter welchen Maßnahmen kann die versicherte Person die Tätigkeit (am bisherigen Arbeitsplatz) als gesundheitlich unbedenklich fortsetzen?
Bitte differenzieren und bezeichnen Sie die aus Ihrer Sicht in Betracht kommenden Maßnahmen möglichst genau:
 - 9.1.1 Organisatorische Maßnahmen am Arbeitsplatz.
 - 9.1.2 Technische Maßnahmen am Arbeitsplatz.
 - 9.1.3 Persönliche Schutzmaßnahmen (z. B. Atemschutzausrüstung, Maske, Leichthelm).
 - 9.1.4 Medizinische Maßnahmen (z. B. stationäres Heilverfahren, Medikation).
 - 9.1.5 Sonstige Maßnahmen der sekundären Individualprävention (z. B. Schulungen, Teilnahme an in der gesetzlichen Unfallversicherung anerkannten Präventionsprogrammen).
 - 9.1.6 Kontrolluntersuchungen (zeitliches Intervall?).
 - 9.2 Muss die versicherte Person Tätigkeiten unterlassen, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können (Objektiver Zwang zur Aufgabe)?
Welche Tätigkeiten sind aus medizinischen Gründen in Zukunft zu meiden?
Bitte bezeichnen Sie diese Tätigkeiten möglichst genau.
 - 9.3 Sofern die Tätigkeit bereits aufgegeben wurde: Bestand der objektive Zwang zur Aufgabe der Tätigkeit?
 - 9.4 Besteht bei Fortsetzung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit unter unveränderten Bedingungen eine durch den Gesundheitszustand der versicherten Person begründete konkrete Gefahr der Entstehung, Verschlimmerung oder des Wiederauflebens einer Berufskrankheit?

Az.: , Name:

- 10 Wie hoch ist der medizinisch-funktionelle Anteil der Krankheitserscheinungen an der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), die durch die BK bedingt sind?
Seit wann und in welcher Höhe (ggf. abgestuft) liegt die MdE vor?
Bitte schätzen Sie die MdE in einer Gesamtschau der BK-Folgen ein und berücksichtigen Sie dabei die MdE-Tabelle der „Reichenhaller Empfehlung“. Soweit wegen Besonderheiten des Einzelfalls der Grad der MdE nicht aus der Begutachtungsempfehlung abgeleitet werden kann, bitten wir, den MdE-Vorschlag besonders zu begründen.
- 11 Sind wegen der Folgen der Berufskrankheit Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt?
Wenn ja, welche, mit welchem Behandlungsziel? Bedingen die Folgen der Berufskrankheit eine medikamentöse Behandlung der versicherten Person?
Sofern bereits eine Medikation erfolgt: Entspricht sie der Art und Schwere der Erkrankung?
- 12 Welche Einschränkungen sind ggf. bei einer beruflichen Neuorientierung wegen der Folgen der BK zu berücksichtigen?
Bestehen zusätzliche Einschränkungen wegen BK-unabhängiger Beschwerden/Erkrankungen?
- 13 Ist mit einer wesentlichen Änderung der Krankheitsfolgen zu rechnen?
Halten Sie eine Nachuntersuchung für erforderlich, ggf. wann?
- 14 Besteht wegen anderer als der obstruktiven Atemwegserkrankung bereits völlige und dauernde Erwerbsunfähigkeit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung, ggf. seit wann?

Bitte übersenden Sie uns das Gutachten in einfacher Ausfertigung.

Gebühren und Auslagen erhalten Sie nach der UV-GOÄ (Nummer *drop-down: ~ 160 / ~ 161*).

Unsere Unterlagen einschließlich der radiologischen Aufnahmen und Befunde sind beigelegt. Angefertigte Röntgenaufnahmen, fügen Sie bitte dem Gutachten bei.

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

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

Az.: , Name:

Benachrichtigen Sie uns bitte, wenn Sie das Gutachten nicht innerhalb von drei Wochen erstatten können.

Sofern Sie bei der Erstattung des Gutachtens eine andere Ärztin oder 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.

Die Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten und Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse unterliegen dem Sozialdatenschutz. Sie dürfen diese Daten nur zu dem Zweck verwenden, zu dem wir sie übermittelt haben. Ferner sind Sie verpflichtet das Sozialgeheimnis zu wahren und die Daten nicht Unbefugten zu übermitteln.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage

- Einladungsschreiben (V 9908)
- Röntgenaufnahmen, Befunde
- CT-Aufnahmen, Befunde
- Aktenauszug (Bl.)

Bitte zurücksenden 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)