

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 in der jeweils aktuellen Fassung:

- 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) – Bochumer Empfehlung -“ der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)
- die Leitlinie „Lungenfunktionsprüfungen in der Arbeitsmedizin“ der DGAUM
- die „Leitlinie zur Spirometrie“ der Deutschen Atemwegsliga, der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)
- 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).

...

Az.: _____, Name: _____

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

1. Welche Gesundheitsbeschwerden werden vorgetragen?
2. Liegt eine Quarzstaublungenerkrankung vor, ggf. seit wann?
3. Wie sind die silikotischen Lungenveränderungen nach der ILO-Klassifikation bzw. nach ICO-ERD 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 Quarzstaublungenerkrankung zugeordnet werden?
7. Welche Erkrankungen/Funktionseinschränkungen bestehen unabhängig von der Quarzstaublungenerkrankung?
8. Sofern eine Quarzstaublungenerkrankung bejaht wird, bitten wir nachfolgende Fragen zu beantworten; Frage 8.6 bitten wir auch für den Fall zu beantworten, dass eine Quarzstaublungenerkrankung 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 Quarzstaublungenerkrankung verursachten Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) ein? Ggf. mit welcher zeitlichen Staffelung seit ?
 - 8.3 Sind die Folgen der Quarzstaublungenerkrankung 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 Quarzstaublungenerkrankung ggf. wesentliche (Mit-)Ursache der Hilflosigkeit?

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 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.

Ist ein CT erforderlich, ist dieses als qualifiziertes Low-dose-Mehrzeilen-Volumen-HRCT nach dem jeweils aktuellen Stand des standardisierten Untersuchungsprotokolls zu erstellen. Aktualisierte Protokollversionen stehen online unter <http://www.ag-draue.drg.de/de-DE/1240/formulare> der Arbeitsgemeinschaft Diagnostische Radiologie arbeits- und umweltbedingter Erkrankungen der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) zur Verfügung.

Az.: _____, Name: _____

Ein LD-HRCT ist nach der internationalen CT-Klassifikation (ICOERD) zu beurteilen.

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 oder eine andere Ärztin 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, HRCT-Aufnahmen, Befunde
- Aktenauszug (Bl. _____)

Bitte zurücksenden an
Adresse UV-Träger

Az.:

Name:

Ihr Gutachtauftrag

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Unterlagen zur Durchführung der Begutachtung habe ich erhalten.

Die Untersuchung erfolgt am _____ .

(Datum)

(Unterschrift)