

Erkrankung , geb.  
– Anschrift: , Tel.:

bitte untersuchen Sie die versicherte Person und erstatten Sie uns ein Gutachten zum Vorliegen einer Berufskrankheit (BK) nach Nr. 2113 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV).

Die Stellungnahme/n des/r Präventionsdienstes haben wir beigefügt. Sofern die Angaben der versicherten Person über Art und Umfang der arbeitsbedingten Einwirkungen von den aktenkundigen Feststellungen abweichen, bitten wir vorab um Mitteilung, wenn dies für Ihre Beurteilung des Ursachenzusammenhangs relevant ist.

Angaben zur Krankheitsvorgeschichte entnehmen Sie bitte den beiliegenden medizinischen Unterlagen.

Bitte berücksichtigen Sie bei der Begutachtung folgende Leitlinien und Empfehlungen:

- Wissenschaftliche Begründung zur Berufskrankheit Nummer 2113

**Hinweis:** Die wissenschaftliche Begründung ist auf folgender Internetseite abrufbar:  
[baua.de](http://baua.de) > Suche > „Dokumente zu den einzelnen Berufskrankheiten“.

- Ggf. Leitlinie der AWMF: [awmf.org](http://awmf.org) > Suche > „005-003“,

...

Az.: , Name:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

- 1 Welche Gesundheitsbeschwerden/-störungen trägt die versicherte Person vor?
- 2 Worauf führt die versicherte Person ihre Gesundheitsbeschwerden/-störungen zurück?
- 3 Welche Befunde liegen vor?
  - 3.1 Klinische Befunde
  - 3.2 Radiologische Befunde
  - 3.3 Elektrophysiologische Befunde
  - 3.4 Wie ist der zeitliche Verlauf der Befunde?
- 4 Welche Diagnosen haben Sie nach den Befunden festgestellt und wie lautet die Klassifikation nach ICD-10?
- 5 Liegt das Krankheitsbild im Sinne der BK-Nr. 2113 vor? Wenn ja, seit wann?
- 6 Welche für die Zusammenhangsbeurteilung bedeutsamen Erkrankungen/Veränderungen haben Sie festgestellt?
- 7 Haben die arbeitsbedingten Einwirkungen die Erkrankung aus medizinischer Sicht (mit-)verursacht? Welche Tatsachen sprechen aus medizinischer Sicht für bzw. gegen einen Ursachenzusammenhang zwischen arbeitsbedingter Einwirkung und Erkrankung?
  - 7.1 Beruht das Krankheitsbild auf einer Vorerkrankung bzw. einem Vorschaden? Wenn ja, auf welcher/welchem?
    - 7.1.1 Handelt es sich um eine vorübergehende Verschlimmerung der Vorerkrankung bzw. des Vorschadens? Wenn ja, für welchen Zeitraum?
    - 7.1.2 Handelt es sich um eine dauernde Verschlimmerung der Vorerkrankung bzw. des Vorschadens?

Wenn ja, ist die Vorerkrankung bzw. der Vorschaden von dem hinzugetretenen arbeitsbedingten Schaden abgrenzbar?

Wenn nein, ist der gesamte Erkrankungsverlauf wesentlich beschleunigt und gefördert worden und hat einen anderen, schwereren Verlauf genommen?

Eine Verschlimmerung liegt auch dann vor, wenn ein Verschlimmerungsanteil nicht gesondert festgestellt werden kann, sondern die gesamte Entwicklung der Erkrankung durch die arbeitsbedingte Einwirkung ungünstig beeinflusst wird.
- 8 Haben weitere (konkurrierende) Faktoren die Erkrankung aus medizinischer Sicht (mit-)verursacht, ggf. welche? Welche Tatsachen sprechen aus medizinischer Sicht für bzw. gegen einen Ursachenzusammenhang zwischen diesen konkurrierenden Faktoren und der Erkrankung?
- 9 Welches Gewicht für die Verursachung der Erkrankung bzw. Verschlimmerung im Sinne der Frage 7.1 haben die arbeitsbedingten und konkurrierenden Faktoren aus medizinischer Sicht jeweils?

Diskutieren Sie bitte ausführlich aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht die Bedeutung dieser Faktoren und eine ggf. zwischen ihnen bestehende Wechselwirkung.

Az.: , Name:

Sofern nach Ihrer Einschätzung eine BK nach Nr. 2113 vorliegt, beantworten Sie bitte auch die Fragen 10 bis 13, anderenfalls gehen Sie direkt zu Frage 14.

- 10 Welche Folgen der BK liegen bis zum Zeitpunkt der Untersuchung vor?
- 11 In welchem Grad ist die Erwerbsfähigkeit durch die Folgen der BK gemindert; ab wann und für welchen Zeitraum (ggf. gestaffelt)? Bitte begründen Sie den MdE-Vorschlag unter Berücksichtigung der aktuellen MdE-Tabelle in Form eines Prozentwertes.
  - 11.1 Besteht wegen der unter 6 genannten Erkrankungen/Veränderungen bereits völlige und dauernde Erwerbsunfähigkeit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung, ggf. seit wann?
- 12 Empfehlen Sie kurative medizinische Maßnahmen? Wenn ja, welche?
- 13 Ist mit einer wesentlichen Änderung (Besserung oder Verschlimmerung) der Folgen der BK zu rechnen? Halten Sie eine Überprüfung des BK-Folgezustandes für angezeigt, ggf. wann?
- 14 Sofern die versicherte Person noch im Erwerbsleben steht und die konkrete Gefahr der Entstehung, der Verschlimmerung oder des Wiederauflebens einer BK besteht: Mit welchen Maßnahmen kann sie die Tätigkeit (am bisherigen Arbeitsplatz) fortsetzen? Bitte differenzieren und bezeichnen Sie die aus Ihrer Sicht in Betracht kommenden Maßnahmen möglichst genau:
  - Technische Maßnahmen am Arbeitsplatz,
  - Organisatorische Maßnahmen am Arbeitsplatz,
  - Persönliche Schutzmaßnahmen,
  - Medizinische Maßnahmen (z. B. Medikation).
- 15 Für den Fall, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit nicht weiter ausüben kann: Welche Einschränkungen sind bei einer beruflichen Neuorientierung wegen der Folgen der BK zu berücksichtigen (positives und negatives Leistungsbild, z. B. wenn keine repetitiven manuellen Tätigkeiten mit Beugung und Streckung der Handgelenke, Tätigkeiten durch erhöhten Kraftaufwand der Hände oder Tätigkeiten durch Hand-Arm-Schwingungen mehr möglich sind)? Bestehen zusätzliche Einschränkungen wegen berufsunabhängiger Erkrankungen?

Bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung, wenn eine Zusatzbegutachtung erforderlich ist oder das Gutachten nur nach mehrtägiger Beobachtung erstattet werden kann.

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

Angefertigte radiologische Aufnahmen und Befunde fügen Sie bitte dem Gutachten bei.

Wenn auf mehreren Fachgebieten eine messbare MdE durch die Folgen des Versicherungsfalls besteht, bitten wir Sie, in Ihrem Gutachten die MdE auf Ihrem Fachgebiet und insgesamt zu beurteilen. Hierbei sollen die einzelnen MdE-Grade nicht einfach addiert werden, sondern die MdE ist als Ganzes zu bewerten.

Bitte übersenden Sie uns das Gutachten in einfacher Ausfertigung.

Az.: , Name:

Gebühren und Auslagen erhalten Sie nach Nr. UV-GOÄ.

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

Sofern Sie eine Rückmeldung zur Einschätzung der Qualität und Verwertbarkeit Ihres Gutachtens wünschen, teilen Sie uns dies bitte auf der beiliegenden Rückinformation oder zusammen mit der Übersendung des Gutachtens mit.

Benachrichtigen Sie uns bitte, wenn die versicherte Person den Untersuchungstermin verschiebt, nicht wahrnimmt oder Sie das Gutachten aus anderen Gründen nicht innerhalb von drei Wochen erstatten können.

Sie sind verpflichtet, das Gutachten persönlich zu erstatten. Hierzu gehört, dass Sie der versicherten Person begegnen, um sich einen persönlichen Eindruck zu verschaffen. Die versicherte Person muss dabei die Möglichkeit haben, Ihnen die subjektiven Beschwerden persönlich zu schildern. Eine Übertragung dieser Kernaufgaben der Begutachtung ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht zulässig. Soweit Sie andere Ärztinnen oder Ärzte als Hilfskräfte hinzuziehen, insbesondere bei der Untersuchung, ist dies zu dokumentieren. Bitte bestätigen Sie dies am Ende des Gutachtens durch Ihre Unterschrift und den Zusatz: "Das Gutachten wird nach persönlicher Begegnung mit der versicherten Person sowie eigener Prüfung und Urteilsbildung erstattet".

Die Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten sowie 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)
- Bildgebung, Befunde
- Messblatt Finger (F 4220)
- Messblatt obere Gliedmaßen (F 4222)
- Skizze Hand (F 4232)
- Aktenauszug (Bl. )
-

Zurück an

Az.:

Name:

Ihr Gutachtenauftrag

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Unterlagen zur Durchführung der Begutachtung habe ich erhalten.

Die Untersuchung erfolgt am \_\_\_\_\_ .

Ich möchte eine Rückmeldung zur Einschätzung der Qualität und Verwertbarkeit des Gutachtens.

Nein       Ja

---

(Datum)

---

(Unterschrift)