

## I. Erläuterungen zur ärztlichen Anzeige bei begründetem Verdacht auf Vorliegen einer Berufskrankheit

Die frühzeitige Anzeige eines ärztlich begründeten Verdachts auf das Vorliegen einer Berufskrankheit (BK) liegt vor allem im Interesse der versicherten Person. Je früher der Unfallversicherungsträger (UV-Träger) von einem solchen Verdacht Kenntnis erhält, desto eher kann das Feststellungsverfahren zur Prüfung von Leistungsansprüchen (Individualprävention, Rehabilitation, Leistungen in Geld etc.) beginnen und ggf. im Sinne der Generalprävention gehandelt werden. Ein sorgfältiges und vollständiges Ausfüllen erspart der versicherten Person Verzögerungen im Feststellungsverfahren.

Jede Ärztin bzw. jeder Arzt (Zahnärztin/Zahnarzt, Hausärztin/Hausarzt etc.) ist nach § 202 Sozialgesetzbuch VII (SGB VII) **gesetzlich** verpflichtet, die BK-Anzeige zu erstatten, und zwar auch dann, wenn die versicherte Person widerspricht. Es kann nur davon abgesehen werden, wenn definitiv Gewissheit besteht, dass diese BK bereits ärztlich gemeldet ist.

**Wann** ist eine BK-Anzeige zu erstatten?

Die BK-Anzeige ist zu erstatten, wenn der ärztlich begründete Verdacht besteht, dass eine BK im Sinne der Liste (Anlage der BK-Verordnung) vorliegt.

Eine Meldung für die Fälle des § 9 Abs. 2 SGB VII kann nur mit dem Einverständnis der versicherten Person erstattet werden.

Wichtige Hinweise zu den einzelnen Listenberufskrankheiten enthalten die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales veröffentlichten „Merkblätter für die ärztliche Untersuchung“. Weitere Informationen enthalten – soweit vorhanden – die ausführlichen wissenschaftlichen Begründungen für die Aufnahme einer Krankheit in die BK-Liste, die vom Ärztlichen Sachverständigenbeirat, Sektion „Berufskrankheiten“, erarbeitet worden sind. Die aktuelle BK-Liste, Merkblätter und wissenschaftliche Begründungen können unter <http://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Berufskrankheiten/Merkblaetter.html> abgerufen werden.

Ein begründeter Verdacht liegt vor, wenn die Krankheitserscheinungen mit den zu erfragenden persönlichen Arbeitsbedingungen in einem Zusammenhang stehen könnten. Voraussetzung ist, dass Stoffe arbeitsbedingt verwendet wurden bzw. Einwirkungen vorlagen, die mit der Erkrankung in eine Wechselbeziehung gebracht werden können, z. B. Gonarthrose bei langjähriger Tätigkeit im Fliesenlegehandwerk; Plattenepithelkarzinom durch langjähriges Arbeiten im Freien im Maurerhandwerk; Rhinopathie im Backhandwerk; Schwerhörigkeit im Schlosserhandwerk; Atemwegserkrankungen nach früherem Umgang mit Asbest.

Die Anzeige ist **unverzüglich**, das heißt ohne schuldhaftes Zögern, von der Ärztin oder von dem Arzt zu erstatten.

**Wer** erhält die BK-Anzeige?

– Der vermutlich zuständige UV-Träger oder die für den Beschäftigungsort der versicherten Person zuständige Landesbehörde für den medizinischen Arbeitsschutz.

– **Ein Exemplar** verbleibt für die Praxisdokumentation.

Was ist bei **Todesfällen**, besonders **schweren Berufskrankheiten** oder **Massenerkrankungen** zu beachten?

Todesfälle, besonders schwere Berufskrankheiten (wie z. B. Krebserkrankungen) und Massenerkrankungen sind **sofort** per Telefon, Fax oder E-Mail dem zuständigen UV-Träger bzw. der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle zu melden.

## II. Erläuterungen zu einzelnen Fragen der BK-Anzeige

- 11 Neben den Krankheitserscheinungen sind die erhobenen Befunde und Untersuchungsergebnisse z. B. des Urins, des Blutes, von Allergietestungen, von radiologischen Untersuchungen, Audiogrammen und Ähnliches anzugeben und beizufügen. Der Untersuchungsbefund kann auf einem Beiblatt fortgesetzt werden. Sonstige Unterlagen (z. B. Vorsorgeuntersuchungsunterlagen, Krankenhausentlassungsberichte etc.) sind ebenfalls beizufügen.
- 13 Es wird insbesondere um Angaben zu gleichen oder ähnlichen früheren Erkrankungen gebeten.
- 14 Hier sind Angaben über gefährdende Stoffe und Einwirkungen, denen die versicherte Person an ihrem Arbeitsplatz ausgesetzt war/ist, zu machen.
- 17 Bei gesetzlicher Krankenversicherung mit Anspruch auf Krankengeld genügen Name, PLZ und Ort der Kasse; in anderen Fällen bitte Art der Versicherung angeben (z. B. Privatversicherung, Krankenversicherung für Rentnerinnen und Rentner, Familienversicherung, freiwillige Versicherung bei gesetzlicher Krankenkasse).
- 19 Die Ärztin oder der Arzt ist verpflichtet, die versicherte Person über den Inhalt der Anzeige zu unterrichten und den UV-Träger bzw. die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Stelle zu benennen, dem/der die Anzeige übersandt worden ist (§ 202 Satz 2 SGB VII).

### Auszug aus dem SGB VII

#### § 9 Berufskrankheit

(1) Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden. Die Bundesregierung wird ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind; sie kann dabei bestimmen, daß die Krankheiten nur dann Berufskrankheiten sind, wenn sie durch Tätigkeiten in bestimmten Gefährdungsbereichen verursacht worden sind oder wenn sie zur Unterlassung aller Tätigkeiten geführt haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können. In der Rechtsverordnung kann ferner bestimmt werden, inwieweit Versicherte in Unternehmen der Seefahrt auch in der Zeit gegen Berufskrankheiten versichert sind, in der sie an Land beurlaubt sind.

(2) Die Unfallversicherungsträger haben eine Krankheit, die nicht in der Rechtsverordnung bezeichnet ist oder bei der die dort bestimmten Voraussetzungen nicht vorliegen, wie eine Berufskrankheit als Versicherungsfall anzuerkennen, sofern im Zeitpunkt der Entscheidung nach neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft die Voraussetzungen für eine Bezeichnung nach Absatz 1 Satz 2 erfüllt sind.

#### § 202 Anzeigepflicht von Ärzten bei Berufskrankheiten

Haben Ärzte oder Zahnärzte den begründeten Verdacht, daß bei Versicherten eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle in der für die Anzeige von Berufskrankheiten vorgeschriebenen Form (§ 193 Abs. 8) unverzüglich anzuzeigen. Die Ärzte oder Zahnärzte haben die Versicherten über den Inhalt der Anzeige zu unterrichten und ihnen den Unfallversicherungsträger und die Stelle zu nennen, denen sie die Anzeige übersenden. § 193 Abs. 7 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

# ÄRZTLICHE ANZEIGE BEI VERDACHT AUF EINE BERUFSKRANKHEIT

1 Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes

2 Empfänger/-in

┌

┐

└

┘

|   |                |     |       |      |
|---|----------------|-----|-------|------|
| 3 Name, Vorname der versicherten Person | 4 Geburtsdatum | Tag | Monat | Jahr |
|   | :              | :   | :     | :    |
|   | :              | :   | :     | :    |

|                      |              |     |
|----------------------|--------------|-----|
| 5 Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
|                      | :            | :   |
|                      | :            | :   |

|              |                       |   |     |       |      |
|--------------|-----------------------|---|-----|-------|------|
| 6 Geschlecht | 7 Staatsangehörigkeit | 8 Ist die versicherte Person verstorben?                      | Tag | Monat | Jahr |
|              |                       | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am | :   | :     | :    |
|              |                       |   | :   | :     | :    |

9 Fand eine Leichenöffnung statt? Wenn ja, wann und durch wen?

10 Welche Berufskrankheit(en) kommt/kommen in Betracht? (ggf. BK-Nummer/BK-Nummern)

11 Krankheitserscheinungen, Beschwerden der versicherten Person, Ergebnis der Untersuchung mit Diagnose (Befundunterlagen bitte beifügen), Angaben zur Behandlungsbedürftigkeit

12 Wann traten die Beschwerden erstmals auf?

13 Erkrankungen oder Bereiche von Erkrankungen, die mit dem Untersuchungsergebnis in einem ursächlichen Zusammenhang stehen können

14 Welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe am Arbeitsplatz bzw. welche Tätigkeiten werden für die Entstehung der Erkrankung als ursächlich angesehen? Welche Tätigkeiten übt/übte die versicherte Person wie lange aus?

15 Besteht Arbeitsunfähigkeit? Wenn ja, voraussichtlich wie lange?

16 In welchem Unternehmen ist oder war die versicherte Person zuletzt tätig? In welchem Unternehmen war die versicherte Person den unter Nummer 14 genannten Einwirkungen und Stoffen zuletzt ausgesetzt?

17 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)

18 Behandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses (soweit bekannt auch Telefon-Nr. und/oder Fax-Nr.)

19 Die/der Unterzeichnende bestätigt, die versicherte Person über den Inhalt der Anzeige und den Empfänger/die Empfängerin (Unfallversicherungsträger oder für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Landesbehörde) informiert zu haben.

|          |             |                            |
|----------|-------------|----------------------------|
| 20 Datum | Ärztin/Arzt | Telefon-Nr. für Rückfragen |
|----------|-------------|----------------------------|

|                |      |
|----------------|------|
| Bankverbindung | IBAN |
|----------------|------|

# ÄRZTLICHE ANZEIGE BEI VERDACHT AUF EINE BERUFSKRANKHEIT

1 Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes

2 Empfänger/-in

|   |   |
|---|---|
| ┌ | └ |
| └ | ┌ |

|   |                |     |       |      |
|---|----------------|-----|-------|------|
| 3 Name, Vorname der versicherten Person | 4 Geburtsdatum | Tag | Monat | Jahr |
|   | :              | :   | :     | :    |
|   | :              | :   | :     | :    |

|                      |              |     |
|----------------------|--------------|-----|
| 5 Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
|                      | :            |     |
|                      | :            |     |

|              |                       |  |     |       |      |
|--------------|-----------------------|--|-----|-------|------|
| 6 Geschlecht | 7 Staatsangehörigkeit | 8 Ist die versicherte Person verstorben? | Tag | Monat | Jahr |
|              |                       | <input type="checkbox"/> Nein            | :   | :     | :    |
|              |                       | <input type="checkbox"/> Ja, am          | :   | :     | :    |

9 Fand eine Leichenöffnung statt? Wenn ja, wann und durch wen?

10 Welche Berufskrankheit(en) kommt/kommen in Betracht? (ggf. BK-Nummer/BK-Nummern)

11 Krankheitserscheinungen, Beschwerden der versicherten Person, Ergebnis der Untersuchung mit Diagnose (Befundunterlagen bitte beifügen), Angaben zur Behandlungsbedürftigkeit

12 Wann traten die Beschwerden erstmals auf?

13 Erkrankungen oder Bereiche von Erkrankungen, die mit dem Untersuchungsergebnis in einem ursächlichen Zusammenhang stehen können

14 Welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe am Arbeitsplatz bzw. welche Tätigkeiten werden für die Entstehung der Erkrankung als ursächlich angesehen? Welche Tätigkeiten übt/übte die versicherte Person wie lange aus?

15 Besteht Arbeitsunfähigkeit? Wenn ja, voraussichtlich wie lange?

16 In welchem Unternehmen ist oder war die versicherte Person zuletzt tätig? In welchem Unternehmen war die versicherte Person den unter Nummer 14 genannten Einwirkungen und Stoffen zuletzt ausgesetzt?

17 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)

18 Behandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses (soweit bekannt auch Telefon-Nr. und/oder Fax-Nr.)

19 Die/der Unterzeichnende bestätigt, die versicherte Person über den Inhalt der Anzeige und den Empfänger/die Empfängerin (Unfallversicherungsträger oder für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Landesbehörde) informiert zu haben.

|          |             |                            |
|----------|-------------|----------------------------|
| 20 Datum | Ärztin/Arzt | Telefon-Nr. für Rückfragen |
|----------|-------------|----------------------------|

|                |      |
|----------------|------|
| Bankverbindung | IBAN |
|----------------|------|