

Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge nach G 20 „Lärm“

Vorwort

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlagen
2. Arbeitsmedizinische Vorsorge „Lärm“
3. Untersuchungstechniken
4. Erkrankungen des Hörorgans
5. Beratung des Beschäftigten und des Unternehmers
- 6. Versicherungsmedizin**
7. Kasuistik
8. Weiterführende Literatur und andere Quellen
9. Stichwortverzeichnis
10. Anhang
11. Abbildungsverzeichnis

6 Versicherungsmedizin

6.1 Versicherungsrecht, Berufskrankheit Lärmschwerhörigkeit (BK 2301)

Klaus Ponto

Berufskrankheiten sind Krankheiten, die nach den allgemein anerkannten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft bei Beschäftigten durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen sie bei ihrer Tätigkeit in erheblich höherem Maße als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind.

Berufskrankheiten werden von der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates näher bezeichnet.

Sie sind in der Anlage 1 der Berufskrankheiten – Verordnung (BKV) aufgelistet.

Krankheiten, die als Berufskrankheiten nicht bezeichnet sind, können wie eine Berufskrankheit anerkannt werden, wenn zum Zeitpunkt der Entscheidung nach neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft die zuvor genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Die Bundesregierung stützt sich bei Entscheidungen in diesen Fragen auf einen Sachverständigenbeirat.

Haben Ärzte oder Zahnärzte den begründeten Verdacht, dass bei Personen eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem zuständigen Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle unverzüglich anzuzeigen. Haben Unternehmer Anhaltspunkte, dass bei Personen, die in ihrem Unternehmen beschäftigt sind, eine Berufskrankheit vorliegt, so müssen sie dies spätestens drei Tage nach deren Kenntnis den oben genannten Stellen ebenfalls anzuzeigen.

Kriterien für einen begründeten Verdacht auf eine Lärmschwerhörigkeit sind dem „Merkblatt zur Berufskrankheit Nr. 2301 vom 05.08.2008 der Anlage zur Berufskrankheiten – Verordnung: Lärmschwerhörigkeit“, s. Abschn. 6.2 und dem Abschn. 4.3.3 des „Königsteiner Merkblattes“ zu entnehmen. Im letzteren wird zwischen einem Versicherungsfall und einem Leistungsfall unterschieden. Ein Versicherungsfall ist danach eingetreten, wenn eine lärmbedingte Hörstörung objektiv messbar ist, ohne dass ein messbarer Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) vorliegt.

Ein Leistungsfall liegt vor, wenn die Versorgung mit einer Hörhilfe erforderlich ist bzw. wenn aufgrund einer MdE Anspruch auf eine Rente des Unfallversicherungsträgers besteht.

Nach dem Merkblatt Nr. 2301 ist bereits der Verdacht auf eine anzeigepflichtige Lärmschwerhörigkeit begründet, „... wenn Versicherte eine Reihe von Jahren unter Lärmbedingungen gearbeitet haben oder wenn sie kurzzeitig besonders hohen, intensiven Lärmbelastungen ausgesetzt waren und die Hörminderung dem Bilde einer lärmbedingten Innenohrschwerhörigkeit entspricht. Auch bei akustischen Traumen im Sinne von Knalltraumen oder bei anderen Schallereignissen hoher Intensität soll eine BK- Verdachtsanzeige erstattet werden“.

Eine Anzeige sollte auf jeden Fall erstattet werden, wenn

- ein beidseitiger arbeitslärmbedingter Hörverlust von 40 dB oder mehr bei 3 kHz vorliegt (Definition des Gehörschadens; MdE von 10 % oder mehr zu erwarten),
- die Versorgung mit einer Hörhilfe nach den Heil- und Hilfsmittelrichtlinien der Krankenkassen erforderlich wird,
- das Verschlimmern einer vorliegenden lärmbedingten Hörstörung durch personenbezogene Maßnahmen im Zusammenwirken mit dem Unfallversicherungsträger wirksam verhütet werden kann. Dies betrifft vor allem Beschäftigte, die noch einen bedeutenden Teil ihres Arbeitslebens gegenüber Lärm exponiert sind.

Entscheidend für eine Verdachtsanzeige nach dem Merkblatt BK 2301 ist weiterhin, dass der Beschäftigte einer mehrjährigen bzw. langjährigen beruflichen Lärmexposition mit Lärmpegeln von 85 dB(A) oder mehr oder Spitzenschalldruckpegeln von deutlich mehr als 137 dB(C) ausgesetzt war und eine messbare Hörfunktionsstörung vorliegt, die dem Bilde einer lärmbedingten Innenohrschädigung entspricht.

Die Anzeigen sind formgebunden mit den entsprechend der Unfallversicherungs – Anzeigerverordnung vorgegebenen Formularen (F 6000), s. Abschn. 6.3 Abb. 6.1, zu erstatten.

Daneben können Beschäftigte selbst formlos den Verdacht an die vorgenannten Stellen äußern, dass bei ihnen eine Berufskrankheit besteht.

In einem Feststellungsverfahren ermittelt dann der zuständige Unfallversicherungsträger, ob die erforderlichen Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit erfüllt sind.

So muss im konkreten Einzelfall bewiesen sein, dass die Erkrankung eine vom Gesetzgeber als Berufserkrankung bezeichnete ist oder nach den neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft die genannten Voraussetzungen erfüllt. Daneben müssen ggf. die besonderen Einwirkungen in entsprechender Höhe und Dauer vorgelegen haben.

Eine Anerkennung als Berufskrankheit kann erfolgen, wenn der Zusammenhang zwischen der besonderen Einwirkung und der Erkrankung hinreichend wahrscheinlich ist.

Bei Vorliegen einer Berufskrankheit haben die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung die Heilbehandlung mit allen geeigneten Mitteln durchzuführen und im gegebenen Fall die Entschädigung in Form von Verletzten- oder Hinterbliebenenrente zu übernehmen.

Besteht bei Personen im Einzelfall die konkrete Gefahr des Entstehens, Wiederauflebens oder der Verschlimmerung einer Berufskrankheit, so haben die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung der Gefahr mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken.

Als Maßnahmen können in Betracht kommen:

technische und organisatorische Maßnahmen am Arbeitsplatz der betroffenen Person

persönliche Schutzmaßnahmen

vorbeugende Heilbehandlung.

Wenn die Maßnahmen nicht ausreichen, kann der Unfallversicherungsträger die Person auffordern, die gefährdende Tätigkeit zu unterlassen. Ist dies der Fall, werden auf Kosten des Unfallversicherungsträgers Maßnahmen der Berufshilfe, die von Hilfen zur Erlangung eines neuen Arbeitsplatzes bis hin zur beruflichen Anpassung, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung reichen können, durchgeführt.

Entstehen der betroffenen Person durch die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit ein Minderverdienst oder sonstige wirtschaftliche Nachteile, so wird dies durch Übergangsleistungen des Unfallversicherungsträgers ausgeglichen.

6.2 Merkblatt zur Berufskrankheit Nr. 2301 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung: Lärmschwerhörigkeit

Berufskrankheiten-Verordnung

Merkblätter zu Berufskrankheiten

Bek. des BMAS v. 1.7.2008 – IVa 4-45222-2301

GMBI Nr. 39 vom 5. August 2008, S. 798-800

Der Ärztliche Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat die nachstehende Neufassung des Merkblattes zu der Berufskrankheit Nr. 2301 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung verabschiedet, die hiermit bekannt gemacht wird.

Merkblatt zu der Berufskrankheit Nr. 2301 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung: Lärmschwerhörigkeit

I. Gefahrenquellen

Lärm und seine Beurteilung

Lärm im Sinne dieses Merkblattes ist jeder Schall (Geräusch), der das Gehör schädigen kann und der gleichmäßig als Dauerlärm oder stark schwankend oder als Impulslärm auf die Versicherten eingewirkt hat. Sehr kurze Spitzenschalldruckpegel (Dauer < 10 msec) hoher Intensität (> 137 dB(C)), die unter anderem beim Schießen und bei Explosionen oder beim Richten von Metallen mit Hammerschlägen entstehen können, sind gesondert zu betrachten, weil sich deren Schädigungsmechanismus von dem einer chronischen Lärmeinwirkung niedrigerer Intensität unterscheidet (vgl. Abschnitt II). Bei einem Tages-Lärmexpositionspegel² von mehr als 90 dB(A) und lang andauernder Einwirkung besteht für einen beträchtlichen Teil der Betroffenen die Gefahr einer Gehörschädigung. Gehörschäden werden auch bereits durch langjährigen Lärm verursacht, dessen Tages-Lärmexpositionspegel den Wert von 85 dB(A) erreicht oder überschreitet. Der am Arbeitsplatz dauernd oder nur kurzfristig einwirkende Lärm wird mit einem Filter (A) gemessen, der das Messgerät der Empfindungsfähigkeit des menschlichen Ohres annähert. Die so registrierten Schallpegel werden in einen für den Arbeitsplatz repräsentativen Zeitraum fortlaufend erfasst. Das Integral unter der Erfassungskurve ist der energieäquivalente Tages-Lärmexpositionspegel, der die Wirkung eines Geräusches auf das Ohr kennzeichnet. Er ist der Pegel eines für die Dauer einer achtstündigen Arbeitsschicht konstanten Geräusches oder, bei zeitlich schwankendem Pegel, der diesem gleichgesetzte Pegel. Wenn die Tages-Lärmexpositionspegel an den Tagen einer Arbeitswoche unterschiedlich sind, wird der Wochen-Expositionspegel auf eine 40stündige Arbeitswoche bezogen.

Am Arbeitsplatz kann Lärm nach mehrjähriger Einwirkung zu Lärmschäden des Gehörs führen. Bei sehr hohen Lautstärken sind bleibende Gehörschäden auch schon nach wenigen Tagen oder Wochen möglich. Geräusche, bei denen Frequenzen über 1000 Hz vorherrschen, und schlagartige Geräusche hoher Intensität, z. B. Hammerschläge auf Metall, sind für das Gehör besonders gefährlich.

Wirken Schallereignisse auf das Ohr ein, deren Pegel oberhalb von 137 dB(C) liegen, ist

² Der Tages-Expositionspegel (früher Beurteilungspegel) wird derzeit nach DIN 45645-2 „Ermittlung von Beurteilungspegeln aus Messungen - Teil 2: Geräuschmissionen am Arbeitsplatz“ bestimmt. Eine internationale Norm, die detaillierter ist als die ISO 1999, ist in Vorbereitung (ISO/CD 9612). Überblick dazu bei (8)

innerhalb von wenigen Millisekunden eine mechanische Zerstörung der Haarzellen des Innenohres möglich (Knall- oder Explosionstraumen) (1, 2, 3).

Nach der Verordnung zum Schutz der Beschäftigten vor Gefährdungen durch Lärm und Vibrationen³ haben die Beschäftigten beim Überschreiten eines Tages-Lärmexpositionspegels von 85 dB (A) oder eines Spitzenschalldruckpegels von 137 dB (C) Gehörschutz zu tragen.

(4). Wenn Tages-Lärmexpositionspegel von 80 dB (A) oder Spitzenschalldruckpegel von 135 dB (C) überschritten werden, hat der Arbeitgeber den Beschäftigten Gehörschutz zur Verfügung zu stellen. Aus präventiven Gesichtspunkten wurden Grenzwerte für Arbeitschutzmaßnahmen festgesetzt, bei denen nach den Erfahrungen nur noch ein sehr geringes bzw. kein nennenswertes Risiko für eine Lärmschwerhörigkeit besteht.

Gefährdende Tätigkeiten

Arbeiten, bei denen der Tages-Lärmexpositionspegel überschritten wird, kommen in vielen Gewerbebranchen vor. Besonders vielfältig und häufig sind sie bei der Metallbearbeitung und -verarbeitung, bei Form- und Richtarbeiten mit dem Hammer, Arbeiten in Draht-, Schrauben- und Nagelfabriken, beim Gussputzen, Schleifen mit hochtourigen Werkzeugen, bei der Blechbearbeitung, bei allen Arbeiten mit Druckluftwerkzeugen, Strahlarbeiten, beim Aufbringen von Metallen im Spritzverfahren (Flammspritzen), bei manchen Schweiß- und Schneidarbeiten, insbesondere Plasmaschneiden, Arbeiten an Schmieden und Pressen, im Bergbau, bei der Erprobung und Wartung von militärtechnischem Gerät, an Motorprüfständen, im Bereich von Gasturbinen, Kompressoren und Gebläsen, bei der Holzbearbeitung (Hobelmaschinen, Sägen), in der Textilindustrie (Web- und Spinnmaschinen), an Falz- und Druckmaschinen, in der Lebensmittelindustrie (Flaschenabfüllerei, Fleischcutter); beim Gewinnen und Bearbeiten von Steinen und Baumaterial aus Ton, Kalksandstein und Beton, bei Bauarbeiten (Abbruch, Rammen, Planierarbeiten, Bagger und Gleisstopfmaschinen), beim Recycling von Baumaterialien, im Luftverkehr (vor allem beim Bodenpersonal), im Schiffsverkehr (Maschinenräume), in der Land- und Forstwirtschaft sowie im Gartenbau, beim Betrieb lauter Arbeitsgeräte (z. B. Kettensäge, Freischneider, Rasenmäher und Häcksler), und bei Berufsmusikern. Der Betrieb von sehr lauten Werkzeugen (z. B. Kettensäge, Schlagbohrer) kann zu einem Tages-Expositionspegel > 90 dB (A) führen, auch wenn die Arbeiten damit nur einen relativ geringen Zeitanteil an der Arbeitszeit haben. Allein der 15minütige Betrieb einer Kettensäge mit einem Lärmpegel von 105 dB(A) führt zu einem Tages-Expositionspegel von 90 dB(A). Weil es in sehr vielen Arbeitsbereichen kurzfristig hohe Lärmpegel und auch Spitzenpegel von > 137 dB (C) geben kann, kommt der sorgfältigen Arbeitsanamnese für die Beurteilung der Lärmbelastung große Bedeutung zu.

Schallereignisse mit Intensitäten oberhalb von 137 dB (C) entstehen z.B. beim Abfeuern von Handfeuerwaffen, Gewehren und militärischen Geschossen, beim Abfeuern von Feuerwerk und Böllern und beim Zünden des Airbags, bei Richtarbeiten an Stahlkonstruktionen mit Vorschlagshämmern. Auch bei Musikaufführungen können im Orchester oder auf der Bühne Schallereignisse mit hohen Intensitäten auftreten. Diese Belastungen kommen vor bei Büchsenmachern und Waffenmeistern, insbesondere beim Einschließen von Gewehren oder militärtechnischen Gerät, Schießausbildern, sowie beim Sprengen, bei Stahlbaumonturen und bei anderen Tätigkeiten in der Metallindustrie, in denen Metallkonstruktionen und -bleche mechanisch durch Hammerschläge gerichtet oder bearbeitet werden müssen, und bei Berufsmusikern.

II. Pathophysiologie

Die Schallwellen gelangen durch Luftleitung über den Gehörgang und - in schwächerem Maße - als Körperschall über die Schädelknochen zum Innenohr. Sie führen dort zunächst

³ Durch Vibrationen wird keine Lärmschwerhörigkeit verursacht. Die Regelungen zum Schutz der Beschäftigten wurden in einer Verordnung zusammengefasst.

zu einer Ermüdung der Sinneszellen der unteren Schneckenwindung im Sinne einer reversiblen Vertäubung und einer vorübergehenden Schwellenabwanderung im Tonaudiogramm. In dieser Phase können sich die Sinneszellen durch eine ausreichend lange Lärmpause (> 14 h) vollständig erholen (Kompensationsphase). Wenn die Erholungsmöglichkeit durch Lärmpausen von entsprechender Dauer nicht mehr gegeben ist, kommt es zu einem Dauerschaden durch Stoffwechsellerschöpfung und nachfolgenden Zelltod. Die abgestorbenen Haarzellen können nicht neu gebildet werden, die einmal eingetretene Lärmschwerhörigkeit ist deshalb auch nicht heilbar. Das Ausmaß des Lärmschadens nimmt mit der Dauer der Lärmexposition und mit der Lärmintensität zu. Nach etwa 15-20 Jahren wird infolge des Untergangs aller durch Lärm zerstörbaren Zellen eine "Sättigungsphase" erreicht. Nach beendeter Lärmexposition schreitet die lärmbedingte Schädigung des Innenohres durch Lärm nicht mehr weiter fort.

Der Stapediusreflex führt zu einer gewissen Versteifung der Gehörknöchelchenkette und damit zu einer Verschlechterung der Ankopplung des Trommelfells an das Innenohr. Dieser stellt bei Dauerlärm mit tieffrequenten Anteilen für nur kurze Zeit (< 10 min) einen zwar wirksamen aber keinesfalls ausreichenden Schutzmechanismus für das Innenohr dar. Da die Muskelanspannung, die zu der Versteifung führt, erst mit einer gewissen Verzögerung eintritt und nach kurzer Zeit ohne Lärmeinwirkung (< 1 s) wieder abfällt, kann dieser eingeschränkte Schutz bei Impulslärm nicht wirksam werden (5).

Schallereignisse mit einer Intensität von mehr als 137 dB (C) können zu direkten mechanischen Schäden des Innenohrs führen (2, 3). Ob und wie durch die gleichzeitige Einwirkung von Lärm und ototoxischen Substanzen eine Wirkungsverstärkung eintritt, ist pathophysiologisch für den Menschen im Detail nicht geklärt (6).

III. Krankheitsbild und Diagnose

Die Lärmschwerhörigkeit ist eine Schallempfindungsschwerhörigkeit vom Haarzelltyp, d. h. eine Innenohrschwerhörigkeit, und keine Schalleitungsstörung. Zunächst ist die Wahrnehmung der höheren, später erst die der mittleren und evt. der tieferen Töne beeinträchtigt. Bei der Lärmschwerhörigkeit besteht eine große Differenz zwischen den Hörweiten für Umgang- und Flüstersprache. Im Tonaudiogramm stimmen die Hörschwellenkurven für Luft- und für Knochenleitung in den messtechnisch bedingten Grenzen überein. Die chronische Schwerhörigkeit durch Lärm tritt immer doppelseitig auf, sie muss aber nicht streng symmetrisch ausgebildet sein; Seitendifferenzen mahnen allerdings zu kritischer Klärung und Beurteilung (7). Sie sind bei extrem einseitiger Beschallung möglich. Subjektive Ohrgeräusche (Tinnitus) werden verhältnismäßig häufig angegeben, sind aber nicht spezifisch für eine Schwerhörigkeit durch Lärm. Gleichgewichtsstörungen gehören nicht zum Krankheitsbild. Eine vollständige Ertaubung durch Lärmeinwirkung gibt es nicht (7).

Schon die beginnende Gehörschädigung durch Lärm kann mittels Tonaudiogramm durch typischen pathognomonischen Hörverlust im Frequenzbereich um 4000 Hz (sog. c5-Senke) festgestellt werden. Auch später ist noch für längere Zeit ein Überwiegen der Hochtonstörung feststellbar, aus der Hochtonsenke kann ein Hochtonabfall werden. Der Hauptsprachbereich (500-2000 Hz) wird erst spät beeinträchtigt.

Ein Lautheitsausgleich (Recruitment), möglichst durch mehrere überschwellige Prüfmethode bestätigt, spricht für eine Schädigung der Sinneszellen des Corti-Organ durch Lärm. Differentialdiagnostisch ist eine Schalleitungs-(Mittelohr-)Schwerhörigkeit leicht auszuschließen (u. a. im Tonaudiogramm in nicht nur einer Frequenz mehr als 10 dB Differenz zwischen Luft- und Knochenleitung); weitere Hinweise auf die Möglichkeit einer gestörten Schalleitung sind morphologische Veränderungen und Bewegungseinschränkungen der Trommelfelle, eine behinderte Tubendurchgängigkeit oder eine Fixation der Gehörknöchelchenkette. Schwieriger gestaltet sich der Ausschluss von beidseitigen Schalleitungsstörungen anderer Ursachen. Neben dem Recruitment ist vor allem die Form des Tonaudiogramms von Bedeutung. Nur der basocochleäre Typ spricht für Schwerhörigkeit durch Lärm, während mediocochleäre Typen für eine andere Lokalisation im Schneckenwindungssystem entweder im Sinne einer erblichen oder einer Hörnervenschwerhörigkeit sprechen, pancochleäre Formen deuten eher auf eine lärmfremde Ursache hin, z. B. auf eine weit fortgeschrit-

tene Menière'sche Krankheit.

Diagnostische Verfahren zur sicheren Differenzierung zwischen einer physikalischen und chemischen Verursachung existieren nach dem derzeitigen Kenntnisstand nicht (6). Eine konstitutionelle degenerative Innenohrschwerhörigkeit muss nicht immer erkennbar erblich sein; sie ist häufig erheblich seitendifferent, ihr Beginn ist vielfach schon auf die Zeit vor der Lärmexposition zurückzuführen. Auch muss man bei einem auffälligen Missverhältnis zwischen Schwere der Hörstörung und Dauer und/oder Intensität der Lärmexposition an degenerative Prozesse, z. B. auch in ursächlichem Zusammenhang mit einer cerebravaskulären Erkrankung, denken. Auch ein Durchblutungsmangel des Innenohrs z. B. infolge einer vertebraalen Störung der Halswirbelsäule ist zu beachten.

IV. Weitere Hinweise

Zur Anzeigepflicht: Der Verdacht auf eine anzeigespflichtige Lärmschwerhörigkeit ist begründet, wenn Versicherte eine Reihe von Jahren unter Lärmbedingungen gearbeitet haben oder wenn sie kurzzeitig besonders hohen, intensiven Lärmbelastungen (siehe Abschnitt „Gefährdende Tätigkeiten“) ausgesetzt waren und die messbare Hörfunktionsstörung dem Bilde einer lärmbedingten Innenohrschwerhörigkeit entspricht. Ein bestimmtes Ausmaß der Hörminderungen ist nicht Voraussetzung für die Verdachtsanzeige. Der Versicherungsfall ist eingetreten und als Berufskrankheit anzuzeigen und dann ggf. anzuerkennen, wenn eine lärmbedingte Hörstörung messbar ist, auch ohne dass eine MdE vorliegt.

Auch bei akustischen Traumen im Sinne von Knalltraumen oder bei anderen Schallereignissen hoher Intensität (> 137 dB (C)) soll eine Berufskrankheiten-Verdachtsanzeige erstattet werden. Der Unfallversicherungsträger wird dann ggf. zunächst prüfen, ob es sich unter versicherungsrechtlichen Aspekten um einen Arbeitsunfall oder um eine Berufskrankheit handelt.

V. Literatur

1. Feldmann, Harald, unter Mitarbeit von: J. Alberty, T. Brusis, T. Deitmer, K.W. Delank, S. Hartmann, K.-B. Hüttenbrink, W. Stoll
Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes, 6. überarbeitete und aktualisierte Auflage
Thieme Verlag, Stuttgart (2006) S. 163 ff
2. Fleischer, G. Müller, R.: On the relation between exposure to sound and auditory performance, In: Proceedings of SAE Conference on Sound and Vibration Michigan 16-19.05 2005, ISBN 0-7680-1657-6
3. Spoendlin, H.: Akustisches Trauma in: Berendes et al. (Hrsgg.) Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde in Praxis und Klinik, Band 6, Kap. 42 S. 8, Georg Thieme Verlag Stuttgart New York (1980)
4. Verordnung zum Schutz der Beschäftigten vor Gefährdungen durch Lärm und Vibrationen, BGBl. S. 261 (2007)
5. Dieroff, Hans-Georg, unter Mitarbeit von C. Beck, T. Deitmer, H. Feldmann, G. Fuder, H. Ising, H. Lazarus, P.K. Plinkert, M. Pilgramm, M. Spreng, H.P. Zenner, Lärmschwerhörigkeit, 3. völlig überarbeitete und erweiterte Auflage Gustav Fischer Verlag, Jena, Stuttgart 1994, S. 80ff
6. Berufsgenossenschaftliche Zentrale für Sicherheit und Gesundheit BGZ: Ototoxizität – eine Herausforderung bei der Prävention von Gehörschäden? Hennef 4.-5.7. 2006 (<http://www.dguv.de>)
7. Brusis, T.: Die berufliche Lärmschwerhörigkeit – Diagnose, Differentialdiagnose und Begutachtung, Trauma und Berufskrankheit, 8, 65-72 (2006)
8. Maue, J.H.: Bestimmen der Lärmexposition an Arbeitsplätzen – Messtrategien und Messunsicherheit – Sicherheitsingenieur 5/2006, S. 12-17

6.3 Vordrucke F 6000 und F 6000-E

ÄRZTLICHE ANZEIGE BEI VERDACHT AUF EINE BERUFSKRANKHEIT			
1 Name und Anschrift des Arztes			
2 Empfänger			
3 Name, Vorname des Versicherten		4 Geburtsdatum	Tag Monat Jahr
5 Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort
6 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	7 Staatsangehörigkeit	8 Ist der Versicherte verstorben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	Tag Monat Jahr
9 Fand eine Leichenöffnung statt? Wenn ja, wann und durch wen?			
10 Welche Berufskrankheit, Berufskrankheiten kommen in Betracht? (ggf. BK-Nummer)			
11 Krankheitserscheinungen, Beschwerden des Versicherten, 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 Tätigkeit übt/übte der Versicherte wie lange aus?			
15 Besteht Arbeitsunfähigkeit? Wenn ja, voraussichtlich wie lange?			
16 In welchem Unternehmen ist der Versicherte oder war er zuletzt tätig? In welchem Unternehmen war er den unter Nummer 14 genannten Einwirkungen und Stoffen zuletzt ausgesetzt?			
17 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)			
18 Name und Anschrift des behandelnden Arztes/Krankenhauses (soweit bekannt auch Telefon- und Faxnummer)			
19 Der Unterzeichner bestätigt, den Versicherten über den Inhalt der Anzeige und den Empfänger (Unfallversicherungsträger oder für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Landesbehörde) informiert zu haben.			
20 Datum	Arzt	Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)	
Bank/Postbank	Kontonummer	Bankleitzahl	

F 6000 0802 Anzeige Verdacht BK, Arzt

Abb. 6.1: Vordruck zur Erstattung einer ärztlichen Anzeige (F6000)

Erläuterungen zur ärztlichen Anzeige bei begründetem Verdacht auf Vorliegen einer Berufskrankheit

I. Allgemeine Erläuterungen

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

Jeder Arzt (Zahnarzt, Hausarzt etc.) ist nach § 202 SGB VII gesetzlich verpflichtet, die BK-Anzeige zu erstatten, und zwar auch dann, wenn der Versicherte widerspricht; er kann nur davon absehen, wenn er definitiv weiß, dass diese BK bereits ärztlich gemeldet ist.

1.2 Wann ist die Anzeige zu erstatten?

Die Anzeige ist zu erstatten, wenn der ärztlich begründete Verdacht besteht, dass eine BK im Sinne der Liste (Anlage der BK-Verordnung) vorliegt. Eine BK-Anzeige bzw. Meldung für die Fälle des § 9 Abs. 2 SGB VII kann nur mit dem Einverständnis des Versicherten erstattet werden. Die aktuelle BK-Liste kann bei einem UV-Träger angefordert werden. Wichtige Hinweise zu den einzelnen Listenberufskrankheiten enthalten die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung veröffentlichten "Merkblätter für die ärztliche Untersuchung", die im Buchhandel erhältlich sind und in den Mitteilungsblättern der Unfallversicherungsträger (UV-Träger) veröffentlicht werden. Ggf. kann im Einzelfall das einschlägige Merkblatt beim zuständigen UV-Träger angefordert werden.

Darüber hinaus 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, substantiierte Informationen; die einschlägigen wissenschaftlichen Begründungen können beim zuständigen UV-Träger angefordert werden.

Ein begründeter Verdacht liegt vor, wenn die Krankheitserscheinungen mit den zu erfragenden persönlichen Arbeitsbedingungen in einem Zusammenhang stehen könnten (z. B. Handekzeme bei Maurern, Malern, Krankenschwestern, Reinigungspersonal; Rhinopathie bei Tierpflegern, Bäckern; Schwerhörigkeit bei Schmieden, z. B. früherer Umgang mit Asbest; Voraussetzung ist, dass Stoffe verwendet wurden/Einwirkungen vorlagen, die mit der Erkrankung in eine Wechselbeziehung gebracht werden können).

Die Anzeige ist unverzüglich, das heißt ohne schuldhaftes Zögern, vom Arzt zu erstatten.

1.3 In welcher Anzahl und wohin ist die Anzeige zu erstatten?

Die Anzeige ist entweder dem vermutlich zuständigen UV-Träger oder der für den Beschäftigungsort des Versicherten zuständigen Landesbehörde für den medizinischen Arbeitsschutz zu erstatten.

Eine Durchschrift ist für die Unterlagen des Arztes vorgesehen.

1.4 Was ist bei Todesfällen, besonders schweren Berufskrankheiten und Massenerkrankungen zu beachten?

Todesfälle, besonders schwere Berufskrankheiten (wie z. B. Krebserkrankungen) und Massenerkrankungen sind außerdem sofort fernmündlich oder per Telefax/e-mail dem zuständigen UV-Träger bzw. der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle zu melden.

II: Erläuterungen zu bestimmten Fragen in der Anzeige

¹¹ Neben den Krankheitserscheinungen sind die erhobenen Befunde und Untersuchungsergebnisse z. B. des Urins, des Blutes, von Hauttestungen, Röntgenuntersuchungen, 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 sollen Angaben über gefährdende Stoffe und Einwirkungen, denen der Versicherte an seinem Arbeitsplatz ausgesetzt war/ist, gemacht werden.

¹⁷ Bei gesetzlicher Krankenversicherung mit Anspruch auf Krankengeld genügen Name und Ort der Kasse; in anderen Fällen bitte Art der Versicherung angeben (z. B. Privatversicherung, Rentnerkrankenversicherung, Familienhilfe, freiwillige Versicherung bei gesetzlicher Krankenkasse).

¹⁹ Nach § 202 Satz 2 SGB VII ist der Arzt verpflichtet, den Versicherten 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.

Auszug aus dem SGB VII

§ 9 Berufskrankheiten

(1) Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 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.

6.4 Literatur

Siebentes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII)

Berufskrankheiten – Verordnung (BKV)

Unfallversicherungs – Anzeigenverordnung (UVAV)

Verordnung zur Umsetzung der EG-Richtlinien 2002/44/EG und 2003/10/EG zum Schutz der Beschäftigten vor Gefährdungen durch Lärm und Vibrationen (Lärm- und Vibrations-Arbeitsschutzverordnung – LärmVibrationsArbSchV), BGBl. 2007 Teil1 Nr. 8 S. 261, ausgegeben zu Bonn am 8. März 2007, geändert am 18. Dezember 2008, BGBl. I S. 2768.

Blome, Otto; Schilling, Sandra, „Berufskrankheiten – Merkblätter“ by L. Düringshofen, Berlin 2005