

AWMF-Leitlinie „Begutachtung Asbest verursachter Erkrankungen“ Stellungnahme zum Sondervotum der Gewerbeärzte

Die Gruppe der Gewerbeärzte hat in ihrem Sondervotum zur Neufassung der Leitlinie Aspekte benannt, die dazu beitragen, dass sie den nach AWMF-Regeln konsentierten Text als Mitglieder der Leitliniengruppe nicht mittragen können. Dazu möchten wir wie folgt Stellung nehmen:

1. Auf Seite 1 unten postulieren die Autoren, dass die ausführliche Darstellung der „pathologisch anatomischen Diagnose der Asbestose“ dem begutachtenden Arzt suggeriere, dass eine patho-anatomische Diagnostik einer Lungenasbestose mit Asbestnachweis erforderlich wäre.

Diese Auffassung kann in keinsten Weise nachvollzogen werden.

Die Leitliniengruppe hat über diesen Sachverhalt umfassend diskutiert. Gerade um den Eindruck zu vermeiden, dass für die patho-anatomische Diagnostik einer Lungenasbestose ein Asbestnachweis erforderlich wäre, wurde dem Kapitel 4.4 auf Seite 34 ein optisch hervorgehobener Kasten mit allgemeinen Vorbemerkungen vorangestellt. Hier wird explizit ausgeführt, dass die Diagnose einer Asbestose oder einer asbestbedingten benignen Erkrankung der Pleura **keine histologische Sicherung** erfordert. Eine Biopsie zur Diagnosesicherung sei nicht nötig und nicht mitwirkungspflichtig. Nur wenn im Rahmen der klinischen Diagnostik repräsentatives Lungengewebe zur Verfügung stehe, könne dies im positiven Fall zur Diagnosesicherung beitragen. Ein fehlender Asbestnachweis könne die medizinische Diagnose einer Asbestose nicht ausschließen.

Insofern werden die Kritikpunkte der Gewerbeärzte explizit optisch hervorgehoben im Kapitel Pathologie ausführlich dargestellt. Die Kritikpunkte sind daher hinfällig bzw. beziehen sich auf aus dem Zusammenhang gerissene einzelne Sätze. Es ist zwingend erforderlich, das Kapitel in seiner Gänze zu lesen und zu verstehen.

2. Die von den Autoren kritisierte Referenzwertediskussion ergab sich aus der Tatsache, dass einzelne Labore offensichtlich keine Asbestfasern mehr in heutigen Lungengewebsproben nachweisen können, andere Labore aber sehr wohl dazu in der Lage sind. Hier scheinen methodische Unterschiede eine Rolle zu spielen. Daraus eine Ungleichbehandlung der Versicherten abzuleiten, die nicht gesetzeskonform sei, erschließt sich nicht. Es sollte angestrebt werden, mit dem sensitivsten und

spezifischsten - und damit besten - diagnostischen Verfahren zu versuchen, den Asbestnachweis zu führen. Wie oben ausgeführt, schließt ein fehlender Asbestnachweis sozialrechtlich das Vorliegen einer Asbestose keinesfalls aus.

3. Über die Empfehlung im Abschnitt 4.4.2.7 zum Einsatz der elektronenmikroskopischen Analyse wurde im Vorfeld der Leitlinienfertigstellung umfassend diskutiert. Die jetzige Version basiert auf einem Kompromissvorschlag von Herrn Professor Bohle. Die Empfehlung ist nur im Kontext der bereits oben zitierten Prämisse zu sehen und darf nicht isoliert betrachtet werden. Die Gewerbeärzte postulieren, dass diese Empfehlung nicht rechtskonform sei, weil sie anführen, dass im Falle einer interstitiellen Fibrose die Berufskrankheit nach Nummer 4104 BKV aufgrund des erfüllten Brückenbefundes gemäß der Legaldefinition anzuerkennen sei. Dies ist selbstverständlich korrekt. Die Empfehlung der Leitliniengruppe besagt allerdings nichts Anderes. Hier wurde von den Autoren der Stellungnahme offensichtlich übersehen, dass zwischen interstitiellen Lungenerkrankung und Lungenkrebs keine „und“-Verknüpfung vorliegt. Es geht auch ausschließlich um die pathologisch-anatomische Diagnose einer Asbestose und nicht um sozialrechtliche Aspekte der Kausalzusammenhangsbeurteilung. Diese werden in Kapitel 5 der Leitlinie abgearbeitet. Auch diesbezüglich wird im Sondervotum der Gewerbeärzte der eingerahmte Abschnitt im Kapitel 4.4.1 ignoriert.

4. Überraschend erscheint, dass die Gewerbeärzte nun die Definition der Minimalasbestose nach CAP-NIOSH kritisch hinterfragen, obwohl in den Sitzungen der Leitliniengruppe auch von den anwesenden Gewerbeärzten konsentiert wurde, die CAP_NIOSH-Definition der Asbestosestadien beizubehalten und nicht die neuere Roggli-Definition, wie sie im Rahmen der Helsinki-Konferenz vorgestellt wurde, zu übernehmen.

5. Als missverständlich wird ferner die Formulierung in Kapitel 5.4.2 der Leitlinie kritisiert, dass die Anerkennung einer Krebserkrankung als BK Nr. 4104 neben der gesicherten Diagnose eines primären Lungen-, Kehlkopf- oder Eierstockkarzinoms entweder den medizinisch gesicherten asbesttypischen Brückenbefund einer Asbestose (einschließlich einer Minimalasbestose) fordere, weil dies wiederum eine histologische Sicherung der Lungenfibrosierung mit Asbestnachweis impliziere. Hier

wird verschwiegen, dass an anderer Stelle in der Leitlinie eindeutig ausgeführt ist, dass eine Minimalasbestose nicht bildgebend und klinisch zu diagnostizieren sei und hier in der Tat eine histologische Diagnosesicherung erforderlich ist. Für die Asbestose ist dies nicht erforderlich, auch dies steht - explizit wie bereits mehrfach erwähnt - an prominenter Stelle im Kapitel Pathologie. Insofern gehen diese Kritikpunkte ins Leere.

6. Am Ende des Sondervotums der Gewerbeärzte wird erneut postuliert, dass in der Leitlinie der Nachweis von Asbestkörpern und Asbestfasern im Lungengewebe gefordert sei. Es ist notwendig und legitim, dass die beteiligten Fachdisziplinen in einer Leitlinie diagnostische Kriterien, wie sie in der internationalen Literatur formuliert werden, zunächst darstellen. Dies gilt für die Radiologie, für die Pneumologie, für die Arbeitsmedizin und selbstverständlich auch für die Pathologie. Erst im nächsten Schritt erfolgte der Transfer dieser Kriterien vor den Hintergrund der sozialrechtlichen Vorgaben im System der sozialen Sicherung. Diese gedankliche Transferleistung ist unabdingbar, um die Leitlinie korrekt zu interpretieren. Daher ist auch das Kapitel 5 „Beurteilung des Kausalzusammenhangs“ ein eigenes Kapitel.

7. Am Ende ihrer Stellungnahme greifen die Autoren abermals einen einzelnen Satz aus dem Zusammenhang des Leitlinientextes heraus und interpretieren ihn in fachlich unzutreffender Weise. Es geht um die differentialdiagnostische Einordnung verschiedener Typen von interstitiellen Lungenfibrosen. Im Kontext des gesamten Leitlinientextes, insbesondere in den Kapiteln Radiologie, Pathologie und Klinik kann die Interpretation der Autoren nicht nachvollzogen werden. Handelt es sich radiologisch um ein Muster, dass unter anderem mit einer Asbestose vereinbar ist, stellt sich in der Erstdiagnostik und bei der Festlegung des Behandlungskonzeptes auf Basis existierender ERS/ATS Clinical Practice Guidelines ([Am J Respir Crit Care Med. 2018 Sep 1;198\(5\):e44-e68](#)), die auch zitiert wurden, grundsätzlich in jedem einzelnen Fall die klinisch bedeutsame Frage nach anderen Ursachen, die wie beispielsweise die IPF eine schlechtere Prognose und wie die EAA eine andere Therapie erforderlich machen.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Autoren des Sondervotums keine substantiellen Kritikpunkte an den Inhalten der Leitlinien äußern, die unter Berücksichtigung des Gesamttextes Bestand haben würden. Das Herausgreifen

einzelner Sätze und deren isolierte Interpretation ist in diesem Zusammenhang nicht zielführend.

Prof. Dr. Kraus

Prof. Dr. Teschler

Versions-Nummer: 2.1
Erstveröffentlichung: 12/2010
Überarbeitung von: 11/2020
Nächste Überprüfung geplant: 11/2025

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online