

Sondervotum der Vereinigung Deutscher Staatlicher Gewerbeärzte (VDSG) zur AWMF-Leitlinie „Diagnostik und Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten^{1,2}

Die VDSG gibt folgendes Sondervotum³ zur AWMF-Leitlinie „Diagnostik und Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten“ ab.

Die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) und die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) haben in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Pathologie, der Deutschen Röntgengesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des Bundesverbandes der Asbestose-Selbsthilfegruppen und der VDSG eine Leitlinie zur Diagnostik und Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten erarbeitet. Nunmehr ist die Leitlinie aktualisiert worden, wobei insbesondere die medizinische Beschreibung der Krankheitsbilder aus Sicht der Pathologie, Röntgendiagnostik und Arbeitsmedizin/Pneumologie aufgeführt wird. Die Leitlinie ist umfassend und kann von der VDSG in weiten Teilen vollumfänglich getragen werden. Sozialmedizinische und sozialjuristische Aspekte in der Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten sind jedoch kaum in der Leitlinie enthalten. Bei Berufskrankheiten handelt es sich jedoch um besondere Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als solche bezeichnet. In Gutachten wird üblicherweise zur Kausalitätsbeurteilung Stellung genommen, wobei auch sozialjuristische Aspekte von zentraler gutachterlicher Bedeutung sind. Es sind nicht nur sozialjuristische Aspekte korrekt anzuwenden, sondern auch höchstrichterliche Urteile der Rechtsprechung zugrunde zu legen. In der Leitlinie finden sich jedoch auch Ausführungen, die sich mit der Gesetzgebung und der Rechtsprechung nicht ohne weiteres vereinbaren lassen, so dass bestimmte Ausführungen und Empfehlungen in der Leitlinie von der VDSG nicht mitgetragen werden können.

¹ Beschluss des VDSG-Vorstandes am 23.12.2020

² In Anlehnung an eine Stellungnahme von Prof. Schneider und Prof. Baur zur o.g. Leitlinie vom 22.9.2020

³ Entsprechend des AWMF-Regelwerks Leitlinien, Seite 41, „Umgang mit begründetem Dissens“ Nr. 1 „Die Fachgesellschaft beantragt die Aufnahme eines Sondervotums.“

Die Leitlinie zeichnet sich durch eine umfassende Darstellung der Krankheitsbilder mit histopathologischen Befunden aus. Zwar heißt es im Kapitel 4.4.1 der Leitlinie in einem Textkasten, dass die Diagnose der Asbestose in aller Regel anhand der Arbeitsanamnese, des Röntgenbildes bzw. Computertomogramms gestellt wird und keine histologische Sicherung erfordere, für den begutachtenden Arzt suggeriert die ausführliche Darstellung der „pathologisch anatomischen Diagnose der Asbestose“ in Kapitel 4.4.2.1 der Leitlinie mit der Erwähnung des Abschnittes 4.4.2.2 zur „Definition der Asbestkörper“ sowie des Kapitels 4.4.2.7 „Konzentration an Asbestkörpern oder -fasern im Lungengewebe“, dass eine patho-anatomische Diagnostik einer Lungenasbestose mit Asbestnachweis erforderlich wäre. Dies gilt insbesondere dann, wenn im Rahmen einer klinischen Diagnostik repräsentatives Lungengewebe, z.B. nach operativen Eingriffen oder autoptisch zur Verfügung steht. Weiterhin wird im Kapitel 4.4.2.8 „Bedeutung für die Praxis des Asbestnachweises“ ausgeführt: „Conversely, a definitive diagnosis of asbestosis cannot be made in cases that show characteristic fibrosis in the absence of asbestos bodies, even in a patient with a history of exposure.“ Wie in (1) Schneider, Baur und Becker: „Sozialmedizinische und sozialjuristische Aspekte in der Zusammenhangsbegutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten“, online Publikation 2020 in Pneumologie DOI <https://doi.org/10.1055/a-1201-3840> dargestellt wurde, ist der Stellenwert der patho-anatomischen Diagnostik für den Vollbeweis einer Tumorerkrankung essentiell. Die histologische Sicherung einer Asbestose und/oder asbestassoziierten Pleuraveränderungen ist sozialrechtlich nicht vorgeschrieben. Das Vorhandensein von Pleuraplaques ist keine Voraussetzung zur Anerkennung einer Lungenasbestose. Beim gleichen Körperschaden wie z.B. einer Lungenfibrose ist sozialmedizinisch die wesentliche Teilursächlichkeit durch den Arbeitsplatz zu prüfen: Die Durchführung von Lungenstaubanalysen als sog. „Biomonitoring“ zur Anerkennung einer Berufskrankheit ist eine unzulässige vom Verordnungsgeber nicht geforderte Anerkennungsvoraussetzung. Solche „Biomonitoring“-Daten können insbesondere bei negativem Ergebnis entgegen der Rechtsprechung (vgl. Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 06.09.2018 L 14 U 48/18) - nicht zur Anerkennung einer Berufskrankheit gemäß Kapitel 4.4.2.8 der Leitlinie führen (2-7).

Die Empfehlung, dass jedes Labor eigene Referenzwerte erarbeiten soll, ist ebenso nicht gesetzeskonform (1). Beim Referenzbereich der sogenannten Normalbevölkerung, also von Personen, die nicht beruflich am Arbeitsplatz exponiert

waren, entspricht dies der „übrigen Bevölkerung“ gemäß § 9 SGB VII. Die Ausführungen im Kapitel 5.2.2. „Diagnosesicherung“ mit dem Unterkapitel „5.2.2.3 zu den BK-Nrn. 4104, 4105 und 4114“ wird in der Leitlinie ausgeführt: „Sollte durch diese neben der bereits lichtmikroskopisch objektivierten Lungenfibrose eine im Vergleich zum laborinternen Referenzwert vermehrte Asbestfaserbelastung im Bereich der Fibrose nachgewiesen werden, kann bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen eine Anerkennungsempfehlung gemäß BK Nr. 4104 erfolgen“. Weiterhin wird im online Supplement Anlage 3 der Leitlinie im „derzeitiger medizinisch wissenschaftlicher Kenntnisstand“ dargelegt: „In Abhängigkeit von der Methode muss jedes Labor eigene Referenzwerte erarbeiten“. Die Empfehlungen, dass in Abhängigkeit von der Methode der Lungenstaubanalyse jedes Labor eigene Referenzwerte erarbeiten soll (siehe auch „Falkensteiner Empfehlung“ und „Helsinki-Report“ bzw. Roggli) ist nicht gesetzeskonform, weil mit dem Recht der Versicherten auf Gleichbehandlung aus Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz nicht vereinbar. Die Lungenstaubfaserkonzentrationen von Asbest in der übrigen nicht am Arbeitsplatz exponierten Normalbevölkerung (entsprechend § 9 SGB VII) unterscheiden sich mittels REM bzw. ARTEM nicht wesentlich voneinander.

In dem Kapitel 4.4.2.7 Konzentration an Asbestkörpern oder -fasern im Lungengewebe der Leitlinie wird unter den „Empfehlungen“ dargelegt: „Zeigt die Histologie im Falle des Vorliegens geeigneten Lungengewebes bei Verdacht auf eine interstitielle Lungenerkrankung oder bei Vorliegen eines Lungenkrebses eine interstitielle Fibrose, wie bei Asbestose, und es lassen sich keine Asbestkörper nachweisen, soll zum sensitiveren Nachweis einer erhöhten Asbestbelastung im Lungengewebe eine sensitivere Methode wie die Lungenstaubanalyse (LSA) durchgeführt werden. Gelingt der Asbestkörpernachweis lichtmikroskopisch nicht, so soll eine elektronenmikroskopische Analyse erfolgen“

Diese Empfehlung ist nicht rechtskonform. Zeigt die Histologie im Falle des Vorliegens eines Lungenkrebses eine interstitielle Fibrose wie bei Asbestose ist eine Berufskrankheit der Nr. 4104 der BKV aufgrund des erfüllten Brückenbefundes gemäß der Legaldefinition anzuerkennen! Die Bestätigung einer erhöhten Asbestbelastung im Lungengewebe mittels Asbestkörpernachweis oder elektronenmikroskopischer Asbestanalyse stellt eine unzulässige, vom Verordnungsgeber nicht geforderte und gegen die Rechtsprechung geäußerte Empfehlung dar. Diese in der Leitlinie

ausgesprochene Empfehlung kann daher von der VDSG in der Begutachtung asbestverursachter Erkrankungen, bei denen eine Asbestexposition vorab gesichert ist, nicht akzeptiert werden. So wird im Kapitel 5 „Empfehlungen für die Erstellung eines Zusammenhangsgutachtens“ konstatiert: „Der Auftrag zur gutachterlichen Untersuchung ergeht durch den Unfallversicherungsträger oder die Sozialgerichte nach Abschluss der Vorermittlungen unter der Voraussetzung, dass die erkrankte Person eine versicherte Person ist, eine gefährdende Tätigkeit im Sinne der BK-Nrn. 4103, 4104, 4105 oder 4114 nachgewiesen worden ist.“ Der histologische Vollbeweis einer Lungenasbestose mit Nachweis von Asbestkörpern oder Asbestfasern ist in der Lunge nicht gefordert und stellt sozialrechtlich eine nicht hinnehmbare Verschärfung der Beweisanforderung bei Berufskrankheiten dar.

Ist bei einem neu diagnostizierten Lungenkrebs ohne bisherige qualifizierte Arbeitsanamnese eine interstitielle Fibrose feststellbar, kann eine erhöhte Asbestbelastung im Lungengewebe hingegen eine BK-Anzeige zur Nr. 4103 bzw. Nr. 4104 BKV begründen.

Auch die Definition der sog. „Minimalasbestose“ (Asbestose Grad 1) im Kapitel 5.2.2.1 kann nicht kritiklos übernommen werden. Histopathologisch basiert die Definition der Minimalasbestosen auf dem Nachweis von Asbestkörpern. Die von führenden Pathologen und Wissenschaftlern (8-12) sowie der Leitliniengruppe favorisierte Asbestose-Definition nach CAP/NIOSH (8, 13) sieht eine solche fasernalytische Diagnostik nicht vor und demzufolge auch keine Mindestkonzentration von Asbestkörpern oder Asbestfasern in der Lunge. Bei CAP/NIOSH wird lediglich der histopathologische Befund einer Asbestose und eine Assoziation einzelner Asbestkörper mit der Fibrosierung vorausgesetzt (8, 13). In der CAP/NIOSH-Definition heißt es wörtlich: *„Presently, the minimal features that permit the diagnosis are the demonstration of discrete foci of fibrosis in the walls of respiratory bronchioles associated with accumulations of asbestos bodies.... When only a single asbestos body is found in a histologic section, It is necessary to demonstrate additional asbestos bodies (either in deeper sections of the same block or in other sections of the same block or in other samples of tissue) to establish the diagnosis of asbestosis*

Der in der Leitlinie „5.4.2 BK-Nr. 4104“ aufgeführte Text: „Die Anerkennung einer Krebserkrankung als BK-Nr. 4104 erfordert neben der gesicherten Diagnose eines primären Lungen-, Kehlkopf- oder Eierstockkarzinoms entweder den medizinisch

gesicherten asbesttypischen Brückenbefund einer Asbestose (einschließlich einer Minimalasbestose)“ ist missverständlich, weil dies wiederum eine histologische Sicherung der Lungenfibrosierung mit Asbestnachweis impliziert.

Faseranalytischen Diagnosekriterien fehlt die allgemein akzeptierte Basis (14) (siehe auch Baur und Schneider (15)). Dies gründet sich auf folgende Tatsachen:

1. Der in Deutschland häufig verwendete Weißasbest bildet selten Asbestkörper.
2. Asbestkörper korrelieren nur unzureichend mit der Faserkonzentration in den Lungen und wenig mit der Erkrankungsart und Schwere einer Asbestose.
3. Für die Verursachung einer Asbestose kann wissenschaftlich weder ein Schwellenwert der kumulativen Asbestbelastung noch eine Mindestkonzentration an Asbestkörpern abgeleitet werden.
4. Die Analyse von Asbestkörpern und Asbestfasern in der Lunge kann nicht als geeignetes Korrelat zur Kausalzusammenhangsbeurteilung empfohlen werden (Schneider et al. [16]) und ist BK-rechtlich nicht vorgesehen.

Der in der Leitlinie erwähnte und geforderte Nachweis von Asbestkörpern und Asbestfasern in den Lungen kann von der VDSG so nicht akzeptiert werden.

Gutachterlich wird häufig versucht, die Asbestose gegenüber einer idiopathischen Fibrose abzugrenzen, vgl. Kapitel 4.1.1.2 oder Kapitel 4.4.2.12 „Zusammenfassung der Anforderungen an die pathologisch-anatomische Diagnose der Asbestose“ der Leitlinie in der ausgeführt wird: „Differenzialdiagnostisch ist eine Abgrenzung der Asbestose gegenüber anderen interstitiellen Lungenfibrosen ... erforderlich“. Juristisch ist in diesem Zusammenhang der Begriff der „Abgrenzbarkeit“ unzutreffend und hätte eine Schadensteilung zur Folge, welches dem geltenden Recht widerspräche (vgl. Schneider et al. [1]). Die VDSG distanziert sich deshalb auch diesbezüglich von den Ausführungen der Leitlinie und verweisen zur näheren Begründung auf die bereits zitierten Publikationen.

Wiesbaden, den 23.12.2020

Prof. Dr. med. Ulrich Bolm-Audorff

Vorsitzender der Vereinigung Deutscher Staatlicher Gewerbeärzte

Publikationen:

1. Schneider J, Baur X, Becker P. [Assessment of Asbestos-related Occupational Diseases: Socio-medical and Legal Aspects]. *Pneumologie*. 2020. doi:10.1055/a-1201-3840. doi:10.1055/a-1201-3840.
2. Baur X. Response to the letter of R. Merget, I. Feder and A. Tannapfel <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28222480>. *Pneumologie* 2017; 71(2):[121-3 pp.]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28222480>. Accessed Feb.
3. Ruff K. Commentary on "The asbestos fibre burden in human lungs: new insights into the chrysotile debate" by Federet al. in press. 2019.
4. Oliver LC, Belpoggi F, Budnik LT, Egilman D, Frank AL, Mandrioli D, et al. Correspondence regarding the article "The asbestos fibre burden in human lungs: new insights into the chrysotile debate". *Eur Respir J*. 2017;50. doi:10.1183/13993003.01644-2017.
5. Baur X, Belpoggi F, Budnik LT, Casteleyn L, Frank AL, Oliver LC, et al. Letter to the Editor (February 14, 2018) concerning the paper "Histological findings and lung dust analysis as the basis for occupational disease compensation in asbestos-related lung cancer in Germany". *Int J Occup Med Environ Health*. 2018;31:837-9. doi:10.13075/ijomeh.1896.01332.
6. Woitowitz HJ, Baur X. Misleading "New Insights into the Chrysotile Debate". *Pneumologie*. 2018;72:507-13. doi:10.1055/s-0044-102169.
7. Landrigan PJ, Lemen RA, Collegium Ramazzini O. Letter to the Editor (April 4, 2018) concerning the paper "Histological findings and lung dust analysis as the basis for occupational disease compensation in asbestos-related lung cancer in Germany". *Int J Occup Med Environ Health*. 2018;31:845-7. doi:10.13075/ijomeh.1896.01345.
8. Hammar SP, Abraham JL. Commentary on pathologic diagnosis of asbestosis and critique of the 2010 Asbestosis Committee of the College of American Pathologists (CAP) and Pulmonary Pathology Society's (PPS) update on the diagnostic criteria for pathologic asbestosis. *American journal of industrial medicine*. 2015;58:1034-9. doi:10.1002/ajim.22512.
9. Warnock ML, Isenberg W. Asbestos burden and the pathology of lung cancer. *Chest*. 1986;89:20-6.
10. Collegium-Ramazzini. Comments on the 2014 helsinki consensus report on asbestos. *Journal of occupational health*. 2016;58:224-7. doi:10.1539/joh.16-2004-LT.
11. Hammar SP, Dodson RF. Nonneoplastic Lung Disease. In: Tomaszefski JF, editor. *Dail and Hammar's Pulmonary Pathology*. 1. New York, USA: Springer; 2008. p. 950-1031.
12. Dodson RF. Personal communication, . In: 2017.
13. Craighead JE, Abraham JL, Churg A, Green FH, Kleinerman J, Pratt PC, et al. The pathology of asbestos-associated diseases of the lungs and pleural cavities: diagnostic criteria and proposed grading schema. Report of the Pneumoconiosis Committee of the College of American Pathologists and the National Institute for Occupational Safety and Health. *Archives of pathology & laboratory medicine*. 1982;106:544-96.
14. Baur X, Woitowitz HJ, Budnik LT, Egilman D, Oliver C, Frank A, et al. Asbestos, asbestosis, and cancer: The Helsinki criteria for diagnosis and attribution. Critical need for revision of the 2014 update. *American journal of industrial medicine*. 2017;60:411-21. doi:10.1002/ajim.22709.
15. Baur X, Schneider J. Zur Validität faseranalytischer Verfahren in der Diagnostik asbestbedingter Berufskrankheiten. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin* 2020, <https://doi.org/10.1007/s40664-020-00416-4>

16. Schneider J, Arhelger R, Brueckel B. Leserbriefantwort zum Artikel Lungenstaubanalysen in der Begutachtung asbestverursachter Erkrankungen. Zbl Arbeitsmed. 2016;4:228-31.

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