

Gutachten

Expert Opinion

## Berufsbedingtes Plattenepithelkarzinom bei einem Landwirt

T.L. Diepgen und K. Bachmann

Abteilung Klinische Sozialmedizin, Schwerpunkt Berufs- und Umweltdermatologie, Universitätsklinikum Heidelberg

In dem nachfolgenden Gutachtenfall hatte ich zunächst den Versicherten zur Untersuchung einbestellt, der Versicherte hatte dann aber wegen eines Oberschenkelbruchs den Termin nicht wahrnehmen können, wenig später ist er verstorben und ich bin beauftragt worden, post mortem ein Gutachten nach Aktenlage zu erstellen, auch mit der Fragestellung, falls eine Berufskrankheit nach § 9 Abs. 2 SGB V II vorliegt, ob der Tod des Versicherten als Folge der Berufskrankheit anzusehen ist.

### Relevante Krankheitsvorgeschichte

Das Berufskrankheitsverfahren wurde von einem aufmerksamen Dermatologen im August 2011 durch eine Berufskrankheitsanzeige angestoßen. Dies ist auch die erste, in der Akte dokumentierte dermatologische Behandlung.

#### Schlüsselwörter

Berufsbedingter Hautkrebs – Plattenepithelkarzinom der Haut – Minderung der Erwerbsfähigkeit

#### Key words

occupational skin cancer – squamous cell carcinoma – diminished ability to work

Die Hautkrebserkrankung hatte aber bereits im Herbst 2000 begonnen. Damals war ein Plattenepithelkarzinom am rechten Ohr vom Hausarzt diagnostiziert worden. Der Versicherte wurde dann in eine HNO-Klinik für Kopf- und Halschirurgie und Plastische Chirurgie überwiesen, in der er im November/Dezember 2000 stationär behandelt wurde. Es wurde die Diagnose eines Plattenepithelkarzinoms der Haut rechts präaurikulär (pT2 cN0 M0) gestellt und eine Tumornachresektion präaurikulär rechts mit Anteilen von Tragus und Anthelix sowie Hauttumentfernung linker Tragus in ITN durchgeführt. Die Histologie bestätigte einen in sano-Befund. Es erfolgte dann eine Defektdeckung mit Rotationslappen in ITN. Ebenso wurde ein Tumorstaging zum Ausschluss von Fernmetastasierung durchgeführt, Hinweise auf Metastasen ergaben sich dabei nicht.

Ein Jahr später, im Oktober 2001 wurde ein Rezidiv des Plattenepithelkarzinoms rechts präaurikulär festgestellt und eine Kernspintomographie des Gesichtsschädels durchgeführt. Dabei wurde präaurikulär ein Tumorzidiv kutan und subkutan diagnostiziert, das bis zum äußeren Gehörgang reicht. Es bestand enger Kontakt zum Kiefergelenk und zur Glandula parotis ohne erkennbare Tumorentfernung. Es bestand keine eindeutige Lymphknotenmetastasierung im Bereich der Halsweichteile. Der Versicherte wurde daraufhin er-

neut in der gleichen Klinik stationär behandelt. Dabei wurde eine temporale Tumorsektion mit partieller Parotidektomie rechts unter Neuromonitoring des *N. facialis* unterhalb des Nerves durchgeführt. Die Defektdeckung wurde mittels eines Hals-Wangen-Rotationslappens, Karotisrevision rechts mit totaler Parotidektomie unterhalb des *N. facialis* und Mundbodenausräumung rechts und einer konservativen Neck-dissection rechts in ITN durchgeführt. Postoperativ wurde noch eine Radiotherapie durchgeführt.

Bei den in den anschließenden Jahren erfolgten Tumornachsorgeuntersuchungen ergab sich kein Anhalt für ein Rezidiv oder andere bösartige Hauttumoren. Bemerkenswert ist, dass in dieser gesamten Zeit laut Aktenlage keine dermatologischen Behandlungen durchgeführt wurden.

Erste dermatologische Behandlungen begannen offensichtlich im August 2011 und es wurde dann durch den behandelnden Dermatologen eine ärztliche Anzeige bei Verdacht auf eine Berufskrankheit erstattet und als Diagnosen angegeben:

- Zustand nach spinözellulärem Karzinom vor dem rechten Ohr 2000,
- eine Rezidiv-OP 2001 und
- multiple aktinische Keratosen vor dem rechten und linken Ohr, in der Ohrmuschel, an beiden Handrücken sowie

- Verdacht auf Plattenepithelkarzinom am Rand der rechten Ohrmuschel.

Im November 2011 wird eine Tumor-OP an der Ohrmuschel rechts durchgeführt. Hier zeigte sich histologisch ein hochdifferenziertes spinzelluläres Karzinom, das in sano entfernt worden war (tumorfreie Randresektate). Zusätzlich sollten dann noch aktinische Keratosen therapiert werden. Ebenso wurde der Vorschlag gemacht, eine photodynamische Therapie oder je nach Befund eine andere Therapie der Feldkanzerisierung durchzuführen.

Zusätzlich hat auch der Versicherte selbst eine „Anzeige des Unternehmers bei Anhaltspunkten für eine Berufskrankheit“ im September 2011 gestellt und dabei die Hauttumoren an den Ohren und Händen als durch berufliche Sonneneinwirkung verursacht angegeben.

Der Versicherte ist im Oktober 2012 verstorben. Als Todesursache wird eine Peritonitis infolge Perforans des *Colon ascendens* und Sepsis mit Gerinnungsstörungen infolge chronischer Niereninsuffizienz angegeben. Es war zu einer zunehmenden Verschlechterung des Allgemeinzustandes und Herz-Kreislaufversagens infolge der Sepsis und der Perforans des *Colon ascendens* gekommen.

## Berufsanamnese und UV-Strahlenexposition

Der im Jahre 1929 geborene Versicherte hatte ab 1944 zunächst im elterlichen landwirtschaftlichen Betrieb und später im eigenen Betrieb bis 2009 gearbeitet. Dabei war er berufsbedingt gantztägig der natürlichen UV-Strahlung ausgesetzt. Der Präventionsdienst kommt zu dem Ergebnis, dass der Versicherte über einen Zeitraum von etwa 65 Jahren in der Landwirtschaft gearbeitet hat und dadurch einer erhöhten UV-

Lichteinstrahlung ausgesetzt war. Aus dem Freizeit- und Urlaubsverhalten ergeben sich keine besonderen UV-Expositionen. Es ist jedoch anzumerken, dass der Versicherte von 1970 bis 1993 (ab 1979 in Vollzeit) als Arbeiter in einer Malzfabrik gearbeitet hat. Dort war er überwiegend innerhalb von Gebäuden tätig und es ergab sich keine nennenswerte Exposition gegenüber UV-Licht. Dennoch wird deutlich, dass im hier zu beurteilenden Versicherungsfall ein mindestens 40%-iger zusätzlicher beruflicher Anteil der UV-Exposition zur privaten UV-Exposition vorgelegen hat. Es ist daher unstrittig, dass die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit nach § 9 Abs. 2 SGB V II im Sinne einer besonderen und intensiven UV-Strahlenexposition gegeben ist.

## Besprechung

Bei dem Versicherten ist im Jahre 2000 erstmalig ein Plattenepithelkarzinom am rechten Ohr diagnostiziert und behandelt worden. Zum damaligen Zeitpunkt war der Versicherte 71 Jahre alt. Der Tumor war bereits fortgeschritten und wurde ausgedehnt exzidiert. Ein Jahr später kam es zu einem Rezidiv und es wurde noch ausgedehnter operiert und postoperativ eine Strahlenbehandlung durchgeführt. Erst über 10 Jahre später wurde der Versicherte erstmals dermatologisch behandelt, es wurde eine BK-Anzeige erstattet, ein erneutes Rezidiv lokal in sano operiert und auch eine Therapie weiterer aktinischer Keratosen an Handrücken und im Gesicht vorgenommen.

Es ist davon auszugehen, dass bereits im Jahre 2000 eine chronische Lichtschädigung vorgelegen hat und für das Tumorgeschehen die langjährige und intensive chronische berufliche UV-Strahlenexposition verantwortlich zu machen ist. Auch vom Präventionsdienst der BG wurde

festgestellt, dass der Versicherte sein ganzes Leben lang einer besonderen und intensiven UV-Strahlenexposition ausgesetzt war, die durchaus eine entsprechende Hautkrebserkrankung hervorrufen können, bzw. ausreichend für eine Anerkennung nach § 9 Abs. 2 SGB VII ist.

Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass das Plattenepithelkarzinom im Bereich des Ohres durch die langjährige berufliche UV-Strahlung verursacht worden ist. Andere Gründe ergeben sich aus der Akte nicht. Zusätzlich wird von den Dermatologen eine chronische Lichtschädigung mit anderen Präkanzerosen, aktinischen Keratosen und Plattenepithelkarzinomen im Gesicht und an den Handrücken beschrieben. Das Verteilungsmuster und die Art des Tumors sprechen für eine UV-Licht-induzierte Hautkrebserkrankung. Da der Versicherte überwiegend in der Landwirtschaft gearbeitet hat, erfüllt er hier sicherlich die besonderen Voraussetzungen einer intensiven UV-Strahlenexposition.

Der Versicherte ist im Oktober 2012 verstorben. Die Ursache ist unabhängig von der Hautkrebserkrankung des Versicherten. Sie stellt damit auch keine Folge der Berufserkrankung dar.

Entscheidend für die Anerkennung einer Hautkrebserkrankung als quasi Berufserkrankung nach § 9 Abs. 2 SGB VII ist die Abgrenzung der beruflichen von der privaten UV-Exposition und ob man mit hinreichender Wahrscheinlichkeit davon ausgehen kann, dass die jetzt vorliegende Hautkrebserkrankung überwiegend durch die berufliche Tätigkeit verursacht wurde. Dazu wären zu fordern:

- zweifelsfreie Sicherung der Diagnose,
- Lokalisation der Hautveränderungen an beruflich exponierten Körperstellen,
- ausreichend intensive berufliche UV-Exposition.

Die Diagnose ist zweifelsfrei gesichert, es wurden mehrfach invasive Plattenepithelkarzinome am rechten Ohr diagnostiziert und behandelt. Die Lokalisation der Hautveränderung ist typisch für die beruflich exponierten Körperstellen.

Eine ausreichend intensive berufliche UV-Exposition wäre gegeben, wenn durch die berufliche Tätigkeit eine mindestens 40%-ige zusätzliche UV-Belastung vorliegt, also eine berufliche Exposition gegeben ist, die zu einer Verdoppelung des Hautkrebsrisikos geführt hat. Damit wäre eine wichtige Voraussetzung für die Anerkennung als Berufserkrankung erfüllt. Diese Voraussetzung ist gegeben, auch der Präventionsdienst der BG kommt in seiner Stellungnahme zur Arbeitsplatzexposition zu dem Ergebnis, dass diese Voraussetzung erfüllt ist.

Die vorliegende Hautkrebserkrankung des Versicherten ist mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit durch die langjährige und intensive berufliche UV-Strahlenexposition ausgelöst worden und daher als „Wie-BK“ nach § 9 Abs. 2 SGB VII anzuerkennen. Leider ist der Versicherte erst sehr spät in fachdermatologische Behandlung gekommen. Es ist aber davon auszugehen, dass die Hautkrebserkrankung im Jahr 2000 bzw. 2001 in engem Zusammenhang mit der Hautkrebserkrankung steht, die von den Dermatologen im Jahr 2011 diagnostiziert und histologisch als Plattenepithelkarzinom diagnostiziert wurde und zur BK-Anzeige führte. Es handelt sich dabei um die gleiche Erkrankung im Sinne einer Feldkanzerisierung bzw. eines Rezidivs. Von dermatologischer Seite werden eine ausgedehnte Lichtschädigung und das Auftreten weiterer Hauttumoren beschrieben. Dies sind weitere Indizien dafür, dass die bereits im Jahre 2000 aufgetretene Hautkrebserkrankung im Sinne eines Plattenepithelkarzinoms der Haut in ursächlichem Zusammenhang mit der langjährigen UV-Strahlenexposition steht.

## **Minderung der Erwerbsfähigkeit**

---

Eintritt des Versicherungsfalles ist die Diagnostik und Therapie des ersten Plattenepithelkarzinoms im November 2000. Aufgrund des ausgedehnten Tumors wird eine MdE von 30% für die Jahre 2000 bis 2004 vorgeschlagen: Ausgedehntes invasives Plattenepithelkarzinom der Haut präaurikulär rechts mit kosmetisch entstellenden ausgedehnten Operationen 2000 und 2001. Nach der Rezidivoperation im Jahre 2001 waren bei den regelmäßig durchgeführten Tumornachsorgeuntersuchungen keine erneuten Rezidive oder Metastasierungen festgestellt worden. Es ist erst im Jahr 2011 ein neues Plattenepithelkarzinom in der Ohrregion entdeckt worden, das allerdings lokal in sano exzidiert werden konnte. Ab dem Jahre 2004 könnte daher nur noch eine MdE von 20 % gerechtfertigt sein, wobei man auch eine höhere MdE aufgrund der kosmetisch entstellenden Operationen nach den zur Zeit gültigen Bamberger Empfehlungen für Hautkrebserkrankungen vertreten kann.

## **Was können wir für die Zukunft lernen?**

---

Es sollte jede Hautkrebserkrankung einem Dermatologen vorgestellt und mit ihm die weitere Therapie festgelegt werden. Eine frühzeitige BK-Anzeige und eine konsequente dermatologische Therapie kann ein Fortschreiten der Tumorerkrankung und höhere MdE-Sätze verhindern. Eine Begutachtung kann auch noch nach dem Tod notwendig sein.

Univ.-Prof. Dr. Thomas L. Diepgen  
Klinische Sozialmedizin mit Schwerpunkt  
Berufs- und Umweltdermatologie  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Thibautstraße 3  
D-69115 Heidelberg  
thomas.diepgen@med.uni-heidelberg.de