10 000 Anzeigen pro Jahr

Berufsbedingte Asbesterkrankungen oft nicht (an)erkannt

In Deutschland ist die Verwendung von Asbest zwar seit 1993 verboten, die Häufigkeit asbestbedingter Erkrankungen erreicht aber jetzt erst ihren Höhepunkt. Fehler bei der Diagnostik und Begutachtung führen nicht selten dazu, dass durch Asbest verursachte Berufskrankheiten nicht entdeckt bzw. nicht anerkannt werden. Eine neue Leitlinie soll asbestgeschädigten Personen zu ihrem Recht verhelfen.

— Es galt als „das Material der 1000 Möglichkeiten“, so Prof. Dr. med. Xaver Baur vom Zentralinstitut für Arbeitsmedizin in Hamburg: Zur Isolierung und Wärmedämmung beim Haus- und Schiffsbau – überall wurde Asbest verwendet. Dabei gab es bereits in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts Berichte über die lungen-schädigende Wirkung. Nach einer intensiven Exposition drohen Asbestose, Pleurafibrose, Bronchialkarzinom und Mesotheliom. In den meisten Industrieländern wurde der Stoff daher inzwischen verboten und weitgehend eliminiert. In vielen Schwellenländern steigt dagegen der Asbestverbrauch weiter an. Aber auch Kanada gehört zu den Ländern, die weiterhin Asbest abbauen und exportieren.

Die häufigsten Fehler

Rund 10 000 Fälle von asbestbedingten Berufskrankheiten werden in Deutschland jedes Jahr angezeigt. Allerdings erfolgen Diagnose und Begutachtung laut Baur häufig nicht sachgemäß. Die häufigsten Probleme und Fehler:

1. Fälschlicherweise wird angenommen, dass nur dann eine Asbestose vorliegt, wenn eine bestimmte Menge Asbestfasern in der Lunge nachweisbar ist. Tatsächlich gibt es jedoch Fälle, in denen weder histologisch noch elektronenmikroskopisch Asbestkörper nachweisbar sind. Der Grund: In Deutschland wurde vorwiegend Weißasbest eingesetzt, der nur eine Halbwertszeit von wenigen Wochen hat. Daher ist in der Regel kei-

ne erhöhte Anzahl von Chrysotilfasern im Lungengewebe messbar.

2. Leichtere Erkrankungen werden z. T. nicht erfasst, weil die Diagnostik unzureichend ist. Manche Patienten sind in der Spirometrie und im Röntgenthorax unauffällig, und erst in der Lungenfunktionsuntersuchung wird der Grund für ihre Beschwerden sichtbar.
3. Epidemiologische Daten werden zu wenig berücksichtigt. So wird z. B. differenzialdiagnostisch relativ häufig eine idiopathische Lungenfibrose in Betracht gezogen, obwohl das Vorliegen dieser Erkrankung aufgrund ihrer geringen Prävalenz wesentlich unwahrscheinlicher ist.

Neue Leitlinie

Angeichts dieser Schwierigkeiten hat die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) zusammen mit anderen Fachgesellschaften eine neue Leitlinie „Diagnostik und Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten“ entwickelt. Die wichtigsten Botschaften fasste Baur so zusammen:

1. Bei entsprechendem Verdacht ist eine umfassende Arbeitsanamnese durch ausgewiesene ärztliche Sachverständige zu erheben. Sie ersetzt als Beweismittel die wenig zielführende Zählung von Asbestkörpern im Lungengewebe.
2. Die Untersuchung soll eine große Lungenfunktionsprüfung mit Belastung beinhalten, da Funktionsstörungen durch Asbestexposition nicht mit radio-

logisch fassbaren Veränderungen korrelieren müssen.

3. Bei Bedarf – wenn das konventionelle Röntgenbild keine eindeutige Diagnose liefert – sollte zusätzlich eine Computertomografie erfolgen.
- Baur hofft, dass asbestbelastete Arbeiter dank der neuen Leitlinie bessere Chancen auf eine korrekte Diagnose und eine entsprechende Entschädigung haben.

Dr. Beate Schumacher

Quelle: Eröffnungspressekonferenz, DGP-Kongress, Dresden, 7. April 2011

1300 Mesotheliome pro Jahr

Die Prognose maligner Mesotheliome ist unverändert schlecht. Die meisten Patienten sterben im Jahr nach der Diagnose. Nach Einschätzung von Prof. Xaver Baur, Hamburg, sind diese Malignome praktisch immer durch Asbestfasern verursacht. Nur in seltenen Fällen lasse sich keine Asbestexposition nachweisen. Das könne aber auch damit zusammenhängen, dass schon eine geringe und daher schwer nachvollziehbare Exposition als Auslöser wirken könne.

In Deutschland werden derzeit pro Jahr etwa 1300 Mesotheliomfälle angezeigt. Damit dürfte nach Einschätzung von Baur der Häufigkeitsgipfel erreicht sein. In etwa zwei bis drei Jahren sollte die Zahl der Neuerkrankungen dann über die nächsten 20 Jahre langsam zurückgehen, so Baur.