Arbeitsbedingte Lungenerkrankungen

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

das vorliegende Schwerpunktheft über arbeitsbedingte Lungen- und Atemwegserkrankungen greift ein Thema auf, bei dem es um Kausalitäts-, aber auch um Präventionsstrategien geht, und zwar jenseits des Risikofaktors „Rauchen“.

Immerhin sind etwa 10–15% aller asthmatischen Erkrankungen ungünstigen Arbeitsplatzeinflüssen zu attribuieren. Die COPD bei Nichtrauchern kann hierzulande bei 30% der Patienten auf beruflich eingeatmete Stäube, Dämpfe und Gase zurückgeführt werden. Bei der exogen-allergischen Alveolitis ist schwer abschätzbar, wie groß der beruflich verursachte Anteil ist. Beim Lungenkrebs spielen Kanzerogene vom Arbeitsplatz bei etwa 10–20% der Erkrankungen eine kausale Rolle. Nun sind diese epidemiologischen Daten sicher lehrreich und jeder kann sich der Gewissensprüfung unterziehen, ob er sich in seiner täglichen Praxis tatsächlich die Zeit nimmt, so häufig Ursachenforschung zu betreiben. Vermutlich nicht.

Da die eher akademische Überlegung der „attributablen Fraktion“ beruflicher Einflüsse bei der Beratung des einzelnen Patienten wenig weiterhilft, haben wir versucht, in den folgenden Artikeln die Fragen nach der beruflichen Verursachung oder Verschlimmerung der häufigsten Lungen- und Atemwegserkrankungen – einschließlich der beruflichen Verursachung von Lungenkarzinomen – anhand von eingängigen Praxiskriterien aufzuarbeiten: Was sind die wichtigsten Auslöser? Wann macht es Sinn, Ursachenforschung zu betreiben? Wie geht man schrittweise vor? Wie kann das Wissen der Betriebsärzte zur Unterstützung

der Pneumologen nutzbar gemacht werden? Wie nutzt man die Zeit, in der ein Patient noch exponiert ist, um wertvolle diagnostische Bausteine für ein späteres Berufskrankheitenverfahren zu sichern? Wann liegt „nur“ eine arbeitsplatzbezogene Verschlimmerung im Sinne einer Gelegenheitsursache vor? Wann droht konkret eine Berufskrankheit? Wann ist eine Tätigkeitsaufgabe erforderlich?

» Asbestbedingte Krankheiten zählen immer noch zu den häufigsten Berufskrankheiten

Die späten Folgen des ehemals sorglosen Umgangs mit Asbest dominieren weiterhin die Berufskrebsstatistik. Auch hier gibt es immer noch eine erhebliche Dunkelziffer. Mit Hilfe einfacher Checklisten, die von den meisten Patienten zur Vorbereitung des Arztgesprächs ausgefüllt werden können, kann nach beruflichen Expositionen gefahndet werden. Das Thema Lungenkrebscreening ist ein „Hot Topic“, erst recht in der arbeitsmedizinischen Pneumologie.

Im vorliegenden Heft geht es im Wesentlichen um die Frage, bei welchen Patienten potentiell ursächliche Arbeitsplatzexpositionen zu eruieren sind, und welches Vorgehen sich empfiehlt. Gutachterliche Aspekte werden nur am Rande tangiert. Hier sind ja mit der Entwicklung der Reichenhaller Empfehlung für die obstruktiven Atemwegserkrankungen, der Bochumer Empfehlung für Erkrankungen durch silikogene Stäube und der Falckensteiner Empfehlung für die asbestbedingten Erkrankungen bereits große Fortschritte im Sinne einer Standardisierung und Qualitätssicherung gemacht worden.

Es fehlt uns nach wie vor ein sensibles und flächendeckendes Früherkennungsverfahren für obstruktive Atemwegserkrankungen mit Arbeitsplatzbezug, das bereits unterhalb der Schwelle des begründeten Verdachts auf eine Berufskrankheit die Weichen in der richtigen Richtung stellt. Nach Möglichkeit so, dass der Patient an seinem Arbeitsplatz verbleiben kann, ohne seiner Gesundheit zu schaden. Ein solches Arztverfahren („Atemwege und Lunge“) wurde verschiedentlich und schon seit zehn Jahren immer wieder angestoßen. Jetzt kommt aber Schwung in das Thema. Dabei können wir aus dem Hautarztverfahren lernen, was in der Prävention gut und was weniger gut läuft.

Eine angenehme Lektüre wünschen

Dr. Uta Ochmann

Prof. Dr. Dennis Nowak

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. D. Nowak

Institut und Poliklinik für Arbeits-,
Sozial- und Umweltmedizin,
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität
Ziemssenstr. 1, 80336 München
Dennis.nowak@med.uni-muenchen.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. U. Ochmann und D. Nowak geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.