

## 5.7 Arztverfahren Lunge

A. HEUTELBECK<sup>3</sup>

### 5.7.1 Hintergrund

Chronische Atemwegserkrankungen wie das Asthma bronchiale und die chronisch-obstruktive Bronchitis (COPD) sind in der Allgemeinbevölkerung häufige Erkrankungen von hoher sozioökonomischer Relevanz (Konietzko u. Fabel 2005). Dabei fallen nicht nur die direkt entstehenden Kosten infolge ärztlicher Leistungen, Arzneimittelausgaben und Rehabilitation ins Gewicht; auch die indirekten Kosten durch Produktionsausfälle während der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit sowie die durch die Erkrankung resultierenden Einschränkungen in der Lebensqualität der Betroffenen sind erheblich. Erschwerend kommt hinzu, dass die meisten Erkrankungen der Atemorgane im Gegensatz zu anderen Volkskrankheiten wie Hypertonie, koronare Herzkrankheiten und Apoplexie, die eher stagnieren oder gar rückläufig sind, zur kontinuierlichen Zunahme tendieren (Konietzko u. Fabel 2005).

Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen unterliegen in ihrer Entwicklung und klinischem Verlauf multikausalen Einflüssen (Baur et al. 2012a, 2012b, Henneberger et al. 2011, Moscato et al. 2011). Im Hinblick auf eine effektive Prävention und Behandlung kommt der Identifikation der relevanten Einflüsse besondere Bedeutung zu. Bei etwa 10 % der erwachsenen Asthmapatienten sind Arbeitsplatzeinflüsse mitursächlich an der Symptomatik beteiligt (Kogevinas et al. 2007), bei der COPD werden Arbeitsplatzeinflüsse bis zu 20 % attribuiert (Mannino u. Buist 2007). Die Entscheidung, ob eine Erkrankung arbeitsbedingt verursacht oder ggf. verschlimmert wurde, ist häufig nicht einfach. Bei einigen Erkrankten ist eine gewisse Abhängigkeit der Symptome von Belastungen am Arbeitsplatz zu verzeichnen, wobei in einem Teil der Fälle eine „wesentliche“ berufliche Verursachung im Sinne des Berufskrankheitenrechts vorliegt.

Die deutsche Berufskrankheitenstatistik spiegelt alle im Sinne einer allergischen (Berufskrankheit Nr. 4301: Durch allergisierende Stoffe verursachte Atemwegserkrankung einschließlich Rhinopathie) oder chemisch-irritativ oder toxisch bedingten Atemwegserkrankungen (Berufskrankheit Nr. 4302: Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen) angezeigten Verdachtsfälle wider; diese zählen mit den bis zu 3 500 angezeigten Fällen pro

---

3 Der Beitrag basiert auf: Astrid Heutelbeck, Hans Drexler, Ernst Hallier, Manfred Korn, Gabriele Lotz, Dennis Nowak, Joachim Schneider, Stephan Letzel (2013): Arztverfahren Atemwege und Lunge: Empfehlungen einer ad hoc-Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Klinische Umweltmedizin (DGAUM) zu Früherkennungskriterien für eine Zuweisung. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 48 (1).  
Heutelbeck ARR, Drexler H unter Mitwirkung von Marina Beck, Otto Blome, Claudia Drechsel-Schlund, Hans Drexler Hans-Georg Englitz, Roland Fehse, Christian Fornoff, Gamze Güzel-Freudenstein, Ernst Hallier, Frank Hittmann, Claus Hölzel, Ulrich Hüttemann, Swen Malte John, Peter Kleesz, Gaby Koczy-Rensing, Nicola Kotschy-Lang, Ursula Kranz, Peter Kujath, Stefan Letzel, Heinz Otten, Uwe Pucknat, Heino Slupinski, Giso Schmeißer, Dietmar Schneider, Frank Sladeczek, Wolfgang Stroh, Manfred Tubbesing, Hans-Joachim Weitowitz, Wolfgang Zschiesche und anderen (2010): Auf dem Weg zum Arztverfahren Atemwege und Lunge – ein interdisziplinär erarbeitetes Eckpunktepapier. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 45: 79–83.

Jahr zu den häufigsten Berufskrankheiten ([www.dguv.de](http://www.dguv.de)). Die Betroffenen stammen aus Branchen mit besonderer Allergiegefährdung, zu denen beispielsweise das Bäckerhandwerk, die Landwirtschaft sowie Bereiche der chemischen oder metallverarbeitenden Industrie zählen, wobei die Liste der bekannten Allergene und Irritantien weit umfangreicher ist (Deutsche Forschungsgemeinschaft 2010; <http://www.ipa.ruhr-uni-bochum.de/specials/irritativ.php>). Erkenntnisse aus einer epidemiologischen Auswertung landwirtschaftlicher Berufskrankheitenverdachtsfälle mit Verdacht auf Rinderallergie belegen, dass in einem nicht unerheblichen Teil der Fälle die Symptome zum Zeitpunkt der Anzeige der Berufskrankheit bereits seit Jahren bestanden haben und typische Erkrankungsfolgen wie Lungenfunktionseinschränkungen bereits in jedem dritten Fall messbar sind (Heutelbeck 2007).

Von weiterer präventivmedizinischer Relevanz ist die Beobachtung, dass die berufsbedingten Erkrankungen der Atemwege keine typischen „Alters-Berufskrankheiten“ darstellen. Häufig sind junge Erwachsene betroffen, wie die epidemiologischen Erkenntnisse beispielsweise aus der Landwirtschaft und dem Bäckerhandwerk belegen (Heutelbeck 2007, Woitowitz 1983).

Die Aufsummierung der zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherungen anfallenden Leistungen ist über die Zeit umso höher, je weiter die Erkrankung fortschreitet. Daher ist es nicht nur aus ethischen Gründen für den Betroffenen zu fordern, sondern auch aus wirtschaftlichen Interessen der Unfallversicherungsträger anzustreben, durch eine frühe Diagnose die möglichen Erkrankungsfolgen einer Berufskrankheit gering zu halten oder deren drohende Manifestation sogar gänzlich zu vermeiden. In kritischer ökonomischer Abwägung zeigt sich somit allenfalls kurzzeitig ein vermeintlicher wirtschaftlicher Vorteil für den Unfallversicherungsträger, wenn der BK-Fall und damit einhergehende Leistungen zeitverzögert anfallen.

Gerade bei rein beruflich verursachten Atemwegsymptomen kann durch eine frühe Intervention versucht werden, die Entwicklung einer „echten“ Berufskrankheit auch ohne Aufgabe der Tätigkeit zu verhindern, wie bereits 1983 für das Bäckerasthma beschrieben wurde (Woitowitz 1983). Viele im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit symptomatischen Atemwegserkrankungen erfüllen nicht eindeutig die Kriterien einer berufsbedingten Verursachung im Sinne einer Berufskrankheit, verzeichnen allerdings zumindest eine gewisse Abhängigkeit der Symptome von Belastungen am Arbeitsplatz. So kann auch im Falle einer multikausalen Konstellation, wo sich auf dem Boden einer schicksalsbedingten Atemwegsallergie eine berufsbedingte Verschlimmerung entwickelt, eine frühzeitige Einbindung der Erkrankten in ein effektives Krankheitsmanagement den notwendigen Leistungsumfang mindern. Stellt sich aber heraus, dass die Atemwegsbeschwerden keine richtungsgebende Verschlimmerung im Sinne des Berufskrankheitenrechtes darstellen, wird sowohl im Sinne des Erkrankten als auch im Sinne der Versicherungsträger eine unnötige „Verschiebung“ zwischen den Sozialversicherungsträgern vermieden.

Nicht immer kommt für die Betroffenen zur Vermeidung einer inhalativen Belastung ein Arbeitsplatzwechsel oder gar eine Berufsaufgabe in Frage. Gerade in der Landwirtschaft oder in selbstständigen Handwerksbetrieben bestehen wirtschaftliche

und soziale Hemmnisse, den Beruf aus medizinischen Gründen aufzugeben. Dies kann dazu führen, dass die Symptome über Jahre dissimuliert werden. Dabei eröffnet gerade die frühzeitige Diagnosestellung Möglichkeiten, durch geeignete Präventionsstrategien die möglichen Erkrankungsfolgen einer Berufskrankheit gering zu halten oder deren drohende Manifestation sogar gänzlich zu vermeiden (Review: Fishwick et al. 2015). Die gewerblichen Berufsgenossenschaften sind grundsätzlich verpflichtet, „mit allen geeigneten Mitteln“ Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation durchzuführen. Neben anderen berufsfördernden Maßnahmen ergeben sich dabei auch Möglichkeiten, symptomatische Beschäftigte weiter in inhalativ belastenden Berufen arbeiten zu lassen, sofern durch geeignete Maßnahmen gesichert ist, dass dadurch keine Verschlechterung der pulmonalen Situation induziert wird. Dabei sind nicht nur Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention am Arbeitsplatz selbst zu berücksichtigen. Auch der Einbeziehung außerberuflicher Einflussfaktoren wie Nikotinkonsum oder ubiquitärer Allergenquellen kommt eine relevante Bedeutung im Krankheitsmanagement zu. Ebenso stellt eine ganzheitlich orientierte und qualitätsgesichert durchgeführte therapeutische und rehabilitative Versorgung durch Hausärzte, Arbeitsmediziner und andere niedergelassene Fachärzte (Lungenfacharzt, HNO-Arzt, Allergologen) einen wichtigen Baustein in einem umfassenden Betreuungskonzept dar. Damit umfasst ein effektives Krankheitsmanagement auch Leistungen zu Lasten anderer Sozialversicherungsträger wie beispielsweise der Krankenversicherungen, trägt aber damit auch im Interesse aller Sozialversicherungsträger wesentlich zum Erhalt der Leistungsfähigkeit der Betroffenen bei.

Betrachtet man die ärztliche Früherkennung, so lassen die aufgezeigten Ergebnisse bei einem Teil der Ärzteschaft auf eine deutliche Unterbewertung der Frühsymptomatik berufsbedingter Atemwegserkrankungen schließen, mit nachteiligen Auswirkungen auf den klinischen Verlauf der Erkrankung der Betroffenen. In der ärztlichen Praxis ist kein einheitlicher Umgang mit Frühfällen beruflicher Atemwegs- und Lungenerkrankungen durch die unterschiedlichen Facharztgruppen zu beobachten. Bereits in den 1990er Jahren machten Wettengel und Volmer darauf aufmerksam, dass die Diagnose „Asthma“ in der niedergelassenen Praxis nur in etwa 1,5 % der Fälle gestellt wird, obwohl dies nach der Prävalenz der Erkrankung deutlich häufiger geschehen müsste (Wettengel u. Volmer 1994).

### **5.7.2 Erfahrungen aus dem Hautarztverfahren**

Um einen systematischen Ablauf eines effektiven Krankheitsmanagements zu gewährleisten, ist bereits in der Vergangenheit angedacht worden, für Lungenerkrankungen ein ähnlich effizientes Verfahren wie das Hautarztverfahren zu implementieren. Dabei können die Erfahrungen der Berufsgenossenschaften zum Hautarztverfahren, welches bereits im Jahr 1972 eingeführt und kontinuierlich wissenschaftlich begleitet wurde, zielführend einfließen. Diesbezügliche Einzelheiten zum Hautarztverfahren sind dargestellt in „Arbeitsmedizinische Vorsorge bei Hautbelastung und Hautarztverfahren – aufeinander abgestimmte Konzepte der Sekundär- und Tertiärprävention“.