

Bleiche Facharztkandidaten bekommen hektische Flecke, neunklugen Zweitbeurteiler bekommen Zornesfalten, und die Verwaltung staunt über die großen Unterschiede zwischen den Befunden ein- und desselben Bildes. Da bietet die Zusammenfassung dessen, was jeder Pneumologe, Radiologe und Arbeitsmediziner über die ILO wissen muss, einen guten Leitfaden [1]. Einige Schwächen der ILO 1980 machten eine Überarbeitung wünschenswert. Was sind nun die wesentlichen Neuerungen?

- Für die Pleuraverbreiterung „a“ wird jetzt eine Mindestdicke von 3 mm gefordert (bislang 5 mm, die jetzige Mindestdicke ist mit unserem deutschen BK-Meldekriterium identisch).
- Neue Zusatzsymbole erleichtern die Befundung.
- Es gibt einen verschlankten Ergänzungs-Filmsatz.

Dabei wurde die Kontinuität zu den bisherigen Datensätzen bei verbesserter Kopiequalität der Filme beibehalten.

Was soll das Ganze? Deutsche Perfektion? Sind Staublungenbilder in Analogtechnik noch moderne Pneumologie?

Erstens werden asbestbedingte Erkrankungen (Mesotheliome und Bronchialkarzinome, nicht die Parenchymerkrankungen) bis zum Jahr 2020 um das Zwei- bis Dreifache zunehmen und damit uns alle tangieren.

Zweitens ist die qualitativ gute Thoraxaufnahme (einschließlich digitaler Aufnahmen, die hier im 1:1-Format bevorzugt, aber auch als verkleinerte Filmkopie – nicht Papierkopie – bis etwa  $\frac{2}{3}$  der Originalgröße, ausdrücklich zugelassen sind) nach wie vor der Standard der Röntgendiagnostik in der täglichen Praxis.

Drittens ist es die sozialmedizinische und moralische Pflicht eines jeden Arztes, den begründeten Verdacht auf eine Berufs-

krankheit anzuzeigen, was jetzt bezüglich der enorm häufigen und von unseren radiologischen Freunden meist übersehenen Pleuraveränderungen wesentlich klarer wird.

Viertens – und das ist das wichtigste – arbeiten die Berufsgenossenschaften mit Hochdruck an der Frage, wie man „mit allen geeigneten Mitteln“ dem Personenkreis mit Asbeststaubinhalationsfolgen (nach meiner Auffassung bitte auch denjenigen mit mindestens 25 Faserjahren) helfen kann. „Strukturierte Raucherentwöhnung“ und „Lungenkrebs-Früherkennungskampagnen“ lautet die Antwort.

Fünftens: Mit der Neueinstufung von Quarz als erwiesenes Humankarzinogen erlangt auch die Suche nach Silikose-assoziierten Lungenkrebskrankungen eine neue Brisanz. Auch hier werden strukturierte Raucherentwöhnung und Lungenkrebs-Früherkennung oberhalb eines bestimmten radiologischen (ILO-)Kriteriums gebotene Maßnahmen.

Bevor wir nicht bessere epidemiologische Hinweise auf die Überlegenheit der primären CT- und Sputumdiagnostik einschließlich fluoreszenzbronchoskopischer Verfahren haben, können wir diese Techniken nicht mit dem großen Füllhorn über alle Patienten ausgießen, die bezüglich ihrer Staublungenerkrankung untersucht werden. Die gute Standardaufnahme bleibt die Grundlage für die Eingrenzung der Hochrisiko-Kollektive.

#### Literatur

- <sup>1</sup> Hering KS. Die Weiterentwicklung der Internationalen Staublungenklassifikation - von der ILO 1980 zur ILO 2000 und zur ILO 2000/Version Bundesrepublik Deutschland. *Pneumologie* 2003; 57: 576 – 584

#### Institutsangaben

Institut und Poliklinik für Arbeits- und Umweltmedizin, München

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dennis Nowak · Institut und Poliklinik für Arbeits- und Umweltmedizin · Klinikum Innenstadt · Ziemssenstr. 1 · 80336 München

#### Bibliografie

*Pneumologie* 2003; 57: 575 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0934-8387