

---

**2014/AB XXII. GP**

---

Eingelangt am 08.09.2004

Dieser Text ist elektronisch textinterpretiert. Abweichungen vom Original sind möglich.

BM für Gesundheit und Frauen

## Anfragebeantwortung

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 2063/J der Abgeordneten Öllinger, Freundinnen und Freunde** auf Grund einer eingeholten Stellungnahme der AUVA wie folgt:

Sowohl international als auch in Österreich ist nach einem Ausstieg aus der industriellen Verwendung von Asbest mit asbestassoziierten Erkrankungen zu rechnen, das liegt in dem Phänomen der Latenzzeit begründet. Latenzzeit beschreibt den Zeitraum vom Beginn der Exposition bis zum Auftreten einer Erkrankung.

Das Auftreten dieser Erkrankungen ist daher abhängig vom Zeitpunkt des Beginnes der industriellen Verwendung von Asbest und dem Verbot der Verwendung von Asbest, der 1990 erlassenen Asbestverordnung in Österreich.

Die Größenordnung der auftretenden asbestassoziierten Erkrankungen ist von der in der Industrie verwendeten Asbestmenge abhängig bzw. wie viele ArbeitnehmerInnen einer Exposition gegenüber Asbest ausgesetzt waren.<sup>1</sup>

So genannte gutartige asbestassoziierte Erkrankungen wie die Pleura - und Lungenasbestose haben eine deutlich kürzere Latenzzeit als asbestassoziierte bösartige Erkrankungen, die mit einer bis zu 50 jährigen Latenzzeit auftreten können.

Trotz des Asbestverbotes in Österreich seit 1990 ist mit einem Anstieg asbestassoziiierter bösartiger Erkrankungen zu rechnen, wie in anderen Ländern, mit einem prognostizierten Gipfel 2010-2020.

Asbestose ist eine Erkrankung des Lungengewebes (Lungenfibrose), die durch hohe und langjährige Asbestfaserexposition verursacht wird, unter Pleuraasbestose versteht man eine Bindegewebsvermehrung im Bereich des Brustfells und ist ein Marker für eine Asbestexposition, in den meisten Fällen haben Pleuraplaques keinen direkten Krankheitswert.

Aufgrund der kürzeren Latenzzeit der Asbestose (= Asbeststaublungenerkrankung, Ziffer 27a der Liste Berufskrankheiten) und den staubärmeren Arbeitsplatzbedingungen seit Anfang der 80er Jahre ist nicht mit einem Anstieg der Erkrankungen zu rechnen, dieser Umstand spiegelt sich in relativ konstanten Zahlen wider, in einem Zeitraum von 9 Jahren von 1987 bis 1995 wurden 112 Fälle entschädigt, in dem Zeitraum von 8 Jahren von 1996 - 2003 wurden 119 Fälle entschädigt, das sind in beiden Zeiträumen im Durchschnitt **11 bzw. 12** entschädigte Fälle pro Jahr.

Anhand der AUVA Statistik lässt sich ein Anstieg der entschädigten bösartigen asbestassoziierten Berufskrankheiten nachweisen, in einem Zeitraum von 9 Jahren von 1987 bis 1995 wurden 89 Fälle als BK 27b entschädigt, das sind im Durchschnitt **10** Fälle pro Jahr, in dem Zeitraum von 8 Jahren von 1996 - 2003 wurden 194 Fälle entschädigt, das sind im Durchschnitt **21** Fälle pro Jahr.

Anhand der AUVA Statistik lässt sich auch ein Anstieg der Meldungen nachweisen, eines der Ziele, die von Seiten der AUVA durch Maßnahmen zur Verbesserung des Meldeverhaltens intendiert wurde, da ein wesentlicher Grund für niedrige Anerkennungsraten in der Vergangenheit in niedrigen Melderaten gelegen ist.

1999 gab es 4 nicht anerkannte und 12 anerkannte, 2000 gab es 3 nicht anerkannte und 25 anerkannte, 2001 gab es 4 nicht anerkannte und 27 anerkannte, 2002 gab es 3 nicht anerkannte und 42 anerkannte, 2003 gab es 6 nicht anerkannte und 33 anerkannte BK 27b.

Ob ein absoluter Anstieg der bösartigen asbestassoziierten Erkrankungen in Österreich vorliegt, ist aus der AUVA Statistik nicht ablesbar.

Im Zeitraum von 1999 bis 2003 wurden 20 Fälle nicht als BK 27b anerkannt und 139 Fälle als BK 27b anerkannt, das sind 87% Anerkennungen, 13% Nichtanerkennungen.

Diese Zahlen sind jedoch nicht derart interpretierbar, dass asbestinduzierte Mesotheliome oder Lungencarcinome nicht als Berufskrankheit anerkannt wurden. Für die Anerkennung ist neben den geforderten Voraussetzungen zur Anerkennung die Qualität der Meldungen überaus entscheidend, unter Qualität ist die Exaktheit und Genauigkeit der gestellten und gemeldeten Diagnose zu verstehen und ihre prinzipielle Geeignetheit unter dieser BK Ziffer anerkannt werden zu können.

Asbest ist ein Humankanzerogen, als A1 Stoff international klassifiziert, unterschiedliche Asbestarten haben aufgrund der unterschiedlichen Fasergeometrie, Biobeständigkeit und Oberflächenbeschaffenheit eine unterschiedliche kanzerogene Potenz, für die Anerkennung der asbestassoziierten Erkrankungen als Berufskrankheit ist eine Differenzierung jedoch irrelevant, da alle Asbeste kanzerogen sind.

Darüber hinaus ist bekannt, dass ca. 90% des nach Österreich importierten und verarbeiteten Asbests in der Vergangenheit Chrysotil oder Weißasbest war, dieser Umstand unterstreicht die Bedeutungslosigkeit einer Differenzierung.

Mesotheliome treten, wie seit langem bekannt, überwiegend asbestinduziert auf, lediglich ein geringer Prozentsatz tritt als spontanes, nicht asbestassoziiertes Malignom auf. Die Erkrankung steht in keinerlei Zusammenhang mit der Noxe Zigarettenrauch, kann durch alle Asbestarten ausgelöst werden und ist nicht dosisabhängig, das heißt auch geringe Dosen können ein Mesotheliom verursachen.

Die Situation stellt sich beim asbestassoziierten Lungencarcinom different dar, das Risiko potenziert sich durch die Noxe Zigarettenrauch, es besteht eine Dosisabhängigkeit, wie beim Mesotheliom kann es ebenfalls durch alle Asbestarten ausgelöst werden.

Die wissenschaftlich belegte Tatsache der Risikopotenzierung hat für die Aufklärung und Information der ehemals asbestexponierten ArbeitnehmerInnen große Bedeutung, für die Anerkennung des asbestbedingten Lungencarcinoms hat diese Tatsache keine Relevanz, da bei Vorliegen der Voraussetzungen zur Anerkennung als Berufskrankheit der Noxe Zigarettenrauch keine weitere Bedeutung zukommt.

### **Frage 1:**

Zwischen 1990 und 2000 sind 149 Personen als BK 27b anerkannt worden, in den letzten Jahren betrafen annähernd 80% der Anerkennungen Mesotheliome, 20% asbestassoziierte Lungencarcinome.

Innerhalb dieses Zeitraumes sind **77** anerkannte Fälle an dieser Erkrankung verstorben. Nahezu alle anerkannten Fälle waren aufgrund der Latenzzeit dieser Erkrankungen zum Zeitpunkt der Anerkennung in Pension, weder die BK -Statistik noch die Todesfall -Statistik ist von dem Umstand der Erwerbstätigkeit oder der Pension abhängig. Kriterium für die Registrierung in der Todesfall -Statistik ist der Tod infolge der entschädigten Berufskrankheit.

Trotz medizinischem Fortschritt führen Mesotheliome in der Mehrzahl innerhalb weniger Jahre zum Tode. Für Lungencarcinome, die frühzeitig entdeckt werden, bestehen weitaus bessere Überlebenschancen, im Stadium I beträgt die 5 - Jahres Überlebensrate 65-70%, das heißt 2/3 aller in einem frühen Stadium operierten Patienten leben noch nach 5 Jahren.

Eine Differenzierung zwischen den Erkrankungen, die unter der Ziffer 27b anerkannt werden, wäre sinnvoll und sollte aus statistischen Gründen und Gründen der Transparenz vorgenommen werden.

### **Frage 2:**

In den Jahresberichten der AUVA von 1991 bis 1994 wurden die Rohdaten zugegebenermaßen sinnstörend dargestellt. Beispielsweise ergibt sich für das Jahr 1994 aus der Differenz von 42 und 27 die Anzahl der BK-Toten mit 15, 1993 aus 39 minus 25 14 usw. Seit 1995 gab es diese Darstellung so nicht mehr in den Jahresberichten. Bei der Anzahl der BK-Toten sind alle im Auswertungsjahr verstorbenen, egal wann die BK erstmalig anerkannt wurde, berücksichtigt.

**Frage 3:**

Im Jahr 1990, ein Jahr nach der Änderung des Datenverarbeitungssystems gab es mit 1950 anerkannten Berufskrankheiten wieder eine deutliche Erhöhung gegenüber dem Jahr 1989 mit 1424 anerkannten Berufskrankheiten, mit einer kontinuierlichen fallenden Tendenz in den folgenden Jahren. Zahlen- und prozentmäßig stehen 2 Berufskrankheiten, nämlich die Lärmschwerhörigkeit und die Hauterkrankungen, an der Spitze des Berufskrankheitengeschehens. Im Jahr 1987 gab es 2251 anerkannte Berufskrankheiten, davon entfielen 74% oder 1661 anerkannte Berufskrankheiten auf die BK 33 und BK 19, Im Jahr 1993 gab es 1753 anerkannte Berufskrankheiten, davon entfielen 79% oder 1388 anerkannte Berufskrankheiten auf die BK 33 und BK 19, ab dem Jahr 1994 kam es zu einer Reduktion dieser beider Berufskrankheiten, Im Jahr 2003 gab es 1178 anerkannte Berufskrankheiten, davon entfielen 57 % oder 673 anerkannte Berufskrankheiten auf die BK 33 und BK 19.

Der Rückgang in den Zahlen der anerkannten Berufskrankheiten ist nahezu ausschließlich Folge eines Rückganges der Lärmschwerhörigkeit und der Hauterkrankungen. Gleichbleibende Zahlen in der Berufskrankheitenstatistik wären eher Anlass zur Besorgnis angesichts einer nunmehr fast flächendeckenden arbeitsmedizinischen Betreuung der Betriebe und des präventivmedizinischen Auftrages der AUVA.

**Frage 4:**

Nicht anerkannte Berufskrankheiten wegen Nichterfüllung besonderer Bedingungen 1990 - 2003 (EDV-mäßig erfasst seit 1990)

Jahr	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Anzahl	274	329	395	428	411	415	363

Jahr	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Anzahl	405	448	418	376	363	348	268

Sonstige nicht anerkannte Berufskrankheiten 1992 - 2003 (EDV-mäßig erfasst seit 1992)

Jahr	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Anzahl	1869	1774	1526	1672	1562	1313

Jahr	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Anzahl	1297	1363	1396	1501	1475	1403

Anerkannte Berufskrankheiten 1988 bis 2003

Jahr	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Anzahl	2619	1424	1950	1796	1834	1753	1279	1353

Jahr	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Anzahl	1321	1175	1211	1259	1268	1395	1402	1178

Die Zahl der gemeldeten Berufskrankheiten lässt keine zuverlässige Aussage über das tatsächliche Ausmaß des Berufskrankheitengeschehens zu und wird von Faktoren beeinflusst, wie zum Beispiel der Arbeitsmarktsituation, den finanziellen Mitteln anderer Institutionen für Umschulungsmaßnahmen, dem Informations- und Wissensstand über Berufskrankheiten der Ärzteschaft und Qualität der Meldungen. Im Jahr 1999 betrafen 643 oder 47% der Nichtanerkennungen die Lärmschwerhörigkeit und Hauterkrankungen, 285 oder 20% der Nichtanerkennungen betrafen Atemwegserkrankungen.

Im Jahr 2003 stellt sich eine ähnliche Situation dar, 673 oder 48% der Nichtanerkennungen betrafen die Lärmschwerhörigkeit und Hauterkrankungen, 321 oder 23% der Nichtanerkennungen betrafen Atemwegserkrankungen.

Bei 167 der Nichtanerkennungen 1999, das sind 12% der Nichtanerkennungen, bei 156 der Nichtanerkennungen 2003, das sind 11% der Nichtanerkennungen werden Erkrankungen gemeldet, die keiner BK-Ziffer zuordenbar waren.

#### **Frage 5:**

In der AUVA existiert ein Asbestregister, eine Auflistung der Unternehmen, die Asbest verarbeitet haben, Asbest auch schwach gebundenen verwendet haben und asbesthaltige Produkte bearbeitet oder verwendet haben. Da gegenständliches Asbestkataster personenbezogene Daten beinhaltet, ist eine Übermittlung dieser Auflistung der Anstalt aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich.

#### **Fragen 6 bis 11:**

In den genannten Unternehmen wurden in den letzten Jahren alle auftretenden Mesotheliome anerkannt.

Daher kann zu der Anfrage, um wie viele abgelehnte Fälle es sich handelt, und der Neuaufrollung nicht Stellung genommen werden.

#### **Frage 12:**

Das BBRZ Österreich wurde von der AUVA mit der österreichweiten operativen Umsetzung des Projekts „Asbest-Nachsorgeaktion der AUVA“ beauftragt. Zielgruppe sind ehemals an Asbeststaub exponierte ArbeitnehmerInnen aus der Asbest verarbeitenden Industrie, chemischen Industrie, Stahlindustrie, Papierindustrie, aus Schiffswerften, Kraftwerken sowie aus den Berufen Gummiwerker, Reifenbauer, Isolierer, Dachdecker, Maler und Anstreicher, Installateure, Elektriker, Schlosser, Industrieofenbauer, Ofenmaurer, Kraftfahrzeugmechaniker, Bremsbelaghersteller u.a.

Alle Betroffenen, die mit dem Beratungszentrum über die Servicenummer 070/6922 6969 Erstkontakt aufnehmen, werden zu einer Screening-Untersuchung in ihrer Wohnortnähe eingeladen (die Dauer der Asbestexposition ist für das Screening unerheblich). Dazu koordiniert das

BBRZ die Untersuchungen bei nach § 49 ermächtigten Ärzten, die dazu auch speziell durch die AUVA geschult wurden.

Ziele dieser Nachsorgeaktion sind primär die Früherkennung des asbestinduzierten Lungenkarzinoms und die Verbesserung der Prognose und Lebensqualität. Weitere Ziele sind die Erkennung von gutartigen asbestinduzierten Erkrankungen, die Verringerung der Dunkelziffer von Asbestose sowie eine psychosoziale Betreuung im Erkrankungsfall und das Schnittstellenmanagement bei Verdacht auf eine Erkrankung. Ebenso erfolgt in den Beratungszentren des BBRZ eine Beratung und Information über Raucherentwöhnung.

Diese Untersuchungen werden in vorgegebenen Kontrollzeiträumen regelmäßig wiederholt. Die Wiedereinladung zu den Untersuchungen erfolgt ebenso über die Beratungszentren des BBRZ.

---

<sup>1</sup>Tossaavainen 2003, Asbestos Consumption and Mesothelioma Incidence in Industrialized Countries