

Forum Umweltmedizin NRW 1995



Landesinstitut für
den Öffentlichen
Gesundheitsdienst
NRW



Universität
Bielefeld

Vernetzung von Informationsstrukturen für umweltbezogenen Gesundheitsschutz

Eigendruck 1996

Dokumentation
der gemeinsamen Tagung
des Landesinstitutes für
den Öffentlichen
Gesundheitsdienst NRW
und der
Fakultät für
Gesundheitswissenschaften,
Universität Bielefeld
am 17. Mai 1995, Bielefeld

Forum Umweltmedizin NRW 1995

"Vernetzung von Informationsstrukturen für umweltbezogenen Gesundheitsschutz"

Herausgeber:

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) NRW

Westerfeldstr. 35/37, 33611 Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld

Wissenschaftliche Leitung:

Rainer Fehr, Dr. med. Ph. D.

Konzeption und Redaktion:

Andrea Vogt, Dipl. Biol.

Technische Bearbeitung und Druck:

LÖGD, Bielefeld

Bielefeld April 1996

Der Tagungsband wurde erstellt mit Unterstützung des
Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) NRW.

Die Beiträge stellen die persönliche Meinung der Autoren dar,
die nicht mit den Auffassungen des MAGS übereinstimmen muß.

Umweltmedizin: wohin führt uns das neue Paradigma?

Norbert Schmacke

PD Dr. med. Norbert Schmacke
Akademie für öffentliches Gesundheitswesen
Auf'm Hennekamp 70, 40225 Düsseldorf

Die nachfolgenden Thesen in ihrer zugespitzten Form sollen zum Nachdenken darüber anregen, ob nicht das moderne Umweltmedizin-Paradigma in der Traditionslinie der Medikalisierung gesellschaftlicher Problemlagen liegt und ungezwollt erneut dazu beiträgt, daß kollektive Risiken über die Eingliederung in die Systematik der kurativen Medizin individualisiert werden. Umgekehrt zielen die Ausführungen darauf ab, wie aus der Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes das „Herzstück“ der Umweltmedizin, der vorbeugende gesundheitliche Umweltschutz [1], gestärkt werden kann.

1. Es besteht nach wie vor keine Einigkeit darüber, was unter Umweltmedizin zu verstehen ist. Es ist davon auszugehen, daß allein in der Zusammenfügung der beiden Wortbestandteile „Umwelt“ und „Medizin“ positiv besetzte Konnotationen mitschwingen, die - spekulativ - mit Begriffen wie „Fortschrittlichkeit“ und „Lösung der Ökologischen Katastrophe“ umschrieben werden könnten. Dies hätte natürlich wenig mit Wissenschaftlichkeit, aber viel mit Wunschdenken zu tun.

2. Umweltmedizin ist in Forschung und Praxis immer wieder auf den Endpunkt „Krankheit des Menschen“ (vor allem Allergien und Krebserkrankungen) ausgerichtet. Diese Fixierung (anthropozentrischer Ansatz) ist aber nach heutigem Wissensstand, bezogen auf die Spezies *Homo sapiens sapiens*, nur sehr bedingt geeignet, Ursachenketten zu entdecken und daraus Präventionsprogramme abzuleiten [2, 3]. Sie unterstellt, daß dies ein generell akzeptiertes Anliegen der Umweltmedizin ist. Zu wenig wird zur Kenntnis genommen, wie schwer sich auch die Arbeitsmedizin, die es fast immer mit ungleich höheren Expositionsdosen zu tun hat als die Umweltmedizin, mit Kausalitätsnachweisen tut. Diese Wahrheit verschwindet zu häufig hinter der berechtigten Kritik an der Vielzahl unverzeihlicher und langanhaltender Verharmlosungen von Einzelnoxen, wie z.B. Asbest, durch die etablierte Arbeitsmedizin. Umgekehrt muß festgestellt werden, daß sich an

eben diesem Thema „Asbest“ auch die schiefe Risikowahrnehmung in der Umweltmedizin und der Öffentlichkeit demonstrieren läßt. Hatte doch das relevante bevölkerungsbezogenen Asbestose- und Mesotheliomrisiko seinen Höhepunkt längst überschritten, als die Umweltmedizin Asbest neu entdeckt hat.

3. Da viele pathophysiologische Reaktionen des Menschen auf die zumeist zu verzeichnenden Niedrig - Dosis - Einwirkungen anthropogener Schadstoffe hochgradig unspezifisch und in der Regel von allgemeinen Stresssymptomen nicht zu unterscheiden sind [5, 6], geht die humanmedizinisch orientierte Umweltepidemiologie ein noch höheres Risiko ein, zu einer „Endlos-Epidemiologie“ zu geraten, als dies die Risikofaktoren-Epidemiologie bereits langjährig demonstriert hat. Es muß aber davon ausgegangen werden, daß die kurative Medizin auch in den überschaubaren Zeiträumen nicht in die Lage versetzt werden wird, von einer gesicherten Erkenntnisbasis bezüglich kausaler Zusammenhänge zwischen Krankheiten und vermuteten Umwelt-Einzelnoxen ausgehen zu können. Daß therapeutische Maßnahmen für die sogenannten Umweltkrankheiten praktisch nicht zur Verfügung stehen (rechnet man einmal Beschwerden- bzw. Symptombewältigung nicht mit zur Therapie im engeren Sinne, so wichtig dieses Feld ganz unbestritten ist), verschärft die Situation erheblich. Es sei nur am Rande vermerkt, daß die Krankheitszentrierung die enorme Bedeutung der Belästigung durch Schadstoffe oder anderer Noxen wie des Lärms häufig außer acht läßt.

4. Ein anderes „Herzstück“ der Umweltmedizin, die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP), steht angesichts der unglaublichen Komplexitäten der Risikoabschätzungen und der dünnen Decke an „harten“ Krankheitsdaten in der permanenten Gefahr, hinter den erforderlichen politischen Entscheidungen herzulaufen oder im Vorfeld unpopulärer Entscheidungen (Typ: Müllverbrennungsanlage) den Anschein wissenschaftlicher Entschei-

dungsfindung abzugeben. Dies wird - sofern die These stimmt - der Bevölkerung schon mittelfristig nicht verborgen bleiben. Und dies fördert möglicherweise die Entwicklung, daß die Menschen sich dann Umweltmedizin letztlich wieder nur als Bestandteil der individuellen Arzt-Patient-Beziehung vorstellen können.

5. Wer sich im Feld der Umweltmedizin bewegt, ist gut beraten, die doppelte Mächtigkeit der Individualmedizin ins Kalkül zu nehmen. Die kurative Individualmedizin stellt zum einen ein hochorganisiertes gesellschaftliches System der fachlichen und ökonomischen Interessenvertretung dar [6]. Zum anderen, und dies erst führt zu den typischen Fallstricken für viele präventiv orientierte Gesundheitsprogramme, stützt sich die Individualmedizin heute auf ein hochwirksames Wahrnehmungs- und Erwartungsmuster in der Bevölkerung, wenn es um gesundheitlich definierte Probleme geht:

- Die Medizin im kurativen Sektor „macht“, was sie „kann“. Und sie „kann“ im Zweifelsfalle: Sichtbares dokumentieren, Symptome katalogisieren, Proben entnehmen, Werte bestimmen, und Prognosen wagen. Umweltmedizinisch definierte Probleme werden von genau diesem Raster erfaßt; der „medizinisch-industrielle Komplex“ und die Interessenvertretungen der Ärzte werden dieser Logik folgen müssen. Grundprinzipien wissenschaftlichen Screenings oder anspruchsvolle Theoriekonstrukte finden in die einzelne Arztpraxis bis heute nur unsystematisch Einzug. Die Cholesterindebatte oder die HIV-Antikörperproblematik legen davon Zeugnis ab [7].
- Die Bevölkerung ist daran gewöhnt worden, von der jeweiligen Arzt-Patient-Beziehung das Ausschöpfen der Maximaldiagnostik zu erwarten, und sie begegnet dem konsultierten und behandelnden Arzt im Falle persönlicher Betroffenheit mit einer generellen Kompetenzzuweisung in Sachen Gesundheit, auch wenn das System Medizin Antworten nicht parat haben kann. Wer Umweltmedizin sagt, induziert mit anderen Worten stets auch die Nachfrage nach dem allgemeinen Leistungsspektrum in der Praxis der niedergelassenen Ärzte.
- Der Trend zur Individualmedizin ist bei schadstoffassoziierten Problemen nicht nur

deshalb problematisch, weil das gesicherte Wissen erst allmählich wächst und ein fester ärztlicher Handlungs- bzw. Beratungskanon nicht besteht, sondern auch, weil Arztbesuche mit umso größeren unerwarteten bis unerwünschten Wirkungen verbunden sind, je weniger etabliert die medizinische Kunst ist. Noch ist erst in Ansätzen klar, welche psychischen Verunsicherungen und somatischen Schäden das unkritische Umgehen mit dem Cholesterinthema mit sich gebracht haben mag. Im Sinne einer Karikatur müßte eine Art Warntafel ausgedacht werden: wer nicht mit einem ~~nicht~~ eindeutig eingegrenzten Problem in die Arztpraxis geht und im Rahmen zielgerichteter Konsultation und Therapie zufrieden nach Hause geht, kann sich im Handumdrehen in ein multimorbides und therapiebedürftiges Wesen verwandeln, das sich nicht wiedererkennt und mehr unter den „neu“ entdeckten Diagnosen und den Nebenwirkungen der verordneten Maßnahmen leidet als von der Konsultation Nutzen zieht. Der ernsthafte Hintergrund dieser Zusammenhänge ist angesichts der hohen psychosomatischen Aufladung des hier zur Rede stehenden Beschwerde- und Krankheitenspektrums von größter Brisanz [3-5, 8].

- Hierdurch entsteht eine auf den ersten Blick vielleicht ungeahnte Ambivalenz der jetzt begonnenen formalisierten Weiterbildung in Umweltmedizin. Auf der einen Seite stellt dieser Spezialisierungsweg auf dem Boden des Kursbuches der Bundesärztekammer einen Fundus an differenziertem Wissen zur Verfügung, der vor unreflektiertem Handeln schützen kann. Auf der anderen Seite kann die neue Subdisziplin Umweltmedizin aber auch ungewollt zum „Büchsenöffner“ für zielloses Screening und für unnötige Krankheitszuweisungen geraten. Eine in das „normale“ Angebot der Individualmedizin aufgenommene Sparte Umweltmedizin steht in der Gefahr, die komplexen Ansätze einer auf Studienergebnisse gestützten und an Evaluation ihrer Praxis interessierten Handlungsorientierung aufzuweichen und mit dem traditionellen Raster der kurativen Medizin zu antworten, das nun in der Regel für die genannten unspezifischen Beschwerden, welche Patienten heute als umweltassoziiert vortragen, wenig angemessen ist. Sollten diese Befürchtungen eintreffen, wäre gewissermaßen auch die ökologische Frage medikalisiert worden.

6. Angesichts des in Deutschland vorhandenen hohen Potentials an wissenschaftlich fundierten multidisziplinären und -professionellen Ansätzen in Forschung und Praxis in Sachen Umwelthygiene und -medizin wäre es reizvoll, eine fiktive Schablone zu entwickeln, die über einzelne Schritte künftigen Handelns in diesem Feld gelegt werden könnte und der Frage folgen müßte: Fördern neue Projekte, Maßnahmen und Empfehlungen den Präventionsgedanken des vorbeugenden umweltbezogenen Gesundheitsschutzes oder schwächen sie ihn? In gesundheitlich bedeutsamen Umweltfragen würde dies unter anderem bedeuten, zur Förderung der Prävention häufig auf wissenschaftlich gesicherte Kausalitätsnachweise zu verzichten und das vielzitierte Vorsorgeprinzip tatsächlich wie eine Generalmaxime zu etablieren. Das liefe quer zu unseren verrechtlichten Systemen, die oftmals alle Einzelfragen bis zur Handlungsunfähigkeit oder Sanktionierung des status quo perfekt abarbeiten. Das würde bedeuten: Handeln unter Ungewißheit, nämlich durch Zugrundelegen von Plausibilitäten und Bevorzugung des Prinzips „Vermeidung des technisch Vermeidbaren nach vorausgegangenem Mediations- oder Konsensverfahren“. Das bedingt schließlich eine Absage an die „Expertokratie“ und ein emsiges wie mühsames Ringen um Beteiligungsmodelle. Betroffene Bevölkerungsgruppen, so die Konsequenz, müssen in die Erörterung der vermeintlich nur von naturwissenschaftlichen sowie medizinischen Experten und Juristen zu lösenden Problemlagen der Zusammenhänge von Umweltbelastungen und Gesundheit prinzipiell eingebunden werden.

7. Bezogen auf den öffentlichen Gesundheitsdienst sind die abzuleitenden Forderungen im Grunde gebahnt: Erstens Stärkung der interdisziplinären Untersuchungs- und Beratungsansätze in den Kommunen im Verbund mit wissenschaftlichen Institutionen. Zweitens und gleichberechtigt Stärkung der sozialen Kompetenz der Akteure, hier vor allem in der Fähigkeit der Risikokommunikation [9]. Es ist zu hoffen, daß die Etablierung der Umweltmedizin im System der Vertragsärzte nicht zum Vorwand genommen wird, die bewährten Ansätze innerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems [10] im Sinne eines falsch verstandenen Subsidiaritätsprinzips noch drasti-

sch zu kappen als dies heute im Rahmen der Haushaltskonsolidierungsbemühungen ohnehin leider schon der Fall ist.

Literatur

- [1] SCHMACKE, N. (1994): Gesundheitlicher Umweltschutz im kommunalen Raum - Aufgaben für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. In: Jahrbuch für kritische Medizin 22. Hamburg: Argument S. 152-163
- [2] HAUPTGESUNDHEITSAMT BREMEN (HRSG.) (1992): Umwelt und Gesundheit: Zum Stellenwert von Krankheitenregistern. Bremen: Eigendruck
- [3] SCHIMMELPFENNIG, W. (1994): Begutachtung umweltbedingter toxischer Gesundheitsschäden. Bundesgesundheitsbl. 9: 377-385
- [4] RING, J., GABRIEL, G., VIELUF, D., PRZYBILLA, B. (1991): „Klinisches Ökologie-Syndrom“. MMW 133: 50-55
- [5] SCHAEFER, I., SCHMACKE, N., ZOLONDEK, U. (1991): Zur Einrichtung umweltmedizinischer Ambulanzen/Beratungsstellen in Gesundheitsämtern - ein erfolversprechender Ansatz? Öff. Gesundh. Wes. 53: 658-661
- [6] RELMAN, A. S. (1991): Shattuck Lecture - The Health Care Industry: Where is it Taking us? New Engl. J. Med. 325: 854-859
- [7] KÜHN, H., ROSENBROCK, R. (1994): Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. In: Rosenbrock, R., Kühn, H., Köhler, B. M. (Hrsg.): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin: Edition sigma, S. 11-53
- [8] TERR, A. (1986): Environmental Illness. A Clinical Review of 50 Cases. Arch. Intern. Med. 194: 145-149
- [9] FÜLGRAFF, G. (1993): Die Bedeutung des Risikobegriffs im gesundheitlichen Umweltschutz. Jahrbuch für Kritische Medizin 20, Hamburg: Argument S. 114-127
- [10] SCHMACKE, N. (1995): Öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstaat und kommunale Selbstverwaltung. Perspektiven der Gesundheitsämter auf dem Weg ins 21. Jahrhundert. Berichte und Materialien Band 11. Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf