

Zur Einrichtung umweltmedizinischer Ambulanzen/Beratungsstellen in Gesundheitsämtern – ein erfolgversprechender Ansatz?

Ina Schaefer, N. Schmacke, Ute Zolondek

Hauptgesundheitsamt Bremen (Amtsleiter: Dr. Zenker)

Establishment of Environmental Medical Ambulances Advisory Offices in Public Health Services – A Promising Concept?

The establishment of medical environmental centres at public health offices is hardly questioned any longer even though it means a crucial shift regarding the points of emphasis in human ecology in general as well as the extension of the fields of activity in public health services. It is doubtful whether the individual-orientated approach of environmental medicine can meet the complexity of medical problems due to environmental factors or which rating preventive medicine can have in this context. Environmental medicine could well not only overtax the personnel resources of public health offices, as previous experience shows, but also change the fields of activity of public health services qualitatively. At present the lack of knowledge and experience in environmental medicine enables only research-orientated institutions to perform appropriate work in this field.

Key words

Medical environmental centres – Environmental medicine – Public health office

Zusammenfassung

Die Einrichtung von umweltmedizinischen Ambulanzen/Beratungsstellen in Gesundheitsämtern wird kaum noch kritisch hinterfragt, obwohl hier eine entscheidende Weichenstellung hinsichtlich der Schwerpunktsetzung in der Humanökologie insgesamt, wie auch der Ausweitung des Aufgabenspektrums des ÖGD erfolgt. Es ist zweifelhaft, ob eine individualmedizinisch ausgerichtete Umweltmedizin der komplexen Problemstellung umweltbedingter Erkrankungen gerecht wird bzw. welchen Stellenwert in diesem Arbeitsansatz noch Prävention haben kann. Die Ansiedlung der Umweltmedizin in den Gesundheitsämtern dürfte diese nicht nur personell überfordern, sondern auch das Aufgabengebiet des ÖGD qualitativ verändern. Im Gegensatz zur Umwelthygiene wird zum gegenwärtigen Zeitpunkt aufgrund der mangelhaften Wissens- und Erfahrungsbasis die Bearbeitung umweltmedizinischer Fragestellungen allein in forschungsbezogenen Einrichtungen für sinnvoll gehalten.

Die aktuelle Diskussion um die Zukunft des ÖGD vermittelt häufig den Eindruck, jedes Gesundheitsamt ohne umweltmedizinische Ambulanz/Beratungsstelle bzw. entsprechende Ambitionen sei „out of time“. So wird beispielsweise im Umweltmedizin-Konzept der Ärztekammer Berlin beklagt, daß es dem ÖGD an leistungsfähigen umweltmedizinischen Einrichtungen (z. B. Beratungsstellen) mangle (1).

Entsprechend erinnert die „Eröffnung“ jeder neuen Ambulanz was die Erwartung bez. Nutzen und Leistungsfähigkeit derselben betrifft, nahezu an die Eröffnung einer neuen stationären Einrichtung.

Nach unserer Auffassung ist zum jetzigen Zeitpunkt eine kritische Betrachtung dieser Angebote, in denen

vorrangig durch individualmedizinische Untersuchungen wie in einer Facharztpraxis die Vermutung schadstoffbedingter Beschwerden erhärtet oder entkräftet werden soll, angebracht und soll im folgenden zur Diskussion gestellt werden.

1. Die im Zusammenhang mit anthropogenen Umweltbelastungen beschriebenen/vermuteten Erkrankungssymptome haben zumeist einen sehr unspezifischen Charakter: neurovegetative Beschwerden wie Schweißausbrüche, chronische Müdigkeit und Schlafstörungen sowie neurologische Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schwindel etc. stehen deutlich im Vordergrund. Und umgekehrt: je spezifischer das Symptom, desto seltener wird es im Zusammenhang mit chronischen Schadstoffbelastungen genannt (2).

Insofern ist ein Rückschluß vom Symptomkomplex auf eine umweltbedingte Ursache, zumindest was die hierzulande außerhalb der Arbeitswelt üblichen Belastungsverhältnisse betrifft, in der Regel nicht möglich. Eine

klinisch manifeste Erkrankung wird nur selten monokausal oder vorrangig auf benennbare Umwelteinwirkungen zurückzuführen sein.

Entsprechend können individualdiagnostische Untersuchungen einschließlich des Biomonitoring allenfalls zu einem analytischen Erfolg führen, der jedoch in der Regel weder zur Prognose noch zur Beratung oder gar Therapie des einzelnen Patienten nutzbar ist.

Insofern kann nur verwundern, was in manchen Konzepten zur Leistungsfähigkeit der zwischenzeitlich eingerichteten Ambulanzen/Beratungsstellen zu lesen ist. Ein Beispiel:

„Abgestimmte Untersuchungsprogramme (Bio-monitoring) zur Ermittlung der individuellen körperlichen Belastungssituation sowie deren Wirkungen werden vorgeschlagen und die Ergebnisse unter Berücksichtigung der bekannten allgemeinen Hintergrundkonzentration bewertet (3).“

Das hier verkündete Vorgehen, mit ähnlichem Anspruch auch an anderen Stellen formuliert, operiert mit theoretischen Annahmen, die entweder die Grenzen des heutigen Wissensstandes nicht benennen oder aber im schlimmsten Fall Fehlinterpretationen erliegen.

So beruht der heutige Kenntnisstand der gesundheitlichen Wirkung xenobiotischer Substanzen im low-dose-Bereich im wesentlichen auf tierexperimentellen Daten oder auf der Extrapolation humantoxikologischer Beobachtungen nach höherer Exposition. Weder eine Langzeitexposition noch qualitativ andere Beschwerden im low-dose-Bereich, die bei höherer Exposition verdeckt sein können, finden ausreichend Berücksichtigung. Dieses Defizit, welches auch mögliche Kombinationswirkungen betrifft, ist kein Versäumnis der Forschung, sondern in der Problemstellung und der entsprechend angemessenen methodischen Aufarbeitung begründet.

Eine zweite Annahme, die die Komplexität der umweltbedingten Erkrankung verschleiern, ist die häufige Verwendung des Terminus „allgemeine Hintergrundbelastung“ im Sinne von med. Referenzwert, Normalwert. Die hier analysierten Werte sind keine physiologischen Parameter, wie sie gängigerweise in der Medizin erhoben und anhand von Normalwerten, die den Charakter eines konkreten Kriteriums für Körperfunktionen tragen, interpretiert werden. Die weite Verbreitung dieser Fehlinterpretation hat umweltpolitisch fatale Fehleinschätzungen zur Folge und führt im Zweifelsfall zu einer Verharmlosung der ubiquitären Verteilung von Schadstoffen. Die „allgemeine Hintergrundbelastung“ von Schadstoffen spiegelt allein die aktuelle Expositionsverbreitung und -höhe innerhalb der Bevölkerung wider. Diese kann entsprechend umweltpolitischer Maßnahmen schwanken, wie der durchschnittliche Blutbleispiegel vor und nach Einführung des Benzin-Blei-Gesetzes eindrucksvoll zeigt (4). Ob mit dem Erreichen, der Überschreitung oder auch dem Unterschreiten der durchschnittlichen Belastung ein gesundheitliches Risiko verbunden ist, bleibt völlig offen. Es stellt sich ja für jede auf dieser Ebene angesiedelte epidemiologische Untersuchung

heute bereits oft das Problem des Findens einer unbelasteten Kontrollgruppe.

Daten des biological monitoring sind daher auch wenn epidemiologisch sicherlich von großem Interesse und wissenschaftlicher Bedeutung, auf individueller Ebene kaum bewertbar. Methodisch sinnvoll ist dies allein für Substanzen mit ausreichend abgesichertem toxikologischen Wissen, welches die Bewertung von unbedenklichen über kritische bis zu toxischen Substanzgehalten in biologischem Material unabhängig von der Hintergrundbelastung ermöglicht.

Wenn man die toxikologische Literatur zu Blei, einem der am besten erforschten Schwermetalle, diesbezüglich ansieht, so lassen sich hier zwar die neurotoxischen Krankheitssymptome in den letzten Jahren immer besser mit der gemessenen Körperbelastung korrelieren (5, 6). Dennoch muß auch hier das Problem gesehen werden, daß es extrem schwer sein wird, im Fall nachgewiesener Bleibelastung den Erwartungen der Betroffenen zu entsprechen, richtungsweisende Interpretationen und Prognosen für ihren Gesundheitszustand zu machen.

Das Versprechen einer monokausalen Ursachenerhebung weckt bei den Betroffenen eine Erwartungshaltung, die aufgrund dieser Defizite zwangsläufig zu schweren Enttäuschungen führen muß. Insofern stellt sich u. E. auch ein ethisches Problem, das zukünftig mit in die Diskussion einbezogen werden sollte. Ohne die Arbeitsmedizin generell als positives Beispiel benennen zu wollen, sollte in diesem Zusammenhang doch deren Arbeitsansatz in Form der Expositionsabschätzung an der Quelle und nur selten am Betroffenen, wobei die klinische Schadstoffanalytik oftmals lediglich den Stellenwert des Nachweises physiologischer Selbstverständlichkeiten hat, Vorbildfunktion haben.

Die Verlagerung der Schadstoffproblematik von der äußeren Ebene auf eine individuelle, innere Ebene erlaubt im übrigen keineswegs automatisch eine befriedigende Ursachenerkennung und -behebung.

Aber nur durch Ursachenbehebung ist Prävention möglich, die nach unserem Verständnis Aufgabe des ÖGD ist. In diesem Zusammenhang und um Mißverständnissen vorzubeugen sei betont, daß gesundheitliche Beschwerden, die im Zusammenhang mit Umwelteinwirkungen gebracht werden, natürlich ernst genommen werden müssen. Es ist Aufgabe, mittels Ortsbegehungen, Abklärung der Indikation zu Analytik der betreffenden Medien (Wasser, Boden, Luft) und ggf. Hinzuziehung geeigneter Kooperationspartner herauszufinden, ob es definierbare und behebbare Schadstoffeinträge gibt. Dies umfaßt auch in Einzelfällen den gesundheitlichen Beschwerden des Einzelnen individualmedizinisch/-diagnostisch nachzugehen.

In diesem Sinne beinhaltet die Umwelthygiene eine Fortführung der Methoden der zwar unmodern, jedoch unstrittig sehr erfolgreichen Seuchenhygiene, da auch hier eine Eliminierung der Quellen angestrebt wird und weit im Vorfeld angesetzte Präventionsmaßnahmen wie Trinkwasserhygiene, Abwasserbeseitigung, Lebensmittelkontrolle etc. eingesetzt werden.

2. Unabhängig der oben diskutierten methodischen Probleme dieses Ansatzes in der „Umweltmedizin“ muß die Frage erlaubt sein, warum immer mehr Ärzte im ÖGD sich anscheinend mit Begeisterung eines Arbeitsansatzes annehmen, dessen Grundlage nichtpräventiver, sondern individualmedizinischer Art ist. Auch dieses auf Orientierungs-/Vorsorgewerte ausgerichtete Handeln ist immer noch Reaktion auf die bestehende Wirklichkeit und nicht Verhinderung zukünftiger Belastungen.

Neben der Vermutung, daß die Mediziner im ÖGD innerhalb der (leider vernachlässigten) „Quo vadis“-Diskussion um die Umwelthygiene/-medizin die Führungsrolle in einem multiprofessionellen Diskurs für sich beanspruchen wollen und damit gleichzeitig ihrer „eigentlichen Berufung“ (konkrete Behandlung von Patienten) sowie diversen Titelsehnsüchten in Form neuer Zusatzbezeichnungen (Arzt für Umweltmedizin) frönen, fällt auf, daß die notwendige Debatte um bevölkerungsmedizinische versus individualmedizinische Ansätze nahezu vollständig ausbleibt. Dies gilt selbstverständlich auch für die Mediziner außerhalb des ÖGD.

Wir meinen, daß diese Debatte zum jetzigen Zeitpunkt umso notwendiger ist, als sich noch die Chance bietet, das bislang nicht abschließend umrissene Arbeitsgebiet Umwelthygiene zu gestalten.

Wir wollen in diesem Zusammenhang nicht verschweigen, daß wir die Begeisterung für einen anderen, mehr individualmedizinischen Arbeitsansatz vor dem Hintergrund der Enttäuschungen und Schwierigkeiten mit den sog. neuen Betätigungsfeldern im ÖGD in Form der kurzfristigen Reaktion auf immer wechselnde tagesaktuelle Schadstoffe nachvollziehen können. Wir verhehlen außerdem keineswegs die alltägliche Unsicherheit bei der Risikoeinschätzung und damit Prioritätenbildung in diesem Arbeitsgebiet. Allerdings trägt der Arbeitsansatz Umweltmedizin derzeit gleichfalls stark modernistische Züge und wird fraglos ein schwieriger, frustrierender und allzu oft enttäuschender Weg sein.

Gleichzeitig erwecken die bislang von einigen Ambulanzen/Beratungsstellen vorgelegten Konzepte und vorläufigen Erfahrungsberichte den Verdacht, daß lediglich eine Umetikettierung bestehender Arbeitsweisen vorgenommen wurde.

Insgesamt halten wir es für angezeigt, die Debatte um die Einrichtung umweltmedizinischer Ambulanzen/Beratungsstellen in eine Gesamtdebatte um den Arbeitsbereich „Umwelthygiene“ einzubeziehen. Diese Auseinandersetzung bedingt in jedem Fall vorab eine kritische Reflektion der Arbeitsansätze der letzten Jahre. In diesem Zusammenhang scheint uns eine Diskussion um Stellenwert und Handlungsstrategien in der Innenraumlufthygiene vordringlich. Notwendig ist z. B. die kritische Zwischenbilanz der Erfahrungen mit der sog. Spritzasbest-Broschüre als Beurteilungsgrundlage und Handlungskonzept.

Die Notwendigkeit umweltmedizinischer Einrichtungen mit all ihren Möglichkeiten und Chancen soll dennoch keineswegs geleugnet werden. Zum jetzigen Zeitpunkt halten wir jedoch deren Ansiedlung im großinstitutionellen Bereich, wie im Medizinischen Institut für Umwelthygiene an

der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen geschehen, für wesentlich sinnvoller. Einerseits ist hier die notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Klinikern, Umwelthygienikern, Toxikologen etc. viel eher realisierbar. Andererseits bietet sich hier die Möglichkeit der gleichfalls notwendigen Begleitforschung, um aus den praktischen Erfahrungen Aussagen zum Stellenwert von Expositionen im low-dose-Bereich für die verschiedenen Expositionspfade abzuleiten. So wird denn auch im Konzept der umweltmedizinischen Beratungsstelle an der Universität Düsseldorf formuliert: „Es wird in einem Modell versucht, vorhandenes toxikologisches oder epidemiologisches Wissen über Umweltschadstoffe auf Menschen mit individuellen Gesundheitsproblemen oder manifesten Erkrankungen anzuwenden, gleichzeitig aber auch angestrebt, durch gezielte Erhebung und Beobachtung Wissen über diese Zusammenhänge zusammenzutragen (2).“

Aus den 1990 vorgestellten ersten Erfahrungen der Düsseldorfer Ambulanz wird nach unserer Auffassung deutlich, daß der forschungsorientierte Ansatz im Düsseldorfer Modell dominiert.

Ein anderes Problem umweltmedizinischer Angebote ist aus der Untersuchung von Ring u. a. ableitbar: An einer Untersuchung zu vermuteten Allergien gegen Umweltschadstoffe waren 6 Universitätsdisziplinen einschließlich einer ausführlichen psychosomatischen Exploration beteiligt (7).

Bei den skizzierten Schwierigkeiten muß in aller Deutlichkeit festgehalten werden, daß Umweltmedizin gegenwärtig eine Pionierphase durchläuft, die nicht beliebig abgekürzt werden darf.

Es ist aus dem oben Gesagten leicht ableitbar, daß der ÖGD mit dieser Aufgabe auch personell überfordert ist. In diesem Zusammenhang darf nicht übersehen werden, daß für keine der (uns bekannten) kommunalen Einrichtungen zusätzliche Stellen geschaffen wurden. Vielmehr scheinen den Gesundheitsämtern ausreichend freie Kapazitäten unterstellt zu werden, um derartig hochangesehene Objekte nicht mit entsprechenden finanziellen und personellen Konsequenzen verbinden zu müssen.

Auch aus diesem Grunde halten wir für Gesundheitsämter eine Beschränkung (bzw. Entwicklung) auf das Angebot einer fundierten umwelthygienischen Beratung für wesentlich sachgerechter. Zu denken ist hier an den Ausbau einer bürgernahen Aufklärung und Beratung zu gesundheitlich relevanten Umweltfragen z. B. in Form von Einzelgesprächen, Veranstaltungen, Projekttagen oder durch die Nutzung von Medien und Broschüren. Hierdurch bietet sich u. E. ein stärker präventiv ausgerichteter Arbeitsansatz, dessen Möglichkeiten gleichfalls nicht umfassend erprobt und ausgeschöpft sind. Ein Beispiel: Wir haben 1987/88 im Rahmen einer kooperativen Studie die Belastung von Blut, Raumluft und Lebensmittel bei Anwohnern chemischer Reinigungen untersucht. Die blutchemischen Analysen schienen uns insofern notwendig, um die Auswirkungen von chemischen Reinigungen auf die Bevölkerung im Umfeld in einem größeren Kollektiv belegen zu können und damit die Notwendigkeit von Sa-

nierungsmaßnahmen und Veränderungen im Verbraucherverhalten zu untermauern (8). Aufgrund der mangelnden Ausagemöglichkeit über die gesundheitlichen Auswirkungen der ermittelten Blutkonzentrationen war diese Analyse für die Betroffenen individuell jedoch nur wenig hilfreich und hat trotz unserer ausführlichen diesbezüglichen Aufklärung im Vorfeld im Gegenteil eher beunruhigt, ohne weiterzuhelfen. Die 1990/91 im Rahmen einer Nachuntersuchung (der Raumluft) durchgeführte Befragung des identischen Kollektivs ergab, daß niemand der Betroffenen sein persönliches Nutzungsverhalten gegenüber chemischen Reinigungen seither verändert hat (9). Dies ist nach unserer Interpretation auch als Mißerfolg der aufklärerischen Wirkung solcher Untersuchungsprogramme zu werten.

In diesem Zusammenhang scheint es uns in Bezug auf die umwelthygienische Beratung, deren Notwendigkeit und Bedarf wir als unstrittig voraussetzen, zukünftig wichtig, diesen Aspekt zu beachten.

Eine Auswertung dieser Erfahrungen zusammen mit den Erfahrungen der umweltmedizinischen Ambulanzen/Beratungsstellen an den Universitäten sowie den gleichfalls abzuwartenden Ergebnissen des in Niedersachsen eingerichteten Meldepraxensystems (Morbus-Projekt) kann dann zu einer sachgerechten Beschreibung dieses Arbeitsbereiches führen, um so die diesbezüglichen Möglichkeiten des ÖGD sinnvoll zu definieren.

Zusammenfassend plädieren wir dafür, Ansätze individualmedizinischer Diagnostik und Betreuung von Patientinnen/Patienten, bei denen chronische Gesundheitsschäden aufgrund langdauernder Schadstoffexposition im low-dose-Bereich vermutet werden, in Universitäts-Spezialambulanzen zu fördern und die Ergebnisse der zugehörigen Begleitforschung kritisch zu beobachten. Es sollen keine falschen Erwartungen in der Bevölkerung durch vergleichbare flächendeckende Angebote in Gesundheitsämtern oder durch die voreilige Etablierung einer neuen Zusatzbezeichnung „Umweltmedizin“ geweckt werden. Der ÖGD sollte demgegenüber seine Aufgaben im Bereich der Umwelthygiene durch den Aufbau multiprofessioneller Teams in den großen Gesundheitsämtern konsolidieren.

Wir möchten abschließend hierzu die Entschließung der 57. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (GMK) an anderer als sonst vielfach üblicher Stelle zitieren: „Die Um-

welthygiene befaßt sich mit den Einflüssen der Umwelt auf die menschliche Gesundheit. Ihr Ziel ist es, gesundheitsgefährdende Umwelteinflüsse zu verhindern oder zu beseitigen sowie Kenntnisse und Verhaltensweisen zur Nutzung förderlicher und Vermeidung schädlicher Umwelteinwirkungen zu vermitteln. Diagnose und Behandlung umweltbedingter Krankheiten sind Aufgabe der kurativen Medizin (10).“

Literatur

- ¹ Ärztekammer Berlin: Umweltmedizin. Konzept der Ärztekammer Berlin. Erarbeitet vom Arbeitskreis „Umweltmedizin“ der ÄK Berlin, 1990, Eigendruck
- ² Neuhaus, H. F., D. Haake, K. Prator, U. Ranft: Konzept der umweltmedizinischen Beratungsstelle am Medizinischen Institut für Umwelthygiene an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, 1990, (MS unveröffentlicht)
- ³ Wendel, L.: Konzeption einer Umweltmedizinischen Beratungsstelle für die Landeshauptstadt Wiesbaden, 1990, (MS unveröffentlicht)
- ⁴ Dolgner, R. u. a.: Untersuchungen zur Schwermetallbelastung von Kindern im Ruhrgebiet. Öff. Gesundheitswes. 50 (1988) 189–196
- ⁵ Müller, L., B. Kaiser, F. K. Ohnesorge: Vorkommen und Bedeutung von Blei, aus: Die Trinkwasserverordnung, E. Schmidt Verlag, Berlin 1991
- ⁶ Needleman, H. L., A. Schell, D. Bellinger, A. Leviton, E. N. Allred: The long-term effects of exposure to low doses of lead in childhood. NEJM, Vol. 322 (1990) 83–88
- ⁷ Ring, J., G. Gabriel, D. Vieluf, B. Przybylla: Klinisches Ökologie-Syndrom. Polysomatische Beschwerden bei vermuteter Allergie gegen Umweltschadstoffe. MMW 133 (1991) 50–55
- ⁸ Schaefer, Ina, H. Hohmann: Tetrachlorethenbelastung bei Anwohnern von chemischen Reinigungen. Öff. Gesundheitswes. 51 (1989) 291–295
- ⁹ Schaefer, Ina, H. Hohmann: Tetrachlorethen(TCE)-Belastung – Ergebnisse einer Nachuntersuchung bei Anwohnern Chemischer Reinigungen und aktuelle gesetzliche Entwicklungen. Öff. Gesundheitswes. 53 (1991) 265–268
- ¹⁰ Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder. Umwelthygiene im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Öff. Gesundheitswes. 50 (1987)
- ¹¹ Seeber, E.: Aufgaben und Schwerepunkte der Umweltmedizin. Schr.-Reihe Verein WaBoLu 76, Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart, 1988

Ina Schaefer (Dipl.-Ing.)

Dr. Norbert Schmacke (Internist / Sozialmedizin)

Dr. Ute Zolondek (Dipl.-Biol.)

Hauptgesundheitsamt Bremen
Horner Str. 60–70
2800 Bremen 1