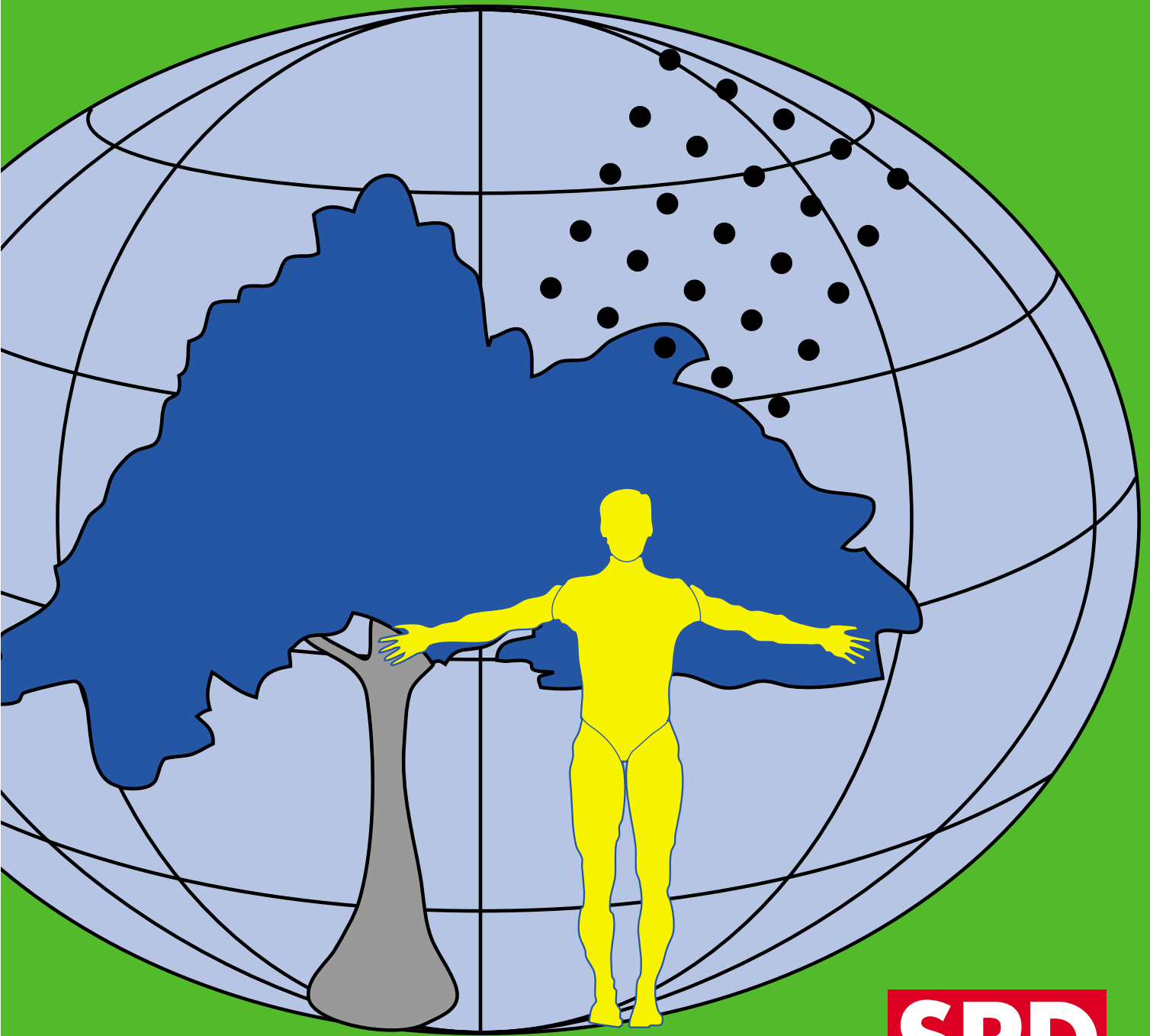


Umweltbelastungen und Gesundheit



9. Juni 1999



Umweltbelastung und Gesundheit – 1999

**Tagung
der SPD-Bundestagsfraktion
9. Juni 1999
Bonn
Wasserwerk**

Herausgeber:

Fraktion der SPD im Deutschen Bundestag
Susanne Kastner MdB
Parlamentarische Geschäftsführerin
Bundeshaus
53113 Bonn

Fachliche Beratung und Redaktion:

Dr. Heidemarie Apel-Schmelter
Sylvia Reinhardt
Cornelia Sepp

Gesamtherstellung:

Petra Bauer, Cicero Werbeagentur, Berlin/Bonn

Fotos:

bonn-sequenz

Mai 2000

Die Veranstaltung wurde in einen separaten duftstofffreien Raum übertragen.

Dadurch konnten auch Menschen, die auf Chemikalien im Niedrigdosisbereich sensitiv reagieren, an der Veranstaltung teilnehmen und sich an den Diskussionen beteiligen.

Bei den Texten des Tagungsbandes handelt es sich um die ungekürzte Wiedergabe der Beiträge der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Die darin formulierten Ansichten müssen sich nicht in allen Fällen mit den Positionen der SPD-Bundestagsfraktion decken.

Die Beiträge von Prof. Singer, Prof. Miller und Prof. Ashford wurden in amerikanischer Sprache gehalten und durch den Sprachendienst übersetzt.

Diese Veröffentlichung der SPD-Bundestagsfraktion dient ausschließlich der Information. Sie darf während eines Wahlkampfes nicht zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden.

Inhalt

Vorwort

Gesundheitsvorsorge – ein Sektor mit Zukunft

Verpasst die Bundesrepublik eine Chance?

5

Michael Müller, MdB, Stellvertretender Vorsitzender der SPD-Bundestagsfraktion

Ist unser Gesundheitssystem den Herausforderungen durch umweltbedingte Erkrankungen gewachsen?

Umwelt und Gesundheit – Wohlbefinden statt Krankheit

8

Michael Müller, MdB, Stellvertretender Vorsitzender der SPD-Bundestagsfraktion

Politische Rahmenbedingungen für Prävention und Umweltmedizin

11

Dr. med. Wolfgang Wodarg, MdB

Zweiklassenrecht durch käufliche Wissenschaft

15

Dr. Hugo Lanz, Rechtsanwalt München

Umweltmedizin heute ist die Prävention für morgen

18

Dr. med. Michael P. Jaumann, Vorstandsmitglied

Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg

Aktionsplan Umwelt und Gesundheit – Hilfen für Umweltkranke

22

Andrea Fischer, Bundesministerin für Gesundheit

Diskussion

26

Umweltkrankheiten, Prophylaxe und Therapie

Neurotoxizität alltagsüblicher chemischer Substanzen

34

Rof. Raymond Singer, Ph.D.Pa., Santa Fee, USA

Allergiker reagieren empfindlicher auf Stoffe, die bisher nicht als Allergene gelten

41

Prof. Dr. Friedhelm Diehl, Universität Fulda

Wer sagt, die Umwelt habe ihn krank gemacht, der ist verrückt –

Der stille Krieg gegen UmweltpatientInnen

45

Dr. Angela Vogel, abekra, Verband arbeits- und berufsbedingt Erkrankter e.V., Altenstadt

3

Die sozialen und politischen Implikationen geringfügiger Chemikalienexpositionen – Folgen für die Rechtsordnung und Belange der Patienten	53
<i>Prof. Dr. Nicholas Ashford, PhD., J.D. Massachusetts Institute of Technology, USA</i>	
<i>Prof. Dr. med. Claudia S. Miller, University of Texas Health, Science Center San Antonio, USA</i>	
Impulsreferate	
Probleme bei der toxikologischen Risikobewertung	78
<i>Dipl. Chem. Gerd Schneider, Interessengemeinschaft der Holzschutzmittelgeschädigten</i>	
Gefährdung durch elektromagnetische Felder? Der aktuelle Stand der Diskussion	80
<i>Dr. rer. nat. Ulrich Warnke, Universität des Saarlandes, FR 13,4 66041 Saarbrücken</i>	
Diskussion	90
Schlusswort	102
<i>Ulrike Mehl, MdB, Umweltpolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion</i>	
Forum	104
<i>Präsentation der Initiativen und Selbsthilfegruppen auf den Stelltafeln im Foyer in alphabetischer Reihenfolge</i>	



Michael Müller, MdB,
Stellvertretender Vorsitzender der SPD-Bundestagsfraktion



Gesundheitsvorsorge – ein Sektor mit Zukunft

Verpasst die Bundesrepublik eine Chance?

I.

Im Gesundheitswesen bündeln sich wie auf kaum einem anderen Gebiet ethische, ökologische, medizinische, ökonomische und technische Fragen. Der Medizinsektor ist einer der wichtigsten Megamärkte. Unser Land hat gute Chancen, wenn heute die Weichen für die Modernisierung der Gesundheitsversorgung gestellt werden. Bisher geschieht zu wenig. Wir sind zu sehr altem Denken und alten Strukturen verhaftet. Das betrifft auch den europäischen Gesundheitsmarkt, auf dem sich für qualitativ hochstehende medizinische Leistungen gute Perspektiven ergeben würden. Die Leitlinie muss dann aber heißen: von der kurativen Versorgung zu aktiven Gesundheitsförderung.

In kaum einem anderen Bereich ist das unmittelbare Interesse der Menschen so groß wie bei der Gesundheit. Allein 1998 stieg in den USA die Internet-Nachfrage beim Patienteninformationsdienst NCI um das Zehnfache. In der Bundesrepublik wird die öffentliche Debatte jedoch sehr stark auf Kosten- und Organisationsfragen verkürzt. Kurzfristige Maßnahmen überwiegen und verstellen den Blick auf notwendige Reformen. Auf den Wandel in den Krankheitsbildern wird nur unzureichend reagiert. Vor allem die »Komplex«- und chronischen Krankheiten nehmen zu, deren Behandlung in der Regel teuer und langwierig ist. Dabei wird es immer wichtiger, die Krankheit »vor der Krankheit« durch eine aktive Gesundheitsvorsorge zu bekämpfen. Andernfalls wächst die Gefahr, dass durch die steigenden Kosten das Gesundheitssystem immer mehr zu einem Zwei-Klassen-System wird, das sozial schwächere Menschen stark belastet. Tendenzen dazu gibt es bereits.

Ohne grundlegende Neuausrichtungen kommen Innovationen nur unzureichend auf den Markt. Solange werden die Chancen verkannt, die mit einer Modernisierung des Gesundheitssystems verbunden sind. Die deutsche Medizin und Medizintechnik hat enorme Perspektiven im zusammenwachsenden Europa, denn die bei uns vorhandenen wissenschaftlichen und technischen Kompetenzen für ein Gesundheitsnetzwerk und die Potentiale für eine moderne Medizin und Medizintechnik sind sehr hoch.

Die Verbindung einer vorsorgenden Gesundheitspolitik, Sozial- und Umweltpolitik, sinnvoller Teamarbeit, High-Tech-Medizin und mehr Fürsorge für die Patienten könnte die Zeit der medizinischen Leistungserbringung verkürzen, Kosten senken und die Beteiligten zu mehr Selbsthilfe motivieren und zufriedener machen. Hierzu gehört die frühzeitige Vorsorge vor Verschleiß-, Zivilisations- und Infektionskrankheiten, deren Anteil ständig zunimmt, durch den Einsatz von moderner Labormedizin und radiologischer, immunologischer und umweltmedizinischer Diagnostik. Ebenso die gezielte Nutzung von High-Tech-Therapieverfahren wie sanfter endoskopischer Operationsweisen, der Mikrotherapie und naturheilkundlichen Behandlungsverfahren.

Das allerdings erfordert eine stärker ganzheitlich ausgerichtete Betrachtungsweise von Gesundheit sowohl um Vorsorge zu ermöglichen als auch die Präzision in Diagnostik und Therapie zu erhöhen, die durch die Möglichkeiten der telemedizinischen Vernetzung zwischen Arzt und Patient weiter optimiert werden kann. Der Ausbau der Immuntherapie ist von besonderer Wichtigkeit. Ihre Möglichkeiten und

Erkenntnisse werden in der Bundesrepublik kaum genutzt, obwohl sie einen wesentlichen Beitrag zu einer wirkungsvollen Basisversorgung und für die Stärkung der Gesundheit leisten können.

II.

Im letzten Jahrhundert war Deutschland das Zentrum des medizinischen Fortschritts. Hier wurden wesentliche Beiträge für die moderne Medizin entwickelt und auf vielen Feldern medizintechnische Pionierarbeit geleistet. Doch heute kommen Innovationen immer häufiger aus dem Ausland. Starre Bürokratien, verkrustete Verbände und Ignoranz gegenüber neuen Erkenntnissen blockieren Neuerungen. Ein Beispiel dafür ist die an deutschen Universitäten entwickelte Endoskopie. Das ist heute ein Milliardenmarkt, der zu 80 Prozent von Japan beliefert wird.

Medizintechnik und Gesundheitsförderung sind wichtige Zukunftsmärkte. Die wirtschaftliche, arbeitsmarktpolitische und wissenschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens ist groß. In diesem Sektor wird hierzulande jährlich eine halbe Billion Mark ausgegeben. In der Bundesrepublik sind rund 12 Prozent aller Beschäftigten direkt oder indirekt davon abhängig. Wenn es zu einer Weiterentwicklung hin zur Gesundheitsversorgung mit modernen Dienstleistungen und neuen Inhalten kommen wird, könnten viele neue, in der Regel hochwertige Arbeitsplätze geschaffen werden.

Teilbereiche der Gesundheitsversorgung wie die Tumorthherapie, Umweltmedizin, Infektionsbehandlung oder Immunotherapie, aber auch die unmittelbare Betreuung und Beratung bleiben teuer oder werden sogar zum Teil noch teurer werden. Andere Bereiche werden durch den Ausbau der Vorsorge, optimierte Behandlungen oder ambulante Operationsmethoden deutlich preiswerter werden. Vor allem aber müssen die Menschen sehr viel stärker in eine aktive Gesundheitsvorsorge einbezogen werden. Dann nimmt auch die Selbstverantwortung zu, die für eine Gesundheitsförderung unbedingt notwendig ist.

Das Gesundheitssystem ändert sich weltweit in Richtung einer stärker ambulant ausgerichteten Medizin. Der Dualismus von ambulanter und stationärer Therapie wird tendenziell aufgehoben. Innerhalb der Medizin brechen die Fächergrenzen auf, die Berufsbilder verändern sich. Aufwendige Verfahren können durch gezielt auf den Ort gerichtete und miniaturisierte Methoden ersetzt werden. Die moderne Immunologie macht neue diagnostische und therapeutische Verfahren möglich. Zusammen mit der Ökologie und der Umweltmedizin muss sie zunehmend ins Gesamtsystem integriert werden. Der Arzt muss sehr viel stärker lernen, in Zusammenhängen zu bewerten und im Team zu denken.

Bei diesen absehbaren Chancen und Trends kann die Bundesrepublik ein Vorreiter für ein modernes Gesundheitssystem werden. Dadurch wird sie neue Wettbewerbsvorteile erzielen und wichtige Märkte erschließen. Der Medizinstandort Deutschland wird getragen von einer der wichtigen Boombranchen der Zukunft. Und sie wird dann zu einem Exportschlager.

III.

Wir haben in der Bundesrepublik große Chancen, im Medizinbereich qualifizierte Arbeitsplätze zu schaffen, neue Berufe zu entwickeln und Märkte zu erschließen. Der Wechsel, der dafür notwendig ist, heißt »Gesundheitspolitik« statt »Krankheitspolitik«. Vorbeugen ist besser als therapieren. Der Nichteinsatz moderner Möglichkeiten würde enorme Folgekosten produzieren. Schon heute ist die Kostenexplosion auch auf Managementfehler, ausbleibende Innovationen, fehlendes Wissen und Bürokratisierung zurückzuführen. Dafür sind eine vorbehaltlose Bestandsaufnahme und neue Visionen für eine zukunftsfähige und menschenwürdige Gesundheitsversorgung dringend notwendig. Die Zukunft gehört einer umfassend fürsorglichen Medizin, einer innovativen Forschung und Entwicklung sowie einer Neuordnung der Aus-, Fort- und Weiterbildung und einer medizinischen Wissenschaftstheorie. Die muss zudem verbunden werden mit institutionellen Reformen im Gesundheitswesen für mehr Transparenz, Wettbewerb und Patientenbestimmung.

Eine zentrale Rolle muss künftig der Hausarzt als Gesundheitsmanager einnehmen. Die Integration

von aktiver Vorsorge und Rehabilitation mit moderner Diagnostik, sanften Operationsverfahren, dem Ausbau von Immunologie, Umweltmedizin und psychosozialer Versorgung sind wesentliche Eckpunkte für ein zukunftsweisendes Gesundheitssystem.

Für ein solches Vorhaben wird es in der Öffentlichkeit eine breite und engagierte Unterstützung geben. Junge Ärzte, besorgte Eltern, innovative Wissenschaftler und engagierte Journalisten können das Netzwerk für eine zukunftsweisende Medizin bilden. Diese Vision ist die Alternative zu der absehbaren Verschlechterung des heutigen Systems. Mit Sorge sehen viele Ärzte und Patienten seit längerer Zeit, dass auch in der Bundesrepublik die Weichen ähnlich gestellt werden könnten wie im englischen Gesundheitssystem. Dort ist die kostenlose Grundversorgung des National Health Service tatsächlich eine Zwei-Klassen-Medizin. Selbst in akuten Fällen muss der Patient teilweise mit monatelangen Wartezeiten rechnen. Die Einweisung in ein Krankenhaus kann nur über den Vertrauensarzt (Gatekeeper) erfolgen. Die Praxen sind in der Regel schlecht ausgestattet. Renommiertere Ärzte sind selten, der Standard der Einrichtungen bleibt hinter anderen Ländern deutlich zurück. Und die Privatkunden werden häufig zu deutlich höheren und überhöhten Sätzen behandelt.

Deshalb sollte die Bundesrepublik nicht auf »Managed Care« – also ein aus den USA importiertes Einkaufsmodell medizinischer Leistungen – setzen, sondern auf »High Care«. Dazu sollte die Bundesregierung einen öffentlichen Diskurs über die inhaltliche Neuorientierung des Gesundheitswesens anstoßen. Ein qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem, das die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Eigenverantwortung der Menschen fördert, ist ein interessantes Zukunftsprojekt.

Der Mensch muss im Mittelpunkt des ärztlichen Handelns stehen. Die moderne Medizintechnik, die revolutionäre Verbesserungen ermöglicht, gibt dafür die Hilfsmittel in die Hand, die Menschen fürsorglich, verständlich und auch mehr und mehr vorsorgend und selbstverantwortlich zu betreuen. Miniaturisierte Behandlungs- und Operationsverfahren, bildgesteuerte Therapien und eine verbesserte Kommunikation (auch durch Telemedizin), die in eine umfassende allgemeinärztliche Versorgung und umweltmedizinische Beratung integriert werden, schaffen die Grundlagen für ein qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem in einem kompetenten Netzwerk.

Damit werden Innovationen angeregt und Beispiele für eine moderne Medizin geschaffen, die weltweit hohe Nachfrage finden werden. Gesundheit ist ein Schlüsselthema der Zukunft – ökonomisch, sozial, ökologisch und für ein solidarisches Bewußtsein von Verantwortung.

Michael Müller, MdB

Stellvertretender Vorsitzender der SPD-Bundestagsfraktion

Umwelt und Gesundheit – Wohlbefinden statt Krankheit

Meine Damen und Herren!

Ich begrüße Sie hier im Wasserwerk sehr herzlich im Namen der SPD-Bundestagsfraktion. Vor einem Jahr am 26. August 1998, hatten wir auch an diesem Ort eine sehr erfolgreiche Tagung zu Umwelt und Gesundheit. Sie haben hoffentlich alle die Dokumentation über diese Tagung bekommen. Dafür möchte ich Richard Ratka danken, der die Koordination gehabt hat.

Wir werden diese Dokumentation nutzen, damit die wertvollen Anregungen, die gemacht wurden, nicht verloren gehen. Auch die heutige Tagung werden wir dokumentieren. Melden Sie sich zu Wort.

Mit der Veranstaltung erfüllen wir unser Versprechen, nicht nur in der Opposition über Umwelt und Gesundheit zu reden, sondern auch als Regierungsfraktion. Wir haben Ihnen versprochen, dass wir die Bundesgesundheitsministerin hier haben werden. Sie ist da. Frau Fischer, Bundesgesundheitsministerin, wird ihre Vorstellungen über Umwelt- und Gesundheitspolitik vortragen. Richtig ist allerdings auch: Neue Ideen setzen sich leider nur langsam durch.

Der – wie ich finde überzeugende – Zusammenhang von Umwelt und Gesundheit hat nach dem Regierungswechsel nicht schon automatisch eine breite öffentliche Zustimmung. Aber die Voraussetzungen, neue Ideen und Konzepte umzusetzen, sind deutlich besser geworden. Wir haben in Frau Fischer eine Verbündete. Sie hat ein offenes Ohr für unsere Vorschläge.

Sagen Sie, was Sie von der Gesundheitspolitik der Bundesregierung erwarten. Es wäre falsch, die Gesundheitsdebatte allein den Verbandsvertretern des Medizinsektors zu überlassen. Die Gesundheitspolitik geht uns alle an. Deshalb halte ich es für dringend erforderlich, die Debatte wieder auf die eigentlichen Fragen zurückzuführen, nämlich wie die Volksgesundheit auf Dauer gesichert und verbessert werden kann.

Was erwarten Sie von der Gesundheitspolitik der neuen Bundesregierung – als Betroffene, Ärzte, Vertreter einer Krankenkasse oder Selbsthilfegruppe. Wir müssen über die qualitativen Fragen des Gesundheitssystems debattieren und nicht nur über Finanzen und Organisationsformen. Dies ist dringend notwendig, um ein Abrutschen des Gesundheitswesens in eine Zwei-Klassen-Medizin zu verhindern.

Im Zentrum unserer Tagung steht: Wie sieht ein modernes Gesundheitswesen aus? Was erwarten wir von einer zukunftsorientierten Gesundheitspolitik? Wir stellen die Frage, wie angesichts veränderter ökologischer, sozialer und finanzieller Rahmenbedingungen die Zukunft der Gesundheitsversorgung aussieht? Keine Frage: Das Gesundheitssystem muss effizient und kostengerecht sein. Aber wir dürfen die Gesundheitspolitik nicht auf die Finanzierungsfragen reduzieren, eine reiche Gesellschaft wie die Bundesrepublik schon gar nicht. Wir sind ein wirtschaftlich starkes Land, das sein Gesundheitswesen

nicht so organisieren darf, dass am Ende nur der länger lebt, der Geld hat. Mit Sorge sehe ich seit einigen Jahren, wie sich Tendenzen einer Zwei-Klassen-Medizin verstärken. Wir wollen verhindern, dass für schwächer soziale Schichten nur eine Grundversorgung bleibt, während sich finanziell besser gestellte Schichten eine bessere Betreuung leisten können. Dies ist nur zu erreichen, wenn wir die Grundfragen des Gesundheitssystems aufgreifen. Vor allem die Frage, ob unser Verständnis von Gesundheit noch zeitgemäß ist?

Ich will auf zwei aktuelle Punkte eingehen: Es ist ein großer Skandal was an Betrug und Bereicherung im Gesundheitswesen vorkommt. Dazu gehören beispielsweise manipulierte Laborrechnungen. Und wenn Ärzten, die diese Skandale aufdecken, oder die versuchen, neue Wege in der Gesundheitspolitik zu gehen, mit Entzug der Zulassung gedroht wird, dann zeigt das, dass wir es im Gesundheitswesen auch mit einer konservativen Seilschaft zu tun haben, die mit allen Mitteln ihre persönlichen Interessen verfolgen. Es freut mich aber auch, dass immer mehr Ärzte auf Reformen drängen. Wir haben viele Verbündete, gerade bei den Ärzten, wenn es darum geht, neue Wege in der Gesundheitspolitik zu gehen.

Mit Interesse habe ich gelesen, dass selbst Ärztezeitungen von einer »Labormafia« schreiben. Ein Gericht spricht in einem Urteil sogar von »mafiosen Tendenzen« in der Ärzteschaft und ihren Verbänden. Das sind nicht die, mit denen wir Bündnisse für die Reform des Gesundheitswesens schmieden können.

Ein zweites Beispiel ist »Dioxin in Lebensmitteln«. Darüber wird zur Zeit im Zusammenhang mit den Vorkommnissen in Belgien debattiert. Das Lebensmittel vor allem billig sein sollen, ist mit einer guten Gesundheitsversorgung nicht vereinbar. Es geht nicht, drei Hähnchen für DM 10,- anzubieten, wenn sie ein gutes und qualitatives Nahrungsmittel sein sollen. Die Folgen zeigen sich in der Verschlechterung der Gesundheit. Auch darf nicht an Nahrungsmitteln durch fragwürdige Zuchtmanipulationen manipuliert werden, um sie vor allem billig zu machen. Der Zusammenhang von Ernährung und Umwelt ist ein entscheidender Faktor für die Gesundheit der Menschen.

Auch wäre es verlogen, einerseits von Gesundheitsschutz zu reden, andererseits aber Umweltdumping zuzulassen. Der Schutz der Umwelt, der Schutz der Tiere und der Schutz der Menschen gehören zusammen.

Im Zentrum unserer Tagung steht die Erkenntnis, dass wir einen tiefgreifenden Wandel in den Krankheitsbildern feststellen. Immer häufiger treten chronische Krankheiten auf. Der Sachverständigenrat für Umweltfragen kommt zu dem Ergebnis, dass bis zu 40 Millionen Menschen an derartigen Komplexkrankheiten leiden.

Während die Gesundheitspolitik früher vornehmlich von Massenerkrankungen geprägt wurde, erleben wir heute immer häufiger unspezifische Ursachen als Krankheitsauslöser oder Krankheitsverstärker. Viele Menschen haben Vorschädigungen. Sie sind quasi Türöffner für schwerwiegende, dann auch chronische Krankheiten. Die moderne Gesundheitspolitik muss deshalb die Krankheit vor der Krankheit bekämpfen.

Ein Gesundheitssystem, das erst eingreift, wenn Krankheiten ausgebrochen sind, greift zu kurz. Wir brauchen ein Gesundheitssystem, das zuerst auf die Förderung und den Erhalt der Gesundheit ausgerichtet ist. Das ist der Paradigmawechsel, der heute ansteht. Das ist das, was wir unter einer zukunftsfähigen Gesundheitspolitik verstehen.

Deshalb wollen wir, dass sich das Verständnis von Gesundheitspolitik verändert. Dies ist vergleichbar mit dem Lernprozeß der Ökologie. Auch dort wissen wir, dass nachsorgender Umweltschutz ineffizient, teuer und in der Regel wenig wirksam ist. Wir müssen auch zum Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen sehr viel früher ansetzen, also Schäden möglichst vermeiden.

Ein Gesundheitssystem mit Stufendiagnostik und Rund-um-Überweisungen ist nicht zeitgemäß. Gesundheitspolitik muss die sozialen und ökologischen Bezüge sehen, in denen der Mensch lebt.

Die Debatte über die Reform des Gesundheitswesens hat begonnen. Der erste Schritt ist die Beseitigung der größten Schwachstellen, der finanziellen und organisatorischen Grundlagen. Dies ist Auf-

räumungsarbeit. Der zweite Schritt muss sein, das Gesundheitssystem qualitativ zu erneuern und zu verbessern.

Das Ziel unserer Tagung ist es herauszufinden, wie wir denn einen verfestigten, von starker wirtschaftlicher Macht geprägten Sektor umbauen können.

Ich wünsche der Tagung einen guten Verlauf.

Dr. Wolfgang Wodarg, MdB

Politische Rahmenbedingungen für Prävention und Umweltmedizin



Es ist schön, dass wir uns wieder zusammenfinden, um das wichtige Querschnittsthema Umwelt und Gesundheit zu diskutieren. Ich freue mich, dass diesem Thema in der Öffentlichkeit inzwischen so viel Interesse entgegengebracht wird und ich freue mich ganz besonders, dass diejenigen, die betroffen sind und Leidensdruck spüren, auch merken, dass dies etwas mit Politik zu tun hat; dass sie, anstatt im Wartezimmer stumm zu leiden, sich aktiv einmischen, damit sich etwas in unserer Gesellschaft ändert. Ich möchte Sie mit meinem Beitrag zu dieser Diskussion ermutigen, sich in der Politik zu engagieren, damit unserem Thema die gebührende Beachtung geschenkt wird.

Da wir jetzt als SPD in der Regierungsverantwortung stehen, haben wir die Möglichkeit, viele Dinge besser zu machen. Es gibt allerdings sehr viele Projekte, die wir gleichzeitig anfassen müssen. Das ist auch der Grund dafür, dass die Gesundheitsministerin heute nur so wenig Zeit zur Verfügung hat. Die Gesundheits-Strukturreform steht an, Hähnchen aus Belgien sind dioxinverseucht, viele Dinge dulden keinen Aufschub. Diese Beispiele mögen genügen, um Ihnen den Druck aufzuzeigen, unter dem wir stehen. Wenn wir wollen, dass Politik nicht nur reagiert, dann müssen wir in die Dinge, die wir anpacken, eine vernünftige Ordnung bringen. Dann müssen wir die Anliegen und Reformvorhaben zusammenfassen, die in einem systematischen Zusammenhang stehen. Das Thema Umwelt und Gesundheit umfasst wichtige Aspekte, die auch in den Kontext der Gesundheits-Strukturreform hineingehören.

Die Gesundheits-Strukturreform soll Rahmenbedingungen setzen für Menschen, die auf solidarische Hilfe angewiesen sind. Der Gesetzgeber hat dabei vor allem die Aufgabe, die finanzielle Seite zu regeln. Die strukturelle und organisatorische Seite, die Versorgungsseite ist weitgehend der Selbstverwaltung zu überlassen (die kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen und die Kostenträger, die sich selbst organisieren). Auf der anderen Seite hat auch die Landesebene, was den öffentlichen Gesundheitsbereich betrifft, eine große Verantwortung. Unser Gesundheitswesen ist ein sehr komplexes System. Wenn man hier etwas ändern will, muss man möglichst alle an einem Tisch haben, man muss sehen, dass die Strukturen zusammenpassen, und sich in ihren Wirkungen und Gegenwirkungen nicht beeinträchtigen.

Im Bereich Umwelt und Gesundheit steht besonders die Primärprävention im Vordergrund. Die Primärprävention ist nicht automatisch Aufgabe der Krankenkassen. Die Krankenkassen als Solidargemeinschaften werden weiterhin die Aufgabe haben, krankheitsbezogene Prävention zu betreiben. Wir werden sie darin bestärken und versuchen, ihnen in unserem Gesetz mehr Möglichkeiten zu geben, damit bestimmte Krankheitsbilder gar nicht erst auftreten. Da muss es neue Konzepte geben und vor allem muss es auch hier Qualitätssicherung geben. Was können wir tun, damit weniger Herzinfarkte, Lärmschwerhörigkeiten oder Streßkomplikationen auftreten und Kinder nicht mit krummen Rücken aufwachsen? -Gezielte Prävention, die bestimmte Krankheiten vermeiden hilft, das ist Aufgabe der Krankenkasse.

Gesunde Lebensverhältnisse zu schaffen ist aber eindeutig Aufgabe der Allgemeinheit: Nicht nur derjenigen, die in der Krankenkasse versichert sind, sondern auch derer, die woanders ihre gesundheitliche Versorgung finanzieren. Auch sie müssen dazu beitragen, dass wir gesunde Lebensverhältnisse haben. Das heißt, wir brauchen eine allgemeine, breiter angelegte Gesundheitsfürsorge, eine die Ursachen von Krankheit angehende Primärvorsorge. Das können nicht die Krankenkassen allein bewerkstelligen, zumal sie nicht für eine gesunde Umwelt zuständig sind. Primärprävention ist staatliche Aufgaben: die Kommunen, das Land und der Bund sind in der Pflicht und derartige Vorsorge muss mit Steuergeldern finanziert werden. Auf allen diesen Ebenen muss die Prävention integraler Bestandteil der Politik werden. Das heißt, wenn wir Gesundheitsvorsorge ernst nehmen, müssen wir in fast allen Politikfeldern (Wohnungsbau, Verkehr, Landwirtschaft und Ernährung u.a.) immer diese Aufgabe berücksichtigen. Alles, was der Gesetzgeber gestaltet, muss unter dem Aspekt geprüft werden: »Wie wirkt es sich auf die Gesundheit aus?«.

Unsere Arbeit wird noch erheblich komplizierter, weil sehr viele Vorgaben inzwischen nicht mehr in Deutschland gemacht werden, sondern aus Brüssel kommen. Viele Standards im Gesundheitsbereich werden innerhalb Europas als Standards festgelegt. Als Abgeordneter, der für die Arbeitsgruppe Gesundheit die EU-Vorlagen prüft, kommentiert und versucht, eigene Anregungen auf diesem Wege einzubringen, weiß ich, wie kompliziert diese Arbeit häufig ist. Entscheidend ist aber folgendes: Wenn aus Brüssel Vorlagen kommen, dann sind das oft solche, die von in der EU einflussreichen Interessenverbänden vorgetragen worden sind. Aber nun frage ich Sie, wer von Ihnen hat denn einen direkten Draht dahin. »Welcher Verband ist denn so stark, dass er dort eine Initiative starten kann.« Leider verhält es sich so, dass Gesetzesvorhaben, die aus Brüssel kommen, überwiegend von Industrieverbänden und von der Wirtschaft initiiert werden und dass gesundheitliche Angelegenheiten deshalb oft zu kurz kommen. Regelungsbedarf wird häufig nicht von der Konsumentenseite angemahnt. Von daher glaube ich, dass es notwendig ist, und ich sage das auch angesichts der anstehenden Europawahlen, das Parlament zu stärken und dafür zu sorgen, dass die Betroffenenseite über die Volksvertreter im Europaparlament besser repräsentiert wird und damit Initiativen verstärkt vom Parlament ausgehen können. Denn ein Parlament tut überwiegend das, was die Bevölkerung von den Volksvertretern fordert. Interessieren Sie sich also für ihre Europaparlamentarier, denn sie können auf der Brüsseler Ebene Weichen stellen, die dann auch in Deutschland für uns ganz wichtig werden.

Ich werde jetzt kurz zu einigen Feldern kommen, wo wir in der Zukunft etwas verbessern müssen und können.

Zum einen müssen wir meiner Meinung nach die Organisationen, Ämter und Einrichtungen des Bundes neu strukturieren. Das Umweltbundesamt kann mit dem Institut für Wasser, Boden und Luft sehr viel für die Primärprävention tun, das Robert-Koch-Institut, das BgVV (das Bundesinstitut für Verbraucherschutz und Veterinärmedizin) und andere Institute haben auch für den Bereich gesundheitlicher Umweltschutz und Umweltmedizin bedeutsame Teilzuständigkeiten. Was fehlt, und das ist bei der vorigen Regierung durch Herrn Seehofer abgeändert worden, das ist eine Koordination dieser unterschiedlichen Institutionen, die projektbezogenen Kapazitäten zusammenführt. Wenn das Kind bereits in den Brunnen gefallen ist, wenn etwas passiert ist und Handlungsbedarf besteht, dann gibt es oft Ad-hoc-Arbeitsgruppen. Aber eine koordinierte, projektbezogene, von analysierten Defiziten im umweltmedizinischen Bereich abgeleitete, strukturierte Organisation, die fehlt. Das heißt, was wir in der Regierungsverantwortung versuchen müssen, ist, diese vorhandenen Ressourcen projektbezogen so zu gestalten, dass sie durch Kooperation einfach mehr leisten können, indem sie schneller und vorbeugend die Probleme des gesundheitlichen Umweltschutzes und der Umweltmedizin bearbeiten können.

Am Rande möchte ich auf ein Problem hinweisen, das Sie sehr interessieren wird. Es betrifft das Deutsche Institut für Bautechnik, mit Sitz in Berlin, das gemeinsam von den Ländern und vom Bund finanziert wird. Dieses Deutsche Institut für Bautechnik pflegt die einzige Datenbank, in der die Rezepturen für die Stoffe, aus denen Baumaterialien hergestellt werden, gespeichert sind. Dort kann bei Bedarf recherchiert werden. Jetzt gibt es aber erhebliche Bemühungen der deutschen Bauchemie, d.h. des Verbandes der deutschen Chemieunternehmen, diese Datenbank für überflüssig zu erklären. Sie

behaupten, die vorhandenen Stoffdatenblätter reichten völlig aus. Es scheint so als ob dieses Institut gegen die Bau- und Chemie-Lobby ums Überleben kämpfen muss. Ich erwähne diesen Punkt hier in dieser Veranstaltung, weil ich mich dafür einsetzen möchte, und dabei auf die Unterstützung meiner Kollegen aus dem Parlament und auch auf Ihre Unterstützung rechne, dass wir dieses Institut und diese Datenbank nicht nur erhalten, sondern dass wir sie nutzen und weiter ausbauen können. Denn wenn wir nicht wissen, was in den Baumaterialien enthalten ist, ist die Expositionsanamnese nicht nur sehr schwierig, sondern häufig unmöglich. Wir können nicht gezielt suchen. Wenn diese Rezepturen nicht bekannt sind, verursacht das unnötige Laborkosten und verhindert gezieltes Nachforschen. Die Daten bieten also eine sehr wichtige Basis umweltmedizinischen Arbeitens.

Es gibt einen weiteren wichtigen Bereich, den ich nur anreißen kann. Das ist der Bereich der Begutachtung. Ich habe bei der letzten Veranstaltung schon angesprochen, dass wir in Deutschland ein Gutachterunwesen vorfinden. Die SPD-Fraktion hat das schon in der vorigen Legislatur-Periode zum Anlass genommen, einen Verbesserungsvorschlag auf den Weg zu bringen: eine Neuordnung der sozialmedizinischen Begutachtung, die nicht nur die Umweltmedizin betrifft, sondern generell die Situation in Frage stellt, dass in Deutschland jeder Kostenträger seine eigenen Gutachter hat. Das sollte nicht möglich sein.

Ein weiteres Problem scheint die Auswahl der Gutachter bei den Gerichten zu sein. Da die einzelnen Fachgebiete viel spezielles Wissen erfordern, ist es wichtig, dass der Richter versteht, was der Gutachter sagt, damit er Recht sprechen kann. Dies ist aber nicht immer einfach für einen Juristen, der sich ja mit der Materie sonst nicht befaßt. Es gibt nun Gutachter, die sich eingeschossen haben auf die Sprache der Gerichte. Die sprechen so, dass Richter es verstehen können. Das kann nicht jeder Fachmann. Und die Richter befragen natürlich diese Gutachter besonders gern. Und jetzt ist die Frage, »Was sind das für Gutachter?« Sind sie unabhängig oder sind sie nicht unabhängig?

Wenn man sich die wissenschaftlichen Institute heutzutage in Deutschland ansieht, und sieht, wie sie sich finanzieren, muss man feststellen, das der Staat bisher relativ wenig Geld für die Wissenschaft erübrigt. Viele Gelder kommen aus der Industrie. Die überwiegende Zahl an Forschungsaufträgen, Unterstützungen, Gutachtenaufträgen kommen aus Wirtschaft und Industrie. Die Institute und damit auch die Forscher und ihre Mitarbeiter finanzieren sich im Wesentlichen von diesen Geldern. Sie leben davon. Und da ist es schwierig, Gutachter zu finden, die auf diese Forschungsmittel nicht angewiesen sind. Wir müssen Transparenzregeln fordern, auch wenn dies eher ein Thema für die Juristen ist, weniger für die Mediziner. Diese Transparenzregeln müssen sich niederschlagen in den Prozessordnungen. Das heißt, dass Gutachter ihre finanziellen Abhängigkeiten bzw. ihre Unabhängigkeit regelmäßig offenlegen müssen. Sie müssen gegebenenfalls nachweisen, von wem sie Geld bekommen oder bekommen haben und von wem sie abhängig sind. Ich denke, dass wir mit der »Qualitätssicherungsmaßnahme für Gutachter« schon eine Menge gewonnen hätten. Es kann nicht mit rechten Dingen zugehen, wenn wir das Beispiel der Malerkrankheit nehmen, dass es in Dänemark diese Krankheit als Berufskrankheit vielhundertfach gibt, und dass sie in Deutschland so gut wie gar nicht vorkommt, obwohl in Dänemark die gleichen Farben benutzt werden. Da gibt es offenbar unterschiedliche Anschauungen, unterschiedliche Begutachtungsformen und unterschiedliche Umgangsweisen.

Ich habe neulich im Gesundheitsausschuss einen Bericht über die Situation der Berufserkrankungen in Europa zur Stellungnahme erhalten. Da wurde die Situation in Spanien, Frankreich, England, Skandinavien und in Deutschland verglichen. Lauter Zahlenkolonnen standen nebeneinander. Ich habe mich mit den Zahlen gar nicht kritisch auseinandersetzen können, weil nirgendwo stand, nach welchen Kriterien die Bewertung der Anerkennung oder Nichtanerkennung erfolgt. Es gibt in Europa keine einheitlichen Bewertungen für Berufskrankheiten, keine einheitlichen Maßstäbe und keine Qualitätssicherung für Gutachter. Deshalb, wenn ein Staat sagt »Wir haben viele Berufserkrankungen, wir haben viele Probleme mit Umweltgiften« und ein anderer sagt »Wir haben das nicht, bei uns ist alles prima«, so kann aus diesen Zahlen bisher nur abgelesen werden, wie deutlich nachgesucht wird, aber nicht, wie die Wirklichkeit aussieht. Das muss geändert werden. Deshalb hat der Gesundheitsausschuß auf meinen Antrag hin beschlossen, dass die Bundesregierung beauftragt wird, dafür zu sorgen, dass erst

einmal analysiert wird, mit welchen unterschiedlichen Maßstäben und mit welchen Systemen man in den Ländern Europas diesen Fragen nachgeht. So könnte die Basis gelegt werden für eine Vereinheitlichung und Vergleichbarkeit entstehen. Das ist für den Arbeitsschutz und die Umweltmedizin wichtig. Das ist auch für eine Kooperation auf diesem Gebiet in einem zusammenwachsenden Europa wichtig.

Außerdem sollte es eine Selbstverständlichkeit sein, dass, wenn man versucht, über die Verbesserungen auf dem Gebiet der Umweltmedizin und des gesundheitlichen Umweltschutzes zu reden, erst einmal gefragt wird: »Welche Ziele haben wir? Wo gibt es etwas zu verbessern? Wo sind die wichtigsten Arbeitsfelder? Woran leiden viele Menschen, woran nur einige wenige?«. Wir brauchen eine Ausgangslage, die es erlaubt, den Handlungsbedarf darzustellen und zu ordnen. Dann kann man sehen: »Welche Mittel stehen hierfür zur Verfügung?«

Als nächstes kann verglichen werden: »Was kostet viel Geld? Was können wir ohne großen finanziellen Aufwand ändern? Womit fangen wir an? Was können wir gleich erledigen, was in 3 Jahren, was in 5 Jahren?«.

Wenn immer nur dann etwas geschieht, wenn irgendwo irgendwelche Kinder in Brunnen gefallen sind, wenn politisches Handeln der Presse hinterherhinkt, dann bleibt das zwar ein interessantes Thema für die Medien und für alle Betroffenen. Aber die Politik hat dann praktisch aufgegeben.

Wir müssen diese Arbeit systematisch angehen. Wir müssen vernünftige Gesundheitsziele definieren und Schwerpunkte setzen. Wir müssen einen Zeitplan erstellen und versuchen, das, was wir an Ressourcen haben, auf Bundesebene zielgerecht zusammenzuführen. Ich komme noch einmal zurück auf das, was ich anfangs gesagt habe: die Bundesinstitute spielen hier eine wichtige Rolle und eine Reorganisation der Bundesinstitute, die im Bereich Gesundheit und Umwelt arbeiten, ist meiner Meinung nach dringend erforderlich.

Vielen Dank

Dr. Hugo Lanz

Rechtsanwalt aus München

Zweiklassenrecht durch käufliche Wissenschaft



Nehmen wir an, Sie waren vor kurzem, wie bei einem Mitteleuropäer üblich, zwar mit einer Menge von Schadstoffen belastet, aber noch leidlich gesund. Nun aber haben Sie einige Dioxin-Hähnchen und ebensolche Eier verzehrt. Diesen Gift-Cocktail hält Ihr Körper nicht mehr aus, Sie werden schwer krank, organisieren sich in einer Selbsthilfegruppe, informieren sich über Toxikologie, finden einen Kassenarzt Ihres Vertrauens und wollen sich nun nach einer Therapie Ihrer Wahl behandeln lassen.

Sie gehen zur Krankenkasse, Ihr Antrag wird abgelehnt; Sie klagen am Sozialgericht und müssen dort hören: »Aus dem Bericht der Poliklinik für Neurologie vom 14.08.1995 geht hervor, dass auch dort keine eindeutige Diagnose gestellt werden konnte. Wenn dies nicht der Fall ist, dann kann es sich bei der Behandlung auch nicht um mehr als einen Versuch im Einzelfall handeln, bei dem Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nicht gegeben sind.«

So lautet ein Urteil des Sozialgerichts Lüneburg vom 29. März 1999 (Az. S 9 KR 80/97). Damit kann man allen Patienten, die durch unsere neue Umwelt krank geworden sind, mit Dante nur zurufen: »Lasst alle Hoffnung fahren«.

Denn Krankheiten durch Umweltbelastungen sind in der Regel *neue* Krankheiten, schwer zu diagnostizieren und ohne gängige Heilmethoden. Möglich ist also meist nur ein Heilversuch und der wird – wie wir eben vom Sozialgericht gehört haben – von der Kasse nicht bezahlt.

Was ist das für ein System, das uns alle mit Zehntausenden von Schadstoffen belastet, das 90% der Bevölkerung in Zwangskrankenkassen eingliedert und das dann bei neuen Umwelterkrankungen rigoros jede Hilfe verweigert?

Noch schlimmer ist es bei der Multiplen Sklerose – auch sie ist umweltbedingt – wir wissen nur nicht wodurch. Aber in der Schweiz erkranken etwa 100 mal mehr Menschen an Multipler Sklerose als z.B. in Obervolta.

Seit etwa 20 Jahren können feine Herrschaften ihre Multiple Sklerose mit Immunglobulinen behandeln lassen. Klinische Studien hierzu – ca. 40 an der Zahl – sind inzwischen selbst in feinsten medizinischen Blättern (z.B. *The Lancet*) veröffentlicht worden. Kassenärzten, die versucht haben, diese Therapie auch Kassenpatienten zur Verfügung zu stellen – wie z.B. Dr. Hilgers – droht man dagegen mit dem Entzug der Kassenzulassung.

Der 16. Senat des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen argumentiert im Urteil vom 18.06.1998 (Az: L 16 KR 29/98): »Die klinischen Studien über die Immunglobulinbehandlung bei Multipler Sklerose sind mit gehfähigen Patienten gemacht worden, die Klägerin sitzt aber bereits im Rollstuhl, deshalb steht ihr die Behandlung nicht zu.«

Was ist das für ein Land, was sind das für Richter, die einer Patientin eine Therapie deswegen vorenthalten, weil sie schon so krank ist, dass sie im Rollstuhl sitzt? Man sollte sich fragen, warum gerade im

Landessozialgericht in Essen Richter sitzen, die einer schwerkranken Klägerin eine Therapie mit der Begründung verweigern, sie sitze ja im Rollstuhl!

Spätestens jetzt kommt die Frage auf, warum kann nicht die im Rollstuhl sitzende MS-Kranke – von ihrem Arzt beraten – selbst bestimmen, wie sie behandelt werden will? Warum benötigt man hierzu eine überaus teure Bürokratie (Hunderte von Gremien aller Art, Kassenbürokratie, KV-Bürokratie, Medizinischer Dienst, Sozialgerichte etc. pp.)?

Das Argument ist, die Patienten seien zu dumm, sie müssten von der Wissenschaft – die sich in den diversen Gremien, im Medizinischen Dienst usw. organisiert habe – geleitet werden.

Nun Medizin ist sicher nicht einfach, aber Politik ist es auch nicht. Und trotzdem wählt das Volk seine Abgeordneten und nicht die Ordinarien für Politikwissenschaft. Dabei geht der Wähler ganz allein in die Kabine, während der Patient ja immer noch seinen Arzt als Berater hat.

Viel gewichtiger aber noch ist, dass es keine neutrale medizinische Wissenschaft gibt. Denn alle diese Leute, ob jung oder alt, die die diversen Gremien, Ausschüsse etc. bevölkern, sind Interessenvertreter.

In den diversen Verordnungen, Richtlinien, Verträgen, Gutachten und Urteilen spiegelt sich also keine neutrale Wissenschaft, die nur das Beste der Patienten will. All diese Äußerungen haben in erster Linie das Wohlergehen des medizinisch-industriellen Komplexes und seiner Mitglieder im Auge. Die Literatur hierzu ist Legion.

Wer also erklärt, die Ansprüche der Patienten müssten zu deren Wohl von der Wissenschaft definiert werden, ist entweder ein Dummkopf oder er hat unlautere Absichten. Hier drei Mosaiksteinchen, die mir selbst untergekommen sind, die ich also nicht aus der umfangreichen Literatur habe.

1. Bei einer Pharmafirma im Rheinland machte die Staatsanwaltschaft eine Hausdurchsuchung. Dort fand man eine Liste mit namhaften medizinischen Ordinarien, die in vielen Gremien sitzen und von den Sozialgerichten gerne als »neutrale Gutachter« bestellt werden. Sie wurden auf Firmenkosten, wie es ausdrücklich hieß »zwecks Umsatzerweiterung« nach Berlin geladen, dort besuchte man u.a. auch »die Stachelschweine«.

Einer dieser Ordinarien wurde inzwischen sowohl vom LG München I als auch vom OLG München als befangen bezeichnet. Die Landessozialgerichte in Bayern und Nordrhein-Westfalen aber halten eisern an ihm fest. Die Befugnisse der Sozialgerichte zu erweitern, bedeutet also nichts anderes als die Rechte der Patienten noch mehr zu schmälern.

Solche Mediziner, die nach vielen Seiten hin finanziell verflochten sind, bestimmen dann »streng wissenschaftlich«, welche Ansprüche die Patienten haben sollen.

2. Viele Umweltkranke werden Prof. Lehnert – manchen besser bekannt unter dem Namen Ablehnert – gut kennen. Die Grün-Alternative Liste in Hamburg hat eine 48-seitige Dokumentation über die patientenfeindlichen Umtriebe dieses Experten für Unbedenklichkeit herausgebracht. Interessant ist dort z.B. wie Prof. Lehnert selbst Dioxin verharmlost. Im Spiegel wurde er als Fälscher ohne einen Rest von Gewissen und Moral bezeichnet.

Aber lassen wir lieber die chemische Industrie zu Wort kommen. In Schreiben, die durch Zufall an die Öffentlichkeit kamen, lobt die chemische Industrie Prof. Lehnert als »wichtigsten Befürworter im Hamburger Behördenkonzert« und empfiehlt ihn zu »Verteidigung der Produkte Lindan und T Säure«. Die Kripo fand auch heraus, dass er einen Beratervertrag mit der Fa. Desowag – einer Herstellerin von Holzschutzmitteln hat.

Wenn Sie nun durch Gifte der chemischen Industrie Schaden erleiden und behandelt werden wollen, dann werden Sie beim Sozialgericht genau auf diesen Prof. Lehnert treffen, er wird alle Gifte als harmlos bezeichnen, und wenn Sie ihn wegen Befangenheit ablehnen, so wird das Sozialgericht Ihren Antrag ablehnen, so wie die 10. Kammer des Sozialgerichts Augsburg am 22. März 1999 (Az: S 10 KR 48/94).

Wenn Sie also in Zukunft lesen, dass »die Wissenschaft« entscheiden solle, wie die Kassenpatienten behandelt werden sollen, so wissen Sie, dass dies auf deutsch heißt:

Prof. Lehnert und andere Amigos der Großindustrie wollen entscheiden, wie die Kassenpatienten behandelt werden sollen.

3. Vor einigen Jahren fiel mir auf, dass mehrere Ersatzkassen ihre chronischen Erschöpfungspatienten aus ganz Deutschland zu Oberarzt Prof. Nix nach Mainz zur stationären Behandlung sandten. Das fand ich seltsam, denn Prof. Nix hatte ganz offen in der Zeitung erklärt: »Therapeutisches Ziel ist es, dass sich der Patient mit seinem Beschwerdebild arrangiert.«

Es ist aber nicht sinnvoll, einen Patienten z.B. von Cuxhaven zur stationären Behandlung nach Mainz zu senden, nur um ihm zu erklären, er solle sich mit seiner Krankheit abfinden. Das kann jeder Hausarzt in Cuxhaven hundertmal billiger, der Herr Pastor macht es vielleicht ganz umsonst. Erst als ich dahinter kam, dass Prof. Nix ein enger Hausfreund des Vorstandsvorsitzenden der Barmer Ersatzkasse ist, ging mir ein Licht auf.

Wenn man nun also die Rechte der Kassenbürokratie, die sowieso schon viel zu teuer ist, stärken will, so versucht man den Teufel mit dem Beelzebub auszutreiben. Es gab doch in der Medizin kaum einen Skandal, in dem nicht auch die Kassenbürokratie tief verstrickt war. Ganz zurecht bezeichnet Ministerialrat Dr. Gassner vom Bayerischen Sozialministerium die Kassen als mafiöse Vereinigungen.

Nicht Prof. Lehnert und seine gekauften Ordinarien, nicht die Ärztefunktionäre aus Kammer und Kassenärztliche Vereinigung aber auch nicht die Krankenkassenbürokratie sollte entscheiden, wie ein Patient behandelt werden soll.

Der Patient selbst muss entscheiden können, wie er behandelt werden möchte. Prof. Hackethal hat dies so formuliert: »Das Recht des Menschen, über seine Gesundheit und damit über sein leiblich-seelisches Leben als höchstpersönliches Privateigentum frei zu bestimmen, steht als Naturrecht an der ersten Stelle der Menschenrechte.«

Was ist denn alle Freiheit des Grundgesetzes wert, wenn dann, wenn man krank wird, Prof. Lehnert und seine gekauften Wissenschaftlicher entscheiden, wie man behandelt werden soll?

Natürlich war Prof. Hackethal klar, dass die Freiheit des Patienten seine Therapie selbst zu wählen, ohne wie er es nannte, »sanfte Selbstbeteiligung« nicht möglich ist.

Das ist unsozial, werden einige sagen. Doch das Gegenteil ist der Fall. Unser heutiges System, bei dem unsere Multiple-Sklerose-krankte Rollstuhlfahrerin für ihre Immunglobulintherapie keinen Pfennig bekommt, ist unsozial. Es wäre wesentlich sozialer, wenn sie 90% der Therapie erstattet bekäme und nur 10% zuzahlen müßte. Unsozial ist es, wenn der an chemischen Giftstoffen erkrankte Patient für seinen Heilversuch keinen Pfennig bekommt.

Eine Zuzahlung hätte auch den Vorteil, dass sich die Masse der Bevölkerung mehr mit gesundheitlichen Problemen vertraut machen würde. Wir leben im Kapitalismus und hier gilt leider der alte Spruch: »Was nichts kostet, ist auch nichts wert.« Dies führt, wie Hackethal so plastisch beschreibt, dazu, dass ein erheblicher Teil der Bevölkerung sein Auto weit pfleglicher behandelt als seine Gesundheit.

Bevor wir aber in ein bürokratisches Gesundheitssystem schlittern, in dem der chronisch Kranke fast nichts mehr bekommt, aber das zu hundert Prozent, sollten wir uns lieber in ein System wagen – wie es Hackethal vorschlägt – in dem der Patient praktisch alles bekommt, was er für richtig hält, wenn auch nur sagen wir mal zu 90% und 10% selbst tragen muss.

So aber, wie es derzeit ist, dass der Umweltkranke hohe Beiträge bezahlen muss, aber praktisch keine Ansprüche auf Behandlung mehr hat (»Heilversuch ist nicht versichert«), kann es nicht weitergehen.

Dr. med. Michael P. Jaumann

*Arzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Stimm- und Sprachstörungen, Umweltmedizin
Mitglied im Vorstand der kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg*



Umweltmedizin heute ist die Prävention für morgen

Einleitung:

Das Wohlbefinden des Menschen hängt von seiner Umwelt ab. Heutzutage gibt es mehr denn je zuvor Substanzen, welche die Erde belasten und Gesundheitsrisiken nach sich ziehen. Insbesondere das rasante Wachstum moderner Technologien in unseren Industrie-/Wohlstandsgesellschaften ist begleitet von der Verbreitung neuer Substanzen, mit denen die Menschheit und die Mitwelt in der Evolution bisher nicht konfrontiert waren. Anorganische Schadstoffe stehen hier neben organischen Schadstoffen wie Pestizide, Formaldehyd, Lösungsmittel, Terpene, Reinigungschemikalien, Zigarettenrauch, Verbrennungsprodukte und Drogen.

In diesem Zusammenhang ist wichtig darauf hinzuweisen, dass wir Menschen lebende Organismen sind, die sich aus etwa 40 Billionen Zellen zusammensetzen. Diese Zellen arbeiten kooperativ miteinander als folgten sie einem zwischen ihnen abgesprochenen Plan. Jede dieser Zellen ist eine komplette biologische Einheit. Die Zellen kommunizieren miteinander, und ihre Sprache ist eine chemische und die Zeichen sind Moleküle. Jedes chemische Signal paßt zu seinem Empfänger. Grundlage dieser höchst komplizierten und sensiblen Abläufe in den Zellen sind chemische Reaktionen. Diese Chemie ist die komplizierteste, die wir kennen: Tausende von Reaktionen in jedem Moment in einem unglaublich verschachtelten Netzwerk. Somit ist es kaum verwunderlich, dass Moleküle von Chemikalien zu Störungen und Zerstörungen dieser Informationsabläufe führen können.

Unsere bisherige Kenntnis über die Wirkungsmechanismen von Chemikalien beruht auf der Wirkungsweise von hohen Dosierungen bzw. Vergiftungen. Für das Entstehen chronischer Schäden, die oft erst nach jahrelanger Einwirkung in oft minimalen Mengen, zusammen mit einer Unzahl anderer Stoffe, auftreten, gibt es zunehmende Hinweise. Seien wir doch ehrlich, wir Menschen und wir Mediziner sind nur bereit, etwas als Phänomen wahrzunehmen und eine Kausalität zu akzeptieren, wenn es eine mechanistische Erklärung auf dem Boden unseres naturwissenschaftlichen Weltbildes gibt. Bei Gesundheitsstörungen, die möglicherweise umweltbedingt bzw. komplexer Art sind, stecken wir in einem Dilemma. Wir tun uns schwer, Beschwerden zu glauben, wenn sie nicht mit unserem subtilen diagnostischen Arsenal objektivierbar sind.

Ich möchte deshalb versuchen, Ihnen heute eine neue Sicht für die zunehmende Anzahl von Patienten mit Allergien, Kopfschmerzen, Ohrgeräuschen, Schwindel, Hörstörungen, chronischer Bronchitis, Asthma und rheumaähnlichen Autoimmun-Erkrankungen anzubieten. Die Menschheit hat in diesem Jahrhundert etwa 10 Millionen neuartiger chemischer Substanzen geschaffen, deren Auswirkungen auf uns Menschen, unser Immun-, Hormon- und Nervensystem wir langsam erkennen. In Deutschland dürfen und werden 6.000 Chemikalien unseren Nahrungsmitteln bei den unterschiedlichsten Herstellungsprozessen zugesetzt. Ganz zu schweigen von den verschiedensten Chemikalien an den Arbeits-

plätzen und in unserer Atemluft, ob im Freien durch Industrie, Verkehr oder Müllverbrennung bzw. im Haus durch Ausdünstungen aus den verschiedensten Baumaterialien und Einrichtungsgegenständen.

Inhalative Belastung

Besonders gefährlich für uns Menschen ist in diesem Zusammenhang die inhalative Belastung mit Fremdstoffen. Dies betrifft insbesondere die an Feinstaub und Feinstaub gebundenen Stoffe, die nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen (NESSEL, 1990) zu 100% vom Organismus aufgenommen werden. Die Blut-Hirn-Schranke, ein Schutzmechanismus für unser Gehirn, ist für die meisten dieser Stoffe kein Hindernis: so können gerade die besonders gefährlichen lipophilen Stoffe wie Kohlenwasserstoffe, Hexachlorbenzol, polychlorierte Biphenyle, Dioxine und Furane mühelos die Bluthirnschranke überwinden. Nach Passage der Phospholipid-Bausteine der Zellmembranen lagern sich diese Stoffe an Nervenscheiden (Myelin) oder an die Hirnsubstanz an und verursachen entzündungsähnliche Veränderungen, Störungen bzw. Schädigungen. Dies betrifft insbesondere die rhinencephalen Strukturen, den Hypothalamus, das limbische System, die temporalen Hirnregionen und den Hirnstamm. Der Hypothalamus und der Hippocampus mit Amygdala sind ein Hauptziel für die Toxine (WALSH, 1988) und betrifft damit die wichtigsten Schaltstellen neuronaler Informationswege, das autonome Nervensystem ebenso wie die hormonelle Steuerung der Hypophyse (CORWIN, 1987; ISAACSON, 1992).

Hinzu kommt, dass diese Teilchen kleiner 3 µm, welche bis in die Lungenbläschen gelangen, dort oftmals für Monate und Jahre verbleiben, insbesondere, wenn die Oberfläche der Lunge durch Luftverschmutzung, Zigarettenrauchen oder rezidivierende Entzündungen verändert ist.

Untersuchungen in Österreich und Deutschland zeigten, dass sich auf Staubpartikeln und Pollenoberflächen organische Agglomerate und neuartige Eiweiße als Ausdruck einer Freisetzung in Folge exogener Belastungen fanden und hiermit das vermehrte Auftreten von Pollenallergenen erklären. Die gleichzeitige Feinstaub- und Pollenallergenpräsentation auf der Schleimhaut könnte ein Modell für die simultane toxische und allergische Einwirkung auf die Epithelien sein. Die Wirkstoffsynergie mit gleichzeitiger toxisch-allergischer Affektion wäre eine gute Hypothese für die erhöhte allergische Sensibilisierung bzw. Immunmodifikation in westlichen Ballungsräumen. Neben den schon lange bekannten und seit 40 Jahren zunehmenden »Pollenallergien« ist die rasant ansteigende Allergisierungs- und Erkrankungsrate bzgl. Latex ein klassisches Beispiel (RUEFF, 1999) für diese hier dargelegten Sachverhalte. Über diese Mechanismen kommt es zusätzlich bei erhöhten Belastungen mit Ozon (Verkehr) und Kohlenmonoxid (Rauchen) zu einem verzögerten Wachstum der Lunge bei Säuglingen und Kleinkindern.

Neurotoxische Substanzen/Autoimmun-Erkrankungen

Neurotoxische Schäden des Organismus und nachfolgende Erkrankungen sind ein bisher wenig erforschtes Problem in der Medizin. Untersuchungen über die additiven und synergistischen Kombinationswirkungen von Xenobiotika (Pestiziden) in subtoxischen Konzentrationen auf menschliche Fibroblasten (WITTE, 1995) belegten bei vielen Chemikalien nicht nur additive Schädigungen, sondern auch vielfache synergistische Effekte. Und dies bei subtoxischen Konzentrationen! So werden die starken Lipophilitätsunterschiede der kombinierten Substanzen als mögliche Ursache der synergistischen Effekte diskutiert (JACOBI, 1996).

Neben sensiblen und motorischen Störungen gehören die Fehlfunktionen der Sinnesorgane bis hin zum kompletten Ausfall eines Sinnesorgans (z.B. Hörsturz) zu den Frühsymptomen einer neurotoxischen Schädigung. So bedingen Xenobiotika-Belastungen eine Vorschädigung bzw. erhöhte Empfindlichkeit von Sinneszellen (z.B. Innenohr, Netzhaut). Verschärft wird diese Situation durch eine immuntoxische Ödembildung der Endothelien in den Gefäßen mit nachfolgender Verminderung der Durchblutung (KIRKPATRICK, 1996). Die Permeabilität der Gehirngefäße wird durch die Bluthirnschranke bestimmt und kann manche Substanzen am Übertritt in das Zentralnervensystem (ZNS) hindern (OLDENDORF, 1987). Andererseits können Chemikalien, Metalle und Arzneimittel die Permeabi-

lität der Bluthirnschranke erhöhen (JAUMANN, 1991; KATZMANN, 1981). Sehr häufig betroffen ist der Hirnstamm mit seiner Ansammlung wichtiger Schaltstellen verschiedenster Nerven und Regelkreise. Eine Ursache hierfür könnte sein, dass im Bereich der *Formatio reticularis* und im Bereich des Hypothalamus (NRC, 1986) keine Bluthirnschranke vorhanden ist. Diese anatomischen und pathophysiologischen Besonderheiten könnten Ursache für die erhöhten Konzentrationen an Schwermetallen und Organochlorverbindungen im Hirnstamm bei entsprechend exponierten Versuchstieren sein (KORANSKY, 1989).

Eine weitere Besonderheit ist die hohe Konzentration des AH-Rezeptors (aromatic hydrocarbon receptor), der in hohen Konzentrationen im Hirnstamm (Thalamus, Thymus) vorkommt und eine hohe Affinität für Dioxin, PCBs und andere chlororganische Stoffe hat (SILBERGELD, 1994). Dieses Rezeptor-Protein beeinflusst die Aktivität der Arylhydrocarbonhydroxylase (AHH) einerseits und verbindet sich andererseits als Rezeptor-Liganden-Komplex mit Zellkernbestandteilen und beeinflusst hierdurch die Gen-Expression (VOS, 1991). Große physiologische Ähnlichkeiten bestehen zwischen dem AH-Rezeptor und den Steroid-Rezeptoren (SILBERGELD, 1991).

Neueste Untersuchungsergebnisse belegen, dass der Hirnstamm bei Menschen mit entsprechenden Vorbelastungen oder Expositionen am Arbeitsplatz eine statistisch signifikante Verminderung der dopaminergen D2-Rezeptoren im Corpus striatum aufwies. So bestand eine Korrelation mit der Dauer der Schadstoffexposition und der Schädigung der Dopamin-D2-Rezeptoren an den postsynaptischen Membranen (LABOUVIE, 1997). Hypothese für die Schadstoffwirkungen im ZNS könnte sein, dass die Schadstoffe an den Hirngefäßen zu chronisch-rezidivierenden Vaskulitiden mit immunogenen Entzündungsstadien führen. Schadstoffe wirken auf das Immunsystem und induzieren eine Antikörperbildung, die zu einer Dopamin-Blockade an der postsynaptischen Membrane führt (MÜLLER, 1997). So können Chemikalien mit niedrigem Molekulargewicht native Proteine verändern, als Hapten wirken und eine Autoimmun-Reaktion bewirken (TRASHER, 1987). Hier das Beispiel des Prionen-Proteins (PrP), welches z.B. durch Organophosphatpestizide zu krankhaftem Prionenprotein wird und beim Tier BSE und beim Menschen CJD (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit) auslöst. Vergleichbare Mechanismen sind für die Entstehung der Alzheimer-Erkrankungen und der Atherosklerose (PRUSINER 1998, STRONG 1999, WICK, 1997, URNOWITZ 1998) bekannt.

Derzeitige Situation

So haben sich die Krankheitsmuster in diesem Jahrhundert dramatisch verändert. Die Infektionskrankheiten sind weitgehend unter Kontrolle. Die wichtigsten Krankheiten mit denen auch unsere Kinder konfrontiert werden, sind rasant steigende Häufigkeiten von Allergien, die Asthma-Mortalität hat sich verdoppelt, die Inzidenz an Leukämie und Hirntumoren ist gestiegen, entwicklungsneurologische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten sind inzwischen weit verbreitet.

Innerhalb der letzten 50 Jahre ist es zu einer zusätzlichen Verschiebung der Morbiditätsrisiken gekommen, so dass viele Menschen – Dank des medizinischen Fortschritts – von der Kindheit bis in das Alter Dauerpatienten sind und dass eine Fülle neuartiger Erkrankungen wie MCS, CFS und SBS und Fibromyalgie über uns hereingebrendet sind. Obwohl erkennbar ist, dass lineare monokausale Sachverhalte nicht mehr gefragt sind, sondern komplexe Ursachen die Menschen krankmachen, sucht man bei den Verantwortlichen in Ärztekammern und Politik vergeblich nach biokybernetischen Lösungsansätzen.

Psychosomatische Erklärungen, wie früher beim »Magenulkus-Typ«, sind schnell bei der Hand. Vielleicht ist dies auch eine Erklärung für die hohe Anzahl psychiatrischer Krankenhausbetten. Es interessiert in diesem Zusammenhang nicht, dass längst eine genetische Varianz entgiftender Enzymsysteme der Menschen nachgewiesen wurde. Durch die molekularbiologischen Erkenntnisse der letzten drei Jahre ist klar, dass zur genetischen Disposition eine exogene Noxe als Auslöser einer entsprechenden Erkrankung hinzukommen muss.

Wie sehr Umweltschadstoffe die Zytokinexpression und damit direkt das Leistungsprofil des Immunsystems beeinflussen, wie diese die Expression von Zelladhäsionsmolekülen durch chronische Metallzufuhr und die Induktion der archaischen Heat-Shock-Proteine (HSP) verursachen, ist bestens unter-

sucht. So zeigen neueste Resultate aus dem Bereich der Psycho-Neuro-Immunologie, wie bedeutsam die immunrelevanten Zytokine für den Datentransfer im Zentralnervensystem sind. Hiermit wurde auch belegt, dass Änderungen der immunologischen Situation neurologische Störungen zur Folge haben können.

Zahlreiche Autoren haben auf die Bedeutung der Entwicklung der Autoimmunität durch exogene Noxen im Rahmen von MCS, CFS und Fibromyalgie hingewiesen. Die Schulmedizin verweigert sich aber bisher, diese neuen Sachverhalte zur Kenntnis zu nehmen.

Die Umweltmedizin, als ein interdisziplinäres Fach, untersucht fachübergreifende Sachverhalte und stellt diese in neuen vernetzten Zusammenhängen dar. Neue immunologische und molekularbiologische Erkenntnisse ermöglichen das pathophysiologische Verstehen der Entstehung vieler »neuartiger« Erkrankungen wie MCS, CFS und Fibromyalgie. Die Konsequenzen dieser Erkenntnisse wären, dass in vielen Fällen Erkrankungen vermieden werden könnten, wenn die Exposition gegenüber toxischen Fremdstoffen reduziert werden könnte.

Dies bedeutet, dass die tagtägliche und ubiquitäre Chemikalienbelastung der Bevölkerung drastisch zu vermindern ist. Dies wäre in der Tat die beste umweltmedizinische Prävention für morgen!

Zur Frage des Tagungsthemas kann ich nur sagen, dass unser derzeitiges Gesundheitssystem durch Umdenken und Neudenken medizinischer Sachverhalte den medizinisch wissenschaftlichen und auch qualitativen Herausforderungen durch umweltbedingte Erkrankungen durchaus gewachsen wäre. Dies würde bedeuten, dass sich die bisherigen medizinischen Methoden nicht mehr ausschließlich an der Behandlung von Symptomen und Erkrankungen ausrichten, sondern zukunftsfähige Gesundheitsvorsorge und Prävention in den Fordergrund rücken.

Weniger optimistisch bin ich bezüglich der Frage, ob es unserer Gesellschaft gelingt, die widersprüchlichen Interessen der Menschen und der Chemie-Firmen und Industrie in einen fairen Ausgleich zu bringen. Klar ist, dass die gesundheitlichen Bedürfnisse des Individuums, die Konsum-Ansprüche und Verbrauchsgewohnheiten der Gesellschaft mit den Interessen der Wirtschaft in einem Spannungsfeld stehen. Deshalb wird eine alleinige Reform des Gesundheitswesens mit finanzieller Beschneidung des Wachstumsmarktes »Gesundheit« keinen Erfolg haben.

Ich möchte deshalb die Politik abschließend eindringlich bitten, durch eine Gesetzesänderung mit Beweislastumkehr bzw. einem Produkthaftungsgesetz, das Erreichen der von der Weltgesundheitsorganisation WHO vorgegebenen Ziels »jeder Mensch hat Anspruch auf eine Umwelt, die ein höchst mögliches Maß an Gesundheit und Wohlbefinden ermöglicht«, zu erreichen.

In diesem Sinne ist es mir sehr wichtig und finde ich es einen großartigen Schritt, dass sich die in der Regierungsverantwortung befindliche Bundestagsfraktion der SPD diesem äußerst wichtigen Thema von Umweltbelastungen und Gesundheit angenommen hat.

Literaturhinweise können bei Herrn Dr. Jaumann unter Tel.-Nr.: (07161) 70011 oder www.dr-jaumann.de oder aboensch@aol.com bezogen werden.

Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer



Aktionsplan Umwelt und Gesundheit – Hilfen für Umweltkranke

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe KollegInnen aus dem Parlament,

ich möchte mich zunächst für die Einladung zu dieser Tagung bedanken. Ich habe sie deshalb gerne angenommen, weil diese Veranstaltung zu den seltenen Foren gehört, auf denen Politik und Verwaltung, Ärzte und Wissenschaftler und besonders die von umweltbezogenen Erkrankungen Betroffenen selbst die Chance zum Dialog und Austausch ihrer Erfahrungen erhalten.

Eine gesunde Umwelt ist eine wesentliche Voraussetzung für die langfristige Gesundheit der Menschen. Die Gesundheitsvorsorge in Deutschland hat zwar gerade im internationalen Vergleich einen anerkannt hohen Standard erreicht, dennoch bleiben Unsicherheiten und offene Fragestellungen. Umweltbedingte Gesundheitsrisiken bewegen immer wieder die Öffentlichkeit, Politik und Medien.

Mehr und mehr Menschen in unserem Lande klagen über vielfältige Krankheitszeichen und Symptome, die auf Kontakt mit Schadstoffen und anderen Einflüssen aus ihrer Wohn- oder Arbeitsumwelt zurückgeführt werden. Das Problem besteht darin, dass nur selten direkt von einer Umweltbelastung auf eine gesundheitliche Beeinträchtigung geschlossen werden kann. Das liegt zum einen daran, dass sich schädigende Einflüsse in einer Vielzahl von körperlichen Reaktionen auswirken können, andererseits auch scheinbar einheitliche Krankheitsbilder mehrere Ursachen haben können. Die Problematik dieser Erkrankungen zeichnet sich also durch besondere Komplexität und oft auch entsprechende wissenschaftliche Umstrittenheit aus.

Die entsprechenden Symptomkomplexe werden mit Begriffen wie »Multiple Chemikalienüberempfindlichkeit« (nach dem englischen Begriff abgekürzt »MCS«) »Chronisches Müdigkeitssyndrom« (CFS) oder »Sick-Building-Syndrom« umschrieben, für die zum Teil noch keine einheitliche Definition vorliegt.

Die Öffentlichkeit, insbesondere die Medien haben diesen gesundheitlichen Störungen in den vergangenen Jahren wachsende Aufmerksamkeit geschenkt, was sich auch in der parlamentarischen Arbeit widerspiegelt hat. Ich denke dabei unter anderem an die Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis90/Die Grünen zum Thema »Behandlungsmöglichkeiten und Versicherungsschutz für MCS- und CFS-Patienten bzw. -Patientinnen,« die Große Anfrage »Umwelt, Schadstoffe und Gesundheit« der SPD-Fraktion und die zahlreichen Eingaben zu diesen Themen an den Petitionsausschuss des Deutschen Bundestags.

Fragen wie »Macht uns die Umwelt krank?« oder die Entdeckung immer neuer Schadstoffe sind uns allen mittlerweile vertraut. Die Zahl der bestätigten, noch diskutierten oder auch nur vermuteten Umwelteinflüsse auf die Gesundheit ist kaum noch zu schätzen. Wir stoßen hier jedoch auf das Kernproblem der Gesamtbetrachtung: Nur ein Teil der vielfältigen Hinweise und Berichte über die Ursachen von Umweltkrankheiten, ihre Entwicklung und die Möglichkeiten ihrer Behandlung ist objektivierbar

und kann als gesichertes Wissen betrachtet werden. Dies hat eine Reihe von Folgen:

- Eine Unterscheidung zwischen ernstzunehmenden und wenig fundierten Warnungen ist oft nicht möglich.
- Der wissenschaftliche Streit, ob es sich z.B. bei MCS um eine eigenständige organische Krankheit handelt oder um Symptome anderer Krankheiten, die bei den Betroffenen nicht erkannt worden sind, bleibt bisher ungelöst.
- Die notwendige medizinische Hilfe für die Betroffenen führt in vielen Fällen nicht oder erst nach Umwegen zum gewünschten Erfolg.
- Eine klare Abgrenzung zwischen sinnvollen Behandlungsverfahren und weniger oder nicht wirksamen Verfahren besteht nicht, so dass Behandlungskosten in vielen Fällen von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen werden.

Es liegt somit nicht nur im Interesse der Betroffenen, sondern im Interesse aller gesetzlich Krankenversicherten, dass unsere Wissenslücken auf den hier infrage stehenden Gebieten möglichst rasch gefüllt werden. Wir brauchen eine bessere Grundlage für eine umfassende Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen Folgen von Umwelteinwirkungen.

Bevor ich über die Wege berichte, die wir in Deutschland beschreiten wollen, um auf diesem schwierigen Terrain endlich ein Stück voranzukommen, möchte ich kurz auf internationale Entwicklungen eingehen. Denn die geschilderten Probleme machen nicht vor Ländergrenzen halt.

Schon im Jahr 1984 haben die Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation in der europäischen Region die Strategie »Gesundheit für alle« verabschiedet. Damit einigten sie sich erstmals auf eine gemeinsame Gesundheitspolitik mit einer Reihe von Zielvorgaben bis zum Jahr 2000. In dieser Strategie sind Forderungen formuliert, die uns alle schon seit Jahren beschäftigen, obwohl sie geradezu selbstverständlich klingen: »Die Umwelt ist so zu gestalten, dass sie ein gesundes Leben ermöglicht« und »Gesundheit hat Vorrang vor wirtschaftlichen Interessen«.

Die Erkenntnis, dass auf dem Gebiet, über das wir heute hier sprechen, Verbesserungen nur im Zusammenwirken aller Verantwortlichen aus dem Sektor Gesundheit und aus dem Sektor Umweltschutz möglich sind, führte zur ersten Europa-Konferenz Umwelt und Gesundheit 1989 in Frankfurt/Main. Dort wurde die europäische Charta Umwelt und Gesundheit verabschiedet, deren Grundsätze lange Zeit Gültigkeit haben dürften. In dieser Charta heißt es: »Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Umwelt, die ein höchstmögliches Maß an Gesundheit und Wohlbefinden ermöglicht, auf Informationen und Anhörungen über die Lage der Umwelt, sowie über Pläne, Entscheidungen und Maßnahmen, die voraussichtlich Auswirkungen auf Umwelt und Gesundheit haben und auf Teilnahme am Prozeß der Entscheidungsfindung«.

Im Jahr 1994 fand dann in Helsinki die zweite europäische Konferenz Umwelt und Gesundheit statt, zu der die Weltgesundheitsorganisation einen »Aktionsplan Umwelt und Gesundheit« für Europa vorgelegt hat. Die Umwelt- und Gesundheitsminister der teilnehmenden Staaten einschließlich Deutschlands einigten sich darauf, diesen Plan auf nationaler Ebene durch nationale Aktionspläne Umwelt und Gesundheit umzusetzen.

In wenigen Tagen wird nun in London die dritte dieser europäischen Konferenzen stattfinden, an der auch ich teilnehmen werde. Dabei sollen unter anderem die bei der Erarbeitung und Umsetzung dieser nationalen Aktionspläne gemachten Erfahrungen ausgewertet und ggf. erkennbare Defizite analysiert werden. Auf der Grundlage des europäischen Aktionsplanes soll in Deutschland das von den jetzigen Regierungsfractionen seit Jahren geforderte »Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit« neue Impulse für eine umfassende Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen Folgen von Umwelteinwirkungen geben. Dieses Programm wurde von den federführenden Bundesministerien für Gesundheit und Umwelt in enger Zusammenarbeit vorbereitet.

Im Rahmen dieses Programms wollen wir zunächst die umweltbezogene Gesundheitsbeobachtung und -berichterstattung verbessern. Unter anderem soll ein »Survey Kindergesundheit« durchgeführt werden, der auch Umwelteinflüsse mitberücksichtigt. Wir beabsichtigen darüber hinaus, eine ad-hoc-

Kommission einzurichten, die Vorschläge zur Neuordnung der Verfahren und Organisationsstrukturen der Risikobewertung erarbeiten soll.

In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, dass unabhängig vom Aktionsprogramm eine vom Umweltministerium finanzierte multizentrische Untersuchung zur Aufklärung der Ursachen des »MCS-Syndroms« bereits angelaufen ist.

Ein weiteres, wichtiges Ziel unseres Aktionsprogramms betrifft die Umweltmedizin unmittelbar. Auf diesem Gebiet soll eine fachliche Weiterentwicklung ebenso wie eine umfassende Qualitätssicherung stattfinden. Wir hoffen, dass sich durch einen intensiveren Austausch von Informationen zwischen den Ärzten, aber auch den Krankenkassen und anderen Beteiligten und Betroffenen eine klare Definition der noch umstrittenen Krankheiten herauskristallisiert und ggf. die für die Behandlung dieser Krankheiten wirksamen Behandlungsverfahren verbessert werden. Wir wollen damit der Umweltmedizin, die sich noch in einem frühen Stadium ihrer Entwicklung befindet, zu der Kompetenz und Anerkennung verhelfen, die andere medizinische Fachgebiete seit langem erreicht haben.

Ich bin optimistisch, dass wir dieses Ziel erreichen können. Denn wir haben in Deutschland heute schon eine große Zahl von Ärzten, die sich intensiv um Umweltkranke kümmern und wir haben Krankenhäuser, die sich besonders auf deren Behandlung spezialisiert und so eine zunehmende Kompetenz und Fachkunde erworben haben. Dieses Expertenwissen müssen wir zugänglich machen. Wir wollen aber keinen »Datenfriedhof«, sondern »Daten für Taten«. Deshalb wollen wir zur Verbesserung des Erfahrungsaustauschs und der Zusammenarbeit computergestützte Informations- und Kommunikationssysteme fördern.

Bereits im Vorfeld des Aktionsprogramms bewährt haben sich das »Umweltmedizinische Informationsforum« der Dokumentations- und Informationsstelle für Umweltfragen (DISU) und das »Allergieinformationsforum« der Dokumentationsstelle für Allergiefragen im Kindesalter (DISA). Diese an der Akademie für Kinder- und Jugendmedizin am Kinderhospital in Osnabrück angesiedelten Projekte werden vom Bundesgesundheits- und vom Bundesumweltministerium finanziert. Als neue Maßnahme soll im Robert Koch-Institut in Berlin eine zentrale Erfassungs- und Bewertungsstelle für umweltmedizinische Methoden aufgebaut werden, deren Arbeit von einer fachkundigen Kommission unterstützt wird.

Als Meilenstein zur Intensivierung der internationalen Zusammenarbeit planen wir die Einrichtung einer Abteilung des europäischen Zentrums für Umwelt und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation hier in Bonn. Ich freue mich, Ihnen sagen zu können, dass die Vorbereitung dieses Projekts schon weit vorangeschritten ist. Das Zentrum soll spätestens zum Beginn des Jahres 2001 seine Arbeit aufnehmen. Zahlreiche Fragestellungen im Bereich Umwelt und Gesundheit sind bis heute wissenschaftlich noch nicht oder nur in Teilen bearbeitet. Deshalb brauchen wir eine konzeptionell umfassende Ausrichtung der Forschung mit einer Festlegung von Prioritäten und Wegen zu ihrer Realisierung. Das Programm der Bundesregierung »Forschung für die Umwelt (1997) trägt dem Rechnung und benennt auch Forschungsschwerpunkte.

Situation der Betroffenen

Die Wissenslücken und Unsicherheiten in bezug auf die Umweltkrankheiten sind groß. Welche Krankheitsfälle tatsächlich auf schädliche Umwelteinflüsse zurückzuführen sind- und wenn ja auf welche – ist häufig umstritten. Außer Frage steht aber auf jeden Fall, dass die Betroffenen unter großem Leidensdruck stehen und einer kompetenten medizinischen Hilfe und Zuwendung bedürfen. Sie haben Anspruch auf Erkennung und Behandlung ihrer Krankheit mit allen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, unabhängig davon, wie ihre Krankheit heißt.

Trotz ihrer persönlich schwierigen Situation arbeiten viele der Betroffenen in zahlreichen Selbsthilfegruppen mit. Sie setzen sich dabei nicht nur für eine Verbesserung ihrer persönlichen Situation ein, sondern engagieren sich insgesamt für die medizinische und gesellschaftliche Anerkennung von Umweltkrankheiten. Den hier anwesenden aus den Selbsthilfegruppen möchte ich für dieses Engagement herzlich danken.

Leistungen der Sozialversicherung

Meinem Hause gehen viele Schreiben zu, in denen beklagt wird, dass die Krankenkassen Kosten für umweltmedizinische Leistungen nicht übernehmen oder Anträge auf Berufs- und Arbeitsunfähigkeitsrente durch Versicherungsträger abgelehnt würden. Ich habe größtes Verständnis dafür, dass die Betroffenen dies nicht akzeptieren können, vor allem, wenn ihnen durch ihre behandelnden Ärzte eine entsprechende Erkrankung attestiert worden ist.

Ich weiß, dass die derzeitige rechtliche Situation in diesem Bereich äußerst problematisch ist. Ich möchte Sie aber um Verständnis dafür bitten, dass amtliche Stellen und Versicherungsträger in ihrer Entscheidungsfreiheit den vom geltenden Recht gesetzten Einschränkungen unterliegen. Das bedeutet für die Krankenkassen, dass sie nur die Kosten für medizinische Leistungen übernehmen dürfen, die von der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen anerkannt sind. Die Bundesregierung hat seit Jahren diese wichtigen Entscheidungen auf die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen delegiert. Sie hat dies mit Recht getan, denn sie selbst ist nicht in der Lage, ein sachkundiges kompetentes Urteil über diese Fragestellungen zu treffen.

Auch die Rentenversicherungsträger benötigen den Nachweis einer Beziehung zwischen Ursache und Wirkung und ein definiertes Krankheitsbild. Im Fall einer Berufsunfähigkeit muss ferner dieses Krankheitsbild bei den Angehörigen der betroffenen Berufsgruppe häufiger zu finden sein als in der allgemeinen Bevölkerung.

Ich weiß, dass dies die Betroffenen natürlich nicht zufriedenstellen kann. Deshalb ist es umso wichtiger, dass wir auf dem Gebiet der Umweltkrankheiten zu einem einigermaßen einheitlich formulierten wissenschaftlichen Erkenntnisstand kommen, damit der Gesetzgeber die vorhandenen Rechtsvorschriften ggf. auf der Basis einer fundierten Grundlage entsprechend anpassen kann.

Es gab hier in der Vergangenheit zahlreiche Versäumnisse. Diese wollen wir jetzt so schnell wie möglich beseitigen. Von dem Anstoß, den das Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit setzen soll, erhoffe ich mir in den nächsten Jahren die benötigten Erkenntnisse über Ursachen-Wirkungsbeziehungen und erfolgreiche Verfahren der Diagnose und Differentialdiagnose. Wenn nachvollziehbar belegt werden kann, dass ein Betroffener sich aufgrund eines bestimmten Umwelteinflusses eine Erkrankung zugezogen hat, dann wird es auch möglich sein, diesem Erkrankten gezielter und rascher zu helfen.

Wir werden alles daran setzen, um die Situation der von umweltbezogenen Erkrankungen Betroffenen zu verbessern. Ihnen muss die in jedem Einzelfall bestmögliche Unterstützung zukommen. Hierfür müssen wir sobald wie möglich die notwendigen Voraussetzungen schaffen. Das gemeinsame Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit von Bundesgesundheits- und Bundesumweltministerium ist der richtige Ansatz hierfür.

Bei der Gesundheitsreform 2000, die wir im Augenblick beraten, ist der Ausbau der integrierten Versorgung zur Regelversorgung ein zentraler Baustein. D.h. in Zukunft sollen Ärzte untereinander, aber auch mit anderen Heilberufen und vor allem zwischen ambulantem und stationärem Sektor besser kooperieren. Von diesem Ansatz verspreche ich mir eine bessere Versorgung aller chronisch Kranken und damit auch eine Verbesserung für diejenigen, die von umweltbezogenen Erkrankungen betroffen sind.

Die Bundesregierung allein kann dieses Ziel nicht erreichen, dies ist vielmehr eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Mein Kollege Jürgen Trittin und ich verbinden mit der für den 15. Juni 1999 terminierten Veröffentlichung des Aktionsprogramms den ausdrücklichen Wunsch, dass sich alle relevanten Gruppen und Einrichtungen an der Diskussion und Weiterentwicklung des Programms beteiligen und ihren Beitrag zur Umsetzung leisten. Nur wenn es gelingt, alle interessierten Kräfte in der Umsetzung des Programms zu vereinen, können wir den Weg in eine dauerhaft gesundheitsverträglichen Umwelt erfolgreich beschreiten und den Betroffenen helfen.

Ich bin mir sicher, dass auch diese Tagung einen wichtigen Beitrag für die Verbesserung der Situation der Betroffenen leisten kann. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Diskussion

Dr. Messner

Mein Name ist Dr. Messner. Ich bin seit über 12 Jahren Allgemeinmediziner aus dem Nordseeheilbad Bengersiel.

Ich möchte die Betroffenheit einiger Patienten erst einmal kurz schildern. Das soziale Umfeld muss beachtet werden. Ich glaube, das ist heute zwar etwas angeklungen, aber noch nicht so richtig. Es werden z.B. viele Medikamente nicht vertragen, es kann sogar so sein, dass Infusionsbestecke nicht vertragen werden, dass die Leute kein Auto fahren können und sogar Heil- und Hilfsmittel nicht vertragen werden. Das ist eine Sache, auf die man ganz einfach mal eingehen muss, weil dort die Behandlung sehr schwierig ist. Sicherlich muss man da auch neue Wege gehen, Stichwort, Fibromyalgiesyndrom – Schmerzfrage usw..

Was muss passieren? Wir als Ärzte müssen eine andere Diagnostik und Therapie lernen. Größtenteils können wir die Medikamente, die sonst einfach in der sogenannten Positivliste stehen, heutzutage eben nicht verwenden.

Ich habe gerade die Situation, dass ich drei Jahre lang Patienten intensiv behandelt habe und dadurch von einer bestimmten Krankenkasse über 50 000 DM Arzneimittelregress habe. Es ist einfach so, dass wir keine Behandlungsmöglichkeiten haben, und dass nicht jeder der Patienten in der Lage ist, diese Behandlung finanziell selbst zu tragen.

Es ist außerdem auch nicht richtig, was auch schon oft anklang, dass diese Behandlungsmöglichkeiten wissenschaftlich nicht untersucht sind. Es ist auch gar nicht mehr notwendig, die sogenannte antioxidative Therapie und ähnliche Dinge zu untersuchen, weil weit über 2500 Untersuchungen existieren. Diese müssen aber mal in der Praxis umgesetzt werden!

Meines Erachtens brauchen wir ein neues Gesundheitssystem, das mehr die Erfahrung der Krankenhausaufenthalte berücksichtigt und mehr ambulant behandelt! Ich habe auch bei Herrn Müller, Frau Fischer und Herrn Dr. Wodarg verschiedene Vorschläge eingereicht, wie wir dieses verbessern und auch finanzieren können. Das ist letztendlich ja auch immer ein Problem.

Als letztes vielleicht noch die »Psychiatisierung«: Viele dieser Patienten werden einfach in die Psychiatrie gesteckt, wenn sie nicht sehr willensstark sind. Und auch in diesem Zusammenhang muss man nochmal die Kosten betrachten. Es kann nicht angehen, dass wir jeden Tag 600 – 800 DM für den Aufenthalt in einer Psychiatrie bezahlen und vielleicht 100 DM pro Monat für Vitamine und Mineralien einfach nicht ausgeben. Das ist auch wirtschaftlich und wissenschaftlich nicht tragbar!

Was ist zu tun? Nach meinem Dafürhalten ist die Lösung die folgende, die eigentlich schon anklang: Dass wir wieder direkt in Anlehnung an die Agenda 21, Artikel 28 vor Ort diese Sachen regeln können. Der Patient kommt zum Arzt, Arzt und Patient besprechen die Therapie. Wenn dann Probleme auftreten, z.B. dass irgendetwas vielleicht nicht in der Positivliste ist, muss die Möglichkeit gegeben werden, dass dieser Vorschlag der Krankenkasse vor Ort unterbreitet wird. Und im Regelfall sind die auch in der Lage, und vor allem auch willens, etwas zu tun. Das kann ich sagen, weil ich mit vielen Sachbe-

arbeitern verschiedener Krankenkassen gesprochen habe. Denn heute ist es so, dass die Sachbearbeiter die Anträge durcharbeiten und alle ablehnen müssen. Das ist völlig frustrierend. Zu über 90 – 95% sitzen sie umsonst auf ihren Stühlen. Das sollten wir verändern. Und ich finde, dass wir dadurch auch Geld sparen können, kurz gesagt, ich glaube nicht, dass das dazu führt, dass sich dies negativ auswirkt, eher im Gegenteil.

Summatorisch gesagt, ist es zusätzlich vielleicht noch wichtig, dass die Gesundheitsprobleme vor Ort gelöst werden. Wir können wahrscheinlich mit einer allgemeinen Gesetzgebung nicht jedes Problem lösen. Wir können Abende, Jahre diskutieren, aber wir brauchen jetzt eine Lösung, denn Vorbeugen ist besser als heilen. Es ist wichtig, dass es an der Uni eine Ausbildung zum Umweltmediziner, Präventivmediziner, Ernährungsmediziner und auch eine Ausbildung über Entspannungsmaßnahmen geben muss, und das möglichst schnell, und dass dies im Gesetz verankert wird

Frau Salzmann

Ich vertrete die Arbeitsgruppe der Initiativen »Schadstoffe in ehemaligen US-Housings« in Frankfurt am Main. Mein Redebeitrag hat sich fast erledigt, da die Ministerin nicht mehr anwesend ist.

Ich wollte eigentlich eine Bitte formulieren. Morgen wird in der Stadt Frankfurt das Stadtgesundheitsamt geehrt für die hervorragende Arbeit gerade im Zusammenhang mit Risikomanagement, Risikokommunikation und Umgang mit Selbsthilfegruppen. Da wollte ich kritische Anmerkungen mitgeben. Das passt jetzt hier irgendwie nicht mehr hin.

Was ich verwunderlich finde ist, dass hier eine riesige Diskrepanz zwischen Vision von Seiten des Podiums und Wirklichkeit auf der Seite der Diskussionsteilnehmer auffallend ist.

Hermann Wilts aus Aurich

Ich bin ein Betroffener aus Ostfriesland und Gott sei Dank seit einigen Jahren Patient von Herrn Messner. Ich war vor fast 6 Wochen auf einer Tagung in Loccum, wo es um Umweltkrise und medizinische Wissenschaft ging. Bei dieser Tagung habe ich festgestellt, dass Grundlagenwissen für Ärzte nicht vorhanden ist. Ich habe dort das Gesetz vom Minimum erklärt. Danach kamen junge Ärzte zu mir und sagten, »Was Sie da eben gebracht haben, das ist uns nicht vermittelt worden.« Das war für mich eine erschreckende Sache. Ich habe dann die 40 Mediziner gebeten, sie möchten mich heftig kritisieren, wenn ich falsch liegen würde mit meinen Ausführungen. Daraufhin ist keine Wortmeldung gekommen. Ich habe das Ganze schriftlich abgefasst. Das kann jeder über meine Person beziehen, wenn er möchte.

Und zum Schluss ist dabei herausgekommen, dass die Binsenweisheiten, wie Beweislastumkehr usw. kein Gehör gefunden haben. Es waren etliche Juristen dabei, die das Gleiche bestätigt haben. Wir stehen als Betroffene auf total verlorenem Posten, sind in jede Falle reingefallen, sei es in Gutachterfallen usw., usw.

Vor 11 Jahren hatte ich einen schweren Unfall. Ich bin dadurch auch noch chemiegeschädigt, weil ich 10 Jahre mit Chemie behandelt worden bin und dadurch kränker und kränker wurde. Durch die Methode von Dr. Messner bin ich so weit wieder hergestellt worden, dass ich hier und heute vor diesem Auditorium etwas sagen kann.

Wir sollten an die Leute denken, die betroffen sind, die zu Hause herumvegetieren, die keine Möglichkeit mehr haben, hier vor diesem Auditorium zu erscheinen oder etwas zu sagen. Ich trete deshalb hier auf. Ich habe den Glauben an die Medizin, an die Politiker und die Juristerei verloren. Sie wird hoffentlich heute hier durch diese Tagung etwas relativiert.

Dankeschön.

Dr. Stöcker

Ich bin Frau Dr. Stöcker. Ich leite den politische Arbeitskreis von Patienteninitiativen.

Herr Dr. Schwertfeger, wir haben ja schon ein paar Mal miteinander telefoniert, sie wissen, dass ich diverse Briefe an Frau Dr. Andrea Fischer geschrieben habe, die leider nie beantwortet wurden. Ich hatte Frau Fischer gebeten auch auf einige Punkte der Forderungen unserer Resolutionen, die wir an sie geschickt haben, einzugehen – eigentlich hat sie das nicht.

Vielleicht unsere zwei wichtigsten Forderungen: Erstens wollten wir, dass Frau Fischer explizit hier die Umwelterkrankten anerkennt. Sie hat zwar von umweltbedingten Erkrankungen gesprochen. Können wir dies als Anerkennung der Umwelterkrankten werten?

Der zweite wichtige Punkt ist, Frau Fischer ist immer wieder darauf eingegangen: dass das Wissen der Patienten und Patienteninitiativen mit in diesen Diskussionsprozeß von Umwelt und Gesundheit einfließen soll. Ich hatte sie schriftlich gebeten – das haben wir auch in unserer Resolution festgehalten – dass eine Patientenvertretung im BMG geschaffen wird. – Gibt es da eine Möglichkeit?

Antwort Herr Schwertfeger, BMG

Es sind eine Vielzahl von Fragen und Hinweisen, die schon gestellt bzw. gegeben worden sind. Ich könnte mir vorstellen, dass diese auch für eine ganze Reihe von anderen Wortmeldungen stehen. Wahrscheinlich werden viele von Ihnen von den gleichen oder ähnlichen Problemen bewegt.

Ich will versuchen, das Ganze, worüber man stunden- und tagelang diskutieren könnte, in wenigen Worten aus der aktuellen Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit zu beantworten – soweit mir das jetzt möglich ist. Ich versuche, dabei der Reihe nach vorzugehen.

Dr. Meßner hat darauf hingewiesen, dass es zur Bewertung von Risiken sowie zur Bewertung von Verfahren der Diagnose und Behandlung sehr viele Untersuchungen gibt und infrage gestellt ist, ob es notwendig ist, hier weiter zu forschen. Ich möchte dem entgegenhalten, dass zweifellos eine Unzahl von Untersuchungen gemacht worden sind, aber nichtsdestoweniger sowohl in den Kreisen der Fachwissenschaftler als auch in den Kreisen der Behandler weiterhin ganz offensichtlich keine Einigkeit darüber besteht, welche Krankheiten wie zu definieren sind, in welcher Art und Weise sie zu diagnostizieren sind und wie sie dann zu behandeln sind. Das ist unser Problem. Es ist ein Grundprinzip der Arbeit der Bundesregierung, dass ihre Maßnahmen auf der Grundlage eines wenigstens einigermaßen einheitlich definierten wissenschaftlichen Erkenntnisstandes stehen müssen. Ich bitte, wie die Ministerin, um Ihr Verständnis dafür, dass wir gewisse Beschränkungen haben, bei der Rechtssetzung und der Veränderung rechtssetzender Maßnahmen. Wir sind angewiesen auf den wissenschaftlichen Erkenntnisstand und darauf, dass die kompetenten Kräfte sich zusammenfinden und zu aktuellen Fachfragen fundierte Stellungnahmen abgeben.

Wir sehen andererseits durchaus auch Defizite im eigenen Bereich. Es ist auch heute vormittag schon einmal von Herrn Wodarg erwähnt worden, dass beispielsweise in den Kreisen unserer Fachbehörden organisatorische und andere Verbesserungen eintreten könnten. Ich kann dazu schon jetzt ankündigen, dass wir der besseren Strukturierung und Zusammenarbeit unserer Fachbehörden große Aufmerksamkeit widmen werden. Wenn ich »unsere« Fachbehörden sage, meine ich damit auch das Umweltbundesamt als Fachbehörde des Bundesministeriums für Umwelt. Diese organisatorische Verbesserung ist ein ganz besonders wichtiger Bestandteil des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit.

Es besteht weiterhin das Problem, dass bei vielen umweltmedizinischen Leistungen von den Krankenkassen nicht eindeutig festgestellt werden kann, ob es tatsächlich sinnvolle und wirksame Leistungen gewesen sind. Die entsprechende Beurteilung ist insbesondere dann für die Kassen fast unmöglich, wenn für eine Leistung keine wissenschaftliche Grundlage vorliegt. Wir müssen deshalb alle möglichen Anstrengungen unternehmen, um hier zu weiteren Erkenntnisfortschritten zu kommen. Es ist im Augenblick, und das hat Frau Ministerin Fischer am Ende Ihrer Rede auch betont ebenso wie Herr Mül-

ler, nicht möglich, ganz schnell, irgendwelche gravierenden Änderungen vorzunehmen. Wir können nur in kleinen Schritten vorgehen.

Und Frau Ministerin Fischer hat auch auf die Widerstände hingewiesen, die dem im Rahmen beabsichtigten Vorgehen der beiden befassten Ministerien schon jetzt entgegen gebracht werden. Es wird nicht einfach sein, selbst das, was wir als Auftrag an uns selbst formuliert haben, und was Ihnen zum Teil möglicherweise noch nicht weit genug geht, tatsächlich durchzusetzen. Das wird eine Aufgabe sein, die innerhalb der gesamten Bundesregierung diskutiert werden muss und diskutiert werden wird. An unserem besten Willen sollten Sie jedoch nicht zweifeln, auch wenn Sie selbstverständlich recht haben mit der Feststellung, dass unsere und ebenso die in international vereinbarten Dokumenten aufgeführte Zielen in vielen Teilen noch weit entfernt sind von der Wirklichkeit.

Wir haben mit unserem Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit, das wir im übrigen am nächsten Dienstag der Presse vorstellen werden, den ersten Schritt getan. Es ist das erste Mal, dass sich Umwelt- und Gesundheitspolitik zu einer gemeinsamen Aktion in diesem Querschnittsbereich zusammenfinden. Es wird sicherlich auch von anderen Stellen abhängen, wieweit es gelingt, dieses Programm umzusetzen.

Das Aktionsprogramm enthält den ausdrücklichen Wunsch, dass alle an ihm Interessierten sich mit Hinweisen an unser Haus wenden, damit dieses Programm auch noch weiterhin verbessert wird.

Herr Beucher, MdB

Herr Schwerdtfeger, ich möchte sie bitten, sich etwas kürzer zu fassen, damit wir noch alle hören können. Ich bin Herrn Schwerdtfeger dankbar, dass er mit einigen Kolleginnen und Kollegen seines Hause hier ist. Leider haben wir in dieser Runde nicht genug Zeit, alle zu Wort kommen zu lassen. Insofern möchte ich jetzt schon denjenigen sagen, die hier nicht mehr drankommen. Geben sie uns Ihren geschriebenen Vortrag bzw. Beitrag, Wir werden ihn weitergeben oder schicken sie die Beiträge an den Stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden Michael Müller.

Herr Schwerdtfeger, BMG

Wenn ich noch einen Satz zum Aktionsprogramm sagen darf, auch wenn das bisher Gesagte noch nicht den großen Beifall gefunden hat. Es steht im Aktionsprogramm ganz ausdrücklich drin, dass auch die Selbsthilfegruppen und die von Erkrankungen Betroffenen angesprochen sind, ihr Wissen in das Programm einzubringen. Sie können sicher sein, dass wir Ihre Anregungen berücksichtigen werden.

Zu Frau Dr. Stöcker möchte ich noch was sagen. Die Briefe, die Sie uns geschrieben haben – ich weiß nicht, ob Sie die Antworten noch nicht bekommen haben – sind alle beantwortet. Das kann ich deswegen sagen, weil ich die Antworten größtenteils selbst geschrieben habe oder zumindest die Vorbereitung der Antworten mit übernommen habe, je nachdem, an wen sich die Anfrage gerichtet hat. Es ist möglich, dass das eine oder andere etwas länger gedauert hat. Dazu kann ich nur sagen, die gestellten Fragen können oft nicht von unserem Haus allein bearbeitet werden. Vielfach müssen wir abgeordnete Behörden, aber auch andere Ministerien der Bundesregierung befragen. Beispielsweise sind wir nicht zuständig für den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Wir brauchen also hier die Zusammenarbeit mit dem Arbeitsministerium. Wir müssen Beiträge einholen. Auch das Arbeitsministerium hat wieder Behörden, die unter Umständen ebenfalls einbezogen werden müssen. Es tut mir leid, aber dieses notwendige Verfahren benötigt Zeit.

Zur »Anerkennung« von Erkrankten durch die Ministerin. Frau Fischer hat gesagt: Es ist überhaupt keine Frage, dass die Betroffenen gesundheitlich leiden, dass bei Ihnen ein hoher Leidensdruck besteht. Die Problematik dabei ist: Ist die Krankheit so konkret definiert, dass diejenigen, die die Anträge auf Erstattung von Behandlungsleistungen bearbeiten, mit der Diagnose etwas anfangen können? In der wissenschaftlichen Definition der Krankheitsbilder haben wir nach wie vor Defizite. Ich kann nur wiederholen, was die Ministerin schon gesagt hat: Es ist selbstverständlich, dass es unser erstes Anliegen ist, dass den Betroffenen geholfen wird. Und es muss ihnen wirksam und kompetent geholfen werden.

Wir werden uns in den Schritten, die uns möglich sind, diesem Ziel annähern. Der Beschluss, das Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit umzusetzen, ist ein Qualitätssprung im Vergleich zu den vergangenen Jahren.

Herr Beucher

Die Frage zur Personalstelle: kann die jetzt schon beantwortet werden?

Herr Schwerdtfeger, BMG

Die Frage zur Personalstelle kann noch nicht beantwortet werden. Ich habe dieses konkrete Anliegen in den Schreiben, die Sie an unser Haus gerichtet haben, noch nicht gesehen, werde aber der Sache nachgehen. Falls Ihre Information und Ihre Fragestellung auch bei anderen Stellen des Hauses nicht vorliegt, komme ich auf Sie zu.

Herr Wodarg

Frau Stöcker, ich möchte Ihnen auch ganz kurz eine Antwort geben: Ich halte es nicht für ausreichend, wenn wir an einer Stelle hier in Bonn nur eine symbolische Ansprechfigur schaffen. Es muss überall im Bundesgebiet dezentral kompetente Ansprechpartner geben. Die müssen sich treffen, und es muss ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch organisiert werden. Aber hier lediglich eine symbolische Ansprechfigur im Ministerium zu bieten, halte ich von der Sache her schon für Quatsch. Hier sind ja viele Betroffene versammelt, und ich habe deren Zettel gesehen. Der eine sagt: »Ich habe so und so viele Zähne voller Amalgam«, der andere sagt »Ich hatte früher mit Holzschutzmittel zu tun«. Das ist doch hier keine Sprechstunde! Hier sind zwar viele Ärzte anwesend, aber dieses ist keine Sprechstunde. Wir Abgeordnete sind dazu da, Gesetze zu machen. Ich bitte Sie, lassen Sie uns diese Dinge, die jetzt hier gemacht werden können, auch hier weiterbringen. Helfen Sie uns, die richtigen Gesetze zu verabschieden. Und nutzen Sie dafür hier die Zeit anstatt für ihre persönliche Krankengeschichte. Ich kann Sie verstehen. Und ich nehme mir auch gerne Zeit, mir Ihre Geschichte bei anderer Gelegenheit anzuhören. Aber wir vergeben sonst die Chance, hier wirklich Impulse zu geben für eine vernünftige Gesetzgebung.

Karl Jürgen Prull

Mein Name ist Karl Jürgen Prull und ich bin von der Interessengemeinschaft der Holzschutzmittelgeschädigten.

Ich kann mich den Äußerungen überhaupt nicht anschließen, dass nicht akuter Bedarf besteht, z.B. den Krankenkassen Möglichkeiten zu geben, im Einzelfall Entscheidungen zu treffen, den akut Betroffenen zu helfen. Wenn man auf Symposien geht, sieht man, dass dort im Moment Grabenkämpfe zwischen der Medizin und der Umweltmedizin geführt werden. Das ist nicht in einen oder zwei Jahren zu machen, sondern der akute Bedarf ist, dass man heute wenigstens den Krankenkassen gesetzlich die Möglichkeit gibt, im Einzelfall entscheidend zu helfen. Viele der Betroffenen haben hohe wirtschaftliche Belastungen hinter sich und so in meinen Augen überhaupt keinen Spielraum mehr, dafür Monate oder Jahre zu warten. Da ist akuter Handlungsbedarf. Die Krankenkassen verweisen immer nur darauf, dass gesetzliche Änderungen erfolgen müssen. Die Schwierigkeiten haben sie ja selber angesprochen.

Ich danke ihnen.

Antwort Herr Wodarg

Das Thema Krankenkassen ist brandaktuell. Das, was sie jetzt ansprechen, ist eines der wichtigsten Themen, die wir in der Zukunft und die wir in den nächsten Wochen und Monaten zu behandeln haben.

Deshalb habe ich mich einfach noch einmal zu Wort gemeldet. Weil wir jetzt in der Gesetzgebung sind, was die GKV angeht.

Was wir zur Zeit kennen, ist die Situation, dass Krankenkassen bei Krankheiten Diagnostik und Therapie bezahlen müssen, unabhängig von der Ursache der Krankheit. Das kann man feststellen. Sie müssen ihnen helfen. Wenn jemand krank ist, dann hat er einen umfassenden Anspruch. Aber es hat in letzter Zeit erheblich zugenommen, dass eine Krankenkasse ablehnt, etwas zu tun. Ich sehe Sie im Rollstuhl sitzen. Früher war es so, wenn jemand einen Rollstuhl beantragte, hat er den meistens bekommen, ohne viel Diskussion. Heute gibt es Krankenkassen, die sagen erstmal »nein«. Es hat sogar die Situation gegeben, dass eine Krankenkasse Briefe geschrieben hat. »Wenn sie mit uns nicht zufrieden sind, können sie gerne die Krankenkasse wechseln«. Die Ursache für diese Entwicklung ist, dass die Krankenkassen im Wettbewerb stehen. Krankenkassen vertreten nicht mehr eine Solidargemeinschaft, sondern die Krankenkassen bemühen sich, dass sie im Wettbewerb gegeneinander vernünftige betriebswirtschaftliche Positionen erreichen. Wenn Krankenkassen im Wettbewerb stehen, dann fängt man in der Etage des Managements an zu rechnen und sagt »wo geht denn unser Geld hin?« und sieht, dass es 1% der Versicherten gibt, die 30% der Kosten verursachen. Das weiss man dort. Man kennt die Morbiditätsstruktur, wie das so heißt. 1% der Versicherten kosten 30% der gesamten Ausgaben. Die Krankenkassen sind im Wettbewerb, und eine Krankenkasse, die sich jetzt besonders anstrengen würde, MS-Kranken, Umwelterkrankten, Rheumakranken, Diabetikern entgegenzukommen und besonders viel für sie tun wollte, die wäre ja schön blöd. Dann wäre sie ja attraktiv für die Versicherten, die viel kosten. Dann würden ja womöglich alle in diese Krankenkasse kommen und die Krankenkasse würde pleite gehen.

Ich will sie darauf aufmerksam machen, worum es hier geht. Wenn wir die Krankenkassen in den Wettbewerb stellen, dann sind die Verlierer dieser ganzen Geschichte diejenigen, die teuer sind und Unkosten verursachen. Deshalb mein Appell an Sie:

Mischen Sie sich da ein, lassen Sie das nicht zu. Alle Krankenkassen müssen einheitlich und gemeinsam sich um die kümmern, die keiner haben will und die schutzlos sind. Und das sind die chronisch Kranken und die Menschen, die teure Medikamente und teure Dinge brauchen. Es muss eine Vereinbarung geben, dass diese nicht aus dem Netz fallen. Schlimm würde es, wenn die Krankenkassen auch noch in den Regionen Verträge mit einzelnen Krankenhäusern und Ärzten abschließen könnten, das hieße, sie könnten sich aussuchen, was sie anbieten – wenn sich der Wettbewerb auch noch im Leistungsbereich austoben darf – dann wird es noch schlimmer. Das müssen wir verhindern.

Waltraud Schmidt-Sibeth

Mein Name ist Waltraud Schmidt-Sibeth. Ich bin Mitglied der SPD-Fraktion des Bayerischen Landtages.

Mir haben ein paar Äußerungen der Ministerin nicht gefallen. Und zwar hat sie gesagt: »Wir haben doch kompetente Umweltärzte und deren Wissen muss einfließen in das, was wir verändern wollen«. Nur was passiert denn de facto? Diese Ärzte geben ihre Kassenarzt-Zulassung zurück, weil sie damit nicht mehr leben können. Sie behandeln nur noch privat.

Es muss ganz schnell eine Übergangslösung gefunden werden, damit diese Ärzte praktizieren können, den Betroffenen helfen können, die jetzt plötzlich ohne Arzt dastehen, wenn sie nicht reich sind oder nicht selber bezahlen können. Wir haben eine Arm-Reich-Auseinanderdividierung, die nicht stattfinden darf. Da war z.B. der Vorschlag von Herrn Dr. Lanz : Auch für mich wäre es eine Übergangslösung, wenn man sagt, die Patienten beteiligen sich an den Kosten, welche die Kassen normalerweise nicht zahlen. Aber die Krankenkasse muss einen großen Teil übernehmen. Wie man das inhaltlich lösen will, weiß ich nicht. Aber da muss es ganz schnell eine Lösung geben. Denn es geht darum, dass wir den Prozess beschleunigen. Hier tickt eine Bombe. Und wir können nicht mehr warten. Aus den Betroffenen, die es heute gibt, werden Millionen, wenn wir so weiter machen und das innerhalb von ganz wenigen Jahren.

Und die Ministerin hat gesagt: »Die Wissenslücken in diesem Bereich, z.B. der MCS-Erkrankungen, sind

riesengroß«. Ich setze dagegen. Die Wissenslücken bei den wissenschaftlichen Entscheidungsträgern in Deutschland sind groß. D.h. es gibt jede Menge wissenschaftlicher Untersuchungen, die vielfach belegt sind, die nicht in Deutschland stattgefunden haben und auf welche die deutsche Wissenschaft offensichtlich nicht zurückgreift. Hier ein Auftrag an die Ministerin: Endlich mal zu koordinieren und endlich mal zu sagen: »Fangt nicht bei Null an, sondern greift auf das zurück, was vorhanden ist«.

Und noch eine kritische Bemerkung: Die Strahlenschutzkommission, die kann man entlassen. Den Ausschuss für Ärzte und Krankenkassen, dessen hat man sich begeben, auf den überhaupt irgend einen Einfluss zu haben. Und wenn dort falsche Positionen vertreten werden, und das hat etwas mit diesem Nichtwissen zu tun, dann hat die Politik keinen Einfluss mehr. Auch hier muss etwas verändert werden.

Und dann möchte ich noch auf Herrn Dr. Wodarg eingehen. Sie haben gesagt: »Die Konkurrenz der Krankenkassen untereinander ist schädlich, weil das den Ansatz zur Solidargemeinschaft der Versicherten aufhebt«. Das gilt nicht nur für die Krankenkassen, sondern auch für den Patientenkreis jedes einzelnen Arztes. Denn kein Arzt hat ein Interesse daran, Patienten zu behandeln, die jede Menge Medikamente brauchen. Und auch hier muss sich etwas verändern. Das muss genau so gesehen werden wie das, was Sie sehr richtig bemängeln.

Michael Müller, MdB

Meine Damen und Herren, ich möchte auch auf den Beitrag der Ministerin eingehen.

Sie müssen sehen, dass ich seitdem ich im Bundestag bin, also seit mehr als einem Jahrzehnt, versuche, den Zusammenhang zwischen Umwelt und Gesundheit zu thematisieren, und dass ich natürlich von einer neuen Bundesregierung erwarte, dass sie, anders als die alte Bundesregierung, diese Thematisierung ernst nimmt.

Das hat die Ministerin hier gesagt. Dem müssen aber Taten folgen, sonst hilft das nichts. Wir werden auch sie genauso an ihren Taten messen, wie wir früher die Regierung gemessen haben. Das wird gar nicht anders gehen. Und deshalb will ich drei Anmerkungen machen, auch weil der Vertreter des Ministeriums hier ist.

Ich teile nicht die Position, das hat ja auch meine Vorrednerin gesagt, dass wir einen so unheimlich hohen Forschungsbedarf haben. Forschungsbedarf haben wir immer. Aber wir wissen in der Zwischenzeit eine Menge über den Zusammenhang von Umweltbelastungen, Sozialbelastungen und Gesundheit. So dass man in jedem Fall sehr viel mehr Freiraum für Ärzte, für medizinische Methoden schaffen kann, und dass man vor allem denen mal auf die Finger hauen soll, die bisher alles blockieren. Das erwarten wir. Und ich meine das auch in Richtung auf die Ministerin. Wenn da nichts passiert, werden wir eine Enquete-Kommission beantragen im Bundestag, um deutlich zu machen, wie groß hier in der Bundesrepublik der Unterschied zwischen Theorie und Praxis ist.

Wir haben auch im SPD-Fraktionsvorstand beschlossen, dass wir versuchen, wenn wir in den gegebenen Strukturen nicht weiter kommen, dies durch eine andere Debatte aufzubrechen. In den gegebenen Strukturen scheint man dies nur begrenzt zu können. Denn es ist doch so, dass jeder Arzt, der versucht, neue Wege zu gehen, erst mal wie Don Quichote gegen Windmühlen kämpft. Und das ist nicht zu akzeptieren, denn im obersten Ziel des Politikers steht, die Volksgesundheit zu schützen.

Insofern erwarten wir schon, dass in dieser Richtung mehr getan wird.

Und dann wollte ich ein Zweites sagen. Ich warne auch davor, die Umweltmedizin als neuen Zweig in der Medizin zu sehen. Das ist ein sehr wichtiger Punkt. Aber das Gesundheitsverständnis, das ich habe, sagt nicht »Jetzt haben wir hier so und so viel Medizinsparten, jetzt müssen wir auch noch die Umweltmedizin dazu hören«. Für mich gehören, wenn ich den Ansatz Umwelt und Gesundheit, also die Förderung der Gesundheit, ins Zentrum stelle, Umweltschutz und Arbeitsschutz direkt ins Zentrum einer Gesundheitspolitik, nicht als Fachdisziplin irgendwo dabei. Das ist ein anderer Ansatz. Die eigentliche Herausforderung ist, Gesundheitsschutz ins Zentrum zu stellen, und dann gehört unmittelbar integriert Umweltpolitik oder Umweltschutz oder die Zurückdrängung von Giften etc. dazu. Das ist eines der Fundamente dieser Umwelt- und Gesundheitspolitik. Ich finde, Umweltpolitik ist keine

neue Fachdisziplin, sondern ein Bestandteil der Gesundheitspolitik – muss es jedenfalls aus meinem Verständnis heraus werden. Sie wissen vielleicht, ich war sehr dafür, ein Ministerium für Umwelt und Gesundheit zu gründen. Ich hätte das für richtig gefunden. Leider war das nicht möglich. Aber das wäre aus meiner Sicht ein Schritt voran gewesen.

Und als letzter Punkt. Ich erwarte auch von den Ministerien, dass sie mal was ganz Deutliches sagen gegen diesen merkwürdigen Filz von Kassenärztlichen Vereinigungen, medizinischen Diensten und Krankenkassen. Ich will noch mal sagen, ich kritisiere nicht nur die Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und medizinischen Dienste, aber es fällt natürlich eklatant auf, dass man beispielsweise in bestimmten Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Abrechnung zu ganz anderen Behandlungsmethoden kommen kann, als bei einer benachbarten. Wie ist das zu erklären? Das ist doch völlig unverständlich. Es gibt Dutzende solcher Fälle. Und ich kritisiere auch, dass beispielsweise bei vielen medizinischen Diensten und Gutachtern eine sehr eigenwillige Auslegung dessen, was Schulmedizin ist, vorhanden ist. Das ist nicht zu akzeptieren.

Wenn es darauf ankommt, zu einem neuen Gesundheitsverständnis zu kommen, dann wollen wir das System daran messen, ob es offen ist für neue Methoden und Ansätze, und dass es nicht jedem, der etwas Neues versucht, sofort Steine in den Weg legt. Das geht nicht. Und das ist die Form von Innovation, die wir wollen, auch wenn es noch Forschungs- und Wissenslücken gibt. Es muss aber Offenheit herrschen. Und die Offenheit herrscht heute nicht.

Prof. Raymond Singer, Ph. D. Pa., Santa Fee, USA



Die Neurotoxizität alltagsüblicher chemischer Substanzen

(Übersetzung aus dem Englischen)

1. Einleitung

Sehr geehrte Mitglieder des Bundestages und der Sozialdemokratischen Partei, sehr geehrte Doktoren und Wissenschaftler, liebe Freunde: Ich bin Dr. Raymond Singer. Es ist eine große Ehre für mich, anlässlich dieser historischen Zusammenkunft hier vor Ihnen sprechen zu dürfen. Mein Fachgebiet ist die Neurotoxizität, die sich mit der Beschreibung der schädlichen Auswirkungen toxischer Substanzen auf das menschliche Nervensystem beschäftigt. Ich befasse mich seit mehr als zwanzig Jahren – d.h. seit Beginn meiner Ausbildung an der medizinischen Fakultät der Mount Sinai Universität in New York – mit Erkrankungen des Menschen durch neurotoxische Substanzen. Seit mehr als fünfzehn Jahren bin ich als Sachverständiger in Rechtssteitigkeiten im Zusammenhang mit toxischen Chemikalien tätig und habe bereits vor zahlreichen Bundesgerichten und einzelstaatlichen Gerichten ausgesagt.

Ich bin aus den Vereinigten Staaten von Amerika angereist, um hier und heute über die weltweite epidemieartige Zunahme von Erkrankungen durch neurotoxische chemische Substanzen zu referieren, die wir zur Zeit leider erleben. Bei einer plötzlichen Exposition gegenüber einer neurotoxischen chemischen Substanz in hoher Konzentration und bei Kenntnis des neurotoxischen Potentials der betreffenden Substanz ist der Zusammenhang zwischen Belastung und Erkrankung möglicherweise offensichtlich. Bei chronischer, langfristiger, geringgradiger Exposition gegenüber multiplen neurotoxischen Substanzen in der Umwelt kann es hingegen zu heimtückischen Wirkungen kommen, die schwer nachzuweisen und zu diagnostizieren sind.

2. Kurzdarstellung

Erlauben Sie mir, Ihnen einen typischen Patienten mit Gesundheitsstörungen durch neurotoxische Substanzen zu beschreiben: Es handelt sich um einen Mann mittleren Alters aus dem Mittelstand, der mit Energie und Dynamik einen KFZ-Betrieb geleitet hat. Er hat sich von einem ungebildeten Arbeiter vom Land zu einem sehr erfolgreichen Geschäftsmann hochgearbeitet und lebt mit Frau und Kindern in einer intakten Familie.

Es war ihm nicht bekannt, dass sein Betrieb auf einer Deponie für toxische Abfälle und in unmittelbarer Nachbarschaft zu einer Fabrik aufgebaut worden ist, die neurotoxische Chemikalien wie beispielsweise Holzschutzmittel ausstößt. Nachdem er den Betrieb ein bis zwei Jahre geleitet hat, wurde er unentschlossen, traf erste Fehlentscheidungen im Geschäft, war launisch und zeigte Ermüdungserscheinungen. Es fiel ihm schwer, sich zu erinnern, sich zu konzentrieren, zu planen und seinen Alltagsaktivitäten nachzukommen. Er wich dem Druck im Betrieb und in der Familie immer mehr aus und schloss sich über längere Zeiträume in seinem Zimmer ein. Sein Betrieb, den er einst mit großem Erfolg aufgebaut hat, verzeichnete abnehmende Gewinne. Da er stets ein aktives Sexualleben geführt hatte, beunruhigten ihn seine Erektionsstörungen vielleicht am meisten.

Nach einer Reihe akuter neurologischer Episoden bestand der Verdacht auf Multiple Sklerose. Seine

neurologischen Beschwerden verbesserten sich, als er nicht länger der Belastung ausgesetzt war; er war jedoch aufgrund nachlassender kognitiver Fähigkeiten und Persönlichkeitsveränderungen nicht in der Lage zu arbeiten. Wie zahlreiche andere Patienten mit Gesundheitsstörungen durch neurotoxische Chemikalien ist er aufgrund von Persönlichkeitsstörungen, finanziellen Schwierigkeiten und Mangel an gesellschaftlichem Rückhalt infolge des durch die neurotoxischen Chemikalien bedingten Ausfalls von Hirnfunktionen geschieden.

3. Symptome

- a) Viele neurotoxische Substanzen weisen erstaunlich ähnliche Symptome im Falle einer Dauerbelastung auf. Man kann davon ausgehen, dass zahlreiche Symptome gleichzeitig auftreten; dazu zählen:

I Persönlichkeitsveränderungen

- (1) Reizbarkeit. Verschiedene Erscheinungsformen sind möglich: häufiger Streit mit Freunden, Familienangehörigen und Nachbarn; Auseinandersetzungen mit der Polizei; Strafzettel wegen erhöhter Geschwindigkeit oder Handgreiflichkeiten. Aufgrund der neurotoxischen Wirkungen kommt es zur Abnahme mentaler und emotionaler Fähigkeiten und damit zu einem verminderten Wahrnehmungs-, Erinnerungs- und Leistungsvermögen im Hinblick auf normale kognitive Funktionen. Diese Ausfallerscheinungen frustrieren und verwirren den Patienten, der sich möglicherweise nicht bewusst ist, dass seine mentalen und emotionalen Funktionen nachlassen, wodurch es zu einer Verstärkung der Frustration und der daraus resultierenden Reizbarkeit kommt.
- (2) Sozialer Rückzug. Der Rückzug aus dem sozialen Leben beginnt mit steigender Frustration des Patienten in Zusammenhang mit seinem verminderten funktionalen Fähigkeiten. Er hat möglicherweise das Gefühl, dass er angestarrt oder gemustert wird. Mit Zunahme der neurotoxischen Wirkungen treten Ausfälle bei der Suche nach Wörtern oder Verständnisschwierigkeiten auf.
- (3) Demotivation. Der Patient erscheint depressiv, zeigt verlangsamte psychomotorische Fähigkeiten und ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit. Er wirkt ziellos und verwirrt.

II Mentale Veränderungen

- (1) Vermindertes Erinnerungsvermögen im Hinblick auf erst kurz zurückliegende Ereignisse. Dieses Symptom tritt in Form von Vergesslichkeit, Verwirrung, Geistesabwesenheit, Anfällen und verminderten Reaktionen auf die soziale und physische Umwelt.
- (2) Konzentrationsschwierigkeiten. Es fällt dem Patienten schwer, sich auf eine Sache zu konzentrieren. Seine Gedanken schweifen unter Umständen ab und wirken konfus.
- (3) Verlangsamung geistiger Funktionen. Dieses Symptom kann sich in Form von Mattheit, Verwirrung, Konversationsproblemen, Schwierigkeiten beim Verstehen von Texten oder beim Ausführen von Anweisungen äußern. Diese Anzeichen werden von Laien als brain fog (benebelte Sinne) bezeichnet.
- (4) Lernschwierigkeiten.
- (5) Schwierigkeiten beim Planen und Organisieren. Das Denkvermögen kann gestört sein, wobei es dem Patienten schwer fällt, Zusammenhänge zwischen verschiedenen Gedanken, zugrundeliegenden Gesetzmäßigkeiten und anderen kognitiven Elementen zu begreifen.

III Wirkungen auf das vegetative Nervensystem

- (1) Schlafstörungen. Die Regulierung des Schlafs erfolgt durch Ausschüttung von Neurohormonen, die den Grad des Wachseins steuern. Die Hormonausschüttung folgt gewöhnlich einem

bestimmten Rhythmus in Übereinstimmung mit den hellen und dunklen Tageszeiten. Bei diffusen Störungen der Hirnfunktionen wie sie bei Erkrankungen durch Pestizide auftreten können, ist das Schlafverhalten gestört, und der Patient entwickelt Einschlaf- bzw. Durchschlafprobleme. Diese Störung verursacht oder verstärkt den Zustand chronischer Müdigkeit, der bei Erkrankungen durch neurotoxische Substanzen zu verzeichnen ist.

- (2) Chronische Müdigkeit. Patienten mit Erkrankungen durch neurotoxische Substanzen berichten häufig, dass sie sich ständig müde fühlen. Sie sind nicht in der Lage, sich im gleichen Umfang wie früher zu bewegen, und ihre Fähigkeiten, Gegenstände zu heben und zu tragen, Treppen zu steigen, längere Strecken zu Fuß zurückzulegen oder wach zu bleiben sind vermindert.
- (3) Kopfschmerzen. Diese Beschwerden können als Migräne, Verspannungen oder eine Kombination verschiedener Ursachen diagnostiziert werden.
- (4) Sexualstörungen. Bei männlichen Patienten können Erektionsstörungen auftreten. Bei beiden Geschlechtern ist das Interesse an sexuellen Aktivitäten gewöhnlich herabgesetzt.

IV Störungen des peripheren Nervensystems treten bei Exposition gegenüber einigen Substanzen gewöhnlich in der Anfangsphase der Erkrankung auf und äußern sich in Taubheitsgefühlen in den Händen und Füßen.

V Multiple chemische Sensibilität (multiple chemical sensitivity – MCS)

VI Zwar können alle Symptome einer durch neurotoxischen Substanzen hervorgerufenen Erkrankung ätiologisch anders begründet sein, wenn sie in der beschriebenen Konstellation auftreten, darf die Möglichkeit, dass die Erkrankung durch Exposition gegenüber neurotoxischen Substanzen hervorgerufen wurde, jedoch nicht außer acht gelassen werden und sollte untersucht werden.

4. Warum reagiert das Nervensystem so empfindlich auf toxische chemische Substanzen?

- a) Das Gehirn ist das komplexeste Organ im menschlichen Körper und reagiert daher äußerst sensibel auf geringste Funktionsbeeinträchtigungen. Das Gehirn steuert die am höchsten entwickelten und kompliziertesten Funktionen wie beispielsweise die Sinne (Sehen, Hören, usw.) sowie besonders komplexe Bereiche wie Sozialverhalten, intellektuelle Aktivitäten, Phantasie, Kreativität, usw.
- b) Das Gehirn arbeitet auf der Grundlage chemischer Prozesse. Aus diesem Grund kann es auf zahlreiche Chemikalien empfindlich reagieren, die zu einer Störung der Normalfunktionen führen können.

Wie Sie vermutlich wissen, sind verschiedene Bereiche des Gehirns für verschiedene Funktionen zuständig. Jeder Teil des Gehirns kann jedoch durch Umweltchemikalien geschädigt werden. Daher kann jedes Symptom einer neurologischen oder psychischen Krankheit auf eine neurotoxische Substanz zurückzuführen sein. Erkrankungen durch neurotoxische Substanzen wurden bereits irrtümlich als Multiple Sklerose, periphere Neuropathie, migräneartige Kopfschmerzen, Depression, Psychose, Schizophrenie ect. diagnostiziert.

- c) Ohne weitergehende Untersuchungen können Ärzte eine Fehldiagnose stellen. Ohne eine korrekte Diagnose kann es zu einer ungeeigneten Behandlung und zu weiteren Komplikationen kommen. Leider werden Ärzte gewöhnlich nur unwesentlich im Bereich der Feststellung von Erkrankungen durch neurotoxische Substanzen ausgebildet, und es kommt folglich zu Fehldiagnosen.
- d) Geschädigte oder abgestorbene Gehirnzellen können sich normalerweise nicht selbst erneuern. Daher sind neurotoxisch bedingte Schädigungen des Gehirns gewöhnlich dauerhaft und kumulativ. Da es keine allgemeingültige Routinebehandlung für Erkrankungen neurotoxischer Art gibt, ist Prävention unbedingt erforderlich.

5. Welche Chemikalien haben neurotoxische Wirkungen?

- a) Belastungen am Arbeitsplatz
- I. Mehr als 850 Chemikalien wurden als Substanzen ermittelt, die nachweislich neurologische Verhaltensstörungen verursachen können. Bei der Mehrzahl dieser Chemikalien handelt es sich um Lösungsmittel, Pestizide, Metalle oder Substanzen, durch die normale Sauerstoffaufnahme und -versorgung des Gehirns gehemmt wird – wie beispielsweise Kohlenmonoxid u.a.
 - II. Bei den meisten Industriearbeitern besteht die Möglichkeit, dass sie neurotoxischen Substanzen ausgesetzt sind. In vielen modernen Großfabriken sind die Arbeiter teilweise vor zu starken Belastungen durch die Substanzen geschützt, denen sie normalerweise ausgesetzt sind. Es kann jedoch zu Unfällen und damit zur übermäßigen Exposition kommen. Zudem gibt es selbst in einem modernen Land wie den Vereinigten Staaten viele Fabriken, in denen die Arbeiter zu hohen Belastungen durch neurotoxische Substanzen ausgesetzt sind.
 - III. Büroangestellte können durch Pestizide und schlechte Luftqualität aufgrund von unzureichendem Luftaustausch, Schimmel, Lösungsmitteln in renovierten oder anderen Gebäudeteilen oder kohlefreiem Durchschlagpapier belastet sein.
 - IV. Landarbeiter können einer Belastung durch zu hohe Pestizidmengen ausgesetzt sein. Auf den Feldern in den Vereinigten Staaten arbeiten Wanderarbeiter, Hispano-Amerikaner oder verarmte Menschen ohne Rechte. Diese Menschen, die häufig im gesellschaftlichen Abseits leben, können unter pestizidbedingten Krankheiten leiden, ohne die Möglichkeit auf eine entsprechende Diagnose, Behandlung oder eine gerichtliche Durchsetzung krankheitsbedingter Schadensersatzansprüche zu haben.
- b) Belastungen für Verbraucher
- I. Pestizide sind für die allgemeine Bevölkerung vermutlich die Hauptquelle von Belastungen durch neurotoxische Substanzen. Pestizide kommen in den meisten Nahrungsmitteln, Bürogebäuden und ackerbaulichen Nutzflächen vor.
 - II. Die modernen Insektizide wurden auf der Grundlage von chemischen Kampfstoffen mit dem Ziel der Schädigung des Nervensystems entwickelt. Von allen neurotoxischen Chemikalien sind diese Substanzen am schädlichsten.
 - III. Es kann vorkommen, dass Verbraucher industriell gefertigte Produkte zu Hause verwenden, ohne über sachgemäße Schutzmaßnahmen informiert zu sein. Lösungsmittel sind in vielen Reinigungsmitteln, Farben und anderen Produkten enthalten. Sie haben im allgemeinen je nach Dauer und Ausmaß der Belastung neurotoxische Wirkung.
 - IV. Brennstoffe, die auf kohlenstoffhaltigem Material basieren und verbrannt werden, können eine neurotoxische Gefahr darstellen. Bei der unvollständigen Verbrennung von Benzin oder Heizöl entsteht beispielsweise Kohlenmonoxid, eine neurotoxische Substanz. Kohlenmonoxid ist farb-, geruch- und geschmackslos und kann zu einer Vergiftung führen, die schwer festzustellen und zu diagnostizieren ist. Vielen Ärzten ist nicht bekannt, welche Langzeitfolgen eine akute und eine chronische Kohlenmonoxidvergiftung haben kann.
 - V. Kohlenmonoxid kann von fehlerhaft konstruierten oder unsachgemäß gebauten brennstoffbetriebenen Heizgeräten abgegeben werden. Ich kenne eine Reihe von Familien oder Einzelpersonen, deren Gesundheit und Leben durch Kohlenmonoxidvergiftungen zerstört wurde.
 - VI. Benzin, das an sich schon neurotoxisch wirkt, kann mit weiteren neurotoxischen Substanzen – darunter Blei und Lösungsmittel wie Benzol, Toluol und Xylol – vermischt werden. In den Vereinigten Staaten ist verbleites Benzin zwar verboten, es wurde jedoch die neurotoxische Substanz Methylterbutylether hinzugefügt. Vor einigen Jahren habe ich den US-Kongress darauf aufmerksam gemacht, dass Kraftstoffzusätze auf Alkoholbasis weitaus unbedenklicher als die genannten Zusatzstoffe seien; in einigen Teilen der Vereinigten Staaten werden nunmehr Kraftstoffzusätze auf Alkoholbasis verwendet.
 - VII. Einige medizinische Verfahren sind mit neurotoxischen Risiken verbunden. Bei Quecksilber handelt es sich beispielsweise um eine neurotoxische Substanz, die ein Hauptbestandteil

des silberfarbenen Materials ist, das für Zahnfüllungen verwendet wird. Aus neurotoxischer Sicht wirft dieses Verfahren viele Fragen auf.

- VIII. Formaldehyd, eine weitere neurotoxische Substanz, dient als Klebemittel für Spanplatten, Faserplatten und Sperrholz. In der Textilindustrie wird Formaldehyd bei der Herstellung von knitterfreiem, feuerbeständigem und nicht einlaufendem Gewebe verwendet.
- IX. Das Risiko der Neurotoxizität hängt von verschiedenen Faktoren ab:
- (1) das neurotoxische Potential einer Substanz
 - (2) Expositionsbedingungen
 - a) Dauer
 - b) Intensität
 - c) Tageszeit
 - d) Wetterbedingungen
 - (3) Merkmale der betroffenen Person wie beispielsweise Alter, Geschlecht und aktueller Gesundheitszustand
 - (4) gleichzeitige Belastung durch verschiedene verschreibungspflichtige Medikamente und Umweltchemikalien.
 - (5) Aus diesem Grund kann ein Produkt, das im allgemeinen als unbedenklich eingestuft ist, unter bestimmten äußeren Bedingungen schädliche Auswirkungen auf einige besonders empfindliche Menschen haben.

6. Zwischen multipler chemischer Sensibilität (multiple chemical sensitivity – MCS) und Neurotoxizität besteht ein Zusammenhang.

- a) MCS ist häufig ein Symptom der Neurotoxizität. In beiden Fällen kommt es oft zu fehlerhaften Diagnosen.
- b) Die Wirkungen werden in beiden durch Substanzen verursacht, die unter Umständen durch reine Sinneswahrnehmungen nicht erfaßt werden können.
 - I. Häufig neigt man dazu, die Existenz einer Sache, die man mit dem Auge nicht erkennen kann, in Frage zu stellen. So dauerte es viele Jahre, bis beispielsweise Ärzte glaubten, dass zwischen einigen Krankheiten und Mikroorganismen wie Bakterien und Viren ein Zusammenhang bestehen könnte. Heute sind diese Zusammenhänge anerkannt. In gleicher Weise können kaum sichtbare toxische Chemikalien Dauerschäden verursachen.
 - II. MCS kann mit einer allergischen Reaktion verglichen werden, wobei die betroffene Person mit einer größeren Sensibilität als normal auf teilweise nicht sichtbare Substanzen reagiert.
- c) Sowohl MCS als auch Kopfschmerzen sind Symptome von Neurotoxizität. Wenn ein Patient beim Arzt über Kopfschmerzen klagt, wird ihm im allgemeinen geglaubt. Wenn ein Patient bei seinem Arzt hingegen Kopfschmerzen aufgrund einer geringgradigen Chemikalienbelastung klagt, wird ihm unter Umständen nicht geglaubt. Warum verhält es sich so?
 - I. Es besteht erheblicher gesellschaftlicher Druck, den Berichten über MCS keinen Glauben zu schenken. Diese Diagnose stellt für Industrien, die auf der Grundlage von synthetischen Material arbeiten, eine Bedrohung dar.
MCS ist meines Wissens die einzige Krankheit, die dazu geführt hat, dass sich in den Vereinigten Staaten eine Industrie entwickelt hat, deren Ziel es ist, die Existenz dieser Erkrankung zu widerlegen. Es steht viel Geld zur Verfügung, um Fakten über diese Krankheitsform zu verfälschen.
 - II. Es gibt verschiedene Gründe, warum die Diagnose MCS nicht gestellt wird:
 - (1) An den medizinischen Fakultäten in den Vereinigten Staaten ist der Augenmerk auf mikrobiologische Krankheitsursachen gerichtet. Aus diesem Grund fühlen sich die Ärzte mit entsprechender Ausbildung an einer solchen Universität sicherer, wenn sich ihre

Untersuchungen auf Mikroorganismen und nicht auf Umweltfaktoren als Ursache einer Erkrankung konzentrieren.

- (2) Schwerpunkt der Lehrpläne der medizinischen Fakultäten in den Vereinigten Staaten ist, dass die medikamentöse Behandlung von Erkrankungen durch toxische Chemikalien im allgemeinen unwirksam ist.
- (3) Die Industrie übt Druck auf die Ärzte aus, und es wird von offizieller Seite der Eindruck verbreitet, dass die Diagnose MCS absurd und wissenschaftlich nicht fundiert ist.
- (4) Medizinische Fachkräfte fühlen sich unter Umständen hilflos, weil sie nicht in der Lage sind, den Gesundheitszustand von Patienten mit Chemikaliensensibilität zu verbessern, und behaupten daher vielleicht aus psychologischen Selbstschutz, dass der »Patient selbst schuld ist« und es ihm besser gehen würde, »wenn er es nur versuchen würde«.
- (5) Manche Ärzte in den Vereinigten Staaten diagnostizieren fälschlicherweise eine psychische Störung, wenn sie keine andere Erklärung für eine Erkrankung finden können. Diese Ärzte verfügen möglicherweise jedoch nicht über eine ausreichende Ausbildung auf dem Gebiet der Psychologie oder haben keine genauen Kenntnisse über die allgemeinen Ursachen psychischer Krankheiten. Zudem lassen sie vielleicht aus Mangel an Erfahrung die Möglichkeit außer acht, dass toxische Substanzen die Ursache für die beobachtete psychische oder neuropsychische Störung sein könnten.

III. Bis MCS als mögliche Diagnose wie beispielsweise Allergien akzeptiert wird, besteht die Gefahr, dass die Menschen, die unter MCS leiden, als Hypochonder, Lügner oder psychisch Kranke abgewiesen werden. Folglich verschlimmert sich die Situation einiger Patienten mit MCS oder einer Erkrankung durch neurotoxische Substanzen aufgrund ihrer Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem. Ich kenne viele Menschen sowohl in meinem persönlichen als auch beruflichen Umfeld, die diese Missachtung mit Sicherheit nicht verdient haben.

7. Prävalenz

Für jeden Menschen auf der Erde besteht das Risiko einer signifikanten Gesundheitsstörung infolge neurotoxischer Substanzen. Selbst eine große Entfernung zu industrialisierten Gebieten schützt nicht unbedingt vor gefährlichen chemischen Produkten. So wurden die höchsten PCB-Konzentrationen bei Inuit (Eskimos) auf Baffin Island nahe des nördlichen Polarkreises festgestellt, d.h. Tausende von Kilometern von den Orten entfernt, an denen PCB verwendet wird. Dies ist kein Einzelbeispiel für die weltweite Kontamination durch die ungeordnete Verbreitung neurotoxischer Chemikalien aus den Tropen infolge atmosphärischer Prozesse (Lean, 1996).

8. Beweise für Gesundheitsstörungen durch neurotoxische Substanzen vor Gericht

- a) Überprüfung von Verfahren zur Diagnose der Neurotoxizität

9. Neurotoxikologie und damit verbundene Probleme

- a) Neurotoxikologie und Senilität
 - I. teilweise unbemerkte Wirkungen
 - II. kumulative Wirkungen
 - III. dauerhafte Wirkungen
 - IV. Alzheimer-Krankheit
- b) Neurotoxizität und Gewalt
 - I. Untersuchungen
 - II. Gewaltbereitschaft infolge von Reizbarkeit, Frustration, Hirnschädigungen und emotionalen Kontrollstörungen
- c) Neurotoxizität und das Golfkriegssyndrom

- I. Pestizide
 - (1) Fallbericht
 - (2) Gegen Ende des Golfkrieges von 1991 waren US-amerikanische Divisionen im Frontbereich schätzungsweise 4,8 Tonnen Sarin (ein neurotoxischer gasförmiger Kampfstoff) ausgesetzt (Sloyan, 1996). Die Exposition betraf etwa 15.000 Soldaten, wobei 80.000 Amerikaner über Erkrankungen infolge ihres Einsatzes im Golfkrieg klagten; 700.000 US-Soldaten hatten am Golfkrieg teilgenommen und waren dabei unterschiedlich hohen neurotoxischen Belastungen ausgesetzt. Auf der Grundlage eines vorläufigen Computermodells gibt die CIA an, dass 120.000 Soldaten einer Belastung mit Sarin ausgesetzt waren. Nach Schätzungen der Veterans Administration leiden mehr als 7.000 ehemalige Teilnehmer an der Operation Desert Storm an dem sogenannten Golfkriegssyndrom (Sloyan, 1996a; Sloyan, 1996b). Trotz der verwirrenden Angaben und Schätzungen ist es eindeutig, dass viele Soldaten einer signifikanten Belastung durch neurotoxische Substanzen ausgesetzt gewesen sein könnten.
- II. Aspartam im Natriumkarbonat und Methanol, Formaldehyd
- III. Verbrauchte uranhaltige Geschosse
- IV. Ölbrände

Literaturliste kann beim Autor bezogen werden.

Friedhelm Diel

Institut für Umwelt und Gesundheit (IUG) in Kooperation mit der FH Fulda

Allergiker reagieren empfindlicher auf Stoffe, die bisher nicht als Allergene gelten



Das schwer verständliche Phänomen moderner Allergien

Anfang der 90iger Jahre veröffentlichte MIYAMOTO (1992) die Ergebnisse einer Studie, in der die in Japan häufigen Zedernpollenallergien auf eine durchschnittliche Prävalenz von 9,6% geschätzt wurden. An verkehrsreichen Zedernalleen wurden 13,2%, in verkehrsarmen Gegenden mit wenig Zedernbäumen 1,7%, aber – und das ist das Bemerkenswerte – in verkehrsreichen Regionen mit wenig (!) Zedernbäumen wurde derselbe Wert 9,6% spezifischer Zellenpollinosen gemessen entsprechend dem Durchschnitt in ganz Japan. Hieraus kann geschlossen werden, dass Abgase aus Verbrennungsmotoren spezifische Formen der Allergien erzeugen oder dazu beitragen, dass sie verstärkt auftreten. Das eigentliche Allergen ist gar nicht vorhanden oder in nur geringer Konzentration.

Auf der anderen Seite waren nun auch die »Ost-West-Studien« abgeschlossen mit überraschend anders lautendem Ergebnis. Man kam zu der Erkenntnis, dass der anaphylaktische Typ (Antikörper-IgE-vermittelter Typ I – klinische Klassifizierung nach GELL und COOMBS) häufiger im weniger umweltbelasteten Westen als im stärker belasteten Osten zu verzeichnen war. Es begann eine noch intensivere Diskussion darüber, ob und inwieweit die Umweltbelastungen sowie Schadstoffemissionen eine Ursache für die immer noch steigenden Allergien darstellen ...

Im Folgenden soll am Beispiel von drei sehr unterschiedlichen Stoffen gezeigt werden, wie diese ansonsten Nicht-Allergene auf die allergische Wirkungen Einfluss nehmen können. Das sind das niedermolekulare Formaldehyd, das basische Tetradecapeptid Somatostatin und die weitverbreiteten Insektizide, die Pyrethroide. Da die allergischen Reaktionen eng verknüpft sind mit dem menschlichen Abwehrsystem, soll mit einer kurzen Beschreibung des Immunsystems begonnen werden.

Genotypus – Phänotypus

In seiner preisgekrönten Habilitationsschrift zeigt OPREE (1979) schon frühzeitig, dass in Familien eine Häufigkeitsverteilung für die Bildung des Allergie-typischen IgE's im Verhältnis 0,76:0,22:0,02 (HARDY-WEINBERG-Verteilung) vorliegt. Danach entwickeln in der Bevölkerung genetisch bedingt 22% erhöhte und 2% stark erhöhte IgE-Serumkonzentrationen und damit die entsprechend wahrscheinlichen Risiken für eine Sensibilisierung gegen bestimmte Allergene.

Diese Zahlen werden noch heute sowohl epidemiologisch wie auch experimentell-genetisch in etwa bestätigt. Aufgrund der Verfügbarkeit molekular-biologischer Testverfahren wie PCR für die DNS und RT-PCR für die mRNS-Analytik kennt man heute die Gene, die für die wichtigsten Allergiefaktoren codieren. Die Zunahme der Allergiebetreffenheit ist damit allerdings nicht erklärt. Das gilt sowohl für die Vielfalt wie auch die große Unterschiedlichkeit der Stärke der allergischen Symptome insbesondere im Kindesalter.

Phänotypisch steht am Anfang der allergischen Wirkung die »Immunantwort«. Wobei entscheidend ist, ob der Organismus bereits eine Sensibilisierungsphase durchlaufen konnte und ob dabei ausreichend Antikörper des Typs IgE gegen das angreifende Allergen hergestellt werden konnten. (Vor einigen Jahren wurde ein SPEZIAL 2 »Das Immunsystem« im Spektrum der Wissenschaft – Stuttgart, mehrere Auflagen – herausgegeben. Hier findet man sehr übersichtliche Artikel und Abbildungen, die die Vorgänge verdeutlichen.) Nach Angriff des Antigens/Allergens gibt es ein Zusammenspiel zwischen Antigen/Allergen-präsentierenden Zellen (APC), den T-Lymphozyten (von Thymus) und den IgE-produzierenden durch Botenstoffe (Lymphokinen) stimulierten B-Lymphozyten. Wenn die spezifischen IgE gebildet worden sind, besetzen diese die Oberfläche von Mediatorzellen. Im Blut sind das die zirkulierenden Basophilen, in Schleimhäuten, z.B. der Verdauungs- und Atemwege, sind das Mucosa-Mastzellen (MMC), in Gewebe und Außenhaut sind das reguläre Mastzellen oder Langerhans'sche Zellen. Treffen Allergene nun auf diese sensibilisierten Mediatorzellen und die IgEs erkennen diese, können die Signale zu einer Kaskade intrazellulärer Prozesse führen, die die Ausschüttung (Sekretion) der Mediatoren wie Histamin, Leukotriene u.v.m. zur Folge haben. Die Mediatoren wiederum wirken auf Rezeptoren der Nervenendigungen, Blutgefäße und Muskeln. Die allergischen Symptome nehmen ihren Lauf angefangen bei Rötung, Juckreiz, Nesselfieber, Quincke-Ödem, Heuschnupfen, Kopfschmerzen, Asthmaanfällen bis hin zum tödlich verlaufenden Schock. Wie wir bei dem atopischen Ekzem sehen und beispielsweise auch bei gastrischen Leiden nach Genuß allergener Lebensmittel, sind Allergien sehr eng mit entzündlichen Prozessen (Inflammation) gekoppelt. Hier ist auch die mögliche späte Phase einer allergischen Reaktion zu beachten.

Diagnose

Natürlich kann man heute die IgEs messen und den Sensibilisierungsgrad feststellen. In einer Studie mit Bäckern konnten wir in den 80iger Jahren eine Zunahme der spezifischen Antikörper gegen Hafer und andere Allergene feststellen. Das war zu erklären, da Hafer und andere pflanzliche Rohstoffe den üblichen Weizen/Roggen/Gerste-Backwaren trendgemäß zugemischt wurden. (Vielkornprodukte)

Viel schwieriger ist es bei unspezifischen Belastungen aus der Umwelt, das Allergen oder die wirklich allergene Ursache dingfest zu machen. Wie meistens bei Erkrankungen überlagern sich auch bei Allergien die verschiedensten Wirkebenen: Familiäre Vorbelastung (w.o.a. Heredität) und psycho-soziale Wirkungen modulieren die stofflichen Belastungen (exogen und endogen).

Klassische Allergene sind Proteine (besser: Proteide = globuläre andere chemische Funktionen wie Metalle, Lipide, Glykoside enthaltende Eiweißmoleküle). Diese befinden sich an oder in Parasiten (Askariden, Hausstaubmilben und deren Exkremente), Schimmelpilze (zumeist -Sporen), Pollen, Viren, Lebensmitteln ..., also makromolekulare Eiweißstoffe gegen die man sich sensibilisieren kann, weil das Immunsystem das Allergen wie das Schloß den Schlüssel erkennen kann. Um bei dem Bild zu bleiben: Auch ein Dietrich kann bisweilen das Schloss öffnen. Es gibt auch kleine Stoffe, die wie die Makromoleküle allergene oder pseudoallergene Wirkungen erzeugen können. Das sind die hauptsächlich in der Arbeitsmedizin oder Pharmakologie untersuchten Kontaktallergene. Das ist ein an dieser Stelle nicht weiter ausgeführter anderer Typ der Zell-Zell vermittelten (Typ IV-)Reaktion.

1. Beispiel: Formaldehyd

Formaldehyd ist ein sehr kleines, aber reaktives Molekül und kann zusätzlich zu seiner kontaktallergenen Wirkung Proteine so verändern, dass sie vom Organismus als Fremdkörper erkannt werden und eine Sensibilisierung stattfindet. Formaldehyd wirkt aber auch ab bestimmten Konzentrationen pseudoallergen. Es bringt Mediatorzellen konzentrations-wirkungsabhängig zur Degranulation wie wir bereits vor 20 Jahren mit peritonealen Rattenmastzellen und menschlichen Basophilen nachgewiesen haben. (DIEL et al. 1981)

2. Beispiel: Somatostatin

Somatostatin ist ein ubiquitäres ringförmiges Tetradecapeptid, das reduktiv spaltbar und damit linearisierbar ist. Solche Peptide sind in Schlangen- und Bienengift enthalten. Bei zu Allergien neigenden Menschen (Atopikern) kennt man die überhöhte Reaktion nach einem Schlangenbiß oder Bienenstich. In Versuchen mit Ratten konnten wir dieses Phänomen in der Magenschleimhaut, aber auch mit peritonealen Mastzellen nachweisen. (DIEL/SZABO 1985 a, DIEL/SZABO 1985 b)

Der Grund liegt darin, dass die ansonsten nicht-allergenen Peptide an der sensibilisierten – d.h. mit IgE besetzten Mediatorzelloberfläche die Allergen-Antikörperreaktion simulieren und damit über die Histamin-Ausschüttung die allergische Reaktion auslösen.

3. Beispiel: Pyrethroide

In einer kürzlich veröffentlichten Arbeit in *Allergy* (DIEL et al. 1998) konnten wir in ex vivo-Untersuchungen zeigen, dass atopische Menschen anders auf Pyrethroide reagieren als nicht-atopische, obwohl hier keine besondere Sensibilisierung vorlag. Die Versuche wurden in 3-Tageskulturen mit Blutlymphozyten durchgeführt. Wobei eine Hemmung der Zell-Proliferation (Zellvermehrung) ab Pyrethroid-Konzentrationen von 10^{-6} M nachgewiesen wurde. Ebenfalls zeigten sich erhebliche Effekte auf die Produktion der für das Allergiegesehen bedeutenden Lymphokine (Cytokine), Interleukin-4 (IL-4) und Interferon-gamma (IFN-g).

Im Hauttest (Scratch-Test) konnte ebenfalls gezeigt werden, dass die Pyrethroide, Permethrin und Esbiol, in 4 von 18 Fällen positive Reaktionen bei Atopikern, nicht aber bei Nicht-Atopikern hervorriefen.

Kombinationswirkungen

Da Insektizide wie Pyrethroide zumeist zusammen mit Synergisten wie Piperonylbutoxid (PBO) in Verkehr gebracht werden, testeten wir nun auch diese Kombinationen. Die Ergebnisse sind u.a. in *Inflamm. Res.* (DIEL et al. 1999) veröffentlicht.

Während wir in den Proliferationstests keine auffälligen Unterschiede feststellten, wirken die Kombinationen stärker auf die Lymphokine-Produktion von IL-4 und IFN-g, als es die Schadstoffe alleine oder selektiv tun.

Bei der ex vivo-Untersuchung der Histamin-Freisetzung in Inkubaten der angereicherten Basophilen aus menschlichem Blut konnten geringe aber signifikant erhöhte Werte bei den Atopikern im Vergleich zu den Nicht-Atopikern gezeigt werden. ($p < 0,05$; $n = 6$; Student t) Unterschiede zwischen den einzelnen und kombinierten Agentien waren in diesem Experiment nicht nachweisbar.

Zusammenfassung

1. Gründe für die Zunahme von Allergien werden trotz widersprüchlicher epidemiologischer Untersuchungen auch aus den erhöhten Umweltbelastungen abgeleitet.
2. Während kleinere Stoffe wie Formaldehyd oder kleinere Peptide wie Somatostatin oder Insektizide wie Pyrethroide direkt keine oder nur schwache sensibilisierende Wirkung aufweisen, beeinflussen sie und können die allergische Reaktion auf unterschiedliche Weise verstärken.
3. Zu Allergien neigende Menschen (Atopiker) reagieren grundsätzlich empfindlicher auch auf nichtallergene Stoffe im Vergleich zu Nicht-Allergikern (Nicht-Atopiker).

Literatur

DIEL F et al.: Application of rat mast cell incubates as a possible shorttime test for sensitizing occupational chemicals. *Int. Arch. Occupat. Hlth.* 48 (1981) 369-373

DIEL F et al.: In vitro effects of the pyrethroid S-bioallethrin on lymphocytes and basophils from atopic and non-atopic subjects. *Allergy* 53 (1998) 1052-1059

DIEL F et al.: Pyrethroids and the synergist piperonyl-butoxide (PBO) affect T-cells and basophils. *Inflamm. Res.* (1999) S15-S16

DIEL F and SZABO S a): Dose-dependent effects of linear and cyclic somatostatin of ethanol-induced gastric erosions: the role of mast cells and increased vascular permeability in the rat.

Regulatory Peptides 13 (1985) 235-243

DIEL and SZABO S b): Dose-dependent effects of somatostatin on ethanol-induced erosions in the rat, role of mast cells. *Digestion* 31 (1985) 159-160

MIYAMOTO T: Increased prevalence of pollen allergy in Japan. In GODARD P et al.: *Advances in Allergy and Clinical Immunology*, Panthenon Publ (Casterton Hall UK 1992) 343-347

OPREE W: *Pathogenese atopischer Erkrankungen aus immunologischer Sicht*. Verlag Chemie (Weinheim 1979) 44

Dr. Angela Vogel,

abeKra, Verband arbeits- und berufsbedingt Erkrankter e.V., Altstadt

Wer sagt, die Umwelt habe ihn krank gemacht, der ist verrückt

Der stille Krieg gegen UmweltpatientInnen



Sehr geehrte Damen und Herren,

ich spreche hier für PI.

PI steht für den politischen Arbeitskreis von PatientInneninitiativen im Umweltbereich. Mitglieder sind ganz unterschiedliche Organisationen wie etwa die SHG chronisches Müdigkeitssyndrom – Immundysfunktion – Multichemikaliensyndrom, Düsseldorf, der Bundesverband gegen Elektrosmog, Hohenstein – München, die SHG Chemikalien – und Holzschutzmittelgeschädigter, Würzburg, abeKra, Verband arbeits- und berufsbedingt Erkrankter e.V., Altstadt, AK Gesundheit im BBU, Bonn, und andere.

So unterschiedlich die PI-Organisationen auch strukturiert sind, so facettenreich ihre thematischen Schwerpunkte, es gibt eine gemeinsame Erfahrung. Die meisten unserer Mitglieder sind anscheinend nicht recht bei sich – glaubten wir, was wir in Akten und medizinischen Befundungen lesen.

Wir stoßen auf eine Rhetorik, die besagt: Diese PatientInnen mutmaßen oder behaupten nicht nachweisliche Dinge, verrücken allgemein anerkannte Wahrnehmungskordinaten, verhalten sich unwahr, täuschen sich und andere. Sie selbst sind verrückt; ihre Behauptungen, Haltungen, Sichtweisen und Beschwerden sind Symptome eines Wahnsystems.

Diagnostiziert werden somatoforme bzw. psychosomatische Störungen, vegetative Dystonie, Depressionen, Konversions- und andere Neurosen, Angsterkrankungen, Schizophrenie oder »Histrionie«. Der Begriff wurde aus dem Englischen übertragen und findet sich in keinem deutschen medizinischen Wörterbuch. Hierzulande wird er auch im Sinne reiner Schaustellerei verwendet. Gemeint ist damit die Theatralik der sog. hysterischen Persönlichkeit (selbstredend immer weiblich).

Schizofabriken

Stein des Anstoßes ist hier regelhaft die Frage nach der medizinischen Ursache der Erkrankung. Das kategorische »Nein« bezieht sich im wesentlichen auf den medizinischen, den sozialpolitischen und kulturellen Erkrankungswert, vor allem aber auf die Bedeutung des vom Patienten Vorgetragenen. Die Gesundheitsschäden selbst sind nicht weiter wichtig, sie sind unspezifisch, »subjektiv«, also eine Angelegenheit der Wahrnehmung.

Psychische Erkrankungen sind nun ohne Zweifel ernst zu nehmen, doch: Die solchermaßen diagnostizierten PatientInnen entsprechen nicht dem Bild von Menschen, die psychisch ernsthaft erkrankt sind. Weder finden sich dafür in der Kranken-, noch der Sozialbiographie ernsthafte Hinweise oder Belege, häufig sehr wohl aber für neurotoxische Gesundheitsbelastungen aus der privaten, öffentlichen und

beruflichen Umwelt. Vgl. dazu auch die Studie von Prof. Maschewski, »Sind Maler, Drucker, Ingenieure überempfindlich?« Berlin 1999, die unseren Aktenanalysen weitgehend entspricht. Der Autor hat im Zeitraum vom März 1997 bis Oktober 1998 die Daten von 613 MCS-PatientInnen ausgewertet und kommt u.a. zu dem Schluß: 1) »Berufe mit deutlich erhöhtem MCS-Risiko sind v.a. bestimmte männlich dominierte technische, Handwerks- und Fertigungs-Berufe, wie Drucker, Maler/Lackierer, Raumausstatter, Chemieberufe, Metallverbinder (v.a. Schweißer) und Ingenieure«, und 2) »MCS-Betroffene zeigen keine auffälligen psychosozialen Belastungen, dagegen hohe Arbeitsumwelt-Belastungen, besonders hinsichtlich chemischer Luftbelastung und sonstigem Schadstoff-Kontakt«.

Nimmt man die Diagnosen unter die Lupe, zeigt sich denn auch sehr rasch: Sie erfüllen keines der Kriterien, die die Psychiatrie und ihre Schwesterdisziplin, die Psychologie, mit dem Ziel entwickelt haben, zutreffend diagnostizieren zu können. Wir stoßen auf Selbstreferentialität: Die PatientInnen sind psychisch erkrankt, weil sie Wahnideen erliegen, oder: Sie verfolgen Wahnideen, weil sie psychisch krank sind.

In PatientInnenkreisen kursiert das böse Wort von den Schizophreniefabriken. Dort gehen UmweltpatientInnen mit laufendem Frühverrentungsantrag rein und kommen als Schizophrene wieder raus – sofern sie kein Sterbenswörtchen über mögliche Ursachen verlieren. Die Bestätigung der Frühverrentung ist dann nur noch Formsache. Wir haben Hinweise, dass durch einzelne Bundesländer vielfach beschäftigte Gutachter reisen, die PatientInnen zuvor in kargen Hotelzimmern die dafür nötigen Anweisungen geben.

Ein Kühltechniker aber, der während seiner Arbeit – der Beweislage nach hochwahrscheinlich – Opfer des illegalen Einsatzes von Hydrazin und anderer hochgefährlicher Kühlwasserzusatzstoffe wurde, wird per gutachterlichem Federstrich zum Schizophrenen – gleichsam mit »Sternchen«. Die Logik hier: Wer einem renommierten Universitätsinstitut unterstellt, verbotene Substanzen benutzt zu haben und den Staatsanwalt zwecks Ermittlungen einschaltet, der leidet unter Persönlichkeitsspaltung.

Eine solche Schizophrenie mit Sternchen bedingt keine rentenberechtigende Erwerbsunfähigkeit – sei der Versicherte auch noch so multimorbid. Psychiatrisch-psychopathologische Diagnosen scheinen hier die Rolle eines unterdrückenden Steuerungsinstrumentes zu spielen.

UmweltpatientInnen wird demonstriert, sie sind ausgeliefert. Bevor sie eine beliebige Praxis oder ein Krankenhaus betreten, ist die Kunde über ihren Wahn schon da. Bevor sie auch nur eine Frage stellen können, präsentiert der Doktor die Antwort – und verabreicht schmerzhaft »Nadelstiche«, verbal und zu angeblich diagnostischen Zwecken.

Im Bannstrahl der Rhetorik

Psychiatrische Diagnosen mit Sternchen: Der Titel einer Ärzte-Großveranstaltung im Herzzentrum Münchens im März 1999 lautete »MCS: Fiktion oder Wirklichkeit?« Die wohl meisten Vorträge ließen keinen Zweifel daran, dass UmweltpatientInnen ihrer Fiktion erliegen und neuen Modekrankheiten auf den Leim kriechen- wie in der Medizingeschichte schon so viele vor ihnen.

Dass Schadstoffe und andere humanmedizinisch bedenkliche Belastungen in Umwelt- bzw. in Arbeitsumweltmedien bei der Entstehung »der Fiktion« der PatientInnen eine zentrale Rolle spielen, wurde von fast allen Rednern verworfen. Begründung: Man habe nichts gefunden. Man hatte nur sehr wenige untersucht, glaubte aber offenbar pars pro toto schließen zu können.

Man empfahl den versammelten Ärzten, mit solchen PatientInnen nicht zu diskutieren, sie vielmehr verhaltenstherapeutisch zu kurieren. Sie sollten veränderte Reaktionsschemata mit dem Ziel einüben, nicht etwa Belastungssituationen meiden zu lernen, sondern die Angst davor zu überwinden. Wer nicht flüchtet und fleißig lernt, das notwendige Übel auszuhalten, kriegt Lob für den Erfolg – wie Zucker der Affe.

Der Begriff der »Fiktion« entstammt nicht der eigentlich psychiatrischen Fachterminologie wie etwa der der Halluzination. Der Begriff der Fiktion nähert sich in seinem Bedeutungsgehalt dem Begriff der

»Unvernunft« und dem der »Idiosynkrasie«, das meint so etwas wie individuelle Verschrobenheit. Auch liegen Fiktion und Aberglaube begrifflich nah beieinander.

Diese Art der Psychopathologisierung beinhaltet außermedizinische, sozial-kulturelle Ausmusterungskriterien. Die Grenze zwischen Wahn und Normalität wird neu gezogen. Vernünftig, aufgeklärt und heilungswillig sind nur diejenigen PatientInnen, die ihre Erkrankungen nicht auf Umweltfaktoren zurückführen, sondern als Schicksal nehmen. Das aber heisst: Das Irrationale wird vernünftig, das Vernünftige irrational. UmweltpatientInnen werden auf diese Weise systematisch in die Sprachlosigkeit und ins soziokulturelle Abseits getrieben. Sie werden in die Nähe nicht minder »verrückter« homöopathischer Wirkstoffesoteriker gerückt. Sie werden stigmatisiert, drangsaliert, verlacht und isoliert.

Professoren wie der Mainzer Neurologe und Psychiater, Prof. Nix, verkündete auf dieser und anderen Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte denn auch, Kontakte zwischen UmweltpatientInnen und die Bildung von Selbsthilfegruppen seien therapeutisch kontraproduktiv und möglichst zu unterbinden.

Solche PatientInnen bestätigten sich in ihrem Wahne nur gegenseitig, Selbsthilfegruppen förderten die Therapieresistenz, wiegelten gegen die behandelnden Ärzte auf und veranlassten die PatientInnen, die Ärzte mit unannehmbaren Forderungen zu traktieren – z.B. während einer Untersuchung auf das Beisein einer Begleitperson zu bestehen oder darauf, dass der Arzt und Gutachter seine Kompetenz ausweise.

Die Rhetorik dient also augenscheinlich auch dazu, die Fragen, die Beobachtungen, die Beweisführungen und das bereits erarbeitete Wissen von UmweltpatientInnen zu entwerten. Der erkrankte Personenkreis soll augenscheinlich gehindert werden, sich auszutauschen, Fälle zu vergleichen, weitergehendes toxikologisches Wissen resp. Erkenntnisse über Erkrankungsursachen zu gewinnen und nach Therapien zu suchen. Das ist probat.

Psychische Erkrankungen werden hierzulande in der Regel mit Psychopharmaka behandelt. Der Markt dafür ist millionenschwer. Da macht stutzig, wenn die Veranstaltung »Berufskrankheiten '97« eines BG-Landesverbandes von der Pharmaziefirma SmithKline Beecham gesponsert wird – dem Marktführer bei Antidepressiva. Der Bannstrahl der Rhetorik trifft auch jene Ärzte und Ärztinnen, die sich um ihre PatientInnen ernsthaft sorgen und selbstverständlich mit deren Organisationen in Kontakt treten. Diese Ärzte gelten als befangen.

Das aber zeigt wiederum: Umwelterkrankungen werden nicht als medizinisches, sondern als forensisches Problem und Politikum gesehen. Das kann lebensbedrohliche Formen annehmen. In einem uns jüngst bekannt gewordenen Fall hatte ein einbestellter MCS-Patient seine Arbeitsamtssachbearbeiterin darum gebeten, die Besprechung in einem chemikalien- resp. duftstofffreiem Raum durchzuführen. Als er kam, standen Trockenblumen (immer pestizidbehandelt!) auf dem Tisch und die Behördenfrau hatte sich selbst kräftig einparfumiert. Seine bald sichtbar werdenden Reaktionen beantwortete sie mit seiner Einstufung als schwerbehindert; er müsse nun regelmäßig und in kurzem Zeitabständen bei ihr erscheinen. Als der Mann wieder zu Hause war, brach er bewusstlos zusammen. Der eilig herbeigerufene Notarzt leistete keine ärztliche Hilfe. Er bestand auf einer Einlieferung in die Psychiatrie, andernfalls müsse der Patient den Noteinsatz privat bezahlen. Die von den Angehörigen vorgewiesenen Diagnosen und der umfangreiche Allergiepass beeindruckten den Notarzt wenig. Nach langem Hin und Her erreichten die Angehörigen schließlich, dass der Mann vorher wenigstens zu seinem Allergologen gefahren wurde.

Einschlägig wissenschaftliche Arbeiten dieser Ärzte werden nicht in den sog. peer review – Fachzeitschriften veröffentlicht, die gewonnenen Erkenntnisse unterschlagen – ohne wissenschaftliche Debatte und Kritik. Es reicht hierzulande, wenn darauf verwiesen wird, dieser und jener Arzt besitze nicht die formale Qualifikation, um überhaupt diskussionswürdige Forschungsergebnisse produzieren zu können. Auch die Einlassung genügt, andere Mediziner kämen nicht zu solchen Erkenntnissen und deshalb sei das Präsentierte als unglaubwürdig einzustufen.

Ärzte, die sich davon nicht beirren lassen, werden als Parteigänger der Wahnhaften diffamiert, werden von der Forschungsförderung ferngehalten und vor Gerichte gezerrt.

Was wir hier beobachten, erfüllt die wesentlichsten Merkmale eines gewaltsamen – manchmal auch aktiv gewalttätigen – sozialkulturellen Tabuisierungsprozesses. Er trägt faktisch die Züge eines stillen, unbarmherzigen Krieges gegen UmweltpatientInnen.

Lebendiger Beweis

Jeder Umweltpatient, jede Umweltpatientin ist der lebendige Beweis dafür, dass die Medizin, die Chemie-, die Pharmakologie- und Umweltpolitik versagt haben, schlimmer noch, dass sie dabei sind, unsere Gesellschaft gesundheits- und sozialpolitisch über den Rand hinaus zu treiben.

Alle UmweltpatientInnen widerlegen die wichtigsten bis heute geltenden Dogmen der Arbeitsmedizin und Toxikologie, widerlegen durch ihre Existenz die Tauglichkeit der bislang erarbeiteten und geplanten Regelwerke. Sie sind der lebendige Beweis dafür, dass alle Argumente richtig waren, die in den letzten 20 Jahren gegen die Grenzwerte und das System der Grenzwertfestlegungen vorgebracht wurden.

Auch das mag die nahezu stiernackig-verhärtete Wut der herrschenden Toxikologen, der herrschenden Arbeitsmediziner und jener erklären, die es nicht besser gelernt haben und augenscheinlich nicht eigenständig zu denken vermögen. Die Wendung »nicht eigenständig zu denken« mögen Sie für polemisch halten, doch steckt dahinter ein bedrückender Befund.

Die Blockaden, Verengungen, Hierarchisierungen im Medizinsystem, die Abhängigkeiten und Beschaffungsseilschaften sind inzwischen derart beschaffen, dass sie drohen, ins absolut Kontraproduktive umzuschlagen. Sie schrauben den sozial-medizinischen Fortschritt zurück und sind zutiefst antidemokratisch.

Die Dosis macht, dass ein Ding kein Gift sei, sagte vor mehr als fünfhundert Jahren Paracelsus. Man mag es nicht glauben. Das ist heute, fünfhundert Jahre später, noch immer das Credo insbesondere der deutschen Arbeitsmedizin, Toxikologie/Pharmakologie und ihres in der Retorte gezeugten Sprösslings, der Umweltmedizin.

Die Begrifflichkeit »Dosierung« suggeriert, man dosiere gezielt und wisse auch, was da so wohl dosiert verabreicht werde – ganz so, als sei die ganze Welt nichts anderes als die kleine überschaubare Apothekerstube des Paracelsus mit ihrem putzigen Sammelsurium aus Töpfchen, Gläschen und Schmutzgefäßchen.

Die Lehre des Paracelsus benutzt man freilich nach Belieben, was sich spätestens beim Thema »Mehrfachbelastung« deutlich zeigt. Hier weigern sich die opinion leader hartnäckig, wenigstens eins und eins und eins zusammenzuzählen, denn, so sagen sie, wer kann schon wissen, ob aus drei gleichzeitig einwirkenden Substanzen auch wirklich eine toxische Dreifachwirkung resultiert – und nicht etwa eine toxische Nullwirkung durch 1) Substraktion, 2) Gewöhnungsleistung und 3) die Evolutionsfähigkeit des starken deutschen Stamms? Der hat schließlich schon zwei Weltkriege überlebt, und das ist beileibe nicht alles.

Von den Folgen einer verfehlten Chemie-, Sozial- und Gesundheitspolitik

An dieser Stelle möchte ich Ihnen einige kleine Meldungen aus der Tagespresse der letzten Zeit präsentieren.

- Mysteriöse Todesfälle in Musikhochschule. Häufige Krebserkrankungen am Mozarteum in Salzburg. Es wurde ein ganzer Giftcocktail, darunter PCB's und Phthalate (Weichmacher) in erheblichen Konzentrationen gefunden. Bereits seit 1990 klagten Lehrende und Studierende über Kopfschmerzen und Allergien.
- Ostdeutschland: Heuschnupfen bei nach 1990 geborenen Kindern nun so häufig wie im Westen.
- Giftiger Regen: Ausgebrachte Pestizide (Insektizide/Herbizide) befinden sich auch in der Luft und lösen sich im niedergehenden Regen. Schweizer Forscher fanden erschreckend hohe Konzentrationen.

- Parkinson durch Pestizide bei Menschen mit enzymatisch gestörtem Entgiftungsstoffwechsel
- Ständiger Lärm beschleunigt die Alterung des Herzens. 80% der Deutschen fühlen sich durch Verkehrslärm gestört.

Dieser Tage beunruhigt uns nicht nur der europäische Dioxinskandal. Aufregung verursachen auch Ermittlungen der Staatsanwaltschaft in Rottweil gegen die Firma Service Master, die amerikanische Lizenzen an über 40 deutsche Reinigungsfirmen verhöckerte – vorbei an deutschen Genehmigungsbehörden. Nach Erkenntnissen der Fahnder, so die BILD-Zeitung, enthielten diese Reinigungsmittel Flußsäure, Permethrin, Toluol und Trichlorethan. Wieviele Menschen diese Reinigungsmittel verwendet haben und erkrankt sind, ist unbekannt. Es soll sich um 10.000-de von Reinigungskräften handeln. Erwiesen aber ist: Der abgefackelte und dioxin-versifft Düsseldorfer Flughafen wurde damit »gereinigt«.

Illegale Märkte für verbotene, ungenehmigte oder gepantschte Industriechemikalien kann man auch in Kleinanzeigen der Tagespresse entdecken. Da werden »Restposten« angeboten. Und ein Landrat, der wundert sich, warum die Erkrankungsrate in seinem Amte steigt und steigt. Er weiß nicht, dass sein Amt mit »Restposten« gereinigt wird.

Entsorgung von Bauschutt, Erdaushub und anderen wohlfeilen Wirtschaftsgütern, auch das ist so ein Un-Thema, um das sich (fast) kein regionales Presseorgan mehr zu kümmern wagt. Wer im übrigen mal versucht hat, das Innenleben von Zementwerken zu erkunden, weiss, die sind scharf bewacht – und im Umkreis mehrerer Quadratkilometer findet sich kein lebendes Kaninchen, keine lebende Ratte mehr.

Und wer Monat für Monat z.B. eine Zeitschrift wie ÖKO-TEST studiert, der hat alle Illusionen verloren: Es hilft nicht, Herstellern von Textilien, Kosmetika, Babywindeln, essbar erscheinenden Lebensmitteln, alltäglichen Gebrauchs- und Wohngegenständen auf die Schliche zu kommen. Nach dem Ritual der ökologischen Reuebekundung ist alsbald alles wieder beim Alten. Die Produkte sind chemisch »versifft« wie eh und je – nur jetzt eben mit neuen Inhaltsstoffen.

Das sind einige wenige Schlaglichter. Sie aber zeigen, Hersteller und Vermarkter nutzen alle Chancen, die sich bieten. Europäische Regelwerke – wie etwa die EU-Altstoffverordnung – liegen auf Eis oder werden nicht bzw. noch mal verwässert in bundesdeutsches Recht umgesetzt, trotz massiver Strafan drohung aus Brüssel. Und das ist nur ein Beispiel für die Blockadepolitik – selbst gegenüber den unzulänglichsten Regelwerken. Sie sah vor, das Gesundheitsrisiko von mehr als 100.000 industriell genutzten chemischen Substanzen zu erforschen. 2.500 von ihnen hat man zunächst auf die Prioritätenliste gesetzt, die Zahl dann auf 110 eingedampft. Für lächerliche 20 dieser Stoffe sind derzeit die fachlich-technischen Prüfungen abgeschlossen. Die politische Risikobewertung dieser 20 Alt-Stoffe aber wurde überhaupt noch nicht begonnen.

Sicherlich gab es auch Fortschritte im Umwelt- und Arbeitsumweltschutzrecht. In Anbetracht der zu lösenden Probleme aber waren sie nur der berühmte Tropfen im (inzwischen sauren) Ozean – heute (Pazifik!) sanft bedeckt von einer trüb-schillernden Luftschadstoffschicht. Die Zerstörung unserer Lebensgrundlagen wurde nicht aufgehalten, im Gegenteil, sie wurde stetig vorangetrieben.

Nach wie vor dürfen neue Produkte und Technologien ohne eine gründlichere Gefährdungsprüfung auf den Markt. Für flächendeckende Technologien wie die Mikroelektronik – Stichwort Elektromog – beginnen sich gesellschaftsweit bereits schlimme Gesundheitsschäden abzuzeichnen, begleitet von tumbem MedizinerInnengelächter. – MedizinerInnen wissen vom Strom anscheinend nur, dass er aus der Steckdose kommt und Aktien der Stromer Gelddruckautomaten sind. Dass aber ihre Metallbettgestelle in ihren Krankenhäusern etwas mit den sichtbaren Reaktionen ihrer PatientInnen zusammenhängen könnten – das ist für sie nichts als Quatsch mit Rutengängersöße.

Große Sorge bereitet uns auch die Nanopulvertechnologie. Nanopulver sind so fein, dass sie mutmaßlich hautgänglich sind und nicht nur über die Atemwege in die tieferen Lungen und sonstwohin gelangen können. Toxikologisch-arbeitsmedizinische Forschung über Nanopulver? – Fehlanzeige. Trotzdem wird diese Technologie derzeit in großem Maßstab eingeführt.

Gesundheitsschädigend sind freilich nicht nur medizinisch-toxikologisch nicht oder ungenügend

erforschte Substanzen, die industriell im größerem Maßstab eingesetzt werden oder die dabei entstehen. Das sind heute schätzungsweise mehr als eine Million chemischer Substanzen und Verbindungen.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es etwas mehr als 5.000 Substanzen bzw. Substanzgruppen, deren schädigende Wirkungen hinlänglich bekannt sind. Die meisten von ihnen werden mit mehr als 10.000 t jährlich eingesetzt, auch die Krebszeuger. Hersteller und industrielle Anwender sind der Auffassung, darauf nicht verzichten zu können.

Wir sind im übrigen Erben unserer industriellen Vergangenheit, die uns in Form sogenannter Altlasten – bzw. Altlasten von Altlasten – gnadenlos eingeholt hat – uns, nicht erst unsere Kinder und Kindeskinde. Oder anders ausgedrückt: CKW diffundieren aus der Grube direkt in die gute Stube. Vorteil hier, sarkastisch angemerkt: Das riecht nicht nach Leiche, sondern narkotisiert angenehm.

Die in der Vergangenheit erzeugten genetischen Veränderungen, die heute gedankenlos als genetische Entgiftungsstoffwechseldefizite oder individuelle Empfindlichkeitsprädisposition bezeichnet werden, seien hier nur am Rande erwähnt. Nach neuesten, bislang unbestätigten Informationen soll davon derzeit schon jede/r zweite Bundesbürger/in betroffen sein. Träfe dies zu, ist in naher Zukunft eine nahezu exponentielle Zunahme umweltbedingter Erkrankungen zu erwarten – und der ganz große Markt für die Versprechen gensomatischer Therapien. Sinn und Zweck des stillen Krieges gegen UmweltpatientInnen lässt sich in diesem Zusammenhang sehr gut erkennen.

Fehldiagnosen: doppelt und dreifach so teuer

Was aber bedeutet das nun für das Gesundheitssystem, um dessen Neuordnung derzeit so heftig gekämpft wird? Und, ebenso wichtig, können UmweltpatientInnen Hilfe von der Politik erwarten?

Die menschlich geschaffenen, humantoxischen Belastungseinträge und deren Folgen bedingen nicht nur viel Leid und Schmerzen. Sie sind längst auch ein Kostenfaktor allerersten Ranges geworden – in vielerlei Hinsicht. Ich will an dieser Stelle nur die Kosten für die massenhaft gestellten Fehldiagnosen von Ärzten herausgreifen.

Hier schlägt besonders fatal zu Buche, dass 1) die Ursachen nicht beseitigt bzw. gemieden werden können und 2) die PatientInnen falsch therapiert werden. Beides führt in der Regel zur Verschlimmerung und Chronifizierung der Erkrankung. Der Patient oder die Patientin werden zu Dauertherapiefällen, begünstigt dadurch, dass man sie mit Psychopharmaka und anderen Medikamenten vollstopft, die sie nicht (mehr) entgiften können.

Paradox hier: Laboranalytisch betriebene Ursachenaufklärung und antioxidative Therapien müssen die PatientInnen zusätzlich bezahlen. Das aber können sich immer weniger der Erkrankten finanziell leisten. Die Folgen liegen auf der Hand. Die Ursachen gelten als »unbewiesen«. Die heute noch vielversprechensten Therapien unterbleiben. Für das Gesundheitswesen aber bedeutet das: Was die eine Hand doppelt und dreifach ausgibt, muss die andere einsparen.

Das alles entbehrt jeglicher Vernunft und ist in sich widersinnig – es sei denn, maßgebliche politische Kreise planen in aller Stille, die UmweltpatientInnen Schritt für Schritt aus der Solidargemeinschaft der Versicherten auszustoßen und sie zukünftig, medizinisch unversorgt, gänzlich ihrem »Schicksal« zu überlassen. Die Blaupause dafür findet sich ja bereits in der deutschen Geschichte.

Die Gesundheitsreform – Fußtritt für UmweltpatientInnen

Klopft man nun den Referentenwurf der Bundesregierung auf diese Problematik hin ab, zeigt sich rasch, an UmweltpatientInnen wurde auch im Bundesgesundheitsministerium nicht gedacht. Das mag seine Gründe haben darin, dass in der GKV die Erkrankungsursache richtigerweise keine Rolle zu spielen hat. Erstaunlich ist jedoch, dass die diagnostisch und therapeutisch relevante Erkrankungsätiologie gleich mit unter die ministerialen Tische fiel.

Zwar wird in der Präambel betont, PatientInnen sollten mehr Rechte erhalten und stärker aktiv mitgestalten können, doch enthält der Entwurf selbst wenig Einschlägiges.

Problematisch dürfte die Kompetenzerweiterung der medizinischen Dienste sein. Gerade sie haben in den vergangenen Jahren an der Psychopathologisierung von UmweltpatientInnen eifrigst mitgewirkt und sehr selten medizinische Kompetenz gezeigt. Rechte der PatientInnen gegenüber den Medizinischen Diensten und gegenüber den Krankenkassen sind im Entwurf bezeichnenderweise nicht vermerkt. Sollte er in Kraft treten, bliebe Deutschland im Vergleich mit seinen europäischen Nachbarn in Sachen PatientInnenschutzrechten weiterhin »Entwicklungsland« – wie es die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände (AGV) so treffend formulierte.

Die Unterstützung von PatientInnen seitens der Krankenkassen in Arzthaftungsprozessen ist zwar ein Hoffnungsschimmer, doch fehlen hier wirksam abstützende Strukturen.

Selbsthilfegruppen sollen ein Krankenkassenscherflein für ihre gesellschaftlich nützliche Arbeit erhalten, doch kann das keinen Ersatz für gesetzlich verbriefte PatientInnenrechte bieten. Im § 20 Abs 4 des Entwurfs stecken übrigens die bösen Teufelchen im Detail. Gefördert sollen nur diejenigen werden, »die sich der Prävention oder der Rehabilitation« von aufgelisteten Erkrankungsbildern widmen; bei der Erstellung eines entsprechenden Verzeichnisses sind »Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen« ebenso zu beteiligen wie an der Erarbeitung »der Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe«

Fraglich dürfte sein, wie viele Selbsthilfegruppen sie überleben und ob sie dann noch etwas anderes sind als Hilfsorgane der Krankenkassen – möglicherweise auch der gesetzlichen Unfallversicherung.

- Was wir brauchen ...
- Ich meine, wir brauchen qualitativ und gesellschaftspolitisch mehr:
- Wir brauchen eine Chemie- und Technologiepolitik, die ausnahmslos dem Gebot des Grundgesetzes »Eigentum verpflichtet. Sein Gebrauch soll zugleich dem Wohle der Allgemeinheit dienen« in Art. 14 (2) verpflichtet ist.
- Wir brauchen eine wirksame Verknüpfung von Umwelt-, Chemikalien-, Arbeits- und Gesundheitspolitik – in diesem Sinne.
- Wir brauchen absolut reduzierte Belastungseinträge und das Ende der herrschenden (gesellschaftlich schon heute nicht mehr bezahlbaren) »Risikophilosophie«, in die selbst massivste Gesundheitsschäden der Bevölkerung zynisch einkalkuliert sind – nach dem Statistikmodell: 1 Krebstoter auf 10.000 oder 100.000 Menschen ist zulässig und hinzunehmen.
- Wir brauchen Umweltinformationseinsichtsrechte (Krankenhäuser!) und das Verbandsklagerecht für UmweltpatientInnenvereinigungen.
- Wir brauchen eine jährliche, öffentlich zugängliche Chemieberaterstattung der Firmen in den Kommunen – das gibt es in den USA schon lange. Sie wäre zu ergänzen durch die Erhebung und Bekanntgabe weiterer Belastungsdaten (wie u.a. Lärm und Elektromog) und einklagbare Sanktionsmöglichkeiten bei Rechtsverletzung.
- Wir brauchen ein neues Umweltschadensersatzrecht in Anlehnung an amerikanisches Recht, ggf. ist ein Entschädigungsfond für Chemikaliengeschädigte einzurichten.
- Wir brauchen eine breite Forschungsförderung der Umweltmedizin (Ätiologie, Diagnostik und Therapie), die diesen Namen auch verdient – unter Beteiligung der UmweltpatientInnenorganisationen.
- Wir brauchen unabhängige, öffentlich finanzierte Anlaufstellen für UmweltpatientInnen, in denen die internationale Forschungsliteratur ausgewertet und den PatientInnen zur Verfügung gestellt werden kann.
- Wir brauchen den Solidarversicherungsschutz der GKV auch für umweltmedizinische Therapien. Die IGEL-Liste ist abzuschaffen.

- Wir brauchen ein Netz unabhängiger Ombudsfrauen, Ombudsmänner für Umweltgeschädigte, die u.a. Ansprechpartner für Forschungsprobanden während laufender Forschungsprojekte sind.
- Wir brauchen chemisch belastungsfreie Arztpraxen, Krankenhäuser und REHA-Einrichtungen, sowie einschlägige Regelungen für Elektrosensible.
- Wir brauchen angepasste REHA-Konzepte insbesondere für MCS-Erkrankte und Elektrosensible – auch in Form beeinträchtigungsfreier Arbeitsplätze, die ohne großen Aufwand z.B. in den Privatwohnungen eingerichtet werden können.
- Wir brauchen schließlich und endlich auch eine umweltmedizinische Aus- und Weiterbildung für jeden Hausarzt, jede Hausärztin.

Es reicht nicht aus, HausärztInnen zu Lotsen zu erklären – sie müssen zum Lotsendienst auch befähigt sein. Die Umweltmedizinerausbildung und -weiterbildung darf nicht in die Hände der opinion leader und ihrer Schüler an den Hochschulen gelegt und auch nicht an Krankenhäuser delegiert werden, die keinerlei umweltmedizinisch-klinische Erfahrungen haben. Hierzu ist wichtig zu wissen: Ende der 80er Jahre ergänzten etliche arbeitsmedizinische Hochschulinstitute ihre Institutsbezeichnung um das kleine Wörtchen »und Umweltmedizin«.

Die Arbeitsmedizin sprang damit auf den schon fahrenden Zug auf und – dirigierte ihn um. Für umwelt- und arbeitsumweltbedingte Gesundheitsschäden, die zuvor angeblich zu 90% auf das Konto von Alkoholkonsum und Tabakrauch gegangen waren, zeichnete gutachterlich und in Kleinstudien plötzlich immer häufiger die Psyche verantwortlich. – Eine Psyche überhaupt zu haben, wurde bald zum gesundheitlichen Risikofaktor allerersten Ranges.

Don't worry, be happy – das dürfte das einzige sein, was angehende Umweltmediziner in diesen Einrichtungen zu lernen haben werden.

Wir aber brauchen etwas ganz anders. Wir brauchen ein Ende des stillen Krieges gegen Umweltpatienten und – Patientinnen.

Anmerkung:

IGEL-Liste: Liste der Individuellen Gesundheitsleistungen, die nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten sind und von den PatientInnen privat bezahlt werden müssen. Darunter fallen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nicht anerkennt (NUB-Richtlinien), Leistungen, die nicht im Sachleistungskatalog der GKV stehen, ergänzende/alternative Therapien und vom Patienten gewünschte Leistungen, die als nicht notwendig im Sinne des Gesetzes (§ 12 SGB V) gelten.

Nicholas A. Ashford, PhD., J.D.,

Professor für Technologie und Politik am Massachusetts Institute of Technology

Claudia S. Miller, M.D., M.S.,

Assistentin im Fachbereich Umwelt und Arbeitsmedizin am Zentrum für Gesundheitswissenschaften der Universität von Texas, San Antonio

Die sozialen und politischen Implikationen geringfügiger Chemikalienexpositionen

(Übersetzung aus dem Englischen)



Das Problem

Es mehren sich Hinweise darauf, dass Expositionen gegenüber Chemikalien in Dosisbereichen, die bislang als unbedenklich galten (beziehungsweise ein vernachlässigbares Risiko bargen), für den menschlichen Organismus schädlich sein können. Solche sogenannten geringfügigen Expositionen (low-level exposures) werden mittlerweile mit ausgesprochen nachteiligen biologischen Wirkungen, wie Hormonstörungen (1), Chemikalienempfindlichkeit (2) und Krebs (3), in Verbindung gebracht.

Im 16. Jahrhundert stellte Paracelsus fest, dass die Dosis das Gift macht. Die zutreffendere und modernere Version würde vielleicht lauten, dass der Wirt plus die Dosis das Gift ausmachen. Eine vorbestehende Empfänglichkeit des Wirts, sei sie nun angeboren oder durch die Umwelt induziert, gefolgt von weiteren Expositionen, die im Laufe eines Lebens hinzukommen, können zu irreversiblen Schädigungen führen. In diesem Zusammenhang verdient der menschliche Organismus in seinem verletzlichsten Entwicklungsstadium, das heißt im Mutterleib oder als Säugling, unsere besondere Aufmerksamkeit, zum einen, weil dies sein ureigenstes Recht ist, zum anderen, weil er uns wertvolle Hinweise liefern kann.

Wissenschaftliche Forschungsbemühungen, die sich in jüngerer Zeit des Problems der geringfügigen Chemikalienexposition angenommen haben, zeigen sehr deutlich, dass wir (1) unsere Denkweise im Zusammenhang mit Chemikalien und Gesundheit ändern müssen, auch, was den Sinn und Zweck quantitativer Risikobeurteilungen anbelangt, und (2) zu anderen Lösungen finden müssen, um chemikalien-induzierte Schädigungen zu verhindern und entsprechende gesetzliche Handhaben zu entwickeln.

Chemikalien und Gesundheit

In seinem Grundlagenwerk über die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen (The Structure of Scientific Revolutions) beschrieb Thomas Kuhn den Entstehungsprozess wissenschaftlicher Erkenntnisse (4). Kuhns allgemein gehaltene Theorien habe ich aufgegriffen und auf den speziellen Fall der Entstehung von Krankheitstheorien übertragen (Anhang Redebeitrag).

Neue Theorien entstehen immer erst nach zahlreichen Schwierigkeiten. Wir stehen heute erst am Anfang mit der Erkenntnis, dass es Verbindungen gibt zwischen Chemikalien und einer ganzen Reihe neuartiger Probleme im öffentlichen Gesundheitswesen, die an den Glaubenssätzen der traditionellen

Toxikologie und Medizin rütteln. In diesen Zusammenhang sind embryonale Missbildungen (und andere Schädigungen) zu nennen, die die Folge des Einwirkens entwicklungsschädigender Giftstoffe sind, ebenso Autoimmun-Krankheiten wie Lupus, Sklerodermie und das Sjögren-Syndrom, bestimmte chronische Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, wie die in den letzten Jahrzehnten immer häufiger auftretenden Fälle von Konzentrationsschwäche und Hyperaktivität (attention deficit hyperactivity disorder, ADHD), Depressionen und Asthma, Chemikalienempfindlichkeiten, einschließlich deren Überschneidungen mit dem »Sick Building Syndrome«, den bislang noch ungeklärten Erkrankungen von Golfkriegsveteranen, das chronische Ermüdungssyndrom (»Chronic Fatigue Syndrome«), Fibromyalgien und toxische Enzephalopathien und nicht zuletzt neue Verbindungen zu Krebs, einschließlich der Krebsentwicklung im Kindesalter.

Diese neuartigen Probleme, vor die das Gesundheitswesen gestellt wird, tragen sechs Merkmale, die ihnen allen gemeinsam sind und die uns deutlich machen, dass wir den Begriff Krankheit neu formulieren müssen:

- (1) Die Art der Erkrankung stellt eine Abkehr von zahlreichen klassischen Krankheiten wie Tuberkulose oder Herzerkrankungen dar; es werden nicht mehr spezifische Organe angegriffen, sondern vielmehr die Übertragungssysteme oder Netzwerke des Körpers, zu denen das Hormonsystem, das Immunsystem und das Nervensystem gehören.
- (2) Keine einzelnen Krankheitsursachen. In all diesen Fällen konnte jeweils keine einzelne Krankheitsursache verantwortlich gemacht werden. Darüber hinaus gibt es vielfach keine eindeutigen Biomarker, weder für die Exposition noch für die Erkrankung. Infolgedessen ist die klassische Epidemiologie nicht mehr ohne weiteres in der Lage festzustellen, welche Untergruppen spezifische Empfänglichkeiten oder Empfindlichkeiten aufweisen.
- (3) Mehrstufige Entwicklungsprozesse. Die Erkrankung wird erst nach zwei oder mehreren Stadien beziehungsweise Ereignissen manifest. Die Entwicklung einiger Krebsarten zum Beispiel (wobei Krebs natürlich keine einzelne Erkrankung ist) kann über eine anfängliche Initiierung erfolgen – eine Mutation, die das genetische Material der Zelle verändert – gefolgt von der Promotion der Krebszellenentwicklung bis zum erkennbaren Tumor. In beiden Stadien seiner Entwicklung können verschiedene Chemikalien, Strahlungsarten oder Viren eine Rolle spielen. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass auch der durch Giftstoffe induzierte Toleranzverlust (Toxicant-induced Loss of Tolerance, TILT) – eine neue Krankheitstheorie –, welcher zur Chemikalienempfindlichkeit führt, ebenfalls in zwei Stufen abläuft, und zwar (a) in Form einer hochdosierten Erst-Exposition gegenüber bestimmten Chemikalien (oder durch wiederholte geringfügige Expositionen), gefolgt von (b) Symptomen, die bereits durch Expositionen gegenüber Alltagschemikalien ausgelöst werden, und zwar in Dosisbereichen, die bei den meisten Menschen offenbar keinerlei Reaktion hervorrufen (2).
- (4) Zeitspanne und Zeitpunkt. Die Zeitspanne zwischen dem ersten Stadium und den darauffolgenden Stadien der Erkrankung kann so lang sein, dass keine Verbindung mehr zwischen den ursprünglichen Expositionen und der letztlich auftretenden Erkrankung hergestellt wird. Die Latenzperiode einer durch Chemikalien verursachten Krebserkrankung bemisst sich nach Jahren. Auch ein nachweisbares Versagen des reproduktiven Systems in der Folge einer hormonellen Störung kann unter Umständen erst Jahre später festgestellt werden. Darüber hinaus kann der Zeitpunkt der ersten Exposition von entscheidender Bedeutung sein, weil es kritische Phasen im Entwicklungsprozess gibt, in denen Schädigungen besonders leicht auftreten. Wie berichtet, kann eine TILT-bedingte Chemikalienempfindlichkeit erst Monate nach der anfänglichen Exposition manifest werden und es dann über Jahre hinweg bleiben. Der Zeitpunkt der Erst-Exposition scheint wichtig zu sein. Um den Toleranzverlust auszulösen, bedarf es nicht immer einer hohen Dosis; auch kleinere, strategisch ansetzende Dosen können einen pathologischen Toleranzverlust zur Folge haben.
- (5) Abkehr von klassischen Erklärungsmodellen. Die klassischen Ansätze und Modelle sowohl der Toxikologie als auch der Epidemiologie, bei denen von der Voraussetzung ausgegangen wird, dass einzelne Agenzien auf einzelne Organe wirken, erklären diese Krankheiten nicht. Darüber hinaus verläuft die Beziehung zwischen der initiierenden Exposition und deren gesundheitlichen Auswir-

kungen, sprich der Erkrankung (die Dosiswirkung/Reaktions-Kurve), nicht monoton – das heißt das Ausmaß der Erkrankung steigt keineswegs stetig in Abhängigkeit von der Dosis. Dies wurde uns sehr anschaulich vor Augen geführt in der jüngst erschienenen Arbeit von Fred vom Saal über die Auslösung hormoneller Störungen durch Bisphenol A.

Es sieht so aus, dass es sich sowohl bei hormonellen Störungen, beim giftstoffinduzierten Toleranzverlust (TILT) als auch bei einigen Krebsarten um einen Fehler in den funktionellen oder Anpassungsprozessen wichtiger körperlicher Systeme oder Netzwerke handelt, welcher in der Folge von Chemikalienexpositionen auftritt, und zwar in Konzentrationen, die drei- bis sechsmal geringer sind als im Zusammenhang mit klassischen toxischen Wirkungen bei normalen Individuen beobachtet wird. Darüber hinaus kann es sein, dass die Betroffenen mehreren Xenobiotika gleichzeitig ausgesetzt werden, und das jedesmal in Konzentrationen unterhalb des als »sicher« geltenden Schwellenwerts, wie beispielsweise im Innern eines schadstoffbelasteten Gebäudes, dessen Innenraumluft Hunderte flüchtiger organischer Verbindungen enthält.

und

- (6) Unterliegende Krankheitsprozesse. Hormonelle Störungen, TILT und einige Krebsarten können in einer Wechselbeziehung stehen. Hormonstörungen beeinträchtigen die normale Entwicklung und schädigen unter Umständen das Immunsystem, wodurch es zu einer erhöhten Empfänglichkeit gegenüber bestimmten Krebsarten kommt. Darüber hinaus können Hormonstörungen das Nervensystem beeinträchtigen und damit zu einer erhöhten Neigung zur Chemikalienempfindlichkeit führen. TILT stellt sich bei den Betroffenen als ein Toleranzverlust gegenüber Alltagschemikalien, Nahrungsmitteln und Arzneimitteln dar, was bei diesen Personen eine erhöhte Empfänglichkeit gegenüber anderen Krankheiten zur Folge haben kann.

[TILT könnte in der Tat eine neue Krankheitstheorie sein (2).] Analog zur allgemeinen Kategorie der »Infektionskrankheiten«, die ein breites Spektrum an Erkrankungen der verschiedensten Organe umfaßt (Erkrankungen verschiedener Organe, die durch unterschiedliche spezifische Krankheitsmechanismen ausgelöst werden), könnte TILT die Folge verschiedenster Chemikalienexpositionen sein (und als solche, ähnlich einer Infektionskrankheit, verschiedene Organsysteme vermittels unterschiedlicher spezifischer Krankheitsmechanismen schädigen). Bei giftstoffinduziertem Toleranzverlust verlieren Schlüsselsysteme des Körpers offenbar ihre Fähigkeit, sich geringfügigen Chemikalienexpositionen anzupassen. Schließlich schreitet auch ein Krebs dann voran, wenn adaptive homöostatische Wiederherstellungsprozesse und das Immunsystem nicht mehr so funktionieren, wie sie es sollten, obgleich die Ursache für den Verlust der Schutzfunktion noch nicht im Einzelnen erforscht ist.

Ordnungspolitische Maßnahmen

Meiner Meinung nach wird ein systemorientierter Ansatz dem Muster dieser typischen Krankheiten des 21. Jahrhunderts am besten gerecht. Auch bei der Gestaltung entsprechender ordnungspolitischer Maßnahmen bedarf es meiner Ansicht nach eines systemorientierten Ansatzes. In Anbetracht des Fehlens eindeutiger Biomarker und des Zeitraums zwischen initiierender Exposition und manifester Erkrankung ist es technisch, und deshalb in zunehmendem Maße auch politisch problematisch, einen umfassenden Hinweiskatalog zu erarbeiten, der für die Gestaltung von Vorschriften für eine Vielzahl von Chemikalien und industriellen Verfahren oder für Entschädigungsregelungen für Personen, die durch Chemikalien geschädigt wurden, gefordert wird. Aus diesem Grunde müssen wir ernsthaft erwägen, uns am Vorsorgeprinzip zu orientieren, dem Konzept, das von der VN-Konferenz über Umwelt und nachhaltige Entwicklung in Rio de Janeiro verabschiedet und von den USA und einigen europäischen Ländern bereits in ihre geltenden Vorschriftensysteme übernommen wurde. Das heißt, wir müssen präventiv vorgehen, uns in Anbetracht noch bestehender Ungereimtheiten auf der sicheren Seite bewegen. Dazu ist Aufklärungsarbeit in der Öffentlichkeit, in Regierung und Industrie, aber auch politischer Mut und Überzeugungskraft erforderlich.

In den vergangenen 25 Jahren beschränkten sich Wissenschaftler in der Äußerung ihrer Besorgnis über zu erwartende Umweltprobleme und ihre Auswirkungen für das öffentliche Gesundheitswesen

zunächst auf Andeutungen – mitunter war es nur ein Flüstern hinter vorgehaltener Hand –, dass uns Ärger ins Haus stünde. Die Andeutungen reiften schließlich zu der klaren Erkenntnis heran, dass sich unsere schlimmsten Befürchtungen bewahrheitet hatten. An Beispielen hierfür sind die Fälle von Krebserkrankungen infolge Asbest-Belastung zu nennen oder die toxischen Wirkungen von Benzol, Blei und schwer abbaubaren Pestiziden. Dass, von wenigen Ausnahmen abgesehen, den frühen Warnungen keine Beachtung geschenkt wurde und die Prognosen zum Großteil in die richtige Richtung gingen, wenn nicht sogar untertrieben waren, ist furchtbar und erhellend zugleich. In der Rückschau waren unsere Vorsorgemaßnahmen nicht nur gerechtfertigt, wir haben sogar viel zu lange damit gewartet. Die Erkenntnis, dass Chemikalien hormonelle Störungen zur Folge haben können, bietet uns die Gelegenheit, schneller zu handeln, als wir dies in der Vergangenheit getan haben, auch wenn einiger Schaden bereits angerichtet ist. Jetzt einzuschreiten, um die nachfolgende Generation davor zu bewahren, dass immer mehr Menschen, vor allem viele Kinder, in ihrer Entwicklung oder in ihrem Immunsystem geschädigt sind oder Chemikalienunverträglichkeiten aufweisen, ist sowohl möglich als auch notwendig.

Zugegebenermaßen haben wir es hinsichtlich einiger Aspekte der hormonellen Störungen und anderer systemischer Schädigungen noch mit erheblichen Unsicherheiten zu tun. Angeblich sind es diese Unsicherheiten, die Gesetzgeber und Umweltexperten in eine Zwickmühle bringen. Für sie stellt sich in jedem Fall das Risiko, einen Fehler zu machen. Einerseits würden sie einen Fehler machen, wenn sie eine Chemikalie nicht regulieren und diese Chemikalie sich später als schädlich herausstellen würde. Andererseits würden sie einen Fehler machen, wenn sie eine Chemikalie regulieren und damit der Industrie und dem Verbraucher erhebliche Kosten aufbürden und diese Chemikalie sich später als unbedenklich herausstellen würde. Das Vorsorgeprinzip spricht sich für die gesetzliche Regulierung aus, wenn der wissenschaftliche Nachweis zwingend genug ist, auch ohne vollständige Beweislage. Es zieht vor, Fehler Nr. 1 zu vermeiden. Solange noch irgendeine, wenn auch noch so kleine, wissenschaftliche Unsicherheit besteht, wird eine Industrie, der potenziell Gesetzesauflagen drohen, verständlicherweise ein stärkeres Interesse verfolgen, dass es zu Fehler Nr. 2 gar nicht erst kommen kann.

Selbstverständlich müssen die Vorgehensweisen der einschlägigen Interessenvertreter aufeinander abgestimmt werden. Die wichtigsten unter ihnen werden durch solche ordnungspolitischen Maßnahmen vor besondere Herausforderungen gestellt:

Für die Industrie bedeutet diese Denkweise eine neue Art der Unternehmensverantwortung, eine die sich im Einklang befindet mit der Erwartung des Kunden und der Öffentlichkeit, dass sich das Unternehmen am Vorsorgeprinzip orientiert, das heißt, dass es fortwährend auf der Suche nach der weniger schädlichen, nachhaltigeren Technologie ist, um die alte zu ersetzen.

Für den Staat bedeutet es, dass er zu seiner Rolle als Treuhänder der Umwelt, der öffentlichen Gesundheit und der Nachhaltigkeit zurückfinden muss, anstatt die Rolle des Schiedsmanns oder Vermittlers zwischen den Interessengruppen zu spielen. Überdies muss der Staat im Zusammenhang mit Erkrankungen, die in mehreren Stadien verlaufen, für jede Stufe dieser Erkrankungen, das heißt sowohl für Substanzen, die Krebs initiieren, als auch für solche, die das Fortschreiten eines Krebses begünstigen, für Substanzen, die eine Chemikalienempfindlichkeit initiieren, als auch für solche, die sie auslösen, sowohl seine Unterstützung im Forschungsbereich als auch seine Bereitschaft zur Intervention anbieten.

Für die Medien bedeutet es eine erhöhte Bereitschaft, die Wahrheit – das heißt die komplexe Wahrheit – zu verstehen, über sie zu berichten und die Öffentlichkeit darüber aufzuklären – wozu sicherlich mehr erforderlich ist als eine Kurzberichterstattung von sechzig Sekunden Dauer oder eine knappe Zeitungsnotiz.

Für öffentliche Interessenvereinigungen/nichtstaatliche Organisationen bedeutet es die Bildung von Interessengemeinschaften und die Erarbeitung gemeinsamer Agenden unter der Mitwirkung unterschiedlichster Gruppierungen, wie beispielsweise von betroffenen Eltern, deren Kind missgebildet auf die Welt gekommen ist, von Menschen, die sich für schadstofffreie Schulen einsetzen, oder von Verbänden, die sich des Problems der Schadstoffbelastung am Arbeitsplatz annehmen.

Für die internationale Staatengemeinschaft bedeutet es Engagement in der Forschung und in der Erarbeitung internationaler Umweltübereinkommen, wie beispielsweise der Vorschlag des Verbots schwer abbaubarer organischer Schadstoffe (Persistent Organic Pollutants, POP). Es wird darauf ankommen sicherzustellen, dass künftige Übereinkommen im Ergebnis nicht dazu führen, dass Chemikalien, die hormonelle Störungen zur Folge haben, lediglich geächtet werden, um durch andere Chemikalien mit wieder anderen schädigenden Wirkungen ersetzt zu werden, oder um zum Schutz der Öffentlichkeit Arbeiter einer erheblichen Schadstoffbelastung auszusetzen. Die Strategie für Chemikalien, die Hormonstörungen verursachen oder in anderer Weise schädigen, muss, um international Zustimmung zu finden, eine Strategie sein, die sicherstellt, dass weniger entwickelte Länder Zugang zu besseren Technologien erhalten, damit sie den Sprung aus der »Froschperspektive« auf die Ebene einer nachhaltigen Entwicklung schaffen. Dieses ist noch ein Grund mehr dafür zu sorgen, dass Arbeiten im Bereich von Wissenschaft und Technologie mit Maßnahmen der gesetzlichen Regulierung koordiniert werden.

Für den privaten Philantropen schließlich bedeutet es, vermehrte Unterstützung für eine unabhängige Wissenschaft zu leisten, sich in Umweltbelangen zu engagieren und Aufklärungsarbeit in der Öffentlichkeit zu betreiben.

Bibliographie

- (1) Colborn, T., Dumanowski, D, Myers, J. P., »Our Stolen Future«; Dutton Press, New York, 1996, 306 Seiten.
- (2) Ashford, N. A., Miller, C. S., »Chemical Exposures: »Low Levels and High Stakes«; John Wiley Press, New York, 1998, 440 Seiten.
- (3) Davis, D. L, Telang, N. T., Osborne, M. P., Bradlow, H. L., »Medical Hypothesis: Bifunctional Genetic-Hormonal Pathways to Breast Cancer«; Environmental Health Perspectives, 1997, 101 (3), 571-576, April 1997. Siehe auch: National Toxicology Program, »Seventh Annual Report on Carcinogens«; National Institute of Environmental Health Sciences, Research Triangle Park, North Carolina, 1996.
- (4) Kuhn, T., »The Structure of Scientific Revolutions«; University of Chicago Press, Chicago, IL, 3. Ausgabe 1996.
- (5) Hileman, B., »Bisphenol A: Regulatory, Scientific Puzzle«, 1997, Chemical and Engineering News, 37, 24. März 1997. Siehe auch: vom Saal, F., Proceedings of the National Academy of Sciences, 1997, 94, 2056.

Anhang

PHASEN EINER PARADIGMAVERSCHIEBUNG

(nach T. Kuhn)

Abweichungen vom bestehenden Paradigma werden ignoriert.

Die Existenz einer Anomalie wird geleugnet; eine falsche Beobachtung oder ein Prüffehler wird verantwortlich gemacht; die Verfechter des neuen Paradigmas werden verlacht.

Die Anomalie wird anerkannt, aber als »idiopathisch« bezeichnet.

Es wird versucht, die Anomalie anhand des bestehenden Paradigmas zu erklären, manchmal unter Verwendung kleiner Korrekturen.

Alternative Paradigmen werden gesucht, die dem vorgeschlagenen Paradigma widersprechen oder es herabsetzen.

Das Paradigma wird als gültig anerkannt, aber in einem engen Kontext in den Bereich der »Ausnahmen« verwiesen.

Das neue Paradigma wird akzeptiert, weil es einigen Erklärungscharakter hat, aber auch das alte wird beibehalten.

Das alte Paradigma wird angezweifelt; Versuche, das alte Paradigma wieder einzuführen oder zu rehabilitieren, werden verlacht.

Das neue Paradigma wird begeistert aufgenommen.

Von neuem beginnen.

Aus: Ashford & Miller, Chemical Exposures: Low Levels and High Stakes, John Wiley Press, 1998.

Claudia S. Miller, M.D., M.S.,

Assistentin im Fachbereich Umwelt und Arbeitsmedizin am Zentrum für Gesundheitswissenschaften der Universität von Texas, San Antonio

Nachweis für eine neue Theorie der durch chemische Substanzen ausgelösten Krankheiten:

Giftstoffinduzierter Toleranzverlust (TILT)

(Übersetzung aus dem Englischen)

Hintergrund

Würde man hier und heute eine Umfrage durchführen, so wäre vermutlich einer der wenigen Punkte, auf die wir uns einigen könnten, der folgende: Welchen Prozess wir auch immer bei den betreffenden Personen feststellen, dabei ergibt sich weder eine Übereinstimmung mit den gesicherten Mechanismen der Vergiftung noch mit anderen allgemein anerkannten Krankheitsmechanismen: Die Symptome scheinen bereits bei Belastungen mit strukturell verschiedenen Substanzen in Konzentrationen aufzutreten, die unterhalb der gesicherten Grenzwerte für Vergiftungen liegen.

Dr. Ashford und ich haben in einem zehn Jahre zurückliegenden Bericht an das New Jersey State Department of Public Health (Ashford und Miller, 1989) sowohl eine Rezension der Forschungsliteratur als auch eine Umfrage unter Ärzten, Forschern und Patienten zu diesem Problem durchgeführt. Dabei haben wir vier verschiedene demographische Gruppen beschrieben, bei denen dieses Problem

Patientengruppen mit Chemikalienintoleranz		
Gruppe	Art der Belastung	Demographie
Industriearbeiter	Akute und andauernde Belastung mit Industriechemikalien	Hauptsächlich Männer; Fabrikarbeiter; Alter: 20 bis 65
Personen in beengten Räumen	Von Baumaterialien, Büroausstattung bzw. -material abgegebene Substanzen; Tabakrauch; unzureichende Belüftung	Mehr Frauen als Männer; Schreibtisch- und Geistesarbeiter; Alter: 20 bis 65; Schulkinder
Einwohner von verseuchten Gemeinden	Giftmülldeponien, aus der Luft gespritzte Schädlingsbekämpfungsmittel, Grundwasserverseuchung, Luftverschmutzung durch die benachbarte Industrie sowie andere Belastungen für die Gemeinde	Alle Altersgruppen, sowohl Männer als auch Frauen; Kinder und Kleinkinder sind möglicherweise am ehesten bzw. stärksten betroffen; bei Schwangeren kann es zu Fötusschäden kommen; Mittel- bis Unterschicht
Einzelpersonen	Heterogen; Raumluft (zu Hause), Verbrauchererzeugnisse, Medikamente und Schädlingsbekämpfungsmittel	70–80% Frauen; Alter: zu 50% zwischen 30 und 40 (Johnson und Rea, 1989); Hautfarbe: weiß, Mittel- bis Oberklasse und Geistesarbeiter

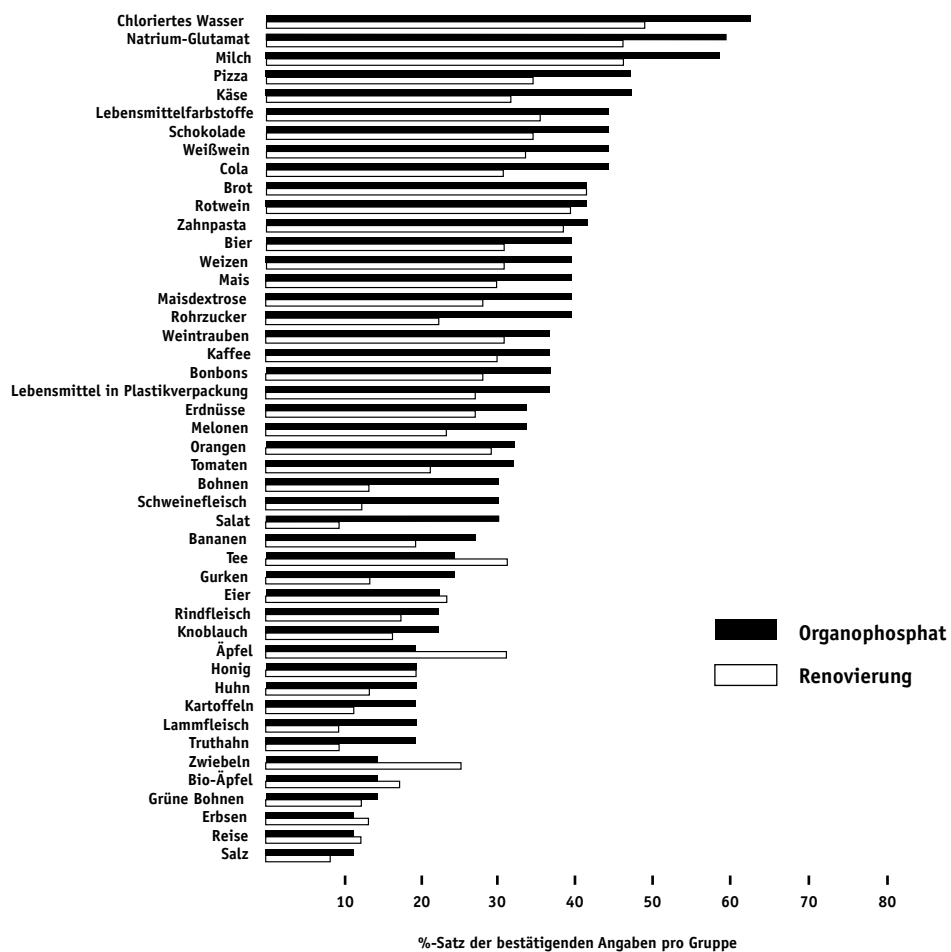
Tab. 1

den eigenen Angaben zufolge aufgetreten war: (1) Industriearbeiter, (2) Personen in belasteten Gebäuden, (3) Einwohner von verseuchten Gemeinden, und (4) Personen, die mit einer ganzen Reihe von raumluftverunreinigenden Substanzen, Drogen bzw. Suchtmitteln und Schädlingsbekämpfungsmitteln in Berührung gekommen waren (Tabelle 1). Obwohl diese vier demographisch verschiedenen Gruppen eine hohe Varianz in Bezug auf Alter, Geschlechtszusammensetzung, Bildungsstand und sozioökonomische Stellung aufwiesen, berichteten die Personen aus allen vier Gruppen über ähnliche multiple Symptome und neu aufgetretene Chemikalienintoleranzen infolge eines nachweisbaren chemischen Belastungsereignisses.

Daraufhin überzeugte mich Dr. Ashford von der Notwendigkeit belastungsorientierter Untersuchungen in diesem Bereich, und ich begann mit einer Untersuchung, in der ich die Symptome und Intoleranzen von Personen verglich, die laut eigener Aussage an einer Chemikalienempfindlichkeit litten und den Ausbruch ihrer Krankheit entweder auf eine Organophosphat-/Karbamat-Belastung (n=37) oder auf flüchtige organische Chemikalien (n=75) im Zusammenhang mit Gebäuderenovierungsmaßnahmen zurückführten. Zusammen mit meinem Kollegen Howard Mitzel habe ich festgestellt, dass diese beiden

Abbildung 1

Gegenüberstellung einer Organophosphat-belasteten Gruppe (n=37) und einer von Renovierungsarbeiten betroffenen Gruppe (n=75), die nach eigenen Angaben an Mehrfach-Chemikalien-Empfindlichkeit leiden: Zahlenvergleich der bestätigenden Angaben bei allen durch Ingestion aufgenommenen Substanzen



Gruppen nicht nur über auffallend ähnliche – zugleich hartnäckige und schwächende – neuropsychologische Symptome in Folge der »auslösenden« Belastungen klagten, sondern dass dabei auch die Rangfolge der angegebenen Probleme mit denselben Arten von Ingestions- und Inhalationsstoffen dieselbe war (Abbildung 1). Allein diese Ergebnisse ließen bereits den Schluss auf einen einheitlichen – möglicherweise entweder biologischen oder psychologischen – Mechanismus zu. Auffälligerweise berichtete jedoch die mit den Schädlingsbekämpfungsmitteln belastete Gruppe über erheblich schwerere Symptome als die von der Gebäuderenovierung betroffene Gruppe, insbesondere dann, wenn es sich um neuromuskuläre, affektive, respiratorische, gastrointestinale und kardiale Symptome handelte. Wenn die Probleme dieser Personen seelisch bedingt gewesen wären, dann hätten wir in Bezug auf die Schwere der Symptome keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen erwartet. Diese Ergebnisse lieferten uns aber Anhaltspunkte (1) für eine mögliche biologische Basis der Mehrfach-Chemikalien-Empfindlichkeit, und (2) für eine ausgeprägte Pathophysiologie bzw. einen letztendlich gleichen Reaktionsverlauf bei einem bislang zwar noch undefinierten, aber bei diesen beiden Gruppen offensichtlich gleichen Zustand.

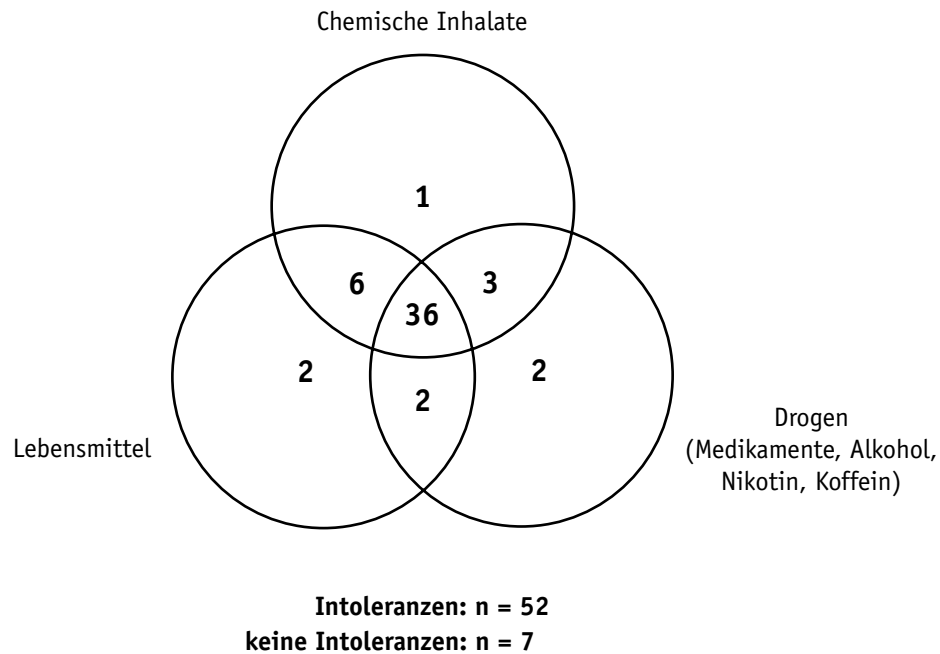
Außerdem war ich ungefähr ein Jahr, bevor diese Veröffentlichung in der Fachliteratur erschienen ist, vom »U.S. Department of Veterans Affairs« (Amt für Veteranen-Angelegenheiten) mit der Untersuchung von Golfkriegsveteranen beauftragt worden, von denen viele über multiple Symptome und Chemikalienempfindlichkeiten klagten. Beeindruckt von der Tatsache, dass alle drei Gruppen – nämlich sowohl die über Mehrfach-Chemikalien-Empfindlichkeit klagenden, von den Schädlingsbekämpfungsmitteln und der Gebäuderenovierung betroffenen Personen als auch die kranken Golfkriegsveteranen (Tabelle 2, Abbildung 2) – über ähnliche Symptome klagten, haben wir unserem – 1995 veröffentlichten – Manuskript einige Sätze hinzugefügt, die wie folgt lauten: »In den vergangenen Monaten ist sowohl in Presseberichten als auch von Seiten der Regierungssprecher des öfteren auf die Rolle von Stress und Angst im Zusammenhang mit dem Golfkriegs-„Syndrom“ hingewiesen worden. Gleichzeitig waren die Golfkriegssoldaten und -soldatinnen aber auch Belastungen mit komplexen Kohlenwasserstoffgemischen ausgesetzt – darunter auch Lösungsmittel, Verbrennungsprodukte und Cholinesterasehemmer (z.B. Pyridostyginbromid, Schädlingsbekämpfungsmittel und möglicherweise auch Nervengase in geringer Konzentration).« Da waren sie also wieder, diese Cholinesterasehemmer! Konnte es sein, dass sie zu den stärksten Auslösern dieser Krankheit zählten? Oder konnte es sein, dass die Patienten, die infolge einer Cholinesterasehemmer-Belastung erkrankt waren, irgendwie stärkere cholinergische Reaktionen aufwiesen? Aus der Arbeit von Simon et al. (1990) konnten wir entnehmen, dass Arbeiter in der Luftfahrtindustrie, die mit neuen Kunststoffverbundwerkstoffen in Berührung gekommen waren und angaben, danach sei bei ihnen zum ersten Mal eine Chemikalienempfindlichkeit aufgetreten, viel häufiger als die Kontrollpersonen bereits vor dieser Belastung eine Depressionsneigung gehabt hatten. Anschließend erfuhren wir dann auch, dass in der psychiatrischen Fachliteratur nicht

Angaben über neu aufgetretene Intoleranzen durch eine Gruppe von Golfkriegsveteranen (n=59), die am VAMC Regional Referral Center* in Houston untersucht wurde	
Intoleranzen	% der Personen, die Intoleranzen angaben
Eingeatmete Chemikalien	78,0%
Medikamente	40,4% derjenigen, die Medikamente nahmen
Alkoholische Getränke	65,9% der Alkoholkonsumenten
Koffein	25,0% der Kaffeekonsumenten
Lebensmittel	78,0%
Bestimmte Lebensmittel	64,4%
Übelkeit nach dem Essen	49,2%
Tabakkonsum	74,1% der Tabakkonsumenten

Tab. 2

Abbildung 2

Von den ersten 59 am »Regional Referral Center« des »Department of Veterans Affairs« in Houston, Texas, untersuchten Golfkriegsveteranen angegebene erstmalig aufgetretene Intoleranzen



nur bereits eine cholinergische Depressions-Theorie existierte, sondern dass Dr. David Overstreet (zur Zeit University of North Carolina) tatsächlich auch bereits ein entsprechendes Tiermodell – die sogenannte »Flinders Sensitive«-Ratte – entwickelt hatte. Obwohl ich Dr. Overstreet noch nicht persönlich kennengelernt hatte, musste ich ihn unbedingt anrufen, als ich erfuhr, dass seine depressive Ratte von Sprague-Dawley-Ratten abstammte, die man zunächst dem Organophosphat Diisopropylfluorophosphat ausgesetzt und dann daraufhin beobachtet hatte, bei welchen Tieren sich dadurch die Körpertemperatur um einige Grad verringern würde, um diese dann schließlich miteinander zu kreuzen. Dr. Overstreet und ich stellten verblüffende Parallelen zwischen seinen Ratten und den von mir untersuchten chemikalienempfindlichen Patienten fest. Seine Ratten machten nämlich nicht nur einen depressiven Eindruck (Abnahme der lokomotorischen Aktivität sowie der Leistungen bei einem Schwimmversuch und beim Drücken einer Sperre vor dem belohnenden Fressen), sondern sie zeigten auch eine größere Empfindlichkeit gegenüber – strukturell so unterschiedlichen – Drogen bzw. Suchtmitteln wie Nikotin, Serotonin- und Dopamin-Antagonisten, Diazepam und Ethanol. Außerdem führte die intraperitoneale Sensibilisierung mit Ei-Antigen (Ovalbumin) bei dieser Art von Ratten auch im Vergleich zu den Kontrolltieren vermehrt zu einer Erhöhung der Eingeweide-Permeabilität (Djuric et al., 1995). Bemerkenswerterweise reagierten vor allem die weiblichen Flinders-Sensitive-Ratten empfindlicher auf cholinergische Stimulanzien als die männlichen Tiere (Netherton und Overstreet, 1983). Was konnte nun die physiologische Basis dieser Empfindlichkeit bei den Ratten sein? Zum einen verfügen diese selektiv gezüchteten Ratten über 20 Prozent mehr cholinergische Rezeptoren in bestimmten limbischen Hirnregionen – darunter auch Hippocampus und Striatum.

Es gab allerdings trotzdem noch ein Problem: Von den zahlreichen veröffentlichten Krankenberichten und Untersuchungen über Patienten mit Chemikalienintoleranz beschreibt nur ein Bruchteil eine krankheitsauslösende Belastung mit cholinergischen Substanzen (Tabelle 3). Konnte es also sein, dass

manche Personen zwar einer solchen – als normal empfundenen – Belastung ausgesetzt gewesen waren, sich aber nicht mehr daran erinnerten? Eine andere Möglichkeit bestand darin, dass ähnliche Symptome und Intoleranzen auch durch Belastungen mit luftverunreinigenden Substanzen in belasteten Gebäuden, Teppichkleberdämpfen sowie einer Vielzahl von Lösungsmitteln ausgelöst werden können. Berichte über solche Fälle liegen aus mehr als einem Dutzend verschiedener Länder vor – darunter zum Beispiel die folgenden: ein Bericht über Strahlenarbeiter aus verschiedenen Ländern, die einer Belastung durch Röntgenbild-Entwicklerlösung ausgesetzt waren (Genton, 1988); ein Bericht über Angestellte der US-Umweltschutzbehörde in Washington, D.C., die durch von neuen Teppichböden und anderen Büroausstattungsmaterialien freigesetzte organische Chemikalien belastet waren (Hirzy und Morrison, 1989); ein Bericht über Hausbesitzer in Deutschland, die durch das für Blockhütten verwendete Holzschutzmittel Pentachlorphenol belastet waren (Ashford et al., 1995); und schließlich ein Bericht über Krankenhausangestellte in Kanada, die durch raumluftverunreinigende Substanzen – darunter auch ein Korrosionsschutzmittel – belastet waren (Ashford und Miller, 1998). Genauso geben auch viele erkrankte Golfkriegsveteranen verschiedene Belastungen an, von denen sie glauben, dass sie die Ursachen ihrer Krankheit seien. In unserer neuesten Studie haben wir die Symptome und Intoleranzen miteinander verglichen, die von folgenden Gruppen genannt wurden: von Golfkriegs-Veteranen (n=72), von Implantatempfängern (n=87) sowie von Personen mit Mehrfach-Chemikalien-Empfindlichkeit, die bei sich entweder ein krankheitsauslösendes Belastungsereignis feststellten (n=96) oder nicht feststellten (n=95) (Miller und Prihoda, 1999b). Von den Golfkriegsveteranen gaben mehr als die Hälfte (54%) an, dass sie »wussten«, durch welche Belastung am Golf ihre Krankheit zustande gekommen sei. Davon wiederum nannte fast die Hälfte (26% der Veteranen insgesamt) Öl-»Dämpfe« als mögliche Ursache, während die anderen auch Medikamente bzw. Impfstoffe (10%), belastetes Essen oder Wasser (7%) und – zu einem geringeren Prozentsatz (6%) – auch Schädlingsbekämpfungsmittel dazu zählten. Noch geringer war schließlich die Zahl derjenigen, die auch Kraftstoffe, Fahrzeugabgase, Nervenkampfstoff-Gegenmittel, Nervenkampfstoff, Bunker-Sprengung, Phosgen oder Senfgas und »Abgase« von SCUD-Raketen als mögliche Ursachen nannten.

Für diese Vergleichsstudie haben wir ein Instrument verwendet, das wir auf der Basis unserer früheren Studie über die durch Schädlingsbekämpfungsmittel bzw. Gebäuderenovierung belasteten Patienten mit Chemikalienintoleranz entwickelt haben: nämlich den sogenannten »Environmental Exposure and Sensitivity Inventory« bzw. »EESI« (dt. »Umweltbelastungs- und Empfindlichkeits-Test«). Bei unseren Populationen ergaben sich für die Personen mit Chemikalienintoleranz im Unterschied zu den Kontrollpersonen auf der EESI-Skala – wie auch auf der Kurzversion, dem sogenannten »Quick Environmental Exposure and Sensitivity Inventory« bzw. »QEESI« (dt. »Umweltbelastungs- und Empfindlichkeits-Schnelltest«) – eine Sensitivität von 92% und eine Spezifität von 95% (Miller und Prihoda, 199a,b). Aus unseren Ergebnissen, die demnächst veröffentlicht werden, geht hervor, dass bei einigen Patienten nach vorheriger Belastung mit Chemikalien – egal ob exogen (Chemieunfall, Anwendung von Schädlingsbekämpfungsmitteln, raumluftverunreinigende Substanzen) oder endogen (Implantat) – neue Intoleranzen gegenüber chemischen Substanzen, Lebensmitteln und Drogen bzw. Suchtmitteln auftreten können. Außerdem scheinen auch die Art und Schwere der Symptome bei allen diesen Patientengruppen relativ ähnlich zu sein (Abbildung 3). Darüber hinaus haben wir auch noch Folgendes festgestellt: Je mehr gleichzeitigen Kontakt mit Tabak, Koffein, Duftstoffen und anderen Substanzen die Personen angaben – d.h. je mehr »verdeckendes« bzw. »Hintergrundrauschen« vorhanden war –, um so unwahrscheinlicher war es, dass sie chemische Substanzen als Auslöser ihrer Symptome erkannten (Abbildung 4).

Vor dem Hintergrund dieser Tatsache sowie auch der Beobachtungen von Forschern aus anderen Ländern hat es den Anschein, als ob hier möglicherweise ein – zumindest für die meisten Ärzte – neuer, allgemeiner Krankheitsmechanismus am Werk wäre. Natürlich haben wir es in diesem Fall eines noch nachzuweisenden Krankheitsmechanismus mit einer Krankheitstheorie zu tun; und den entsprechenden allgemeinen Mechanismus haben wir »TILT« genannt – was für »Toxicant-induced Loss of Tolerance« (dt. »giftstoffinduzierter Toleranzverlust«) steht (Miller, 1996, 1997, 1999).

Dieser »TILT«-Mechanismus scheint aus zwei Phasen zu bestehen – nämlich den Phasen »Initiation« und »Auslösung« (Abbildung 5): (1) Nach einer geringfügigen Belastung mit einzelnen oder mehreren

Abbildung 3

In der QEESI-Zielskizze eingezeichnete Mittelwerte der Symptome für fünf Populationen: Patienten mit Mehrfach-Chemikalien-Empfindlichkeit (engl. multiple chemical sensitivity – MCS), die als Ursache für den Ausbruch ihrer Krankheit ein bestimmtes Belastungsereignis angaben (n=96) bzw. kein bestimmtes Belastungsereignis angaben (n=90), Patienten mit künstlichen Implantaten (n=87), Golfkriegsveteranen (n=72) und Kontrollpatienten (n=76). Die schattierten Bereiche zeigen die +1-Standardabweichungen für jedes gemessene Symptom. HEAD = Symptome im Kopfbereich, COG = kognitive Symptome, AFF = affektive Symptome, NM = neuromuskuläre Symptome, MS = Symptome im Bereich der Skelettmuskulatur, SKIN = Haut-Symptome, GU = urogenitale Symptome, GI = gastrointestinale Symptome, COR = Symptome im Herz-/Thorax-Bereich, AIR/MM = Atemwegs- bzw. Schleimhaut-Symptome

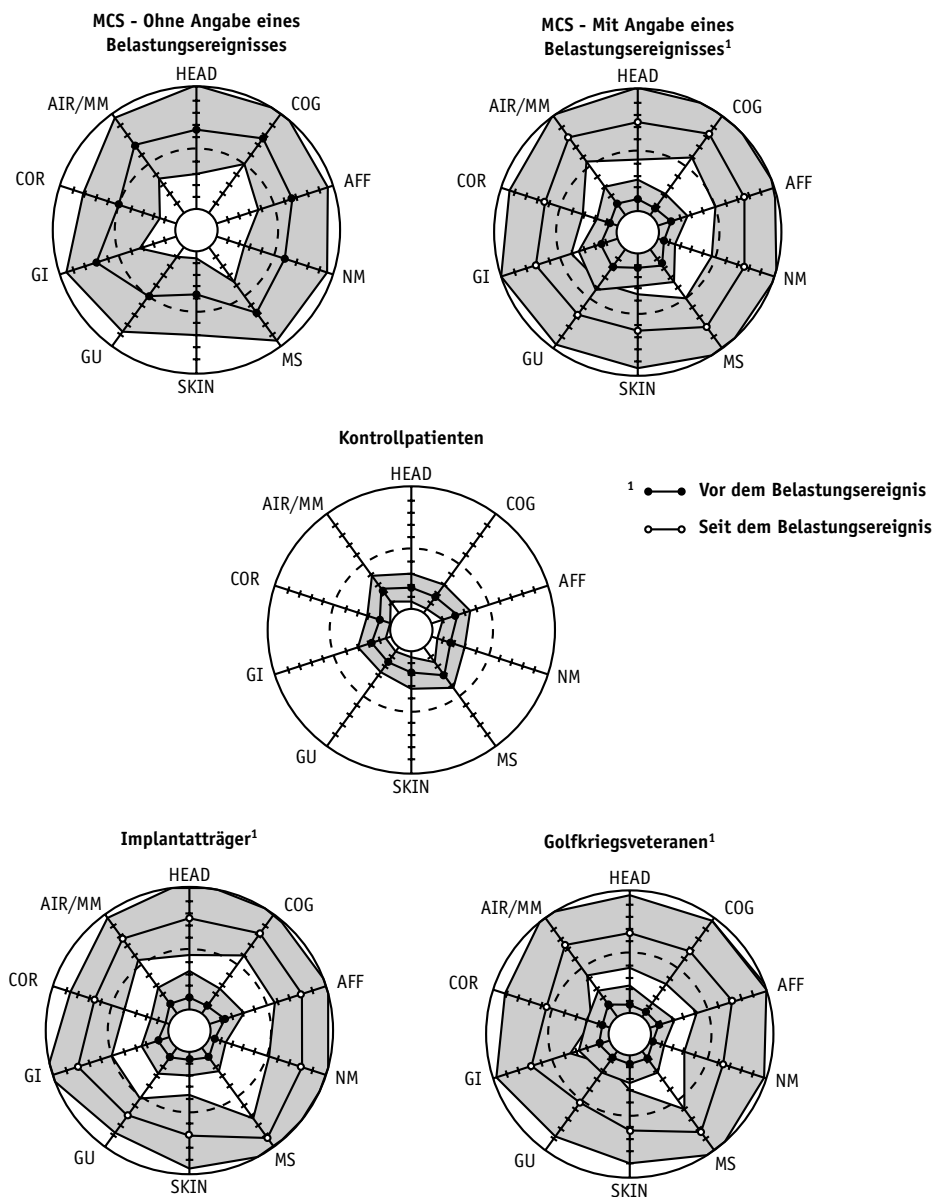
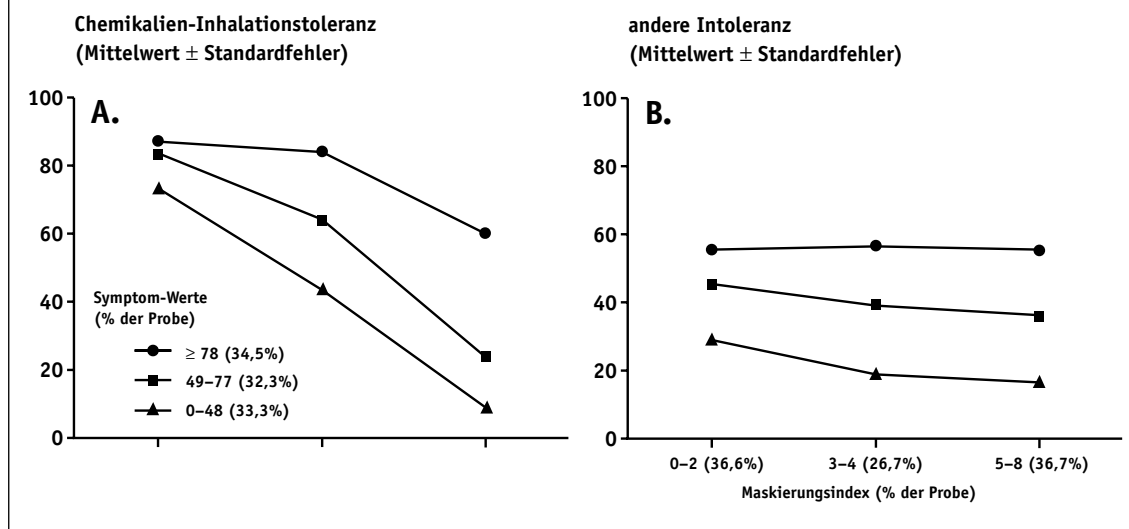


Abbildung 4 (a und b)

Verhältnis zwischen der Maskierung und den Patientenangaben über Chemikalienintoleranz bzw. andere Intoleranzen. Alle 421 Untersuchungspersonen (siehe Abbildung 3) wurden nach den Werten für die »Symptomschwere« (≥ 78 , 49-77, ≤ 48) zunächst drei ungefähr gleich großen Gruppen zugeordnet. Anschließend wurden die Werte für die »Chemikalienintoleranz« (a) sowie diejenigen für die »anderen Intoleranzen« (b) in der graphischen Darstellung dem – nach der Zahl der Personen ebenfalls in drei Kategorien unterteilten – »Maskierungsindex« gegenübergestellt. Dabei zeigte sich ein Anstieg bei den Patientenangaben über Chemikalienintoleranz bzw. andere Intoleranzen und ein gleichzeitiger Abstieg bei den Maskierungswerten – wobei die größeren Auswirkungen (1) eher bei niedrigeren Symptomschwere-Werten und (2) eher bei den Chemikalienintoleranzen als bei den anderen Intoleranzen festzustellen waren (Miller und Prihoda, 1999b).



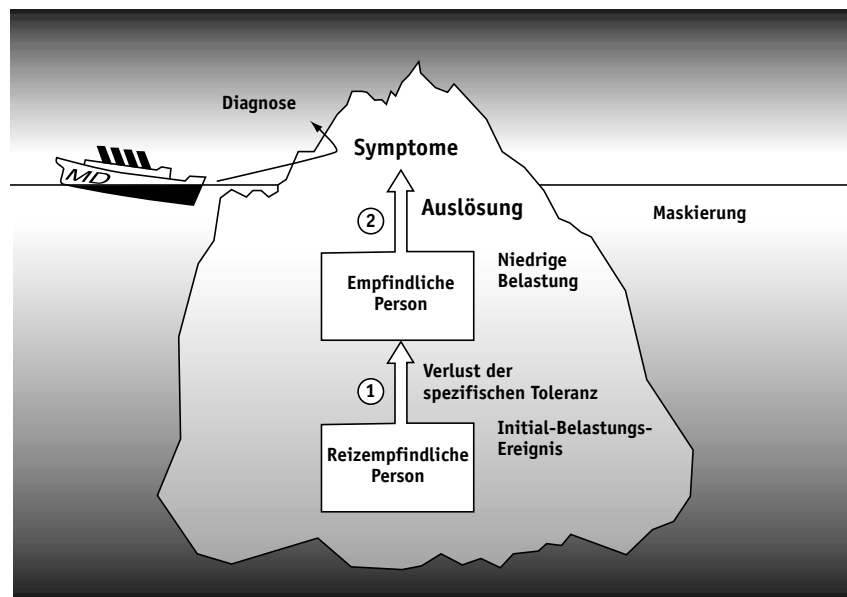
Schädlingsbekämpfungsmitteln, Lösungsmitteln oder anderen chemischen Substanzen scheint ein Teil der belasteten Personen seine bisherige natürliche Toleranz gegenüber einer Reihe von Inhalationsstoffen wie Tabakrauch, Duftstoffe, Abgase und Benzin zu verlieren; (2) danach lösen dann zahlreiche allgemein verbreitete Substanzen – darunter nicht nur Chemikalien, sondern auch zahlreiche Lebensmittel, Medikamente, alkoholische Getränke und Koffein – sogar in sehr geringfügigen Mengen bereits Symptome aus. Diese Symptome betreffen in der Regel mehrere Organsysteme, und sie kommen und gehen in einer scheinbar unvorhersagbaren Weise.

Dabei kann es sein, dass die Patienten auf Grund der Überlagerung ihrer Reaktionen auf so viele allgemein verbreitete Substanzen – ein Phänomen, das manche von ihnen auch als »Maskierung« bezeichnen – sich dieser Intoleranzen überhaupt nicht bewusst sind. Wenn eine Person, die an einer Intoleranz gegenüber mehreren chemischen Substanzen, Lebensmitteln und Drogen bzw. Suchtmitteln leidet, an einem Tag nacheinander diesen Substanzen ausgesetzt würde, dann kann es sein, dass es im Laufe des Tages bei dieser Person zu einer Überlagerung der Symptome kommt. Dabei ist es auch möglich, dass die Person sich zu einer bestimmten Zeit zwar krank fühlt, aber nicht sagen kann, welche Substanz die Symptome ausgelöst hat. Im wesentlichen hieße das also: Es wären so viele Hintergrundgeräusche vorhanden, dass einzelne Signale nicht unterschieden werden könnten.

Um festzustellen, ob die gesundheitlichen Probleme der Golfkriegsveteranen zum heutigen Zeitpunkt durch Belastungen mit Alltagschemikalien ausgelöst werden – und damit also auch perpetuiert werden, müssen die Ärzte in der Lage sein, die chemischen Hintergrundgeräusche auf ein Minimum zu reduzieren beziehungsweise ihre Patienten zu »demaskieren«. Bereits bei mehreren durch die US-

Abbildung 5

Phänomenologie des giftstoffinduzierten Toleranzverlusts. Die Krankheit scheint in zwei Phasen zu entstehen, die – symbolisiert durch den unter der Wasseroberfläche befindlichen Teil des Eisbergs – für den Arzt nicht sichtbar verlaufen: nämlich (1) der Phase »Verlust der spezifischen Toleranz« nach akuter bzw. andauernder Belastung mit verschiedenen Umweltsubstanzen, wie Schädlingsbekämpfungsmitteln, Lösungsmitteln oder die Raumluft verunreinigenden Substanzen in belasteten Gebäuden, und im Anschluss daran (2) der Phase »Auslösung von Symptomen« durch sehr geringe Mengen von chemischen Substanzen, Lebensmitteln, Medikamenten sowie bisher tolerierten Kombinationen von Lebens- bzw. Suchtmitteln (Alkohol, Koffein). Der Arzt – symbolisiert durch das Schiff – sieht lediglich die Spitze des Eisbergs – d.h. die Symptome des Patienten – und formuliert auf dieser Grundlage eine Diagnose. Auf Grund des Maskierungseffekts – der sich als Folge der Gewöhnung und der Überlagerung von mehreren Reaktionen einstellen kann – kann es sein, dass weder der Arzt noch der Patient selbst erkennen, dass die Symptome durch alltägliche niedrige Belastungen ausgelöst werden. Und selbst wenn solche Auslöser doch erkannt werden, dann kann es trotzdem noch sein, dass ein Initial-Belastungs-Ereignis, das den spezifischen Toleranzverlust ausgelöst haben könnte, möglicherweise nicht erkannt oder nicht mit der Krankheit des Patienten in Verbindung gebracht wurde (UTHSCSA® 1996).



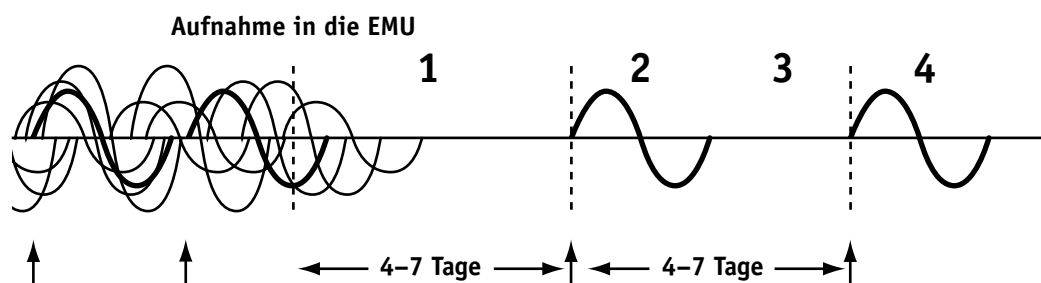
Regierung geförderten Workshops zum Thema »gesundheitliche Auswirkungen der Belastung mit geringen Mengen von Chemikalien« ist von den teilnehmenden Ärzten und Forschern die Durchführung von Doppelblind-Untersuchungen mit Plazebo-Kontrolle vorgeschlagen worden, bei denen die Patienten in einer umweltkontrollierten Krankenhausstation untergebracht würden, um festzustellen, ob bei solchen Minimalbelastungen tatsächlich Intoleranzen auftreten (National Research Council, 1992; Association of Occupational and Environmental Clinics, 1992) (Abbildung 6). Zu diesem Zweck ist auch die Verwendung einer »umweltmedizinischen Einheit« (engl. »Environmental Medical Unit«) vorgeschlagen worden – d. h. einer Krankenseite, in der die Belastungen mit chemischen Substanzen kontrolliert auf dem niedrigsten Niveau gehalten werden könnten, was zu erreichen wäre über die Luftfilterung sowie über die ausschließliche Verwendung von Baumaterialien und Einrichtungsgegenständen, die auch nicht die geringsten Mengen von chemischen Substanzen freisetzen (ausgasen) würden.

Abbildung 6

Überprüfung der TILT-Postulate (Auslösung) mit Hilfe einer umweltmedizinischen Einheit (EMU). Im äußerst linken Bereich der Abbildung leidet ein Patient mit Chemikalienunverträglichkeit – bevor er in die EMU aufgenommen wird – an Symptomen, die durch verschiedene Belastungen (chemische Substanzen, Lebensmittel, Drogen bzw. Suchtmittel) ausgelöst werden. Mit der Zeit kommt es zu einem Überlagerungseffekt, wobei es möglicherweise so aussehen kann, als ob die Symptome im weiteren Verlauf in unvorhersehbarer Weise ab- und zunehmen. Sozusagen auf Grund dieses »Hintergrundrauschens« kann der Einfluss durch eine bestimmte Belastung nicht von den Einflüssen durch andere Belastungen unterschieden werden.

- 1. Postulat:** Wenn alle reizauslösenden chemischen Substanzen, Lebensmittel und Drogen bzw. Suchtmittel gleichzeitig gemieden werden, dann kommt es zu einem Nachlassen der Symptome. Ihren Erzählungen zufolge litten viele Patienten dabei in den ersten paar Tagen an »Entzugs-« bzw. »Entgiftungserscheinungen« mit immer stärker werdenden Symptomen wie Reizbarkeit, Kopfschmerzen und Depressionen. Nach einer vier- bis siebentägigen Vermeidungsphase sollte der Patient dann einen »cleanen« Grundzustand erreicht haben und – sofern es sich um eine Chemikalienintoleranz handelt – auch keine Begleitsymptome mehr aufweisen.
- 2. Postulat:** Mit dem Wiedereinsetzen einer bestimmten Auslösersubstanz tritt auch eine ganz bestimmte Symptomenkonstellation wieder auf.
- 3. Postulat:** Die Symptome treten auch dann wieder auf, wenn die Auslösersubstanz erneut vermieden wird.
- 4. Postulat:** Durch eine erneute Belastung mit der Auslösersubstanz in einem angemessenen zeitlichen Abstand (circa 4-7 Tage nach der letzten Belastung) werden dieselben Symptome ausgelöst.

Zu Forschungszwecken sollte eine Überprüfung dieser Postulate unter Doppelblind-Plazebo-Bedingungen durchgeführt werden. (UTHSCSA® 1996)



Den folgenden analogen Vergleich finde ich hilfreich, um die Notwendigkeit einer solchen Einrichtung zu verdeutlichen: Stellen wir uns einmal vor, wir wollten feststellen, ob die Kopfschmerzen eines Kaffeetrinkers durch das Koffein verursacht würden. Dies würde nicht dadurch funktionieren, dass wir dem Patienten einfach nur eine Tasse Kaffee zu trinken gäben und er uns hinterher sagen sollte, wie es ihm geht. Statt dessen müssten wir ihn zunächst einmal dazu bringen, dass er circa eine Woche lang *ganz* auf Koffein verzichtet. Wenn er dabei unter Entzugserscheinungen – Kopfschmerzen, Müdigkeit, Reizbarkeit – leidet, dann ist dies ein Hinweis darauf, dass Koffein tatsächlich ein Problem für ihn sein könnte. Treten seine Symptome nach dem einwöchigen völligen Verzicht auf Koffein erneut auf, dann wäre auch dies ein weiterer Beweis. Erst dann könnten wir ihm – vorausgesetzt, dass die Symptome tatsächlich wieder aufgetreten sind – eine Tasse Kaffee zu trinken geben, um zu sehen, wie es ihm danach geht. Versäumt man es, diesen Patienten als Ausgangsbasis für die Exposition »clean« – d. h. koffeinfrei – zu machen, dann wird sich dies aller Wahrscheinlichkeit nach in einem falsch negativen

Koffeinverdacht niederschlagen. Analog dazu könnte es also auch dann zu irreführenden Ergebnissen kommen, wenn wir erkrankte Golfkriegsveteranen oder andere Personen mit Chemikalienintoleranz in einer konventionellen Expositionskammer einigen Lösungsmitteln in Millionstel-Konzentrationen aussetzen. Wenn sie aber vor der Exposition ein paar Tage in der »umweltmedizinischen Einheit« blieben und ihre Symptome trotzdem wieder auftraten, dann könnte man sie in einem Doppelblind-Verfahren mit Plazebo-Kontrolle daraufhin untersuchen, ob bzw. welche Belastungen ihre Symptome ausgelöst haben.

Ohne sorgfältig durchgeführte Untersuchungen dieser Art ist es unwahrscheinlich, dass Fragen bezüglich der Rolle, die andauernde niedrigwertige Expositionen für die Perpetuierung der Symptome der Patienten spielen, geklärt werden können. Eine Finanzierung solcher Studien ist allerdings bisher ausgeblieben, obwohl die Verwendung einer »umweltmedizinischen Einheit« bereits bei mehreren staatlich geförderten Konferenzen in den USA von den Teilnehmern als oberste Priorität bezeichnet wurde. Solange aber die Ärzte dieses Hilfsmittel nicht anwenden können, werden wahrscheinlich auch die Patienten weiterhin in ihrer jetzigen »Zwickmühle« bleiben: Einerseits verlangt man nämlich von ihnen, dass sie ihre gesundheitliche Behinderung objektiv beweisen sollen, und andererseits haben sie überhaupt kein Hilfsmittel, um dies zu tun.

Was ich Ihnen bisher gezeigt habe ist die Tatsache, dass die Krankheiten vieler Golfkriegsveteranen und Zivilpersonen, die der Wirkung von Schädlingsbekämpfungsmitteln, Lösungsmittelgemischen, Verbrennungsprodukten und sogar künstlichen Implantaten ausgesetzt waren, ein auffallend ähnliches Krankheitsmuster aufweisen: multiple Symptome, die kommen und gehen, und der Verlust der bisherigen Toleranz gegenüber chemischen Substanzen, Lebensmitteln und Drogen bzw. Suchtmitteln. Die Tatsache, dass dieses Muster bei mit chemischen Substanzen belasteten Gruppen vorkommt, die demographisch verschieden sind, liefert – wenn auch nebenbei – den Nachweis für TILT. Eine Bestätigung beziehungsweise Widerlegung dieser Theorie wäre zum Teil Sache einer sorgfältigen Beurteilung der Patienten in einer »umweltmedizinischen Einheit«. Durch solche Untersuchungen könnte das wissenschaftliche Verständnis für diese Mechanismen vorangebracht werden, was wiederum auch zu wirksameren Therapie- und Präventionsansätzen führen könnte. Darüber hinaus habe ich Ihnen hier auch den möglichen Zusammenhang zwischen den Chemikalienintoleranzen und der cholinergischen Empfindlichkeit beschrieben.

Abdiktion (Vermeidungsverhalten)

Ich möchte hier noch einen anderen Gedanken für Sie entwickeln, der uns, wie ich meine, eine ganze Menge über die TILT zugrunde liegenden Mechanismen sagen kann. Um als neue Krankheitstheorie in Betracht zu kommen, müsste TILT eine wirklich neue Erklärung für die zur Debatte stehenden Krankheiten liefern. Was ich an dieser Gruppe von Krankheiten völlig neu finde, sind die verblüffenden Parallelen zur Addiktion (Abhängigkeit).

So sind vor allem die Reaktionen von manchen Patienten mit Chemikalienintoleranz auf bestimmte Auslöser den Reaktionen mancher Drogenabhängiger sehr ähnlich (Tabelle 3). Sie scheinen nämlich beide sowohl eine Stimulus- und Entzugsphase als auch individuelle Unterschiede in Bezug auf die Anfälligkeit aufzuweisen (Randolph und Moss, 1980). Andererseits gehören aber zu den von den Patienten mit Chemikalienintoleranz gemiedenen Substanzen auch weit mehr als nur die klassischen Abhängigkeitsdrogen – nämlich auch Verbrennungsprodukte, Düfte, Schädlingsbekämpfungsmittel und ganz normale Lebensmittel.

Kann es sein, dass bei der Chemikalienintoleranz dieselben biochemischen Prozesse ablaufen wie bei der Abhängigkeit – Prozesse, über die wir relativ wenig wissen und für die uns die objektiven klinischen Tests beziehungsweise Marker fehlen? In früheren Arbeiten (Miller, 1996, 1997) haben wir zu dieser Frage vorgeschlagen, dass die Chemikalienintoleranz sozusagen die »B-Seite« der Abhängigkeit (Addiktion) darstellen könnte: Abhängige bewegen sich *zu* ihren Lieblingssubstanzen *hin* (von lat. ad = »zu etw. hin« + dicare = »feierlich verkünden«); Patienten mit Chemikalienintoleranz bewegen sich *von* genau diesen Substanzen (Alkohol, Nikotin, Koffein, Arzneimittel und andere Drogen) *weg*. Han-

delt es sich dabei also um »Abdiktion« (von lat. ab = »von etw. weg«), das Gegenteil von Addiktion? Newlin (1997) schlägt einige Möglichkeiten vor, wie die (Drogen-)Addiktion und die (Chemikalien-)Abdiktion zusammenhängen könnten: Erstens könnte es sich um polare Gegensätze handeln, die einige diametral entgegengesetzte klinische Merkmale aufweisen. Zweitens könnten sie mit derselben Diathese verbunden sein, die sich je nachdem entweder als Abdiktion oder als Addiktion manifestiert. Oder es könnte schließlich auch überhaupt kein Zusammenhang bestehen.

Bemerkenswert ist, dass viele Patienten mit Chemikalienintoleranz in den ersten Tagen nach dem Verzicht auf Auslöser wie Koffein, Alkohol, Nikotin und bestimmte Lebensmittel über Entzugserscheinungen wie Kopfschmerzen, Reizbarkeit und Übelkeit klagen. Darüber hinaus berichten manche von ihnen auch über ein intensives Verlangen nach diesen Substanzen. Kann es sein, dass Patienten mit Chemikalienintoleranz – im Gegensatz zu den Suchtpatienten – weniger die angenehmen, stimulierenden Effekte und/oder mehr die unangenehmen Entzugserscheinungen der Drogen spüren und infolgedessen solche Substanzen meiden?

Wie man mit Sicherheit weiß, kann es im Falle der Abhängigkeit zu einer (als erworben zu verstehenden) Kreuzimmunität kommen, d.h. dass die von einer Substanz abhängigen Personen gleichzeitig auch zur Abhängigkeit von weiteren *strukturell verschiedenen* Substanzen wie z.B. Alkohol, Nikotin und Koffein neigen. Man muss nur einmal nach Las Vegas fahren, um diese Art Kreuzabhängigkeit aus erster Hand zu erleben. Vielleicht handelt es sich bei dem von den Patienten mit Chemikalienintoleranz beschriebenen Phänomen der Streuung (von Intoleranzen gegenüber chemisch verschiedenen Stoffen) in Wirklichkeit um eine Kreuz-Intoleranz – das Gegenteil der Kreuzimmunität. Die TILT-Theo-

Cholinesterase-Hemmer und chemische Intoleranz	
Population/Belastung (Untersucher)	Beobachtungen
Erkrankte ehemalige Chemiewaffenindustriearbeiter aus Deutschland, die während des Zweiten Weltkriegs unter anderem zur Herstellung von Organophosphat-Nervengas (OP) herangezogen worden waren (Spiegelberg, 1961)	Intoleranz gegenüber Alkohol, Nikotin und Medikamenten
114 kalifornische Landarbeiter mit der Vorgeschichte einer akuten OP-Vergiftung (Tabershaw und Cooper, 1966)	Drei Jahre nach der Belastung gaben 19% (22) an, dass sie sich sogar bei einem »Hauch« von Schädlingsbekämpfungsmittel bereits krank fühlten
Ein Anwalt, bei dem zu Hause zur Ausrottung von Ungeziefer ein OP eingesetzt worden war (Rosenthal und Cameron, 1991)	Intoleranz gegenüber mehreren chemischen Substanzen
19 Kasinomitglieder, die bei der Ungezieferausrottung an ihrem Arbeitsplatz der Belastung durch ein Karbamatmittel ausgesetzt gewesen waren (Cone und Sult, 1992)	Intoleranz gegenüber mehreren chemischen Substanzen
Fallberichte zur Belastung mit Schädlingsbekämpfungsmitteln in 6 der damals 9 EU-Länder (Ashford et al., 1995)	Intoleranz gegenüber mehreren chemischen Substanzen und Lebensmitteln
37 Einzelpersonen, die einem OP oder Karbamat ausgesetzt gewesen waren (Miller und Mitzel, 1995)	Intoleranz gegenüber chemischen Substanzen, Lebensmitteln, Medikamenten, Koffein und Alkohol

Tab. 3

Gemeinsame und gegensätzliche Merkmale der Addiktion und Abdiktion		
Merkmal	Addiktion	Abdiktion
Multiple, v.a. das Zentralnervensystem betreffende Symptome	+	+
Mehrere, chemisch nicht verwandte Substanzen lösen bei derselben Person Symptome aus	+ (Kreuz-Toleranz)	+ (Kreuz-Intoleranz bzw. »Streuung«)
Koffein, Alkohol, Nikotin und Medikamente spielen eine Rolle	+	+
Größe der Dosen, die der Patient im Vergleich zur Normalbevölkerung verträgt	groß	klein
Inhalation, Ingestion, Injektion oder Aufnahme über die Schleimhäute	+	+
Stimulus- und Entzugserscheinungen	+	+
Erhöhte Empfindlichkeit gegenüber physikalischen Stimuli (Lärm, Licht, Hitze, Kälte, Berührung, Vibration) während der Entzugsphase	+	+
Gelüste, Exzesse	+	+ (Koffein, Lebensmittel)
Gewöhnung	+	+
Erhöhte Empfindlichkeit nach Vermeidungsphase	+ (z.B. Tabak)	+
Genetische Veranlagung	+	+
Demographie	schlecht ausgebildete Männer, niedrigere sozioökonomische Stellung	Frauen mit College-Bildung, mittlere bis gehobene sozioökonomische Stellung
Verhältnis der Geschlechter (m:w)	2:1	1:4
Alter beim ersten Auftreten der Symptome	Teenager, 20-30 Jahre	30-50 Jahre
Unzureichend definierte physiologische Mechanismen	+	+
Fehlende Biomarker	+	+
Fehlen von wirksamen Medikamenten zur Behandlung des Zustands	+	+
Hauptsächlicher Therapieansatz	Abstinenz	Vermeidung
Für Entgiftung/Entzug sind 4-7 Tage notwendig	+	+
Ansichten der Gesellschaft zur Natur des Problems	Krankheit contra mangelnde Willensstärke zur Vermeidung der Substanzen (Unter-Vermeidung)	Krankheit contra Vorstellungswelt, die zur Vermeidung der Substanzen veranlasst (Über-Vermeidung)
Patienten werden als schwierig und fordernd angesehen	+	+
Zusammenhang mit Gewalt, körperlichem/sexuellem Missbrauch, Selbstmord	+	+
Gestörte Beziehungen im beruflichen, familiären und gesellschaftlichen Bereich	+	+

Tab. 4

rie enthält das Postulat, dass die wiederholte, unfreiwillige Belastung mit chemischen Substanzen, wie zum Beispiel die Raumluft verunreinigenden Substanzen in belasteten Bürogebäuden über einen Zeitraum von Wochen und Monaten, bei den betroffenen Personen zur Entstehung von Intoleranzen führen kann. Dabei kann es sein, dass diese Personen parallel zu einer solchen unfreiwilligen Belastung mit flüchtigen organischen Bestandteilen in der Raumluft auch Missbrauch mit bestimmten Substanzen treiben. Selbstverständlich nehmen solche Personen, die sich in belasteten Gebäuden aufhalten, die luftverunreinigenden Substanzen einerseits nicht bewusst auf, aber ihr Körper kann andererseits auch nicht zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Belastung unterscheiden.

Daraus ergibt sich eine interessante Möglichkeit: Kann es sein, dass sowohl die Abdiktion (Vermeidung von chemischen Stoffen) als auch die Addiktion durch Chemikalienbelastung *ausgelöst* werden? Warum eigentlich nicht? Unter den Golfkriegsveteranen, die die Abteilung »Veteranen-Angelegenheiten« gebeten hat, zu untersuchen, gibt es in dieser Hinsicht einige recht anschauliche Fälle. So erzählte mir einer der Veteranen, dass er vor dem Krieg ohne Schwierigkeiten das Rauchen aufgegeben hätte. Er sei in der Lage gewesen aufzuhören, ohne unter »kalten Entzugserscheinungen« zu leiden. Während seiner Stationierung am Golf hatte er dann wieder mit dem Rauchen angefangen, und als er Monate später nach Hause zurückkehrte, versuchte er ein zweites Mal, damit aufzuhören. Dieses Mal litt er jedoch unter starken Entzugserscheinungen und konnte es sich nicht einfach abgewöhnen. Hatten die Belastungen während des Golfkriegs bei diesem Veteranen zum Toleranzverlust und damit wiederum zur Abhängigkeit geführt? Interessanterweise berichtete derselbe Veteran auch über Folgendes: über neu aufgetretene Intoleranzen gegenüber Autoabgasen, Schädlingsbekämpfungsmitteln, Bleichmittel, Phenol-Desinfektionsmitteln, Farbverdünner und Parfüm mit Symptomen wie Benommenheit, Kopfschmerzen und Übelkeit; über das Gefühl, bereits nach dem Genuss von kleinen Alkoholmengen betrunken zu sein und zu stottern, und schließlich auch über einen Heißhunger auf Schokolade. Er sagte, diese Probleme habe er vor dem Golfkrieg nicht gehabt. Das heißt also, dass er sich zur selben Zeit, wie er vom Nikotin abhängig war (Addiktion), von anderen Substanzen »losgesagt« hatte (Abdiktion).

Eine ganze Reihe von den Golfkriegsveteranen, die ich für die Abteilung »Veteranen-Angelegenheiten« untersucht habe, trank – offensichtlich zur Bekämpfung der Müdigkeit – regelmäßig mindestens zehn Tassen Kaffee am Tag. Einer dieser Soldaten, der normalerweise zwei Kannen Kaffee am Tag trank, sagte, er habe zum ersten Mal den Verdacht gehabt, dass er koffeinempfindlich sei, als seine Frau einmal verreist war und er deshalb zufällig vier Tage lang keinen Kaffee mehr getrunken hatte. Dabei habe er sich »wie in Trance« gefühlt und Kopfschmerzen bekommen. Danach habe er dann seinen Kaffeekonsum auf zwei Tassen pro Tag reduziert. Sobald er jetzt allerdings wieder mehr als zwei Tassen Kaffee am Tag trinkt, ist er »völlig verwirrt«, weiß ganz schnell nicht mehr weiter, weiß auch nicht mehr, »was er als erstes tun wollte« und wird insofern »zwangsneurotisch«, als er die Dinge »zwei- oder dreimal überprüft«, weil er sich nicht mehr daran erinnern kann, was er gerade getan hat. Derselbe Soldat gab außerdem auch an, dass er Dekongestionsmittel, Dieselabgase und bestimmte Düfte nicht mehr vertragen könne und diese mit Kopfschmerzen, Übelkeit und Schwindel in Verbindung bringe.

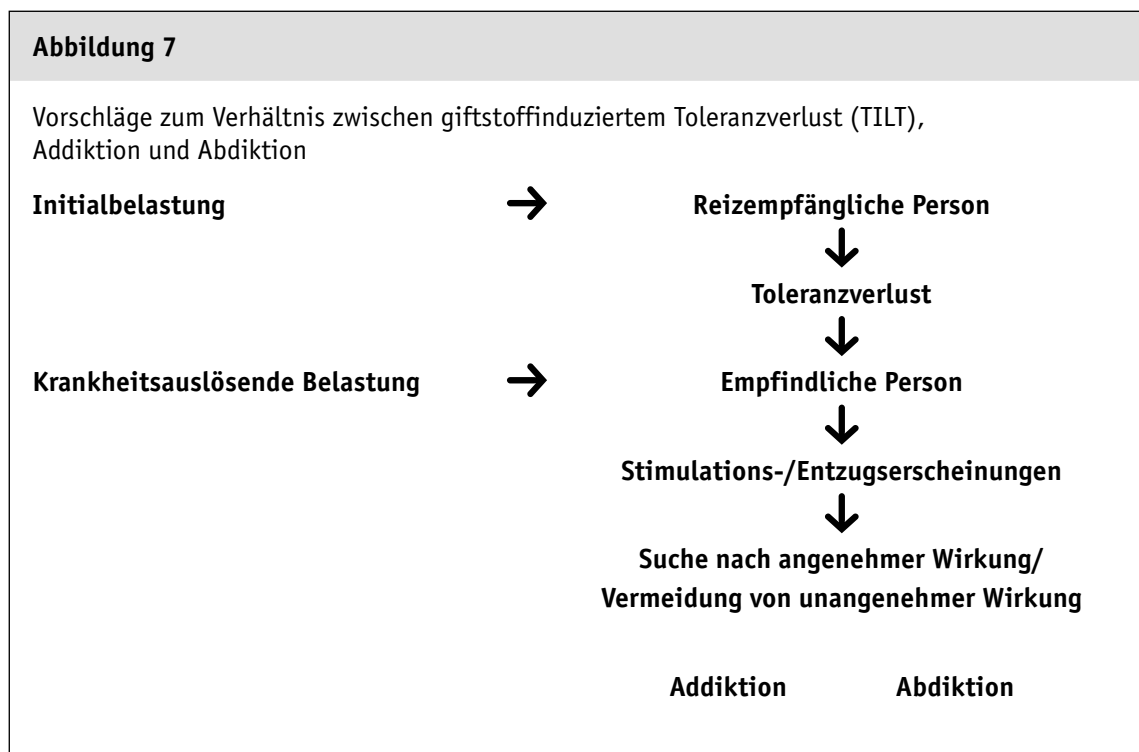
Ein anderer Golfkriegsveteran klagte nach seiner Einlieferung in eine psychiatrische Abteilung über starke Symptome, die an Koffeinentzug erinnerten. Erst später erfuhr er dann allerdings, dass in dieser Abteilung nur entkoffeinierter Kaffee gereicht wurde. Außerdem gab dieser Veteran auch noch die folgenden Symptome an: Kopfschmerzen, wenn er ein Bier getrunken hatte; Überempfindlichkeit beim Geruch von Nagellack bzw. Nagellackentferner; Übelkeit, wenn er sich in der Nähe von kraftstoffverbrennenden Autos aufhielt; starke Übelkeit, Reizbarkeit und Kopfschmerzen, wenn er eine Mahlzeit ausgelassen hatte; Erbrechen, wenn er Zwiebeln, Knoblauch oder Chili gegessen hatte und schließlich ein Benommenheits- und Schwindelgefühl, wenn er im Gegensatz zu sonst mehr als die üblichen zehn Zigaretten am Tag geraucht hatte.

Circa ein Viertel der Golfkriegsveteranen gaben an, dass sie sich seit dem Krieg nach dem Genuss von Koffein krank fühlten. Von dem Rest nahmen die meisten zwar auch weiterhin Koffein zu sich, klagten dabei aber auch über Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Reizbarkeit, Angstzustände, Herzklopfen, häufiges Wasserlassen und andere mit dem Coffeinismus in Verbindung gebrachte Symptome – und das obwohl einige von ihnen nur eine oder zwei Tassen Kaffee am Tag tranken. Neuere erstklassige Unter-

suchungen haben gezeigt, dass manche Personen bereits bei einer so geringen Menge wie einer Tasse Kaffee pro Tag empfindlich reagieren (Silverman et al., 1992). Haben manche Golfkriegsveteranen also ihre Koffeintoleranz verloren? Für die Beantwortung dieser Frage wäre es hilfreich, das Koffein circa eine Woche lang ganz aus ihrem Ernährungsplan zu streichen.

Einige der Veteranen, die ich untersucht habe, hatten vor dem Krieg ohne irgendwelche Schwierigkeiten hin und wieder Dekongestionstabletten genommen. Als sie jedoch nach dem Krieg dieselben Medikamente genommen hätten, so beschreiben sie, hätten sich die folgenden Symptome eingestellt: Noch nach Tagen hätten sie sich wie »auf Drogen«, »unter Strom«, »auf dem Trip« oder »hyper« gefühlt, und sie hätten unter Schlafstörungen oder Schmerzen in der Brust gelitten. Ungefähr zwei Drittel der Veteranen gaben an, seit dem Krieg sei bei ihnen eine neue Alkoholintoleranz aufgetreten. Dabei beschrieben sie, wie sie sich nach nur einem Bier oder einem einzigen Glas Wein schon betrunken fühlen und/oder einen Kater bekommen, der mehrere Tage dauert. Und schließlich klagten drei Viertel der Veteranen auch noch über Übelkeit nach dem Essen sowie über neu aufgetretene Intoleranzen, die sie häufig auch mit ihren Lieblingsspeisen wie Pizza und Grillgerichten in Verbindung brachten.

Insgesamt gesehen, legen diese Beobachtungen die Vermutung nahe, dass eine ganze Reihe der erkrankten Golfkriegsveteranen ihre vorherige natürliche Toleranz gegenüber einer Vielzahl von Substanzen verloren haben. Während der eine Veteran dabei möglicherweise die unangenehmen Entzugserscheinungen dadurch bekämpfen wird, dass er erneut zum Beispiel »zur Flasche greift«, wird ein anderer dieselbe Substanz möglicherweise ganz meiden, was insbesondere dann der Fall sein wird, wenn letzterer die angenehmen Wirkungen der Exposition/Aufnahme überhaupt nicht erfahren hat. Tatsächlich kann dieselbe Person, während sie eine Substanz meidet, gleichzeitig auch »Missbrauch« mit einer anderen Substanz treiben. Im Verhalten wird sich dies wohl letztendlich als Hinwendung zu (Addiktion) bestimmten Substanzen und Abwendung von (Abdiktion) anderen Substanzen niederschlagen. Bei dieser Theorie, nach der eine akute hochdosierte beziehungsweise andauernde niedrigdosierte Belastung mit bestimmten chemischen Substanzen bei einem Teil der Population zum Verlust der bisherigen natürlichen Toleranz – und damit wiederum zur Addiktion beziehungsweise Abdiktion (Abbildung 7) – führt, dürfte es sich wohl um eine völlig neue Theorie handeln.

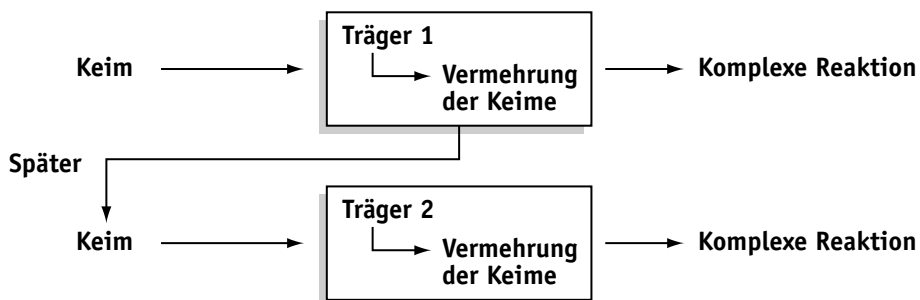


Die TILT-Theorie

Krankheitstheorien versuchen zu erklären, was in der »Blackbox« Patient vor dem offenen Ausbruch einer Krankheit vor sich geht. Am Anfang stehen dabei stets auf klinischen Beobachtungen basierende allgemeine Formulierungen nach Art der folgenden Illustration:



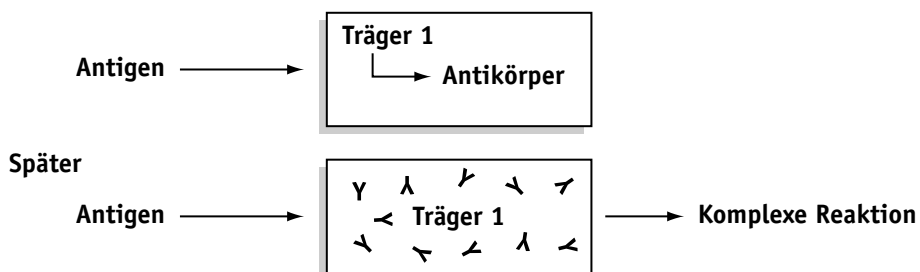
Bei einer Krankheitstheorie handelt es sich um einen noch festzulegenden allgemeinen Mechanismus für bestimmte Krankheitskategorien bzw. -gruppen. Für die Keim-Theorie der Krankheit würde eine schematische Darstellung des allgemeinen Infektionsmechanismus etwa wie folgt aussehen:



Dabei ist folgendes zu beachten:

1. Die Reaktionen werden durch viele verschiedene Arten von Keimen ausgelöst.
2. Es treten viele verschiedene Reaktionen auf – wobei sowohl jedes einzelne Organsystem (Haut, Atmung, Magen-Darm, Nerven) als auch mehrere Organsysteme zugleich betroffen sein können.
3. Die *spezifischen* Mechanismen sind sehr unterschiedlich – zum Beispiel bei Cholera im Unterschied zu Aids oder Gürtelrose.
4. Es gibt keinen speziellen Biomarker; das Identifizieren von spezifischen Keimen hat Jahre gedauert.
5. Dem Erkennen der spezifischen Mechanismen sind Präventionsmaßnahmen (Vermeidungsverhalten, Antiseptika, Sanitärhygiene, Verwendung von Handschuhen) vorausgegangen.

Für die Immun-Theorie der Krankheit könnte das Schema wie folgt aussehen:

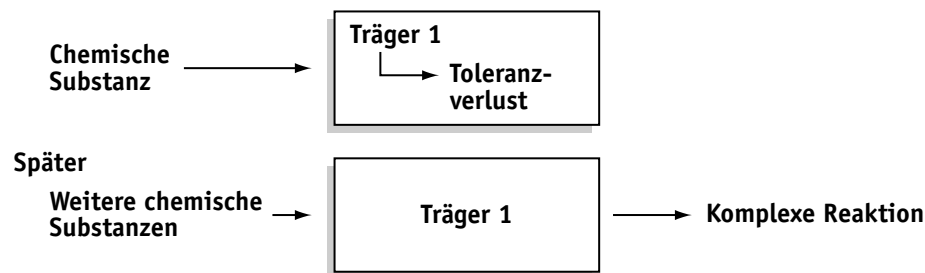


Auch hier ist wieder Folgendes zu beachten:

1. Die Reaktionen werden durch viele verschiedene Arten von Antigenen ausgelöst.

2. Es treten viele verschiedene Reaktionen auf – wobei sowohl jedes einzelne Organsystem (Haut, Atmung, Magen-Darm, Nerven) als auch mehrere Organsysteme zugleich betroffen sein können.
3. Die *spezifischen* Mechanismen sind sehr unterschiedlich – zum Beispiel bei Giftefeu im Unterschied zu Heuschnupfen oder Serumkrankheit.
4. Es gibt keinen speziellen Biomarker; das Identifizieren von spezifischen Antikörpern hat Jahre gedauert.
5. Dem Erkennen der spezifischen Mechanismen sind Präventionsmaßnahmen (Vermeidungsverhalten, Allergiespritzen) vorausgegangen.

Für TILT könnte das Schema wie folgt aussehen:



Wie bei der Keim- und Immun-Theorie, so ist auch bei der TILT-Krankheitstheorie Folgendes zu beachten:

1. Die Reaktionen werden durch viele verschiedene Arten von chemischen Substanzen ausgelöst.
2. Es treten viele verschiedene Reaktionen auf – wobei sowohl jedes einzelne Organsystem als auch mehrere Organsysteme zugleich betroffen sein können.
3. Es kann sein, dass die *spezifischen* Mechanismen sehr unterschiedlich sind.
4. Es ist denkbar, dass es für bestimmte Reaktionen keinen speziellen Biomarker gibt; das Identifizieren von Biomarkern kann möglicherweise Jahre dauern.
5. Es kann sein, dass dem Erkennen der spezifischen Mechanismen Präventionsmaßnahmen (Vermeidung von Initialbelastungen bzw. Triggern) vorausgehen werden.

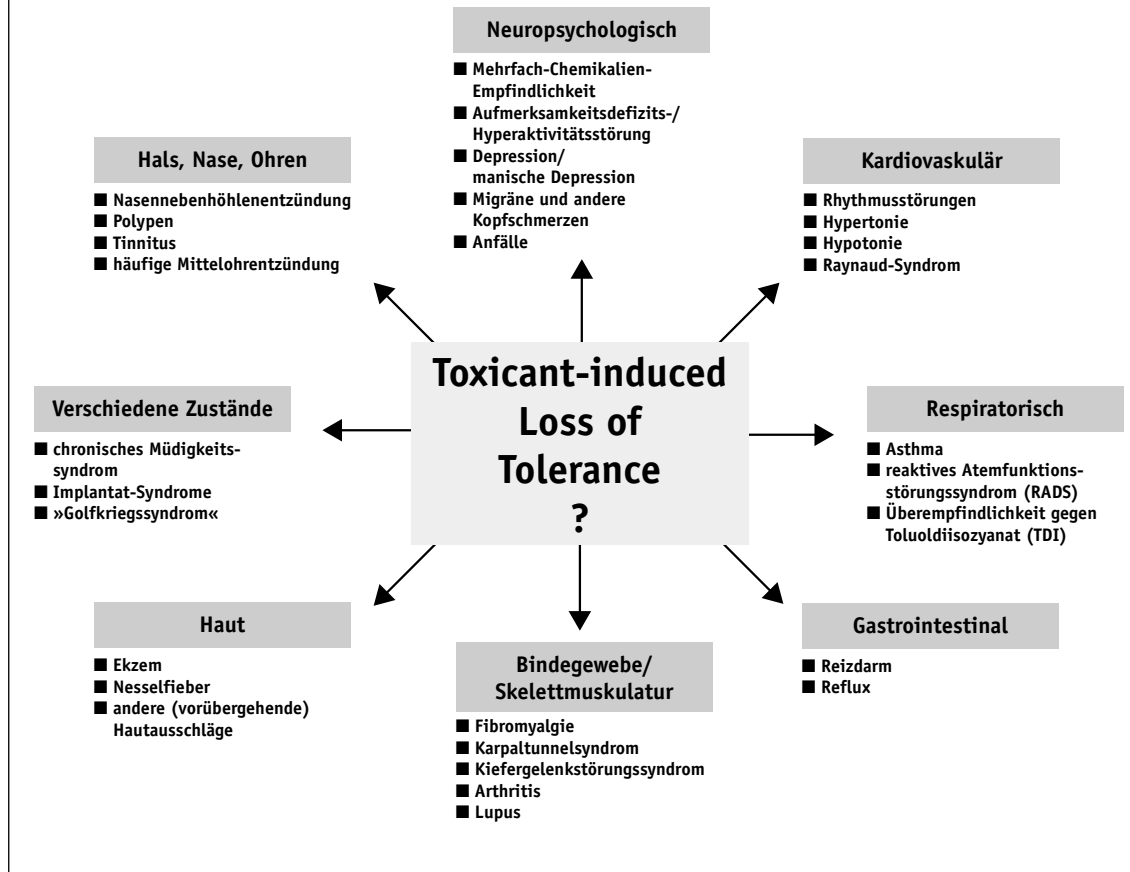
Die Konsequenzen aus TILT

Welche Konsequenzen ergeben sich aus dem »giftstoffinduzierten Toleranzverlust« (TILT), wenn man ihn als neue Krankheitstheorie ansieht?

Falldefinitionen – Wie die Keim- und die Immun-Theorie so beschreibt auch die TILT-Theorie einen *allgemeinen Mechanismus* für eine bestimmte Kategorie von Krankheiten. Dabei können die vielen verschiedenen Krankheitszustände, die möglicherweise auf den giftstoffinduzierten Toleranzverlust zurückzuführen sind – genauso wie bei jeder anderen Krankheitstheorie – nicht einfach in einer *einzig* Falldefinition zusammengefasst werden (Abbildung 8). Sowohl die Keim- als auch die Immun-Theorie berücksichtigen die Multiplizität der Syndrome und die Verschiedenartigkeit der Symptome, die sowohl jedes einzelne als auch mehrere Organsysteme zugleich betreffen können. Der Versuch, eine Falldefinition für die Kategorie der TILT-Krankheiten zu entwickeln, wäre das gleiche, als würde man versuchen, eine einzige Falldefinition zu finden, die auf alle Infektions- bzw. Immunkrankheiten passen würde – ein unmögliches Unterfangen. Als Alternative zu einer solchen Falldefinition haben wir für Untersuchungszwecke eine Reihe von – im »Umweltbelastungs- und Empfindlichkeits-Schnelltest« (QEESI) enthaltenen – Skalen von 0 bis 100 vorgeschlagen, mit deren Hilfe die Untersuchungspersonen zum einen die Schwere ihrer Symptome und Reaktionen auf Atemluftchemikalien, Lebensmittel und Arznei- bzw. Suchtmittel angeben können, und die zum anderen auch einen Index für die

Abbildung 8

Einige Krankheitszustände, die möglicherweise auf den giftstoffinduzierten Toleranzverlust zurückzuführen sind (UTHSCSA © 1996)



Maskierung (von gleichzeitigen Belastungen) zur Verfügung stellen, durch die die Reaktionen auf bestimmte Substanzen möglicherweise »verdeckt« werden (Miller und Prihoda, 1998).

Biomarker – Die Fähigkeit zur Identifikation der spezifischen Bakterien und Viren, die den Infektionskrankheiten zugrunde liegen, beziehungsweise der spezifischen Antikörper und Antigene, die bei den Immunkrankheiten eine Rolle spielen, ist erst Jahrzehnte, nachdem die Keim- und Immun-Theorie vorgeschlagen wurden, entwickelt worden. Genauso könnte es auch noch eine Weile dauern, bis spezifische Biomarker für die Kategorie der TILT-Krankheiten gefunden werden. In dieser Hinsicht scheint für TILT ähnliches wie für die Addiktion zu gelten. Merkwürdigerweise existiert nämlich für das Problem der Abhängigkeit, obwohl es bereits seit langem bekannt ist und seit Jahrzehnten daran geforscht wird, immer noch kein Labortest. Die einzige Möglichkeit, die Abhängigkeit von einer Substanz zu diagnostizieren, besteht darin, diese Substanz auszuschalten und die Reaktion des Organismus zu beobachten. Das Gleiche scheint auch für die Abdiktion zu gelten. Es ist möglich, dass wir in der Zukunft durch hochentwickelte Bildtechniken, speziell entwickelte EEGs oder Hirnblutstrom-/stoffwechsel-Messverfahren neue Hinweise auf die sowohl der Addiktion als auch der Abdiktion zugrunde liegenden spezifischen Mechanismen erhalten werden.

Diagnose und Therapie – Wenn Patienten mit Chemikalienintoleranz an einer Mehrfach-Intoleranz gegenüber ganz normalen chemischen Stoffen, Lebensmitteln und Drogen bzw. Suchtmitteln leiden, dann könnte man erwarten, dass nur das gleichzeitige Ausschalten aller Auslöser zu einer Besserung

ihres Zustands führen wird. Dieser Gedanke liegt auch dem Ruf nach der Einrichtung einer – zunächst nur für Forschungszwecke zu nutzenden – »umweltmedizinischen Einheit« (EMU) zugrunde (Miller, 1997). Solange ihnen dieses Werkzeug fehlt, verfügen die Ärzte und Forscher aber auch nicht über einen systematischen wissenschaftlichen Ansatz, um das »Hintergrundrauschen« auszuschalten und damit die Reaktionen der Patienten auf bestimmte Umweltauslöser testen zu können. Die EMU könnte sich für die Forschung in diesem Bereich als genauso unverzichtbares Hilfsmittel erweisen wie das Mikroskop für die Erforschung der Infektionskrankheiten.

Wenn der giftstoffinduzierte Toleranzverlust zur Abdiktion (und vielleicht auch zur Addiktion) führt, dann kann es sein, dass wirksame Drogentherapien für uns noch eine ganze Weile schwer fassbar sein werden. Man führe sich nur einmal die Tatsache vor Augen, dass bereits mehr als 50 Medikamente für eine mögliche Therapie bei Kokainabhängigkeit getestet wurden, sich davon aber bisher noch kein einziges als wirksam erwiesen hat. Die einfache Substanz Kokain wird auch als »schmutzige Droge« bezeichnet, weil sie so viele verschiedene Gehirnzelltypen – darunter auch die am Dopamin-, Serotonin- und Norepinephrin-Neurotransmitter-System beteiligten – schädigt. Dabei ergibt sich allein für das Dopamin bereits ein bekannter Zusammenhang mit fünf verschiedenen Rezeptortypen. Wenn also die Behandlung der Kokainabhängigkeit schon so schwierig ist, wie wird es dann erst mit der Behandlung von möglichen Gesundheitsschäden aussehen, die durch komplexe chemische Umgebungen mit Dutzenden bzw. Hunderten von Substanzen, wie zum Beispiel Pestizidgemischen, luftverunreinigenden Substanzen in belasteten Gebäuden oder Verbrennungsprodukten, verursacht werden? Wir sollten unsere Erwartungen darauf einstellen, dass die Behandlung der durch solche Expositionen hervorgerufenen Symptome keinen Deut leichter sein wird.

In der Zwischenzeit kann – bis andere Ansätze gefunden worden sind – die Ausschaltung aller möglichen krank machenden Substanzen, d.h. die Demaskierung, als der einfachste und gleichzeitig erfolgversprechendste Ansatz gelten. Bei Kokainabhängigen würde es wenig Sinn machen, wenn man versuchen würde, die unzähligen Symptome mit anderen Drogen bzw. Arzneimitteln zu bekämpfen, während sie gleichzeitig auch weiterhin Kokain nehmen. Genau das könnte aber bei Patienten mit Chemikalienintoleranz der Fall sein, die gleichzeitig auch weiterhin einer Vielzahl von möglichen Allergieauslösern ausgesetzt sind – darunter vielleicht sogar bestimmte Medikamente, die ihnen zur Linderung ihrer Symptome verschrieben worden sind.

Während die Vermeidung der Exposition im Falle der Abhängigkeit als hauptsächliche Therapie allgemeine Anerkennung findet, ist derselbe Ansatz im Falle der Abdiktion bzw. Chemikalienintoleranz bisher noch nicht allgemein anerkannt – und das, obwohl die Vermeidung nach Aussage der Patienten genau die Therapie ist, von der sie am meisten profitieren (Miller, 1995; LeRoy et al., 1996; Johnson, 1996). Lax und Henneberger (1995) haben herausgefunden, dass Patienten mit Chemikalienintoleranz, die mindestens die Hälfte der von ihnen selbst als Auslöser beschriebenen Substanzen meiden, bei in einem Zeitraum von 6 Monaten bis 2½ Jahren nach der Erstuntersuchung durchgeführten Folgeuntersuchungen häufiger als Patienten, die diese Substanzen nicht meiden, zu der Aussage neigen, es ginge ihnen besser. Ebenso haben Fukuda und Mitarbeiter (1998) herausgefunden, dass einer der Risikofaktoren für andauernde schwere Symptome bei erkrankten Golfkriegsveteranen das Rauchen war – wobei der Fall bei Frauen noch anders lag. Wenn die erkrankten Golfkriegsveteranen nun also tatsächlich das Tabakrauchen nicht mehr vertragen, aber trotzdem noch weiter rauchen, dann gibt es keine Medikamente, mit denen man ihre Symptome beseitigen könnte. Deshalb müssen sie mit dem Rauchen aufhören. Paradoxe Weise scheinen aber gerade bei dem Versuch, dies zu tun, bei einigen von ihnen (als mögliche Folge ihres Toleranzverlusts) schwere Entzugserscheinungen aufzutreten, wodurch ihnen das Aufhören noch besonders erschwert wird.

Prävention und öffentliche Gesundheitspflege – Der Erfolg, der bei der Reduzierung der durch Wasser übertragenen enterischen Krankheiten erzielt wurde, ist weniger auf die Verbesserung der Antibiotika als auf vernünftige Präventions-/Sanitationsmaßnahmen zurückzuführen. Wenn es sogar in unserer heutigen Zeit noch zu einem Ausbruch einer enterischen Krankheit kommt, dann bleibt dies ein Signal dafür, dass die Sanitationsmaßnahmen versagt haben. Statt die durch belastete Raumluft bzw. Pestizidbelastungen hervorgerufenen Krankheiten medikamentös zu behandeln, besteht der vernünftigste und sparsamste Ansatz darin, die Sanitationspraktiken zu verbessern, d.h. die Belastungen

soweit unter Kontrolle zu halten, dass die betreffenden Personen erst gar nicht krank werden. Die gesellschaftliche Akzeptanz der Keim- und Immun-Theorie der Krankheit hat den Weg für die Durchführung von wirksamen Präventionsstrategien frei gemacht – wobei besonders auffällig ist, dass diese Strategien bereits Jahrzehnte, bevor die mit diesen Krankheitskategorien in Verbindung gebrachten spezifischen Bakterien bzw. Antikörper entdeckt wurden, zur Standardpraxis geworden sind. (So rechnet man es ja auch einem gewissen John Snow als Verdienst an, dass er – 30 Jahre vor der Entdeckung des Cholera-Bakteriums durch Koch – den Pumpenschwengel in der Londoner Broad Street beschädigt und damit die Cholera-Epidemie in der Stadt beendet hat.) Wie im Falle der Keim-Theorie, so könnte uns auch eine Akzeptanz der TILT-Krankheitstheorie in die Richtung von vernünftigen Präventionspraktiken und die Entwicklung von sichereren Produkten voranbringen, obwohl wir bisher weder die spezifischen Mechanismen kennen, die bei TILT eine Rolle spielen, noch über Biomarker verfügen.

Und was wird die Zukunft für uns bereit halten? Wenn die durch chemische Belastungen induzierte Abdiktion/Addiktion das Kernproblem der Krankheiten, deren Zeuge wir gerade werden, darstellt, dann haben wir möglicherweise noch einen weiten Weg vor uns. Um ein Gefühl für die noch vor uns liegenden Hürden zu bekommen, müssen wir uns nur einmal Folgendes vor Augen führen: die ambivalente Haltung der Bevölkerung gegenüber dem Problem der Abhängigkeit, den Einfluss der Wirtschaftsinteressen (insbesondere im Bereich der Umweltmedizin), die um sich greifenden psychologischen Erklärungen und schließlich auch die Komplexität von derartigen neuen Konzepten wie TILT, Maskierung und Abdiktion. Wenn der giftstoffinduzierte Toleranzverlust bei chronischen und mit hohen Kosten verbundenen Zuständen wie Asthma, Angstzuständen, Depressionen, chronischer Müdigkeit, Migräne sowie bei den Krankheiten der Golfkriegsveteranen eine Rolle spielt, dann müssen wir uns aber gleichzeitig auch vor einer gewissen Selbstzufriedenheit hüten und weitere Forschungen betreiben bzw. Präventionsstrategien anwenden, die den bei TILT ablaufenden Regeln Rechnung tragen.

Schlussbemerkung

Eines der Definitionsmerkmale der Wissenschaft ist, dass sie von korrigierbaren, vorläufigen Thesen ausgeht (Miele, 1998). Und so stellt denn auch die TILT-Krankheitstheorie – ebenso wie die »Keim«- und »Antikörper«-Theorie – eine grobe, allgemeine Formulierung dar. Die TILT zugrunde liegenden *spezifischen Mechanismen* müssen dagegen noch aufgeklärt werden. Dabei kann es – so seltsam es auch klingen mag – wichtig sein, dass wir diesen Mechanismus zum jetzigen Zeitpunkt nicht allzu genau beschreiben. Während es einerseits eine Reihe von spezifischen Mechanismus-Hypothesen gibt, die es wert sind, dass wir sie untersuchen und Forschungsgelder dafür bereitstellen (siehe Ashford und Miller, 1998), brauchen wir andererseits unbedingt auch eine allgemeinere und weniger angreifbare Theorie, die den gemeinsamen Beobachtungen, die Ärzte und Wissenschaftler aus mehr als einem Dutzend Ländern in den letzten Jahrzehnten gemacht haben, Bedeutung verleiht. TILT ist eine solche allgemeine Formulierung, die nicht nur einen neuen Rahmen für unsere Diskussionen und Forschungen zur Verfügung stellt, sondern auch Vorschläge für sinnvolle, vorläufige Therapie- und Präventionsmaßnahmen bei einer Vielzahl von chronischen und mit hohen Kosten verbundenen Krankheiten bereithält.

Die Literaturliste kann bei der SPD-Bundestagsfraktion bezogen werden.

Impulsreferate



Dipl.-Chem. Gerd Schneider,
Interessengemeinschaft der Holzschutzmittelgeschädigten

Probleme bei der toxikologischen Risikobewertung

Ich möchte Ihnen eins versichern, ich mach das ganz schnell und ganz kurz, so wie sich das für einen Impuls gehört. Den ersten Impuls gebe ich, obwohl der Betreffende nicht da ist. Ich bin nun seit 15 Jahren – eigentlich schon pensionsberechtigter – Umweltsprecher von verschiedenen Verbänden und wollte Michael Müller einfach nur mal sagen, wieviel hundert Leute in diesen 15 Jahren seinen Namen genannt haben als die große Hoffnung auf eine Bewegung in der Politik in Sachen Umwelt. Michael Müller ist, vielleicht können die Kollegen von der Partei ihm das übermitteln, mir über 15 Jahre hin bekannt geworden als ein großer Trost im Hintergrund, der, wenn alles unbeweglich starr wird, scheinbar immer noch in der Lage ist, irgend etwas zu aktivieren. Also ganz klar an dieser Stelle vielen Dank, Michael Müller.

Was die heutige Tagung hier angeht, erlauben Sie mir, etwas zu zitieren, was vielleicht doch nicht ganz üblich, aber sehr passend ist. Hören Sie drei Register aus den 927 ewigen Weisheiten des Buddha.

Unter Nummer 32 ist zu lesen: »Wir müssen in der Unsicherheit teilweiser Freiheit, teilweiser Macht und teilweisen Wissens leben.«

Nummer 33: »Alle wichtigen Entscheidungen müssen wir auf der Basis unzureichender Daten fällen.«

Nummer 34: »und doch sind wir verantwortlich für alles, was wir tun.«

Ich will keineswegs die Flucht in ostasiatische Philosophien antreten. Im Gegenteil, ich möchte damit einfach noch mal zusammenfassen, was Buddha schon gewusst, und was wir hier heute schon sehr oft gehört haben. Ich möchte einen meiner Schwerpunkte darauf legen, was wir sehen müssen: Diese *Unsicherheiten* in den Bewertungen, den Phänomenologien, was wir Umweltkrankheiten nennen, sind meiner Meinung nach diejenigen Dinge, die endlich mal nach außen getragen werden müssen. Ich sehe hier in diesem Raum heute einmal wieder viele Leute, viele Ärzte, viele Wissenschaftler, die seit vielen Jahrzehnten auf unserer Seite arbeiten, die eine Unmenge von Datenmaterialien gesammelt haben, Beobachtungen vorliegen haben, auch Forschungen getrieben haben, und ich frage mich: Wie kommt es, dass deren Ergebnisse nicht nach außen dringen, dass diese Resultate niemand hört?

Es ist immer wieder dasselbe. Ich kann Ihnen Hunderte von Ärzten nennen, die souverän auf diesem Gebiet der MCS arbeiten, die aber keiner kennt. Und wenn es zu Gerichtsverfahren kommt, wen bekommen wir als Gutachter? Die Kollegen Greim & Co! Immer wieder stehen ausschließlich diese Leute da und erklären mit einer arroganten Selbstsicherheit dem Richter, dem Staatsanwalt, den Behörden u.a.: Das kann alles nicht sein, so etwas gibt es nicht.

Nach der Vorführung ihrer Arroganz scheint auf einmal alles wieder heile Welt, und alle glauben den Aussagen der Erlanger Schule und nur der. Die Diskussion ist zu Ende, das Urteil wird gesprochen, Wohnraumsanierungen finden nicht statt, der Betroffene muss zahlen.

Von daher richtet sich meine Rede vor allem an die Politiker. Wir müssen jetzt nicht große Ziele erreichen, aber ein kleines nächstes Ziel sollte sein, dass wir wenigstens das, was schon Buddha wusste, wieder in unser aller Wissen rücken, auch in das Wissen der Entscheidungsträger und der Erlanger Arbeitsmedizin-Schule. Damit meine ich, dass die Unsicherheiten in der Toxikologie/Medizin bekannt werden, damit jeder Arzt, jeder Gutachter zum Betroffenen wenigstens sagt: »Das kann ich nicht entscheiden, weil ...«, oder »Das könnte sein ...«. So aber hört der Betroffene nur: »Komm, stell dich nicht an, nimm mal Lexotanil. Und wenn es nach 2 Monaten nicht besser ist, dann gehst du eben mal in die geschlossene Psychiatrie.«

Dass wir die Basis des Unwissens verkleinern müssen, ist ja auch heute hier offen zur Sprache gekommen. Wir brauchen endlich – neben anderen Dingen – eine fokussierte toxikologische Forschung, die endlich loslässt (Frau Vogel hat diesen Namen eben schon genannt) von ihrem archaischen Idol Paracelsus (der übrigens nicht seit dreihundert, sondern schon seit fünfhundert Jahren tot ist).

Ich darf Ihnen hier einmal so arrogant entgegentreten wie die o.g. Kollegen

Ich würde, um die Forscher- und Gutachtertätigkeiten zu sanieren, empfehlen, dass die Herren Greim, Lehnert usw. einmal drei Jahre aufs Gymnasium gehen und einen Leistungskurs in Chemie und Mathematik absolvieren. Das täte jedem wirklich gut, nach fünfhundert Jahren Paracelsus-Lehre. Ich persönlich komme von der Theoretischen Chemie und ich kann mir immer nur wieder an den Kopf fassen, wenn man bis heute die Begriffe wie Dosis-Wirkungs-Beziehung und Wirkschwelle einfach und überall pauschal aufrecht erhält und in jedem Betroffenen danach wühlt. Herr Jaumann hat bereits heute morgen hier erwähnt, dass der Organismus aus zig Billionen Zellen besteht, die alle untereinander vernetzt sind und kommunizieren. Ich kann Ihnen garantieren, dass in derartigen chemischen Systemen das sog. Chemische Gleichgewicht, Grundbedingung für die Dosis-Wirkungs-Beziehung und für eine Wirkschwelle, eher die Ausnahme ist. Es sind sog. chaotisch strukturierte Systeme, von denen es seit etwa hundert Jahren ganz klare mathematische Modelle gibt, die ich den Herren Greim et al. gerne einmal beibringen möchte.

Die Forderung nach nicht-mittelalterlicher Toxikologie enthält auch die Forderung nach einem vollständigen Datensatz zur pulmonalen Toxizität der Stoffe, also die toxikologische Bewertung eines Stoffes für den Fall, dass er über die Atemwege appliziert wird. Ich bin noch immer fassungslos, wenn ich lese, wie man bei Rattenversuchen Chemikalien bewertet, die eingeatmet werden und dabei völlig »vergisst«, dass viele Stoffe hundertfach toxischer wirken, als wenn sie über den Magen-Darm-Trakt appliziert würden.

Ich erinnere mich da sehr gut an ein Schreiben einer Herstellerfirma für Holzschutzmittel: Ein Mitglied unseres Verbandes bekam Mitte 1980 (!) von deren Wissenschaftlern ein Schreiben, dass man durch PCP-verseuchtes Holz nur dann vergiftet werden könne, wenn man dieses Holz esse, was ja im allgemeinen nicht üblich ist.

Wir brauchen weiterhin in einem neuen toxikologischen Bewertungsansatz klare Aussagen über intra-individuelle Empfindlichkeitsunterschiede, basierend auf einem Enzym polymorphismus und anderen genetischen Vorbedingungen, und wir brauchen Daten über Stoffwechsel und Signaltransduktion von Nerven- und Immunzellen.

Ich hoffe nur, dass die Politiker, die jetzt wie Sie an den Schalthebeln sitzen, diese Notwendigkeiten endlich einmal umsetzen können.

Der zweite Impuls, den ich geben wollte, ist der: Im Gegensatz zu den Äußerungen der Ministerin heute morgen und in Übereinstimmung mit den Aussagen von Michael Müller muss ich hier sagen: Wir können nicht warten, bis irgendwelche Forschergruppen oder Bundesinstitute umstrukturiert worden sind im Sinne einer neuen toxikologischen Forschung und bis sie dann ihre Resultate vorobjektiviert haben. Dann gehen nämlich 30 oder 40 Jahre ins Land.

Wir müssen also jetzt und sofort mit dem Handeln beginnen und an vorhandenen Gesetzen eingreifen. Sie werden staunen, an wievielen Stellen dies möglich ist. Nur: Unter Vorsorgeaspekten muss dies geschehen. Ich will hier nur einen einzigen möglichen Eingriffspunkt nennen: Die meisten MCS-Pro-

blematiken entstehen im Bereich des unmittelbaren Wohnumfeldes. Deshalb möchte ich Sie von der Politik bitten: Machen Sie doch sofort ganz konkrete Pläne, wie Vorsorgewerte für Baustoffemissionen gemäß der Forderung der Bauproduktenrichtlinie gefunden werden können und wie sie umzusetzen sind. Diese Vorsorgewerte sind Gesetz, aber bis heute gibt es sie einfach überhaupt nicht. Wenn wir z.B. da weiterkommen könnten, dann können auch Richter wieder entscheiden. Und dann sind wir auch diese jämmerlichen Gutachter los, die einfach auftreten mit dem Habitus: »Wir sind das Recht, weil wir Recht haben.« Und dann ist auch endlich der Hersteller zum Schadensersatz verpflichtet, nicht mehr der Geschädigte.

Schönen Dank.



Dr. rer. nat. Ulrich Warnke,
Universität des Saarlandes

Gefährdung durch elektromagnetische Felder? Der aktuelle Stand der Diskussion

Wir alle befinden uns permanent innerhalb von elektrischen, magnetischen und elektromagnetischen Feldern; dies sowohl unter freiem Himmel als auch in jedem umbauten Raum. Die Felder ermöglichen, dass wir fast an jeder Stelle über Rundfunk- und Fernsehempfang oder Handy, Radar und Satelliten kommunizieren können und neuerdings sogar mit Hilfe von »Leitstrahlen« im Straßenverkehr navigieren können.

Neben diesen hochfrequenten Feldern sind wir gleichzeitig permanent von niederfrequenten Kraftfeldern umgeben, ausgehend z.B. von Hochspannungsleitungen, Bahnstrom oder Haushaltsgeräten und Leitungen.

Alle Feldkräfte überlagern sich. An einigen Stellen addieren sie sich, an anderen löschen sie sich aus.

Wir haben keinen physiologisch adäquaten Sinn, der uns die Anwesenheit der Felder ins Bewusstsein bringen könnte, so dass wir auch nicht wissen können, wann die Felder stark sind und wann schwach.

Die entscheidenden Fragen sind: Beeinflussen diese Felder unsere Gesundheit und wenn ja, ab welchen Stärken? Wie sehen die Grenzwerte aus? Wie groß ist unser Risiko? Wie verhält sich die Politik?

Vorrangig zwei Methoden stehen zur Verfügung, um Antworten auf die Fragen zu erhalten.

1. Über Material aus epidemiologischen Metastudien werden Tendenzen zur Belastung vergleichbarer Bevölkerungskollektive formuliert.
2. Standardisierte Versuche an Menschen und anderen Organismen sowie Laborversuche in vivo und in vitro zeigen bestimmte Wirkungsmechanismen auf.

Erst wenn beide Methoden eine Einheit in ihrer Ergebnis-Interpretation ergeben, wenn also der Wirkungsmechanismus die Ergebnisse der epidemiologischen Untersuchungen unterstützt, kann man von echten Wirkungen sprechen.

Um diese Fragen zu beantworten, wird weltweit ein großer Forschungsaufwand betrieben. Noch ist nichts endgültig entschieden. Allerdings mehren sich die Hinweise dafür, dass prophylaktische Maßnahmen gerechtfertigt sind. 14 von 44 Unternehmen der Versicherungsbranche, die befragt wurden, haben EMF-Risiken bereits vertraglich ausgeschlossen oder vereinbarten Zusätze und Aufzahlungen.

Wo stehen wir heute?

Bei der Behandlung des Problems wollen wir unterteilen in Wirkungen von grundlegend Niederfre-

quenzfeldern und Wirkungen von Hochfrequenzfeldern. Die Wirkungsmechanismen beider Felder sind sehr verschieden.

Niederfrequenz

Bei der Analyse der außerordentlich zahlreichen wissenschaftlichen Literatur zur Wirkung von magnetischen Feldern im Frequenzbereich von 50 und 60 Hz brauchen wir nicht einzeln ins Detail zu gehen.

Die bisher bekannten Wirkungen von Niederfrequenzfeldern sind von wissenschaftlich arbeitenden Kommissionen im Auftrag öffentlicher Institutionen sehr genau und verantwortungsbewusst zusammengetragen und zusammenfassend dargestellt worden:

1. Nach 18-monatiger Arbeit einer international besetzten Kommission von Experten im Auftrag des Nationalen Instituts für Umweltgesundheitswissenschaften, USA (National Institute of Environmental Health Sciences NIEHS) kommt die Kommission im Juni 1998 mit der überwiegenden Mehrheit der Stimmen zu folgendem Schluss:
 »Elektromagnetische Felder (Emfs) sind mögliche Karzinogene für den Menschen.« Grundlage für das Bewertungsverfahren waren die Richtlinien der Internationalen Agentur für Krebsforschung (International Agency for Research on Cancer IARC). Mit dieser Einstufung rangiert das elektromagnetische Feld in der gleichen Kategorie wie Chloroform, DDT, Blei, PBB's, Tetrachlorkohlenstoff.
2. Nach 9-jähriger Arbeit des vom US-Kongress beauftragten Sicherheitsrates (National Council on Radiation Protection and Measurements NCRP), in deren Verlauf sämtliche wissenschaftlich relevanten Untersuchungen zum Thema kritisch bewertet wurden, empfiehlt 1995 der Ausschuss (bestehend aus Epidemiologen, Gesundheitsexperten, Molekular- und Zellbiologen und Ingenieuren von Stromversorgungsunternehmen) einen Grenzwert bei niederfrequenten Magnetfeldern von 0,2 Mikrottesla (derzeitiger Grenzwert laut Verordnung 100 Mikrottesla, frühere Empfehlung 400 bzw. 5000 Mikrottesla). Der NCRP tritt dafür ein, diesen niedrigen Grenzwert ab sofort beim Bau von Kindertagesstätten, Schulen und Kinderspielplätzen ebenso wie bei der Errichtung neuer Stromversorgungsleitungen zu beachten.
 Zitat des Ausschusmitglieds Dr. David Carpenter (School of Public Health, State University of New York in Albany): »Bei jeder anderen Form von (Umwelt)-Exposition, bei der die Anhaltspunkte so stark wären wie der Zusammenhang zwischen elektromagnetischen Feldern und Krebs, gäbe es umfassende gesetzliche Regelungen. Der Hauptgrund, warum viele Mitglieder des Rates nicht bereit waren, striktere Standards festzulegen, lag darin, dass dies horrend teuer werden würde und eine Durchsetzung unrealistisch wäre.«
3. Bereits 1990 gelangte vor der Freigabe die Schlussfolgerung einer Studie der amerikanischen Umweltbehörde (Environmental Protection Agency EPA) zu diesem Thema an die Öffentlichkeit:
 »Niederfrequente Magnetfelder wirken beim Menschen wahrscheinlich karzinogen.« Die vollständige Studie wurde nie für die Öffentlichkeit freigegeben.

Aufgepfropfte Störschwingungen

Alle Punkte zusammengenommen ergeben, dass wir uns davor hüten sollten, unseren Tag und die Nacht in zu hohen magnetischen, elektrischen und elektromagnetischen Feldern zu verbringen. Um die wenig belasteten Plätze herauszufinden, bedarf es der handlichen Messgeräte. Die Warnung für den magnetischen Niederfrequenzbereich aufgrund dieser Messgeräte sollte bei den als Grenzwert empfohlenen 0,2 Mikrottesla beginnen. Die Geräte müssen preisgünstig sein, sie müssen eine Genauigkeit von mindestens 6% bei 50 Hz-Feldern garantieren, sollten aber auch hochfrequente Störschwingungen in den Meßvorgang aufnehmen, kommutierende Einbrüche, Phasenanschnitte, Transienten und Bursts.

Vor allem Transienten sind Impulse, die sich durch diverse Schaltvorgänge auf die grundlegenden Sinusschwingungen aufpfropfen. Es gibt heute keine saubere Sinus-Schwingung mehr im Verbundnetz, sondern zu jeder Zeit sind Störaufschläge messbar. Damit entsteht ein Problem.

Der derzeit festgesetzte Grenzwert für die Induktion der Magnetfelder im Niederfrequenzbereich – 100 μT – basiert auf der Verhinderung von induzierten Stromdichten in unseren Körper größer als die körpereigenen Stromdichten. Um also nicht mehr Stromdichte als maximal 2 mA/m^2 (0,2 $\mu\text{A}/\text{cm}^2$) aufkommen zu lassen, müssen die Felder mit 50 Hz Frequenz bei 100 μT Stärke limitiert werden. Diese 50 Hz-Grenzinduktion ist nur in allernächster Nähe von Geräten und Leitungen vorhanden und ist in unserer normalen Umgebung relativ selten.

Die Induktion von Wirbelströmen in unseren Organismus ist aber nicht allein von der Stärke des Magnetfeldes abhängig, sondern auch von der Geschwindigkeit der Änderung des Magnetfeldes. Wenn das Feld statt der 50 Hz schnellere 100 Hz enthält, entsteht die maximal erlaubte Stromdichte im Körper bereits bei 50 μT ; bei einem Frequenzinhalt von 1000 Hz bei 5 μT usw. Die Transienten sind immer sehr schnelle Änderungen im μs -Bereich, so dass sie bei den normal zu messenden Amplituden vergleichsweise sehr hohe Induktionsspitzen in unserem Körper erzeugen; unter Umständen höher als die derzeit gültige Verordnung vorsieht. Dies auch bereits bei wenigen 50 nT, Werte, die in unseren Wohn- und Arbeitsräumen gewöhnlich zu messen sind. Diese Transienten sind bisher in keiner Verordnung erfasst oder geregelt. Man diskutiert in Amerika, ob diese Transienten nicht die krebspromovierende Wirkung entfalten.

Wir haben deshalb Geräte für den Markt neu konstruiert, die diese Transienten erfassen. Man sieht sehr schön bei den Messungen mit unseren Geräten, dass vor allem Maschinen mit rotierenden Achsen, dann sogenannte Neonröhren und Monitore die stärkste Transienten-Emission haben.

Hochfrequenz

Das alleinige Kriterium zur Festsetzung der Grenzwerte bei Hochfrequenz ist der Temperaturfaktor. Wir wissen, Felder mit bestimmten Frequenzen können, anlog zu dem Mikrowellengerät in der Küche, Wasser und andere Moleküle in eine erhöhte Wärmephase führen. Bei zu hohen Temperaturen wird der Organismus geschädigt, also bestimmt man für jeden in Frage kommenden Frequenzbereich die Wärmeinduzierung und legt diejenige Feldstärke mit einem Sicherheitsfaktor fest, die unterhalb 1 Grad Temperatursteigerung bleibt.

Belastungsbestimmungen

Aufgrund des »Wärmekriteriums« sind folgende Werte verbindlich:

- Ganzkörperbelastung der allgemeinen Bevölkerung: 0,08 W/kg
- Kopf, Nacken, Hals: 1,60 W/kg durchschnittlich über jedes 1g Gewebe
- Extremitäten: 4 W/kg durchschnittlich über jede 10 g der Gewebe
- IRPA-Grenzwert: 1 $\text{mW}/\text{cm}^2 = 1000 \mu\text{W}/\text{cm}^2$; (Rußland früher: 300 MHz-300 GHz 5 $\mu\text{W}/\text{cm}^2$)

Die weltweit in neutralen Forschungsinstituten erlangten Ergebnisse aus Untersuchungen zu diesem Thema machen deutlich, dass das Kriterium »Wärme« als Schutz der Bevölkerung vor Hochfrequenzstrahlung nicht ausreichend erscheint.

Mobilfunk

Derzeit haben wir ca. 15 Millionen Mobilfunkbenutzer. Im Jahr 2001 rechnet man mit über 30 Millionen. Bis dahin werden sich auch die 24 Stunden aktiven Basisstationen verdoppelt haben auf ca. 40 000. Die jeweilige mittlere Sendeleistung kann dann zwar geringer ausfallen mit einem mittleren Funkzellenradius von 500 Metern, ob aber dadurch die elektromagnetische Belastung für den Einzelnen steigt oder sinkt, kann heute noch niemand sagen.

Betroffene im Bereich von Basisstationen haben das Gefühl, einer Technologie ausgeliefert zu sein, deren Wirkungen auf die Gesundheit noch nicht erforscht sind. Fehlende Information zu dem Problem und ein ignoranter Umgang mit Sorgen der Bevölkerung steigern die allgemeinen Befürchtungen.

Parameter, die das Individuum beeinflussen:

- Leistung per Kanal, Frequenz, Taktung der Signale, Anzahl der Emitter und Typ der Antenne. In Deutschland werden bis zu 8 Kanäle pro Sender verwendet. Pro Kanal wird der Takt von 217/sec verwendet, in denen das Gespräch komprimiert übertragen wird. Dazwischen ist eine sehr kurze Ruhepause. In bildlicher Vorstellung sieht es aus wie Perlen auf einer Kette. Je nach Gesprächsbelegung erhöht sich der Puls einer Basisstation: bei 2 Handys auf 434 Hz und auf maximal 1736 Hz bei voller Belegung des Senders mit 8 Handys.
- Abstand (Nahzone oder Fernzone) und geometrische Beziehungen, sowie Gelände
- andere Strukturen in der Umgebung, Spiegelungen
- Zeit, die im Feld verbracht wird

Genehmigungsstau für Mobilfunkanlagen?

Wohl auch aufgrund der Unsicherheit in der Gesundheitsfrage hat der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Az: 8S1848/98, im Urteil vom 26. 10. 1998 gefordert, jeweils eine baugenehmigungspflichtige Umnutzung der Antennenerrichtung auf Wohngebäuden, Kirchen, Universitäten u.a. öffentlichen Einrichtungen zu beantragen. Bisher brauchten die Betreiber nur die Eigentümer der Häuser per Vertrag einwilligen zu lassen. Dieses Urteil hat gravierende Auswirkungen auch auf bestehende Anlagen.

Inzwischen hat die WHO davon abgeraten, Mobilfunkanlagen in der Nähe von Schulen, Kindergärten und ähnlichen sensiblen Einrichtungen zu errichten.

Wechselwirkung mit technischen Regelkreisen

Handys sind im Krankenhaus strikt verboten, zu tödlichen Unfällen ist es bereit gekommen; Defibrillator-Geräte ließen sich nicht mehr starten.

Handygebrauch in Flugzeugen ist bei vielen Gesellschaften zu bestimmten Zeiten ebenfalls strafrechtlich verboten (Gefängnisstrafen bis 2 Jahren).

Autogebrauch ohne Außenantenne bringt ebenfalls Gefahren, z.B. werden Airbags und ABS-Systeme ausgelöst.

Biologische Effekte

Zu dem Thema Wirkungen von Hochfrequenz auf biologische Systeme gibt es eine neue zusammenfassende Veröffentlichung der Royal Society of Canada vom März 1999 »A Review of the Potential Health Risks of Radiofrequency Fields from Wireless Telecommunication Devices«.

Diese bisher aktuellste Quelle wurde bei der folgenden kurzen Übersicht mit berücksichtigt.

Das wichtigste Ergebnis: erstmalig war mit der Studie erwiesen: Hochfrequenz-Felder mit Intensitäten weit unterhalb von Wärmeeffekten können Wirkungen im Organismus, also biologische Effekte auslösen.

Ob diese Wirkungen Krankheitswirkungen haben, ist bisher nicht klar zu beantworten, weil es noch unerklärliche Widersprüche gibt. Zur endgültigen Klärung sind weitere Forschungen unerlässlich.

Was ist im Einfluss der Hochfrequenzstrahlung bekannt?

- *Zellproliferation*
Anstieg der Zellteilung, Anstieg des Zellwachstums. Nach 30 Minuten Exposition: Wachstumserniedrigung
- *Stoffwechselstörungen*

Anstieg der Oxidation der funktionellen Enzyme.

■ *Herz-Kreislauf*

Veränderung des Blutflusses – auch im Gehirn (teilweise vermindert, aber auch erhöht). Veränderung des Tonus der Blutgefäße. Einfluß auf NO-Synthese. Regulation des Kreislaufs verändert, Herzrhythmusstörungen forciert.

■ *Calcium-Efflux*

Modulation der RF im niedrigen Modus verändert Ca^{2+} Efflux und die Kalzium-Regulation.

■ *Enzymaktivitätsänderungen*

Anstieg des Enzyms Ornithin-Decarboxylase bei Amplitudenmodulation der Hochfrequenzstrahlung im niedrigen Modus, auch bei digitalen Telefonfeldern. Je stärker die Felder, desto stärker die Enzymstimulierung. Eine Tumorpromotion durch dieses Enzym ist nicht sicher, aber alle Brustkrebsfälle sind mit erhöhter Enzymaktivität gekoppelt.

Setzt man ein spezielles Enzym eines hitzeresistenten Bakteriums einerseits einer Wärmequelle und andererseits einer Mikrowelle (10,4 GHz) aus, die beide 70 Grad Temperatur ergeben, dann führt die Mikrowellenbestrahlung zu einer Zerstörung des Enzyms, während die Wärmequelle bei gleicher Dauer keinen Schaden zufügt. Das bedeutet, dass nicht die Temperatur der Wirkungsmechanismus einer Zerstörung ist, sondern die Strahlungswechselwirkung mit der Mikrowelle.

■ *Hormoneinfluss*

Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-System mit den Hormonen ACTH und Cortisol ist gestört. Dadurch Störung des Immunsystems und Mikroorganismen-Ausbreitung (Hefen, Bakterien).

■ *Melatonin*

Bisher zu wenig Versuche mit Hochfrequenz, einige Untersuchungen finden Erniedrigung, aber nicht reproduzierbar.

■ *Immunreaktion*

Anfangs der Bestrahlung ist oft eine Steigerung der Immunsystem-Aktivität festzustellen, nach einigen Wochen aber immer eine Suppression im Bereich $50 \mu\text{W}/\text{cm}^2$.

■ *Spurenelemente im Blut*

Beeinflussung bei $10 \mu\text{W}/\text{cm}^2$, 2,375 MHz, 8 Stunden täglich über 3 Monate.

■ *Zell-Membran-Effekte*

Transport von Ionen, wie Na^+ und K^+ sind gestört. Na^+ sammelt sich in der Zelle an und zieht Wasser nach sich. Membrankanäle werden beeinflusst, die Proteine werden umgebaut, ebenso die Membranfette. Die Membranordnung ist gestört. Freie Radikale werden forciert tätig und schädigen Membranen.

■ *Blut-Hirn-Schranke*

Permeabilität der Blut-Hirn-Schranke ist erhöht, aber nicht alle Versuche zeigen dieses Ergebnis.

■ *Verhalten*

Das Opioid-System wird ungünstig beeinflusst, also z.B. das Erleben von Freude.

Panikattacken, Neurosen, Psychosen sind betroffen. Bei Ratten und Affen wurden die Einflussnahme von Mikrowellen auf Lernen, Gedächtnis, Zeitwahrnehmung, Aufmerksamkeit gefunden bei sehr geringen spezifischen Absorptionsraten.

Mobilfunk und Hirntumoren

Bei der Frage Tumore durch Mobilfunk ergibt sich das Problem, dass digital arbeitende Handys erst seit weniger als 10 Jahren eine größere Verbreitung haben, während die Latenzzeiten der Tumorentwicklung länger sind.

Es gibt erste wissenschaftliche Studien zum Tumorrisiko von Personen, die den Mobilfunk in Form von Handys nutzen. Eine schwedische epidemiologische Studie (akzeptiert vom »International Journal of

Oncology«, aber noch nicht publiziert) stellt fest, dass Personen, die das Handy regelmäßig an die rechte Kopfseite hielten, mit einem Risikofaktor von 2,45 einen Tumor an dieser Seite entwickeln und Personen auf der linken Seite des Kopfes mit dem Risikofaktor 2,40 einen Tumor entwickeln.

Tendenziell gleiches Ergebnis veröffentlichte soeben eine Gruppe der American Health Foundation in New York, wonach auf der Seite des Kopfes, an die üblicherweise das Handy gehalten wird, das Risiko für eine Tumorentwicklung erhöht ist. Darüber hinaus ergab sich das statistisch signifikante erhöhte Risiko für Tumorentwicklungen des Neuroepithels um den Faktor 2 bis 3. (Quelle: Microwave News und EMF-Monitor).

Zu diesen Ergebnissen passt auch ein neues Ergebnis aus dem Labor. Tice u.a., 1999 stellte statistisch signifikant fest, dass Mobilfunkstrahlung auf Zellen mit Belastungswerten SAR 5 und 10/kg über 24 Stunden zu einer Verdreifachung einer Chromosomenanomalie führt. Goswami u.a., 1999 fand mit Hilfe der Finanzierung durch Motorola, dass in einem Gen festgelegte Eigenschaften durch Mobilfunkstrahlung verändert werden kann. Dabei wird das Proto-Oncogen Fos durch die Bestrahlung mit 836 MHz in seiner Aktivität verdoppelt. Wird die Mikrowellenbestrahlung gepulst, wie beim digitalen Mobilfunk, werden 40% weiterer Aktivitätszunahme verzeichnet.

Bei Gen-veränderten Mäusen (Krebs-Supressor-Gen ausgeschaltet) werden nach Bestrahlung von D- und E-Netz-Signalen, täglich etwa 20 Minuten, bei 18-monatiger Exposition, 2,4 mal so häufig bösartige Tumore erzeugt.

Effekte auf Gehirn-Funktionen

Am Kopf wirken bei Handy-Benutzern bis 1 mW/cm^2 . Natürliche Leistungsdichten innerhalb des Organismus sind $0,001 \text{ mW/cm}^2 = 1 \text{ } \mu\text{W/cm}^2$.

Gehirnfunktionen des Menschen ändern sich im Einfluss von Mobilfunk-Hochfrequenzen (Alan Preece, University of Bristol), sind aber nicht automatisch krankmachend. Bei Vögeln sind laut Versuchsergebnis rund 60% der Nervenzellen im Gehirn betroffen. Diese Ergebnisse sind bisher aber nicht reproduzierbar. Beim Menschen wird berichtet von: Epilepsie-Anfällen, Schlaf-Problemen, »RFR syndrome« oder »microwave radiation sickness«, Kopfschmerzen, Depressionen.

Diese Effekte sind teilweise eindeutig und teilweise nicht eindeutig korrelierbar mit der Hochfrequenzstrahlung. Einige Menschen können die Strahlung spüren.

Was bisher übersehen wurde

Da der Mensch ohne Zweifel für seinen eigenen Aufbau und seine Funktion die gleiche Qualität von elektromagnetischen Kräften verwendet, wie die außerhalb des Menschen technisch etablierten elektromagnetischen Kräfte, ist eine Beeinflussung unumgänglich.

Die Evolution konstruiert uns mit vorhandenen Energien

Der Mensch muss betrachtet werden im Zusammenhang mit seinen Entstehungsbedingungen, den Kräften, die ihn aufbauen und erhalten, der Welt, in der er sich bewegt und von der er seine Aufbau-stoffe nimmt, kurz, in seiner Beziehung zum Ganzen, in seiner universellen Integration.

Das System Mensch war in jeder Phase seiner Entstehung abhängig von den in seiner Umgebung wirkenden Energien und Kraftfeldern. Wenn Kraftfelder wirken, dann sind sie unter allen Umständen kompatibel mit den Energien und Kraftfeldern des Systems auf das sie wirken. Kraftfelder, die den Menschen aufbauen, sind deshalb identisch mit Kraftfeldern, die an der Erdoberfläche wirken. So ist es beispielsweise plausibel, wenn wir davon ausgehen, dass wir schon immer ein Spielball der Außenenergien innerhalb der Evolution waren. Wir konnten uns ja nur evolutionieren aufgrund der Außenenergien, die uns letztlich konstruiert und aufgebaut haben: von der allerersten Sekunde an war Kosmos, Erde, Natur-pure Quantenwechselwirkung.

Das System Mensch verwendet Energien, von außen kommend, zum optimalen Aufbau, zur optimalen Funktion und für eine Regulierung der Homöostase. Wären das nicht die Prämissen, dann hätte die Evolution uns nicht so konstruiert, wie wir sind.

Welche natürlichen Energien waren und sind heute noch vorhanden?

1. Energien in der Nahrung (Außenenergien, die als Innenenergien übernommen werden) sind vorrangig Bindungsenergien der Moleküle und individuelle Energien der Elektronen, beide sind primär durch Sonnenlicht in Pflanzen gebunden worden.
2. Neuformierung von Bindungsenergien (Innenenergien) zwischen Atomen und Molekülen, die von der DNA als Bauplan des Organismus vorgegeben werden.
3. Energien aus dem Kosmos und von der Erde (Außenenergien, die vorteilhaft über Rezeptoren perzipiert werden.).

Als Strahlung ist auf der Erdoberfläche wirksam:

1. Erde-Ionosphäre-Resonanz-Schwingungen
2. Atmosphärenfenster-Durchlass von
 - 2.1 Sonnenlicht
 - 2.2 Hochfrequenzstrahlung aus dem Kosmos
3. Atmosphärische Gegenstrahlung (Erdstrahlung regt Luftmoleküle an)
4. Erdstrahlung

Die Quantenkonstruktion Mensch

Wir bestehen aus nichts anderem als aus Atomkernen und Elektronen. Der Raum zwischen diesen beiden elementaren »Bausteinen« ist – relativ gesehen – immens. Vergrößert man den Atomkern auf die Größe eines Fußballs, dann wäre das nächste Elektron in einer Entfernung von ca. 10 km zu finden. Der Raum dazwischen ist »leer«. Unser Körpervolumen besteht zu mehr als 99,99% aus dieser »Leere«. Würde diese »Leere«, dieses »Vakuum« aus unserem Körper entfernt werden, dann müsste man uns mit dem Mikroskop suchen, so winzig wären wir; aber unser Gewicht würde gleich bleiben.

Die Frage ist nun, was geschieht in diesem »Vakuum«?

Hier finden alle energetischen Voraussetzungen für Kraftwechselwirkungen statt, die Moleküle aufbauen, also Materie bilden und uns funktionieren lassen. Letztlich hat alles, was mit uns geschieht und alles, was wir machen, den Ursprung in der Beeinflussung der Energie in unserem »Vakuum«. Alles, was wir als Funktion des Hormon- und Enzymsystems oder des Immunsystems kennen, geschieht in erster Stufe durch Energieverschiebungen in unserem »Vakuum«. Aber auch die Wirkung unserer Psyche auf die Materie des Körpers entsteht durch Steuerung der Vakuumenergie.

Was hat das mit Gesundheit zu tun? Wie kann man sich mit dem »Neuen Denken« vertrauter machen?

Das Vakuum besitzt grundlegend alle energetischen Möglichkeiten im Zustand der Wahrscheinlichkeit. Die jeweilige Umgebung eines betrachteten Vakuumraumes entscheidet darüber, welche Energiegröße in die Realität geschaltet wird. Voraussetzung für diese Realitätsschaltung ist die energetisch »passende« Größe, also etwa eine Resonanz. Eigentlich wird der Raum für jeweils passende Wellenlängen eingegrenzt. Die Physik sprach früher vom Beobachtereffekt, heute heißt das auch Verfestigung durch »Welcher-Weg-Information«. Sind die Voraussetzungen erfüllt, dann kollabiert die Welle der Wahrscheinlichkeit und an ihre Stelle tritt ein Energieteilchen wie ein Quant oder ein Photon. Dieses Energieteilchen erschafft nun eine Kraftwirkung, also die Bildung einer Realität.

Das heißt, dass im Vakuum nicht nur Realität erzeugt wird, sondern auch die Gesundheit, so, wie sie in der Evolution durch unsere Gene festgelegt wurde. Die DNA hat dabei die Funktion, Resonanzkörper

wie Proteine immer wieder neu zu erzeugen und an die richtige Stelle innerhalb einer Matrix zu platzieren, damit die richtigen Kraftbrücken – was identisch ist mit Quantentransfer – unsere Form aufbauen und erhalten und uns optimal funktionieren lassen.

Die »fernwirkenden« Kräfte im Vakuum beruhen auf schwingenden elektromagnetischen Feldern. Die Energie des jeweiligen Feldes entspricht der Anzahl der Schwingungen pro Sekunde, also der Frequenz. Die Frequenz ist sozusagen die Sprache der Atome und der Moleküle in unserem Körper, auch der Zellen, der Organe und der Regelkreise. Alles, was die gleichen Dialekte spricht, also was sich gegenseitig verständigen kann, tauscht Energie und Kräfte aus.

Auch Information beruht auf Kräften; Information ist codierte Energie, also z.B. pulsierende elektromagnetische Frequenz.

Genau mit diesen elektromagnetischen Kräften funktioniert fast alles, was wir mit Leben bezeichnen. Für das neue Verständnis ist daher elementar, dass unsere Gesundheit und Krankheit durch diejenigen Prozesse begründet werden, die im Vakuum quantenphysikalische Kräfte übertragen. Wenn man erkannt und akzeptiert hat, dass Krankheit auf gestörten Kräfteübertragungen beruht, dann muss man bei der Ursachenforschung und Behandlung auch dort ansetzen: also nicht Massen betrachten, sondern miteinander wechselwirkende elektromagnetische Schwingungen und Oszillationen.

Alles organische Leben existiert innerhalb von elektromagnetischen Biofeldern – sämtliche »Bioregulatoren« wie die Kommunikationsstrukturen Antigen-Antikörper, Enzym-Substrat oder Hormon-, Mediator-, Neurotransmitter-Rezeptor funktionieren in diesem quantenphysikalischen Raum.

Die Konstruktion Mensch ist ein Energiesammler

Hochfrequenzen können absorbiert werden, oder sie koppeln über andere Mechanismen wie Zeitkonstanten. Mit Zeitkonstante ist z.B. die Lebensdauer von Freien Radikalen gemeint. Wenn die Zeit der Lebensdauer mit der Zeitdauer der Halbwelle einer elektromagnetischen Schwingung übereinstimmt, dann können Elektronen eine Spinumkehr erfahren, wodurch das Freie Radikal nicht mehr so einfach neutralisiert werden kann und länger am Leben bleibt und seine zerstörerische Wirkung entfaltet.

Absorber der Energien innerhalb des Organismus sind neben Wasser vor allem Proteine, insbesondere Enzyme. Funktionell wichtig sind die Proteine in Membranen, die als Pumpen, Kanalelemente und Antennenelemente arbeiten und die die Permeabilität des Materietransports in das Cytosol hinein regeln.

Wichtig in dem Geschehen ist folgendes: Im Organismus kommt es bei der Kommunikation der Reaktionspartner nicht auf die Leistungsdichte der Quantenstrahlung an (Leistungsdichte W/cm^2 ist ein Ausdruck für die Anzahl der Quanten pro Fläche). Z.B. reichen 5 Quanten (Photonen) aus, um der Retina Information zukommen zu lassen. Auch Hormon-Rezeptor-Partner sowie die Partner Enzym-Substrat und Antigen-Antikörper arbeiten mit wenigen Quanten. Verstärkt wird die Funktion erst als Folge dieser Kraftbindungen in entsprechend aktivierten Kaskaden.

Wir halten also fest: Enzyme setzen für ihre Tätigkeiten spezifische Quantenenergien ein und lassen sich durch resonante Energien anregen, auch durch von außen eingekoppelte Mikrowellen.

Einen weiteren Quantenenergie-Resonanzbereich finden wir bei Enzymen im sogenannten Temperatur-optimum, entsprechend 33 bis 37 °C. Dieser Bereich ist bereits gut beschrieben.

Grob gilt die Regel: Je höher die Frequenz der einwirkenden elektromagnetischen Schwingung, desto geringer die Eindringtiefe. (Eine elektromagnetische Schwingung von 24 GHz hat eine Eindringtiefe bei einer Abschwächung von $1/e$ ($1/2,7$) von nur noch 0,07 cm. Der Grund dafür liegt in der hohen Absorption dieses Energiebereichs durch Wasser. Vorteile bringt dies für den Energietransport durch Konduktion (z.B. auch für die Wärmeleitfähigkeit). Wird eine trockene, verhornte Oberhaut durchfeuchtet, so steigt der Energietransfer um mehrere hundert Prozent.

Ist die Hornhaut nicht durchfeuchtet, kann die Energie über spezielle Empfangsareale eingekoppelt werden. Dieses Prinzip der speziellen Einkopplung macht eine selektive Verwendung der Energie möglich. Das einstrahlende elektromagnetische Feld wird an Flächen erhöhter Leitfähigkeit zum Körper-

elektrolyten (als größere Kapazität) fokussiert. Dieses Prinzip erinnert an die Seitenlinienorgane von bestimmten Fischen.

Quantenmedizinisch muss deshalb besonderes Augenmerk auf die künstlich freigesetzten Außenenergien – von Mikrowellen über Handyfrequenzen, Radar über Satellitenfunk bis zu Militärtechnologien – gelegt werden, deren höherfrequente und energiereichere Strahlungen immer stärker mit unserem Organismus in direkte Wechselwirkung treten. Denn die in unserem Organismus verwendeten elektromagnetischen Schwingungen sind qualitativ völlig identisch mit den künstlich freigesetzten elektromagnetischen Schwingungen um uns herum.

Die gegenwärtigen Richtlinien und Vorschriften berücksichtigen keinerlei Quantenmomente im Körper. Dass etwa die technisch erzeugten Hochfrequenzen mehr als mechanische Wärme erzeugen und mit ihren Quanten direkt in das körpereigene Funktions- und Kommunikationsgeschehen adäquat eingreifen, wird einfach ausgeblendet und übersehen.

So unterschätzt man im übrigen auch die elementare Rolle der wichtigsten Energiesammelzentren unseres Organismus: Haut und Lunge. Bei der Lunge beispielsweise werden pro Kubikzentimeter eingatmeter Luft mehr Elektronen umgesetzt als Sterne in unserer Galaxie vorhanden sind, von denen jedes Elektron quantenphysikalisch Energie überträgt. Auch die Haut wird als Empfangsorgan für Quanten verkannt, während das Blut ebenfalls als eine vorzügliche Antenne und als ein Überträger von Quantenenergien begriffen werden muss, das auch ganz andere Quantenenergien als Wärme übertragen kann. All dies wurde in der Schulmedizin so nie dargestellt, spielt aber für unsere Gesundheit eine entscheidende Rolle.

Welche Rolle spielt die Psyche?

Die Vakuumenergie unseres Körpers ist immer von zwei Seiten beeinflussbar: Erstens von direkten energetischen Einflüssen aus der Umwelt und zweitens von dem, was wir als Geist und Seele bezeichnen, also von der Psyche.

Die rein psychische Erwartung, dass die Umwelt uns krank machen könnte, schädigt die Körperfunktionen nachgewiesenerweise selbst dann, wenn keinerlei Noxen aus der Umwelt einwirken.

Der Geist verwendet das Bewusstsein zur Zielsetzung und zur Kraftübertragung genauso wie das Elektron das Quant oder Photon zur Kraftübertragung verwendet; dies kann nur im »Vakuum« stattfinden. Das Bewusstsein fokussiert das Ziel, der Wille bahnt den Weg zum Ziel als Energietransfer. Damit steuert das Bewusstsein die Materie unseres Körpers.

Solange man diese Vorgänge nicht versteht, könnte man meinen, die Mystik würde in die harte Wissenschaft zurückkehren, zumal sich in und um den Atomkern oder um das Elektron bisher unerklärliche, sehr merkwürdige, eben geradezu mystische Momente abspielen, die erwiesenermaßen weitreichende Wirkungen für unser Leben haben. Dazu gehört die sogenannte »Nichtlokalität«, auch EPR-Effekt genannt. Es geht darum, dass bestimmte Quanten miteinander verschränkt sein können, wie z.B. Zwilling photons, die sowohl aus unseren gängigen Lampen, aber auch aus unserem Körper herausstrahlen können. Wenn nun eines dieser Quanten irgendwie beeinflusst wird, passiert dies immer auch mit dem Zwilling und das Besondere ist, dies funktioniert unabhängig von Raum und Zeit. Wenn das eine Photon also in Kalifornien oder in einer anderen Galaxie angekommen ist und das andere weiterhin in mir herumschwirrt, dann wird eine Wirkung an meinem Photon augenblicklich eine zwar entgegengesetzte, aber sonst völlig identische Wirkung am weit entfernten Photon hervorrufen.

Weiterhin ist es auch einigermaßen faszinierend, dass die DNA ihre Elektronen nicht oder nur ganz gering zur Wechselwirkung freigibt, während wir sonst 98 Prozent der Atomkerne und Elektronen innerhalb von ca. 5 Jahren komplett austauschen. Dass dies nicht geschieht, muss also eine Bewandnis haben: immerhin ist es unsere Erbsubstanz – diese Elektronen steckten dort vor 30 000 Jahren auch schon drin. Dies spricht dafür, dass etwas Intelligentes im Sinne eines Informationsspeichers beteiligt ist, denn die DNA sorgt dafür, dass wir für neu aufgebaute Resonanzkörper immer genau den richtigen Molekülpartner und den richtigen Energietransfer finden.

Wie also funktionieren wir? Indem wir aufgrund der DNA eine stabilisierte Vakuumenergie durch Resonanz, Form, Matrix vorgegeben bekommen haben, die als »weise Funktionsautomatik« wirkt, und diese »weise Funktionsautomatik« wird durch den Glauben, zusammengesetzt aus Gefühl und Wille und getriggert durch meine alltägliche Erfahrung, also über die Bewußtseins- und Unterbewußtseinskraft moduliert.

Welche Folgen hat dieser quantenmechanische Vorgang für die Funktionen unseres Lebens und für unsere Gesundheit?

Für die Psychosomatik ergeben sich unter Zugrundelegung dieses Mechanismus völlig neue Aspekte.

Haben wir Angst und fürchten wir uns vor einer unbekanntem Größe wie vor dem »Elektro-/Magnetosmog«, so schaffen wir in unserem Körper Realitäten (u.a. Hormonausschüttungen wie Corticotropin-Releasing Hormon), die uns schließlich krank machen. Umgekehrt kann uns ein angenehmer ruhiger Bewußtseinszustand vor dem physikalischen Einfluss von »Elektro-/Magnetosmog-Energie« zweifellos schützen. Die genaue Kaskade, einschließlich sinnvoller Übungspraktiken dafür, ist im Buch »Die geheime Macht der Psyche. Quantenphilosophie – die Renaissance der Urmedizin« aufgeführt.

Quintessenz

Der menschliche Körper sowie die Natur arbeiten mit den gleichen Qualitäten von elektromagnetischen Schwingung wie die technisch erzeugten Schwingungen zur Kommunikation. Unweigerlich gibt es deshalb eine Wechselwirkung. Allerdings haben wir mit den künstlich aufgebauten Frequenzen, die bis maximal 100 GHz (10¹¹ Hz) erreichen, noch nicht das funktionelle Hauptband in unserem Körper erreicht, das im Bereich von 10¹² Hz – 10¹³ Hz liegt. Diese sehr hochfrequenten Schwingungen dringen zwar nicht tief ins Gewebe, sind aber deutlich leistungsstärker als die natürlich vorhandenen Schwingungen. Es gibt Hinweise, dass sie an strategisch wichtigen Stellen eine Quanten-Störinformation aufpropfen, die zu Funktionsstörungen und schließlich zu Krankheit führen.

Ein neuer Gedankengang bringt hochinteressante Ansätze für zukünftige Forschung: Immer dann, wenn elektromagnetische Kräfte so interferieren, dass sie sich im Vakuum auslöschen, wirkt die übrigbleibende skalare Welle (synonym mit Tesla-Welle oder longitudinale Welle). Die skalare Welle kann mit unserer Körpermaterie, die nichtlineare Eigenschaften aufweist, wechselwirken, ohne jede Abschwächung. Es ist nach Meinung verschiedener Fachleute möglich, dass wir bei dem Problem »Elektrosmog« den falschen Weg verfolgt haben. Die Zukunft wird hier eine Entscheidung bringen.

© Diese Übersicht enthält Ausschnitte mit Copyright aus den Büchern Warnke: »Der Mensch und die 3. Kraft«, 2.Aufl. 1997; »Gehirn-Magie«, 2.Aufl. 1998 und »Die geheime Macht der Psyche«, 1998, alle erschienen in Popular Academic Verlags GmbH, Saarbrücken.

Diskussion

Helga Linsler

Selbsthilfegruppen Zahnmetallgeschädigter, MCS, CFS, Hannover und Barsinghausen

Mein Name ist Helga Linsler. Ich vertrete die Selbsthilfegruppen Zahnmetallgeschädigter, MCS, CFS, Hannover und Barsinghausen. Wir haben ein Infoblatt entwickelt, das ich Ihnen heute vorstellen möchte. In diesem Infoblatt werden die wichtigsten Ursachen und Symptome der MCS, CFS und Zahnmetallgeschädigten benannt. Wir zitieren den Arzt Dr. Tino Merz, der angibt, dass der National Research Council (Wissenschaftsgremium höchster Reputation) die chemischen Sensitiven auf 15% in den USA schätzt, angewandt auf Deutschland bedeutet das 12 Millionen Sensitiver. Frau Dr. Irene Witte vom Institut für Chemie und Meeresbiologie/Oldenburger hat nachgewiesen, dass verschiedene unterhalb des Grenzwertes liegende Chemikalien in ihrer Kombination sich gegenseitig potenzieren können. In der Gesetzgebung bleiben in der Regel Kombinationswirkungen von Schadstoffen unberücksichtigt.

Unsere Selbsthilfegruppen haben Forderungen aufgestellt: angefangen von der Anerkennung der Erkrankung, dem Versicherungsschutz für Erkrankte, inklusive der Kostenübernahme von Medikamenten. Um die Krankheit zu lindern und eine weitere Ausbreitung zu verhindern, fordern wir weltweit: ökologische Landwirtschaft, Verbot von Massentierhaltung, ökologische Industrie, Verbot von Genmanipulation, Verbot der Produktion von Rüstungsgütern. Dies sind die wichtigsten Forderungen, weitere finden Sie auf dem Infoblatt.

Auf der Rückseite unseres Infoblattes haben wir Adressen von Personen und Verbänden angegeben, die sich hauptsächlich mit dem Thema Gesundheit, Ernährung, Landwirtschaft und Gentechnik beschäftigen. Wir fordern dazu auf, diese Personen anzuschreiben, um sie zu bitten, sich für die Forderungen der MCS, CFS und Zahnmetallgeschädigten einzusetzen.

Wir bitten darum, den Infozettel zu kopieren, an Freunde und Bekannte weiterzugeben oder bei der Arbeitsstelle und Geschäften auszulegen. Nur durch eine bundesweite bzw. weltweite Information über diese Erkrankung und die Umsetzung von ökologischen Rahmenbedingungen kann auf Dauer diese Erkrankung verhindert werden. Wir wollen unser Infoblatt auch in andere Sprachen übersetzen. Dafür und für die Errichtung von Infoständen benötigen wir Spenden. Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto: Hella Bleicher, SHG-Zahnmetallgeschädigter, MCS, CFS Erkr. Hann. – Barsingh., Volksbank Hann. e. G., Kto. Nr. 3623599000, BLZ 25190001.

Christel l'Orange,

Mitglied der MCS, CFS und Zahnmetallgeschädigter Selbsthilfegruppen Hannover und Barsinghausen

Es besteht eine Wechselwirkung von Giften und niederintensiver Radioaktivität. Die Messmethoden sind in Deutschland unzureichend. Eine Forscherin aus Berlin (B. Schlabit) hat mittels Farbradiografie niederintensive Radioaktivität ermittelt (durch Prüfung des Verhaltens der Elektronen im Atomverband; vergleiche mit dem Bestand der Farben des Sonnenspektrums).

Das Kernforschungszentrum Jülich hat z.Zt. die empfindlichsten Geräte und hat ihre Arbeiten bestätigt. Dentalmaterialien, besonders Keramik, aber auch Kunststoffe und Zahnzemente enthalten geringe Mengen an Uranoxiden, Zirkonium, Thonium, Cäsium und die Isotope Kalium und Kalzium 40, um diese Materialien zu sterilisieren und zu härten. Hinweis auf das Buch von Ralph Graeb: Der Petkau-Effekt. Auf Seite 110 beschreibt er die Zerstörung der Zellmembran, die fürs Immunsystem zuständig ist, bei gedehnter Bestrahlung d. h. eine kleinere Dosis über einen längeren Zeitraum ist weitaus schädlicher als eine einmalig hohe Dosis. Dr. Seelig (Biersdorf/Eifel) beschreibt die Potenzierung von Umweltgiften, Schwermetallen und Radioaktivität. Er schreibt: Dr. Petkau hat nachgewiesen, dass Lipidperoxyde durch Schwermetall – Ionen in einem aktiven Zustand gehalten werden können. Im Fall von ALS (Amyotrophe Laterale Sklerose) konnte er noch lange Zeit nach dem Tod von Patienten Schwermetallbelastung durch massenspektrometrische Untersuchungen am Nervengewebe nachweisen. Die Schäden treten zeitproportional durch Akkumulation auf. Wir haben hochsensible Nervenenden im Kopf. Wir lutschen täglich auf Quecksilber, Metalllegierungen und Radioaktivität herum und wundern uns über eine enorme Erhöhung von freien Radikalen. Es wird ein hoher Kostenfaktor und Frührentner produziert.

Informationsblatt zu den Diskussionbeiträgen von Helga Linsler und Christel l'Orange

MCS und CFS – schwerwiegende Erkrankungen, ausgelöst durch Zahnmetalle und chemische Substanzen!

100.000 Chemikalien EU-weit ohne Risikobewertung zugelassen, davon 65.000 in Deutschland!

An multipler chemischer Sensitivität (MCS) Erkrankte reagieren auf geringe Mengen von chemischen Stoffen, die vorher vertragen wurden, allergisch. MCS-Betroffene haben Probleme mit chemischen Ausdünstungen im Wohn- und Arbeitsbereich und im militärischen Bereich. Bei ihnen treten allergische Körperreaktionen auf, wenn sie mit chemischen Substanzen in Kontakt kommen, die sich in kosmetischen Artikeln, Putz- u. Waschmitteln, in der Kleidung, in der Nahrung, in Medikamenten, in Möbeln und in Auspuffgasen befinden. MCS-Patienten können auf mehrere oder auf alle chemischen Stoffe der zuvor genannten Bereiche reagieren. Bei ihnen können durch geringe Mengen chemischer Substanzen Herzrhythmusstörungen, Atemnot, Schwindel und motorische Störungen hervorgerufen werden. Oft treten Nahrungsmittelallergien auf, die den Magen- und Darmbereich stark beeinträchtigen. Ein großer Teil der Patienten hat Störungen und Schädigungen gleichzeitig in mehreren Organsystemen. Viele der MCS-, CFS- und Schwermetallerkrankten sind erwerbsunfähig. Nur die konsequente Vermeidung von Chemikalien kann die Krankheit lindern. Wie MCS wird auch CFS (chronisches Müdigkeitssyndrom) durch chemische Substanzen, aber auch durch Zahnmetalle ausgelöst.

Ein Expertenteam der Universität Bremen unter der Leitung von Prof. Dr. L. Horst Grimme belegte durch eine wissenschaftliche Studie, dass Chemikalien in Kombinationen miteinander für die Umwelt erheblich gefährlicher sind als die beteiligten Einzelstoffe. Als Konsequenz aus der Bremer Untersuchung forderte Grimme Grenzwerte nicht mehr nur nach Gefährlichkeit der Einzelsubstanzen festzulegen, sondern in Zukunft die Gesamtwirkungen von Chemikalien zu berücksichtigen (Schrot und Korn 8/99).

Eine zusätzliche Belastung ergibt sich durch die zunehmende Radioaktivität in der Umwelt (Abgabe von radioaktiven Substanzen durch Atomkraftwerke und Wiederaufbereitungsanlagen) und durch Einsatz von nieder intensiv strahlenden Zahnmaterialien und anderen Implantaten. Der kanadische Wissenschaftler A. Petkau hat schon im Jahr 1972 bewiesen, dass kleine chronische Strahlendosen in ihrer spezifischen Wirkung viel gefährlicher sein können als kurzzeitige hohe Dosen. Sie schädigen die Zellmembranen. Intakte Zellmembranen sind für gesundes Leben entscheidend.

Die amerikanische Umweltbehörde (EPA) definiert MCS als »Sensitivität gegenüber Chemikalien, die vorher vertragen wurden«, ganz ähnlich der National Research Council (NRC) der Vereinigten Staaten, ein Wissenschaftlergremium höchster Reputation, der die Anzahl der chemisch Sensitiven auf 15% schätzt. Angewandt auf Deutschland bedeutete dies 12 Millionen chemisch Sensitiver. Seit 1992 sind

MCS-Patienten in den USA als Behinderte gesetzlich vor Diskriminierung geschützt (zitiert aus Arzt und Umwelt 11, 2/98. Medizinische Versorgung von MCS-Patienten, Leitfaden für MCS-Patienten, Teil 1 von Dr. rer. nat. Timo Merz). In Deutschland wird nun endlich auch in den Medien über diese Erkrankung berichtet, jedoch versucht man, die Erkrankten zu psychiatrisieren.

Um den Versicherungsschutz zu gewährleisten, weitere Erkrankungen zu lindern und die Verbreitung dieser Erkrankung zu verhindern, fordern wir weltweit:

- Anerkennung von MCS, CFS und Schwermetallerkrankungen als Krankheit
- Behandlung von MCS-, CFS-Patienten und Schwermetallgeschädigten mit homöopathischen und pflanzlichen Heilmitteln
- Anamnese, Diagnostik und Therapieplan für MCS-, CFS- und Schwermetallgeschädigte und Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse und, falls nötig, durch die Berufsgenossenschaften
- Behandlung der Bevölkerung überwiegend mit naturheilkundlichen und homöopathischen Mitteln
- ökologische Landwirtschaft
- ökologische Industrie
- Kraftstoff aus ökologisch nachwachsenden Rohstoffen (Raps, Hanf) und regenerativen Energien (z.B. Sonnenenergie)
- Verbot von Massentierhaltung (Bodenbelastung, Belastung der Pflanzen durch Nitrat und pharmazeutische Abfallprodukte)
- Verbot der Produktion von künstlichen Hormonen
- Verbot des Einsatzes von Zahnmetallen, insbesondere Amalgam und Palladium
- Verbot von radioaktiv nieder intensiv strahlenden Zahnmaterialien und Implantaten (z.B. Knochenzementen)
- Verbot von chemischen Stoffen jeglicher Art in Wohnräumen und am Arbeitsplatz (z.B. Einsatz von ökologischen Putzmitteln in öffentlichen Gebäuden und Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden)
- Verbot von chemischen Holzschutzmitteln
- Verbot von Pestiziden jeglicher Art (z.B. Verbot des Einsatzes von Pestiziden gegen Insekten in Flugzeugen)
- Verbot der Produktion von Rüstungsgütern
- Schneller Ausstieg aus der Atomenergie

Bitte schicken Sie dieses Informationsblatt an eine angegebene Adresse. Kopieren Sie diesen Info-Zettel und geben Sie ihn an Freunde/Bekanntete weiter. Es wäre schön, wenn Sie die Möglichkeit hätten, mehrere Infoblätter in Ihrem Umkreis (Geschäfte, Arbeitsstelle) auszulegen. Wenn Sie selbst Interesse haben, einen Informationsstand über MCS-, CFS- und Zahnmetallgeschädigte zu errichten, können Sie dazugehöriges Material unter folgender Adresse anfordern: Christel l'Orange, Reinebuld 10a, 31655 Stadthagen. Bitte fügen Sie einen mit Ihrer Adresse beschrifteten Din A5 Briefumschlag und 4,00 DM in Briefmarken bei.

Dieses Informationsblatt ist auch im WWW verfügbar.

Die Adresse ist: <http://www.mcs-cfs.purespace.de/>

Eine aktuelle Literaturliste können Sie über das Institut für angewandte Immunologie und Umweltmedizin unter der Telefonnummer 02 11/62 60 51 erhalten.

Für Fotokopien und die Errichtung von Info-Ständen benötigen die Selbsthilfegruppen Zahnmetallgeschädigter, MCS-, CFS-Erkrankter in Hannover und Barsinghausen dringend Spenden. Das Spendenkonto lautet:

Hella Bleicher, SHG-Zahnmetallgeschädigter, MCS, CFS Erkr. Hann. – Barsingh., Volksbank Hann. e. G., Kto. Nr. 3623599000, BLZ 251 900 01.

Dieter Kleine-Homann und Achim Scheele

Amalgam-Selbsthilfegruppe , c/o Gesundheitsladen , Vondelstraße 28 , 50677 Köln (Südstadt).

Amalgam besteht zu über 50% aus Quecksilber. Das Quecksilber ist nicht fest an die anderen ebenfalls toxisch wirkenden Metalle Kupfer, Silber und Zinn gebunden. (Quellen 1, 2, 3, 4)

Die Quecksilberdämpfe schädigen das Gehirn 24 h am Tag, 7 Tage die Woche, so dass der Körper sich niemals von seiner Entgiftungstätigkeit erholen kann. Arbeitsplatz-Richtwerte und -Grenzwerte wie MAK (maximale Arbeitsplatz-Konzentration) sind deshalb nicht auf Amalgam-Träger anwendbar. (Quellen 5, 6)

Quecksilber ist ein Nervengift, welches sich in jeder einzelnen Gehirnzelle anreichert und elementare Zellprozesse stört. Das Entgiftungssystem der Glutathion-S-Transferase ist bei 25% der Deutschen als ausreichend, bei 50% als mäßig bis schlecht verfügbar und bei weiteren 25% als unzureichend festzustellen, nach Untersuchungen von Dr. Kuklinski in Rostock.

In Deutschland sind die Todesfälle durch Erkrankungen des Nervensystems seit 1950 dramatisch angestiegen von 3000 Fällen im Jahr 1950 auf geschätzt ca. 30 000 für das Jahr 2000. (Quelle 7)

1999 gab es 6,5 Millionen Schwerbehinderte in Deutschland und 5,5 Millionen sind Frührenter. (Quelle 8)

In Deutschland fehlen die Ärzte für Human-Toxikologie, die diese chronischen Quecksilberbelastungen adäquat behandeln können. Dies führt dann zu den quälend langen Ärzte-Odysseen, was in den Medien oft als »Doktor-Hopping« diffamiert wird. Die Menschen leiden unnötig. (Quelle 9)

Die geistigen Behinderungen, verursacht durch die Quecksilberdämpfe, sind bei Zahnärzten wissenschaftlich untersucht worden: Nach 5 Jahren der Verwendung von Amalgam sind sie so leistungsfähig wie ein Angetrunkener mit 0,8 Promille. Bei einer MPU (Medizinisch Psychologische Untersuchung) würden also all jene Führerscheine eingezogen werden müssen, bei Zahnärzten, die länger als 5 Jahre Amalgam gelegt haben. (Quelle 10)

So verwundert es nicht, dass in einer Studie von Prof. Drasch herausgefunden wurde, dass das über Jahrzehnte in die Körperorgane eingelagerte Quecksilber einer werdenden Mutter durch seine Plazenta-Gängigkeit zu 40% in das Ungeborene übertragen wird. Die Gehirne von toten Embryos und Babys wiesen eine höhere Belastung durch Quecksilber auf als bei einem Zahnarzt nach 30 Berufsjahren. (Quelle 11)

In Deutschland versterben ca. 2000 Babys am plötzlichen Kindstod SID (sudden infant death). (Quelle 12)

Die Grünen des Europa-Parlaments in Luxemburg veranstalteten am 7. und 8. Januar 1999 eine Konferenz unter der Leitung von Jean Huss mit dem Titel »Amalgam und Schwermetalle« mit namhaften Wissenschaftlern aus aller Welt. Das Ergebnis der Konferenz war schockierend.

Das Quecksilber aus Amalgam verursacht: (Quelle 13)

Diabetes Typ 1	-	unheilbar,
Multiple Sklerose	-	unheilbar,
Hashi-Moto	-	unheilbar,
Alzheimer	-	unheilbar,
Parkinson	-	unheilbar.

Alles Auto-Immun-Krankheiten und Gehirn-Degenerationen, wobei von EU-Seite aus keine Immunologen als notwendig erachtet wurden, als es um die Folgen von Amalgam ging. Man stellt sich blind. (Quellen 14,1 5, 16)

Nach schwedischen und dänischen Studien sind ein Drittel der Gesamtkosten des Gesundheitssystems vermeidbar, wenn man Amalgam verbieten würde, da sie Amalgam-Folgeschäden sind. Nach Dr. Max Dauderer wären 40% der Ärzte ohne die durch Amalgam verursachten Schäden arbeitslos.

Das Kostenargument, dass Amalgam preisgünstig sei, ist damit endgültig vom Tisch. (Quellen 17, 18, 19)

Eine weitere Versorgung der Bevölkerung mit Amalgam erzeugt also nicht nur unerträgliches menschliches Leid, sondern auch unerträglich hohe Ausgaben im *Gesundheitswesen*.

Wir als betroffene Patienten fordern von der Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer:

- 1) Ein sofortiges Amalgam-Verbot,
- 2) eine Anerkennung der chronischen Amalgamvergiftung und der daraus resultierenden Folgeschäden, (Quelle 22)
- 3) eine angemessene bedarfsgerechte medizinische Versorgung der Patienten in speziell dafür eingerichteten Kliniken,
- 4) einen sofortigen Stopp der Psychiatrisierung von organisch kranken Menschen durch den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen), (Quelle 23)
- 5) und die Bundesregierung muss Sorge dafür tragen, dass Patienten mit Anfragen zu Amalgam nicht mehr an die DGZMK verwiesen werden, da die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in unverantwortlicher Weise Amalgam verharmlost hat und nachweislich wissenschaftliche Fälschungen vertreibt. (Quellen 20, 21.a, 21.b)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Quellenverzeichnis :

1. Zusammensetzung der Amalgame: »Das Dental Vademecum«; Hrsg. BZÄK und KZBV
2. Meier-Ch et al.: Vergleichende Verschleißfestigkeitsmessungen in vivo zwischen Amalgam und Komposit; DZZ:35 :1980:489-492
3. Gasser-F et al.: Die kristallinen Komponenten der Silberamalgam-Untersuchungen mit der elektronischen Röntgenmikrosonde; ZWR:79:23/24:1970:1031-1036
4. Ferracane et al.: Mercury Vaporization from Amalgams with Varied Alloy Compositions: J. Dent. Res.:74(7):1995:1414-1417
5. Johan Almkvist: Die Quecksilberschädigung, eine Monographie
6. Max Dauderer: Handbuch der Umweltgifte
7. Jahrbücher des Statistischen Bundesamtes
8. Sozialpolitische Umschau; Presse- und Informationsamt der Bundesregierung
9. Umweltbelastungen und Gesundheit; Tagung der SPD-Bundestagsfraktion 26.August 1998, Bonn, Bundeshaus
10. Ngim-CH et al.: Chronic neurobehavioral effects of elemental mercury in dentists; British Journal of Industrial Medicine:49:1992:782-790
11. Drasch-G et. al.: Mercury burden of human fetal and infant tissues; European Journal of Pediatrics; 153:1994:607-610
12. Max Dauderer: Amalgam Patienteninformation 1993
13. Die Grünen im Europaparlament , Jean Huss (Französischer Tagungs-Band für 7.u. 8. Januar 1999)
14. Griem-P et al.: Metal induced autoimmunity / Current opinion in immunology; 7:1995:831-838
15. Pressemitteilung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung BMBF in Bonn am 7.8.1995: Forschungserfolg: Erstmals Hinweise über die Entstehung von Autoimmunkrankheiten.

16. Lindqvist-B et al.: Effects of removing amalgam-fillings from patients with diseases affecting the immune system; Med. Sci. Res.:24:1996:355-***
17. Amalgam Removal / A road to better health; Health insurance bureau Stockholm county 1991
18. Henrik Lichtenberg: [<http://www.lichtenberg.dk>]
19. Max Dauderer: Handbuch der Amalgamvergiftung
20. Protokolle der Hauptversammlungen der DGZMK [besonders das von 1996]
- 21a Ott-KH et al.: Studie über Beschwerdebilder von Patienten mit Verdacht auf eine Amalgamunverträglichkeit; DZZ:53:2:1998:152-155
- 21b Kleine-Homann-D: Prof. Ott veröffentlicht Amalgamauswertung; Umweltgiftreport (PFAU e.V. Karlsruhe); 11:1998:5-6
22. Max Dauderer: Handbuch der Amalgamvergiftung
23. Gutachten des Kölner MDK von Frau Dr. Gabriele Hilden

Dr. Peter Weber-Heck

Sehr geehrte Damen und Herren,

wenn wir am heutigen Tag den Vorträgen intensiv zugehört haben, ist es doch erschreckend, wie die Zahl der allergenen Erkrankungen angestiegen ist und noch immer ansteigt.

Aufgefallen ist mir, dass in den meisten Wortbeiträgen von Krankheitssymptomen und Untersuchungsformen gesprochen wurde, wobei deutlich geworden ist, dass es gerade hier in unserem Lande eine große Zahl an Wissenschaftler – und Mediziner gibt, die in einer »gewissen Abhängigkeit« großer Verbände der chemischen – und konventionellen Dämmindustrie stehen.

Als ich mit der Entwicklung der Hanf-Dämmstoffe im Jahre 1995 begann, hatten wir in der Bundesrepublik ca. 10 Mio. Allergiker. Heute, im Jahr 1999 spricht man von ca. 32 Mio. Menschen, die unter der Fuchtel Allergie leiden.

Wenn man von den Betroffenen einmal absieht, bedeutet jeder Allergiker, der nicht gesund werden kann, einen volkswirtschaftlichen Schaden, den man in Mark und Pfennig nicht ausdrücken kann.

In den siebziger Jahren wurden Schulen, Sportstätten, Unis, aber auch Privathäuser mit all dem gebaut, wovon wir heute wissen, dass die chemischen- und synthetischen Ausdünstungen die Menschen krank machen. Es wird in den nächsten zwanzig Jahren Milliardenbeträge kosten, diese Giftstoffe zu beseitigen.

Hier meine Damen und Herren, ist die Politik gefordert!

Bei der Überarbeitung des Bundesbaugesetzes, der Wärmerichtlinienverordnungen hat nicht der Hersteller von Dämmmaterialien aus nachwachsenden Rohstoff mit am Tisch gesessen. Die Richtlinien und wenn Sie dies lesen, sind mit der Handschrift der konventionellen Dämmindustrie und der chemischen Industrie geschrieben.

Hinzu kommt, dass den Herstellern von wirklich naturbelassenen Dämmstoffen immer wieder neue Knüppel zwischen die Beine geworfen werden.

Hier muss die Politik Abhilfe schaffen, die Arbeitsausschüsse neu besetzen, Beamte und Behörden für Naturdämmstoffe sensibel machen, ansonsten werden wir uns in den nächsten Jahren – totdämmen – und die Allergien werden weiter so rasant zunehmen, wie es in der Zeit von 1995 – 1999 geschehen ist.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit

Margot Schweppe*Mitglied im Bundesverband gegen Elektrosmog*

Mein Name ist Margot Schweppe. Ich bin seit 1996 Mitglied im Bundesverband gegen Elektrosmog. Ich wohne zwischen zwei Mobilfunktürmen. Seit 10 Jahren bin ich chronische Schmerzpatientin, 4 Jahre davon an Krücken gegangen. Als man mir von der Seite der Schulmedizin einen Dauerkatheter in den Rücken legen wollte, habe ich das abgelehnt. Ich habe mein Leben dermaßen umgestellt, dass ich seit etwa 3 Jahren ungefähr keine Krücken mehr brauche.

Zum Amalgam: Ich möchte gern, dass die Zahnärzte aufgeklärt werden, wie das Amalgam entfernt wird. Es gibt immer noch Zahnärzte, die es nicht wissen und mit Hau-Ruck rausnehmen, und die Leute landen im Rollstuhl. Es ist leider so.

Zum Thema Allergie: Alle Allergiker und auch Patienten, die an MCS oder am Chronischen Müdigkeitssyndrom leiden, sind elektrosensibel. Und ich bitte die Politiker, endlich eine unabhängige Langzeitstudie zu initiieren und zwar dort, wo die Leute wohnen und nicht mit gesunden Probanden, nicht über ein oder zwei Tage, sondern über ein halbes bis ein Jahr und länger.

Zum Mobilfunk: Herr Dr. Jaumann hat heute morgen von einer Produkthaftung geredet. Wie ist es denn mit den Handys? Sie sind einfach auf den Markt geworfen worden, und es wurde nicht getestet, ob sie gesundheitsschädlich sind.

Grundsätzlich möchte ich anregen, im Namen aller Beteiligten und auch im Namen der Allergiker, ob man sich nicht bei einer Veranstaltung wie dieser für ein Handyverbot aussprechen sollte.

Das Nächste ist: Ich stehe ganz hinter dem Vortrag von Frau Vogel. Ich bin also hochgradig elektrosensibel. Und ich frage mich »Wer ist normal? Die Sensiblen oder die, die sagen sie wären normal?«.

Dann etwas zu den Elektrosensiblen, die sehr schnell von der Schulmedizin in die Psychiatrie gesteckt werden. Ich hatte jetzt die Gelegenheit, einen Patienten in der Psychiatrie zu besuchen. Ich würde jedem Allergiker oder Schulmediziner raten, auch mal dort hinzugehen. Die Leute werden mit Medikamenten dermaßen voll gepumpt, dass sie gar nicht mehr wissen, ob sie Mensch oder Tier sind.

Ich komme jetzt zur letzten Frage:

Herr Dr. Schwerdtfeger: Was sind wissenschaftliche Erkenntnisse von gekauften Professoren und Ordinarien wert, wenn der Verdacht der Fälschung oder des wissenschaftlichen Betruges besteht? Sie werden sich daran erinnern, Dr. Lanz hat bereits darauf hingewiesen.

Es gibt also sehr viel unabhängige Forschung, wie das Beispiel von Herr Dr. Warnke zeigt. Ich stehe voll hinter seinem Vortrag. Und man sollte doch wirklich mal unabhängige Studien wahrnehmen.

Wir Elektrosensiblen sind ein Frühwarnsystem der Gesellschaft.

Herr Heinz Guth:

Ich bin Vorsitzender der bundesweiten Patienten-Selbsthilfegruppe für das MCS-Syndrom und möchte eine kurze Erklärung abgeben.

Ich darf zunächst auf die Äußerung »Vision und Wirklichkeit« Bezug nehmen. In der Einladung zu dieser Veranstaltung waren ein »Aktionsplan Umwelt und Gesundheit« und »Hilfen für Umweltkranke« angekündigt. Nach Ende des Referates der Frau Bundesministerin für Gesundheit bekundeten viele der Anwesenden ihre Enttäuschung. Ich möchte Ihnen deshalb einige Informationen zur »Wirklichkeit« vortragen, auch wenn bisher nur kleine Schritte erkennbar sind, dass den Forderungen der MCS-kranker Patienten Rechnung getragen werden wird. Von der Bundesregierung werden viel konkretere Hilfen und eine ressortübergreifende Koordination der Maßnahmen, insbesondere bzgl. im Hinblick auf die degenerativen neurologische Prozesse bei MCS erwartet. Der Präsident des Umweltbundesamtes – Prof. Troge – hat kürzlich dazu geäußert: »Hier tickt eine Zeitbombe«.

Es ist immer noch gängige Praxis in Deutschland, dass Menschen mit einer nichtallergischen Reaktion auf Gase und/oder Stäube in Niedrigdosis pauschal als psychisch krank betrachtet werden, mit allen Konsequenzen. Dies wird von den Patienten als »Psychiatisierung« verstanden – nicht nur die stationäre Aufnahme in eine psychosomatisch bzw. psychotherapeutisch orientierte Klinik. Es ist immer noch so, wie Frau Dr. Vogel es in ihrem Referat heute beschrieben hat und die Sichtweisen vieler Ärzte und Gutachter lässt sich zurückführen auf einige Veröffentlichungen im »Deutschen Ärzteblatt«, einer der auflagenstärksten Ärztezeitungen. Dabei handelte es sich nach Auskunft des Autors (Prof. Bock, Univ. Tübingen) lediglich um Hypothesen zur Ätiologie der MCS. Hausärzte und Gutachter übernehmen diese Meinungsäußerungen jedoch als wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse. Ich habe dem Büro für Technik-Folgenabschätzung des Deutschen Bundestages (TAB) anlässlich der Anhörung am 6. Mai 1999 im Bundeshaus einige dieser fragwürdigen Artikel deutscher Ärztezeitungen vorgelegt.

Die alte CDU/CSU/F.D.P.-Bundesregierung, das Umweltbundesamt und die SPD-Bundestags-Fraktion haben schriftlich erklärt, dass sie eine pauschale Psychiatisierung von Menschen mit multipler Chemikaliensensibilität nicht wünschten und auf meine Anfrage hat sich auch die Abt. Fortbildung und Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer der Rechtsauffassung der Bundesregierung angeschlossen. Der Bundesärztekammer obliegt die Qualitätssicherung in den Universitätskliniken kraft eines gesetzlichen Auftrags. MCS-Patienten sollten gegenüber Ihrem Hausarzt und Gutachtern damit argumentieren.

Es wurden auch heute immer wieder Fragen zur Erstattung umweltmedizinischer, diagnostischer und therapeutischer Leistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen aufgeworfen. Besonders wenn Patienten ihre Arbeit wegen fortgeschrittener MCS aufgeben müssen, erscheint es ungerecht, wenn sie dann beim Facharzt für Umweltmedizin die Rechnung für das Beratungsgespräch selbst tragen müssen, so als handele es sich um eine Befindlichkeitsstörung und dies, obwohl degenerative neurologische Prozesse im Gehirn dieser Menschen nachgewiesen sind. Ich denke da an den Fall eines Chemie-meisters.

Es laufen derzeit mehrere Forschungsprojekte, u.a. im Hessischem Zentrum für Klinische Umweltmedizin der Universität Giessen. Dort befasst man sich insbesondere mit der Bedeutung der Entgiftungsenzyme (z.B. CPY1A1), den sogen. Polymorphismen. Prof. Kobal, Universität Erlangen-Nürnberg, befasst sich mit der Erforschung des olfaktorisch-limbischen Systems bei Geruchshypersensibilität und der Problematik neurogener Entzündungen. Die Abt. Nuklearmedizin des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg (DKFZ) hat begonnen, bei Patienten mit hinreichend konkretem Verdacht auf eine MCS, irreversible Störungen des Glukosestoffwechsels des Gehirns mit der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) nachzuweisen. Diese nuklearmedizinischen Befunde bedürfen allerdings der Auswertung durch einen Neurologen, z.B. Dr. med. Peter Binz in Trier, welcher besondere Kenntnisse im Bereich der Neurotoxikologie besitzt.

Die Untersuchungen im Rahmen der vorgenannten Forschungsprojekte, die Ausschlussdiagnostik bzgl. anderer Krankheiten (z.B. Allergien) und die neurologischen Untersuchung sind für die Patienten kostenlos. Weitere Kosten, z.B. das sogenannte Material-Biomonitoring, wie Hausstaubmessungen usw., welche auf der sogen. IGEL-Liste stehen, werden derzeit nicht von den gesetzlichen Krankenkassen ersetzt. Einige tun es im Rahmen von Projekten doch und ich kann derzeit nur den Rat geben, sich bzgl. eines Wechsels der Krankenkasse zu erkundigen, um das aktuelle Problem zu lösen.

Unsere bundesweite Selbsthilfegruppe hat natürlich die in Kreisen der Selbsthilfegruppen bekannten Forderungen mehrfach schriftlich vorgetragen, u.a. die Forderung nach sofortiger Berücksichtigung und Umsetzung der in den USA und in anderen Ländern der Erde vorhandenen medizinisch wissenschaftlichen Forschungsergebnisse in Deutschland und nicht erst ein Abwarten, bis in deutschen Forschungsstudien diese Ergebnisse nochmals bestätigt werden können. Es ist in der heutigen Zeit nicht mehr finanzierbar und auch nicht durchführbar, jegliche naturwissenschaftliche Studie nochmals in Deutschland nachzuvollziehen und es ist bemerkenswert, dass insbesondere die deutsche Toxikologie darauf beharrt. Allerdings haben wir vom Bundesministerium für Umwelt auf eine diesbzgl. schriftliche Anfrage noch keine Antwort erhalten.

Abschließend darf ich noch darauf hinweisen, dass das Robert-Koch-Institut (RKI) – die Bundesministerin hat es angesprochen – inzwischen eine Projektgruppe eingerichtet hat, die die Bezeichnung P 33 trägt. Diese befasst sich mit der Ätiologie der Chemikalien-Syndrome – also auch mit der Erforschung der Ursachen der MCS – und auch mit der Entwicklung eines Forschungsverbundes zum MCS-Syndrom, wobei die Kontaktvermittlung zwischen dem Deutschen Krebsforschungszentrum und der Universität Giessen auf meine Initiative zurückzuführen ist, nicht auf Aktivitäten der Projektgruppe des RKI.

Vielen Dank!

Eva Sassen,

Redakteurin der Zeitschrift Koryphäe

Ich bin Eva Sassen, Redakteurin der Zeitschrift Koryphäe.

Den Umwelt- und Gesundheitstag besuchte letztes Jahr ein MCS-Patient, der eine Woche später in die Psychiatrie in Bottrop zwangseingewiesen wurde. Eine Amtsärztin des Gesundheitsamtes war der Meinung, dass er sich durch ärztlich verordnetes Cortison selbst gefährde. Vom Stationsarzt wurde der Patient, nachdem der Richter der Zwangsunterbringung zugestimmt hatte, mit Psychopharmaka zwangsmedikamentiert. Ihm half weder ein mitgeführtes SPECT aus den USA noch ein Gutachten von Dr. Remmers.

Ich erkundigte mich, wer über diese Psychiatrie die medizinische Aufsicht führt, weil die eindeutigen Unterlagen von Fach-Gutachtern nicht berücksichtigt wurden.

Die medizinische Aufsicht über diese Psychiatrie in Bottrop hat ebenfalls das Gesundheitsamt. Ein geschlossener Kreis, der meiner Meinung nicht sein darf. Meine Forderung an die SPD und die Grünen als politisch Verantwortliche, sorgen Sie dafür, dass MCS-Betroffene nicht in die Psychiatrie abgeschoben und mundtot gemacht werden.

Eine zweite Sache möchte ich verändert wissen. Und zwar, fliegt die NATO mit einem Treibstoff namens JP 8. Diesem Treibstoff ist vermutlich hochgiftiges 1,2 Dibromäthan zugesetzt. Hören sie sich mal um, wer unter der Flugstrecke von Spangdahlem – Aviano lebt. Fragen Sie nach, ob diese Personen MCS-Symptome zeigen.

Marion Hahn, die dieses Jahr leider nicht eingeladen wurde, kam auf den Zusammenhang, da sie einen gemeinsamen Nenner für die MCS-Betroffenen des Flugzeugabsturzes in der Nähe von Amsterdam mit den Golfkriegsveteranen und den MCS-Betroffenen hier suchte.

Wir finden in der Nähe von allen NATO-Stützpunkten, sowie ihren Verbindungspipelines und Tanklagern MCS-Betroffene. Da in den Ländern des ehemaligen Warschauer Paktes die Erkrankungen anders oder nicht so intensiv aussehen, sollten Sie bei der Ursachensuche von MCS ans Nordatlantische Verteidigungsbündnis denken. Genaueres werden Sie in der nächsten Ausgabe der Koryphäe aus Oldenburg, Tel.: 0441 – 13 703 nachlesen können.

Im Übrigen fehlte das Militär bei der heutigen kritischen Betrachtung, bis auf die Studie der GolfkriegsveteranenInnen von Professorin Miller.

Über meinen dritten in der Veranstaltung aufgeführten Punkt schweige ich im geschriebenen Wort.

Lesetipp:

MCS – krank durch Schadstoffe?

Gehirnforschung

Was ist MCS? * Und plötzlich hat alles geduftet * MCS und Militär * MCS-Modell * Was fließt in den Tank? * Giftstoffinduzierter Toleranzverlust * Chronische Erschöpfung, meine Reiseleiterin in neue Dimensionen des Seins * Nützliche Briefentwürfe für ein Leben mit MCS im Rechtsstaat BRD * Tipps von Betroffenen für Vernünftige * Mein Heilungsweg über London * Das Immunsystem * 'Frau Selm leidet unter Vergiftungswahn'? * MCS-Kranke oder Richter 'unheilbar geisteskrank'? Erst vergiftet und dann das Sorgerecht entzogen * Weglauffibel * Die wichtigsten Tipps, wie frau sich am besten aus der Psychiatrie befreit * Der stille Krieg gegen Schadstoffkranke * Vom Schadstoff bis zur Diagnose, Begriffe verständlich erklärt * Amalgam, wie es wirkt und wo es bleibt * Chemische Waffen * Schon bemerkt? * Fundgrube zu MCS

Hirnforschung, Geschlechterkampf und Politik im 19. Jahrhundert * Was verbirgt sich hinter dem Human Brain Project?

Koryphäe Nr. 26: 96 Seiten mit getestetem Papier und Farbe für Geruchsempfindliche für 10 + 2 DM Versand gegen Verrechnungsscheck oder Briefmarken bei: Koryphäe, Cloppenburg Str. 35, D-26135 Oldenburg. Tel.: 0441 -13 703

Dr. Tino Merz

Ich bin Chemiker und Gutachter, also kein Arzt, weil ich da vorhin zitiert worden bin.

Ich meine, dass sich eine Frage wie ein roter Faden durch die Veranstaltung zieht, und das ist die Frage nach dem Stand der Wissenschaft. Und ich möchte das jetzt besonders an die SPD-Fraktion und den Vertreter des Ministeriums sagen. Prof. Ashford hat mir wirklich aus der Seele gesprochen. Indem er gesagt hat: Es gibt genug an Wissen, die Leute lesen das aber nicht. Ich kann Ihnen Dutzende, Hunderte von MDK-Gutachten beibringen, die alle falsch sind, zu 100%. Sie treffen immer die gleiche Aussage: »Es gibt ja nichts wissenschaftlich Belegbares, Beweisbares« und so weiter und so fort, »und deswegen sei die Klage abzuweisen«.

Heute hat mich eine Kollegin von der SPD um eine Beratung gebeten und gesagt »machen Sie mir eine kleine Zusammenfassung«. Ich habe ihr dieses Buch¹ gezeigt und gesagt: »das ist eine Zusammenfassung«. Das sind 800 Seiten und ungefähr 5000 – 6000 Literaturstellen. Da werden Sie alle die Studien am Menschen finden über Vitamin A, Vitamin E usw. für die verschiedensten organischen Krankheiten. Es gibt noch einen zweiten Band für die verschiedensten mentalen Krankheiten. Das Wissen ist da. Wir brauchen also nicht noch eine Studie und noch ein Forschungsprogramm, sondern wir müssen das aufarbeiten, was es schon gibt. Und es gibt Dutzende von Professoren, die es nicht lesen, weil es ihnen nicht in den Kram passt. Und so wie Organophosphate die Acetylcholinesterase blockieren, blockieren die natürlich den geistigen Fortschritt unserer Zivilisation. Ich bitte Sie inständig, weil wir Wissenschaftler das untereinander nicht hinkriegen, dass die – Politik, die Verwaltung, wer immer sich dafür interessiert, eingreift, sonst wird es nicht voran gehen. Ich bitte, dass die Programme, die jetzt im Umweltministerium, Gesundheitsministerium und auch aus Initiativen der Fraktion aufgelegt werden², dass sie sagen: Wir verlangen, dass der Stand der Wissenschaft hier in die Diskussion kommt, damit die Diskussion endlich versachlicht wird und nicht Thesen, wie »Ökochondrie« die Diskussion in der Öffentlichkeit vom eigentlichen Sachverhalt vom Aufgabenbereich ablenken.

Ina Di Mar, Journalistin

Die Mixtur gesundheitsschädlicher Stoffe ist unüberschaubar geworden, der sich der Bürger ausgesetzt sieht. Der Staat als Vertreter des Volkes, aber auch der Wirtschaft und Industrie, hat angesichts der Auswirkungen von Turbo-Kapitalismus und Globalisierung einerseits, leerer Kassen und innerer Schwierigkeiten andererseits immer geringere Chancen, im Nachhinein ordnend zu wirken. Daher sollte der Prävention als einer der wenigen konkreten Möglichkeiten zur Schadens- und Kostenvermeidung dringend, größte Priorität zugeordnet werden.

Es bleibt wohl kaum eine andere Wahl, als die Konzentration auf krankmachende und fortpflanzungs-

1 Werbach, M.R., Foundations of nutritional Medicine, A Sourcebook of Clinical Research, Third Line Press, 4 751 Viviana Drive, Tarzana, California 91356, 1997

Werbach, M.R., Nutritional Influences on Mental Illness, A Sourcebook of Clinical Research, Third Line Press, 4 751 Viviana Drive, Tarzana, California 91356, 1991

Werbach, M.R., Nutritional Influences on Illness, A Sourcebook of Clinical Research, Second Edition, Third Line Press, 4 751 Viviana Drive, Tarzana, California 91356, 1993

Werbach, M.R., Murray, M.T., Botanical Influences on Illness, A Sourcebook of Clinical Research, Third Line Press, 4 751 Viviana Drive, Tarzana, California 91356, 1994

2 BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit, Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit, Postfach 120629, 53048 Bonn, Juni, 1999

SRU – Rat der Sachverständigen für Umweltfragen, Sondergutachten Umwelt und Gesundheit, Metzler-Poeschel, Stuttgart, 1999

TAB – Büro für Technikfolgenabschätzung beim Deutschen Bundestag, TA-Projekt »Umwelt und Gesundheit«, Ergebnisse und Handlungsmöglichkeiten – eine Diskussionsgrundlage, Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag, Rheinweg 121, 53129 Bonn, März, 1999

verhindernde Faktoren zu focussieren, um diese im voraus zu eliminieren in weit größerem Ausmaß, als es bisher ansatzweise versucht wird, sofern sich die Regierung nicht als Verwalter des Erbes eines aussterbenden Volkes verstehen will, bei dem nicht nur die Alterspyramide Kopf steht, sondern das auch durch rasant zunehmende Immunschwäche und Zeugungsunfähigkeit auffällt.

Ganzheitliche Denkansätze sind unabdingbare Voraussetzung, um die Probleme unseres überforderten und zusammenbrechenden Gesundheitswesens in den Griff zu bekommen, ggf. auch gegen kurzsichtige Aktionärs-Wünsche. Wichtige Voraussetzungen dafür: Kausal-Exploration und Prävention.

Als konkrete Beispiele für ganzheitliches Denken seien hier genannt:

- a) Bei der Verdauung von Kaffee, Alkohol, Zucker und Fleisch (und auch bei Stress und Rauchen) werden enorme Mengen giftiger Säureverbindungen erzeugt, von denen der Körper sich mittels Phosphatmolekülen zu entgiften sucht. Phosphatmoleküle binden zwar Säure, aber auch Kalziummoleküle bei der Ausscheidung an sich. Das Skelett verliert Substanz mit der Folge: schwache Knochen und Knochenbrüchigkeit ein enormer Kostenfaktor. Außerdem bieten übersäuerte Stoffwechsel-Systeme bessere Andockmöglichkeiten für Krankheitserreger als ein ausgewogener Säure-Basen-Haushalt (s. c). Dazuhin: Tabak verengt, Alkohol weitet die Adern.

Der maßlose Konsum von Tabak und Alkohol bringt zwar Steuern ein, dennoch sollte die Regierung darauf hinweisen: Tabak verengt, Alkohol weitet die Adern, da diese Kombination häufig den Suchtweg eröffnet.

- b) Die neuen, besonders feinen Dieselmoleküle sind besonders lungengängig und damit noch krebs-erzeugender als bisher, besonders in Nasenhöhe von Kleinkindern am Straßenrand. Hier sind dringend Schutzmaßnahmen nötig.
- c) Anti-Baby-Pillen verursachen erwiesenermaßen häufig Brustkrebs bei Frauen, gleichzeitig gelangen die Östrogene der Pillen via Ausscheidungen ins Grundwasser und tragen zur zunehmenden Zeugungsunfähigkeit deutscher Männer bei. Söhne pillennehmender Mütter sind auffallend häufig unfruchtbar und es ist weder im Sinne der Patienten noch der angestrebten Kostenreduzierung, Brustkrebs-Behandlungen und Samenuntersuchungen zu perfektionieren, statt an die Ursache heranzugehen.
- d) Die Strahlung gesunder Menschen liegt bei etwa 6.500 Angström. Auch die Vitalstrahlung gesunder Tiere und Pflanzen liegt in diesem Bereich. Die Strahlung von Mikroben, Bakterien und denaturierten Nahrungsmitteln liegt wesentlich niedriger (ca. 2.000 Angström).

Das Immunsystem lässt sich durch den Verzehr von vitalen Lebensmitteln stärken, während bei Verzehr von denaturierten Nahrungsmitteln ohne Vitalkraft die Vitalstrahlung des Konsumenten absinkt in Richtung derjenigen von Bakterien, Viren und Mikroben, wodurch das Immunsystem diesen leicht zugänglich wird. Dies zeigen auch die massiv zunehmenden Schimmelpilz-Krankheiten. Bakterien, Viren und Mikroben halten sich von Lebewesen und Materialien mit stärkerer Vitalstrahlung fern.

Licht, Luft und Zeit (davon hatte man früher mehr zur Verfügung) heilen häufig besser als Chemie, und Vorsorge ist billiger als oft jahrelange Behandlung chronischer Krankheiten.

Bei der SPD-Gesundheitstagung »Umwelt und Gesundheit« vom 9.6.99 in Bonn wurde deutlich: die vielschichtigen Probleme, mit denen das Gesundheitswesen heute zu kämpfen hat, wirken sich zwar stets als Negativbelastung auf den Kostenfaktor aus – doch die auslösenden Faktoren der Probleme bleiben überwiegend unberücksichtigt. Die derzeit explodierenden Kosten basieren nicht auf der Bekämpfung von Ursachen, sondern mehr der Verwaltung von Schäden und Krankheiten und der Entwicklung besserer Methoden für Symptombehandlungen. Damit sind weder die Abwärtsspirale, auf der wir uns bewegen, noch der Kollaps, auf den wir zusteuern, aufzuhalten.

Eine effektive Empfehlung zur Kosten-Reduzierung ist das Aufspüren von Kausalitäten. Bisher gibt es für den dafür erforderlichen, oft hohen Zeit- bei vergleichsweise geringem Kostenaufwand kaum Kostenträger. Die Gewinnspanne bei der Beseitigung von Ursachen ist betriebswirtschaftlich wenig verlockend für gewinnorientiert ausgerichtete Institutionen, die Forschung angesichts oft multikausaler Zusammenhänge nicht einfach durchführbar. Doch bei den ins Unerschwingliche explodierten

Kosten der Symptombehandlungen und dabei weiterhin explosivartig zunehmenden Krankheiten bleibt sowohl der Regierung wie auch den Kassen wohl kaum eine andere Wahl, als den Schritt zur Ursachen-Forschung verstärkt zu tun. Die Ärzteschaft wird dem folgen müssen.

Herr Mengel

Sehr geehrte Damen und Herren,

erlauben Sie mir als Betroffener der 38-Jahre Fröhrentner durch die LVA wurde ein paar Bemerkungen. Ich arbeitete fast 15 Jahre als Dreher in einer Gießerei und wurde durch Stäube, Öldämpfe etc. zum Asthmatiker. Ich darf aus eigener Erfahrung nach mittlerweile 9-jährigem harten Kampf mit der Berufsgenossenschaft erleben in welchem merkwürdigen Vorgaben unser Gesundheitssystem selbst erkrankt ist und wie unsere Rechte schamlos mit allen erdenklichen Mitteln unterdrückt werden und hierbei eine 5-köpfige Familie in den sozialen Ruin getrieben wird.

Trotz Wiederaufnahmeverfahren, das durch eine Fernsehreportage im Jahre 1996 im WDR 3 erreicht wurde, wobei der Reporter Manipulationen des Technischen Aufsichtsdienstes aufdeckte, versuchen TAD, Biologen, Gutachter der BG durch weitere Manipulation mir sämtliche Rechte zu verwehren. Erstaunlich ist es zudem, dass selbst Vertrauensärzte der AOK, Diagnosen von Umweltärzten ignorieren und eine Berufskrankheit ausschließen, ohne die hierfür erforderlichen Untersuchungen durchzuführen. In einer weiteren Untersuchung vor einem Gutachtergremium, mussten diese Ärzte jetzt zugeben, dass meine Krankheit doch wahrscheinlich auf meinen ausgeübten Beruf zurückzuführen sei. Mein Verfahren ist zur Zeit noch beim Sozialgericht anhängig, wobei unsere Zukunft vom Ausgang des Verfahrens abhängig ist, welches in Gottes Hand liegt.

Selbst bei Versorgungsämtern ist es momentan fast unmöglich einen Schwerbehindertenausweis zu bekommen. Auf bestimmte Anfragen an unseren Arbeitsminister Herr Riester, der doch aus den Kreisen der Gewerkschaft stammt, welches die Lücken unseres Systems aufdeckt, erklärte sein Mitarbeiterstab, dass hier kein Handlungsbedarf sei, weil doch alles gut geregelt wäre.

Sehr erstaunlich ist es das bis dato die Grenzwerte von Toxischen Belastungen der WHO jetzt beim belgischen Dioxin-Skandal international anerkannt werden, wobei man höre und staune das Berliner Bundesgesundheitsamt diese Werte wieder einmal als unbedenklich einstuft. Diese Werte werden ebenfalls als nicht akzeptabel, bei der Bewertung im Krankensystem kategorisch abgelehnt. Die Beweislast geht hier weiter voll zu Lasten des Betroffenen, wobei die fehlende Umsetzung der Patientenrechte hier voll zum Tragen kommt. Trotz der Novellierung des SGB in 1997 hat sich für den Betroffenen nichts geändert. Ich kann mich hier meiner Vorrednerin Frau Dr. Vogel in vollem Umfang anschließen und hoffe mit meinen Mitbetroffenen, dass sich jetzt endlich was ändert und es nicht wieder bei Versprechungen bleibt.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Herr Beucher, MdB

Herzlichen Dank

Wir schaffen es auch diesmal nicht, die gesamte Diskussionsrunde durchzubringen. Ich gebe jetzt Frau Mehl das Schlusswort und bitte alle diejenigen, die uns noch was sagen wollten, uns das doch bitte schriftlich zu geben. Wir werden dann sehen, ob wir es mit der Dokumentation verbinden können.

Ulrike Mehl, MdB

Umweltpolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion



Schlusswort

Ich habe Verständnis dafür, dass sich an dieser Stelle die Organisationen von Betroffenen zu Wort melden, die hier stark vertreten sind. Heute geht es hier aber vor allem um das Gespräch zwischen Politik und Wissenschaft. Wir werden uns zu einem anderen Zeitpunkt ausreichend Zeit nehmen, um die Vertreter und Vertreterinnen der Betroffenen zu Wort kommen zu lassen.

Rudolf Dressler hat vor kurzem an einem aktuellen Beispiel deutlich gemacht, dass unser Thema gern unterbewertet wird, indem er gesagt hat:

»Die Energieversorgung setzt im Jahr in Deutschland 100 Milliarden DM um. Wenn die Energieversorger ins Kanzleramt gehen, dann stehen da alle stramm, weil dort viel Geld dahinter steht. Das Gesundheitssystem in Deutschland setzt im Jahr 500 Milliarden DM um. Da steht aber dann keiner stramm. Das Thema wird eher abgegeben an diejenigen, die sich sowieso damit beschäftigen, weil das ist ja alles sehr kompliziert«.

Ich bin Umweltpolitikerin und habe diese Veranstaltung den ganzen Tag mit verfolgt. Ich muss sagen, bei manchen Punkten habe ich auch meine Schwierigkeiten mitzukommen. Das macht deutlich, dass es schwierig ist, die Verknüpfungen zu verstehen, wenn man aus einem anderen Feld kommt. Wir sind eine Gesellschaft, die sich spezialisiert hat und immer weiter, immer hochgradiger spezialisiert. Und das macht es immer schwieriger, die Verknüpfungen, die notwendig sind, zu leisten.

Wir haben seit 1992 eine Agenda 21, ein Handlungsprogramm für das 21. Jahrhundert. Die Agenda ist in Rio de Janeiro beschlossen worden. Sie versucht die Verknüpfung der unterschiedlichen Themen im ökologischen, sozialen und ökonomischen Bereich herzustellen. Und da geht es nicht nur darum, ob man in seiner Gemeinde die soundsovielte Stufe in der Kläranlage einbauen sollte. Es geht vielmehr darum, dass die Belange, die Menschen und Umwelt betreffen auch mit finanziellen und wirtschaftlichen Fragen verknüpft werden. Und natürlich umgekehrt. Und deswegen müssen – das brauche ich Ihnen gar nicht zu erzählen, aber anderen Leuten, die damit nicht so intensiv beschäftigt sind – die Menschen begreifen, dass die Frage der eigenen Gesundheit auch mit Landwirtschaftspolitik, mit dem Bundesbauminister oder Landesbauminister, mit Betrieben, Herstellern, Forschern usw. zu tun hat. Das ist eine ganz andere Vernetzung als der Blick nur auf das Gesundheitssystem. Aber das ist auch das Problem.

Wie gesagt, Sie, die hier sitzen, wissen das, aber viele wissen das eben nicht. Deswegen glaube ich, dass hier weiterhin sehr dicke Bretter gebohrt werden müssen. Es ist sehr wichtig, dass Sie in diesem Thema weiter arbeiten, möglichst so, dass man sich nicht selber ins »mosernde Abseits« bringt. Man muss die Menschen überzeugen und darf sie dabei möglichst nicht vor den Kopf stoßen. Wenn sie gar nicht verstehen wollen, darf man natürlich auch einmal provozieren. Aber in der Öffentlichkeit, in der

gesellschaftlichen Diskussion, da halte ich es für ganz, ganz wichtig, Leute zu überzeugen, ihnen zu sagen: »Guckt doch mal genau hin!«.

Unser heutiges Gesundheitssystem ist mindestens mit dem Fragezeichen zu versehen, ob es da eigentlich um die Menschen geht, oder mehr und mehr um die Verteilung von Geld. Und das wollen wir nicht. Und ich glaube, dass es dafür viele überzeugende Argumente gibt. Und dazu möchte ich Sie auffordern. Sie haben heute eine ganze Reihe von konkreten Forderungen an die Politik geäußert. Die werden wir im Protokoll noch einmal nachlesen. Aber dann werden wir nicht einfach einen Antrag stellen, sondern, wie Herr Müller es heute morgen bereits angekündigt hat, in einer Enquete-Kommission die Strukturen unseres Gesundheitssystems daraufhin abklopfen, ob die Krankheiten, über die heute geredet wurde, eigentlich durch unser Gesundheitssystem abgedeckt werden.

Das werden sie leider nicht, würde ich heute antworten. Was müssen wir also ändern, wo an welchen Schrauben müssen wir drehen, damit sich das ändert und damit für die Menschen gleichzeitig Gesundheitspolitik und Umweltpolitik gemacht wird?

Ich sage wieder, die Agenda 21 ist das Programm für die Nachhaltigkeit, für nachhaltiges Wirtschaften und eine zukunftsfähige Entwicklung. Dazu gehört auch das Thema Umwelt und Gesundheit. Wir werden versuchen, eine solche Enquete-Kommission durchzusetzen. Wir werden vielleicht auch auf Sie als Initiativen wieder zurückkommen, und wir werden sehen, was wir aus dem, was Sie uns heute mitgegeben haben, direkt in die Politik einbringen können. Bitte engagieren Sie sich weiter in der gesellschaftlichen Diskussion. Versuchen Sie, Menschen zu gewinnen und zu überzeugen. Wir versuchen das auf unserem Feld. Und dann glaube ich, obwohl es eine sehr, sehr lange Veranstaltung war, (und ich finde es toll, dass Sie noch hier sind und dass Sie sich das zumuten, so lange hier zu sitzen) dass das heute ein sehr produktiver Tag gewesen ist.

Damit wären wir für heute am Ende, aber nicht mit dem Thema. Das wichtige Thema »Umweltbelastung und Gesundheit« wird uns weiter beschäftigen.

Ich bedanke mich bei Ihnen.

Forum

(Präsentation der Initiativen und Selbsthilfegruppen auf den Stelltafeln im Foyer in alphabetischer Reihenfolge)

abeKra, Verband arbeits- und berufsbedingt Erkrankter e.V.

Industriestr. 17, 63674 Altenstadt, Tel.: 06047-95266-0; Fax: 95266-2

In »abeKra« haben sich vor allem Menschen zusammen geschlossen, die an chronischen Arbeitsumwelterkrankungen leiden und gezwungen sind, um ihre Rechte u.a. mit den Berufsgenossenschaften zu kämpfen. abeKra ist Solidar-, Lobby- und Berufsverband zugleich, ist unabhängig, gemeinnützig und finanziert sich ausschließlich aus Spenden und Mitgliedsbeiträgen. abeKra berät ihre Mitglieder sozialversicherungsrechtlich, verfolgt das Begutachtungsgeschehen, beobachtet die Rechtsprechung, recherchiert, vergleicht und verbindet Erkenntnisse aus dem Berufskrankheitengeschehen, knüpft Kontakte zu kompetenten Ärzten, Rechtsanwälten und Gefahrstoffexperten, informiert Presse und Öffentlichkeit und setzt sich politisch für die Rechte Geschädigter ein. »abeKra« hat einen eigenen Verlag. Dort erscheint die Fachzeitschrift »Berufskrankheiten aktuell«. Weitere bislang erschienene Publikationen sind »Politikum Formaldehyd« (1997) und »Ich dachte, ich wäre versichert. Das Kreuz mit dem Recht und den Berufsgenossenschaften« (1998).

Die »abeKra«-Bundesgeschäftsstelle hat ihren Sitz in Altenstadt/Hessen, Geschäftsführerin ist Frau Dr. Angela Vogel. Der Selbsthilfeteil des Verbandes wird ehrenamtlich von mehr als 30 Vertrauensleuten und SpezialspezialistInnen (AnsprechpartnerInnen für besondere Probleme) getragen. Sie sind die regionalen AnsprechpartnerInnen für »abeKra«- Mitglieder und alle diejenigen, die es werden wollen.

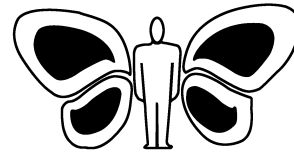
»abeKra« wurde 1992 von einem Kreis engagierter Geschädigter, BetriebsrätInnen, JournalistInnen, Arbeitsschutz- und StrahlenschutzexpertInnen ins Leben gerufen und begreift sich als Teil des bundesweiten Netzwerkes von Umweltverbänden und Selbsthilfegruppen Umweltgeschädigter.

Die Bundesgeschäftsstelle von »abeKra« ist telephonisch von Montag bis Freitag – außer Dienstag – von 10 bis 14 Uhr zu erreichen. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 120,00 DM pro Kalenderjahr – zuzüglich einer einmaligen Beitragsgebühr von 20,00 DM. Nähere Informationen erhalten Sie unter obiger Adresse.



Allergie-Verein in Europa

Verein zur Förderung der Ganzheitlichen Behandlung
Allergischer Erkrankungen in Europa e.V.



Mit ganzheitlichen Behandlungskonzepten und den neuesten Erkenntnissen aus der Umweltmedizin setzt sich der AVE für eine bessere Lebensqualität von Allergiekranken ein.

Unsere Ziele sind:

- Information über ganzheitliche Behandlungskonzepte
- Informationen über anwendbare Ergebnisse der Allergieforschung in Europa
- Vermittlung von Kuraufenthalten nach umweltmedizinischen Prinzipien im In- und Ausland
- Zusammenarbeit mit Krankenkassen und Institutionen, die für Gesundheitsfragen zuständig sind, um weitgehende Kostenerstattung zu erwirken

Der AVE unterstützt biologisch ökologische Therapiemaßnahmen bei: Asthma, Heuschnupfen, Neurodermitis, Nesselfieber, Schuppenflechte, Akne, Rheuma, Migräne, Nahrungsmittelallergien zur Vorbeugung, Linderung und Heilung.

Unsere Empfehlungen für Therapie-Konzepte beziehen sich auf: Umwelt, Wohnen, Ernährung, Lebensgestaltung und Untersuchungen

Unsere Projekte sind:

- Allergie – Therapie – Zentrum am Mar Menor in Südspanien für Kuraufenthalte
- Die Zeitschrift »Umwelt und Gesundheit« als Organ des AVE für alle Mitglieder und Interessierte

Der Jahresmindestbeitrag für	Vereinsmitglieder beträgt	80.00 DM
	Schüler, Studenten, Zivis u.a.	40.00 DM
	Für Juristische Personen und Vereine	250.00 DM

Zeitungsabo: 4 Zeitungen im Jahr zu 36.00 DM. Für Mitglieder kostenlos.

Der Verein ist gemeinnützig und im Vereinsregister Fulda eingetragen.

Organe des Vereins sind: Die Mitgliederversammlung
Der Vorstand
Der wissenschaftliche Beirat
Fachtagungen

Arbeitsgemeinschaft Allergiekranke Kind e.V. (AAK)

bundesweite Elternselbsthilfeorganisation für Kinder, Jugendliche mit Asthma, Ekzem (Neurodermitis) und Heuschnupfen – informierte mit Postern über Notwendigkeiten und eigene Aktivitäten zur Problematik Allergien und Umwelt

Gesundheitsbelastungen erheblich reduzieren – Austausch zwischen Fachleuten und Betroffenen weiter ausbauen

1. AAK-Resolution »Kinder in Gefahr!!«

Prävention- Aufklärung- Medizin – Forschung -Selbsthilfe – Gesunde Umwelt

1984 hatte die AAK erstmals Forderungen zur Vermeidung von Umweltbelastungen erhoben, da Beobachtungen sich mehrten, dass die Zunahme allergischer Erkrankungen auch auf diese Ursachen zurückzuführen seien.

Von ihrer Bundesmitgliederversammlung 1992 aus verabschiedete die AAK eine Resolution **»Kinder in Gefahr!!«** Sie bat politische Verantwortliche um Stellungnahme vor allem zu verkehrsbedingten Umweltbelastungen, zur Luftverschmutzung, zur gesundheitlichen Qualität von Trinkwasser und Nahrungsmitteln. Die AAK-Mitglieder forderten ebenso, dass es keinesfalls Abstriche geben darf an der gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die an Bronchial- und Hauterkrankungen leiden oder gefährdet sind, zu erkranken. Auch muss der Ausbau der Versorgungseinrichtungen, in denen Kinder ganzheitlich behandelt werden können, voran getrieben werden. Sie forderten in ihrer Resolution die Bundesregierung, Landesregierungen und Kommunen zum sofortigen verstärkten Handeln auf.

Die Antworten der Bundesministerien, der Landesvolksvertretungen und des Europäischen Parlaments machten Mut, dass sich für Kinder und Jugendliche bald etwas ändern würde. In präzisierter Form trug daraufhin die AAK konkrete Handlungsfelder zusammen:

- Grenzwerte/Schadstoffe – besondere Empfindlichkeit von Kindern
- Deklaration von Inhalts- und Zusatzstoffen
- Rauchen – umfassender Schutz für Kinder
- Verkehrspolitik – Senkung von Luftschadstoffen
- Gesundheitspolitik – rechtzeitige, interdisziplinäre medizinische Versorgung, Förderung von Selbsthilfe

Heute ist jedes dritte Kind von Allergien betroffen oder bedroht. Deshalb brauchen wir dringend eine konkrete Umsetzung von Forderungen und Handlungsansätzen zur Reduzierung von Umwelt- und Gesundheitsbelastungen.

2. AAK-Informations-/Erfahrungsaustausch: Umweltbelastungen und Gesundheit

Dringender Aufklärungs- und Handlungsbedarf

»Wann ist das Chaos perfekt? Technischer Fortschritt – ökologische und gesundheitliche Risiken« hieß eine öffentliche AAK-Veranstaltung im April diesen Jahres. Sie war ein Vorstoß, stärker gemeinsam ins Gespräch zu kommen: Fachleuten und von Umwelterkrankungen Betroffene.

Prof. Dr. Erich Schöndorf (Bad Vilbel), beteiligter Staatsanwalt am Holzschutzmittelprozess, sprach über die juristische Aufarbeitung von gesundheitlichen Risiken. Anhand von Erfahrungen im jahrzehntelangen spektakulären deutschen Umweltprozess, sprach er von einer Schlappe des Umweltrechtes.

Dr. Laszlo Kacsoh, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Rates von Sachverständigen für Umweltfragen (Umweltrat) der Bundesregierung (Wiesbaden), informierte über aktuelle Modelle von Risikokommunikation und Risikomanagement. Auch oder gerade weil es heute viele unterschiedliche Sichtweisen in der Definition von Risiken gibt, plädierte er dafür, ein Risiko-Konzept umzusetzen, mit dem man konkret miteinander ins Gespräch kommt. Beteiligt sein müssen seiner Ansicht nach alle »Parteien«, die für die Lösung eines Umwelt-Gesundheits-Problems wichtig sind, also auch die davon Betroffenen und Vertreter berechtigter Interessen.

In der inhaltlich breiten, zum Teil emotional bestimmten Diskussion machten die TeilnehmerInnen (Betroffene mit Allergien, MCS- Syndrom und Amalgam-Geschädigte) deutlich, dass sie auf Akzeptanz und Rücksichtnahme anderer Menschen im täglichen Leben angewiesen sind sowie auf einen angemessenen Schutz der Gesellschaft, auch der Industrie. Zum Beispiel benötigen an Allergien leidende Menschen die Nahrungsmittel, die ihnen guttun. Reagieren sie doch häufig auch nach dem Verzehr geringster Mengen von bestimmten Lebensmitteln oder Inhaltsstoffen bereits heftig mit gesundheitlichen Problemen. Im Zusammenhang mit der Tendenz, gentechnisch, also auch in ihren Inhaltsstoffen veränderte Lebensmittel herzustellen und zu vertreiben, sehen AAK-Eltern eine brisante Situation auf sich und ihre Kinder zukommen, zumal eine konsequente Kennzeichnung dieser Produkte auf Europaebene nicht durchgesetzt werden konnte.

Die AAK, so Geschäftsführerin Marianne Stock, setze sich seit Jahren für einen Gesundheitsschutz ein, der betroffenen, gefährdeten sowie nicht betroffenen Kindern und Jugendlichen gleichermaßen gerecht wird. Sie bleibe ihrem Motto treu: **Mit einer gesünderen Umwelt haben wir eine bessere Chance!**

3. AAK-Projekt: Allergie und Berufswahl/Berufsausbildung

Für betroffene junge Menschen ist es unbedingt erforderlich, dass sie ihre Erkrankung bei der Berufs- bzw. Studienwahl und ihrer Berufsausbildung/Studium berücksichtigen. Sonst kann es ihnen passieren, dass sie aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig ihre Ausbildung/Studium abbrechen bzw. später nach einigen Berufsjahren ihre Tätigkeit aufgeben müssen.

Es ist unbedingt erforderlich, dass an allen Ausbildungs-, Studien- und Arbeitsplätzen der Umgang mit allergieauslösenden (sensibilisierenden) Stoffen so weit wie möglich verhindert wird. Hierzu müssen alle technischen und organisatorischen Maßnahmen ergriffen werden bzw. es müssen ungefährliche Ersatzstoffe verwendet werden. Viele Berufserkrankungen in der Arbeitswelt sind Allergien!!!

Betroffene junge Menschen müssen intensiv über ihre chronische Erkrankung informiert, ihre Berufswahl individuell besprochen werden und über alle möglichen persönlichen Schutzmaßnahmen in der Arbeitswelt informiert werden. Die AAK unterstützt hierbei aktiv die Jugendlichen, ihre Eltern, Berufsberater, Lehrer, Ausbilder etc. Es gibt immer mehr positive Beispiele, dass bei Berücksichtigung dieser Aspekte eine Ausbildung und spätere Beschäftigung ohne wesentliche gesundheitliche Probleme möglich ist.

Dies macht vielen Betroffenen Mut für ihre berufliche Perspektive.

Bereits **seit 1985** befasst sich die AAK e.V. in einem ihrer vielen Projekte intensiv mit der Problematik »Allergie und Berufswahl/Berufsausbildung«. Hauptziele dieses Projektes sind, den vielen betroffenen jungen Menschen, ihren Eltern, Lehrern, Berufsberatern, Ausbildern und allen anderen an dieser Problematik interessierten Personen und Institutionen Unterstützung und Beratung zu geben.

Das **AAK-Projekt** ist inzwischen als »**Kompetenz-Zentrum**« in Deutschland bekannt und anerkannt. In den ersten Jahren der Projektarbeit war es schwierig, Interesse und Verständnis bei Entscheidungsträgern für diese Problematik zu finden. Dies hat sich inzwischen sehr verbessert, denn auf Grund des dramatischen Anstiegs betroffener junger Menschen entwickelt sich die Problematik schon zur »Normalität«. Trotzdem werden wir uns weiter diesem Thema zu widmen. Durch viele Kontakte und Aktivitäten des AAK-Projektes wurden in den vergangenen Jahren wesentliche Maßnahmen erreicht. Zum Beispiel:

- Kontakte zu wesentlichen Ministerien, Politikern, Institutionen etc. auf Bundes- und Landesebene
- Aktive Teilnahme als Referent an Tagungen und Kongressen
- Durchführung von Tagungen und Fachgesprächen zu dieser Problematik durch die AAK e.V.
- Durchführung des Forschungsvorhabens »Berufsausbildung und Allergie-Entwicklung von Ausbildungsmodulen« für das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft 1991
- Durchführung des Bundes-Modellversuches »Berufsausbildung und Allergie – für Fachkräfte der Beruflichen Bildung« AAK/BIBB/ARGE Metall BG (1992/93)
- Herausgabe des Buches / Weiterbildungs-Baustein »Berufsausbildung und Allergie« ISBN 3-473-42715-2 (Bertelsmann Verlag)
- Herausgabe der Broschüre »Allergie und Berufswahl« gemeinsam mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz
- Kooperations-Projekt »Allergie und Berufswahl«
 - Arbeitsgemeinschaft Allergiekranke Kind e.V.
 - Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung,
 - Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen
 - Bundesanstalt für Arbeitsschutz

Selbsthilfe-Arbeitskreis

Alternative Heilverfahren in Oberfranken,

Psychiatrie, Psychotherapie und Umweltmedizin

c/o: Dipl.-Wirt. Ing. Franz Mayenhofer, Ringau 1, 95515 Plankenfels

Sabine Weiß, Albert-Preu-Straße 7, 95444 Beyreuth, Tel.: (0921)62342

Dr. Anne Calatin, Hauptstraße 36, 95463 Blindlach-Ramsenthal

Helfen wollen mit Neuroleptika?

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten Ihre Aufmerksamkeit auf ein von der Öffentlichkeit bisher ignoriertes Problem lenken. Ziel der Psychiatriereform der Bundesregierung in den 70er Jahren ist, von einer verwahrenden zu einer therapeutisch-rehabilitativen Psychiatrie zu gelangen. Aber wo bleibt die Umsetzung durch die zuständige Bayerische Staatsregierung und dem Bezirkstag von Oberfranken? Der Spiegel berichtete 1980 mit dem Titel »Pillen in der Psychiatrie – Der sanfte Mond« über die Verhältnisse in den psychiatrischen Kliniken. Dies war mit Anlass für unseren Arbeitskreis, sich mit dieser schwierigen Problematik in unserem Bezirk Oberfranken zu befassen.

Wir leben in einer Zeit und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in der psychische Erkrankungen zunehmen. Jeder fünfte Erwachsene ist psychisch gestört lt. Nordbay. Kurier v. 29. 6. 90. Oft wird für die Erkrankten der vordergründig bequemste Weg gewählt: Sie werden mit Neuroleptika ruhiggestellt! Von den Ärzten und Psychiatern wird meistens der Eindruck vermittelt, Neuroleptika seien Heilmittel, ähnlich wie Penicillin, das Infektionen heilt. Dies trifft aber nicht zu, sondern der Patient mit seinen psychischen Störungen wird durch die neuro- und psychotoxische Wirkung dieser Mittel gedämpft, jedoch nicht von seinen Beschwerden befreit. Was bleibt, sind die – noch wenig bekannten – persönlichkeitsverändernden Nebenwirkungen und Spätfolgen. Siehe hierzu auch ein richterliches Urteil (OLG Hamm 3 U 50/81), demzufolge neuroleptische Dopamin-Blocker eine persönlichkeitszerstörende Wirkung haben.

Die Neuroleptika wurden 1952 aus Narkosemitteln¹ entwickelt und sind heute wesentlicher Bestandteil der Nachkriegspsychiatrie. Die Langzeitfolgen der Neuroleptika-Einnahme können irreversible Nervenschäden sein. Nach unserer Ansicht handelt es sich um ein nicht zu vertretendes Behandlungsrisiko, das für den Patienten nicht zumutbar ist. Diese Schädigungen stellen eine Verletzung des Grundrechts auf körperliche und geistige Unversehrtheit dar.

In der Medizin wird die Anwendung von Narkoseanalyse, Hypnose und Elektroschock bereits als unzulässig angesehen, auch bei Einwilligung des Patienten²! Dies muss auch auf Neuroleptika-Psychopharmaka erweitert werden!

Nicht nur Psychiater und Nervenärzte, sondern auch Hausärzte verschreiben diese risikoreichen, persönlichkeitsverändernden Neuroleptika-Medikamente, z.B. bei Schlafstörungen, Magenbeschwerden, hyperaktiven Kindern und in der Altenpflege.

Auch in nicht psychiatrischen Krankenhäusern, z.B. bei unruhigen Patienten, werden sie eingesetzt. Die Warnungen von Ärzten und erfahrenen Fachleuten für Psychopharmaka- und Absetzberatung, wie Dr. med. Zehentbauer, Arzt und Psychotherapeut, München (telefonische Auskunft ist möglich) oder Peter Lehmann, Buchautor, Berlin, die öffentliche Aufklärung betreiben, werden ignoriert!

Die Risiken der Nebenwirkungen auf den Packungsbeilagen müssen ernst genommen werden, ab dem ersten Tag der chemotherapeutischen Behandlung. Dadurch kann von vornherein viel Leid und Schaden verhindert werden!

Wir sind der Ansicht, dass z.B. psychisch Kranke auch in unserem Bezirk Oberfranken die Möglichkeit einer alternativen Heilbehandlung haben sollten wie dies bereits in anderen Krankenhäusern üblich ist!

Neuere Erfahrungen zeigen, dass bei einem Teil der Psychatriepatienten psychische Erkrankungen durch Umweltbelastung verursacht werden.

Deshalb ist eine vorrangige umweltmedizinische Untersuchung und Behandlung mit Behebung der auslösenden Ursachen durchzuführen (wie z.B. am Fachkrankenhaus Nordfriesland, Bredstedt, Chefarzt Dr. med. Schwarz).

Neben den Schwermetallen (z.B. Amalgam), neuro- und psychotoxischen Umweltchemikalien (z.B. Wohngifte) lassen sich auch elektromagnetische Immisionen (Elektrosmog) als krankheitsauslösende oder verstärkende synergistische Ursache nicht mehr ausschließen.

Im Rahmen der Klinischen Ökologie sollten Allergien, MCS (Chemikalienunverträglichkeits)- und CFS (Chronische Müdigkeits)-Syndrome und ihre Bedingungsfaktoren, wie Ernährung und Umweltstoffe, berücksichtigt werden.

Ebenso wichtig ist die Orthomolekulare Medizin, um die richtige Mischung von Vitaminen und Spurenelementen im Körper wieder herzustellen.

Hormonelle Einflüsse, wie Störungen der Schilddrüsenfunktion, sind zu beachten.

Sollte nach dieser Vorabklärung der Patient eine psychotherapeutische Behandlung benötigen und wollen, so ist hier die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaige, München GmbH, Fachkrankenhaus für stationäre Psychiatrie, Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychosomatik, mit dem Chefarzt Dr. med. Schmidts richtungsweisend, eine derartige Einrichtung wird bereits seit 1990 für den Bezirk Oberfranken gefordert.

Eine unterstützende nichtmedikamentöse Entspannungstherapie nach Jacobsen, Feldenkrais oder ähnliche sollten mit einbezogen werden.

Daneben ist eine ergotherapeutische Unterstützung oft sehr hilfreich.

1) Psychopharmaka in Klinik und Praxis; Prof. Dr. med. Kurt Heinrich, Thieme 76, S. 10ff

2) Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung – Ärztliche Begutachtung; Heft 70, Nov. 1996, 90. Jg., Grenzen der Mitwirkungspflicht des Patienten beim Sachverständigen von H.L. Schreiber, Präsident der Georg-August Universität Göttingen, Juristische Fakultät

Für eine erfolgreiche Anwendung der psychotherapeutischen Konzepte wäre es förderlich, ein entsprechendes Umfeld einzurichten, wie es im Therapiezentrum »Soteria« in Bern geschaffen wurde, nach dem vorbildlichen kalifornischen Modell. In der BRD ist das »Weglaufhaus« in Berlin (ein geschützter Lebensraum auf Zeit), das durch die örtlichen Sozialhilfeträger nach §72 BSHG unterstützt wird, eine erfolgreiche Weiterentwicklung.

Damit Psychotherapie wirksam werden kann, ist ein angstfreies Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut und Patient notwendig. Dazu gehört, dass dem Patienten eine Heilbehandlung, auch ohne Neuroleptika, garantiert werden kann. So kann sein Selbstbestimmungsrecht, z.B. »Psychiatrisches Testament« oder »Behandlungsvereinbarungen«, wie im Falle einer Erkrankung behandelt werden möchte, besser gewährleistet werden. Die ärztliche Aufklärungspflicht über die Therapie-Möglichkeiten und Risiken, sowie sein verfassungsgemäß garantiertes Selbstbestimmungsrecht sollte auch jeder Patient in Anspruch nehmen!

Die Einrichtung eines Patientenanwaltes zur Beratung und Durchsetzung der Interessen und Rechte von Betroffenen ist leider notwendig geworden.

Für Ihre Unterstützung danken wir Ihnen herzlichst.

Literatur:

Dr.med. Josef Zehentbauer, Chemie für die Seele, AG SPAK ISBN 3-930830-03-5 Preis 34,- DM

Psychopillen, Wirkungen, Gefahren und Alternativen, ISBN 3-923126-87-5 Preis 12,80DM

Peter Lehmann, wie Psychopharmaka den Körper verändern, ISBN 3-925931-10-4 Preis 39,- DM

Dr. Jur. Rolf Marschner u.a. Das neue Betreuungsrecht ISBN 3-406-38038-7 Preis 38,- DM

Neu! Weltweit erstes Buch zum Thema: »Psychopharmaka absetzen«

Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Carbamazepin und Tranquilizern

Peter Lehmann (Hg) Antipsychiatrieverlag Berlin, Zabel-Krüger-Damm 183, 13469 Berlin

Tel/Fax 030 8596 3706, Kartoniert 374 Seiten, ISBN 3-925991-12-0, Preis 37,- DM

Selbsthilfeverein für Elektrosensible e.V.

im Gesundheitshaus der Stadt München

Zimmer U3

Dachauer Straße 90

80335 München

Tel./Fax: 089/23337501

Bürozeiten: Di und Do 9-12 Uhr

Elektrobelastung, Elektrostress, Elektrosensibilität

Fühlen Sie sich angesprochen?

Haben auch Sie aus diesem Grund Probleme?

Wenden Sie sich an uns!



Um was geht es?

Die starke Zunahme in der Anwendung elektrischer Energie während der letzten Jahrzehnte führte zum Einsatz vieler elektrischer Geräte und Systeme im Haushalt, im Büro, im Verkehrswesen, in der Produktion, in der Telekommunikation usw. Damit sind umfangreiche Einrichtungen der Erzeugung und Verteilung von Energien verbunden (Kraftwerke, Umspann- und Transformatorenstationen, Hoch- und Mittelspannungsleitungen, leistungsstarke Versorgungskabel).

Wir Menschen haben kein Wahrnehmungsorgan für diese technischen Felder und Wellen, das uns warnen könnte. Seit etwa 20 Jahren gibt es aber – und das in zunehmendem Maße – Menschen, die diese Felder »spüren« können (Elektrosensibilität).

Wie sind die Symptome?

Es sind zunächst »Stresssymptome« wie

- Schlafstörungen
- Kopfschmerzen
- Nervosität
- innere Unruhe
- ständige Müdigkeit
- Antriebsarmut
- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen
- Verspannungen.

Bei längerer Belastung werden individuelle Schwächen deutlich, wie

- erhöhter Blutdruck
- Herzrhythmusstörungen
- Atembeschwerden
- Sehstörungen
- Ohrgeräusche (Tinnitus).

Die medizinischen Zusammenhänge sind nicht einfach. Elektroempfindlichkeit stellt sich in der Regel ein, wenn noch weitere Belastungen vorliegen; sie ist Teil einer Mehr- oder Vielfachbelastung (Synergismus).

Was sind die Ziele des Vereins?

Der Selbsthilfeverein für Elektrosensible in München wurde 1991 – nach zweijähriger Vorlaufzeit als Selbsthilfegruppe – gegründet.

Aufgaben des Vereins sind u.a.:

- Erfassung, Informationen und Betreuung Elektrosensibler
- Pflege des Erfahrungs- und Informationsaustausches
- Durchführung von Vortragsveranstaltungen, Seminaren ect.
- das Anbieten selbstorganisierter Hilfen im gesundheitlichen Bereich
- Vorschläge für Untersuchungen/Forschung; Stellen von Probanden
- Zusammenarbeit mit anderen Gruppen und mit Verantwortlichen im Gesundheitswesen
- Einflussnahme auf die Produktgestaltung bei Herstellern zur Minimierung von Elektromagnetischen Emissionen
- Einflussnahme auf politische Entscheidungen, z.B. bei Grenzwertfestlegungen.

Green – Tech e.V.

Förderkreis zum Schutz vor Elektromog

Postfach 71 08 29
 Echterstraße 24
 81479 München
 Tel.: 089/74 99 64 72

Aufgaben des Vereins

Förderung des Gesundheitsschutzes im gesamten Bereich elektrischer und magnetischer Felder und Wellen mit dem Ziel der Reduzierung von Elektromog (insbesondere des Schutzes der Wohngebiete und weiterer sensibler Bereiche).

Forschungsarbeit im Sinne von

- Informations- und Erfahrungsaustausch mit betroffenen Gruppen
- Zusammenarbeit mit anderen bundesweiten und internationalen Umweltorganisationen
- Mitwirkung an Diagnostik und Therapie von Umweltkranken

Politische Umsetzung dieser Forschungsarbeit durch

- Einflussnahme auf politische Entscheidungen wie Normung und Gesetzgebung (z.B. Herabsetzung der Grenzwerte)
- Einwirkung auf zukünftige Produktgestaltung bei Herstellern zur Minimierung von elektromagnetischen Emissionen
- fachlich notwendige Aktivitäten zur Ergänzung der bestehenden sozialen Netze und zur Anerkennung des Problems
- Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit

Minimierung der Gesamtbelastung ist nötig

Die starke Zunahme in der Anwendung elektrischer Energie während der letzten Jahrzehnte führte zum Einsatz vieler elektrischer Geräte und Systeme im Haushalt, im Büro, im Verkehrswesen, in der Produktion, in der Telekommunikation usw. Damit sind umfangreiche Einrichtungen der Erzeugung und Verteilung von Energie verbunden (Kraftwerke, Umspann- und Transformatorenstationen, Hoch- und Mittelspannungsleitungen, leistungsstarke Versorgungskabel).

Jedes Gerät, jede Leitung erzeugt elektrische und magnetische Felder (Nebenwirkungen!); Sender strahlen elektromagnetische Wellen aus, denen wir angesichts der flächendeckenden Versorgung nicht mehr ausweichen können.

Wir Menschen haben kein Wahrnehmungsorgan für diese technischen Felder und Wellen, das uns warnen könnte. Seit etwa 20 Jahren gibt es aber – und das in zunehmenden Maße – Menschen, die diese Felder »spüren« können (»Elektrosensibilität«).

Grenzwerte (zulässige Maximalbelastungen) für elektromagnetische Felder und Wellen, wie sie bisher von einer DIN/VDE-Kommission festgelegt und jetzt mit gewisser Reduktion in Anlehnung an die internationalen Empfehlungen in einer Verordnung zum Immissionsschutzgesetz aufgenommen wurden, stellen aus unserer Sicht keinen Schutz für die Bevölkerung dar.

Wir halten uns an die Erfahrungen, die sich an der Belastungsfähigkeit der Menschen orientieren.

Schutz vor Emission bedeutet Gesundheit für Generationen – heute und morgen

Während man im häuslichen Bereich bestimmte Vorsorgemaßnahmen treffen kann, ist man den stark zunehmenden Emissionen von Außenanlagen der Stromversorgung (Hochspannungsleitungen, leistungsstarke Versorgungskabel) und der Sender (Rundfunk, Fernsehen, Mobilfunk, Betriebsfunk, Amateurfunk, Radaranlagen) nahezu schutzlos ausgeliefert.

Inzwischen gibt es folgende gesicherte Effekte von elektromagnetischen Feldern:

- Beeinflussung der Melatoninsynthese (ein Hormon der Zirbeldrüse) mit Einfluss auf Immunabwehr und Sexualität
- Veränderung der Aktivität von Nervenzellen
- Veränderung des Kalzium-Ein-und-Ausstroms in der Körperzelle
- Verstärkung bereits vorhandener Krebserkrankungen
- Beeinflussung der Blut-Hirn-Schranke

Speziell unter dem Einfluss des niederfrequent gepulsten Mobilfunks D und E sind

- Veränderungen der Hirnströme
- Verkürzung der Traumphasen

beobachtet worden.

Gefährdet sind vor allem Kinder, Kranke und alte Menschen. Die medizinischen Zusammenhänge sind nicht einfach. Elektroempfindlichkeit stellt sich in der Regel ein, wenn noch weitere Belastungen vorliegen; sie sind Teil einer Mehr- oder Vielfachbelastung, vorwiegend durch Schwermetalle, chemisch-organische Substanzen, Allergene (Synergismus).

In- und ausländische Experten raten zu drastischer Reduzierung der Belastung und Absenkung der Grenzwerte.

Otto Heck GmbH & Co KG

Biologische Bauprodukte

Postfach 31 02 33

51617 Gummersbach

Tel.: 02261-770 74-5

Fax: 02261-770 76

Eiweißfreie, antibakterielle HANF – Isolierungen – Dämmungen nach HECK-System

Die Rohprodukte:

- reine Hanffasern zu speziellen Vliesen vernadelt
- reines gehäckseltes Hanfstroh

Die Hilfsstoffe:

- Recyclingpapier, Naturbitumen (Trinkwassertalsperrenasphalt)
- eiweißfreier Lebensmittelkleber

Alle nach HECK-Systemen gefertigten Hanfprodukte sind frei von chemischen Stoffen.

Produkte:

- Itap Hanf-Isoliertapete
- HLP Hanf-Fussboden/Deckendämmung
- Estra Hanf-Feuchtraumdämmung
- DAWA-Dämm Hanf-Zwischensparrendämmung
- Tripla – Hanf – Trittschall/Dachdämmplatten
- Pupla – Hanf-Putzträger/Wärmedämmplatten

System:

- Einbau nur im System mit original HECKCO biologischer Dachspann/Dampfbremsebahn

Blaue Oekodachbahn mit Garantie

Bezugsquellennachweis:

Otto Heck GmbH & Co KG

D-51617 Gummersbach

Tel.: 02261-770 74-5 Fax: 02261-770 76



Der Ökologische Ärztbund

ist ein 1987 gegründeter Zusammenschluß ökologisch engagierter Ärzte und anderer im Gesundheitsbereich Tätigen. Er ist Mitbegründer und deutsche Sektion der International Society of Doctors for the Environment (ISDE), in der ca. 30.000 Ärzte aus z.Zt. 38 Nationen organisiert sind.

- Wir sind **unabhängig**, mitgliederfinanziert, wissenschaftsorientiert und gemeinnützig. Wir verbinden Umwelt und Medizin durch Aufklärung der Öffentlichkeit, Politik- und Verwaltung und Engagement für Betroffene.
- Wir führen jährlich eine eigene Umweltagung durch und kooperieren mit anderen Veranstaltern (z.B. mit dem Thema **Kindergesundheit und Umwelt** beim Kongreß für praktische Umweltmedizin auf der MEDICA '99) und informieren vierteljährlich mit unserer gemeinsam mit anderen Verbänden herausgegebenen interdisziplinären Fachzeitschrift *umwelt – medizin – gesellschaft*.
- Wir suchen die **aktive** Unterstützung durch neue Mitglieder und Sponsoren sowie aktive Kooperationen mit anderen Organisationen, deren Ziele gleichfalls der Umwelt- und Gesundheitsschutz und eine Humanisierung der Gesellschaft sind.
- Wir arbeiten gemeinsam mit anderen Nicht-Regierungs-Organisationen wie BUND, Greenpeace, IGUMED, IPPNW, VCD u.a. in einem **neuen Gesundheitsbündnis** daran, dass die Bundesregierung endlich deutliche Akzente für Umwelt und Gesundheit setzt.

Wir fordern eindeutige Signale

- für eine Verbesserung der Umwelt- und Gesundheitssituation durch einen **»Aktionsplan Umwelt und Gesundheit«**, der diesen Namen wirklich verdient und wie er bereits 1994 von allen Gesundheits- und Umweltministern der EU beschlossen und im Juni 1999 in London bekräftigt worden ist.
- zugunsten der besonders gefährdeten Folgegeneration. Wir haben diesen Akzent bereits gesetzt mit unserem Jahresschwerpunkt für 1999 **Kindergesundheit und Umwelt**, den wir in allen uns möglichen Aktionen und Bezügen eingebracht haben. International haben wir das Netzwerk **»International Network for Children's Health and Safety«** (INCHES) mitbegründet.
- an alle Umweltkranken, dass ihre Leiden anerkannt werden und **Stigmatisierung und Psychiatrisierung** ein Ende finden. Die Bundesregierung bleibt aufgefordert durch Schaffung der entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen eine fundierte und umfassende medizinische **Hilfe für Umweltkranke** zu gewährleisten – auch durch **adäquate Abrechnungsmöglichkeiten** für die behandelnden Ärzte und Kostenübernahmen durch die Krankenkassen.

Wir haben bislang erreicht:

- Berücksichtigung der Kinder im »Aktionsplan Umwelt und Gesundheit« der Bundesregierung
- Gespräche und Verhandlungen zum Stellenwert der Umweltmedizin mit den Bundesministerien für Umwelt und Gesundheit sowie die Beteiligung an der Regierungsdelegation für London
- Einsetzung von Fachbeiräten zu den Themen »Qualitätssicherung in der Umweltmedizin«, »Aktionsplan Umwelt und Gesundheit« und Einrichtung eines Koordinationsbüros zu Kindergesundheit.

Ökologischer Ärztbund e.V.

Fedelhöfen 88

28203 Bremen

Tel.: 0421/498 42 51

Fax: 0421/498 42 52

E-Mail: oekologischer.aerztbund@t-online.de

Internet: <http://www.bremen.de/info/oekoerztbund>

Politischer Arbeitskreis von Patienten-Initiativen

– Hilfe und Rechte für Umweltkranke –

Wer und was ist PI*

Der politische Arbeitskreis Umwelterkrankter – PI – war im Februar 1999 zu seiner konstituierenden Sitzung zusammen gekommen. Nach der Gründungsidee wird bezweckt, die demokratische Stosskraft der vielen Patienten-Initiativen der Bundesrepublik zu bündeln und gepaart mit dem Wissen der Umweltmedizin in die Politik sowie in die Regierungsarbeit einzubringen. Insofern ist PI bemüht, ein Netzwerk von Patientenvertretungen sowie die Zusammenarbeit mit Umweltverbänden, Ärzten, Wissenschaftlern, Juristen, Politikern und Regierungsbeamten aufzubauen.

Der Kreis ist nach außen offen, d.h. er kann sich jederzeit erweitern. Er versteht sich als parteilich unabhängig und will vermitteln zwischen der Betroffenenenseite einerseits und der industriebetonten Seite andererseits.

Wichtiges Anliegen ist, eine ökologische und vor allem humanverträgliche wirtschaftliche Entwicklung Deutschlands anzuregen.

PI möchte u.a. ein Diskussionsforum sein für den jeweiligen Stand der Umweltmedizin zugunsten der Patienten, mit der festen Intention auf der Basis der Charta für Umwelt und Gesundheit, »Gesundheit für alle« anzustreben.

Gründungs-Initiativen

- AbeKra, Altenstadt
- CFDIS-, MCS-, CWIDS-Deutsche SHG, Düsseldorf
- SHG der Chemikalien- und Holzschutzmittelgeschädigten, Würzburg
- SHV für Elektrosensible, München

in Vertretung von:

- ca. 30 Patienten-Initiativen

in Zusammenarbeit mit:

- Umweltverbänden:
 - Bundesverband Bürgerinitiativen Umweltschutz
 - Bundesverband der Beratungsstellen für Umweltgifte, Amalgam und Schwermetalle
 - Bundesverband gegen Elektrosmog
 - Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland
- Ärzten
 - Vertreter des ökologischen Ärztebundes
 - Vertreter der interdisziplinären Gesellschaft für Umweltmedizin
 - Vertreter des Deutschen Berufsverbandes für Umweltmedizin
 - Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Umwelt- und Humantoxikologie
 - Und weitere einzelne Ärzte aus dem Fachbereich der Umweltmedizin
- Wissenschaftlern
 - Aus Fachhochschulen und Universitäten in Kiel, Neubiberg, Potsdam, Saarbrücken, ect.
- Juristen
 - des Fachbereiches Umweltrecht

* PI steht für uns symbolisch für die Kreiszahl Pi nach dem griechischen Buchstaben π , d.h. für einen möglichst großen Initiativkreis, der sich für die Rechte für Umweltkranken einsetzt ...

- Politikern
 - Insbesondere des Umwelt- und Gesundheitsausschusses des Bundestages sowie der verschiedenen Landtage
- In Kontakt mit:
 - Verbraucherverbänden
 - Patientinnenstellen
 - Allergieverein in Europa, Fulda
 - Deutscher Allergie- und Asthmabund, Mönchengladbach
 - Natur und Medizin, Bonn
 - Greenpeace e.V. Hamburg
 - u.a.
- Auf der Suche nach Ansprechpartnern:
 - bei Behörden des Bundes und der Länder als auch unter Vertretern der Umwelt und Gesundheit zugewandten Wirtschaft
- Auf der Suche nach Sponsoren:
 - die Ziele von PI unterstützen ...

Vorstellungen über die Grundzüge eines neuen Gesundheitssystems

- Gesundheitsförderung durch Präventions- und Erfolgsmedizin
- Verbindung der Aufwendungen mit Qualitätskriterien
- Stärkung der Gesundheitsinteressen gegenüber Wirtschaftsinteressen
- Demokratisierung des Gesundheitssystems mit Verbesserung der Rechtsstellung der Patienten

Verständnis von Umwelterkrankungen

Multiple Chemical Sensitivity (MCS), Schwermetallschädigungen, Elektrosensibilität, Unverträglichkeiten auch chemische Zusatzstoffe, Allergien u.ä.

Aktionen von PI

- Offenes Forum
- Unterschriftensammlungen für eine Resolution an den Gesetzgeber zur Verbesserung der Rechte Umweltkrankter
- Dokumentation von Umweltkrankheiten mit dem Ziel beim Gesetzgeber entsprechenden Handlungsbedarf zu initiieren
- und weitere

Forderungen von PI

- Anerkennung von Umwelterkrankungen
- Versicherungs- und Versorgungsrechtliche Anerkennung von Umweltkranken
- Paradigmawechsel im medizinischen Bereich
- Amalgamverbot
- Beschränkung des Chemierisikos
- Humanverträgliche Elektrotechnik
- Demokratische Besetzung und Kontrolle von Sachverständigen-Gremien
- Demokratisch kontrolliertes Gutachterwesen
- Beweislastumkehr
- Rasche und konsequente Umsetzung der Charta für Umwelt und Gesundheit.

www.safer-world.org

English – deutsch – italiano – espanol – nederland – francais – bulletin board international

SAFER WORLD

- ist ein privates, unabhängiges internationales Internet-Netzwerk,
- vernetzt Menschen, Organisationen, SHGs, die sich für ein »safer environment« einsetzen,
- veröffentlicht – wenn erwünscht – deren Artikel, URLs, Infos, Fragen,
- gibt Informationen und hat Links zu:
 - Zusammenhänge zwischen Schadstoffen und Krankheiten bzw. Umweltbelastungen und Gesundheit
 - Hintergründe des Ignorierens, Fehldiagnostizierens und Fehltherapierens schadstoffbedingter Krankheiten
 - Möglichkeiten, etwas zu ändern

Einige Sites und Links von www.safer-world.org/d (teilweise in Englisch)

Willkommen:	Grundsätze, Ziele, Visionen, Mottos, Möglichkeiten der Mitarbeit, ...
Adressen:	Behörden, Mailinglisten, Labore, SHGs, Verbände, Vereine, ...
Aktivitäten:	Vernetzung, Informationsaustausch, Unterstützung (z.B. über email-Aktionen) von AktivistInnen bzw. deren Anliegen weltweit
Bitte um Hilfe:	»Pinnwand« (deutsch)
Chemikalien :	Infos zu einzelnen Chemikalien (Amalgam, Chlorpyriphos, Dioxine, Duftstoffe, Haushaltschemikalien, Ozon, PCB, PCP, Pestizide, Phthalate, POPs, Pyrethroide, Süsstoff, ...)
Krankheiten:	Infos zu verschiedenen schadstoffbedingten Krankheiten (MCS, GCI, CI, CU, TILT), Zusammenhänge zwischen Schadstoffen und Krankheiten (Alzheimer, Allergien, Asthma, Brustkrebs, Erbkrankheiten, Neuropathien, Parkinson's, ...)
Posters:	Folgekosten, Genozid, Handeln, Kostenersparnis, MCS-proclamation, Parfümnein danke!, MCS geht alle an!, Motivation, Verantwortung, Transformation von Umweltbewusstsein in umweltbewusstes Handeln, Weniger Symptome, ...
Privates:	Fallbeispiele, private Erfahrungen
Themen:	AQ, Datenschutz, Duftstoffe, EMF, Gentechnik, Kinder, Logik? Medizin und Ethik, Menschenrechte, Neurotoxikologie, Neuropsychologie, Patientenrechte, PK-Medizin, Politik, Recht, Studien, Verdrängung, Zeitdokumente, ...
Veranstaltungen:	Fortbildung, Kongresse, Tagungen, ...
Veröffentlichungen:	Artikel, Bücher, Zeitschriften, online-infos, online-Dienste, highlights
Suche:	interne Suchfunktion des Webs, speziellere Suche über email-contact

Die Webs sind im Aufbau. Sites und URLs werden fast täglich erweitert.

(Stand November 1999: ca. 200 sites, 250 URLs, private database: ca. 9 000 emails),

weitere Informationen: www.safer-world.org, info@safer-world.org

c/o Ingrid Scherrmann, Tel. +7352-940529, Fax +7352-4392 /

copyright 1999 SAFER WORLD, all rights reserved

Schimmelpilz-Liga e.V.

*c/o RA Prof. Dr. Matthias Scheer
Neuer Wall 54, 20354 Hamburg*

Auf dem Gebiet von Schimmelpilz-Erkrankungen – die einen enormen, bisher unerkannten Kostenfaktor im Gesundheitswesen darstellen – leistete die 1999 in Hamburg gegründete Schimmelpilz-Liga e.V. (eine Vereinigung von Ärzten, Anwälten, Baubiologen, Immobilienverwaltern und Medienfachleuten) erste Vorarbeiten für die notwendige Exploration.

Verfügbare aktuelle Forschungsergebnisse und Informationen beweisen

- a) von Schimmelpilz-Toxinen und -Sporen ausgehende, z.T. enorme gesundheitliche Schäden,
- b) extrem zunehmende Ausbreitung von Schimmelpilzen im Wohnraum,
- c) diesbezüglich einen extremen Kenntnismangel für Kausal-Diagnosen bei Ärzten wie Heilpraktikern.

90% ihrer Zeit halten sich die Menschen in Innenräumen auf. 40% aller Häuser in Deutschland haben ein Schimmelpilz-Problem, hervorgerufen vor allem durch heute übliche dichtschießende neue Fenster (die neues Lüftverhalten und andere Baukonstruktionen erfordern), durch häufigere Überschwemmungen, durch Wärmeschutzverordnungen und Energiesparmaßnahmen, die den feuchtigkeitsbildenden Faktor nicht ausreichend berücksichtigen, sowie Altersschäden an Häusern.

Zunehmend wirken Schimmelpilze (oft jahrelang unsichtbar + unbemerkt hinter Tapeten, Fußböden, Decken, in Kellern oder Dachböden, von wo sie massiv Toxine und Sporen aussenden. Diese wirken sich besonders bei Menschen mit schwachem Immunsystem (also auch Kindern) äußerst gesundheitsschädigend aus. Schimmelpilze haben die (absolut unverzichtbare) Aufgabe, alles abgestorbene bzw. geschwächte organische Material zu mineralisieren. Ihre Toxine beschleunigen den Zerfallprozess. Der Kostenfaktor von Schimmelpilz-Krankheiten ist im Gesundheitswesen bisher unberücksichtigt, diese Zusammenhänge den meisten Ärzten unbekannt.

Neueste Krankenkassen-Studien bestätigen Schimmelpilz als Schadstoff Nr. 1 in Innenräumen. Unter den vielerlei Schimmelpilz-Arten mit unterschiedlicher Toxizität wirken häufig Sorten, deren nerven- giftproduzierende Toxine zu biologischen Kampfstoffen zählen. Auch Pilze jener Gattungen sind in vielen Häusern vertreten, deren Toxine und Sporen bei der Öffnung der Pharaonengräber einigen Forschern das Leben kosteten (andere wiederum erzeugen Penicillin).

Je nach Stabilität des Immunsystems und Dauer der Exposition können mikrobielle flüchtige organische Substanzen (MVOC's) und Sporen vor allem bei kleinen Kindern und Immungeschwächten (die oft nichts von dieser Schwäche wissen) immunologische Fehlreaktionen auslösen. Infektiöse Krankheitsbilder, Augen- und Schleimhautentzündungen, Otitis, akute ebenso wie chronische Herz- und Lungenentzündungen und auch Krebs durch Schimmelpilz-Toxine und -Sporen sind nachgewiesen – wie auch allergische Reaktionen auf Schimmelpilz-Gifte, die von Neurodermitis über Asthma, Heuschnupfen reichen. Nicht erkannte Erst-Allergisierungen durch Schimmelpilze führen häufig zu vielen weiteren nachfolgenden Allergien und deren kostenintensiver Behandlung. Je nach Zustand des Immunsystems können die Stoffwechselprodukte der Schimmelpilze, die Mykotoxine, auch akute oder chronische Vergiftungserscheinungen erzeugen.

Der Innenraum ist für Wohngifte zur Zeit noch ein rechtsfreier Raum. Schimmelpilze zählen zu den Wohngiften. Es gibt erste Vorschläge für Raumluftmessungen, aber noch keine Richtlinien. Dringend müssen Maßnahmenkataloge und Richtlinien erarbeitet und dabei berücksichtigt werden, dass bei bereits Immungeschwächten schon subtoxische Konzentrationen Allergien und Sensibilisierungen auslösen können. Viele teure, oft jahrelange Symptombehandlungen von akuten und chronischen Infektionen, Typ I-Allergien oder chronischer Immunstimulation sind vermeidbar durch Schimmelpilz-Sanierung des Wohnraums bei paralleler/anschließender Stabilisierung des Immunsystems.

In der Tiermedizin sind die Auswirkungen toxischer Pilze weitgehend bekannt. Beispiel: ein Satratoxin H bildender, häufig im Wohnraum vorkommender Pilz erzeugt exogene Mykotoxikosen und, im 1. Stadium, Ulceration der oralen Mycosa. Es folgen Salivation, Rhinitis, Konjunktivitis und, im 2. Stadium, Reduktion der weißen Blutkörperchen. 3. Stadium: Unfähigkeit der Blutgerinnung, erhöhte Temperatur und Diarrhoe. Dann: keine Nahrungsaufnahme mehr und Exitus. Diese und andere, bei Tieren nachgewiesene Erkenntnisse finden bis heute in der Humanmedizin keine Anwendung. Hier besteht enormer Nachholbedarf. Andere Länder sind mit ihren Forschungen Deutschland um Jahre voraus.

Das bei der Schimmelpilz-Liga e.V. erhältliche Dokumentar-Video »Die Stunde der Pilze – Wenn Schimmelpilz krank macht: Was tun?« (Video und Begleitheft DM 70,-, 50 min.) zeigt Interviews mit Experten (Wissenschaftlern, Ärzten, Anwälten, Baubiologen), aussagekräftige Fallbeispiele auch von betroffenen Ärzten, denen die Zusammenhänge auch unbekannt waren, bis sie als Ursache ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen festgestellt wurden.

Ca. 30 Mio. Allergiker, von denen nur ca. 10% qualifiziert behandelt werden; 6 Mio. Menschen mit chronischer Bronchitis, die zu selten diagnostiziert wird; jedes 7. Kind leidet an Asthma bronchiale; Stoffwechselstörungen im Gehirn nehmen ebenso rapide zu wie organische und chronische Vergiftungen, Schlafstörungen, Rheuma, Nervenkrankheiten/Psychiatrie: durch Entfernen vom oder des Schimmelpilz-Befall/s (Umzug/Sanierung) konnten in so auffallend vielen Fällen die o.g. Krankheiten geheilt werden, dass dringend angeraten ist, diese Möglichkeit zur Kostenreduzierung konsequent aufzugreifen. Denn besonders bei Chronifizierung ist die Belastung des Gesundheitssystems massiv – und vermeidbar.

Die Tätigkeit der Schimmelpilz-Liga e.V. erstreckt sich auf Sammlung und Erarbeitung von Informationen über die Gefahren durch Schimmelpilz für den Einzelnen, die Gesellschaft und Sachwerte, Vermittlung dieses Wissens an die Öffentlichkeit, Erarbeitung von Strategien für den Schutz vor Schädigung durch Schimmelpilze, Prävention im Bereich der Gesundheit und des Bauwesens und die Erarbeitung von Normen. Die Schimmelpilz-Liga e.V. bietet dem Ministerium für Gesundheit die Zusammenarbeit auf diesem Gebiet an.

Vorsitzende:

Dr. med. Rüdiger und Sofie Brocks

Öffentlichkeitsarbeit:

Dipl.-des. Inga Di Mar, TV-Journalistin

20146 Hamburg, Bornstraße 20

Tel. 040-457609, Fax 040-447179

e-mail: Inga.DiMar@gmx.de

Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag

Risikoprävention und Gesundheitsförderung –

**Projekt »Umwelt und Gesundheit« des
Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag**

Auf Vorschlag des Ausschusses für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit wurden Ausgangslage und Strategien für einen vorsorgenden Gesundheitsschutz im Bereich Umwelt und Gesundheit untersucht und der wissenschaftliche und gesellschaftliche Diskussionsstand zu dieser Thematik aufbereitet. Zielsetzung des TA-Projektes war es,

- den Kenntnisstand zu den Gesundheitsgefährdungspotentialen von Umweltbelastungen zusammenzufassen,
- die wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Bewertungskontroversen über umweltbeeinflusste Gesundheitsgefährdungspotentiale nachvollziehbar zu machen und Vorschläge zum Umgang mit diesen Bewertungskontroversen zu entwickeln sowie
- Ansatzpunkte für vorsorgende, umweltbezogene Präventionsstrategien herauszuarbeiten und diese auf ihre jeweiligen Vor- und Nachteile hin zu untersuchen.

Nach einer Vorstudie (TAB-Arbeitsbericht Nr. 47) zu gesundheitlich relevanten Umweltbelastungen und umweltbeeinflussten Krankheiten sowie zur Identifikation von Problemfeldern wurde die Hauptstudie (TAB-Arbeitsbericht Nr. 63) zu Fragen der Bewertungsansätze und der Präventionsstrategien vorgelegt. Der Bericht des TAB behandelt u.a. die Themen:

- Gefährdungspotentiale und Kausalnachweise
- Krankheitstypen und Ursachenzuschreibungen
- Informationsgrundlagen und gesellschaftliche Bewertungen
- Ansätze des vorsorgenden Gesundheitsschutzes
- Stärkung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen

Der TAB-Arbeitsbericht Nr. 63 kann – voraussichtlich ab Februar 2000 – schriftlich angefordert werden beim:

Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB)
 Neue Schönhauser Str. 10
 10178 Berlin
 Fax: 030/28491-119
 E-mail: buero@tab.fzk.de
<http://www.tab.fzk.de>

Arbeitsgruppe der Initiativen

Schadstoffe in den ehemaligen US-Housings in Frankfurt am Main

Norbert Dichter
 Wilhelm-Busch-Str. 57
 60431 Frankfurt am Main
 Tel. + Fax: 069 / 530 56 440

Karl-Heinz Schäfer
 Selma-Lagerlöf-Str. 7
 60431 Frankfurt am Main
 Tel.: 069/ 52 83 81

email: Nodi@wtal.de
<http://nodi.home.pages.de>
<http://biss.home.pages.de>

Umweltmedizinischer Störfall in Frankfurt am Main

Zugang zu Informationen und Öffentlichkeitsbeteiligung an kommunal-politischen Entscheidungen der Behörden in Umwelt- und Gesundheitsangelegenheiten

Zunehmend ist zu erkennen, dass die Öffentlichkeitsbeteiligung und der Zugang zu Informationen wesentliche Elemente des so dringend erforderlichen Übergangs zu einer umweltfreundlichen, gesundheitsförderlichen und nachhaltigen Entwicklung darstellen.

In den letzten Jahren wurden Voraussetzungen für eine wirksame Einbeziehung der Öffentlichkeit in Umwelt- und Gesundheitsangelegenheiten geschaffen. Es bleibt jedoch noch viel zu tun. Hier wird versucht, die Bereiche aufzuzeigen, in denen weitere Schritte erforderlich sind:

1. Notwendige Rechte der Öffentlichkeit

- a) Zugang zu Informationen
- b) Beteiligung an Entscheidungsprozessen
- c) Zugang zu Gerichten im Zusammenhang mit Umweltfragen und umweltbedingten Gesundheitsangelegenheiten

Der Zugang zu Gesundheitsinformationen wird durch europäisches Übereinkommen teilweise, und zwar in dem Umfang, in dem diese Informationen umweltbezogen sind, abgedeckt.

Epidemiologische und **toxikologische** Daten sollten der Öffentlichkeit im Prinzip zugänglich sein, allerdings mit der im Übereinkommen vorgesehenen Möglichkeit von Ausnahmen:

- I. persönliche Angaben
- II. kommerzielle vertrauliche Informationen
- III. Informationen, die das Urheberrecht berühren.

Um der Öffentlichkeit den maximalen Zugang zu epidemiologischen Daten gewähren zu können, ohne damit einen Eingriff in die Privatsphäre zu riskieren, sollten solche Daten so strukturiert sein:

- I. Die Mindestinformationen, die dazu führen könnten, dass man eine bestimmte Person erkennen kann, müssen ausgefiltert werden.
- II. Sondergenehmigungen für qualifizierte, von Mitgliedern der betroffenen Öffentlichkeit ernannte Wissenschaftler sollten erteilt werden, die ihnen einen Zugriff auf die so ausgeklammerten Daten gestatten, wobei diese Wissenschaftler dann allerdings der Schweigepflicht unterliegen müssen.
- III. Einer öffentlichen Instanz darf es nicht möglich sein, unter Verweis auf eine Ausnahmeregelung Informationen zurückzuhalten, deren Bekanntgabe eine Bedrohung der menschlichen Gesundheit verhindern könnte.
- IV. In solchen Fällen muss der Zugang zu solchen Informationen zügiger geschehen.
- V. Es sollten dafür keine Gebühren erhoben werden.

Die Regierung wird eindringlich gebeten, das Inkrafttreten des Übereinkommens voranzutreiben und in der Zwischenzeit dessen Bestimmungen möglichst weitgehend anzuwenden. Empfohlen wird, **gesundheitlichen Fragen** im Zuge der Umsetzung und des weiteren Ausbaus des Übereinkommens **stärkeres Gewicht** beizumessen.

2. Ereignisse in Frankfurt: Mischexposition in Wohninnenräumen

Belastungen von Wohninnenräumen ehemaliger US-Wohnungen mit PAK, PCB, DDT u.a.

Die Ereignisse in Frankfurt sind kein Ruhmesblatt für die deutsche Medizin. Nicht von ihr, sondern von sachkundigen Laien gingen die Impulse zur Kausalitätserklärung aus. Trotz frühzeitiger Inkenntnissetzung des Stadtgesundheitsamtes und des UBAs durch ein namhaftes Frankfurter Labor, sahen das Stadtgesundheitsamt und das UBA keine zwingenden Gründe zu handeln!

Die Frankfurter Ereignisse reflektieren ein **Versagen der Hochschulmedizin** und der **öffentlichen Hygieneaufsicht**.

Der Wissensstand in der Umweltmedizin erweiterte sich in den letzten Jahren beträchtlich.

Unterlassenes Hinterfragen nach umweltmedizinischen Ursachen muss deshalb aus heutiger Sicht als Verletzung der Sorgfaltspflicht gewertet werden.

Fehlerhaftes Vorgehen der Aufsichtsbehörden:

1. Zurückhalten von Informationen
2. Widersprüchliche Aussagen in Bezug auf das Gefährdungspotential
3. Ignorieren von neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen

4. Beurteilungen anhand von Richt-, Grenzwerten einzelner Schadstoffe
5. Primäre Berücksichtigung von wirtschaftlichen Interessen
6. Diskriminierung der Betroffeneninitiativen

Der Ereignisablauf der Kausalitätserfassung offenbart wesentliche Kenntnislücken in der Einschätzung der Gesundheitsgefährdung durch Gutachter, die praktizierende Medizin und Kommunalhygiene.

Bei den vorgefundenen Mischexpositionen sind Beurteilungen anhand von Richt-, Grenzwerten einzelner Schadstoffe wissenschaftlich nicht haltbar.

Es handelt sich um vielfach belastete Wohnungen. Niemand kann eindeutig sagen, welche synergistischen und antagonistischen Effekte von diesen Gemischen ausgehen: PAKs, PCBs, DDTs, Chlorpyrifos und andere Pestizide treffen hier Familien mit kleinen Kindern – und die Expositionszeit beträgt schon fast vier Jahre.

Die Möglichkeit der erhöhten Aufnahme einzelner Stoffe dieser verschiedenen Stoffgruppen müsste Anlaß genug sein, sofort zu handeln. Hier verbietet sich eine Einzelstoffbewertung!

3. Abschlussbetrachtung

In den 50er Jahren gab es die erste Warnung in der wissenschaftlichen Literatur, die besagte, dass synthetische Chemikalien unbeabsichtigterweise das **hormonelle Gleichgewicht** aus dem Lot bringen können.

Die Betrachtungsweise allein auf ein **potenzielles Risiko einer Krebserkrankung** macht uns für andere Gefahren blind. Sie verhinderte die Erforschung anderer Risiken, die sich – nicht nur für die Gesundheit des einzelnen, sondern für das Wohlergehen der gesamten Gesellschaft – als ebenso bedeutsam erweisen könnten.

Substanzen, die den Hormonhaushalt aus dem Gleichgewicht bringen, sind weder Gifte im klassischen Sinne noch typische Karzinogene. Sie spielen nach anderen Regeln.

Sie widersprechen der linearen Logik heute geltender Testanordnungen, die sich auf die Annahme gründen, dass höhere Konzentrationen größere Schäden anrichten.

Aus diesem Grunde hat uns die Überprüfung von Schadstoffen im Hinblick auf deren Krebsrisiko – in krassem Gegensatz zu unserer lang gehegten Überzeugung – vor anderen Gefahren nicht immer schützen können.

Manche hormonähnlich wirkenden Substanzen scheinen so gut wie kein Krebsrisiko darzustellen. Und wie V.F. Lindeman und H. Burlington erkannten, sind solche Substanzen typischerweise keine Gifte im eigentlichen Sinne.

»Solange wir das nicht erkennen, werden wir an den falschen Orten suchen, die falschen Fragen stellen und aneinander vorbeireden.« (Theo Colborn)

In Frankfurt/Main ging und geht die Kommunalpolitik und deren Aufsichtsbehörden immer noch nach dem Prinzip »Augen zu und durch« vor. Die nicht vorhandene Opposition (Frankfurter-Plattform), schweigt oder nimmt sogenanntes Fachwissen, der von ihr mit zu kontrollierenden Fachbehörde kritiklos hin.

Es ist an der Zeit, dieses durch einen noch zu erarbeitenden modernen Risikoplan für solche oder ähnlich liegende Fälle zu ändern.

Bei diesem Risikoplan muss die Zusammenarbeit mit den betroffenen Bürgern und ihrer Vertreter dringend gesetzlich festgelegt werden, um solche Fälle zukünftig zu vermeiden.

Das Vorgehen in Frankfurt am Main ist nicht nur nicht zeitgemäß, sondern auch verantwortungslos.

Verein für Umwelterkrankte – Bredstedt e.V.

Wir über uns: Was wir machen, was wir erreichen möchten

1 Hilfe zur Selbsthilfe

Wir wollen Personen, die durch Fremdstoffe krank wurden, und deren Angehörige beraten und betreuen, damit sich die Lebensqualität positiv verändert.

Auch der psychische Beistand ist nicht zu unterschätzen; mit allen Schmerzen und Sorgen ernstgenommen zu werden, ist ein positiver Aspekt auf dem langen Leidensweg durch Unverständnis und Unkenntnis.

Wir sind eine Gruppe

- von Betroffenen und Interessierten

Was wir machen

- wechselseitige Unterstützung, Annahme, Respekt, Zuwendung
- Aufklärung, Information
- Regelmäßige Informationstreffen

2 Was wir erreichen wollen und planen

- Mitwirken am Aufbau eines bundesweiten Netzwerkes von Selbsthilfegruppen, um schneller und kostengünstiger helfen zu können. Nur möglich, bei finanzieller Hilfe.
- dringend notwendig: Schaffung einer zentralen Anlaufstelle in Bredstedt, um unsere Arbeit besser koordinieren zu können, Ausbau der Info-/Beratungsmöglichkeit unseres Vereins.
- Anerkennung der Krankheit
- Angemessene Behandlung
- Angemessene Versorgung
- Umfassende Erforschung des Einflusses von Fremdstoffen auf unsere Gesundheit

3 Öffentlichkeitsarbeit

Ein besonderer Aspekt ist die Öffentlichkeitsarbeit, um eine Anerkennung der Krankheit und eine annehmbare Rechtslage für die Erkrankten zu schaffen.

Bankverbindung: Volksbank e.G., Bredstedt

Konto-Nr.: 726826, BLZ 217 916 01

Kontaktadressen

Horst Klug 20821 Bredstedt

Tel. 04671-2955

Antje Reetz 24107 Kiel

Tel. 0431-319 82 74

Eveline Schellbach 73776 Altenbach

Tel. 07153-27 539