

Handlungsorientierte umweltmedizinische Praxisleitlinie

Merkblatt der Empfehlungen

Autoren: Bartram F, Bauer A, v. Baehr V, Bückendorf C-H, Donate H-P, Engelhardt V, Huber W, Klehmet M, Müller K, Ohnsorge P, Mai C, Träger J-M

Definition: „...„Die klinische Umweltmedizin umfasst die (individual)medizinische Betreuung von Einzelpersonen mit gesundheitlichen Beschwerden oder auffälligen Untersuchungsbefunden, die mit Umweltfaktoren ... in Verbindung gebracht werden.“ Im Bereich der klinisch-kurativen Umweltmedizin muss die individuelle Empfindlichkeit des Betroffenen sowie die besonderen Eigenschaften komplexer Einflüsse berücksichtigt werden. Umweltmedizinische Erkrankungen werden im weiteren Text mit *UME* abgekürzt.

Diagnose (vgl. Abb. 1):

Anamnese: Es wird empfohlen, eine umweltmedizinische Anamnese nach einem Stufenschema analog der Abbildung 1 durchzuführen:

- Allgemeinmedizinische Anamnese bei Verdacht auf UME
- Umweltmedizinische Anamnese (Umweltmedizinische Erstanamnese, Umweltmedizinischer Fragebogen, Umweltmedizinische Nachanamnese)
- Anamnese von expositionsunabhängigen Risikofaktoren
- Anamnese von multifaktoriellen Syndromen
- Anamnese von Beeinträchtigungen, subjektiven Krankheitstheorien und psychosozialen Stressoren

Labor-Untersuchungen: Es wird empfohlen, die Labordiagnostik unter Berücksichtigung der Kosten wirtschaftlich und auf das individuelle Erkrankungsbild des Patienten abgestimmt, zielgerichtet einzusetzen. Sie besteht aus: 1. Allgemein-differentialdiagnostische symptombezogene Laboranalytik, 2. Umweltmedizinische Analytik: Umweltmonitoring, Biomonitoring, Effektmonitoring und / oder Suszeptibilitätsmonitoring.

Risikogruppen: Folgende Gruppen sind aufgrund ihrer besonderen Vulnerabilität gegenüber Schadstoffen als Risikogruppen für UME anzusehen: Kinder, Personen mit Vorerkrankungen wie Allergien, Asthma Bronchiale, bronchiale Hyperreaktivität, Hauterkrankungen, Überempfindlichkeiten gegenüber anderen exogenen Noxen (z.B. Medikamenten) bzw. Pseudoallergien sowie andere Erkrankungen oder Expositionen, die mit chronischer Inflammation einhergehen.

Schweregrad der Erkrankungen im Vergleich: Der Schweregrad der Erkrankungen ist abhängig von der Art, der Höhe und der Dauer der Exposition sowie der individuellen Empfindlichkeit der Betroffenen. Unter der Berücksichtigung von Durchschnittswerten sind umweltmedizinische Patienten im Vergleich mit Bevölkerungsstichproben gesundheitlich und funktionell sehr deutlich beeinträchtigt.

Verlauf: Der Verlauf der UME ist abhängig von der Möglichkeit einen Expositionsstopp bzw. eine Expositions-minderung bezüglich der relevanten Schadstoffe zügig herbeizuführen. Negativ beeinflusst wird der Verlauf durch

- langes Andauern der Exposition
- unvollständige Expositions-minderung
- reaktive seelische Störungen
- zusätzliche Stressoren (bio-psycho-sozialer Art)
- den Übergang bei langen Erkrankungszeiten in chronische Krankheitsbilder
- soziale Benachteiligungen
- das Nicht(an)erkennen der umweltbedingten Ursache der Erkrankung.

Als chronische Folgeerkrankungen von UME wurden

- erworbene besondere Chemikaliensensitivitäten (CS, MCS)
- chronische Erschöpfungssyndrome/CFS und
- chronische Schmerzsyndrome bzw. Fibromyalgie beschrieben.

Dieses sind chronische Multisystemerkrankungen, deren Entstehung mit Risikofaktoren aus dem somatischen, psychischen und sozialen Bereich assoziiert ist.

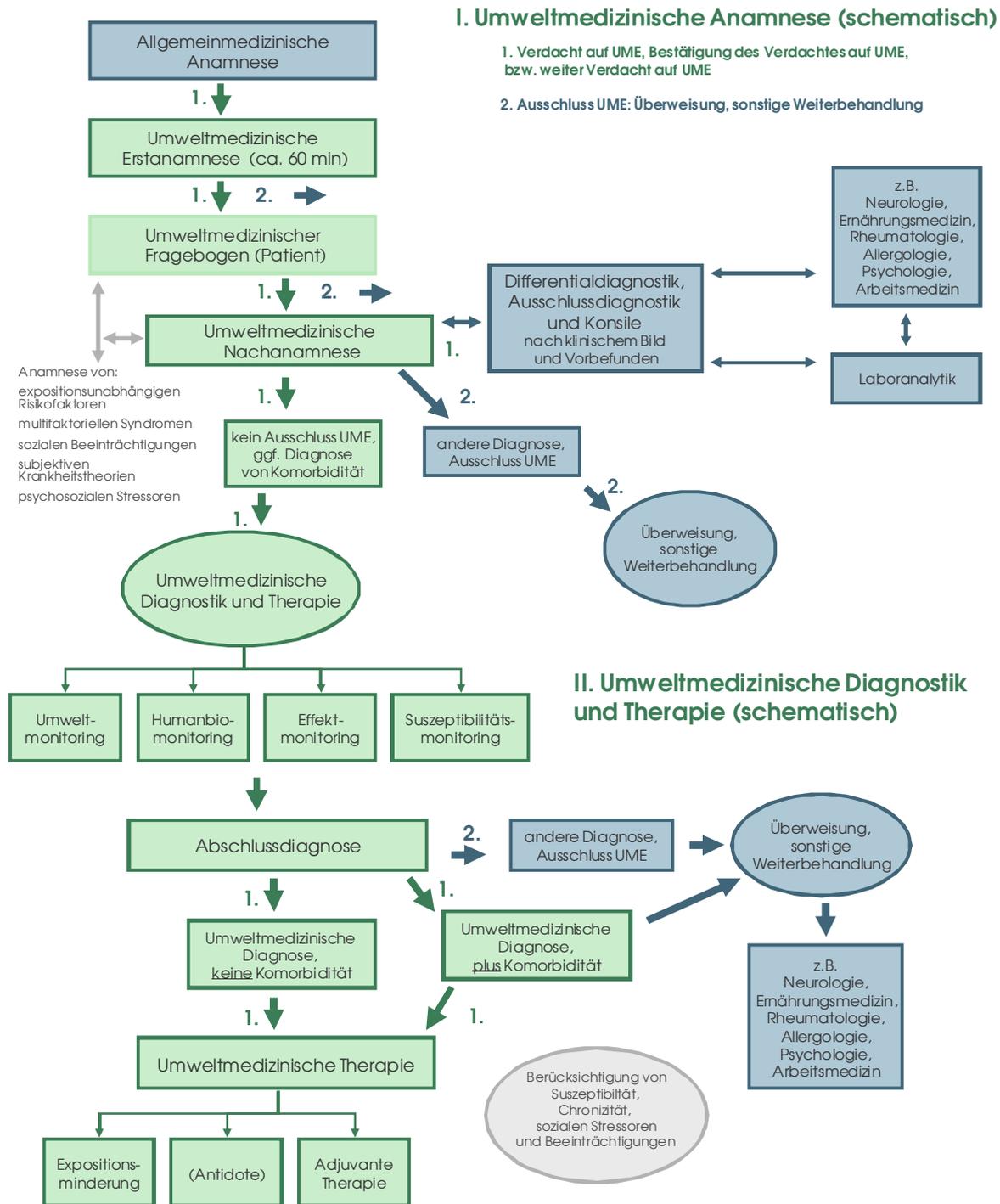


Abbildung 1: Umweltmedizinische Stufendiagnostik, schematisch

Risiko der Chronifizierung: Folgende Gruppen stehen unter einem erhöhten Risiko chronische schwer therapierbare Krankheitsbilder nach einer UME zu entwickeln:

- Personen mit multiplen Allergien oder multiplen Pseudoallergien,
- Personen mit erhöhtem Level an Stressoren,
- Personen mit ängstlicher Persönlichkeitsstruktur oder manifesten Angststörungen.

Ätiopathogenese: Die Erforschung der Ätiopathogenese umweltmedizinischer Erkrankungen steckt noch in den Kinderschuhen. Der Grund ist das hochindividualisierte Krankheitsgeschehen aufgrund der individuell sehr verschiedenen Expositionssituationen (z.B. mehrere hundert Chemikalien in der Innenraumluft) und der gleichzeitig individuell sehr verschiedenen Suszeptibilität der Betroffenen, die eine standardisierte Bewertung z.B. anhand von Messwerten oft unmöglich machen.

In der umweltmedizinischen Praxis kann nur ein kleiner Teil der Fälle im Sinne toxikologischer Grundsätze bewertet werden. Es wird empfohlen, eine individuell angepasste Bewertung und Diagnose anhand der Anamnese, klinischer Parameter und des Verlaufes durchzuführen. Messwerte des Humanbiomonitorings oder Umgebungsmonitorings können die Bewertung erleichtern, jedoch allein nicht zum Ausschluss einer UME führen.

Psychologie: Die Psychologie muss in der klinisch-kurativen Umweltmedizin mit beachtet werden. Dies hat drei Gründe:

1. Fehldiagnosen bei neurotoxischer Exposition aufgrund von Symptomähnlichkeiten. Psychometrische Tests oder Fragebögen können aufgrund mangelnder Trennschärfe nicht zur Diagnostik verwendet werden.
2. Chronische Verlaufsformen erhöhen das Risiko für seelische Folgeerkrankungen.
3. Vulnerabilität: Personen mit psychiatrischen Vorerkrankungen können zusätzlich umweltmedizinisch erkranken. Die Bewältigung der Erkrankung (Coping) im täglichen Leben ist dann häufiger dysfunktional als bei seelisch Gesunden (Chronizitätsrisiko). Personen mit stressbedingten Erkrankungen (PTSD) weisen häufiger eine besondere chemische Sensitivität auf als Gesunde.

Therapie: Die Basistherapie bei UME stellt der Expositionsstopp bzw. die Verminderung der Exposition auf ein verträgliches Maß dar. Insbesondere bei chronischen Verlaufsformen reicht dieses häufig nicht aus, so dass adjuvante Therapien herangezogen werden müssen.

Antidote: In einigen Fällen der Exposition mit spezifischen und bekannten Einzelsubstanzen sind Gegenmittel bekannt. Diese können Handbüchern der Umweltmedizin oder der Toxikologie entnommen werden, die sich mit Einzelsubstanzen befassen.

Psychoedukation: Es wird empfohlen die Patienten über ihr Krankheitsbild aufzuklären, wobei ein multifaktorielles und individuelles Modell der Erkrankung vermittelt werden sollte. Monokausale Zuschreibungen sollten vermieden werden.

Evaluation der Wirksamkeit: Eine kontinuierliche Überprüfung der Verträglichkeit und Wirksamkeit der eingeleiteten Therapien durch die jeweiligen Behandler wird empfohlen.

Weiterführende Behandlung: Die weiterführende Behandlung (Krankenhaus, Reha-Einrichtung) sollte in Einrichtungen erfolgen, welche Fachkenntnis auf dem Gebiet der Umweltmedizin vorweisen können.

Patientenkommunikation: Aufgrund des Spannungsfeldes zwischen Toxikologie, Psychiatrie und klinisch-kurativer Umweltmedizin haben viele Patienten schlechte Erfahrungen im Umgang mit dem medizinischen System allgemein und psychosomatischen Einrichtungen insbesondere gemacht. Dies führt zu Schwierigkeiten im Bereich der Patientenkommunikation und der Vermittlung eines multifaktoriellen Krankheitsmodells in der umweltmedizinischen Praxis.

Obsoleter bzw. schädlicher Verfahren: Folgende Verfahren sind als obsolet oder nachteilig für den Verlauf zu betrachten: Ausschluss oder Annahme einer UME auf der alleinigen Basis von nicht-validen Messwerten oder auf der Basis des Mangels an geeigneten Messwerten, Ausschluss einer UME auf der alleinigen Basis von nicht-trennscharfen psychometrischen Tests oder Fragebogen, Ausschluss einer UME auf der Basis einer psychiatrischen Diagnose sowie monokausale Zuschreibungen („Vergiftungshypothese“) bei chronischen Verlaufsformen.

Quelle und Referenzen: Bartram F, Bauer A, v. Baehr V, Bückendorf C-H, Donat H-P, Engelhardt V, Huber W, Klehmet M, Müller K, Ohnsorge P, Mai C, Träder J-M:

Handlungsorientierte umweltmedizinische Praxisleitlinie. Deutscher Berufsverband der Umweltmediziner e.V. (Hrsg.) Berlin, 2010.

Die Evidenzgrade (I-V ,gemäß Oxford Centre of Evidence-Based Medicine) als auch die Stärke des Konsensus in der Leitliniengruppe werden bei den Empfehlungen in der Langfassung der Praxisleitlinien angegeben.