

Umweltmedizinische Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten in Deutschland

Health care situation in environmental medicine in Germany

ZUSAMMENFASSUNG

Der Bedarf nach Aufklärung im Bereich der gesundheitlichen Auswirkungen von Umwelteinflüssen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Insbesondere durch die nationale wie auch weltweite Forschung zu Umwelt- und Gesundheitsthemen konnte der Erkenntnisstand im Bereich Environmental Public Health deutlich verbessert werden. Jedoch ist eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung bei Auftreten von Gesundheitsbeschwerden, welche auf Umwelteinflüsse zurückgeführt werden in Deutschland nach wie vor nur unzureichend gewährleistet. Die Gründe hierfür sind vielfältig und liegen zum Teil in strukturellen wie auch finanziellen Herausforderungen. Der Artikel beschreibt die aktuelle Situation der Umweltmedizin in Deutschland und entwickelt auch Vorschläge für eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen.

Dieser Text stellt eine aktualisierte Kurzversion der im Februar 2020 im Bundesgesundheitsblatt (63:242–250) erschienenen ausführlichen Stellungnahme der Kommission Umweltmedizin und Environmental Public Health dar.

ABSTRACT

In recent years, the demand for information on the health effects of environmental factors has increased. National and international research on topics of environmental hygiene and medicine contributed to better insights on Environment and Health issues in the area of public health. Nevertheless, in Germany nationwide healthcare is not sufficiently guaranteed when environmental factors are postulated as the cause of health effects in individuals. The reasons for this are manifold and lie partly in structural as well as financial challenges. This article describes the current situation of environmental medicine in Germany and suggests measures for improving the health care situation in this particular area of medicine.

EINLEITUNG

Menschen können durch verschiedene Umweltimmissionen (z. B. Geruch, Lärm, Luftschadstoffe, Mikroorganismen) belastet und gesundheitlich beeinträchtigt werden. Ob es sich dabei um eine objektivierbare Belastung handelt, kann durch eine umweltmedizinische Bewertung der Exposition erfolgen. Belastungen entstehen durch physikalisch-chemische und mikrobielle Umwelt- oder Schadfaktoren sowie durch Defizite, wie zum Beispiel unzureichende, gestörte Nachtruhe oder eingeschränkte Bewegungsmöglichkeiten. Sie können sich kurz-, mittel- oder

langfristig auswirken; die Wirkungen können reversibel oder irreversibel sein. Arbeitsschwerpunkte der Umweltmedizin betreffen die:

- Expositionsermittlung,
- umweltbezogene Wirkungsermittlung und Diagnostik,
- Abschätzung umweltbedingter Gesundheitsrisiken,
- vergleichende Risikoanalyse und -bewertung sowie die Risikokommunikation,
- Ableitung von Präventionsstrategien,
- Betreuung, Beratung und Begutachtung,
- regulatorische und administrative Aufgaben sowie



© puckno_ns / Adobe stock.

- Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen für eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Umwelt (modifiziert nach Eis 1996).

Umweltmedizin nutzt die Methoden verschiedener Arbeitsrichtungen, wie Epidemiologie, Monitoring und Toxikologie, ist auch ein Bestandteil der allgemeinen und psychosozialen klinischen Medizin und steht darüber hinaus in enger Beziehung zu natur-, sozial- und umweltwissenschaftlichen Arbeitsrichtungen (Eis 1996).

Die notwendigerweise interdisziplinäre Ausrichtung der umweltmedizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten mit umweltbezogenen und umweltbedingten Fragestellungen stellt die in Deutschland vorhandenen Versorgungskonzepte vor große Herausforderungen.

Viele der in der Umweltmedizin eingesetzten diagnostischen und therapeutischen Ver-

fahren sind nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen und werden auch von den privaten Krankenkassen häufig nicht oder nur durch eine Pauschale finanziert. Eine wesentliche Grundlage und Voraussetzung hierfür wäre eine vollständige und gewissenhafte Dokumentation der erbrachten umweltmedizinischen Leistung, ein qualitativ strukturiertes Vorgehen bei der umweltmedizinischen Patientenversorgung sowie eine Evaluation der Effektivität der erbrachten Leistungen.

STATUS QUO UMWELTMEDIZINISCHER VERSORGUNG

Eine flächendeckende umweltmedizinische Versorgung konnte bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt nach wie vor nicht realisiert wer-

den (Schnakenberg et al. 2018). Die aktuelle Weiterbildungsproblematik mit dem Wegfall der Zusatzbezeichnung Umweltmedizin 2003 und vor allem Finanzierungsprobleme haben zu einem Rückgang der Anzahl qualifizierter, fundiert ausgebildeter Umweltmedizinerinnen und Umweltmediziner sowohl im niedergelassenen Bereich als auch an den Universitätskliniken geführt. Aufkommen dem Beratungs- und Betreuungsbedarf kann daher nicht ausreichend von fachkundig ärztlicher Seite entsprochen werden. Auch die Gesundheitsämter können diesen Bedarf nicht auffangen, zumal der öffentliche Gesundheitsdienst primär einen bevölkerungs- und keinen primär individualmedizinischen Auftrag in der umweltmedizinischen Versorgung hat (Wiesmüller, Hornberg 2014). Erschwerend kommt hinzu, dass ein Rückgang der Fachärztinnen und Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin zu verzeichnen ist, da bundesweit Lehrstühle für Hygiene und Umweltmedizin nach Emeritierung der Lehrstuhlinhaber und Lehrstuhlinhaberinnen nicht weitergeführt werden. Bereits 2002 hat das Umweltbundesamt (UBA) eine Pressemitteilung mit der Schlagzeile veröffentlicht: „Hygiene und Umweltmedizin – vom Aussterben bedroht? Forschungs- und Ausbildungskapazitäten für Hygiene- und Umweltmedizin gehen zurück“ (UBA 2002). So ist beispielsweise die Umweltmedizinische Ambulanz (UMA) Aachen die einzige universitäre Umweltambulanz in NRW. Umweltmedizinische Leistungen sind zurzeit in erster Linie nur als sogenannte IGeL-Leistungen (individuelle Gesundheitsleistungen) auf eigene Kosten der Patientinnen und Patienten zu erhalten und werden kaum durch die Krankenkassen finanziert. Dadurch können Patientinnen und Patienten mit umweltbezogenen beziehungsweise -bedingten Gesundheitsstörungen immer schwieriger umweltmedizinisch versorgt werden, sodass von einer Unterversorgung auszugehen ist. All dies führt dazu, dass sich viele Patientinnen und Patienten alternativen Diagnose- und Behandlungsmethoden zuwenden, deren Wirksamkeit und Unschädlichkeit oft nicht

belegt ist (Fehlversorgung) und mit ihren besonderen Kosten die Solidargemeinschaft deutlich belasten, falls diese dennoch von Krankenkassen finanziert werden (Hornberg et al. 2005).

Unabhängig von der Entwicklung der individuellen umweltmedizinischen Patientenversorgung ist die Umwelt als potenzielle Ursache gesundheitlicher Effekte bis hin zu manifesten Erkrankungen nicht nur verstärkt in das Bewusstsein und die Besorgnis vor umweltassoziierten Gesundheitsrisiken der Bevölkerung gerückt, sondern hat auch politisches Handeln und Gesetzgebung beeinflusst. Hierbei ist es nach wie vor eine Herausforderung, sowohl mögliche gesundheitliche Einflüsse von Umweltfaktoren für den Einzelnen als auch für Bevölkerungsgruppen wissenschaftlich basiert zu bewerten sowie den Betroffenen und Entscheidungsträgern zu kommunizieren. Solche Einflüsse ergeben sich zum Beispiel aus:

- globalen klimatischen Veränderungen wie extremen Hitzeperioden und anderen extremen Wetterlagen,
- Belastungen durch Lärm und Luftschadstoffe in urbanen Ballungsräumen,
- dem Bau von Windkraftanlagen und den Mobilfunk-Netzausbau,
- der langfristigen chemischen Belastung und Feuchte-/Schimmelschäden in Innenräumen,
- neuen Stoffgruppen wie Nanomaterialien,
- kurz- und langfristigen Störfällen in Betrieben mit nachfolgender regionaler Belastung.

BEDARF AN UMWELTMEDIZINISCHER VERSORGUNG

Es gibt keine systematischen Untersuchungen zur umweltmedizinischen Versorgungssituation beziehungsweise zum eigentlichen Bedarf an umweltmedizinischen Leistungen.

Eine von Frantz et al. im Jahr 2004 durchgeführte Untersuchung zur Versorgung von

Patientinnen und Patienten mit umwelt-assoziierten Gesundheitsstörungen in universitären umweltmedizinischen Einrichtungen zeigte, dass Informationsdefizite und mangelnde Bekanntheit des Angebots den Zugang zu umweltmedizinischer Versorgung häufig erschweren. Des Weiteren wurde sowohl für die betroffenen Patientinnen und Patienten als auch für Fachleute in Kliniken, bei Krankenkassen, Gesundheitsämtern etc. die Schwierigkeit benannt, eine entsprechend zuständige Ansprechpartnerin beziehungsweise einen Ansprechpartner für umweltmedizinische Belange zu finden (Frantz et al. 2005, 2006).

Aus den bisherigen Erkenntnissen kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass der Bedarf für die umweltmedizinische Versorgung an einer umweltmedizinischen Ambulanz (UMA) / Umweltmedizinischen Beratungsstelle (UMEB) bei durchschnittlich 50 Erstsprechstunden im Jahr pro Einrichtung liegt. Zusätzlich sind, abhängig vom jeweiligen Fall, häufig mehrere Folgekontakte zu berücksichtigen. Den konkreten Sprechstundenterminen gehen durchschnittlich etwa 100 Erstkontakte, die in der Regel telefonisch stattfinden, voraus. Dies belegen Daten aus der UMA Aachen von 2012 (Bank 2013). Hierbei muss aber unbedingt berücksichtigt werden, dass diese Zahlen nicht alleine die reale Anzahl der Patientenkontakte widerspiegeln, sondern auch durch die enge personelle Ausstattung der Einrichtungen mit bedingt sind.

Für den Bedarf an umweltmedizinischer Expertise im Bereich der präventiven bevölkerungsbezogenen Umweltmedizin liegen keine Daten vor.

FINANZIERUNG UMWELTMEDIZINISCHER LEISTUNGEN

Bei niedrigen Fallzahlen und sehr hohem Aufwand pro umweltmedizinischem Einzelfall, vor allem verursacht durch den aufwändigen Beratungsbedarf und hohe Kosten für Messungen von Schadstoffen, sind umweltmedizi-

nische Ambulanzen an Hochschulen finanziell nicht rentabel und stehen zunehmend bezüglich ihres Erhalts in der Diskussion. Für sie spricht jedoch, dass nur dort eine Bündelung der Expertise der unterschiedlichen Fachdisziplinen gewährleistet ist.

Bei niedergelassenen Ärzten können sowohl Kassen- als auch Privatpatientinnen und -patienten – unter anderem gemäß des Wirtschaftlichkeitsgebots der Kassenrichtlinien – umweltmedizinische Leistungen und/oder Expositionsuntersuchungen meist nur noch über eigene private Zahlungen erhalten. Erfahrungen aus dem Praxisalltag zeigen, dass paradoxerweise von einigen gesetzlichen Krankenkassen nicht-ärztliche Tätigkeiten wie zum Beispiel Begehungen und Schadstoffmessungen in der Innenraumluft initiiert werden, ohne dass dabei die Einbindung ärztlicher Expertise beziehungsweise der ärztlich erhobenen spezifischen Krankengeschichte erfolgt. Ein großer Teil solcher Kosten wird jedoch nach wie vor von den rat-suchenden, symptomatischen Patientinnen und Patienten selbst getragen.

Nicht abschätzbare Kosten werden auch durch das „doctor hopping“ verursacht mit zum Teil vielfach wiederholten gleichen Untersuchungen in einem engen zeitlichen Rahmen. Zusätzlich entstehen wie immer indirekte Kosten, zum Beispiel durch lang-dauernde Arbeitsunfähigkeitszeiten oder gar Berufsunfähigkeit. Unberücksichtigt bleiben die für Patientinnen und Patienten entstehenden Kosten für Sanierungs- und Karenzmaßnahmen, die gegebenenfalls auf der Basis einer nicht validen oder unvollständigen umweltmedizinischen Diagnostik aus Sorge um die eigene Gesundheit durchgeführt werden. Die Höhe intangibler Kosten, die durch eine Beeinträchtigung der Lebensqualität, Auswirkungen auf Kinder etc. verursacht werden, ist nicht abzuschätzen.

Aus ärztlicher Sicht sollte die Kostenübernahme für Patientinnen und Patienten mit manifesten Erkrankungen durch die gesetzlichen und privaten Krankenkassen gewährleistet sein und nicht als IGeL-Leistung zu Lasten der Betroffenen oder gar zu Lasten

der umweltmedizinischen Zentren verschoben werden. Nur bei adäquater Finanzierung umweltmedizinischer Leistungen ist eine qualitätsgesicherte effizientere Versorgung umweltmedizinischer Patientinnen und Patienten möglich. Die Verortung als Präventionsleistung wird den Anlässen einer umweltmedizinischen Beratung nicht gerecht, die in der Regel aufgrund manifester Erkrankungen entsteht und nicht aus präventivem, gesundheitsförderndem Anlass.

Außerdem ist es eine Voraussetzung für die Finanzierung, dass qualitätsgesicherte, evidenzbasierte und möglichst leitlinienkonforme Verfahren in der Umweltmedizin angewendet werden. Eine kontinuierliche Überprüfung der Evidenz, insbesondere neuerer umweltmedizinisch-diagnostischer Leistungen, ist hierbei zwingend erforderlich.

SITUATION FÜR PATIENTINNEN UND PATIENTEN IM UMWELTMEDIZINISCHEN BEREICH

Aus den vorliegenden Erfahrungen folgert die Kommission Umweltmedizin und Environmental Public Health, dass in Deutschland eine Unter- und Fehlversorgung im umweltmedizinischen Bereich vorliegt. Zudem hat sich die Nachfrage umweltmedizinischer Leistungen durch Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den 1990er Jahren qualitativ und quantitativ verändert: Symptome, die noch vor zehn Jahren eine quantitativ größere Rolle spielten, wie zum Beispiel MCS-assoziierte Beschwerden (Eis et al. 2008), wurden tendenziell seltener; stattdessen nehmen zurzeit Beschwerden als mögliche Folge von Feuchte-/Schimmelbefall in Innenräumen oder durch andere Innenraumbelastungen sowie durch spezifische Umweltbelastungen im Außenbereich (z. B. Luftverschmutzung, Lärm) zu. Um eine dem Individualfall angepasste Diagnostik zu gewährleisten, ist häufig ein interdisziplinäres Vorgehen notwendig (Herr et al. 2008).

fig ein interdisziplinäres Vorgehen notwendig (Herr et al. 2008).

Aus der Betrachtung vieler Krankengeschichten entsteht der Eindruck, dass eine frühzeitige umweltmedizinische Versorgung maßgeblich dazu beitragen könnte, zielgerichtete Diagnostik in die Wege zu leiten, damit Leidenswege zu verkürzen und gegebenenfalls einer sekundären psychischen Belastung vorzubeugen.

Eine Studie (Weilnhammer et al. 2018) befragte unter anderem niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Umweltmedizin in Baden-Württemberg, Bayern, Sachsen und Thüringen sowie umweltmedizinische Ambulanzen bundesweit zur aktuellen Versorgungssituation umweltmedizinischer Patientinnen und Patienten. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass zur Verbesserung der umweltmedizinischen Versorgung eine bessere Vernetzung der Akteure, strukturierte Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im umweltmedizinischen Bereich sowie eine Umstrukturierung mit Fokus auf einer Stärkung der umweltmedizinischen Ambulanzen wünschenswert wären.

UMWELTMEDIZINISCHE VERSORGUNG AUS PATIENTENSICHT

Die Sicht der Patientinnen und Patienten zur umweltmedizinischen Versorgung deckt sich weitgehend mit der vorliegenden Stellungnahme. Dies zeigt ein Statement des gemeinsamen Netzwerks für Umweltkranke e. V. (Otte 2018): Themen, welche unter anderem hier genannt werden, sind:

- die Anerkennung der „Klinischen Umweltmedizin“ in der (Muster-)Weiterbildungsordnung,
- die Einordnung in die Sozialversicherungssysteme mit adäquaten Abrechnungsmöglichkeiten,
- valide diagnostische und therapeutische Methoden,

- Studien sowie die Aufarbeitung des internationalen Wissensstandes zur Ätiologie und Pathogenese umweltbedingter und umweltbezogener Erkrankungen,
- Erforschung möglicher Wechselwirkungen von Noxen auf den menschlichen Organismus sowie
- eine klare Abgrenzung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen.

STELLENWERT VON UMWELTMEDIZIN IN DER AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG

Im Medizin-Studium wurde 2003 das Querschnittsfach „Klinische Umweltmedizin“ eingeführt (ÄApprO 2002). Ebenfalls 2003 fiel die Zusatzbezeichnung Umweltmedizin in der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer weg.

In der aktuellen (Muster-)Weiterbildungsordnung von November 2018 finden sich in den Ausführungen zu verschiedenen Gebietsbezeichnungen und Zusatz-Weiterbildungen deutliche Hinweise auf einen umweltmedizinischen Bezug (Bundesärztekammer 2018). Es liegen keine systematischen Erkenntnisse dazu vor, ob und in welcher Weise diese Inhalte in der ärztlichen Weiterbildung der unterschiedlichen Gebiete vermittelt werden (können) und ob eine entsprechende umweltmedizinische Expertise bei den weiterbildenden Ärztinnen und Ärzten vorliegt. Einen Sonderstatus nimmt hier sicherlich der Facharzt/die Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin ein. Diese fachärztliche Ausbildung beinhaltet alle Aspekte, die im Rahmen des Erwerbs der Zusatz-Weiterbildung oder der curricularen Fortbildung Umweltmedizin vermittelt werden.

VON WEM KÖNNTE IN ZUKUNFT UMWELTMEDIZIN BETRIEBEN WERDEN?

Um eine umweltmedizinische ärztliche Betreuung valide zu gewährleisten, fehlt es an strukturierten Weiterbildungskonzepten, die fachübergreifend in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung integriert sein sollten. Hier stehen insbesondere die fachärztlichen Disziplinen Allgemeinmedizin, Arbeitsmedizin, Augenheilkunde, Dermatologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO), Hygiene, Innere Medizin, Neurologie, Pädiatrie, Pneumologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Reproduktionsmedizin im Vordergrund, außerdem die Zusatz-Weiterbildungen Allergologie und Betriebsmedizin. Zumindest in einem Teil dieser Fachdisziplinen sind bislang umweltmedizinische Aspekte in der gebietsbezogenen Weiterbildung noch nicht umfassend verortet. Dies wirft weiterhin die Frage nach den Vorteilen einer Zusatz-Weiterbildung „Klinische Umweltmedizin“ auf, um die komplexe Thematik systematisch zu bündeln. Analog zur Frage nach Zusammenhängen einer Erkrankung zum Arbeitsplatz, wie es im Gebiet der Arbeitsmedizin im Vordergrund steht, sollte jeder Facharzt und jede Fachärztin der verschiedenen Disziplinen in die Lage versetzt werden, in seinen differentialdiagnostischen Überlegungen umweltmedizinische Einflüsse einzubeziehen, um diese gegebenenfalls in das Diagnostik- und Therapiekonzept zu integrieren.

An den Universitätskliniken sollte der Erhalt und die (Wieder-)Einrichtung der umweltmedizinischen Sprechstunden – sei es in Anbindung an Institute/Abteilungen der Hygiene und Umweltmedizin, sei es in Anbindung an Institute der Arbeitsmedizin (und Umweltmedizin) oder andere Fachgebiete – gefördert werden, da die Universitäten einen essentiellen Beitrag für den Erhalt der für die Umweltmedizin notwendigen Interdisziplinarität leisten. Um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, ist zudem eine ausreichende Repräsentanz umweltmedizinischer Expertise im niedergelassenen Bereich

notwendig (Schnakenberg et al. 2018). Auch eine Nutzung oder Erweiterung des Modells des/der Präventionsassistenten/-assistentin als speziell geschulte Personen der Medizinfachberufe (MFA) könnte als ergänzende beratende Anlaufstelle im Praxisumfeld eingesetzt werden.

Ein wichtiger Aspekt der Versorgungssituation ist eine Verbesserung der Transparenz hinsichtlich der umweltmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten für die Patientinnen und Patienten, da es auf dem Gebiet der Umweltmedizin für diese immer schwieriger wird, zu erkennen, welche Angebote tatsächlich einer qualitätsgesicherten evidenzbasierten Umweltmedizin entsprechen. Des Weiteren ist für sie nicht klar ersichtlich, welche Angebote von Ärztinnen und Ärzten und welche von anderen nicht-ärztlichen Berufsgruppen, wie zum Beispiel Baubiologen und Ingenieuren, erbracht werden. Daher herrscht oftmals Unklarheit darüber, wie die erhobenen Untersuchungsergebnisse und Maßnahmenempfehlungen aus ärztlicher Sicht im Zusammenhang mit dem bestehenden Beschwerdebild einzuordnen sind.

Während von technischer Seite Fragen der Expositionserfassung eine zentrale Rolle spielen, die auch von nicht-ärztlichem Personal beantwortet werden können, stellt die Frage nach der Bedeutung für die individuelle Gesundheit sowohl medizinische Laien als auch nicht fachkundige Ärztinnen und Ärzte vor eine Herausforderung. Die Frage nach der umweltmedizinischen Diagnose ist oftmals komplex und nur im interdisziplinären Zusammenhang zu beantworten (Schnakenberg et al. 2018). Umwelteinflüsse auf die Gesundheit und umweltbezogene Erkrankungen können valide nur ärztlich, vor dem Hintergrund des individuellen Beschwerde- und Krankheitsbildes, bewertet und von anderen, gegebenenfalls auch psychosozialen Einflüssen abgegrenzt werden. Insgesamt sind somit Qualitätskriterien hinsichtlich diagnostischer Wege und validierter Therapieansätze erforderlich. Für häufige umweltassoziierte Erkrankungen ist die Erstellung qualitätsgesicherter Leitlinien zwingend erforderlich.

NOTWENDIGKEIT FÜR DIE SICHERSTELLUNG EINER ADÄQUATEN KLINISCH-UMWELTMEDIZINISCHEN VERSORGUNG

Für eine adäquate klinisch-umweltmedizinische Versorgung sind, angepasst an die neuen Weiterbildungsordnungen der Länder 2020, notwendig:

- 1 umfangreichere Stärkung der „Klinischen Umweltmedizin“ im Medizinstudium – Hier stehen insbesondere die fachärztlichen Disziplinen Allgemeinmedizin, Arbeitsmedizin, Augenheilkunde, Dermatologie, HNO, Hygiene, Innere Medizin, Neurologie, Pädiatrie, Pneumologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Reproduktionsmedizin im Vordergrund, außerdem die Zusatz-Weiterbildung Allergologie und Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin.
- 2 Zusatzbezeichnung „Klinische Umweltmedizin“ wieder einführen.
- 3 allgemein anerkannte qualitätsgesicherte evidenzbasierte diagnostische und therapeutische Methoden der Klinischen Umweltmedizin erarbeiten.
- 4 adäquate Abrechnungsmöglichkeiten klinisch umweltmedizinischer Leistungen schaffen.

AUSBLICK

Das Angebot im medizinisch-kurativen Bereich wird vor allem durch besonders engagierte niedergelassene Umweltmedizinerinnen und -mediziner und im Hochschulbereich durch sehr wenige umweltmedizinische Ambulanzen und (universitäre) umweltmedizinische Beratungsstellen aufrechterhalten. Um einen hohen Qualitätsstandard umweltmedizinischer Versorgung auch perspektivisch zu sichern, bedarf es der Konsolidierung bestehender Strukturen durch kostendeckende Leistungsvergütung sowie der Sicherung qualifizierter personeller Ressourcen. Dabei sollte speziell darauf geach-

tet werden, in allen Bereichen umweltmedizinischer Aktivitäten entsprechend den aktuellen wissenschaftlichen Standards zu arbeiten und Maßnahmen der Qualitätssicherung zu etablieren.

Damit die Angebotsvielfalt umweltmedizinischer Leistungen von allen Patientinnen und Patienten, aber auch von zuweisenden Ärztinnen und Ärzten genutzt werden kann, ist der Zugang zu diesbezüglichen Leistungen transparent zu kommunizieren. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Bündelung des Zugangs zum Themenfeld Umweltmedizin durch ein internetgestütztes Informations- und Beratungsangebot hilfreich. Die dieses Angebot tragende Stelle könnte im Sinne einer Lotsenfunktion (als eine Möglichkeit) auch eine erste individuelle Beratung und/oder Weitervermittlung für themenspezifische Fragestellungen übernehmen. ●

Dieser Text wurde von den folgenden federführenden Kommissionsmitgliedern unter der Beteiligung der Geschäftsstelle am RKI aktualisiert und gekürzt:

- Prof. Dr. med. C. Herr (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit);
- Univ.-Prof. Dr. med. A. Heutelbeck (Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Universitätsklinikum Jena (UKJ));
- Univ.-Prof. Dr. med. C. Hornberg (Universität Bielefeld, Medizinische Fakultät OWL/ Fakultät für Gesundheitswissenschaften),
- Univ.-Prof. Dr. med. D. Nowak (LMU, Klinikum der Universität München, Institut u. Poliklinik für Arbeits- und Umweltmedizin);
- Prof. Dr. med. G. A. Wiesmüller (Gesundheitsamt Köln);
- Dr.-Ing. Hildegard Niemann (RKI, für Geschäftsstelle der Kommission am RKI)
- Dr. med. Wolfgang Straff (UBA, für Geschäftsstelle der Kommission am RKI)

Informationen zu allen Kommissionsmitgliedern und ständigen Gästen finden sich unter der Originalveröffentlichung im Bundesgesundheitsblatt 02/2020 oder auf der Internetseite der Kommission: https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/UmweltKommission/Mitglieder/mitglieder_node.html.

LITERATUR

ÄApprO (2002): Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002. BGBl I S. 2405.

Bank C (2013): Persönliche Mitteilung.

Bundesärztekammer (2018): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018. Eigenverlag, Berlin; <http://www.bundes-aerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/>.

Eis D (1996): Definition „Umweltmedizin“. Umweltmed Forsch Prax 1: 65–70.

Eis D, Helm D, Mühlinghaus T et al. (2008): The German Multicentre Study on Multiple Chemical Sensitivity (MCS). Int J Hyg Environ Health 211: 658–681.

Frantz A, Hornberg C, Bornschein S et al. (2005): Untersuchung zur umweltmedizinischen Versorgungssituation von Patienten mit umweltassoziierten Gesundheitsstörungen universitärer umweltmedizinischer Einrichtungen. Umweltmed Forsch Prax 10: 346.

Frantz A, Wiesmüller GA, Niggemann H et al. (2006): Umweltmedizinische Versorgungssituation von Patienten universitärer umweltmedizinischer Einrichtungen. Umweltmed Forsch Prax 11: 213–214.

Herr C, Otterbach I, Nowak D, et al. (2008): Klinische Umweltmedizin. Clinical Environmental Medicine. Deutsches Ärzteblatt 105: 523–531.

Hornberg C, Malsch AKF, Pauli A et al. (2005): Situationsbericht Klinische Umweltmedizin, Beispiel Nordrhein-Westfalen (NRW). Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 40: 12–27.

Otte K (2018): Mitteilung der Vorsitzenden des Gemeinnützigen Netzwerks für Umweltkranke e.V.

Schnakenberg E, Müller KE, Bückendorf CH et al. (2018): Stellungnahme zur umweltmedizinischen Versorgungssituation in Deutschland; persönliche Mitteilung.

UBA – Umweltbundesamt (2002): Hygiene und Umweltmedizin – vom Aussterben bedroht? Pressemitteilung des UBA vom 20.02.2002. Umweltmedizinischer Informationsdienst 2: 3. <https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/pdfs/umid0202.pdf> (Zugriff am: 09.11.2017).

Weilhammer V, Heinze S, Hendrowarsito L et al. (2018): Aktuelle Versorgungssituation umweltmedizinischer Patienten in ausgewählten Gebieten. Umwelt-Hygiene -Arbeitsmed 23(3): 175–181.

Wiesmüller GA, Hornberg C (2014): Ist umweltbezogener Gesundheitsschutz noch nachgefragt? Public Health Forum 22: 26–29.

KONTAKT

Robert Koch-Institut - Geschäftsstelle der Kommission Umweltmedizin und Environmental Public Health
Dr.-Ing. H. Niemann
Robert Koch-Institut, Fachgebiet 24:
Gesundheitsberichterstattung
Postfach 65 02 61
13302 Berlin
E-Mail: [Umweltmedizinkommission\[at\]rki.de](mailto:Umweltmedizinkommission[at]rki.de)

[RKI]