

3/07:

Schwarz E, Bauer A (2007): „Multiple Chemical Sensitivity“ (MCS) - Risikofaktoren, Therapie und Verlauf. Tagungsband der Jahrestagung des Deutschen Allergie und Asthma Bundes (DAAB) am 13.10.2007 in Berlin

Fachkliniken Nordfriesland, Krankenhausweg 1-3 , 25821 Bredstedt
Tel. 04671 904 140, Fax. 04671 904 240, www.fklnf.de, www.daab.de

1. Einleitung

Das Fachkrankenhaus Nordfriesland (FKH-NF) in Bredstedt/Schleswig-Holstein ist eine spezialisierte Einrichtung für umweltmedizinische Erkrankungen, Suchtkrankheiten sowie psychiatrische und psychosomatische Krankheitsbilder. Seit mehr als 15 Jahren werden umweltmedizinische Patienten am FKH Nordfriesland stationär und ambulant betreut. Oft sind es Patienten, die auf der Basis einer stattgefundenen Schadstoff-Belastung ausgeprägte Intoleranzen gegenüber niedrigen Konzentrationen vielfältiger volatiler Chemikalien entwickelt haben, die heute an dem Fachkrankenhaus behandelt werden. Dieses Krankheitsbild wird auch als "Multiple Chemical Sensitivity" oder „MCS“ bezeichnet (Konsensusdefinition zur MCS bei [2]).

2. Prävalenz von MCS

Die Ergebnisse von repräsentativen Befragungen zeigen, dass 9-33% der Bevölkerung Intoleranzreaktionen aufweisen, wenn sie in Kontakt mit einzelnen Chemikalien oder Gruppen von Chemikalien kommen. Tägliche derartige Symptome haben 4,1% der Bevölkerung. Deutlich beeinträchtigende Gesundheitsprobleme aufgrund einer Chemikalienempfindlichkeit oder ärztlich diagnostizierten MCS liegen in Deutschland bei 0,5% der Bevölkerung vor [6,7,9].

3. Risikofaktoren für MCS

Risikofaktoren für MCS kommen aus den Bereichen A. Exposition und B. Empfindlichkeit:

A. Schadstoff-Expositionen, die am häufigsten als Risikofaktoren für MCS genannt werden, sind organische Lösemittel, Pestizide und Formaldehyd. Diese Stoffe/Stoffklassen wirken in der Regel schleimhautreizend und neurotoxisch (=nervengiftig). Insbesondere bei Personen, die direkt in Zusammenhang mit derartigen Schadstoffexpositionen akut oder chronisch erkranken (zunächst nicht an MCS!), besteht auch ein erhöhtes Risiko für eine nachfolgende MCS. Dieses folgt aus den

hohen MCS-Erkrankungsraten von 10-60% innerhalb von Gruppen mit primär schadstoff-assoziierten Erkrankungen wie Lösemittelsyndrom, Sick Building Syndrom, Holzschutzmittelsyndrom, Golfkriegssyndrom, Malerkrankheit u.Ä. [1,4,5,8,13].

B. Risikofaktoren für MCS, bei denen vermutet wird, dass sie eine besondere Disposition oder Empfindlichkeit für MCS bedingen, sind

- das Geschlecht (60-70% klinischer MCS-Kohorten sind weiblich)
- Komorbidität (erhöhte Erkrankungsraten in Personen mit Allergien, Atopie, Asthma)
- Andere Intoleranzreaktionen z.B. gegenüber Nahrungsmitteln oder Medikamenten
- Stress (z.B. psychosozialer Stress, Posttraumatische Stress Störung/PTSD).

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Frauen deutlich häufiger diese Risikofaktoren aufweisen als Männer [1,5,7-10,13].

4. Therapeutische Strategien bei MCS

Dem therapeutischen Konzept des Fachkrankenhauses liegt ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell zugrunde. Die Therapie wird dementsprechend auf den Einzelfall abgestimmt und umfasst die individuelle umweltmedizinische Behandlung und Beratung, Schulungen zur Verbesserung der Kenntnisse über die Erkrankung, Schulungen zur Verbesserung des Umgangs mit der Erkrankung (=Coping), Schulung und Beratung bei Intoleranz von notwendigen Medikamenten, Ernährungsberatung bei Intoleranz von Nahrungsmitteln und anderen ernährungsbedingten Erkrankungen, Supplementierung von Makro- und Mikronährstoffen, Hyposensibilisierung (Provokations- und Neutralisationstechnik, EPD), Erlernen von Entspannungstechniken, Bewegungstherapie sowie in das umweltmedizinische Konzept integrierte unterstützende psycho- und verhaltenstherapeutische Maßnahmen.

5. Verlauf der MCS

In einer Verlaufsstudie mit den umweltmedizinischen Patienten des FKH Nordfriesland wurde untersucht, welche Faktoren den Verlauf des Krankheitsbildes günstig beeinflussen [3,5,12,14]. Für die Verlaufsgruppe (n=224) [3] ergaben sich innerhalb von 24 Monaten signifikante gesundheitliche Verbesserungen in der Größenordnung zwischen 20% bis 35% in den untersuchten Skalen. Eine gute Umsetzung von gegebenen Empfehlungen bezüglich Expositionsminderung, Ernährungsumstellung sowie unterstützender psychotherapeutischer Maßnahmen resultierte in positiven Verlaufs-

ergebnissen. Mehrfachkontakte erwiesen sich hierbei als günstiger als Einmalkontakte. Schulung und Information zum Umgang mit der Störung im täglichen Leben (=Coping) kam dabei eine besondere Bedeutung zu [14]. Die Verlaufsergebnisse waren weiterhin umso besser, je kürzer die bisherige Erkrankungsdauer war [12].

Psychotherapeutische Maßnahmen erwiesen sich nur dann als günstig für den Verlauf, wenn sie in das umweltmedizinische Gesamtkonzept integriert waren [12].

Zusammengefasst sprechen die Ergebnisse der Verlaufsstudie des Fachkrankenhauses dafür, dass bei Patienten mit MCS eine mehrdimensionale fachübergreifende Therapieform notwendig ist. Daher bietet das FKH Nordfriesland in Übereinkunft mit den Kassen nun auch umweltmedizinische Rehabilitationsbehandlungen an, die als besonders viel versprechend einzustufen sind [11].

6. Referenzen

1. ASHFORD NA, MILLER CS (1998): Chemical exposures: Low levels and high stakes. 2nd ed. Van New York:Nostrand Reinhold
2. BARTHA L, BAUMZWEIGER W, BUSCHER DS, CALLENDER T, DAHL KA et al. (1999): Multiple Chemical Sensitivity: A 1999 Consensus. Arch Environ Health 54(3):147-149
3. BAUER A, SCHWARZ E, MAI C, HAUF FO (2006): Long time follow-up of patients with environmental illness or multiple chemical sensitivity (MCS). 1. Jahrestagung der DG-EPI in Greifswald 21.9 bis 23.9.2006: Tagungsband S. 272
4. BAUER A, SCHWARZ E und MARTENS U (2004): Vergleich umweltmedizinischer Patienten mit und ohne MCS am Fachkrankenhaus Nordfriesland (FKH-NF) - Exposition und Vulnerabilität als Risikofaktoren für MCS. Umwelt Medizin Gesellschaft 17:151-159
5. BAUER A, SCHWARZ E, MARTENS U, et al. (2003): Untersuchung über die Prädiktoren von Krankheitsentstehung und Langzeitverlauf bei ambulanten und stationären Patienten der Umweltmedizin am Fachkrankenhaus Nordfriesland. Forschungsbericht-Nr. F297 des BMG, Berlin (www.apug.de/archiv/pdf/apug_mcs_bredstedt.pdf)
6. HAUSTEINER C, BORNSCHEIN S, HANSEN J, ZILKER T, FÖRSTL H. 2005. Self-reported chemical sensitivity in Germany: A population-based survey. Int J Hyg Environ Health 208 (4): 271-8
7. KREUTZER R, NEURTA RR, LASHUAY N (1999): Prevalence of people reporting sensitivities to chemicals in a population based survey. Am J Epidemiol 150:1-12.
8. MASCHESKY W. Handbuch Chemikalienunverträglichkeit (MCS) (1996): Medi Verlagsgesellschaft für Wissenschaft und Medizin mbH Hamburg
9. MEGGS WJ, DUNN KA, BLOCH RM et al. (1996): Prevalence and nature of allergy and chemical sensitivity in a general population. Arch Environ Health, 51: 275-282
10. REID S, HOTOPIF M, HULL L, ISMAIL K, UNWIN C, WESSELY S (2001): Multiple Chemical Sensitivity and Chronic Fatigue Syndrome in British Gulf War Veterans. Am J Epidemiol 153:604-609
11. SCHWARZ E, BAUER A (2007): Medizinische Rehabilitation als weiterführender therapeutischer Ansatz bei „Multiple Chemical Sensitivity (MCS)“ und anderen chronischen umweltmedizinischen Gesundheitsstörungen. Umwelt Medizin Gesellschaft 20 (2): 126-131
12. SCHWARZ E, BAUER A, MAI C, HAUF FO, BOBROWSKI D (2006): Langzeit-Verlaufskontrolle bei umweltmedizinischen Patienten einer Fachklinik - unter der besonderen Berücksichtigung der Patienten mit chemischen Intoleranzen bzw. Multiple Chemical Sensitivity (MCS) Forschungsbericht 2006: www.fkhnf.de
13. SCHWARZ E, BAUER A, MARTENS U (2006): Allergien, Stress und Schadstoffe als Risikofaktoren für chemische Intoleranzen und „Multiple Chemical Sensitivity“ (MCS). Allergo Journal 15:139-140

14. SCHWARZ E, BAUER A, MARTENS U (2005): Behandlungsverlauf von Patienten mit Multiple Chemical Sensitivity (MCS) und anderen chronischen umweltmedizinischen Erkrankungen. Umwelt & Gesundheit 3:97-100