

REACH: Die neue Chemikalienbewertung in der EU

Positionspapier der EUROPAEM und des dbu

Kurt E. Müller und Peter Ohnsorge

Am 13. Februar 2001 erhielt die Kommission der EU das White Paper on a Strategy for a Future Chemicals Policy, das durch den besonderen Einsatz der Kommissarin Margot Wallström ausgearbeitet worden war. Es wurde darin die Deklaration von Rio in verantwortliches politisches Handeln umgesetzt mit dem Ziel, den Schutz von Verbrauchern und dem Ökosystem gegenüber den bisherigen Gepflogenheiten zu verbessern. Ein Prozess der Meinungsbildung setzte ein, der zu einer Optimierung der Vorlage führen sollte. Anfänglich stand die Chemische Industrie dem völlig ablehnend gegenüber. Sie erkannte aber schnell, dass dieses Vorhaben nicht grundsätzlich zu verhindern war. Also schuf man Organisationsstrukturen wie die cefic (European Chemical Industry Council), um durch verstärkte Lobbyarbeit die weitere Entwicklung gestalten zu können. So gelang es der Chemischen Industrie, die notwendige Diskussion zu inhaltlichen Gesichtspunkten in kurzer Zeit zu einer reinen Kostendebatte werden zu lassen.

Es ist Aufgabe der Ärzteschaft Deutschlands, dem Land der größten Produktion von Chemikalien in Europa und der führenden Hersteller von Chemikalien weltweit, die Diskussion auf eine sachliche Ebene zurückzuführen. Vor allem ist es die Pflicht, die aus ärztlicher Sicht notwendigen Inhalte und Positionen klar darzustellen und sich für deren Umsetzung unabhängig von der Chemischen Industrie oder den beteiligten Administrationen einzusetzen. Die Optimierung des Verbraucherschutz ist ein wesentliches Element der Prävention und damit der Verminderung von Krankheit und der Senkung von Kosten im Gesundheitswesen.

Die Bundesärztekammer (BÄ) war erst durch die Zusendung des nachfolgenden Papiers auf die gesamte Thematik aufmerksam gemacht worden. Eine eigenständige umfassende ärztliche Stellungnahme liegt bis jetzt nicht vor. So wundert es nicht, dass auch bei der Anhörung im Europäischen Parlament in Brüssel kein offizieller Vertreter oder gar Redner dieser Standesorganisation anwesend war. Die beiden Autoren haben versucht, den Blick auf die ärztlichen Belange und die bessere Sicherung der Unabhängigkeit der medizinischen Forschung zu lenken. Eine rasch einsetzende breite Diskussion und eindeutige Positionierung ist in der deutschen Ärzteschaft dringend geboten, wenn sie nicht eine einmalige Chance der Mitgestaltung auslassen will. Sie muss sich dieser Verantwortung im Dienst ihrer Patienten aber auch der gesamten Gesellschaft stellen.

Einleitung

Gegenwärtig werden die auf dem Markt befindlichen Chemikalien der EU unter zwei Gesichtspunkten geführt: 1. Stoffe, die bereits vor 1981 hergestellt wurden und im Europäischen Altstoffverzeichnis EINECS aufgeführt sind. Sie werden als Altstoffe (existing substances) bezeichnet und umfassen 100 106 Stoffe. 2. Stoffe, die nach 1981 registriert und in der European List of Notified Chemical Substances (ELINCS) gelistet werden. Sie werden als neue Stoffe (new substances) bezeichnet. Ihre Zahl ist mit über 3000 deutlich geringer. Der Grundgedanke der gegenwärtig üblichen Chemikalienpolitik ist es, dass Maßnahmen des Risikomanagements erst dann erfolgen sollen, wenn eine komplette Risikoanalyse einer Chemikalie vorliegt. Ein Gedanke, der praktisch kaum zu realisieren war und ist. Den nationalen Behörden ist es bislang nicht gelungen, mehr als zehn bis fünfzehn solcher Expertisen jährlich zu erstellen.

Durch ein Sitzungsprotokoll einer inoffiziellen Konferenz von Teilnehmern aus Dänemark, Finnland, den Niederlanden, Österreich und Schweden im März 1998 und die informelle Ratstagung in Chester (UK) kam die Diskussion um die künftige Chemikalienpolitik der Europäischen Union (EU) in Gang. Deutschland, das Land der größten Chemikalienproduktion der EU (26 % der gesamten europäischen Produktion im Jahr 2000), und England nahmen an diesem Prozess der Meinungsbildung ab Frühjahr 1998 teil. Im November des gleichen Jahres publizierte die Kommission der EU ein kritisches Arbeitspapier, in dem festgestellt wurde, dass die gegenwärtigen Gesetzgrundlagen nicht ausreichen, das Risiko gefährlicher Chemikalien zu kontrollieren. Darauf erteilte auf Initiative des Bundesministerium für Umwelt (BMU) der Environment Council im Juni 1999 während der deutschen Präsidentschaft der Kommission das Mandat, die Chemikalienpolitik grundlegend zu bewerten. Anfang 2001 veröffentlichte die Kommission schließlich das „White Paper, Strategy for a Future Chemicals Policy“, dem grundsätzlich die Voraussetzungen bescheinigt wurden, notwendige Änderungen bewirken zu können.

Eine Phase intensiver Auseinandersetzungen und Interventionen folgte, die gleichwohl von der deutschen Öffentlichkeit und aber auch der Ärzteschaft kaum wahrgenommen wurde. Sie endete mit einem Schreiben der drei bedeutendsten Staatsmänner der EU Blair, Chirac und Schröder an den Präsidenten der Kommission Romano Prodi, in dem diese u.a. feststellen: „Wir müssen sicherstellen, dass die Vorschläge nicht zu einer Benachteiligung berechtigter Interessen der europäischen Wirtschaft auf den glo-

balen Märkten führen, in dem sie Anforderungen stellen, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang zum Schutz der Gesundheit und Umwelt stehen.“ Die in letzter Minute formulierten Vorbehalte wurden in einem geänderten Vorschlag berücksichtigt, der im Oktober 2003 dem European Council und dem Europäischen Parlament zur Prüfung vorgelegt wurden. Diese Phase dauert derzeit an. Die abschließende Gesetzgebung wird für 2007 erwartet.

Worum geht es also bei REACH?

REACH ist ein Akronym der wesentlichen Elemente des künftigen Konzepts: Registrierung, Evaluation und Autorisierung von Chemikalien (Registration, Evaluation and Authorisation of Chemicals). Generell sollten industrielle Chemikalien von besonderem Interesse (very high concern, VHC) dann sein, wenn erwiesen ist (Kategorie I) oder wenn es sehr wahrscheinlich ist (Kategorie II),

- dass sie kanzerogene, mutagene oder reproduktive (carcinogenic, mutagenic or reproductive effects, CMR) Effekte auf den Menschen ausüben.
- dass es sich um Chemikalien handelt, die in die Umwelt weit verbreitet werden
- dass sie persistent, bioakkumulativ und toxisch (persistent, bio-accumulative, toxic, PBT) sind. Hierzu gehören u.a. die persistenten organischen Verbindungen (persistent organic pollutants, POPs)
- dass die Chemikalien im Menschen oder der Tierwelt sehr persistent und sehr bioakkumulativ (very persistent and very bio-accumulative, vPvB) sind.

Registrierung

Chemikalien, die in einer Menge von über 1 t pro Hersteller produziert oder von Importeuren eingeführt werden, sollen in einer zentralen Datei registriert werden. Informationen über Eigenschaften, Gebrauch und sicheren Umgang mit den Substanzen sollen dokumentiert werden. Die geforderten Informationen hängen von der hergestellten Menge und dem potentiellen Risiko der Chemikalien ab. Sie sollen den Anwendern der Stoffe zur Verfügung stehen, um einen sicheren und verantwortungsvollen Gebrauch zu ermöglichen. Chemikalien, die unter 1 t pro Hersteller produziert werden, sowie einige Intermediärprodukte und Polymere sollen ebenso von der Registrierung befreit bleiben, wie Chemikalien, die bereits anderweitigen EU-Gesetzen unterliegen.

Die Dossiers der Chemikalien sollen in einer zu schaffenden European Chemicals Agency vertraulich verwaltet werden und folgende Angaben enthalten:

- vorgesehener Einsatz und geschätzte Belastung von Mensch und Umwelt
- angestrebte Produktionsmenge
- Vorschlag für die Einstufung und Kennzeichnung der Substanzen
- ein Sicherheitsdatenblatt
- Abschätzung des Risikos beim Gebrauch
- Vorschläge für Schutzmaßnahmen.

Evaluation

Die Aufgabe der Evaluation von Daten, die Hersteller oder Importeur zur Verfügung stellen, obliegt den zuständigen Behörden der

Kontakt:

Dr. med. Kurt E. Müller*,
Dr. med. Peter Ohnsorge**
*Vorsitzender und **geschäftsführender Vorstand der
European Academy for Environmental Medicine (EUROPEAM)
und des Deutschen Berufsverbandes der Umweltmediziner (dbu)

Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Kurt E. Müller
Scherrwiesenweg 16
88316 Isny
Tel.: 07562/ 55051
Fax: 07562/ 55052
muellerke-isny@t-online.de

einzelnen Mitgliedsstaaten. In Deutschland wären dies gegenwärtig das UBA, das BfR, die BAUA, die BAM und die BBA. Der Umfang der zu erhebenden Daten hängt von den auf den Markt gebrachten Mengen ab:

1 bis 10 Tonnen:

Es werden physiokochemische, toxikologische und ökotoxikologische Daten gefordert. Bei den Untersuchungen soll man sich auf in vitro Methoden beschränken.

10 bis 100 Tonnen:

Zusätzlich soll zu den zuvor genannten Untersuchungen bei solchen Chemikalien, die suspekt sind, PBT- und/ oder CMR-Eigenschaften zu besitzen, eine Fall zu Fall Bewertung unter Berücksichtigung der Strukturen und ihrer Aktivität (quantitative structure activity relationship, QSAR) erfolgen.

100 bis 1.000 Tonnen:

Zusätzlich Substanz bezogene Untersuchungen hinsichtlich der Langzeiteffekte und Berücksichtigung der Angaben zu den physikochemischen Eigenschaften, der Verwendung der Chemikalien und der zu erwartenden Expositionen werden gefordert (Level 1). Für mehr als 5.000 Chemikalien wird ein Produktionsvolumen über 100 t erwartet.

> 1.000 Tonnen:

Zusätzlich werden umfassendere Langzeitstudien gefordert (Level 2).

Zulassung

Chemikalien mit VHC-Eigenschaften benötigen eine Zulassung durch die zuständige Behörde, bevor sie als Produkt oder als Teil eines Produkts hergestellt bzw. importiert werden. Die relevanten Stoffe sollen sukzessive in das Zulassungsverfahren eingestellt werden, da die Kapazität für eine schnellere Bearbeitung nicht vorhanden ist. Derzeit wird davon ausgegangen, dass für etwa 1400 Chemikalien eine Zulassung erfolgen muss. Dies schließt die Chemikalien mit einer Produktionsmenge von unter 100 t ein. Die Notwendigkeit der Zulassung kann besonders dann gefordert werden, wenn es der Industrie nicht gelingt, die korrekte Zuordnung einer Chemikalie vorzunehmen, bzw. nachzuweisen, dass das Risiko angemessen kontrolliert werden kann.

Kosten

Die der Industrie entstehenden Kosten bei der Registrierung von Chemikalien werden auf 300 Mio. €, die der Untersuchungen und Erhebungen der HPV-Chemikalien auf 2,1 Mrd. € geschätzt. Verteilt über den ins Auge gefassten Zeitraum von 11 Jahren entstehen der Industrie jährlich höhere Belastungen von 0,05 % gemessen an ihrem Jahresumsatz von 417 Mrd. € im Jahr 2000. Die Ausgaben für die Administration werden auf 400 Mio. € geschätzt. Ein Teil dieser Kosten soll durch Gebühren gedeckt werden. Es ist zu erwarten, dass Hersteller diese Ausgaben zumindest teilweise weiterverarbeitenden Betrieben (downstream companies, downstream users) in Rechnung stellen werden. Dies wird sich letztendlich auf die Preise der Produkte auswirken. Der Verbraucher wird damit einen Teil dieser Kosten finanzieren.

Beteiligung der Ärzteschaft bei REACH

Nur wenige Gesundheitssysteme weltweit waren in vergleichbarem Umfang wie das deutsche mit Problemen konfrontiert, die durch die Herstellung bzw. die Verwendung von Chemikalien verursacht waren und sind. Zeitweise wurden mehr als 50 % der produzierten Chemikalien der Erde auf dem kleinen Raum der früheren BRD hergestellt. Eine angemessene Risikobewertung fand in Relation hierzu nur unzureichend statt. Die Folge ist eine vielfältige und hohe Hintergrundbelastung der gesamten Bevölkerung, die bei den Untersuchungen der Belastung von Nahrungsmitteln bis hin zur Muttermilch mit zahlreichen Chemikalien und Schwermetallen im weltweiten Vergleich Spitzenplätze besetzte. Die Hintergrundbelastung erschwert es darüber hinaus erheblich, unbelastete Kontrollgruppen für wissenschaftliche Untersuchungen zu rekrutieren. Es ist ein großes Versäumnis, dass nur wenige praktisch tätige oder unabhängig wissenschaftlich forschende Ärzte sich mit dieser gesamten Problematik beschäftigt und auseinandergesetzt haben. So kommt es, dass in erstaunlichem geringem Umfang epidemiologische Untersuchungen bzw. Ergebnisse der Grundlagenforschung zu solchen Problemen vorliegen. Die unzureichende Festlegung von Grenz- oder Richtwerten von chemischen Substanzen für den alltäglichen Gebrauch ist eine Historie des verzögerten Nachbesserns. So überrascht es nicht, dass bisher weder bei der gesetzlichen Planung von REACH noch bei der jetzt ablaufenden Abstimmung von Details das notwendige Verständnis der deutschen Ärzte noch der Wille zur Mitgestaltung dieser möglicherweise jahrzehntelang einmaligen Chance besteht.

Die gesundheitspolitische Notwendigkeit von REACH

Eine umfassende Bilanzierung des ökonomischen Nutzens einzelner Chemikalien und der durch ihre Anwendung entstandenen Kosten für die Solidargemeinschaften der Versicherten hat erstaunlicherweise weder das Interesse der Kranken- und Sozialversicherungen noch der Mandatsträger in Politik und Gesundheitswesen gefunden. Auch wenn eine umfassende Analyse sicherlich schwierig ist, wäre die exemplarische Untersuchung einzelner Probleme ohne weiteres möglich gewesen.

Abkürzungen:

CMR	Carcinogenic, Mutagenic, Reproductive
ELINCS	European List of Notified Chemical Substances
EU	Europäische Union
HPV	High Production Volume
PBT	Persistent, Bio-accumulative, Toxic
PCP	Pentachlorphenol
POP	Persistent Organic Pollutants
REACH	Registration, Evaluation, Authorisation of Chemicals
QSAR	Quantitative Structure Activity Relationship
SPORT	Strategic Partnership on REACH Testing
VHC	Very High Concern
vPvB	very Persistent, very Bio-accumulative

Beispielsweise könnten die entstandenen Folgekosten der Anwendung von Pentachlorphenol (PCP) und γ -Hexachlorcyclohexan (Lindan) für den Holzschutz, zur Imprägnierung von Lederwaren und Textilien, in Farben, Zellstoff, Klebstoffen und Papier sowie Bohr- und Schneidölen sowie undeckelt in vielen Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens relativ genau abgeschätzt werden. Inzwischen konnte bei diesen immuno-, endokrino- und neurotoxisch wirkenden Substanzen auch die Gentoxizität nachgewiesen werden. Die Verursachung von Parkinson-Syndromen durch PCP wurde von mehreren Autoren berichtet. Eine entsprechende Berücksichtigung solcher auch international beobachteter Zusammenhänge in umfangreicheren epidemiologischen Untersuchungen steht dennoch aus. Eine nüchterne Bilanzierung dieser Sachverhalte würde es allerdings ermöglichen, die durch diese Anwendungen induzierten Folgekosten im Gesundheitswesen näher zu beziffern und exakter festzustellen, in welcher Verhältnis diese zu dem ökonomischen Nutzen stehen, den Herstellung und Anwendung der Substanzen erzielt haben.

Trotz aller Weiterentwicklungen der Medizin konnte die Inzidenz chronischer Erkrankungen nicht nennenswert gesenkt werden. In wesentlichen Bereichen ist sogar ein weiterer Anstieg zu verzeichnen. Auch die deutlich Zunahme der Zahl derer, die im Gesundheitswesen tätig sind, konnte diese Entwicklung nicht verhindern. Es liegt im besonderen Interesse der Ärzteschaft deutlich zu machen, in welchem Umfang Kosten im Gesundheitswesen durch unerwünschte Wirkungen bei dem Gebrauch von Chemikalien entstehen. Es ist auch wichtig darauf hinzuweisen, dass die Verursachung solcher Kosten politisch und wirtschaftlich oftmals akzeptiert ist bzw. von Verbrauchern billigend in Kauf genommen wird. Nicht akzeptabel ist es allerdings, wenn von politischer und gesundheitspolitischer Seite oder von Vertretern der Wirtschaft gefordert wird, die Ausgaben des Gesundheitswesens zu senken, gleichzeitig aber durch Herstellung und Verwendung von Produkten gesundheitliche Risiken induziert werden. Es findet hierdurch ein Transfer von Kosten in das Gesundheitswesen statt, die die Solidargemeinschaft der Versicherten nicht zu verantworten hat. Gleichzeitig werden Gewinne aus dem Handel mit Chemikalien oder ihren Gebrauch privatisiert. Es muss das Ziel ärztlichen Bemühens sein, solche Kosten zu beziffern, sie zu vermeiden oder wenigstens erheblich zu reduzieren. Sollte dies nicht erreicht werden können, sind weitere Steigerungen der Ausgaben im Gesundheitswesen absehbar. Alle bisherigen Reformvorhaben - auch das jüngste - sind dieser Entwicklung durch Verringerung des Leistungsumfanges der GKV bzw. durch Erhöhung der Eigenleistung entgegengetreten. Der Versuch, die Morbiditätsrisiken durch eine effektive Risikoprävention zu mindern und hierdurch Kosten sozial verträglich zu senken, ist bislang auf diesem Gebiet nicht nennenswert unternommen worden.

————— Risikoerfassung, Risikomanagement und Risikokommunikation

Während der letzten Jahre wurde dem Risikomanagement und der Risikokommunikation eine gewisse Aufmerksamkeit geschenkt. Die hierzu berufene Risikokommission stellt auch in ihrem Abschlussbericht fest, dass ein Leitfaden entwickelt werden

müsse, in dem neben der Schaffung von Standards für Faktoren der Bewertung auch der Umgang mit Wissenslücken geregelt werden muss. Da solche Konventionen des Risikomanagements auch Werte geleitet sind, sollten unterschiedliche Bereiche der Gesellschaft (Ethik, Religionen, Medizin, Justiz, Wirtschaft, Medien) beteiligt werden. Das System selbst soll offen für den Fortschritt und neue Erkenntnisse sein und regelmäßig überprüft werden.

Bedacht wurde dabei aber nicht, dass es keine etablierte und institutionalisierte Ebene der Risikoerfassung gibt, die ihrerseits unbedingte Voraussetzung für das Funktionieren von Risikomanagement und Risikokommunikation ist. Weder eine Einrichtung der Administration (z. B. Gesundheitsämter) noch die Institutionen der Universitäten können eine solche Aufgabe flächendeckend übernehmen. Auch theoretisch ausgerichtete Fachbereiche (Public Health, Toxikologie, Hygiene) sind dazu nicht geeignet. Gefordert werden muss eine gleichmäßig im Land verteilte, vernetzte Kooperation spezialisierter Ärzte, die gute theoretische Kenntnisse mit praktischer Erfahrung in Diagnostik und Therapie solcher Krankheiten verbinden. Die gesamte Ärzteschaft muss sich darüber hinaus im Klaren sein, wie sie künftig mit solchen wissenschaftlich arbeitenden Kollegen umgehen will, die entstehende Probleme Jahre mitunter Jahrzehnte vor der allgemeinen Akzeptanz erkennen und die für die rasche Entwicklung von Präventionsmaßnahmen eine zentrale Bedeutung haben können, wie es in der zurückliegenden Zeit immer wieder der Fall gewesen ist.

————— Genügen die wissenschaftlichen Grundlagen von REACH?

Für die wissenschaftlichen Erhebungen wird bei REACH auf bisher gebräuchliche Methoden der Toxikologie zurückgegriffen, obwohl damit die individuellen Risiken der chronischen Exposition mit Chemikalien im Niedrigdosisbereich oder die Folgen der Einwirkung komplexer Gemische geklärt werden können wie die langfristig auftretenden endokrinen, neuralen und immunogene Effekte. Die für die Zulassung von Chemikalien verlangten Daten sollen im wesentlichen von der produzierenden Industrie zur Verfügung gestellt werden. Diese hat ihre anfangs ablehnende Haltung zu REACH aufgegeben. Sie schlägt der EU eine strategische Partnerschaft bei den Erhebungen für REACH (strategic partnership on REACH testing, SPORT) vor und fordert inzwischen die wissenschaftliche Führungsrolle ein. In jüngsten Stellungnahmen wird die der Industrie gewogene Forschung öffentlich und unverhohlen „sound science“, kritische dagegen „junk science“ genannt.

Eine verantwortungsvolle Ärzteschaft kann sich mit dieser einseitigen Gewichtung nicht zufrieden geben. Wesentliche Richtigstellungen wissenschaftlicher Ansichten erfolgten während der letzten Jahrzehnte gerade aus dem Bereich dieser „junk science“. Es ist im besonderen Interesse der Ärzte aber auch der Öffentlichkeit, dass durch REACH unabhängige Forschung, sorgfältige und plurale wissenschaftliche Auseinandersetzung und insbesondere der Schutz der Menschen besonders gefördert werden. Die Art der wissenschaftlichen Überwachung darf nicht unwiderruflich festgeschrieben sein. Ein rasch korrektur- und lernfähiges Kontrollsystem ist Voraussetzung, um früher gemachte Fehler zu vermeiden.

In Zukunft wird es besonders für die Bewertung der individuellen Risiken durch chronische Exposition gegenüber Chemikalien im Niedrigdosisbereich ebenso wichtig sein, die genetisch bedingten und/oder durch exogene Einflüsse ausgelösten Polymorphismen der Detoxifikation wie die immunmodulierenden und neuroendokrinen Mechanismen zu berücksichtigen. Zudem müssen für die Bewertung der Risiken durch komplexe Gemische methodische Voraussetzungen erst noch entwickelt werden. Zur Einschätzung der Risiken bei Ungeborenen, Säuglingen, Kindern, älteren Menschen und Kranken eignen sich die an gesunden Erwachsenen gewonnenen Erkenntnisse ohnehin nicht. Diese gravierenden Lücken der Risikobewertung müssen schnellstens geschlossen werden.

Belebung der Forschung durch REACH

Die derzeitige Abhängigkeit der Forschung von Drittmitteln bedingt das Risiko, dass gültige wissenschaftliche Meinung direkt von der Finanzkraft von Unternehmen abhängt. Diese wählen die Ziele von Forschung unter ökonomischen Gesichtspunkten aus, entscheiden dabei, zu welchen Projekten geforscht wird und selektionieren erhobene Daten nach ihren wirtschaftlichen Zielen. Die Art der Finanzierung von Forschung konnte längst als wichtiger Faktor ermittelt werden, der die Resultate von wissenschaftlichen Untersuchungen entscheidend beeinflusst. Fälschlicherweise werden auf solcher Basis formulierte Leitlinien von Fachgesellschaften mit einer Evidenz basierten Medizin gleichgesetzt. Zu wenig wird darüber hinaus bedacht, dass Signifikanz den Irrtum nicht ausschließt und sich wissenschaftliche Daten der Bestätigung im praktischen Alltags stellen müssen.

Wie könnte eine Lösung aussehen?

Sollte sich eine interessierte deutsche Ärzteschaft zu einer gemeinsamen Strategie entschließen können, bietet REACH eine ausgezeichnete Möglichkeit, in diesem Rahmen eine unabhängige qualifizierte Forschung zu fordern und fördern, die eine verantwortungsvolle und kreative Rolle für die Gesellschaft spielen kann. Eine Möglichkeit wäre es, eine Stiftung zu etablieren, in die Hersteller und/oder Importeure einen festzulegenden Teil des mit einer Chemikalie erzielten Umsatz abzuführen hätten. Die Höhe sollte von der Einstufung der Chemikalie hinsichtlich ihres Risikopotentials, vom Umfang und der Qualität der bei der Autorisierung vorliegenden Daten, der Produktionsmenge und des Umfangs ihrer Verwendung abhängen. Die Vergabe der Stiftungsgelder für neutrale Forschung und wissenschaftliche Begutachtung könnte durch eine internationale fachübergreifende unabhängige Kommission vorgenommen werden. Der jeweilige nationale Anteil am Gesamtvolumen der Stiftung entscheidet über den jeweiligen nationalen Verteilungsschlüssel. Die abführenden Unternehmer sollten dabei Eigentümer der eingebrachten Stiftungsgelder bleiben.

Verantwortung der Ärzteschaft

In jedem Fall ist es unverzichtbar, dass sich die deutsche Ärzteschaft zu REACH positioniert. Sie muss Einschätzung und ihre Ziele formulieren und für die dringend notwendige Repräsentanz auf den anstehenden nationalen und internationalen Tagungen sorgen. Es bietet sich nicht nur die Chance, bei der Regulierung der europäischen Chemikalienpolitik mitzuwirken, sondern auch die Möglichkeit, verlorene wissenschaftliche Unabhängigkeit wieder zurückzugewinnen. Zeit abzuwarten bleibt nicht, da der internationale Prozess der Meinungsbildung bereits fortgeschritten ist.

REACH im Internet

Europäische Union

EU-Kommission

Alle Basisdokumente und Pressemitteilungen einschließlich des „White Paper on the Strategy for a future Chemicals policy“ von 2001

www.europa.eu.int/comm/environment/chemicals/reach

Deutschland

Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR)

- Chemikalien: Öffentliche Anhörung REACH im Deutschen Bundestag 8.11.04, Diverse Pressemitteilungen zu REACH
- Veranstaltungen: Archiv 2005: BfR Forum Verbraucherschutz zu REACH 23./24.6.05, Positionspapier des BfR zu REACH u.a.

www.bfr.bund.de

Sachverständigenrat für Umweltfragen (STU)

Gutachten: Umweltgutachten 2004 (mit Stellungnahmen zu REACH) u.a.

www.umweltrat.de

Umweltbundesamt (UBA)

Position des UBA zu REACH plus weiterer Dokumente und Pressemitteilungen

www.uba.de/reach/index.htm

Bund für Umwelt- und Naturschutz (BUND)

Chemiepolitik: diverse Studien und Stellungnahmen zu REACH, Paris Appell

www.bund.net