



Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin

**Geschäftsbereich
Sozialmedizin und Rehabilitation**

Ruhrstraße 2
10709 Berlin

Frau

Ansprechpartner:
Dr. Hanno Irle
Telefon 030 865-39320
Telefax 030 865-28891
E-Mail dr.hanno.irle@drv-bund.de

Datum 30.07.2009

Ihr Schreiben vom 28.07.2009

Sehr geehrte Frau

in Ihrem Schreiben vom 28. Juli 2009 bitten Sie um kurzfristige Rückäußerung zur sozialmedizinischen Bewertung der multiplen Chemikalienüberempfindlichkeit.

Unsere fachliche Einschätzung, wie sie in dem Schreiben von Frau Dr. med. Katja Fischer vom 27.03.2009 gegenüber dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ausführlich dargestellt worden ist, hat weiterhin Gültigkeit.

Mit freundlichem Gruß

Dr. Hanno Irle
Leiter des Bereichs Sozialmedizin



Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin

Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Frau Bettina Cleavenger

53107 Bonn

**Geschäftsbereich
Sozialmedizin und Rehabilitation**

Ruhrstraße 2
10709 Berlin

Ansprechpartnerin:
Dr. Katja Fischer
Telefon 030 865-26429
Telefax 030 865-28891
E-Mail dr.katja.fischer@drv-bund.de

Datum 27.03.2009

Multiple Chemikalienüberempfindlichkeit (MCS)

**Eingabe von Frau [Name], MCS Patienten-Initiative gegen
Diskriminierung, an Herrn Staatssekretär Franz Thönnies im Bun-
desministerium für Arbeit und Soziales vom 16. Februar 2009**

Sehr geehrte Frau Cleavenger,

in Ihrem Schreiben vom 25. Februar 2009 bitten Sie um eine Stellungnahme zu den Aussagen von [Name] (MCS Patienten-Initiative gegen Diskriminierung) über den Umgang der Deutschen Rentenversicherung mit dem Beschwerdekomples der Multiplen Chemikaliensensitivität (Multiple Chemical Sensitivity, MCS). Im Folgenden beziehen wir daher zur Multiplen Chemikaliensensitivität (MCS) aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Stellung.

1. Allgemeiner Überblick zur „Multiplen Chemikaliensensitivität“ (MCS) und ähnlichen, mit Umwelteinwirkungen assoziierten Beschwerdekomplesen

Mit Begriffen wie

- „Multiple Chemikaliensensitivität (MCS)“,
- „Sick Building Syndrome (SBS)“ und
- „Idiopathic Environmental Intolerances (IEI)“

werden aus verschiedenen unspezifischen Symptomen in unterschiedlicher Kombination zusammengesetzte und diagnostisch unscharf abgegrenzte Beschwerdekomples bezeichnet, die von den Betroffenen ursächlich auf eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Substanzen aus der Umwelt zurückgeführt werden. Zusammen mit dem Chronic Fatigue Syndrome (CFS) werden diese Beschwerdebilder auch häufig als „Umwelterykrankungen“ bezeichnet.

Die Beschwerden bei „Umwelterkrankungen“ sind vielfältig. Häufig werden die folgenden in unterschiedlicher Kombination beklagt:

- Schleimhautreizungen,
- Atembeschwerden,
- Hautveränderungen, -reizungen,
- Müdigkeit,
- Schlafstörungen,
- Schwindel,
- Kopfschmerzen,
- Konzentrationsstörungen,
- Appetitlosigkeit,
- Gelenk- und Muskelbeschwerden.

Die Symptomatik der „Umwelterkrankungen“ ist zwar wechselhaft und unspezifisch, neigt aber in hohem Maße zur Chronifizierung und Ausweitung und ist mit einem ausgeprägten Leidensdruck der Betroffenen verbunden. Als charakteristisch gilt in Kreisen der vehementen Befürworter der Umweltkausalität, dass die Beschwerden bei empfänglichen Personen bereits durch niedrigste Konzentrationen ubiquitär in der Umwelt vorkommender chemischer Substanzen ausgelöst werden. Die aktuelle wissenschaftliche Befundlage zu den „Umwelterkrankungen“ ist mit einem solchen ausschließlich toxikologischen Erklärungsansatz jedoch nicht vereinbar. Vielmehr ist in jedem Einzelfall neben der Berücksichtigung einer möglichen nachweisbaren umweltbedingten (Mit-) Verursachung der Beschwerden immer auch die sorgfältige Einbeziehung anderweitiger Bedingungsfaktoren (u. a. psychosozialer Art) erforderlich.

Eine Vermeidung der mutmaßlichen Auslöser der MCS-Beschwerden ist aufgrund ihres ubiquitären Vorkommens und der postulierten Niedrigdosis-Wirkung kaum möglich und die Kausalattribution in Bezug auf eine im Verlauf zunehmende Anzahl vermeintlich schädigender Substanzen führt bei den Betroffenen letztlich nicht selten zu völligem sozialen Rückzug. Gelegentlich werden ausschließlich am Arbeitsplatz ausgemachte Expositionen angeschuldigt, mit der Folge langdauernder Arbeitsunfähigkeit und schließlicher Kündigung.

Es muss zwischen diesen diffus operationalisierten, subjektiv ausschließlich auf spezifische Umwelteinflüsse projizierten „Umwelterkrankungen“ wie MCS und durch nachweisbare Umweltbelastungen bei Exponierten verursachten und mit reproduzierbarer Symptomatik interindividuell gleichartig auftretenden Erkrankungen bzw. Intoxikationen (z. B. Asbest-, Blei-, Dioxinbelastung, hormonaktive Phtalate als „Weichmacher“ in Kunststoffprodukten) unterschieden werden. Dies setzt eine sorgfältige multidisziplinäre Diagnostik voraus.

Die „Umwelterkrankungen“ zeigen deutliche Überschneidungen mit psychischen Störungen wie somatoformen Störungen, Depressionen und Angststörungen, aber auch mit organisch bedingten Erkrankungen, die mit derartigen unspezifischen Beschwerden einhergehen können, wie beispielsweise Virusinfektionen, allergischen Erkrankungen oder Karzinomerkrankungen. Je nach Studie finden sich bei 40 bis 75% der Patienten mit umweltbezogenen Beschwerden somatoforme Störungen. Darüber, wie genau der Zusammenhang zwischen den festgestellten psychischen Störungen und der MCS-Symptomatik beschaffen ist, wird kontrovers diskutiert. Es existiert kein einziger diagnostischer Parameter, mit dem eine MCS spezifisch und valide nachgewiesen werden könnte. Der Nachweis niedrigster Konzentrationen angeschuldiger Substanzen aus der Umwelt in Körperflüssigkeiten eines Probanden kann nicht ohne weiteres als Beweis eines Kausalzusammenhanges mit den vorhandenen Beschwerden herangezogen werden. Eine zentrale Problematik in der Diagnostik, Behandlung und

Begutachtung von Menschen mit MCS-Beschwerden resultiert daraus, dass die Beschwerden überwiegend subjektiver und unspezifischer Natur und damit ähnlich schwierig objektivierbar sind, wie es bei Schmerzen der Fall ist.

Bis heute existiert keine umfassende wissenschaftliche Fundierung der MCS-Beschwerdebilder. Auch aktuellere Studien haben keine eindeutigen Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge ermitteln können. Die im wissenschaftlichen Bereich diskutierten Hypothesen reichen weiterhin von der Exposition gegenüber Umweltgiften über immunologische Fehlregulationen und spezifische Virusinfektionen bis hin zu Assoziationen mit traumatischen Kindheitserlebnissen – eindeutige Belege für eine spezifische Ursache gibt es nicht. Im Rahmen einer aufwändigen, vom Umweltbundesamt geförderten Studie des Robert-Koch-Institutes wurden zwischen den Jahren 2000 und 2003 291 Patienten aus umweltmedizinischen Ambulanzen in Aachen, Berlin, Bredstedt, Freiburg, Gießen, und München untersucht. Die hypothesengeleitete Datenauswertung ergab für das MCS-Phänomen

- kein charakteristisches Symptommuster,
- keinen systematischen Zusammenhang zwischen geklagten Beschwerden und angeschuldigten Noxen,
- keinen Hinweis auf eine besondere genetische Prädisposition der MCS-Patienten und
- keinen Beleg für eine eindeutige Störung des olfaktorischen Systems oder eine neurogene Entzündung.

Die standardisierte psychiatrische Diagnostik (CIDI) ergab im Rahmen dieser Studie, dass Umweltambulanzpatienten signifikant häufiger unter psychischen Störungen leiden als die vergleichbare Allgemeinbevölkerung und dass die psychischen Störungen bei den meisten Patienten den umweltbezogenen Beschwerden weit vorausgehen.

Durch das bei den meisten MCS-Betroffenen extrem auf ausschließlich toxikologische Einflüsse bei genetisch bedingter „Überempfindlichkeit“ fixierte Krankheitskonzept werden die Aufnahme einer sinnvollen und pragmatischen, biologische, psychische und soziale Faktoren einbeziehenden Behandlung und Bewältigung der Beschwerden in vielen Fällen verhindert. Von Betroffenen wird die Feststellung organischer und externer Ursachen tendenziell als entpflichtend, dem eigenen Einfluss entzogen und ggf. zur Entschädigung berechtigt erlebt, während psychische Einflussfaktoren ähnlich wie psychische Krankheiten immer noch der Stigmatisierung unterliegen und im Erleben sogar mit eigenem schuldhaftem Verhalten assoziiert werden. Diese einseitigen, teils diskriminierenden und einen eigenverantwortlichen Umgang mit den Beeinträchtigungen (Stichwort „Selbstmanagement“) behindernden Einstellungen werden leider auch von Interessenverbänden und manchen Ärzten propagiert. Nicht selten bindet bei einer vermuteten externen Ursache der Beschwerden ein energisch geführter Kampf um Anerkennung und Entschädigung (z. B. Rente) wertvolle Ressourcen der Betroffenen für Behandlung und aktivierende Rehabilitation.

Insbesondere psychologische und psychotherapeutische Interventionen (kognitive Verhaltenstherapie) stoßen daher häufig auf massive Ablehnung, aber auch die bei MCS-Beschwerden angezeigten körperlich aktivierenden und die soziale Partizipation fördernden Therapieangebote werden nicht selten als Zumutung erlebt. Inaktivierung, Schonung und länger dauernde Krankschreibung leisten jedoch der Chronifizierung eindeutig Vorschub. Eine pharmakologische Behandlung ist mit Ausnahme der Therapie einer eventuellen Grunderkrankung (z. B. einer Depression) in der Regel verzichtbar. Sogenannte alternativmedizinische

Methoden wie beispielsweise die Ausleitung mutmaßlich für die Multiple Chemikaliensensitivität verantwortlicher und im Körper akkumulierter Giftstoffe oder schädlicher Stoffwechselprodukte sind medizinisch bestenfalls harmlos, häufig aber mit nicht unerheblichen finanziellen Aufwendungen für die Betroffenen verbunden. Eine spezifische, kausale Behandlung der MCS-Beschwerdekomplexe steht bislang nicht zur Verfügung, und die berichteten Erfolge mit besonderen Therapiemethoden oder Diäten beziehen sich auf Einzelfälle.

2. MCS im Kontext sozialmedizinischer Begutachtung und Rehabilitation in der Rentenversicherung

Der gesetzliche Auftrag der Rentenversicherung besteht unter anderem darin, bei ihren Versicherten dafür zu sorgen, dass durch Leistungen zur Teilhabe die aufgrund einer Krankheit oder Behinderung erheblich gefährdete oder sogar bereits geminderte Erwerbsfähigkeit erhalten werden kann. Es gilt der Grundsatz „Reha vor Rente“. Im Einzelfall wird sich nach Ausschöpfung aller rehabilitativen Möglichkeiten allerdings auch bei MCS-Betroffenen eine Berentung wegen Erwerbsminderung nicht vermeiden lassen.

Das Konzept der Rehabilitation der Rentenversicherung ist ressourcen- und teilhabeorientiert – ungeachtet der konkreten Ursache einer Krankheit oder Behinderung. Bei gegebener Rehabilitationsindikation erscheint für die Mehrzahl der MCS-Betroffenen eine multimodale, insbesondere körperlich aktivierende, psychologisch-psychotherapeutische und sozial integrierende Angebote einschließende Leistung zur Teilhabe in einer psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung am meisten Erfolg versprechend. Den Wünschen der Betroffenen wird, soweit fachlich-sozialmedizinisch und ökonomisch vertretbar, entsprochen. Es kann jedoch angesichts des gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes in der Rehabilitation von MCS-Betroffenen nicht darum gehen, eine „Entgiftung“ oder ein Training zur Vermeidung angeschuldiger Substanzen durchzuführen.

Selbstverständlich fließen die jeweils aktuellen Erkenntnisse über die MCS-Beschwerdebilder, ihre Ätiologie, Behandlung und Rehabilitation in die Entscheidungen der gesetzlichen Rentenversicherung über Leistungen zur Teilhabe und Erwerbsminderungsrenten ein. Aufgrund der engen Wechselbeziehungen zu psychischen Störungen und deren Rehabilitation werden die MCS-Beschwerdebilder in den Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zur Begutachtung von Menschen mit psychischen Störungen behandelt. Externe Gutachter und Sozialmediziner der Rentenversicherung erfahren eine kontinuierliche Fortbildung zu allen sozialmedizinisch relevanten Themen einschließlich der Fragen zur Begutachtung von Versicherten mit „Umwelterkrankungen“.

In der sozialmedizinischen Begutachtung im Auftrag der Rentenversicherung spielt die unmittelbare diagnostische oder ätiologische Zuordnung der Symptomatik des Einzelnen für die Beurteilung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens im Erwerbsleben zumeist eine untergeordnete Rolle. Es ist also im Hinblick auf das Leistungsvermögen im Erwerbsleben nicht wesentlich, worauf genau eine MCS-Symptomatik beruht, im Zentrum steht vielmehr das Ausmaß der individuellen Fähigkeits- und Funktionsstörungen. Die Feststellung der tatsächlichen und dauerhaft vorhandenen Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe ist allerdings aufgrund der weitgehenden Subjektivität der MCS-Beschwerden kompliziert. Die Prognoseabschätzung darüber, ob eventuell bestehende aktuelle Leistungseinbußen des Versicherten als irreversibel bzw. chronisch anzusehen sind und möglicherweise eine Erwerbsminderung begründen

können, kann nur im Einzelfall und nicht allein auf der Grundlage einer ungenügend operationalisierten diagnostischen Kategorie vorgenommen werden.

In einer qualifizierten sozialmedizinischen Begutachtung werden zielgerichtet Anamnese (Vorgeschichte), körperliche Befunde, psychischer Befund und technisch-apparative Zusatzbefunde in sorgfältiger Form erhoben und bewertet. Bei allen gravierenden chronischen Erkrankungen bzw. Beschwerden spielt die psychosoziale Situation des einzelnen Versicherten eine erhebliche Rolle für den weiteren Verlauf und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft; sie ist daher auch bei einer MCS immer zusammen mit den individuellen Kompensationsmöglichkeiten in der Gesamtbeurteilung zu berücksichtigen. Psychologische bzw. neuropsychologische Testuntersuchungen können eine sinnvolle Ergänzung der Befunderhebung darstellen, wobei gerade bei schwer objektivierbaren Beschwerden auf die Möglichkeit des Einsatzes neuerer Testverfahren mit integrierter Beschwerdevalidierung (Erkennen negativer Antwortverzerrungen) zurückgegriffen werden sollte. Mit diesem Vorgehen trägt die Rentenversicherung ihrer Verantwortung sowohl gegenüber dem einzelnen Versicherten als auch gegenüber der Solidargemeinschaft Rechnung.

3. Anmerkungen zum Brief der Frau an Staatssekretär Thönnies im Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Die von Frau | in ihrem Brief an Herrn Staatssekretär Thönnies geäußerte Behauptung einer Diskriminierung MCS-Betroffener durch die Rentenversicherung entbehrt jeglicher Grundlage. Die diffamierenden Vorwürfe „vorsätzlicher Körperverletzung“, „psychotherapeutischer Zwangsumziehung“ und „offiziell angeordneter Gehirnwäsche“ von MCS-Betroffenen durch die Umsetzung der Empfehlungen in den Leitlinien zur Begutachtung von Menschen mit psychischen Störungen und zur Indikationsstellung für eine psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation sind unhaltbar. Leider schreckt Frau noch nicht einmal davor zurück, sich einer in höchstem Maße stigmatisierenden Abgrenzung gegenüber Menschen mit psychischen Störungen oder Behinderungen zu bedienen. Als einer der größten Träger von Rehabilitationsleistungen für psychisch kranke und behinderte Menschen und engagiert in der Förderung der Entstigmatisierung sind wir über solche Äußerungen außerordentlich bestürzt. Es zeigt, dass auf diesem Gebiet noch viel gesundheitspolitische (Aufklärungs-)Arbeit getan werden muss.

Wir hoffen, Ihnen mit den obigen Ausführungen die spezielle Problematik in der Begutachtung und Rehabilitation MCS-Betroffener verdeutlicht und ausreichend dargelegt zu haben, dass die Deutsche Rentenversicherung ihre Aufgaben auch hinsichtlich der Leistungen für Menschen mit einer Multiplen Chemikaliensensitivität sorgfältig, fachlich adäquat, konzeptionell fundiert und in angemessenem Umfang wahrnimmt.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Katja Fischer

Anlagen