

Begutachtungsprobleme einzelner umweltassoziierter Krankheitsbilder

Zusammenfassung Die Begutachtung umweltassoziierter Krankheitsbilder gewinnt immer mehr Bedeutung und erweist sich als ausgesprochen problematisch, da nicht nur die geltend gemachten Befindlichkeitsstörungen schwer objektivierbar sind und nur meist wenig valide Befunde vorliegen, sondern auch das Verhalten der Betroffenen und ihrer Rechtsvertreter und Interessenverbände eine sachliche Beurteilung erschwert. Das gerade hier zutreffende bio-psycho-soziale Krankheitsmodell wird meist weder von den Antragstellern, noch von ihren umweltmedizinisch orientierten Ärzten akzeptiert, dafür ein sehr einseitiges somatisches Krankheitskonzept favorisiert und oft sehr nachdrücklich geltend gemacht. Am Beispiel einzelner Krankheitsbilder und typischer Kasuistiken wird aufgezeigt, wie problematisch die sozialmedizinische Beurteilung häufig ist und wie sehr die Vorstellungen der Betroffenen und ihrer Rechtsvertreter und die allgemein anerkannten Begutachtungskriterien oft auseinanderklaffen. Es wird versucht, Anhaltspunkte für die Begutachtung dieser schwierigen und immer häufiger anstehenden Krankheitsbilder zu geben, um einerseits dem einzelnen Antragsteller gerecht zu werden und andererseits die Gleichbehandlung im Rahmen der gesamten Solidargemeinschaft der Versicherten zu gewährleisten.

Einleitung

Die Umweltmedizin ist in den letzten Jahren zunehmend in das Bewußtsein der Öffentlichkeit und der Medien getreten und hat auch in der praktischen ärztlichen Tätigkeit an Bedeutung gewonnen. Damit ist auch die Zahl der Menschen stark angestiegen, die eine Vielzahl von Beschwerden mit Umwelteinflüssen in Verbindung bringen und als Konsequenz auch eine daraus abzuleitende Leistungsminderung geltend machen. Dabei wird häufig nicht nur auf die Anerkennung einer vorzeitigen Minderung der Leistungsfähigkeit, sondern auch auf eine Kausalität hinsichtlich der Entstehung durch Umweltfaktoren abgestellt. Gutachtliche Fragestellungen betreffen vor allem die Bereiche Rentenversicherung, Beamtenrecht, aber auch Zivilrecht. Die resultierenden Begutachtungsprobleme sind ganz erheblich, und es besteht bei den meisten Gutachtern eine beträchtliche Unsicherheit in der Beurteilung der vorgebrachten Befindlichkeitsstörungen. Die behandelnden Ärzte, vor allem solche, die das Feld der Umweltmedizin ver-

treten, haben oft eine ganz andere Vorstellung von der Wertigkeit des Beschwerdebildes als die meisten der sozialmedizinischen Gutachter. Daraus resultieren dann langwierige Rechtsstreitigkeiten über mehrere Instanzen hinweg. Es soll daher versucht werden, praktikable Vorschläge zur Begutachtung dieser schwierigen Krankheitsbilder und der meist nicht minder schwierigen Betroffenen vorzulegen.

Problemstellung

Die Umweltmedizin – die seit einigen Jahren durch eine Zusatzbezeichnung der Ärztekammern offiziell anerkannt ist – versteht sich als interdisziplinäres und ganzheitlich orientiertes Fach der Medizin [12, 13, 29, 32], wobei allerdings ein Spannungsfeld zwischen den hochgesteckten Erwartungen der Öffentlichkeit und der subjektiv Betroffenen und einer nur schmalen Basis gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse besteht. Es gilt heute immer noch, daß postulierte Gesundheitsrisiken größtenteils nicht bewiesen, aber auch nicht ausgeschlossen sind. Neben der Inneren Medizin, der Allergologie und Dermatologie hat gerade auch die Neurologie vielfache Berührungspunkte mit den Themen der Umweltmedizin [21]. Das Fachgebiet befaßt sich mit den vielfältigen Interaktionen zwischen Menschen und ihrer Umwelt, wobei Umweltschäden als Folge menschlichen Handelns umfassend anerkannt, rückwir-

kend analysiert und durch Prävention hindert werden sollen. Es stehen somit individualmedizinische Aspekte im Vordergrund, es ergeben sich aber auch allgemeine hygienisch-präventivmedizinische Aufgaben. Die Verfechter der Umweltmedizin zeigen sich allerdings in praxi keineswegs ganzheitlich orientiert, sondern meist sehr einseitig einem somatischen Krankheitskonzept verpflichtet, was in Formulierungen gipfelt, derartige Krankheitsbilder seien „kein Fall für den Psychiater“. Dementsprechend sind die Patienten fast stets dem hier optimal anzuwendenden bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell gegenüber wenig aufgeschlossen und sehen sich meist als Opfer überwiegend chemischer Einwirkungen, auch wenn allgemein gesicherte Erkenntnisse fehlen und oft noch weniger im Einzelfall nachweisbar sind.

Abgrenzung von psychoreaktiven Faktoren

Gerade dies ist die schwierigste Aufgabe bei der Beurteilung umweltassoziierter Krankheitsbilder. Die meisten Betroffenen lassen seelische Einflüsse nicht gelten und werden darin von ihren behandelnden umweltmedizinisch orientierten Ärzten unterstützt, die zudem oft umfangreiche Laborergebnisse vorweisen, deren praktische Wertigkeit unbewiesen bzw. zumindest schwer einzuschätzen ist. Für die Kranken dienen sie aber als Beweismittel, daß sie körperlich krank sind, auch wenn sie selbst am wenigsten in der Lage sind, deren tatsächliche Bedeutung zu erfassen. Entsprechend schwer bis unmöglich ist daher auch im allgemeinen der Zugang zu aktuellen oder zurückliegenden psychischen Konflikten, die entweder strikt verneint werden, oder deren Exploration von Anfang an als unzumutbar empfunden wird. Es kommt häufig die Formulierung: „Was hat denn meine Kindheit mit meiner jetzigen Umwelterkrankung zu tun?“. Nicht selten erfolgten schon im Vorfeld der Begutachtung polemische Formulierungen der beteiligten Rechtsanwälte und der Selbsthilfegruppen, „die Untersuchung durch einen Nervenarzt ist eine Zumutung für meinen Klienten“ und der Versuch, die nervenärztliche Gutachtenerstellung zugunsten eines „Umweltexperten“ zu verhindern. All dies läßt oft eine adäquate Exploration unter psychodynamischen Gesichtspunkten nicht zu. *Es macht sich offenbar niemand klar, daß damit durch die behandelnden Ärzte und die Rechts-*

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Wolfgang Hausotter
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Sozialmedizin – Rehabilitationswesen – Umweltmedizin
Martin-Luther-Straße 8
87527 Sonthofen/Allgäu

vertreter ein wichtiger und oft der einzig sinnvolle therapeutische Zugang langfristig verbaut und dem Patienten Schaden zugefügt wird. Wenn schließlich psychische Auffälligkeiten nicht mehr zu übersehen sind, wird oft Ursache und Wirkung verwechselt und die seelische Störung den toxischen Umwelteinflüssen zugeschrieben, obgleich sie sich eben doch oft schon langfristig zurückverfolgen läßt. Es fällt auch auf, daß sich das ausgesprochen vielfältige und unspezifische Beschwerdebild der Betroffenen weitgehend mit Beschwerdelisten deckt, die aus der Psychiatrie für depressive oder somatoforme Störungen bekannt sind [25]. Diagnostisch finden sich durchaus selten tatsächlich objektivierbare organische Psychosynndrome, sehr viel häufiger dagegen depressive Störungen und ganz besonders „somatoforme Störungen“ (ICD-10: F 45), aber auch Angststörungen (F 41). Deren Bedingungsgefüge ist vielfältig und wird neben der Persönlichkeitsstruktur ganz entscheidend von den Medien geprägt. Bei der Begutachtung sind diese seelischen Faktoren nicht hoch genug einzuschätzen und sollten grundsätzlich nervenärztlich evaluiert werden.

Enzephalopathie und Polyneuropathie

Es ist seit Jahrzehnten bekannt, daß *toxische Substanzen zu eindeutig organisch bedingten Schäden des zentralen und peripheren Nervensystems führen können*. Klassisches, häufigstes und am besten untersuchtes Beispiel ist der chronische Alkoholkonsum. Die Arbeitsmedizin hat einen breiten und fundierten Erkenntnisstand über die Wirkungen verschiedener toxischer Stoffe am Arbeitsplatz [26], wobei auch eine Reihe von gut validierten Grenzwerten der Toxizität bekannt sind, die MAK-Werte (maximale Arbeitsplatzkonzentration) und die BAT-Werte (biologische Arbeitsstofftoleranzwerte) sowie eine Reihe weiterer erprobter definitorisch festgelegter Grenzwerte. Im Bereich der Umweltmedizin können diese Werte keine Anwendung finden, da sie sich definitionsgemäß auf den Arbeitsplatz beziehen, für primär gesunde Personen gelten, die sich auch nur für einen begrenzten Zeitraum exponieren, nicht jedoch eine Langzeitexposition, etwa im Wohnbereich unter Einschluß von Kindern und alten Menschen, berücksichtigen. Das Paradigma der Umweltmedizin ist die Vorstellung, daß auch Schadstoffkonzentrationen, die weit un-

terhalb der Werte in der Arbeitsmedizin liegen, zu klinisch relevanten Krankheitsbildern führen können, dies ist nicht unwidersprochen geblieben und ist im Grunde bis heute nicht bewiesen.

Nimmt man die Einwirkung toxischer Substanzen, z. B. von Lösungsmitteln auch in niedriger Dosierung als gegeben an, so ist eine *zerebrale Symptomatik*, wie sie aus höheren Lösungsmittelkonzentrationen bekannt ist, in entsprechend leichter Form naheliegend. Tatsächlich ist der Beginn einer toxisch-zerebralen Symptomatik *unspezifisch und unabhängig vom schädigenden Agens*. Es dominieren *Befindlichkeitsstörungen* mit Kopfschmerzen, Schlafstörungen, rascher Ermüdbarkeit, allgemeiner Leistungsschwäche, Stimmungsschwankungen, verbunden mit innerer Unruhe, Ängsten, auch subjektiv empfundenen Merk- und Konzentrationsstörungen. Gerade diese diffusen Beschwerden werden in erster Linie im Zusammenhang mit Umweltschadstoffen vorgebracht und entziehen sich häufig dem objektiven Nachweis. Die Abgrenzung dieser leichtesten Form einer organisch-psychischen Störung i. S. eines pseudoneurasthenischen Syndroms auf organischer Grundlage von Befindlichkeitsstörungen anderer Ursache, einem „psychovegetativen Syndrom“, einer „Neurasthenie“, einer „Somatisierungsstörung“ u. a. ist ausgesprochen schwierig. Gerade die *umweltmedizinischen Symptomenlisten* [24, 25] *bei neurotoxischen Syndromen decken sich fast völlig mit den psychiatrischen Beschwerdelisten*. Der Nachweis einer Enzephalopathie durch Hirnszintigraphie mit ^{99m}Tc-HMPAO-SPECT wird sehr unterschiedlich beurteilt, ist aber ohne klinisches Korrelat nicht relevant. Auch das Krankheitsbild der *Polyneuropathie* ist ätiologisch vieldeutig, wengleich besser zu objektivieren. Die socken- oder handschuhförmigen Gefühlsstörungen, die Areflexie, die motorische Schwäche und die neurophysiologischen Normabweichungen lassen die Diagnosestellung zu, sagen aber über die Ursache nichts aus. Es gilt hier vorrangig, andere, *häufigere Ursachen auszuschließen*.

Kasuistik:

Eine 52jährige Fabrikarbeiterin sah sich am Arbeitsplatz als Löterin bei der Herstellung elektronischer Geräte zunehmend überfordert und entwickelte die typische Symptomatik eines endomorphen depressiven Syndroms. Ein Umweltmediziner und Nicht-Psychiater ging von einer „Enzephalopathie“ aus und nahm einen Zusammenhang mit Schadstoffen am Arbeitsplatz an. Langwierige Untersuchungen schlossen sich an, weder eine im toxischen Bereich

liegende Schadstoffexposition noch eine organisch-psychische Störung konnten nachgewiesen werden. Erst die psychiatrische Untersuchung im Sozialgerichtsverfahren ergab eine endogene Depression. Wertvolle Zeit bis zu einer adäquaten Therapie ging damit verloren und es entstanden nicht unerhebliche Kosten für die Allgemeinheit.

Einzelne Krankheitsbilder

Organische Lösungsmittel als Umweltfaktoren

Am häufigsten werden Einwirkungen organischer Lösungsmittel als Ursache von Befindlichkeitsstörungen in der Umweltmedizin geltend gemacht. Aus den langjährigen Erfahrungen der Arbeitsmedizin mit diesen Substanzen ist bekannt, daß sie teils eingeatmet, teils über die Haut resorbiert werden, sich im Organismus verteilen und auch die Bluthirnschranke aufgrund ihrer lipophilen Eigenschaften durchdringen können, schließlich durch die Lungen und zum Teil nach Metabolisierung über die Nieren ausgeschieden werden [22]. Die Wirkung kann schematisch als neuro-, hämato-, hepato- und nephrotoxisch beschrieben werden, aber auch kanzerogen, teratogen und z. T. suchtbildend [13]. Akute oder chronische Intoxikationen manifestieren sich im neurologischen Bereich besonders als *toxische Enzephalopathie oder Polyneuropathie* [4]. Dabei wird ein gesicherter Zusammenhang mit der Exposition in ausreichend hoher Dosis unter Ausschluß anderer Ätiologien, ebenso wie der tierexperimentelle Nachweis gefordert [1, 2].

Es existiert eine nahezu unübersehbare Fülle von aromatischen, auch halogenierten Kohlenwasserstoffen und organischen Phosphorverbindungen mit einer sehr breiten Verwendung als organische Lösungsmittel, Pestizide, Fungizide, Holzschutzmittel und Desinfektionsmittel. Klinisch steht dem ein meist eher uniformes Bild einer Enzephalopathie oder Polyneuropathie nach Exposition in ausreichend hoher Dosierung gegenüber.

Ein „Holzschutzmittelsyndrom“ ist erst in den letzten Jahren in der Öffentlichkeit intensiv diskutiert worden und hat zahlreiche tatsächlich oder vermeintlich Betroffene veranlaßt, entsprechende rechtliche Schritte zu unternehmen. Die zunächst eher uncharakteristischen Symptome machen sich erst nach einer Expositionsdauer von fünf bis sieben Jahren bemerkbar [28], wobei Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Gang- und Sprachstörungen, Kältemißempfindungen, Krib-

belparästhesien u. a. beschrieben werden. Auch eine Neigung zu depressiven Verstimmungszuständen mit Antriebsstörungen wird beobachtet [27].

Gerade diese wenig faßbaren Befindlichkeitsstörungen sind Anlaß zur umweltmedizinischen Beratung und sehr oft zur Begutachtung im Rentenverfahren, wenn sich der Betroffene dadurch nicht mehr in der Lage fühlt, beruflich tätig zu sein. Ein Zusammenhang ist im Einzelfall selten beweisbar [26]. Ebenso werden Polyneuropathien in diesem Zusammenhang geltend gemacht, wobei diese oft nur aufgrund der vorgebrachten Beschwerden und nicht nach fachneurologischer Untersuchung diagnostiziert werden. Das Problem liegt in der Begutachtungssituation in der Feststellung des Ausmaßes der tatsächlichen Exposition und dem nicht eindeutigen Konsens hinsichtlich der Wertigkeit der Höhe gemessener Schadstoffwerte im Blut und im Innenraum, in dem sich der Betroffene exponiert hat. Die Schwierigkeit, sehr kleine Substratmengen zuverlässig in ihrer Konzentration labormäßig zu erfassen, erschwert die Einschätzung ebenso wie die fehlende Sicherheit und Akzeptanz entsprechender Grenzwerte.

Für die individualmedizinische Gutachtertätigkeit hat dies erhebliche Konsequenzen, gilt es doch, an sich uncharakteristische Beschwerden ggf. organisch zu erklären oder dies auszuschließen. Polyneuropathien und ein pseudoneurasthenisches Syndrom können viele Ursachen haben, und sie lassen sich oft nicht ohne weiteres einer klaren Kausalität zuordnen. Wenn dann noch die Laborwerte vieldeutig sind und keine definierten Grenzwerte existieren, so bleibt die Zuordnung zu umweltmedizinischen Faktoren reine Spekulation. *Die Begutachtung muß sich am Einzelfall orientieren, eine zeitlich begrenzte Leistungsminderung im Erwerbsleben wird meist nicht begründbar sein, ebensowenig ein Kausalzusammenhang mit niedriger Schadstoffexposition.*

Kasuistik:

Der damals 47jährige Mitarbeiter in einer Maschinenfabrik litt seit Jahren unter einer Fülle von Befindlichkeitsstörungen, auch Mißempfindungen an den Füßen, wobei ein Dermatologe und Umweltmediziner eine toxische Hinterstrangschädigung und eine Polyneuropathie diagnostizierte und eine Lösungsmittelintoxikation dafür verantwortlich machte. Auch hier schloß sich ein langwieriger Rechtsstreit an, fachneurologisch konnte kein pathologischer Befund erhoben werden, Schadstoffmessungen am Arbeitsplatz ergaben keine toxischen Werte. Immer neue vermeintliche Noxen wur-

den geltend gemacht und auch wieder ausgeschlossen. Die hautärztlich-umweltmedizinische Stellungnahme betonte eine „Enzephalopathie, Polyneuropathie, zentral-vestibuläre und senso-neurale Schwerhörigkeit, Begleitmyalgie, Perfusionsstörung des Gehirns“, was den Patienten zur Fortsetzung des Rechtsstreits animierte. Während eines früheren psychosomatischen Heilverfahrens und später vom psychiatrischen Rentengutachter festgestellte Diagnosen wie „ausgeprägte Persönlichkeitsstörung mit psychoreaktiver Fehlentwicklung und funktionellen Organbeschwerden psychischen Ursprungs“ wurden ignoriert. Der Rechtsstreit eskalierte weiter und dauert an.

Multiple Chemical Sensitivity

In den USA wird das Krankheitsbild der „Vielfachen Chemikalienunverträglichkeit“ (VCU) bzw. der „Multiple Chemical Sensitivity“ (MCS) wie folgt definiert: „Eine erworbene Störung, die charakterisiert ist durch rezidivierende Symptome, vorzugsweise an mehreren Organsystemen, die als Antwort auf nachweisbare Expositionen gegenüber vielen chemisch miteinander nicht verwandten Stoffen bei Dosen auftreten, die weit unter denen liegen, die in der allgemeinen Bevölkerung für schädigend gehalten werden. Kein einziger allgemein akzeptierter Test von physiologischen Funktionen kann nachgewiesen werden, der mit diesen Symptomen korreliert“ [28, 31]. Aus dieser Definition ergibt sich bereits das Problem bei der Begutachtung. Das Paradigma ist hier die Annahme, daß MCS-Kranke schon auf Spuren zahlloser Umweltgifte mit entsprechenden Symptomen reagieren, ohne daß ein entsprechender Nachweis gelingt [3, 8, 10, 23]. Die klassischen Gesetze der Toxikologie werden von dem MCS-Phänomen außer Kraft gesetzt [4]. Subjektiv stehen wieder die genannten vielfältigen Befindlichkeitsstörungen im Vordergrund. Auf die Unsicherheit der Diagnosestellung weist eine Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage verschiedener Abgeordneter zu diesem Thema hin [9]. *Falls keine Komorbidität mit einer relevanten seelischen Störung vorliegt, kann eine Leistungsminderung im Erwerbsleben daraus nicht abgeleitet werden. Auch eine rechtlich oder medizinisch gesicherte Kausalität hinsichtlich der Entstehung existiert nicht.*

Kasuistik:

Ein 55jähriger Versicherungsvertreter litt an einem Tinnitus im Anschluß an eine Grippeotitis. Er fühlte sich beruflich zunehmend belastet, dem Druck des Arbeitgebers, den erhöhten Leistungsanforderungen und den nachstrebenden jüngeren Arbeitskollegen nicht gewachsen und allgemein überfordert. Ein wegen eines benignen Pigmentnaevus aufgesuchter Dermatologe und Umweltmediziner diagnostizierte die Parkinson'sche Krankheit aufgrund einer MCS mit „kaputtem Immunsystem“, was den Betroffenen tief beeindruckte, da die Diagnose sehr überzeugt vorgetragen worden sei. Mehrere Neurologen und auch eine deshalb konsultierte Parkinson-Spezialklinik schlossen ein Parkinson-Syndrom strikt aus, der Betroffene vertraute jedoch dem Hautarzt – obgleich er die verordneten Parkinsonmedikamente nicht vertrag – und stellte Rentenanspruch. Eine nervenärztliche Behandlung lehnte er ab.

Sick-Building-Syndrom

Laut Definition der WHO 1983 klagt ein mehr oder minder großer Personenkreis über unspezifische Beschwerden bzw. Befindlichkeitsstörungen beim Aufenthalt in Innenräumen von Gebäuden, die sich beim Verlassen der Räume bessern oder verschwinden. Angeschuldigt werden physikalische und chemische Faktoren, die mit den Baumaterialien zusammenhängen, auch biologische Einwirkungen wie Bakterien oder Pilze, nicht zuletzt auch psychische Faktoren. Es bleibt im Grunde ein kaum zu entwirrendes Knäuel von möglichen Einzelfaktoren, die sich nur selten als gesichert kausal für die geklagten Beschwerden erweisen. Als charakteristisch wird angesehen, daß bei chemisch-toxikologischen Schadstoffmessungen sowohl in der Raumluft als auch in biologischen Materialien keine Werte gefunden werden, die eine gesundheitliche Schädigung belegen können [7, 26]. Es handelt sich somit definitionsgemäß um reversible Befindlichkeitsstörungen ohne Nachweis einer dadurch ausgelösten anhaltenden Erkrankung des zentralen oder peripheren Nervensystems [4]. *Eine zeitlich begrenzte oder gravierende funktionelle Leistungsminderung im Erwerbsleben läßt sich hieraus nicht ableiten.*

Amalgam

Das eine Zeit lang am meisten kontrovers diskutierte Problem in der Umweltmedizin ist heute in der Bedeutung etwas zurückgetreten. Für die Patienten ebenso wie für die behandelnden Ärzte und Zahnärzte hatte dies größte praktische Bedeutung bis hin zu weitreichenden gutachterlichen und finanziellen Konsequenzen. Amalgam als Legierung aus Quecksilber (Hg) mit Anteilen von Silber, Zinn und Kupfer wird in Europa seit 150 Jahren in größtem Umfang für Zahnfüllungen verwendet und wegen seiner Haltbarkeit geschätzt [18]. In unseren Breiten gibt es nur wenige Menschen, die keine Amalgamfüllungen haben oder zumindest hatten. Die in den letzten Jahren dar-

an geübte Kritik stützte sich auf die Abgabe von Hg in den Organismus und die dadurch bedingte Schwermetallbelastung. Diskutiert wird, wie weit die aus der Amalgamfüllung resultierende Hg-Belastung klinisch relevant ist. Zweifellos liegt sie weit unter der aus beruflicher Exposition, weshalb die Hg-typischen Krankheitszeichen fehlen. Hg wird auch durch die Nahrung, durch Milch, Fleisch und Fisch aufgenommen. Die Hg-Abgabe einer mit Amalgam restaurierten Mundhöhle liegt etwa zwei Zehnerpotenzen unter der täglichen Hg-Aufnahme über die Nahrung [17, 18].

Eine neue Studie von *Aschoff* u. a. [5] ergab bei einem größeren Kollektiv subjektiv „amalgameschädigter“ zu begutachtender Patienten und freiwilliger Probanden mit Amalgamfüllungen ohne subjektive Beeinträchtigung übereinstimmend keine toxischen Hg-Spiegel gemäß einem von der WHO definierten Referenzbereich. In der Normalverteilung der Hg-Belastung der Bevölkerung gebe es keinen Zusammenhang zwischen Hg-Konzentration und Befinden und es wurde eine auch nur marginal gesundheitsschädliche Wirkung von Amalgam-Quecksilber verneint. Interessant ist trotzdem, wie hartnäckig in manchen Ärzte- und Bevölkerungskreisen an entsprechenden Zusammenhängen festgehalten wird, wobei sich allerdings manchmal psychoreaktive Störungen bis hin zu ernstzunehmenden Angststörungen entwickeln [15], die von *Häfner* [16] treffend als „iatrogene Amalgamphobie“ bezeichnet werden. *Eine Leistungsminde- rung im Erwerbsleben kann daraus nicht abgeleitet werden.*

Elektrosensibilität

Der Einfluß von elektromagnetischen Wellen bzw. Feldern auf den Menschen wird seit Jahren unter dem Schlagwort „Elektrosmog“ diskutiert, wobei von manchen Kreisen auch hier neurologische Symptome wie Kopfschmerzen, Schwindel, Schläfrigkeit, Unkonzentriertheit, aber auch Schmerzen, Taubheitsgefühl, Krämpfe und Muskelfibrillationen beschrieben werden. Bisher konnte jedenfalls kein Hinweis auf objektivierbare Schädigungen gefunden werden, obgleich besorgte Bürgerinitiativen und selbsternannte „Experten“ Starkstromleitungen, Funkantennen und neuerdings den Mobilfunk für Befindlichkeitsstörungen verantwortlich gemacht haben, ohne daß sich dafür ein organisches Korrelat ergeben hat [6, 11]. *Eine leistungsmin- dernde Bedeutung kommt dem sicher nicht zu.*

Chronic Fatigue-Syndrom

Der 1988 eingeführte Begriff des chronischen Erschöpfungssyndroms (CFS) hat in der Öffentlichkeit zunehmende Aufmerksamkeit gefunden und damit auch als Problem in der Begutachtung. Die neuesten Diagnosekriterien des Center for Disease Control in Atlanta 1994 [19, 20] stellen als *Hauptkriterium* eine persistierende Müdigkeit oder leichte Erschöpfbarkeit für mindestens sechs Monate in den Vordergrund, die nicht durch andere Erkrankungen erklärt werden kann und die durchschnittliche Leistungsfähigkeit um mehr als 50 % reduziert. Zusätzlich müssen mindestens vier der folgenden *Nebenkriterien* vorhanden sein: Halsschmerzen, Lymphknotenschwellungen, Muskelschmerzen, Arthralgien, Kopfschmerzen, Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, keine Erholung durch Schlaf, verlängerte Müdigkeit nach früher tolerierten Beanspruchungen. Sehr früh wurde auf die enge Verwandtschaft des Krankheitsbildes mit dem der „Neurasthenie“ verwiesen, wobei die Kriterien hierfür nach ICD-10: F 48.0 denen des CFS entsprechen. Die Diskussion über die Ursache des CFS ist in vollem Gange, wobei extreme Standpunkte von der reinen Organogenese immunologischer oder viraler Art bis hin zur reinen Psychogenese nach Art einer Angstneurose vertreten werden. Am wahrscheinlichsten erscheint ein Zusammenspiel organischer und psychischer Faktoren, wobei empirisch aus der täglichen Erfahrung heraus durchaus der Eindruck einer Krankheitsentität entsteht.

Die Problematik bei der Begutachtung liegt in der Diskrepanz zwischen den oft vehement vertretenen Vorstellungen der Antragsteller und deren Interessenverbänden und Selbsthilfegruppen hinsichtlich einer rentenrelevanten Leistungsmin- derung und des angenommenen Kausalzusammenhangs und den wenig validen diagnostischen Kriterien sowie den kaum nachweisbaren und zudem meist widersprüchlichen organischen Befunden. Allgemein anerkannte Begutachtungsempfehlungen existieren nicht. Übereinstimmung besteht jedoch, daß die Patienten unter ihrer Erkrankung leiden und daß eine probate Therapie nicht möglich ist. Die Begutachtung wird sich daher am Einzelfall orientieren und sich auch an die sozialmedizinischen Empfehlungen für psychosomatische Erkrankungen halten. Immer häufiger wird das CFS mit Umweltfaktoren in Zusammenhang gebracht und gelegentlich auch Anspruch auf Entschädigung erhoben. Mittlerweile liegt dazu eine Stellungnahme der Bundesre-

gierung vor [9], wonach Umweltschad- stoffe nicht mehr ernsthaft als Auslöser des CFS in der Diskussion seien. Auch *Tedsen-Ufer* von der umweltmedizinischen Beratungsstelle Berlin-Charlotten- burg sieht keinen verwertbaren Anhalts- punkt für einen kausalen Zusammenhang zwischen Umwelttoxinen und CFS [30]. Sozialmedizinisch wird man bei *geringer ausgeprägten Verlaufsformen leichte Ar- beiten* unter funktionellen Einschränkungen *als vollschichtig zumutbar* erachten können, *schwere Formen rechtfertigen wohl ein aufgehobenes Leistungsvermögen. Ein Kausalzusammenhang mit Um- weltfaktoren ist nicht begründbar.*

Kasuistik:

Eine 46jährige Dipl.-Ing., als Beamtin an einer internationalen Behörde tätig, entwickelte in den letzten drei Jahren das klassische Krankheitsbild eines CFS mit plötzlichem Beginn, Lymphknotenschwellungen, anhaltender Erschöpfung und den sonstigen Haupt- und Nebenkriterien. Das Krankheitsbild erwies sich als schwerwiegend, sie wurde von der Hausärztin langfristig dienstunfähig geschrieben, und sie stellte Antrag auf vorzeitige Pensionierung. Vielfältige Therapiemaßnahmen waren nicht erfolgreich. Da sie in einem neu renovierten Bürogebäude arbeitete, wurde frühzeitig von Kollegen auf mögliche Umweltfaktoren verwiesen, verstärkt durch Pressemitteilungen, die die Hausärztin kritiklos unterstützte, obwohl entsprechende Messungen keinen relevanten Schadstoffnachweis ergaben. Eine gleichzeitig bestehende Autoimmunthyreoiditis wurde in diesem Zusammenhang vernachlässigt. Bei der Untersuchung zur Begutachtung war die Antragstellerin völlig auf Umweltfaktoren fixiert, unterstützt durch die Hausärztin, und ließ keine Fragen zu einer möglichen psychischen Komponente zu. Sie strebte die Frühpensionierung an, die tatsächlich aufgrund des schwerwiegenden Befundes zu empfehlen war, gleichzeitig aber auch den Status der „Berufskrankheit“ bzw. Schadenersatz durch die vermeintlich erlittene Schädigung durch Umweltfaktoren bei der Arbeit, was sich hier in keiner Weise begründen ließ.

Diskussion

Umweltassoziierte Krankheitsbilder kommen in den letzten Jahren immer häufiger zur Begutachtung, ohne daß sich klare Beurteilungsempfehlungen geben lassen. Faßbare Befunde und Vorstellungen der Antragsteller klaffen meist weit auseinander. Nicht selten liegen eindeutige Fehldiagnosen neurologischer und psychiatrischer Krankheitsbilder vor [4]. Es ist angebracht, diese durchaus heterogenen Gesundheitsstörungen, denen meist ein objektivierbares organisches Korrelat fehlt, nach den Kriterien für die funktio-

nellen bzw. somatoformen Störungen zu beurteilen. Dabei sind für das Rentenverfahren die Empfehlungen von Foerster [14] hilfreich: Handelt es sich um einen langjährigen Verlauf, um eine kontinuierliche Chronizität trotz adäquater ambulanter und stationärer Behandlung und sind Rehabilitationsmaßnahmen gescheitert, so ist mit der Wiederherstellung der vollen Erwerbsfähigkeit nicht mehr zu rechnen. Eine iatrogen gebahnte Fehlentwicklung durch frühzeitige und anhaltende Krankenschreibung ist nicht selten. Zu berücksichtigen ist bei der Begutachtung auch, inwieweit bereits eine derartige unbewußte Fixierung eingetreten ist, die der Betroffene nicht mehr mit zumutbarer Willensanstrengung oder mit ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Hilfe überwinden kann. Allerdings ist gerade diese juristische Frage medizinisch meist sehr schwer schlüssig zu beantworten. Anhaltspunkte ergeben sich aus der bisher durchgeführten Behandlung. Ein kausaler Zusammenhang zwischen angeschuldigten Umweltfaktoren und den geklagten Befindlichkeitsstörungen ist in den meisten Fällen nicht mit der juristisch erforderlichen Sicherheit herzustellen, dafür fehlen zumeist klare, allgemein anerkannte Laborkriterien, vor allem hinsichtlich der tolerablen Grenzwerte und auch sonstige objektivierbare Befunde, so daß es im Gegensatz zu den Vorstellungen der Antragsteller und ihrer Rechtsvertreter häufig aus medizinischer Sicht zur Empfehlung der Ablehnung kommen muß.

Literatur

- [1] Altenkirch, H. In: Kunze, K. (Hrsg.): Lehrbuch der Neurologie. Thieme Stuttgart 1992
- [2] Altenkirch, H. In: Beyer, A. und D. Eis:

Praktische Umweltmedizin. Springer Verlag 1995

- [3] Altenkirch, H.: Multiple Chemical Sensitivity (MCS)-Syndrom. Das Gesundheitswesen 57, 661-666 (1995)
- [4] Altenkirch, H.: Klinisches Spektrum der Neurotoxizität von organischen Lösungsmitteln. Nervenheilkunde 17, 362-368 (1998)
- [5] Aschoff, J. C., M. Gmeiner: Das Quecksilber im menschlichen Körper und sein Einfluß auf Allgemeinbeschwerden und Befindlichkeitsstörungen - Zur Problematik der nervenärztlichen Begutachtung von „Amalgam-Geschädigten“ in: Suchenwirth, R. M. A., G. Ritter, B. Widder (Hrsg.): Neurologische Begutachtung bei inadäquaten Befunden. Gustav Fischer Ulm 1997
- [6] Bernhardt, J. H.: Gesundheitliche Aspekte des Mobilfunks. Dt. Ärztebl. 96, A-845-852 (1999)
- [7] Brede-Weistlog, B.: Das Sick-Building-Syndrom. Versicherungsmedizin 48, 170-174 (1996)
- [8] Bronstein, A. C.: Multiple Chemical Sensivities - New Paradigm Needed. Clinical Toxicology 33, 93-94 (1995)
- [9] Bundesregierung - Drucksachen 13/10 592 v. 5. 5. 98, 13/11 125 v. 19. 6. 98, 13/6324 v. 27. 11. 96
- [10] Council Report - Clinical Ecology (ohne Verfasser) JAMA 268, 3465-3467 (1992)
- [11] David, E., J. Reissenweber: Risiko elektrischer und magnetischer Felder. Nervenheilkunde 17, 369-377 (1998)
- [12] Eis, D.: Welchen Einfluß hat die Umwelt? In: Schwartz, F. W. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Urban & Schwarzenberg München 1998
- [13] Fiedler, K.: Hygiene/Präventivmedizin/Umweltmedizin - systematisch. Uni-Med Verlag Lorch 1995
- [14] Foerster, K.: Neurotische Rentenbewerber. Enke Stuttgart 1984
- [15] Foerster, K., U. Breyer-Pfaff: Amalgam - „Ursache“ psychischer Störungen? Versicherungsmedizin 48, 62-64 (1996)
- [16] Häfner, H.: Iatrogene Amalgam-Phobie. Dt. Ärztebl. 91, A-507-512 (1994)
- [17] Halbach, St.: Amalgamfüllungen: Belastung oder Vergiftung mit Quecksilber? Dt. Ärztebl. 91, A-502-506 (1994)
- [18] Harndt, R.: Zahnheilkunde. In: Schettler, G., K.-H. Usadel: Praktische Medizin von A-Z. Thieme Stuttgart 1993
- [19] Hausotter, W.: Begutachtung des Chronic Fatigue-Syndroms. Versicherungsmedizin 48, 57-59 (1996)
- [20] Hausotter, W.: Die sozialmedizinische Begutachtung des Chronic Fatigue-Syndroms. Schriftenreihe zur Sozialversicherung der LVA Württemberg, Band 17, 1997
- [21] Hausotter, W.: Neurologische Probleme in der Umweltmedizin. Wiener Medizinische Wochenschrift 148, 46-51 (1998)
- [22] Konietzko, J.: Intoxikationen durch Arbeitsstoffe. In: Hopf, H. Ch., K. Poeck, H. Schliack (Hrsg.): Neurologie in Praxis und Klinik. 2. Aufl. Thieme Stuttgart 1992
- [23] Kurt, T. L.: Multiple Chemical Sensivities - A Syndrome of Pseudotoxicity Manifest as Exposure Perceived Symptoms. Clinical Toxicology 33, 101-105 (1995)
- [24] Lohmann, K., J.-M. Träder: Umweltfibel. Eigenverlag 1994
- [25] Neuburger, N.: Kompendium Umweltmedizin. Medi Verlagsgesellschaft Hamburg 1996
- [26] Popp, W.: Diagnoselexikon Arbeits- und Umweltmedizin. Thieme Stuttgart 1998
- [27] Pröhl, A., H. C. Alsen, O. Wassermann: Dokumentation umweltmedizinischer Daten in Schleswig-Holstein. O. J.: Im Auftrag der KV Schleswig-Holsteins.
- [28] Runow, K.-D.: Klinische Ökologie. 2. Aufl. Hippokrates Stuttgart 1994
- [29] Seidel, H. J.: Umweltmedizin. Thieme Stuttgart 1996
- [30] Tedsen-Ufer, F.: Umweltmedizinische Aspekte des CFS. Psycho 24, 482 (1998)
- [31] Wolf, Ch.: Multiple Chemical Sensitivity (MCS) - Die sogenannte chemische Vielempfindlichkeit. Versicherungsmedizin 48, 175-178 (1996)
- [32] Wrbitzky, R., H. Drexler, St. Letzel, W. Gräf, G. Lehnert: Umweltmedizin - eine Standortbestimmung. Dt. Ärztebl. 93, A-2456-2464 (1996)

Berichte und Informationen

Wie läßt sich am besten der Erfolg einer Kortisoninhalationsbehandlung bei einer chronisch-obstruktiven Lungenkrankheit (= COLK) beurteilen?

Die Bewertung von Behandlungserfolgen kann auch zu den Aufgaben eines Gutachters gehören. Referiert wird über den Sonderfall COLK, das Ergebnis verschiedener Studien. In ihnen diente die Sekundenkapazität FEV₁ als maßgebendes Kriterium. Die Ergebnisse waren, anders als

beim Asthma bronchiale, ausgesprochen widersprüchlich. Manchmal gab es überhaupt keine Überlegenheit gegenüber einem Placebo. Sonst stellte sich in der Anfangsphase der Therapie schon ein meßbarer Erfolg ein, der aber, was den Rückgang des FEV₁ anbetraf, schnell wieder verloren ging. Vor allem fehlte es an der Dauer des Erfolges. Der Autor weist (zu Recht) auf den geringen praktischen Wert einer eben meßbaren Verbesserung der FEV₁ hin. Nach seiner Meinung kommt es bei der COLK auf die Lebensqualität an.

Als Meßparameter können dienen; weniger Symptome, weniger Exazerbationen, gesteigerte Leistungsfähigkeit, etwa ausgedrückt durch die Länge der möglichen Gehstrecke oder die Zahl der ersteigbaren Treppenstufen. Bisher fehlt es noch an einem strukturierten Programm zur objektiven Erfassung dieser Parameter.

(Schayek, C. P. van: Is Lung Function Really a Good Parameter in Evaluation Long-term Effects, Effects of Inhaled Corticosteroids in COPD? European Respiratory Journal 15, 238-239 (2000)) gms

