

Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen

Band 68 - Dezember 2006

HERAUSGEBER: DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

DRV

Schriften

3.6.7 Spezielle Syndrome: "Chronic Fatigue-Syndrom" (CFS) bzw. "Multiple Chemical Sensitivity-Syndrom" (MCS)/ "Idiopathic Environmental Intolerances" (IEI)

Die unter den Begriffen „Chronic Fatigue-Syndrom“ (CFS) bzw. „Multiple Chemical Sensitivity“ (MCS) zusammengefassten Beschwerdebilder haben wegen der problematischen Vermengung von symptomatischer Ebene, Syndrom-Ebene und nosologischer Zuordnung bislang keinen Eingang in die international gängigen Diagnoseklassifikationssysteme gefunden. Der Begriff „Multiple Chemical Sensitivity“ ist mittlerweile durch den Begriff der „Idiopathic Environmental Intolerances“ (IEI) ersetzt worden. Bei Betroffenen mit einem unspezifischen umweltbezogenen Überempfindlichkeitssyndrom (= IEI) kommt es häufig zur Chronifizierung, die sich nicht mit einem ausschließlich toxikologisch-allergologischen Ansatz erklären lässt.

Auch die 10. Revision der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“

(ICD-10) geht bei CFS bzw. MCS/IEI wegen der fehlenden wissenschaftlichen Evidenz nicht von eigenständigen Krankheitsentitäten aus, zumal toxikologisch und immunologisch keine die Symptomatik erklärenden Befunde ermittelt werden können.

In der anerkannten Fachliteratur herrscht hingegen Einigkeit darüber, dass MCS-/IEI-Betroffene gleichzeitig über deutlich erhöhte psychische Beeinträchtigungen wie Ängstlichkeit, Depressivität oder diffuse, unterschiedlich ausgeprägte Körpersensationen berichten. Die Frage, ob die Häufung aktueller psychischer Störungen für eine „biogene“ oder „psychogene“ Ätiologie der MCS/IEI spricht, ist aus wissenschaftlicher Sicht noch nicht geklärt.

Von einer neuronalen Chemie-Hypothese ausgehend werden u. a. eine biologische Konditionierung bei der Exposition gegenüber Gerüchen und Atemwegsirritantien sowie immunologisch-allergische Mechanismen diskutiert. Die zugrunde liegende Überempfindlichkeit könnte durch verschiedene Ursachen wie psychosozialen Stress hervorgerufen werden.

Psychogene Erklärungsansätze rücken die manifeste psychische Störung der Betroffenen als Angsterkrankung, klinisch relevante Depression oder als somatoforme Störung in den Vordergrund. Verschiedene Autoren beobachten auch, dass unter MCS/IEI klinische Fehldiagnosen subsumiert werden, das heißt, dass es sich zum Teil um Frühformen psychischer Erkrankungen handelt. Weiterhin wird ein „belief system“ als kulturgebundenen Erklärungsmodell

diskutiert, mit dessen Hilfe unspezifische Körperbeschwerden interpretiert werden und das von Medien, Heilpraktikern, Ärzten und verschiedenen Institutionen etabliert und unterstützt wird.

Auch beim "Chronic Fatigue-Syndrom", dessen klinisches Bild sich in vielen Bereichen mit dem der "Multiple Chemical Sensitivity" überschneidet, wird in der Fachliteratur auf die Ähnlichkeit mit dem unter "Neurasthenie" operationalisierten Krankheitsbild (ICD-10: F48.0) verwiesen.

Insgesamt betrachtet erscheint eine psychische Ätiologie sowohl bei CFS als auch bei MCS/IEI in vielen Fällen wahrscheinlich. Die bisherigen klinischen Erfahrungen in universitären Fachambulanzen und stationären Fachabteilungen lassen zumindest eine hohe psychische Komorbidität bei dieser Störungsgruppe als gesichert erscheinen.

Im Rahmen der Sachaufklärung ist die komplexe Problematik der Betroffenen auf unterschiedlichen Ebenen zu berücksichtigen. Dies gilt - in Anlehnung an die von der WHO herausgegebene ICF - sowohl für den somatischen Bereich als auch für die psychischen und sozialen Beeinträchtigungen.

In der qualifizierten fachärztlichen Begutachtung sind die körperlichen Befunde und die technisch-apparativen Zusatzbefunde in sorgfältiger Form zu erheben und zu bewerten. Darüber hinaus ist auch die psychische und soziale Situation in die Gesamtbeurteilung des einzelnen Versicherten einzubeziehen. Für die Beurteilung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens spielt dabei weniger die unmittelbare diagnostische oder ätiologische Zuordnung der Symptomatik eine Rolle, als vielmehr das Ausmaß der individuellen Fähigkeits- und Funktionsstörungen in Hinblick auf das Leistungsbild im Erwerbsleben.

Die Prognoseabschätzung darüber, ob eventuell bestehende Leistungseinbußen der Versicherten als irreversibel bzw. chronisch anzusehen sind, kann daher nur im Einzelfall und nicht allein auf der Grundlage einer umstrittenen diagnostischen Kategorie vorgenommen werden.

Die Forderung nach einer Vermeidung von (hypothetischen) Trigger-Substanzen im Berufsleben (Nocebo) als mögliche neurotoxische Einwirkung und eine daraus abgeleitete Frühberentung ist wissenschaftlich - wie oben ausgeführt - nicht begründbar.

Hinsichtlich der medizinischen Rehabilitation in psychosomatisch – psychotherapeutischen Facheinrichtungen ist anzumerken, dass die differenzielle Zuweisung von Versicherten zu diesen Maßnahmen auf der Grundlage eines ganzheitlichen Krankheitsverständnisses erfolgt und die hier angebotene Behandlung der Symptomatik dem gegenwärtig anerkannten Wissensstand entspricht. Unter verhaltensanalytischen Aspekten kommt insbesondere der Überwindung von Verstärkungs- und Vermeidungsreaktionen eine Bedeutung zu, wenn die Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen Betroffenen lernen sollen, soziale Fertigkeiten zu trainieren und die "Änderung dysfunktionaler Kognitionen und "belief systems" einzuüben.

Nach Ausschöpfung aller rehabilitativen Optionen wird sich bei CFS- bzw. MCS- / IEI-Betroffenen eine Frühberentung im Einzelfall möglicherweise nicht vermeiden lassen. Dies kann aus sozialmedizinischer Sicht allerdings nur auf der Grundlage einer umfassenden Gesamtbeurteilung der qualitativen und quantitativen Leistungsfähigkeit erfolgen, in die die verschiedenen Gesichtspunkte einschließlich der tatsächlich ermittelbaren Fähigkeitsstörungen Eingang finden müssen.