

*Anerkennung von MCS in Gerichtsverfahren und der öffentlichen Meinung . . . .*

## **MCS IST ANERKANNT . . .**

**. . . durch höchste wissenschaftliche Autorität und zwar seit 1994 . . . nur weiß das (in Deutschland) keiner. Deshalb können die Patienten diffamiert werden und die Prozesse gehen verloren.**

### **Ziel des Papers . . .**

... ist auf die Anerkennung von MCS durch höchste wissenschaftliche Autoritäten hinzuweisen. Ausgerechnet diese Aussagen, denen nicht widersprochen werden kann, blieben bisher in der Debatte unbeachtet. Dies will der Text korrigieren.

Die Literatur zu MCS ist immens und über ein halbes Jahrhundert alt. Es gilt also die entscheidenden Informationen herauszusuchen. Leitfaden ist die rechtliche Wirksamkeit. Die Informationen, auf die es entscheidend ankommt, nennen die Juristen „Stand der Wissenschaft“. Dabei ist nicht der aktuelle Stand gemeint, sondern der „anerkannte“ Fundus des gesicherten Wissens - deshalb die Orientierung an höchsten Autoritäten.

Auch die öffentliche Debatte wird durch das rechtlich Relevante gesteuert. Hier macht die Informationspolitik der Mehrheit der Patientenorganisationen und der Umweltmediziner den gleichen Fehler, indem sie Beliebigen und vor allem gern Vieles präsentiert, meist aber das, worauf die es allein ankommt, weglässt.

### **Die wissenschaftliche Realität**

Bevor der „Ökochonder“ durch die Ärztezeitung 1995 erfunden wurde, hatte die WHO MCS in den internationalen Diagnosekriterien (ICD-10) bereits den „Verletzungen“ und immunologischen Erkrankungen zugeordnet. Demnach ist MCS spätestens seit 1994 als organische Erkrankung anerkannt. Die Psychodiskussion hätte also nach anerkanntem Stand der Wissenschaft gar nicht stattfinden dürfen, denn die Sache war wissenschaftlich bereits entschieden und zwar endgültig. Dies nutzten aber bisher weder die Kläger noch die Diskutanten, mit den allseits beklagten Folgen. Der „Stand der Wissenschaft“ ist das rechtlich alles Entscheidende. Ihn zu ignorieren ist in Rechtsverfahren tödlich.

Um aus dieser Sackgasse zu weisen, werden im Folgenden die entscheidenden Punkte zum Stand der Wissenschaft aufgeführt. Um Missverständnissen zuvor zu kommen, sei darauf hingewiesen, dass der Stand der Wissenschaft nicht mit dem Stand des wissenschaftlichen Diskurses verwechselt werden darf. Ersterer ist juristisch definiert und meint den „anerkannten“ und nicht den aktuellen Stand. Auf ihn allein kommt es an. Da Anerkennungsprozesse dauern, ist er naturgemäß älter.

Viele SHG's aber haben demgegenüber eine ganz andere Vorstellung:

*„In Deutschland sind besonders AkademikerInnen (also ÄrztInnen, JuristInnen, WissenschaftlerInnen, PsychologInnen, PädagogInnen, JournalistInnen, ...) ziemlich wissenschaftsgläubig, obwohl gerade sie wissen müssten, wie interessensgeleitet ein*

*Teil der Wissenschaft ist. Sie vertrauen in vielen Beiräumen, die etwas entfernter zu ihrem eigenen Fachbereich sind, der Sicht bzw. dem sog. „Stand der Wissenschaft“.*

Diese Vorstellung ist gewiss mehrheitsfähig aber falsch und außerdem schädlich für die Interessen der Patienten. In Sachen Definition von MCS geht es nicht um „interessenengeleitete Wissenschaft“, es geht eigentlich gar nicht um Wissenschaft, sondern um die falsche Darstellung des Standes der Wissenschaft durch einige Gutachter und dass dieser Vorgang von der gesamten Öffentlichkeit bisher nicht durchschaut wurde.

Die Autorin beschreibt eine ganz andere Situation, die in den 60er und 70er Jahren existiert hat, als die Wissenschaft selbst skeptisch blieb. Doch mittlerweile ist MCS ausreichend erforscht und durch Konsens-Kriterien – erstmals definiert durch Cullen 1987<sup>1</sup> – gerichtsfest definiert. Jene Auffassung vom Stand der Wissenschaft, MCS sei unerforscht, stammt von bestimmten Gutachtern, die das Rad erfolgreich weit zurückgedreht haben. Nur wenn man die Vorstellung eines Wissenschaftsstreites aufrechterhält, kann die Psychothese gedeihen.

Natürlich gibt es daneben auch Blockaden neuerer Verfahren, wie etwa die Anerkennung des LTT-Tests oder die Tatsache, dass SPECT und PET für alle Enzephalopathien akzeptiert wird, nur nicht für die toxische. Das mag verwirren und ist sicher unerfreulich. Darauf kommt es aber primär nicht an.

## **Ad 1 MCS IST EINE SCHWERE ORGANISCHE ERKRANKUNG**

Nach der „International Classification of Diseases“ der WHO, 10 Auflage (1990), ICD-10, im Gebrauch seit 1994, hat MCS die Klassifikation T78.4. S00 bis T99 ist der Bereich „Vergiftungen, Verletzungen andere äußere Ursachen“, T78.4 steht für „Allergien, Überempfindlichkeiten“. Psychische Erkrankungen haben in den ICD die Kategorie F. Damit war die Frage möglicher Psychosomatik schon vor Beginn der Psychodebatte entschieden.

Für die rechtliche Objektivierung im Einzelfall –gutachterlich - existieren Diagnosekriterien (Konsenskriterien nach Cullen 1987 und 1994). In der Praxis kann eine damit begründete Diagnose nicht widerlegt werden.

Der Arbeitskreis MCS der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DEGAUM) anerkennt seit 2002 in Folge der RKI-Studie, MCS sei eine schwere organische Erkrankung<sup>2</sup>. Psychotherapie könne bestenfalls als Stütztherapie eingesetzt werden – das ist auch die Auffassung der amerikanischen Umweltmedizin (etwa Rea).

Sehr wichtig ist das Wort „schwere“. Denn wenn die Diagnose MCS akzeptiert werden muss, wird versucht das Krankheitsbild zu bagatellisieren, d. h. es wird versucht die Anerkennung durch einen niedrigen Grad der Behinderung zu unterlaufen.

Mit dieser Verlautbarung ist Stand der Wissenschaft, dass MCS eine „erhebliche Leistungsminderung“ (GdB oder MdE > 50) darstellt.

## Ad 2 PSYCHO IST DEFINITIV ANDERS

In den 350 Seiten der RKI-Studie gibt es 5 Seiten (S. 170 ff) mit der Widerlegung der Psychothese: MCS-Patienten haben signifikant andere psychische Störungen als Patienten, die durch psychischen Stress erkrankt sind – Psycho ist also definitiv anders.

Im Prinzip war dieser Sachverhalt seit 1985 bekannt, nämlich durch die Definition der toxischen Enzephalopathie durch die WHO. Neurotoxika erzeugen psychische Dysfunktionen als Frühsymptome. Die Struktur ist aber signifikant anders als bei psychogenen Störungen. Dies lehrt die neuropsychologische Toxikologie. Man beachte das Substantiv – es handelt sich um Toxikologie reinsten Wassers. Niemand kann das bestreiten.

## Ad 3 MCS UND BERUFSKRANKHEIT ... DIE MAK-KOMMISSION

MCS tritt bei Umgang mit Chemikalien gehäuft auf. Das haben Studien gezeigt, darunter auch eine deutsche. Eine BK-Nr. wurde von dem Arbeitskreis der DEGAUM mit folgender Begründung verweigert:

- MCS als Chemikalienfolge festzulegen sei voreilig, eine Anerkennung als Berufskrankheit deshalb abzulehnen. Zu „voreilig“ muss sich die DEGAUM fragen lassen, was sie denn erforschen will, denn zu dem Konflikt Psychothese gegen Chemothese existiert keine Alternative.
- Die Senatskommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft (MAK-Kommission) führt seit 1994 eine Liste „sensibilisierender Arbeitsstoffe“. Deren Definition ist (fast) identisch mit der MCS-Definition der EPA: Reaktionen unterhalb der Grenzwerte möglich, sensibilisierende Schadstoffe sind solche, bei denen sich die Toleranz negativ verändert - d. h. Modulation der Wirkschwelle. Die EPA definiert: MCS sind Reaktionen auf Chemikalien, die vorher vertragen wurden.

Gemäß der MAK-Definition der sensibilisierenden Arbeitsstoffe ist eine Anerkennung als Berufskrankheit zwingend geboten.

## Ad 4 DEUTSCHE MCS-FORSCHUNG IM LEEREN RAUM

MCS ist komplex – nach aktuellem Erkenntnisstand eine Störung der Steuerungssysteme des Organismus. Es wurde als Folge gespritzten Obstes 1948 entdeckt. In den 60er Jahren gelang doppelblind der Nachweis. Bis Ende der 80er Jahre wurde MCS gründlich erforscht. Zelluläre, Immun- und Nichtimmunmechanismen, Begleiterscheinungen, therapieleitende Diagnostik und Therapieansätze finden sich im Hand- und Lehrbuch „Chemical Sensitivity“ (4 Bde, 3000 Seiten)<sup>3</sup>. Die Ergebnisse wurden mehrfach bestätigt durch universitäre Forschung des MIT (Ashford und Miller)<sup>4</sup> und durch die Golfkriegs-Veteranen-Studie, sowie in Workshops und Kongresse auf US-Regierungsebene 1987, 1992 und 1994<sup>5</sup>. 1987 wurde MCS durch die Diagnosekriterien definiert. Somit

ist sowohl der Zusammenbruch der Toleranz gegenüber Chemikalien erwiesen als auch wirkschwellenmodulierende Substanzen identifiziert.. Dies alles ist der wissenschaftliche Background der ICD-10 Klassifikation.

Das RKI und die deutsche MCS-Forschung ignoriert diese Literatur vollständig. Man beginnt bei Null mit der ausdrücklichen Begründung, es gäbe zu MCS kaum ernstzunehmende Literatur. Entsprechend ergebnislos sind die 350 Seiten des Berichts. Nur bei den Psychotests hatte man ein Ergebnis (s. ad 2), vielleicht aus Versehen.

Ziel war, dass sich das „C“ nicht erweisen sollte. Dabei scheint es der „Forschern“ nichts auszumachen, dass man im gleichen Zug die medizinische Versorgung der deutschen/europäischen Patienten blockiert.

Die Informationsversuche Patientenorganisationen bleiben denn auch hilflos bei Einzelthemen stecken, so als müsse der entscheidende Durchbruch in der Forschung noch geleistet werden. Seit 2000 kommen die Veranstaltungen und Publikationen thematisch nicht voran. Der Dreifach-US-Kongressband<sup>5</sup> von 1995 dokumentiert ein wissenschaftliches Niveau, das Deutschland bis 2007 nicht erreicht hat – hieraus ist gut zu erkennen, was eine vergiftete geistige Atmosphäre zu leisten vermag und dass die gezielte Manipulation gut funktioniert.

## Ad 5 DIE PSYCHOTHESE IST FAKE

In der Erlanger Studie wurde ein Trick kreiert. Man wusste vorher, dass psychische Defizite gefunden werden würden. Denn psychische Veränderungen sind Frühsymptome von Neurotoxika. Das ist Grundwissen der neuropsychologischen Toxikologie. Man hat nur verschwiegen, dass sie signifikant anders sind als psychische Erkrankungen (s. ad 2). Also handelt es sich bei solchen Studien - kürzlich wiederholt durch die Bonner Studie - um Täuschung, bewusste Täuschung. Diese Studien sind Wissenschafts-FAKE, reine Phantasie mit menschlich niederträchtigem Ziel.

### Fazit

**Für eine Anerkennung von MCS und anderen Umweltkrankheiten reicht der Stand der Wissenschaft seit 20 Jahren aus.**

Solange Patientenorganisationen und Umweltmediziner den falschen Eindruck eines Wissenschaftsproblems aufrechterhalten, werden erstere kein Recht bekommen und letztere gegen Diffamierungen als „unseriös“ oder „vorwissenschaftlich“ hilflos sein.

Die fünf Hauptpunkte sind die **conditio sine qua non** für die Beendigung einer Phantomdiskussion. Ausgerechnet aber das thematisiert keiner – keiner fragt, wie sie zu verstehen und vor allem umzusetzen sind.

## **Die gesellschaftliche Realität**

Bis hierher wurde von der wissenschaftlichen Realität gesprochen, die gesellschaftliche Realität sieht anders aus. Mit solchem Fake, wie den Psychostudien macht man sich nicht lächerlich, sondern kann man eine Professur gewinnen. Damit wurde etwa der Leiter der Erlanger Studie belohnt. Lehrstuhl und Fake sind heute kein Widerspruch. Gesellschaftliche Interessen machen aus Lehrstuhl Leerstuhl.

## **Prozessstrategie**

Dennoch ändert sich die Situation abrupt, wenn ein Gutachten unter Stützung auf die Konsenskriterien die Diagnose MCS stellt. Die ausdrückliche Darstellung des Standes der Wissenschaft tut immer ihre Wirkung. Damit ist sie objektiviert und zwar im rechtlichen Sinn. Die Objektivierung einer Umwelterkrankung geht über die Diagnose, diese über Diagnosekriterien (vgl. Strategieleitfaden für Mediziner und Juristen (auch für SBS, TE, TPNP, CFS und FM)<sup>6</sup>. Der erste Schritt ist getan.

Die Gegenseite wird dann versuchen die Symptomatik zu bagatellisieren, um der Grad der Behinderung (GdB) unter die Rentenschwelle zu drücken. Auch dafür gibt es ein Gegenmittel, nämlich der sozialmedizinische Weg. Das medizinische Gutachten muss die Behinderungen auflisten – Probleme in Tiefgaragen, Restaurants, beim Kopieren, beim Lesen frischer Druckerzeugnisse . . . etc – und daraus einen GdB ableiten. Damit ist der zweite Schritt getan.

Die Diskrepanz zwischen wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Realität bedeutet vor allem hohe Prozesskosten, auch wenn man, wie skizziert keinen entscheidenden Fehler macht. In vielen Fällen stehen andere Diagnosen zur Verfügung, etwa eine die als Berufskrankheit anerkannt ist, wie etwa die toxische Enzephalopathie oder eine der vielen Formen chronischer systemischer Entzündungen (MCS ist eine chronische systemische Entzündung), die den ideologischen Widerstand nicht hervorruft. Ein solches Vorgehen kann die Kosten senken.

## **Informationsstrategie**

Journalisten haben bisher entweder genüsslich auf die „Ökospinner“ eingeschlagen oder einen besonders schweren Fall mitleidig als großes „Rätsel“ präsentiert.

Der Verfasser musste lernen, dass „Gutachterstreit“, eine Fachdiskussion von Spezialisten, keine Nachricht ist; erst wenn sich der Ausgang abzeichnet.

„Bundesregierung muss sich korrigieren“ – das ist eine Nachricht!

Falsche Wiedergabe von Wissenschaft durch ein hochrangiges Gremium der Bundesregierung, war sende- und druckfähiger Stoff. Die Glaubhaftmachung gelang durch den Nachweis zweier Falschzitate. Dies hatte auch Folgen. Die Beschreibung einer der wichtigsten Umwelterkrankungen (TE) im zuständigen amtlichen Merkblatt\* musste durch den Sachverständigenbeirat richtig gestellt werden. Seither stimmt das Krankheitsbild der Betroffenen mit der offiziell anerkannten Beschreibung überein. Anders ausgedrückt: erlebte Realität stimmt nun mit dem Überein, was etwa Gerichte als Realität erachten. So konnte auch Rechtsrelevantes verändert werden<sup>7</sup>.

\* Da nun Krankheit (Diagnosekriterien) und –verlauf richtig dargestellt sind, hat sich theoretisch die Rechtslage der Betroffenen – toxische Enzephalopathie durch Lösemittel – stark verbessert. Aber keiner nutzt es.

Aber es ist manchmal gelungen, klarzumachen, dass es sich nicht um Gutachterstreit handelt. Genau das muss betont werden. Der Verfasser konnte auch den Redakteuren der Sendung nano<sup>d</sup> verständlich machen, dass das RKI seine Hausaufgaben nicht gemacht hat. Es genügt die Literatur zu zeigen mit der Bemerkung: „Das haben die alles nicht gelesen“.

Es gilt also auch für die öffentliche Darstellung: entscheidend ist der Stand der Wissenschaft, auch wenn Journalisten mit diesem Terminus Technicus nichts anfangen können. Erfolg wird es nur geben, wenn recherchierenden Journalisten klargemacht werden kann, dass die Darstellung des Standes der Wissenschaft bewusst und gezielt verfälscht wird. – wegen der rechtlichen Konsequenzen.

Mit den Punkten Ad 1 bis Ad 5 – also mit 2 ¼ Seiten Text – kann man den Nachweis führen, dass der berichtete Einzelfall weder ein Rätsel noch Einbildung ist, sondern schlichte Realität.

### **Praktische Hilfe: Diagnosekriterien**

Konsenskriterien nach Cullen 1987, 1995 und ‚American Consensus‘ 1999<sup>1</sup>, (a. UBA 2003)<sup>8</sup>:

1. Die Symptome treten nach Chemikalienexposition reproduzierbar auf.
2. Das Beschwerdebild ist chronisch
3. Das Beschwerdebild wird bereits durch niedrige – zuvor tolerierte – Konzentrationen, die allgemein gut vertragen werden, hervorgerufen.
4. Die Beschwerden bessern sich bzw. verschwinden nach Elimination des Agens.
5. Reaktionen treten gegenüber zahlreichen, chemisch nicht verwandten Substanzen auf.
6. Die Symptomatik umfasst zahlreiche Organsysteme.

Für einen begründeten Anfangsverdacht, geht es gar noch einfacher: Prof. Ross (EHC): „What ist Chemical Sensitivity? It’s Sensitivity to Chemicals“. Beispiel: Ein Techniker, der jahrelang E-Motorenwicklungen abgebrannt hat – VOC-Exposition führt zu toxischer Enzephalopathie – konnte sich u. a. keine Graphiken mehr merken, vermerkte aber glücklich: „MCS hab’ ich aber nicht“. Schon die erste Testfrage nach der Parfümtheke im Kaufhaus hat das widerlegt: „Wenn meine Frau den Haarspray benutzt, krieg ich die Krise“. Den Spray verträgt jeder Gesunde und er hat ihn auch vorher vertragen. So komplex es ist, die Diagnose sollte kein Problem darstellen. Der Organismus reagiert an der schwächsten Stelle – Bildergedächtnis (TE) – und in zweiter Linie bei Entgiftung und Resistenz.

Es gibt keinen ernstzunehmenden Grund, dafür Hysterie zu unterstellen.

<sup>1</sup> Cullen, MR (1987)

The worker with multiple chemical sensitivities: An overview, Occupational and Environmental Medicines: State of the Art Review 2:655-61, Philadelphia

Cullen MR, Redlich CA, (1995)

Significance of individual sensitivity to chemicals: elucidation of host susceptibility by use of biomarkers in environmental health research, Clin Chem 41, p 1809-1813

Barta et al. (1999)

'Multiple Chemical Sensitivity (MCS): A 1999 Consensus',

Archives of Environmental Health 1999; 54(3) 147-149

<sup>2</sup> Nasterlack M, Kraus T, Wrbitzky, (2002)

Multiple Chemical Sensitivity, Deutsches Ärzteblatt 99, Heft 38, S. A2474

<sup>3</sup> Rea, W. J., (1992)

Chemical Sensitivity, Volume 1, Boca Raton, Florida 33431, Lewis Publishers, ISBN 0-87371-541-1

Rea, W. J., (1994)

Chemical Sensitivity, Sources of Total Body Load, Volume 2, Boca Raton, Florida 33431, Lewis Publishers, ISBN 0-87371-541-1

Rea, W. J., (1995)

Chemical Sensitivity, Clinical Manifestations of Pollutant Overload, Volume 3, Boca Raton, Florida 33431, Lewis Publishers, ISBN 0-87371-541-1

Rea, W. J., (1997)

Chemical Sensitivity, Tools of diagnosis and Methods of Treatment, Volume 4, Boca Raton, Florida 33431, Lewis Publishers, ISBN 0-87371-965-4

<sup>4</sup> Ashford, N.A., Miller, C.S., (1998)

Chemical Exposures: Low Levels and High Stakes, Van Nostrand Reinhold, New York

<sup>5</sup> Mitchell, F.L., (1995)

Multiple Chemical Sensitivity: A Scientific Overview, U.S. Department of Health and Human Services, Washington

<sup>6</sup> Merz T, Huber W, Messerschmidt T, Remmers V, Bohl J (2004)

Objektivierung von Erkrankungen in Folge von chronischen Intoxikationen, umwelt-medizin-gesellschaft, 17 4/2004

<sup>7</sup> Merz T (2006)

Das neue Merkblatt zur BK 1317 verbessert die Rechtslage – wird aber nicht genutzt, , umwelt-medizin-gesellschaft, 19 2/2006

<sup>d</sup> download: [http://www.dr-merz.com/\\_private/nano-RKI-.wmv](http://www.dr-merz.com/_private/nano-RKI-.wmv)

<sup>8</sup> RKI-Studie, Volltext