

# Bewertung der Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung für die sozialmedizinische Begutachtung

## Teil 1: Multiple Chemikalienüberempfindlichkeit (Multiple Chemical Sensitivity, MCS)

Wilhelm Krahn-Zembol

**Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) ordnet in ihren Leitlinien vom August 2012, welche nach wie vor Anwendung finden, Erkrankungen an einer Multiplen Chemikalienüberempfindlichkeit (Multiple Chemical Sensitivity, MCS) und an einem Chronischen Erschöpfungs- bzw. Müdigkeitssyndrom (Chronic Fatigue Syndrom, CFS) den psychischen Störungen und Verhaltensstörungen zu. Der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand wird dabei nicht berücksichtigt. Vielmehr wird hier den begutachtenden Sachverständigen weiterhin ein veralteter wissenschaftlicher Erkenntnisstand als Grundlage für ihre Begutachtungen vorgegeben, der nicht den gesetzlichen Anforderungen z.B. aus dem Sozialgesetzbuch V (gesetzliches Krankenversicherungsrecht) entspricht. Die Leitlinien der DRV stehen insofern im Widerspruch zu den höherrangigen gesetzlichen Vorgaben, wonach der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand zugrunde zu legen ist.**

### Multiple Chemical Sensitivity (MCS)

In den Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung vom August 2012 wird das Multiple Chemical Sensitivity-Syndrom (MCS) unter der Ziffer 8.4.1.8 erläutert, welches zu der übergeordneten Ziffer 8.4 „neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10-GM: F40–F48)“ gehört. Schon hier wird vorgegeben, dass MCS-Erkrankungen einer sogenannten F-Diagnose zuzuordnen sind. Nach Auffassung der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) ist MCS deshalb eine psychische Störung bzw. Verhaltensstörung. Die DRV bezeichnet dann auch in ihren Leitlinien entsprechende Erkrankungen regelmäßig als „Umwelterkrankungen“. Einleitend führt die DRV dann aus, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) auch bei der 10. Revision der von ihr herausgegebenen „Internationalen

statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10) bei MCS wegen der fehlenden wissenschaftlichen Evidenz nicht von einer eigenständigen Krankheitsentität ausgegangen sei, zumal „toxikologisch und immunologisch keine die Symptomatik erklärenden Befunde ermittelt werden konnten“ (dieses und alle weiteren Zitate: DRV 2012: 118–120).

Diese Aussage der DRV steht im Widerspruch zu einer schriftlichen Bestätigung des Deutschen Institutes für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), welches zum Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gehört. Vom DIMDI wurde bereits vor längerer Zeit schriftlich bestätigt, dass die MCS unter der Kennziffer T78.4 von der WHO im ICD-10 klassifiziert wird. Unter dieser Kennziffer werden



Erkrankungen klassifiziert, die als „Allergie, nicht näher bezeichnet“ angegeben werden. Die Kennziffer T78.4 gehört dabei zum Kapitel 10 des ICD-10-GM, in welchem „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ klassifiziert sind (DIMDI 2015).

Ausdrücklich hat das DIMDI auch bestätigt, dass diese Klassifizierung im ICD-10-GM (GM = „German Modification“) die nach dem Sozialgesetzbuch V (gesetzliches Krankenversicherungsrecht) in der Bundesrepublik Deutschland vorgeschriebene Diagnosenklassifikation ist. Ebenfalls hat das DIMDI bestätigt, dass die MCS nicht dem Kapitel 5 zugeordnet wurde, in welchem psychische Störungen und Verhaltensstörungen klassifiziert wurden.

Wenn die DRV in ihren Leitlinien deshalb Erkrankungen an MCS nicht als eigenständiges Krankheitsbild anerkennt bzw. dieses entgegen dem international anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnisstand einer psychischen Störung (dem Kapitel 5 des ICD-10) zuordnet, entspricht dieses nicht der Klassifikation der WHO, wie sie vom DIMDI schriftlich bestätigt wurde. Insofern stehen die entsprechenden Einordnungen der DRV hierzu im Widerspruch.

Die entsprechenden Feststellungen der DRV stehen zudem aber auch im Widerspruch zu entsprechenden bundesverordnungsrechtlichen Vorgaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS). So hat das BMAS durch die erste Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizinverordnung vom 01. März 2010 unter Artikel 1 Abs. 2 d) ausdrücklich geregelt, dass Erkrankungen an MCS nicht weiter als „ähnliches Somatisierungssyndrom“ zu bezeichnen sind, sondern als eigenständiges Krankheitsbild bzw. Syndrom (BMAS 2010).

Obwohl die DRV als öffentlich rechtliche Körperschaft dem BMAS untergeordnet ist, stehen die Leitlinien der DRV insofern im Widerspruch zu bundesverordnungsrechtlichen Vorgaben des BMAS.

In den Leitlinien der DRV heißt es weiterhin, dass für Erkrankungen an einem MCS „toxikologisch und immunologisch keine die Symptomatik erklärenden Befunde ermittelt werden konnten“. Weiterhin heißt es: „Die Symptomatik ist wechselhaft und unspezifisch, neigt im hohen 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 Erklärungssatz jedoch nicht vereinbar.“ Weiter heißt es: „Es existiert kein einziger diagnostischer Parameter, mit dem eine MCS spezifisch und valide nachgewiesen werden könnte.“

Auch diese Aussagen der DRV sind nicht mit dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand vereinbar. Zum einen stellt die DRV hier plötzlich allein auf toxikologische Erklärungsmodelle ab, obwohl sie selbst anfänglich auch immunologische Aspekte angesprochen hatte. Zum anderen führt sie selbst aus, dass zwischen „diffus operationalisierten, subjektiv auf spezifische Umwelteinflüsse projizierte „Umwelterkrankungen wie MCS“ einer-

seits und andererseits „durch nachweisbare Umweltbelastungen bei Exponierten verursachte und mit reproduzierbarer Symptomatik interindividuell gleichartig auftretende Erkrankungen bzw. Intoxikationen (z.B. Asbest-, Blei-, Dioxinbelastung, hormonaktive Phtalate als „Weichmacher“ in Kunststoffprodukten)“ zu unterscheiden ist. Ausdrücklich heißt es dann, dass dieses „eine sorgfältige multidisziplinäre Diagnostik“ voraussetze.

In rechtlichen Verfahren von MCS-Erkrankten ist allerdings immer wieder ein erhebliches Ermittlungsdefizit der DRV hinsichtlich umweltmedizinischer, allergologischer und immunologischer Diagnostik festzustellen. Vielmehr wird oft geradezu zielstrebig ein neurologisch-psychiatrisches Krankheitsbild untersucht. Vielfach werden dabei von entsprechenden Rentengutachtern psychosomatische bzw. psychiatrische Diagnosen gestellt. So werden vielfach Somatisierungsstörungen, Depressionen oder sogar Erkrankungen an einer Schizophrenie festgestellt, und dass sogar dann, wenn diese Patienten sich sogar vorsorglich auch zuvor haben neurologisch und psychiatrisch untersuchen lassen und diese Ärzte kein psychiatrisches Krankheitsbild und auch keine entsprechende psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit feststellen konnten.

Weiterhin führt die DRV aus, dass „Umwelterkrankungen... deutliche Überschneidungen mit psychischen Störungen wie somatoforme Störungen, Depressionen und Angststörungen, aber auch mit organisch bedingten Erkrankungen, die mit derartigen unspezifischen Beschwerden einhergehen können, wie beispielsweise Virusinfektionen, Allergien oder Karzinomerkrankungen“ zeigen. Weiter heißt es dort: „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.“

Weiter heißt es auf Seite 119 unten: „Bis heute existiert keine umfassende wissenschaftliche Fundierung der „Umwelterkrankungen“. Auch aktuellere Studien haben keine eindeutigen Ursachen-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. Die im Rahmen einer Studie des Robert Koch-Institutes durchgeführte standardisierte psychiatrische Diagnostik (CIDI) hat ergeben, dass Umweltambulanzpatienten signifikant häufiger unter psychischen Störungen leiden als die vergleichbare Allgemeinbevölkerung und dass die psychischen Störungen bei den meisten Patienten den umweltbezogenen Beschwerden zeitlich weit vorausgehen.“

Als Anwalt, der seit einem Vierteljahrhundert u.a. an MCS erkrankte Menschen in zahlreichen Rentenverfahren vertritt, muss ich feststellen, dass die Abläufe häufig genau umgekehrt sind: Zunächst haben die betroffenen Patienten eine Vielzahl von rein körperlichen Krankheitssymptomen, die eindeutig objektivierbar und nachweisbar sind (wie z.B. Haut- und Schleimhautreaktionen, Entzündungen, labormedizinisch nachweisbare Fehlregulationen und Stoffwechselstörungen), während dann durch



z. B. langwierige und aufreibende rechtliche Verfahren für die Patienten zusätzliche erhebliche seelische Belastungen entstehen, und zwar bis hin zu z. B. schweren Depressionen, die durch die fehlende Anerkennung und die fehlende Klärung ihrer finanziellen Situation zusätzlich ausgelöst werden.

Diese Folgeerkrankungen sind manchmal durch die unzumutbar lange Verfahrensdauer dann so schwerwiegend geworden, dass die dann vorliegende schwere Depression wiederum auch von der DRV als ausreichend erachtet wird, um eine Renten Anerkennung auszusprechen. Diese Verdrehung der Tatsachen verursacht in der rechtlichen Praxis unnötig hohes Leid bei den Erkrankten. Dieses kann letztlich auch nicht im Interesse der DRV stehen, da das Krankheitsgeschehen der Erkrankten dadurch noch mehr chronifiziert und Heilungsaussichten noch schwieriger werden. Statt einer bloßen Zeitrente sind hier dann oft von der DRV mehrfach Rentenverlängerungen bzw. Rente auf unbestimmte Zeit zu gewähren.

Eine Auseinandersetzung der DRV mit umweltmedizinischen bzw. immunologischen und toxikologischen Erkenntnissen, wie sie inzwischen vorliegen, erfolgt konkret an keiner Stelle in den Leitlinien. Vielmehr heißt es weiterhin: „Durch das bei den Betroffenen extrem auf ausschließlich toxikologische Einflüsse bei genetisch bedingter „Überempfindlichkeit“ fixierte Krankheitskonzept wird die Aufnahme einer sinnvollen und pragmatischen, biologische, psychische und soziale Faktoren einbeziehenden Behandlung und Bewältigung der Beschwerden in vielen Fällen verhindert. (...) Diese einseitigen Einstellungen erschweren einen eigenverantwortlichen Umgang mit den Beeinträchtigungen und werden beispielsweise auch von manchen Interessenverbänden und Ärzten gefördert. Internetseiten spielen dabei eine wachsende Rolle. Nicht selten bindet bei einer vermuteten externen Ursache der Beschwerden ein energisch geführter Kampf um Anerkennung und Entschädigung (z. B. eine Rentenzahlung) wertvolle Ressourcen der Betroffenen für Behandlung und aktivierende Rehabilitation“.

Diese Formulierungen der DRV entsprechen üblichen Begutachtungsabläufen durch Gutachter und Sachverständige in Rentenverfahren u.ä. Vielfach heißt es dort dann in Gutachten, dass die Ärzte, welche die jeweiligen Patienten behandelt haben, erst zur Chronifizierung und fehlenden Behandelbarkeit des Krankheitsbildes der Erkrankten beigetragen haben, weil sie diese in ihrer Fixierung auf eine Umwelterkrankung bestärkt und es unterlassen haben, die notwendigen (gemeint sind neurologisch-psychiatrischen) Behandlungen zu veranlassen. Auch hier ist die Sachlage häufig genau umgekehrt gelagert: Die Patienten, die an labormedizinisch detailliert nachgewiesenen Stoffwechselstörungen, Entgiftungsstörungen, Gen-Defekten etc. leiden, haben erst durch entsprechende fachkundige umweltmedizinische Behandlungen endlich eine ursächliche Therapiemöglichkeit gefunden und z. B. durch Meidung entsprechender Allergene oder für sie unverträglicher Chemikalien eine Besserung ihres Krankheitsgeschehens erfahren, während sie z. B. durch Reha-Maßnahmen oder durch bloße (ignorante) Begutachtungsabläufe akute Krankheitsverschlimmerungen erleben, die dann oft nicht einmal von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten registriert werden. So mussten z. B. Reha-Maßnahmen von diversen Erkrankten in Kliniken der Deutschen

Rentenversicherung vorzeitig abgebrochen werden, weil sie von Tag zu Tag schlimmer erkrankten und die Ärzte in diesen Kliniken entweder die Krankheitsverschlimmerungen nicht einmal „wahrhaben“ wollten oder sogar auch schwerkranke Patienten in ihrer Not unversorgt ließen, was dann zum Teil sogar dazu geführt hat, dass diese Patienten während der Reha-Maßnahme externe Ärzte aufsuchen mussten und z. B. Notfall-Sprays wegen Atemnot etc. verschrieben bekamen.

Die Leitlinien der DRV führen so leider im Ergebnis dazu, dass vielfach die Tatsachen verdreht werden: Gerade die behandelnden Ärzte, die den schwerkranken Patienten in ihrer Not geholfen haben, werden dann auch noch als Verursacher der Erkrankungen dargestellt! Ihnen wird damit ein kunstfehlerhaftes Verhalten vorgeworfen, was sich regelmäßig als Formulierung in entsprechenden Gutachten findet. Hier steht „medizinische Dogmatik“, wie sie insbesondere aus dem Fachbereich der Neurologie und Psychiatrie kommt, im Gegensatz zu den klinischen Erfolgen verantwortlich handelnder Ärzte.

Der Verfasser hat in seiner langjährigen anwaltlichen Praxis als spezialisierter Anwalt in den zahlreichen Rentenverfahren, die er seit fast einem Vierteljahrhundert für entsprechend Erkrankte führt, selbstverständlich auch in Einzelfällen Mandanten erlebt, bei denen offensichtlich auch ein psychiatrisches Krankheitsgeschehen vorliegt, wenn z. B. absurde Behauptungen über krankheitsauslösende Faktoren aufgestellt werden. Bei Vorliegen eines entsprechenden medizinischen Verdachts einer psychiatrischen Erkrankung ist deshalb selbstverständlich auch von allgemeinmedizinisch bzw. umweltmedizinisch behandelnden Ärzten immer eine neurologisch-psychiatrische Behandlung zu veranlassen.

In entsprechenden Erkrankungsfällen erfolgt in rechtlichen Verfahren regelmäßig eine Beweisaufnahme, sowohl in somatischer Hinsicht als auch in neurologisch-psychiatrischer Hinsicht. Dabei hat sich in der Vergangenheit auch immer wieder herausgestellt, dass selbst fachkundige Neurologen und Psychiater bei entsprechend Erkrankten ausdrücklich bestätigt haben, dass ein psychiatrisches Krankheitsbild nicht vorliegt, aber z. B. eine MCS-Erkrankung als „phänomenologisches Krankheitsbild“ hier authentisch festzustellen ist. Alternativ wurde ansonsten – je nach Lehrmeinung – das Krankheitsgeschehen als schwerwiegende und chronifizierte Somatisierungsstörung (also als Erkrankung unklarer Genese) diagnostiziert, was dann in solchen Fällen auch zur Anerkennung des Rentenanspruchs geführt hat.

Weiter heißt es in den Leitlinien der DRV zu den Behandlungsmöglichkeiten bei Vorliegen von MCS: „Insbesondere psychologische und psychotherapeutische Interventionen (kognitive Verhaltenstherapie) stoßen daher häufig auf massive Ablehnung, aber auch die bei MCS-Beschwerden angezeigten körperlich aktivieren und die soziale Teilhabe 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 mut-



maßlich für die MCS 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 Beschwerdekompexe steht bislang nicht zur Verfügung, und die berichteten Erfolge mit besonderen Therapiemethoden oder Diäten beziehen sich auf Einzelfälle oder basieren auf methodisch zweifelhaften Studien.“

Aus anwaltlicher Praxis ist festzustellen, dass die DRV für MCS-Erkrankte regelmäßig keine adäquate Reha-Maßnahme zur Verfügung stellen kann. Für psychosomatische und psychiatrische Krankheitsbilder stehen Reha-Kliniken zur Verfügung. Bei MCS-Erkrankten, die schon aufgrund ihrer zahlreichen Unverträglichkeitsreaktionen am öffentlichen Leben nicht oder nur noch sehr eingeschränkt teilnehmen können, entstehen aber zusätzliche Krankheitsverschlimmerungen, wenn auf ihre Überempfindlichkeiten nicht Rücksicht genommen wird. Diese sind, was von der DRV in ihren Leitlinien richtig dargestellt wird, regelmäßig unspezifisch. Darin unterscheidet sich die MCS von üblichen Allergien, welche spezifisch sind. Ebenfalls ist richtig, dass die üblichen toxikologischen Vorgaben („Die Dosis macht das Gift“, Paracelsus) bei immunologischen Krankheitsreaktionen nicht greifen. Die labormedizinische Objektivierung ist deshalb nicht mit den medizinischen Referenzwerten, wie sie für hohe Akut-Intoxikationen angewendet werden, möglich. Ebenso wenig ist der veraltete monokausale Erklärungsansatz bei MCS-Erkrankungen als Multisystemerkrankung anwendbar. Genau zu diesem längst vorliegenden aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand fehlt in den Leitlinien der DRV aber jegliche sachliche Auseinandersetzung.

Fehlerhaft wird insofern auch angegeben, dass eine spezifische, kausale Behandlung der Beschwerdekompexe bislang nicht zur Verfügung stehe. Die klinisch tätigen Umweltmediziner sind mit ihren Therapien (Diagnostik und Expositions-karenz bzw. immunmodulierende Behandlungen etc.) zumindest insofern erfolgreich, als bei entsprechender Expositions-karenz etc. sich das Leidensgeschehen der Erkrankten zumindest stabilisieren, wenn nicht sogar zum Teil auch verbessern kann. Die Probleme für diese Erkrankten entstehen aber wieder bei Exposition gegenüber den für sie unverträglichen Belastungen. Auch dieses ist deshalb häufiger Streitgegenstand in entsprechenden sozialrechtlichen Verfahren, wenn entsprechende Unverträglichkeitsreaktionen von Erkrankten an ihnen für zumutbar erachteten Arbeitsplätzen von der DRV bzw. ihren Gutachtern nicht hinreichend berücksichtigt werden. Hier ist aus rechtlicher Sicht deshalb darauf hinzuweisen, dass ein Arbeiten zu Lasten der Gesundheit rechtlich unzulässig ist und dass einem Arbeitnehmer nicht zumutbar ist, regelmäßig zu Lasten seiner Gesundheit zu arbeiten. Auch wenn eine toxische Schädigung nicht nachweisbar ist, sind sehr wohl allergologische und immunologische Reaktionen zu berücksichtigen.

Soweit die DRV in ihren Leitlinien sogar darauf hinweist, dass entsprechend Betroffene „mit nicht unerheblichen finanziellen Aufwendungen“ medizinische Behandlungen durchführen lassen, welche „bestenfalls harmlos“ sind, so zeigt dieses tatsächlich einen erheblichen rechtlichen Mangel, auf, weil für entsprechend Erkrankte nämlich nur unzureichende Behandlungen

und Versorgungen im gesetzlichen Krankenversicherungsbereich zur Verfügung gestellt werden. Bei Vorliegen schwerwiegender Entzündungen, grippeähnlichem „Grundstatus“ etc. liegt offensichtlich keine psychiatrische Erkrankung vor, sondern medizinischer Behandlungsbedarf. Wenn hier dann im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) keine Versorgung mit Medikamenten, hochdosierten Vitaminen u.ä. für gesetzlich Versicherte möglich ist, stellt dieses ein „rechtliches Systemversagen“ (als terminus technicus) dar. Dieses rechtliche Systemversagen ist aufs Engste verknüpft mit dem nach wie vor hochgehaltenen dogmatischen Grundsatz, dass monokausale Akut-Intoxikationen zwar medizinisch erkannt und anerkannt werden, chronische Langzeit-Intoxikationen, erst recht wenn sie durch eine Vielzahl von Chemikalien (z.B. am Arbeitsplatz) ausgelöst werden, aber vergleichsweise selten medizinisch richtig diagnostiziert und rechtlich anerkannt werden.

Wenn insofern sowohl im gesetzlichen Krankenversicherungsrecht (Sozialgesetzbuch (SGB) V) als auch im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) erhebliche Defizite festzustellen sind, ist es ein Zirkelschluss, wenn im Rentenrecht auf die Defizite aus dem gesetzlichen Krankenversicherungsrecht zurückgegriffen wird. Hier liegt vielmehr dann ein generelles rechtliches Systemversagen vor, welches die finanzielle und gesundheitliche Situation der MCS-Erkrankten umso schwieriger macht. Auch die Durchsetzung der entsprechenden Rentenansprüche von Betroffenen erfordert deshalb eine umso fundiertere Verfahrensführung, welche juristischen Laien und selbst vielen rechtlich Fachkundigen ohne spezielle Kenntnisse zu diesen Krankheitsbildern nicht möglich ist.

(Der 2. Teil zum Chronischen Müdigkeitssyndrom (CFS) mit dem abschließenden Resümee folgen in der nächsten Ausgabe)

#### Kontakt:

Wilhelm Krahn-Zembol  
Rechtsanwalt  
-Umwelt und Gesundheit -  
(als ausschließlicher Tätigkeitsbereich)  
- Bundesweit tätig -  
Lüneburger Str. 36, 21403 Wendisch-Evern  
Tel.: 04131 / 93 56 56  
Fax: 04131 / 93 56 57

#### Nachweise

BMAS – BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (2010): Erste Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 1. März 2010, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2010 Teil I Nr. 10, ausgegeben zu Bonn am 9. März 2010: 249-250 [http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?start=/\*[&attr\_id=%27bgbl110s0249.pdf%27]#\_bgbl\_%2F%2F[%40attr\_id%3D%27bgbl110s0249.pdf%27]\_1420557437648; Zugriff: 7.1.2015].  
DIMDI – DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION (2015): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) 2015 [https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2015/, Zugriff: 7.1.2015].  
DRV – DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND (Hrsg.) (2012): Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen, Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung, Berlin [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\_Infos\_fuer\_Experten/01\_sozialmedizin\_forschung/downloads/sozmed/begutachtung/leitlinien\_rehabeduerftigkeit\_psychische\_stoerungen\_pdf.pdf?\_\_blob=publicationFile&v=7; Zugriff: 7.1.2015].