

**Berufsgenossenschaften führen  
Nervenkrieg gegen  
Lösemittelopfer weiter**

**Dr. Angela Vogel**  
**abeKra, Verband arbeits- und berufsbedingt**  
**Erkrankter e.V., Altenstadt**

**Erweiterter Vortrag in der Fassung vom 26.  
August 2008,  
erarbeitet für die Veranstaltung zum  
Zehnjahresjubiläum (2008) der MCS-SHG  
Rhein-Main und abekra-Kontaktstelle von  
Conny van Rinsum in Heusenstamm  
am 21. Juni 2008.**

Verehrte Anwesende und  
MitstreiterInnen

**- wer geglaubt hat, mit dem neuen  
ärztlichen Merkblatt zur Berufs-  
krankheitenziffer (BK-Ziff.) 1317  
von 2005 seien die zentralen medi-  
zinischen und toxikologischen  
Fragen beantwortet und die Lö-  
semittelopfer erhielten endlich  
den Schutz der Gesetzlichen  
Unfallversicherung -**

**der sieht sich  
inzwischen *arg*  
*getäuscht.***

**Fakt ist dagegen:**

**Die Berufsgenossenschaften  
und Unfallkassen haben neue  
Hürden errichtet, um für  
Nervenschäden durch  
Lösemittel nicht haften zu  
müssen -**

**In zentralen Aussagen seines Anfang  
2007 erschienenen Berufskrankheiten-  
Report zur BK-Ziffer 1317 setzt sich  
der Hauptverband der gewerblichen  
Berufsgenossenschaften (HVBG) – er  
nennt sich heute Deutsche Gesetz-  
liche Unfallversicherung (DGUV) -  
bewusst in Gegensatz zum Stand der  
wissenschaftlichen Erkenntnis**

**- und opponiert gegen den Willen des Gesetzgebers, Polyneuropathien oder Enzephalopathien (Demenzformen) durch organische Löse-  
mittel oder deren Gemische unter  
den Schutz der Gesetzlichen  
Unfallversicherung (GUV) zu stellen**

**- indem er ihm nahe stehende  
Arbeitsmediziner, Neurologen,  
Psychologen und Biologen in diesem  
BK-Report einen angeblich anderen,  
neueren Stand der wissenschaftlichen  
Erkenntnis verkünden lässt.**

**Auf diesem Wege versucht er  
erfolgreich, die gutachterliche  
Beurteilung entsprechender  
Fälle in die ihm genehme  
Richtungen zu steuern.**

**Das Muster ist nicht neu.**

Erst erfindet der  
Haftpflichtversicherer bzw. die  
ihm zu Dienste stehenden  
Wissenschaftler/ÄrztInnen  
Probleme und Aufklärungsfragen –  
mit großer Vorliebe selbst für  
winzigste Details -

dann arbeitet er sich langsam vor  
– bis er beim ganz  
Grundsätzlichen angelangt ist und  
die Rotte mehrmals durch alle  
Instanzen der  
Sozialgerichtsbarkeit jagen kann.

Ziel ist der Nachweis, dass die  
betreffende Erkrankung noch  
lange nicht die sog.  
Berufskrankheitenreife erlangt  
hatte -

- und viel zu viele Fragen entweder wissenschaftlich nicht, unvollkommen oder wissenschaftlich anders als der Gesetzgeber es sah/sieht, beantwortet wurden/werden, so dass eine finanzielle Haftung der Unternehmerhaftpflichtversicherung „GUV“ für derartige Schäden arbeitsmedizinisch-toxikologisch oder physikalisch willkürlich und rechtlich durch nichts rechtfertigt war/ist ...

So sind die Berufsgenossenschaften  
und Unfallkassen zuletzt auch beim  
Kampf um die Entschädigung  
bandscheibenbedingter Erkrankungen  
der LWS durch schweres Heben und  
Tragen nach der BK-Ziffer 2108  
vorgegangen

**und jetzt also auch bei den  
lösemittelbedingten  
Polyneuropathien oder  
Enzephalopathien.**

**Kurz zur Geschichte  
dieser BK-Ziff. 1317 und  
der gegenwärtigen  
rechtlichen Situation:**

**Berufliche Lösemittelschäden  
können entschädigt werden  
nach**

den BK-Ziffern 1302 und 1303  
sowie der BK-Ziffer 1317

Die *BK-Ziffer 1302 beinhaltet*  
Erkrankungen durch halogenierte  
Kohlenwasserstoffe.

Beispiele: TRI, PER, Dichlormethan,  
kurz, alle chlorhaltigen  
Verbindungen

Die *BK-Ziffer 1303* beinhaltet  
Erkrankungen durch Benzol und  
seine Homologe sowie Styrol.

**Die BK-Ziffer 1317 bezeichnet  
dagegen zwei neurologische  
Erkrankungen, „Polyneuropathie“  
oder „Enzephalopathie“ infolge  
bestimmter Belastungen – und das ist  
wesentlich - durch Gemische  
organischer Lösemittel**

Mit dieser BK-Ziff. 1317 wich der  
Gesetz-/Verordnungsgeber in  
gewisser Weise vom Prinzip der  
sog. Monokausalität  
- eine Substanz, eine Wirkung -  
ab und gestaltete die BK-Liste  
zumindest ein wenig  
realitätsnäher.

**Die BK-Ziffer 1317 kam 1997 in die Berufskrankheitenliste (BKL). Die Sektion „Berufskrankheiten“- d.i. das Beratergremium der BReg in Sachen Berufskrankheiten - gab dazu eine ausführliche wissenschaftliche Begründung ab.**

Das  
*Bundesarbeitsministerium*  
(unter der Leitung von **Dr.**  
**Norbert Blüm**) gab seinerseits  
das für die neue BK-Ziffer  
geltende **medizinische**  
**Merkblatt** heraus.

Doch dieses ärztliche Merkblatt  
stand in auffälligem Gegensatz zur  
wissenschaftlichen Begründung der  
Sektion „Berufskrankheiten“.

In „Die beste Idee, die die deutsche Arbeitsmedizin je hatte: Nur eine verschwundene Krankheit ist eine Berufskrankheit“ habe ich 1998 u.a. nachgewiesen, dass

- 1) die epidemiologischen Arbeiten z.T. unzutreffend ausgewertet wurden, man sich
- 2) unzutreffender neurologischer Sachverhalte bedient hatte.
- 3)

**Auch der vom HVBG 1999 ver-**  
**öffentlichte BK-Report zur BK 1317**  
**enthielt diese (und weitere)**  
**fachmedizinische Falschdarlegungen**

**Hier fanden sich an prominenter**  
**Stelle überdies Forschungsarbeiten**  
**berücksichtigt, die selbst grund-**  
**legendste epidemiologische**  
**Methoden ignorierten – z.B. durch zu**  
**kleine Fallzahlen und/oder**  
**manipulativ selektierte**  
**Vergleichsgruppen (angeblich)**  
**Gesunder.**

**Dennoch avancierten BK-Report**  
**3/99 und ärztliches Merkblatt 1997**  
**zur Richtschnur für die**  
**Begutachtungsaufträge der Einzel-**  
**BGen in den GUV-Ermittlungs- und**  
**in den sich daran immer häufiger**  
**anschließenden**  
**Sozialgerichtsverfahren.**

**Auffällig war, wie häufig Sozial-  
richterInnen die anders lautende  
wissenschaftliche Begründung der  
Sektion für nachrangig erklärten  
und ihre Urteile im Wesentlichen auf  
den BK-Report des Versicherers als  
auch auf das ärztliche Merkblatt  
stützten.**

**Im Zentrum standen  
die angeblich wissenschaftlich  
erwiesenen Behauptungen:**

**1) eine lösemittelbedingte  
Polyneuropathie (LP) müsse  
sich nach Ende der Exposition  
zurückbilden und schließlich  
verschwinden -**

**und**

2) auch eine  
Enzephalopathie (LE)  
entwickle sich nach  
Expositionsende nicht  
progredient,

**und**

3) der Umkehrschluss, dass ein Sistieren oder die Progredienz dieser Nervenerkrankungen gegen die Kausalität mit der Ursache „organische Lösemittel“ spreche.

**Auch viele  
NichtakademikerInnen wissen,  
dass ein solcher Umkehrschluss  
allein schon aus  
wissenschaftlich-methodi-  
schen Gründen unzulässig  
und somit falsch ist.**

**Die wohl meisten mit  
Lösemittelfällen befassten  
SozialrichterInnen wussten es  
indes nicht.**

**Im Wesentlichen auf Grund  
der Intervention von abeKra  
e.V. über den BfD versandte  
der HVBG nach der  
Jahrtausendwende diesen  
BK-Report 3/99 nicht mehr.**

**Das Bundesministerium für  
Arbeit und soziale Ordnung,  
später das Bundesministe-  
rium für Gesundheit (1998-  
2005) erreichten in dieser  
Zeit viele, viele Beschwerden  
Betroffener.**

**2005 – nach langer Vorarbeit –  
korrigierte das zuständige  
Bundesministerium für  
Gesundheit schließlich das von  
Ex-Arbeitsminister Blüm zu  
verantwortende, unzutreffende  
ärztliche Merkblatt.**

**Die Ironie der Geschichte wollte es, dass sich der Pensionär Blüm 2004, also im Spätstadium der 'Überarbeitung des Merkblattes', von seiner Verantwortlichkeit distanzierte und im Namen Betroffener die Korrektur einforderte.**

**In diesem neuen ärztlichen Merkblatt  
zur BK-Ziffer 1317 wurden diese  
falschen und/oder unzulässigen  
Zentralaussagen revidiert -**

**Auch auf der Grundlage neuer  
medizinischer und epidemiologischer  
Forschungen<sup>o</sup>**

**<sup>o</sup>Sie können sie (einschließlich Literaturangaben) nach-  
lesen in: „Crash“ Nr. 17/2005, abekra-Beilage in der Zeit-  
schrift „Umwelt-Medizin-Gesellschaft“- UMG - 2/2005.**

*In Reaktion darauf hat die  
DGUV 2007 einen  
überarbeiteten BK-Report zur  
BK 1317 vorgelegt.*

**Und es fragt sich nun:**

Genügt diese

neue *DGUV-Anleitung*

▶ für die **medizinischen Gutachter**  
zur **Diagnosestellung und**  
**Kausalitätsbewertung**  
den zu stellenden wissenschaftlich-  
medizinischen und sozialversiche-  
rungsrechtlichen Anforderungen?

Ich möchte meine folgenden  
Ausführungen auf 9 Punkte  
begrenzen.

**Punkt 1:**

**In beiden Schriften sind die  
Definitionen bzw.  
Umschreibungen der  
neurologischen  
Erkrankungen  
„Polyneuropathie“ und  
„Enzephalopathie“  
im Wesentlichen gleich.**

**Mit einem kleinen, aber feinen  
Unterschied.**

**Differentialdiagnostisch gibt der BK-Report vor, dass neben der asymmetrischen, multifokalen, rein motorischen auch eine autonome Neuropathie (aN°) gegen eine Verursachung durch Lösemittel spräche.**

**°Die aN betrifft die Nerven des Vegetativums, also die unbewusste Steuerung der Funktion der inneren Organe.**

**Im ärztlichen Merkblatt heißt es  
dagegen: rein autonome  
Neuropathien schliessen einen  
Lösemittelnervenschaden „weit  
gehend aus“. Darüber hinaus  
wird auf eine mögliche  
„Unterversorgung des autonomen  
Nervensystems“ in Folge einer  
PNP hingewiesen.**

Damit konstruiert der BK-Report  
2007 ein neues Ausschlusskrite-  
rium, was sofort Eingang in die –  
angeblich unabhängige –  
juristische Kommentarliteratur  
fand.

**Im *Kommentar* „BKV“  
von Mehrrens/-Perlebach zur BK  
1317 mutiert die rein motorische  
oder autonome Neuropathie“  
denn auch zu einem „Argument  
gegen eine berufliche Ursache  
einer PNP“**

vgl. BKV, Lfg. 2/07 – X/07, S. 9

# **Zur Erläuterung:**

**Herr Mehrstens ist Direktor der Berufsgenossenschaft für das Gesundheitswesen – BGW. Frau Perlebach ist Toxikologin/Arbeitsmedizinerin in Diensten der DGUV, vormals HVBG. Es handelt sich somit um einen Kommentar seitens des Versicherers. Dennoch stützt sich (in vordemokratischer Bewusstlosigkeit) die Sozialgerichtsbarkeit regelhaft insbesondere auf diesen Kommentar.**

**Medizinisch handelt es sich  
dabei um eine unbewiesene,  
auch wider alle körperliche  
Funktionslogik sprechende  
Aussage.**

**Juristisch handelt es sich –  
sofern in einem konkreten  
Individualverfahren vorgebracht  
- um eine rechtshindernde  
Tatsachenbehauptung.  
Sie wäre vollbeweispflichtig –  
doch schon bei Mehrstens/Per-  
lebach sucht man nach  
Erläuterungen vergebens.**

**Punkt 2:**

**Eine weitere ausgrenzende  
Abweichung in Puncto  
„PNP“ verbirgt sich in den  
Diagnostikempfehlungen  
sowie der Befundbewertung.**

So räumt der BK-Report 07 der  
Minderung der  
Nervenleitgeschwindigkeit (NLG)  
einen sehr hohen diagnostischen  
Stellenwert ein.

**Dies, obwohl es im ärztlichen  
Merkblatt - in Übereinstimmung mit  
dem Stand der neurologischen  
Erkenntnis – heißt:**

„Objektiv lassen sich je nach Krankheitsausprägung distal symmetrische Sensibilitätsstörungen für Vibrationsempfinden, Lageempfinden, Ästhesie, Algesie und Zweipunkt-diskrimination erkennen.

Im weiteren Verlauf werden Reflexabschwächungen oder Areflexie, Störungen der autonomen Nervenversorgung, Verminderung der sensiblen und motorischen Nervenleitgeschwindigkeiten und distalen Latenzen sowie neurogene Schädigungsmuster im EMG nachweisbar.“

**Entscheidend ist danach  
also die  
„Krankheitsausprägung“**

**Sie kann nach**

**1) Läsionsart/-ort *und***

**2) Schwere**

**unterschiedlich sein.**

**Das ist plausibel, denn:  
Liegt eine sog. small fibre-  
Läsion (Schädigung der  
kleinen Nerven) vor,  
ist die NLG der großen  
Nervenstränge meist nicht  
vermindert.**

**Auch eine *small-fibre-*  
*Läsion* fällt unter den  
Erkrankungsoverbegriff  
„Polyneuropathie“ –  
„PNP“.**

**Mit Hilfe dieses wenig fach- und sachgerechten diagnostischen Kriterium schließt der BK-Report einen weiteren großen Kreis Lösemittelgeschädigter vom Schutz der GUV aus.**

**Das erklärt auch den häufig auftretenden Widerspruch zwischen einer positiv ärztlich-neurologischen Befundung und der vom Gutachter im selben Zeitraum u.U. gestellten negativen Begutachtungsdiagnose.**

**In einer ganzen Reihe von Gutachten – vor allem in erneut aufgerollten Fällen vermuteter Lösemittelschäden - kann plötzlich keine PNP mehr diagnostiziert werden.**

**Einzigiger Grund:**  
**Die *NLG* in den großen**  
***Nervensträngen* ist normal oder**  
**grenzwertig. Alle *anderen***  
***Parameter* sind zwar**  
***pathologisch*, bleiben**  
**gutachterlich *aber unbeachtet.***

**Ein Beispiel dafür ist das Gutachten  
des *Prof. Hallier* (Göttingen, zuvor  
IfAdO und Bolt-Mitarbeiter) und -  
die Ironie will es so – jetzt  
Vorsitzender der Sektion  
„Berufskrankheiten“ – in dem BK-  
Verfahren 1317 nach § 44 SGB X mit  
dem Az.: S 20 U 71/00 vom  
19.12.2005**

**Gutachterlich keine  
lösemittelbedingte PNP  
erkennen zu können, das  
kann aber auch einen ganz  
exquisiten Grund haben.**

**In diesem BK-Report  
werden die Lösemittel bzw.  
Lösemittelgemische nach  
ihrer Potenz unterschieden,  
Nervenzellen des peripheren  
Nervensystems schädigen zu  
können.**

**Sehr beruhigend (für die  
BGen), dass nach dieser  
Lesart nur sehr, sehr wenige  
Lösemittel das PNS  
schädigen können.**

**Woher die Lösemittel aber wissen  
(und sich entsprechend brav  
verhalten), dass Mediziner eine  
Nervenzelle als peripher, eine andere  
aber als autonom und eine weitere  
als zentral *kategorisieren*, das  
erklären die Autoren des BK-  
Reports nicht.**

**Jetzt ohne Jux: Eine  
derartige Potenz-  
Unterscheidung ist  
tatsächlich a) weder in der  
(neuro)toxikologischen  
Literatur noch  
b) im äMB zu finden.**

**Im äMB wird in  
Übereinstimmung mit dem  
Stand der  
neurotoxikologischen  
Erkenntnis gesagt:**

**„Die eigentliche Dauerwirkung neurotoxischer Lösungsmittel mit dem Endergebnis einer Polyneuropathie oder Enzephalopathie beruht dagegen auf ihrer Biotransformation zu neurotoxischen Metaboliten. Die eigentliche Dauerwirkung neurotoxischer Lösungsmittel mit dem Endergebnis einer Polyneuropathie oder Enzephalopathie beruht dagegen auf ihrer Biotransformation zu neurotoxischen Metaboliten. ▶**

**Die Angriffspunkte dieser  
Metaboliten in der Nervenzelle sind  
unterschiedlich und zum Teil noch  
nicht geklärt.**

**2,5-Hexandion als neurotoxischer  
Metabolit von n-Hexan und  
Methylbutylketon beeinträchtigt  
z.B. den axonalen Transport.“**

**Wichtig hier:**

**Im äMB wird betont, dass  
bislang die Angriffspunkte der  
neurotoxischen Metaboliten an  
und in der Nervenzelle a)  
unterschiedlich und  
b) z.T. noch nicht geklärt seien.**

Als geklärt gilt aber, dass sie die Nerven im PNS und ZNS schädigen – nur wie es im *Einzeln* geschieht, das ist z.T. noch unklar.

Es wird hingegen nicht gesagt,

**1. es gibt eine neurotoxische  
Wirkungsranfolge verschiedener  
Lösemittel**

**2. nur die Metaboliten der zwei  
erwähnten Lösemittel schädigen  
den axonalen Transport (!) und  
können eine PNP verursachen.**

Das bitte ich Sie im Kopf zu  
behalten, auch weil es inzwischen  
zu einem – vordergründig -  
*juristischen* Streitpunkt  
geworden ist.

**Dass in Gutachten häufig  
auch pathologische NLG-  
Werte als 'normal' bewertet  
werden, das kommt hinzu,  
ist allerdings nicht dem BK-  
Report 2007 anzulasten.**

**In Sachen „Enzephalopathie“  
sind die Abweichungen im  
BK-Report 2007 ähnlich  
gestaltet.**

**Ich komme damit zu  
Punkt 3 in BK-Report  
2007 im Vergleich mit  
dem äMb aus 2005:**

**Erstens** sind im BK-Report die  
für eine chronische  
Lösemittelvergiftung  
charakteristischen **Leitsymptome**  
unvollständig benannt. Es fehlen  
z.B. **„Alkoholintoleranz“** und  
**„Libidoverlust“**.

**Zweitens werden mögliche  
bzw, wahrscheinliche  
*pathologische Wirkungen der  
Exposition externalisiert und  
zu versicherungsfernen  
Ursächlichkeiten erklärt.***

*Beispiele hier:*

**Depressionen, Angst- und andere  
sog. somatoforme Störungen**

werden als *eigenständige und von  
den organischen Nervenläsionen  
unabhängige Erkrankungen* auf-  
geführt.

Das gilt auch für das  
**Schlafapnoe-Syndrom**

**Dagegen ist gesichertes  
neurologisch-psychiatrisches  
Wissen, dass Antriebsverlust,  
Wesensänderungen, Minderung  
hirnorganischer Leistungen und  
verändertes soziales Verhalten**

**Folge diagnostisch gesicherter  
neuro-organischer Schäden sind.**

*Handelt es sich um hormonell wirksame* Lösungsmittel sind verstärkte Effekte zu beobachten, obgleich die mikrobiologischen Wirkmechanismen (Angriffspunkte) unterschiedlich sind - mal abgesehen von der hormonell bedingten Fettleibigkeit, die die Politik hier zu Lande in schon fast pathologisch zu nennender Manier ignoriert.

Beim Schlafapnoesyndrom können neurologisch bedingte Muskelfehlsteuerungen bzw. – erschlaffungen eine zentrale Rolle spielen, wobei es dabei mehrere neurologisch bedingte Ursachen-/Wirkfaktoren geben kann.

# Punkt 4

**Im BK-Report werden zur Diagnose der lösemittelbedingten Enzephalopathie (IE) folgende bildgebende Verfahren empfohlen:**

**„Kraniale Computertomographie (CCT) bzw. nach Indikation kraniale Magnetresonanztomographie (MRT). Wo verfügbar, sollte aus Gründen des Strahlenschutzes und der höheren Empfindlichkeit die MRT bevorzugt werden. (..)“**

„nicht indiziert“/„nicht erforderlich“ seien dagegen

:

- ▶ funktionelle Magnetresonanztomographie (FMRT),
- ▶ Magnetresonanzspektroskopie (MRS),
  - ▶ Single-Photon-Emissions-Computertomographie (SPECT)
- ▶ Positronen-Emissions-Tomographie (PET)

Dem ist entgegen zu halten:

**Im Gegensatz zu SPECT/PET  
etc. bilden das CT, CCT oder  
MRT (‘nur’) die innere  
Hirnstruktur ab. Sie erfassen  
also nur solche Hirnschäden, bei  
denen die innere Hirnarchitektur  
sichtbar pathologisch verändert  
ist.**

**Pathologische Veränderungen in der Hirnstruktur u.a. sagen aber über die Funktionsverluste von Hirnnerven/-arealen/-netzen nichts und über Nervuntergang/-zelltod/-Nerven'-verschaltungs' plus Steuerungsstörungen nur sehr bedingt etwas aus.**

**Deshalb heißt es im äMB:**

**“Neurophysiologische Untersuchungen (EEG, evozierte Potentiale, Nervenleitgeschwindigkeit) sowie bildgebende Verfahren (Computertomogramm, Kernspintomogramm) ergeben bei den Lösungsmittelverursachten Enzephalopathien**

**in der Regel *Normalbefunde*.**

**Sie sind jedoch für die Differentialdiagnostik von Bedeutung.“**

und an anderer Stelle:

„Die Diagnose stützt sich auf  
die anamnestischen  
Angaben und den  
psychopathologischen  
Befund.“

**Dem folgt der BK-Report nicht,  
siehe dazu auch weiter unten.**

**Schlussendlich empfiehlt er GUV-  
Gutachtern vielmehr, ZNS-Schä-  
den infolge Lösemittelexposition  
in keinem Fall anzuerkennen,  
denn, so steht es an anderer Stelle  
in diesem BK-Report:**

**Derart schwere ZNS-Schäden der Stufe III (Anmkg.: also die einzigen, die mittels der empfohlenen bildgebenden Verfahren überhaupt erkennbar sind) könnten nicht Folge von Lösemittel-Einwirkungen am Arbeitsplatz sein, weil es so katastrophal hohe Einwirkungen an keinem Arbeitsplatz in Deutschland mehr gäbe.**

# Punkt 5

Die *Psychometrie* als  
Instrument der  
Diagnosesicherung einer  
*Enzephalopathie* ist eine  
*weitere, gravierende*  
*Schwachstelle.*

**Im äMB ist angegeben, welche Funktionen relevant und psychometrisch zu untersuchen sind:**

- ▶ **die prämorbid Intelligenz,**
  - ▶ **Aufmerksamkeits- und**
  - ▶ **Gedächtnisleistungen,**
    - ▶ **Psychomotorik,**
- ▶ **Wesensveränderungen und**
- ▶ **Befindlichkeitsstörungen.**

**Im BK-Report sind diese Funktionen zwar auch aufgelistet, aber:**

**Es werden eine Reihe psychometrischer Tests genannt. Auffällig hier: Die meisten entsprechen nicht den hoch validen Tests wie sie von der WHO schon 1995 zur Diagnose von lösemittelbedingten ZNS-Schäden empfohlen wurden.**

**Etliche würde man eher als  
Orchideentests bezeichnen, die  
m.W.n. in diesem Kontext selten  
bis nie angewandt werden/wurden.**

**Sarkastisch sei angemerkt:  
Das hat einen großen Vorteil und  
wurde z.B. vom IfAdO, Dortmund,  
schon vor Jahren fleißig genutzt,  
denn:**

**Es ist keine Vergleichbarkeit mit  
zuvor schon durchgeführten  
Testbatterien mehr gegeben.**

**Im Gegenteil.**

**Diese - anderen – psychometri-  
schen Tests könn(t)en die voran-  
gegangenen entwerten und die Be-  
troffenen plötzlich beweislos  
stellen.**

Nebenbemerkung:

Die Psychologen Stockheim und Klein in der neurologischen Praxis

Binz, Trier, wenden seit

Erscheinen 1995 die  
psychometrische WHO-

Testbatterie an.

Mit gewisser Variation besteht sie aus:

- Hawie® oder Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest **(MWT-B)**
- Kurztest für allgemeine Basisgrößen der Informationsverarbeitung **(KAI)**
  - Zahlenverbindungstest **(ZVT)**
- Test zur Überprüfung einer erworbenen cerebralen Schädigung **(BENTON)**

ff ►

-Aufmerksamkeits-Belastungstest

(d2)

- Test zur raschen Objektivierung  
cerebraler Insuffizienz (c.-I.-Test)

- Freiburger Inventar (nicht  
zwingend)

**Es gibt heute indes Neurologen, die gutachterlich den einfachsten Demenztest „Mini Mental State-Test (MMST)“ nutzen und damit ihr Ergebnis begründen, eine Enzephalopathie liege nicht vor -**

**Eine durchaus als betrügerisch einzustufende Vorgehensweise, auf deren Ergebnis sich ein unternehmensnah arbeitender Arbeitsmediziner wie Prof. Kentner, Karlsruhe, z.B. in dem Prozess mit dem Az. LG Aachen G-Nr. 7 O 191/06 gutachterlich ohne den geringsten Zweifel zu äußern stützt -**

***Zur Erläuterung: Der MMS-***  
***Test ist der Kurztest zur Diagnose***  
***einer Demenz im Vollstadium.***

Der Arzt/Psychologe fragt z.B. ab:

- Name des Wochentages

- Datum

- Uhrzeit

- Jahreszeit

- Erkennen Sie mich?

- Wo sind wir hier?

o.ä.

*Damit kann ein Gutachter*  
*hirnorganische*  
*Teilfunktionsstörungen wie*  
*bei En-zephalopathien*  
*verschiedenen Grades* *nicht*  
*diagnostizieren.*

# Punkt 6

**Zu den Störungen in der Körperkoordination, des Körpergleichgewichts und der sensorischen wie motorischen Balance im körperlichen Lage- und Orientierungsvermögen sind im äMB „Tremor, Ataxie und andere Koordinationsstörungen“ (Schweregrad II B) erwähnt.**

**Welche objektivierende Diagnostik  
angewendet werden soll oder kann,  
das bleibt offen.**

Anders im BK-Report 2007.

**Ohne darzulegen, warum  
und wieso, erklären die  
Autoren folgende  
Untersuchungen für  
überflüssig :**

- ▶ **Brain-Mapping (spektrales EEG)**
  - ▶ **Elektronystagmographie**
- ▶ **Vestibularisfunktionsprüfungen (z.B. Posturographie)**

Nach dem Willen des  
Haftpflichtversicherers sollen also  
*alle Schäden an den*  
*Gleichgewichtsorganen außen vor*  
bleiben und gutachterlich *keine*  
aussagefähigen *neurotologisch*  
*objektivierenden Untersuchungen*  
genutzt werden.

**Da bleibt nur die Frenzel-Brille  
und das ge(tr)übte Augen des  
Gutachters, das kein Augenlaufen  
erkennen kann – und auch sonst  
organisch so gar nichts, rein gar  
nichts .....**

Punkt 7

**Mit Urteil vom 27. Juni 2006 -  
Az.: B 2 U 5/05 R - hat das  
Bundessozialgericht  
das ärztliche Merkblatt der BReg  
von 2005 anerkannt (so auch die  
LSG Schleswig-Holstein 06 und  
Hessen 07) und sein Urteil darauf  
gestützt.**

## **Aber Achtung:**

Die ärztlichen Merkblätter sind  
**rechtlich nicht verbindlich.** Sind  
sie *aktuell* – wie dieses zur BK 1317  
– enthalten sie den Stand der  
**wissenschaftlich-medizinischen  
Erkenntnis.**

**Sind sie aber aktuell, dann  
sind sie auch gutachterlich  
relevant und entsprechend  
zu beachten – so die  
höchstrichterliche  
Rechtsprechung des BSG.**

# Punkt 8

**- doch ignoriert das sog. Anti-Merkblatt-Urteil des sechsten Senates des LSG Baden-Württemberg vom 13. Dezember 2007 zur BK-Ziff. 1317 - Az.: L 6 U 2016/03 -**

**die höchstrichterliche  
Rechtsprechung des BSG  
hinsichtlich**

- des Geltungsradius der ärztlichen Merkblätter der BReg sowie**
- der Anerkennung der Aktualität des ärztlichen Merkblattes zur BK-Ziffer 1317**

und - sehr viel wichtiger noch:

- behauptet eine juristisch relevante Gleichwertigkeit von **1.** den Verlautbarungen des Haftpflichtversicherers und **2.** den wissenschaftlich geprüften Einordnungs-, Diagnostik- und Begutachtungsanleitungen seitens der BReg im Sinne des Schutzzweckes der GUV.

**Im einzelnen behauptet  
es (auch gegen die schon  
erwähnten BK-Ziff. 1317-  
Urteile der LSG  
Schleswig-Holstein und  
Hessen):**

*Erstens* sei das ärztliche Merkblatt  
rechtlich nicht bindend

*zweitens* gäben die Merkblätter nicht  
unbedingt den Stand der  
wissenschaftlichen Erkenntnis wieder

*drittens* sei zumindest umstritten,  
wenn nicht sogar falsch, dass eine  
PNP nach Expositionsende  
persistiere oder sich  
verschlimmern könne

*Viertens* handele es sich bei den Lösemitteln im vorliegenden Fall nicht um Lösemittel, die eine Polyneuropathie verursachen könnten.

**Dazu sei nur eine „relevante“ Exposition gegenüber n-Hexan (auch in Verbindung mit Methylethylketon), Methyl-n-butylketon sowie den unter die BK-Ziff. 1310 fallenden Noxen Alkylchlorid, Dimethylamino-propionitril, Acrylamid, Dichlorazyethelen und Kohlendisulfid in der Lage. Ob Benzol, Toluol, Xylol, oder Styrol neurotoxisch seien, sei wissenschaftlich umstritten; der Senat wolle sich dazu nicht äußern.**

*Fünftens* sei nicht mehr zu klären, mit welcher **Lösemittelquantität** der Kläger, ein Zimmermann, beruflich belastet gewesen ist und ob die Belastung relevant gewesen sei –  
dazu weiter unter Punkt 9 -

***Sechstens*** sei der  
Erkrankungsverlauf der  
Polyneuropathie des  
Zimmermanns so atypisch, dass  
der kausale Zusammenhang nicht  
wahrscheinlich sei.

*Siebtens* sei der sechste Senat nicht an die Aussage im ärztlichen Merkblatt gebunden, wonach eine PNP auch nach Expositionsende progressiv verlaufen könne. Vielmehr habe Prof. Tegenthoff „für den Senat überzeugend dargelegt“, dass es sich bei „der toxischen PNP grundsätzlich um ein (sich) selbstbegrenzendes Krankheitsbild“ handele. Die gegenteilige Ansicht im ärztlichen Merkblatt werde durch die dort zitierte Literatur nicht gestützt.

Ferner habe Prof. Tegenthoff der interdisziplinären Arbeitsgruppe beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften angehört – gemeint ist damit die Verfassergruppe des medizinischen Teils des BK-Reports 2007 zur BK 1317 – die alle genutzten Forschungsarbeiten gegengeprüft habe und Falschauswertungen seitens der Sektion „Berufskrankheiten“ hätte nachweisen können.

**Das glaubte der sechste Senat des  
LSG Baden-Württemberg ganz  
naiv – aber wohl wissend:**

**1) dass ihm eine der-artige  
Grundsatzüberprüfung des  
Willens des Gesetzgebers  
nicht zusteht - siehe das dazu  
einschlä-gige Grundsatzurteil  
des BSG vom 23.3.1999 –  
Az.: B 2 U 12/98.**

**2) dass er damit zu erkennen gibt, den Ver-  
lautbarungen des Haftpflichtversicherers und  
seiner Vertragspartner im sog. Auftragswis-  
senschaftsbereich *willkürlich* den Vorrang  
vor dem begründeten Willen des Gesetzge-  
bers zu geben – ohne die Behauptungen des  
Prof. Tegenhoff (hier überdies Sprecher in  
eigener Sache und befangen) auf ihren  
Wahrheitsgehalt hin überprüfen und sein  
Urteil darauf in wohl begründeter Weise  
stützen zu können.**

Tatsächlich hofiert dieses Urteil des sechsten Senats den BK-Report der DGUV aus 2007 und damit die Verursacher und ihre Haftpflichtversicherung. Was dagegen Recht und Gesetz sagen, das scheint dem Unfallsenat des LSG Ba-Wü schnurzipieegal.

(was sich im Übrigen auch an  
anderen seiner oft kaum  
nachvollziehbaren U-Urteilen  
zeigen ließe)

**Noch eine Nebenbei-Bemerkung zu dem oben genannten BSG-Urteil zum neuen Merkblatt aus 2005:**

**Hier griff das BSG das Bergmannsbronchitis-Urteil des BVerfG auf und verfügte analog:**

**Alle vor dem Stichtag 31.12.1992 im Sinne der BK 1317 neurologisch erkrankten VersicherungsnehmerInnen können Versicherungsschutz der GUV nach § 551, 2 RVO (BK-Einzelfallregelung) geltend machen.**

**Punkt 9 - und zurück  
zum BK-Report  
2/2007:**

Der Kausalitätsfrage  
**„Ursache/Wirkung“** und dem  
BG-üblichen **Dosiszauber** ist in  
dem BK-Report 2007 ebenfalls  
breiter Raum gewidmet – auch  
das wiederum im Unterschied  
zum äMB

**Erhöhte Risiken** bestehen, laut äMB,  
beim/durch:

**Abbeizen, Versiegeln,  
großflächiges Aufbringen von  
Klebstoffen oder Lacken und  
großflächiges Auftragen von  
Polyesterharzen**

# **„Besondere Risikoberufe“**

**seien:**

- Bodenleger,**
- Parkettleger,**
- Handlaminierer,**
- teilweise Tankreiniger,**
- Säurebaumonteur**

**Dabei ist zu achten auf das  
Wörtchen „besondere“.**

**Da in der GUV auch die ganz  
normalen derartiger  
Berufsriskiken versichert sind,  
handelt es sich also nicht um eine  
abschließende Aufzählung.**

**Irgendwelche  
kausalitätsrelevante  
Dosis- und Zeitminima  
der Einwirkungsdauer  
sind im äMB nicht  
genannt.**

Im BK-Report 07 dagegen wird auf eine Einwirkungsdauer von mehr als zehn Jahren gepocht, aber auch auf Mindestkonzentrationen pro Arbeitsschicht im Sinne der Überschreitung von MAK-/BAT<sub>2</sub>, aber auch der BG-eigenen Schwellenwerte.

**Die BG-Schwellenwerte  
sollen die Konzentrationen  
eines Stoffes in der Luft  
bezeichnen, bei denen erste  
beeinträchtigende  
Symptome an Exponierten  
zu beobachten sind.**

**Diese BK-Report-Schwellenwerte  
sind Extrapolationen aus  
Stoffdosiern bzw. – monografien  
(auch der MAK-Werte-  
Kommission).**

**Ob die Schwellenwertkonzentrationen von Lösemitteln seitens des TAD nachgewiesen werden können, soll maßgeblich dafür sein, die Kausalität gutachterlich begründen zu können.**

**Diesem Konzept  
„Mindestdosiswert“ bei der BK-  
Ziff. 1317 haben aber das LSG  
Schleswig-Holstein  
und das LSG Hessen  
widersprochen.**

**Mit Urteil vom 9. Oktober  
2006 Az.: L 8 U 19/01 hat  
z.B. das LSG Schleswig  
Holstein entschieden:**

**„Dass sich das genaue Ausmaß der Belastung heute nicht mehr feststellen lässt, schließt die Anerkennung der Enzephalopathie als Berufskrankheit nicht von vorneherein aus, da die BK Nr. 1317 im Tatbestand zu ihrer Anerkennung keine konkrete Belastungsdosis voraussetzt. Auch gibt es keinen dementsprechenden medizinisch wissenschaftlichen Konsens (Verweis hier auch auf das Urteil des LSG vom 20. Februar 2006 – L 8 U 49/04)“**

**Noch präziser das LSG Hessen  
in seinem Urteil vom 6. Juli  
2007 – Az.: L 7 U 8/06**

„Weder im Amtlichen Merkblatt (..) noch in der medizinisch-wissenschaftlichen Literatur (...) noch in der Rechtsprechung sind Schwellen- oder Grenzwerte für eine Mindestexposition postuliert.“

Die im BK-Report 3/99 (hrsg. vom HVBG) vorgeschlagenen Schwellenwerte sind nicht in das im März 2005 neu veröffentlichte Amtliche Merkblatt (..) übernommen worden.“

**Damit ist diese gesamte Dosis-  
wirkungsunterstellung als  
rechtsgültiger Kausalitätsmaßstab  
vom Tisch.**

**Das heißt aber nicht, dass Sie  
nicht immer wieder damit  
konfrontiert werden, denn:**

**Geleitet wird diese ganze Argumentation von der heimlich vorausgesetzten, stets mitgedachten, wissenschaftlich aber längst widerlegten Annahme:**

**Viel macht viel**

**bzw.**

**wenig ist so gut wie nix.**

**Hinzu kommt die Chuzpe so  
mancher BG-Granden.**

**In ihrem Kommentar zur BK-Ziffer  
1317 in „BKV“, neueste Lieferung  
1/08-IV/08, erklären  
Mehrtens/Perlebach zur Bewertung  
von Verschlimmerungen von  
Nervenschäden z.B. unverdrossen  
weiter:**

Gegen eine berufliche Ursache einer PNP spreche u.a.:

„ - größere Latenz zwischen Beendigung der Exposition und Krankheitsmanifestation. Die PNP kann auch zwei bis fünf Monate nach Ende der Lösungsmittelexposition in der Intensität fortschreiten, bildet sich dann jedoch zurück, da das periphere Nervensystem ein hochgradiges Regenerationspotential besitzt (LSG SchlH, UVR 20/2007, 1390 = Breith. 2007, 567, 573)“

Für eine berufliche Ursache spreche u.a.:

„ - Ausheilung innerhalb angemessener Zeiträume  
- Korrelation von Auftreten und Schwere der PNP mit der Höhe der kumulativen Exposition.“ (Mehrtens et al., BKV, Lfg 1/08 – IV/08, s. 9)

**Diese Interessenvertreter der  
Berufsgenossenschaften verkünden also  
in der Maske unabhängig juristischer  
Kommentatoren, dass sie**

**a) dem Willen des Gesetzgebers**

**+**

**b) der höchstrichterlichen  
Rechtsprechung**

**keine Folge leisten werden -**

- **und missbrauchen den juristischem  
Kommentar, um Gutachter zu  
mangelhafter bzw. fehlerhafter  
Diagnostik und dem Stand der  
medizinischen Erkenntnis nicht  
entsprechenden gutachterlichen  
Beurteilungen anzuhalten**

**– und RichterInnen zu  
verführen bzw. sie so zu  
verwirren und unter Druck zu  
setzen, dass sie gegen den Willen  
des Gesetzgeber/gegen geltendes  
Recht/den Schutzzweck der  
GUV richten -**

**Auch solcherlei Vorgehen ist  
eine Form der Korruption –  
abgesehen davon, dass die  
dem inhärenten  
Betrugsabsichten  
augenscheinlich sind.**

**Zum Abschluss möchte ich Ihnen noch kurz die Liste der Autoren bzw. der Berater der Autoren dieses BK-Report-Kapitels präsentieren. Es sind dies (u.a.) die üblichen Verdächtigen:**

▶ **Prof. Dr. med. Th. Grobe, Nürnberg, Neurologe und Sozialmediziner**

▶ **Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ch. Lang, Erlangen, Neurologe und Psychologe**

▶ **Priv. Doz. Dr. med. A. Muttray, Mainz, Arbeitsmediziner und Internist**

▶ **Prof. Dr. med. A. Rettenmeier, Essen, Hygieniker, Toxikologe**

▶ **Prof. Dr. rer. nat. A. Seeber, Psychologe**

▶ **Prof. Dr. med. M. Tegenthoff, Bochum, Neurologe, Schmerztherapie**

▶ **Prof. Dr. med. Dipl.-Chem. G. Triebig, Heidelberg, Arbeitsmediziner**

**Von dem Neurologen/Psychiater,  
Prof. Dr. med. Grobe, weiß ich  
inzwischen definitiv, dass er während  
der Entstehungszeit dieses Reports  
Beratungsarzt der sog. Siemens-BG  
(BGfE) war (und es mutmaßlich  
immer noch ist).**

**Die Gutachten dieser Recken  
der Textbausteine glänz(t)en  
in der Regel durch mehr oder  
weniger gut getarnte  
Parteilichkeit zu Gunsten der  
BG-lichen  
Haftpflichtversicherer.**

**Einige bedien(t)en auch  
Unternehmen selbst.**

**Diese waren z.B. durch  
Umwelt-delikte  
(innen/außen) aufgefallen  
und bedurften dringlich der  
gutachterlichen Exculpation.**

Für die **Schwellenwerte**  
**verantwortlich** ist der – so die StA  
Heidelberg ca. 1998 – „fahrlässig“  
und „nachlässig“ arbeitende  
Gutachter:

**Prof. Dr. med. Dipl.-Chem.**

**G. Triebig, Heidelberg**