

## Strategie und Taktik

### Berufsbedingte LWS-Bandscheibenschäden im Spiegel der orthopädischen Deutung und Rechtsprechung

#### Chancenlos

Es soll noch immer Versicherte und Fachanwälte für Sozialrecht geben, die den Sonntagsreden von Verbandspolitikern der GUV und deren Wasserträgern im Bundesarbeitsministerium Glauben schenken – z.B. deren Beteuerungen, seit 1992 seien beruflich bedingte LWS-Bandscheibenschäden entschädigungsfähig, sollten sie durch langjähriges täglich häufiges Heben und Tragen schwerer Lasten verursacht worden sein.

Und so ziehen sich die Spuren immer neuer LWS-Streitfälle durch die Verwaltungspraxis der Berufsgenossenschaften und die Instanzen fast aller Sozial- und Landessozialgerichte - bis hin zum Bundessozialgericht. Es sind die Spuren immer neuer Beweiserfordernisse und abgewiesener LWS-geschädigter ArbeitnehmerInnen. Deren Zahl hat inzwischen die Hunderttausendengrenze erreicht.

Wie ist das möglich geworden?

Wer sich die Mühe macht und den Spuren nachgeht, erkennt ein Muster: Gewisse Orthopäden und Chirurgen hingen der seltenen Kunst nach, aus ihren Doktorhüten rührende Kaninchen diagnostischer Zweifel und immer neuer Theorien hervor zu zaubern.

Sie waren es denn auch, die das Bauwerk „BK-Ziffern 2108-2110“ erfolgreich unterhöhlt und faktisch zum Einsturz brachten.

#### Am Anfang war der Zweifel

Schon kurz nach der Novellierung der BKV und Aufnahme der bandscheibenbedingten Lendenwirbelsäulen-Schäden in das Entschädigungsregelwerk der GUV illuminierten scharfsinnige Überlegungen die Orthopäden- und Chirurgen-Szene. Dafür hatten nicht zuletzt Unfallversicherungsträger selbst gesorgt – wie sich an einem wichtigen Beispiel belegen lässt.

Der Bundesverband der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (BAGUV) z.B. hatte noch vor der Novellierung Emissäre zu Orthopäden ausgesandt und umfangreiche Statements eingeholt.<sup>1</sup> Bei den UVT ging die Angst um, nun für alle beruflich bedingten Bandscheibenschäden in der Arbeitswelt aufkommen zu müssen. Aus gutem Grund. Sie wussten, wie schwer in fast allen Gewerben, am Bau und im Gesundheitsdienst geschuftet wurde. Sie wussten, dass kaum ein Arbeitgeber Hebe- und Ladegeräte angeschafft und sie selbst dergleichen – wie es ihre Aufgabe als die verantwortlichen

<sup>1</sup> BAGUV, M-Rundschreiben Nr. 234/92 vom 25. 11. 1992 mit ausführlichen Stellungnahmen, in denen nahezu alle Argumente versammelt sind, mit denen man in den Folgejahren die BK-Ziffern 2108-2110 zu Fall brachte. Die Einholung dieser Stellungnahmen dürfte die BAGUV keine geringe Summe gekostet haben.

Kontrollinstanzen gewesen wäre - auch fast nie angemahnt hatten.

Also mussten jetzt Orthopäden und Chirurgen ran. Immerhin hielten die UVT damals schon über 75% aller praktizierenden Orthopäden und Chirurgen in der Deutschland AG unter Vertrag. Diese Bindungen mussten doch zu mehr als nur gutachterlicher Tätigkeit und REHA-Orthopädie gut sein.

Der Grundtenor im Aufschrei aller empörten Orthopäden und Chirurgen war, die federführenden Arbeitsmediziner hätten sich über das orthopädische Fachwissen hinweg gesetzt. Kausal unzulässig hätten sie orthopädische Erkrankungen beruflichen Belastungen der Wirbelsäule zugeordnet. Jeder wisse doch, dass Rückenschmerzen eine Volkskrankheit seien und unabhängig davon aufträten, ob das betroffene Individuum nun biomechanischen Belastungen ausgesetzt gewesen sei oder nicht. Im Übrigen erkrankte der Mensch an der Wirbelsäule, wenn er sie nicht oder zu wenig belastete. Die Volkskrankheit „Rückenschmerzen“ sei vor allem Ausdruck zivilisationsbedingter Schonung. Mit berufsbedingten Rückenbelastungen durch schweres Heben und Tragen hingen sie, wenn überhaupt, selten zusammen.

Nun waren die BK-Ziffern 2108-2110 BKV aber da. Mehr noch, erstmals in der Geschichte der Sektion „Berufskrankheiten“ im BMA

– dem Beratergremium des Bundesarbeitsministers – waren sie seitens des Berichterstatters der Sektion, PD Dr. Bolm-Audorff, wissenschaftlich ausführlich begründet<sup>2</sup> und von der Verordnungsgeberin,



Abb.: Dr. Ludolph, Chirurg und Gutachter auf orthopädischem Gebiet.

auch das ein Novum, kommentiert worden.<sup>3</sup>

Die Zunft der gutachtenden Knochenklempner hielt es deshalb wohl nicht für opportun, vorerst allzu sehr in die Vollen zu gehen. Zwar gaben sie ein Grundsatzgutachten zu den BK-Ziffern 2108-2110 in Auftrag<sup>4</sup>, doch zeigten sie sich zunächst leidlich kooperativ. Dafür sorgten sicherlich auch weitere Gründe. Mit den neuen BK-Ziffern 2108-2110 tat sich für sie ein wei-

<sup>2</sup> Bolm-Audorff, Berufskrankheiten der Wirbelsäule durch Heben und Tragen schwerer Lasten, in: Konietzko/Dupuis, Handbuch der Arbeitsmedizin, lfd. Erg.-Lfg. Landsberg a. L. 1993

<sup>3</sup> Bundestagsdrucksache 773/92, abgedruckt in: abeKra aktuell Nr. 6/7, November/Dezember 1994, S. 18ff.

<sup>4</sup> M. Weber, J. Krämer, Zur Beurteilung und Begutachtung der Berufskrankheiten 2108, 2109 und 2110, erschienen in: Orthopädische Praxis 31 (1995) 731-742.

tes Feld zusätzlicher Gutachtertätigkeit auf und die Berufsgenossenschaften stellten gut dotierte Pilotprojekte in Aussicht.

Im Übrigen hatte die Verordnungsgeberin mit ihren unspezifischen Formulierungen sowohl in der Kommentierung als auch in den ärztlichen Merkblättern zu den neuen BK-Ziffern breiten Spielraum zur medizinischen 'Deutung' der haftungsausfüllenden Kausalität gelassen – ganz im Sinne der angestrebten Kostenneutralität der neuen BK-Ziffern für alle Unfallversicherungsträger der GUV, auch die des öffentlichen Dienstes (!).

Was nun geschah, lässt sich kurssrisch in mehrere Phasen unterteilen, die sich gleichwohl überlappen. Bekanntlich dauern BK-Ermittlungsverfahren in der Regel extrem lang.

## Phase I: Friede, Freude, Eiterkuchen

In Phase I bemühte sich ein Teil der Akteure um Konsenslösungen. Es fanden berufsgenossenschaftliche Veranstaltungen statt und mehrere Konventionen wurden beschlossen.<sup>5</sup> Doch zeigten die Jahre danach, sie scheiterten am Doppelspiel derjenigen, die ihnen zwar zugestimmt hatten, doch offenbar nur, um sie noch aktiver bekämpfen zu können.

Auf Gutachterebene spitzte sich die von Beginn an hochgespielte Kausalitätsfrage jetzt auf mehrere Detailfragen zu.

Sie ließen sich etwa so formulieren:

⇒ **Was sagen radiologische Befunde (Röntgen/MRT) über tatsächlich bestehende Funktionseinschränkungen des Versicherten aus, oder: Haben radiologische Befunde Krank-**

<sup>5</sup> Die damaligen Konventionen sind abgedruckt in: abeKra aktuell Nr. 6/7 a.a.O., S. 39ff

**heitswert und können sie als schadensobjektivierende Diagnoseinstrumente Geltung beanspruchen?**

⇒ **Fallen nur (bandscheibenbedingte) Mono-(Einzel-) oder auch Bi-(Zwei- oder Mehr)-Segmentschäden an der LWS unter die BK-Ziffer 2108?**

⇒ **Sind Bandscheibenschäden auch dann berufsbedingt, wenn der oder die Versicherte einen (privat erworbenen oder anlagebedingten) Morbus Scheuermann, eine Skoliose (fixierte, seitliche Verbiegung der Wirbelsäule mit Drehung der einzelnen Wirbelkörper (Torsion) und Versteifung in diesem Abschnitt) oder eine Spondylolisthetis (Wirbelgleiten) hatte oder hat?**

In trauriger Erinnerung wird der beinhart ausgefochtene Kampf um die angeblich zentrale Frage bleiben, ob der mono- oder der bisegmentale LWS-Schaden als berufsbedingt zu bewerten sei oder nicht.

In vorderster Front positionierten sich hier die Duz-Freunde und BK-sowie Unfallfolgen-Fließbandgutachter Dr. Ludolph, Düsseldorf, und Dr. Schröter, Kassel.

Sie schlüpfen in die Rolle der Opinion leader der gutachtenden Knochenklempnerzunft.

Unisono bewerteten sie den monosegmentalen LWS-Bandscheibenschaden als nicht berufsbedingt. Er komme in der Allgemeinbevölkerung aus unterschiedlichsten Gründen so häufig vor, dass er nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit der beruflich-mechanisch-physikalischen Belastung zuzuordnen sei. Ludolph war einst BG-Unfallklinikchirurg in Duisburg und nun im Hauptberuf Gutachter im eige-

nen Begutachtungsinstitut<sup>6</sup> in Düsseldorf. Der Orthopäde Dr. Schröter betreibt seit Jahrzehnten in Kassel sein Begutachtungsinstitut und hat sich 1994 gegenüber abeKra, Verband arbeits- und berufsbedingt Erkrankter e.V. als Beratungsarzt der Gartenbau-BG geoutet.<sup>7</sup> Mit Fug und Recht lässt sich sagen: Beide haben mit der absoluten Mehrzahl ihrer Gutachten nicht nur den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung seit Jahr und Tag geholfen, nicht haften zu müssen und Unsummen von Entschädigungsleistungen einsparen zu können.

2001 befragt, wie viele Entschädigungsanträge der von ihm begutachteten Versicherten mit LWS-Schäden er durchschnittlich befür-

<sup>6</sup> Nachtrag: Dr. Ludolph wurde zwischenzeitlich vom LG Köln am 13.11.2003 – Az.: 23 T 1 aus 04 - wegen Befangenheit mit u.a. der Begründung abgelehnt: Das Ludolph/Besig "Institut für medizinische Begutachtung" in Düsseldorf sei "überwiegend im Auftrag von Versicherungsgesellschaften tätig". "Deshalb" bestehe "zumindest eine wirtschaftliche Abhängigkeit": "Die Versicherungsgesellschaften beauftragen den Sachverständigen regelmäßig mit Gutachten insbesondere dann, wenn die Versicherungsnehmer Gutachten vorgelegt haben, die ihren Anspruch stützen." Ein Jahr zuvor hatte das OLG Düsseldorf in dem Urteil – Az.: 1 U 142 aus 01 - verkündet: "Nach den Erfahrungen des Senats gehört der Sachverständige L., den das Landgericht hinzugezogen hat, zu den Anhängern einer in der Tendenz eher versicherungsfreundlichen Position. Deshalb sieht der Senat seit Jahren davon ab, den Sachverständigen L. mit der Erstattung von Gutachten zu beauftragen."

<sup>7</sup> Stellungnahme des Beratungsarztes der Gartenbau-BG Dr. Schröter vom 25. Juli 1994, Institut für medizinische Begutachtung Kassel, in: abeKra aktuell, Nr. 6/7, Nov./Dez. 1994, 33-37



Abb.: Dres. Schröter und Ludolph

worte, antwortete Dr. Schröter spontan, er liege „mit 1,7% Anerkennungen im üblichen Bereich“.<sup>8</sup>

Man muss schon sehr gute BG-Insiderkenntnisse haben, um zu wissen, welche Anerkennungsprozentszahl sich im „üblichen Bereich“ bewegt und welche nicht. Solche Statistiken führen die BG'en nur heimlich. Veröffentlicht werden sie nicht.

Nach langem Gezackere und zehntausenden abgelehnter VersicherungsnehmerInnen mit einem monosegmentalen Segmentschaden auf der Grundlage von Begutachtungen durch die - vor allem - Gutachter Ludolph, Schröter, Weber, Rompe, Meyer-Clement etc.

<sup>8</sup> Persönliche Mitschrift von Diskussionsbeiträgen während des 4. Symposiums zu beruflichen LWS-Schäden in Frankfurt a.M. am 27.11.2001, veranstaltet vom Institut für Arbeitsmedizin der Universität Frankfurt.

vollzog das LSG NRW 1996<sup>9</sup> eine Kehrtwende in der Rechtsprechung und urteilte endlich im Geiste des Verordnungsgebers. Es entschied, Mono- als auch Bi-Segmentschäden sind Berufskrankheiten im Sinne der BK-Ziff. 2108, sofern die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind.

Das BSG bestätigte das Urteil des LSG NRW höchstrichterlich in der Form der Rückweisung der Nichtzulassungsbeschwerde der beklagten BG.<sup>10</sup>

Erstaunlich war aber nun, dass der Beschluss von den meisten anderen Sozial- und Landessozialgerichten ignoriert wurde.

Unbeeindruckt wiesen die RichterInnen die sehr häufig vorkommenden Mono-Segmentschäden zurück - zuweilen aber auch schon mal einen Bi-Segmentschaden.

<sup>9</sup> Urteil des LSG NRW vom 26.09.95, Az.: L 15 U 89/95, Meso B 240/165 vom 23. Januar 1997, S. 328ff.

<sup>10</sup> Beschluss des BSG vom 31.05.96, Az.: 2 BU 237/95, Meso 240/170, 24. April 1997, S. 349 ff

Letzteres begründeten sie mit der Behauptung, die stärkste Last drücke schließlich auf das letzte LWS-Segment L5/S1 und nicht auf das zweitletzte bei L3/L4. Deshalb könne der bisegmentale Schaden nicht berufsbedingt sein. Es handele sich eher um einen anlagebedingten Schaden. Bis 2001 musste z.B. ein bisegmental geschädigter Dachdecker kämpfen, bis er vom LSG Rheinland-Pfalz schließlich Recht bekam.

Allein in seinem Verfahren kamen mehr als zehn Sachverständige zu Wort, auch Dr. Schröter, der eine (anlagebedingte) lumbale Übergangsstörung als ursächlich ansah.

Die aber hatte kein Orthopäde oder Chirurg bei dem Dachdecker je zuvor diagnostiziert.

Das LSG Rheinland-Pfalz entschied:

*„Vorliegend liegt ein bisegmentaler Schaden der LWS vor. Ein wahrscheinlicher Zusammenhang zwischen einem auf die beiden unteren Segmente der LWS konzentrierten Schaden und einer langjährigen äußeren Einwirkung kann nicht mit dem Hinweis ausgeschlossen werden, dass in der ganz überwiegenden Zahl der in der Gesamtbevölkerung angetroffenen Bandscheibenveränderungen im Bereich der LWS jedenfalls diese beiden unteren Segmente schwerpunktmäßig betroffen sind. Aus dieser Tatsache folgt nämlich nur, dass ein solches Schadensbild aus sich heraus nicht auf eine bestimmte äußere Einwirkung deutet, sondern auch anlagebedingter Genese sein kann. Die Definition der Berufskrankheit (...) schließt aber solche unspezifischen Krankheitsbilder als Berufskrankheit nicht grundsätzlich aus. Jedoch ist die Beweisführung der Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs dadurch erschwert.“<sup>11</sup>*

Da ca. 90% aller bandscheibenbedingten Degenerationen Berufstätiger Mono-Segmentschäden sind

<sup>11</sup> Urteil des LSG Rheinland-Pfalz vom 16.10.2001, Az.: L 3 U 234/98, S. 21

(Bolm-Audorff), dünnte dieses Vorgehen der Gegner der BK-Ziffern 2108-2110 den Kreis der anspruchsberechtigten LWS-geschädigten Versicherten so erheblich aus, dass nur noch die verbleibenden 10% der LWS-geschädigten Versicherten überhaupt auf Versicherungsschutz hoffen konnten.

Doch auch die – wie gezeigt - nur sehr bedingt. Hinzu kam: Plötzlich wurden auf Röntgenbildern überraschend viele M. Scheuermann entdeckt. Abertausende von ArbeitnehmerInnen erfuhren, warum sie ihre Bandscheiben so quälten: Es seien verantwortlich der (meist im jugendlichen Alter abgelaufene) Morbus Scheuermann, die Skoliose oder das Wirbelgleiten, die ihre bandscheibenbedingte LWS-Degeneration erzeugt hatten, keinesfalls aber ihre schwere Arbeit, das Heben und Schleppen Tag für Tag – wie sie, die ArbeitnehmerInnen (so interessegeleitet wie sie ja nun mal sind), meinten.

Zehn Jahre gingen ins Land bis der Hessische Landesgewerbearzt Dr. Bolm-Audorff<sup>12</sup> in einer Literaturstudie nachweisen konnte, dass weder ein Morbus Scheuermann, eine Skoliose oder gar das Wirbelgleiten in der Lage sind, bandscheibenbedingte LWS-Degenerationen zu fördern oder zu erzeugen.

Bolm-Audorff zeigte, für all die Wegbegutachtungen in den vergangenen neun Jahren mit diesem Argument, gab und gibt es bis heute keinen einzigen wissenschaftlichen Beleg.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Inzwischen ist Dr. Bolm-Audorff Professor.

<sup>13</sup> Bolm-Audorff, Außerberufliche Ereignisse als konkurrierende Faktoren in der Begutachtung von bandscheibenbedingten Berufskrankheiten, 4. Wirbelsäulensymposium des Instituts für Arbeitsmedizin des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main am 27.11.2001

Auch die Frage nach der Beweiskraft radiologischer Befunde wurde gutachterlich meist zu Lasten der Versicherten beantwortet und gesagt, dass sie nichts über Schmerzen und Funktionseinschränkungen der WS aussagten: Unendlich viele PatientInnen, so die Gutachter, hätten positive Röntgenbefunde<sup>14</sup>, spürten aber keine Schmerzen und seien flink wie die Wiesel.<sup>15</sup>

Warum sie wahlweise Rückenschmerzen oder Bandscheibenschäden einerseits zur Volkskrankheit und Ursache Nr. 1 für Krankenschreibungen erklärten, andererseits aber darauf beharrten, dass mehr als die Hälfte der radiologisch untersuchten weder Schmerzen noch Funktionsausfälle hätten – das blieb das Geheimnis derer, die nicht müde wurden, mit ihren Behauptungen Fachzeitschrift um Fachzeitschrift zu füllen - und auf diesem Wege regelrecht so etwas wie ein Zitierkartell zu schaffen.

<sup>14</sup> vgl. dazu als Beispiel der Umgangsweise damit im Rahmen arbeitsmedizinischer Prävention die Arbeit von R. Steffen et al., Bedeutung der Radiologischen Befunde der Wirbelsäule bei der Arbeitsmedizinischen Leistungsbeurteilung, in: Bericht über die 32. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin e.V., (...) Skeletterkrankungen und Beruf, Stuttgart 1992, 168-172

<sup>15</sup> Das allerdings sorgte nun leider nicht dafür, dass weniger durchleuchtet wurde und die Masse der auf dem Weg zum oder vom Gutachter verschwindenden Röntgen- und MRT-Aufnahmen abnahm. Offenbar fürchtete man, die Versicherten könnten sich gegen weitere radiologische Untersuchungen wehren, wenn sie so überflüssig sind wie behauptet. Da mochte es den Ärzten tunlicher erscheinen, ihre Geräte zu nutzen, die Leistung in Rechnung zu stellen - und den Rest dann eben den nicht rekonstruierbaren Zufällen des komplexen Lebens anzuvertrauen.

Am Ende der Phase I jedenfalls – ca. Mitte der 90er Jahre – war das Chaos perfekt. Die agilen Orthopädiegutachter aus meist viel beschäftigten Begutachtungs- oder Universitätsinstituten mit besonderem Portefeuille hatten so viel Verwirrung gestiftet, dass die Orthopäden- und Chirurgenszene zerstritten schien wie kaum jemals zuvor. Es schien sich zu bestätigen, was ständige Rede war: Die Orthopäden sind uneins wie nie. Es gibt keine medizinisch herrschende Lehre, weil wissenschaftlich fast nichts als geklärt gelten kann.

## Phase II:

### Kein Anscheinsbeweis bei BK 2108 – 2110

Das beeindruckte selbstverständlich auch die Sozialgerichtsbarkeit, deren Richtern auf allen möglichen Veranstaltungen der orthopädischen Fachgesellschaften, vor allem aber der Unfallversicherungsträger und deren Verbände immer wieder eindrucksvoll vor Augen geführt wurde, die epidemiologische und medizinisch-klinische Basis der BK-Ziffn. 2108-2110 sei dünn und keine orthopädische und/oder biomechanische Erkenntnis könne als gesichert gelten.

In dieser Situation wagten die Richter Wendel und Otten, 8. Senat des LSG Schleswig Holstein, einen so dreisten wie listigen Vorstoß zur Klärung der Grundsatzfragen.<sup>16</sup> Sie gaben der Berufung eines in den Segmenten L1/2, L 2/3 und L3/4 bandscheibengeschädigten ehem. Vulkaniseurs und Inspektors von Rettungsinseln und Schlauchbooten ganz provokativ statt. Ausdrücklich stützten sie ihr Urteil nicht auf die umfangreich ermittelten Tatsachen.

Das formulierten sie in ihrem Urteil so:

*„Bei dieser Berufskrankheit ist zwar weit mehr als bei anderen Berufskrankheiten zu berücksichtigen, dass entsprechende Krankheitsbilder auch auftreten, ohne dass die in der Definition zu der Berufskrankheit bezeichneten Belastungen gegeben sind, z.B. auch bei rein sitzenden Tätigkeiten, da bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule spätestens jenseits des 40. Lebensjahres geradezu den Charakter einer Volkskrankheit haben. Dem kann aber unter Berücksichtigung dessen, dass bezogen auf schwere berufliche Hebe- und Tragebelastungen derartige Erkrankungen als Berufskrankheit anerkannt sind, nicht in der Weise Rechnung getragen werden, dass letztlich allein deshalb, trotz nachgewiesener entsprechender Belastungen, das Vorliegen der Berufskrankheit ohne weiteres verneint wird. Vielmehr wäre zur Verneinung des Vorliegens einer Berufskrankheit festzustellen, dass im jeweiligen Einzelfall zumindest mit Wahrscheinlichkeit der Versicherte ohne berufliche Belastung nicht wesentlich später unter gleichen Beschwerden gelitten hätte. Für Arbeitsunfälle ist hierzu der Begriff der sog. Gelegenheitsursache geprägt worden. Für anerkannte Berufskrankheiten, die Arbeitsunfällen rechtlich gleich gestellt sind, kann nichts anderes gelten. Der gegenteilige Ansatz, nämlich dass zumindest mit Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein müsste, dass die Wirbelsäulenerkrankung nicht gleichwertig auf anlagenbedingten Faktoren beruht, ist in Anbetracht dessen, dass das klinische Bild einer solchen Erkrankung eine Volkskrankheit darstellt und es sogar epidemiologische Studien gibt, nach denen bei Schwerarbeitern diese Erkrankung seltener auftritt als bei der Normalbevölkerung (siehe hierzu die Ausführungen des Dr ..., S. 33, vgl. auch Weber und Morgenthaler a.a.O.), nichts anderes, als dass die Existenz dieser Berufskrankheit verneint wird.*

*Medizinisch-wissenschaftlich mag das einiges für sich haben. Juristisch normativ kann das aber nicht Berücksichtigung finden, da es sich bei der BK-Nr. 2108 um eine anerkannte Berufs-*

*krankheit handelt. Letztlich heißt dies, wenn das klinische Bild einer solchen Berufskrankheit vorliegt und auch von einer entsprechenden beruflichen Belastung auszugehen ist, ist als wahrscheinlich anzusehen, dass ersteres auf letztere zurückzuführen ist. Diese an die Grenze einer Beweiserleichterung stoßende Beurteilungsweise folgt aus dem Umstand, dass der Ordnungsgeber die BK 2108 eingeführt hat, obwohl es für die Feststellung der erforderlichen Tatsachen bisher keine wissenschaftlich abgesicherten Grundlagen gibt.“*

Erwartungsgemäß rief die beklagte BG das BSG an. Sie wetterte routiniert, die Richter Wendel und Otten hätten die wesentlichen Grundlagen des BK-Rechts verletzt. Sie hätten die Beweislast umgekehrt und es den Sachverständigen überlassen, die Kausalität zu beurteilen, weil für die Feststellung der erforderlichen Tatsachen bisher die wissenschaftlich abgesicherten Grundlagen fehlten.

Dem BSG blieb nichts anderes übrig als das Urteil des LSG Schleswig Holstein zu kassieren, was ja wohl auch der Absicht der Richter Wendel und Otten entsprochen haben dürfte.

Am 18. November 1997 verwies das BSG den Fall an das LSG zurück. Zentraler Mangel dieses Urteils sei es, so das BSG, dass das LSG die Beweislast nicht umgekehrt habe, sondern es habe den Anscheinsbeweis in falscher Weise angewendet.

Im Einzelnen argumentierte das BSG:

*„Die Grundsätze des prima-facie-Beweises gelten zwar grundsätzlich auch im sozialgerichtlichen Verfahren (Krasney/Udsching, aaO; Meyer-Ladewig, aaO mwN). Die Rechtsprechung des BSG hat deshalb auch bei der Feststellung des Kausalzusammenhangs bei BKen den Anscheinsbeweis nicht ausgeschlossen. (...) Diese Rechtsprechung stützt sich nicht allein auf das Vorliegen der Tatbestandsmerkmale der jeweiligen BK in der Anlage 1*

<sup>16</sup> LSG Schleswig Holstein, Urteil vom 18.9.96, Az.: L 8 U 95/95, Urteil des BSG vom 18.11.1997, Az.: 2 RU 48/96



zur BKVO, sondern auf entsprechende gesicherte Erfahrungsgrundsätze, die es rechtfertigen, bei einem typischen Geschehensablauf die Grundsätze über den Beweis des ersten Anscheins anzuwenden. Hinsichtlich der bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule der Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKVO sind aber derartige gesicherte medizinische Erfahrungssätze aus den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils nicht ersichtlich. Allein aus dem Umstand, dass beim Kläger, wie vom LSG festgestellt, die arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK der Nr. 2108 erfüllt sind, kann nicht schon auf das Vorliegen eines Anscheinsbeweises zu Gunsten des ursächlichen Zusammenhangs eines Lendenwirbelsäulenschadens mit schädigenden Einwirkungen bei der versicherten Tätigkeit geschlossen werden. Entsprechend hat bereits das BSG bei der BK „Meniskusschäden nach .. Tätigkeiten Untertage“ für die Anwendung des Anscheinsbeweises nicht die reine Untertage-Tätigkeit genügen lassen, da insoweit vielfältige Einsatzmöglichkeiten ohne die insoweit vorausgesetzte statische Kniebelastung denkbar sind. (...) Mit der Aufnahme einer Krankheit in die BK-Liste wird die Ursächlichkeit einer beruflichen Schädigung generell anerkannt und die Erkrankung als solche für entschädigungswürdig befunden. Davon zu unterscheiden ist aber die Verursachung der Krankheit durch die gefährdende Tätigkeit im konkreten Einzelfall. Insoweit bedarf es tatsächlicher Feststellungen, ob die Tatbestandsmerkmale der - hier - BK Nr. 2108 (...) einen entsprechenden Anscheinsbeweis rechtfertigen oder sich aus dem Vorliegen anderer bei diesen Erkrankungen auftretenden Erscheinungen ein Anscheinsbeweis ergeben kann.

Im Zusammenhang mit der Nr. 2108 (...) sind zahlreiche Zweifelsfragen entstanden, worauf das LSG zutreffend hinweist. Die Regelung dieser BK ist damit zwar auslegungsbedürftig. Auch gibt es in der Praxis durchaus zum Teil erhebliche Ermittlungs- und Beweis-schwierigkeiten. Diese Umstände rechtfertigen es aber allein nicht, vorliegend die Grundsätze des Beweises des ersten Anscheins anzuwenden. (...) Bei umfassender Würdigung aller

erhebbaren Befunde mit anderen beweiserheblichen Tatsachen hat das LSG im Rahmen seiner freien richterlichen Beweiswürdigung zu entscheiden, ob die versicherte Tätigkeit unter den Voraussetzungen der Nr. 2108 (...) eine wesentliche Bedingung der BK ist. Dabei ist das LSG hinsichtlich der Anwendung des Beweises des ersten Anscheins lediglich gehindert, dessen Vorliegen allein aus den Tatbestandsmerkmalen der Nr. 2108 abzuleiten, ohne dass entsprechende wissenschaftliche Erkenntnisse dies rechtfertigen.“ (H.v.m.)

Das BSG ließ durchblicken, dass es das Manöver des LSG sehr wohl verstanden hatte und rügte in aller Deutlichkeit:

„Es besteht die Möglichkeit, den vorliegenden Fall bereits auf der Grundlage der Theorie der wesentlichen Bedingung ohne Inanspruchnahme des Beweises des ersten Anscheins zu lösen“.

Was hieß: Hätten die Richter Wendel und Otten ihr Urteil mit den ihnen ja vorliegenden Beweisen begründet, denen zufolge der Versicherte tatsächlich mehrere Jahrzehnte schwer gehoben und getragen hat und ihre richterliche Überzeugung auf die Ausführungen der Gutachter gestützt, die eine BK begründet für wahrscheinlich hielten, hätten sie den Fall richtig gelöst – anstatt juristisch normativ mit dem Anscheinsbeweis und der Zurückweisung der BG-Modelle zur Belastungsrekonstruktion ins Blaue zu zielen.

In Wahrheit hatte es sich das BSG hier aber zu leicht gemacht und gekniffen. Die wesentlichen Fragen, die die Richter Wendel und Otten in ihrem Urteil aufgegriffen und zur Entscheidung vorgelegt hatten, ließ das BSG sträflicherweise und (wieder einmal) zu Lasten der betroffenen Versicherten links liegen. Nicht auszuschließen ist allerdings, dass das BSG mit dieser Vorgehensweise das taktische Ziel im Auge hatte, kein Grundsatzurteil zu fällen be-

vor sich die RichterInnen der Tatsacheninstanzen in ihren Urteilen ausreichend zu Wort gemeldet hatten. Auch das braucht ja seine Zeit.

Richtig aber ist, dass dieses BSG-Urteil in seinen Äußerungen zur Anwendung des Anscheinsbeweises im Falle der BK-Ziff. 2108 auch das am 24.7.1997 ergangene Urteil des LSG Rheinland-Pfalz stillschweigend korrigierte.

Die Richter der 7. Kammer des LSG Rheinland-Pfalz hatten – so der Leitsatz des Urteils – erklärt:

„Die Anwendung der Grundsätze des Anscheinsbeweises i.S. des § 9 Abs. 3 SGB VII ist nur dann gerechtfertigt, wenn zu der betreffenden Berufskrankheit (BK) die Tatbestandserfordernisse so genau definiert sind, dass bei ihrem Vorliegen typischerweise vom ursächlichen Zusammenhang zwischen beruflicher Tätigkeit und der Erkrankung auszugehen ist. Das ist z.B. bei der BK Nr. 4104 der Anlage 1 zur BKVO im Falle des Nachweises einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeitsplatz von wenigstens 25 Faserjahren zu bejahen. Dies ist jedoch z.B. nach dem gegenwärtig medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand bei der BK Nr. 2108 (bandscheibenbedingte LWS-Erkrankungen) nicht der Fall.

Ist eine erhöhte Gefährdung i.S. von § 9 Abs. 3 SGB VII zu bejahen, muss allerdings der Ursachenzusammenhang nach dieser Vorschrift dann verneint werden, wenn konkrete Anhaltspunkte oder Erfahrungswerte festgestellt werden können, die für eine außerberufliche Verursachung sprechen.“<sup>17</sup>

Damit sollte der Anscheinsbeweis nach diesem BSG-Urteil, also nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung, auch in Streitfällen zu den BK-Ziffern 2108-2110 anwendbar sein und bleiben.

Aber auch das scheint unsicher.

Folgt man den Ausführungen des Direktors des SG Gießen, Dr. P.

<sup>17</sup> Urteil des LSG Rheinland-Pfalz, Az.: L 7 U 18/97

Becker<sup>18</sup>, in seinem Vortrag vom Februar 2001<sup>19</sup>, dann gilt unter Richtern überraschenderweise nach wie vor als unstrittig:

„Der Beweis des ersten Anscheins (mittlerweile kodifiziert in § 9 Abs. 3 SGB VII<sup>20</sup>) ist nicht anwendbar bei der BK-Nr.: 2108, da es für dessen Anwendung derzeit keine hinreichend gesicherten Erfahrungsgrundsätze gibt.“

### Phase III: Angriff auf den Ordnungsgeber

In Phase III traten die grundsätzlichen Bedenken der Meinungsführer zunehmend in den Vordergrund.

- **Was macht die VO-Geberin so sicher, dass Bandscheibenschäden berufsbedingt sein können?**
- **Wie signifikant sind die Ergebnisse der epidemiologischen Studien, auf deren Grundlage die Sektion „Berufskrankheiten“ der VO-Geberin empfohlen hatte, die bandscheibenbedingten LWS- (und in eingeschränkten Maß auch HWS-) Erkrankungen auf die BK-Liste zu setzen?**
- **Waren diese Studien im Sinne des deutschen GUV-**

<sup>18</sup> P. Becker ist inzwischen Richter am BSG. Er gehört dem Unfallsenat an, das ist der 2. Senat des BSG.

<sup>19</sup> P. Becker, Die Rechtsprechung zu den bandscheibenbedingten Erkrankungen der Wirbelsäule (BK Nr. 2108-2110) in: Deutsches Anwaltsinstitut e.V. Bochum (Hrsg.), Brennpunkte des Sozialrechts 2001. Thesen und Ergebnisse der 13. Sozialrechtlichen Jahrestagung vom Februar 2001 in Bad Homburg, S. 48

<sup>20</sup> Damit ist die sog. Ursachenvermutung in § 9 Abs. 3 SGB VII gemeint. Nachtrag 2008: Sie hat meines Wissens nach bis heute in keinem einzigen BK-Verfahren Anwendung gefunden.

### **Versicherungsrechts überhaupt verwertbar und zutreffend interpretiert worden?**

- **Hat die Ordnungsgeberin mit der Aufnahme dieser Erkrankungen in das BK-Recht ihre Ermächtigungsbefugnis unzulässig angewandt?**

Die Auseinandersetzungen kulminierten schließlich in dem Urteil des LSG Niedersachsen vom 5.2.-1998.<sup>21</sup>

Der 6. Senat dieses LSG fällte ein Grundsatzurteil mit vernichtendem Inhalt.

Er behauptete, die Bundesregierung habe sich als Ordnungsgeberin „nicht in den Grenzen der gesetzlichen Ermächtigung (...) gehalten und damit den Grundsatz der Gesetzesmäßigkeit der vollziehenden Gewalt (Art. 20 Abs. 2 GG) verletzt.“

Dazu führte er aus:

„Unter den Fachwissenschaftlern gibt es im Hinblick auf bandscheibenbedingte Erkrankungen der LWS keine Übereinstimmung und nicht einmal eine herrschende Meinung, dass eine erhebliche Erhöhung des generellen Erkrankungsrisikos auf Grund der in der BK 2108 umschriebenen körperlichen Belastung epidemiologisch belegt ist. Das Fehlen einer gesicherten wissenschaftlichen Lehrmeinung ist auch plausibel. (...)“

*Eine erhebliche Erhöhung der Gefährdung im Sinne einer Verdoppelung des Erkrankungsrisikos in exponierten Berufsgruppen ist schon aus logischen Gründen nicht denkbar. (...)“*

*Damit übereinstimmend ergibt eine einzelne gehende Würdigung der vorliegenden epidemiologischen Studien – ungeachtet ihrer für die hier interessierende Fragestellung generell unzureichende Methode – keine Verdoppelung des Erkrankungsrisikos.“*

<sup>21</sup> LSG Niedersachsen, Az.: L 6 U 178/97

Der 6. Senat hatte sich auf ein Gutachten des außerplanmäßigen Orthopädieprofessors M. Weber aus Freiburg gestützt, das er in einem anderen Fall erstellt hatte.



Abb.: PD Dr. Bolm-Audorff

Weber hatte 1997 die Arbeiten „Orthopädische Erkenntnisse bei der Begutachtung der Berufskrankheit 2108“ (zusammen mit Morgenthaler) und „Die literarische Basis der zweiten Erweiterung der Berufskrankheitenverordnung mit Einführung der Berufskrankheiten 2108, 2109 und 2110“ publiziert.<sup>22</sup>

In Arbeit 2 hatte Weber den Berichterstatter in der Sektion „Berufskrankheiten“ im BMA, PD Dr. Bolm-Audorff, Wiesbaden, beschuldigt, die zur Begründung der generellen Kausalität herangezogenen internationalen Studien „entweder unvollständig, sinnentstellend“ zu sein.

<sup>22</sup> Beide Veröffentlichungen sind erschienen in: M. Weber/H. Valentin, Begutachtung der neuen BKen der Wirbelsäule, Jena 1997. Zu den Hintergründen siehe A. Vogel, Kampf ums Kreuz, in: Berufskrankheiten aktuell, Nr. 20/21, Juni/Juli 1998, S. 60ff.

lend oder sogar falsch wiedergegeben“ zu haben.<sup>23</sup>

Dieser – nachweislich selbst fälsche<sup>24</sup> - Fälschungsvorwurf hatte nun erhebliche Konsequenzen.

Der 6. Senat des LSG Niedersachsen machte sich ihn zu eigen und sprach auf dessen Grundlage Recht.

Viele BG'en setzten darauf hin die Entscheidungen in LWS-BK-Ermittlungsverfahren aus – u.a. mit der Begründung, was geschehen sei, käme einem Moratorium gleich.

Auch die Sektion „Berufskrankheiten“ sah sich genötigt zu reagieren. Der angegriffene Bolm-Audorff musste Rapport erstatten.

Doch die Sektion konnte sich am 25.3.1998 davon überzeugen, dass der Fälschungsvorwurf seitens des Orthopäden Weber haltlos war und kein vernünftiger Grund bestand, die BK-Ziffern 2108-2110 aus der BK-Liste zu streichen<sup>25</sup>:

<sup>23</sup> vgl. Text des LSG NS-Urteil vom 5. 2. 1998

<sup>24</sup> vgl. dazu die ausführliche Überprüfung.

<sup>25</sup> „Der ärztliche Sachverständigenbeirat, Sektion „Berufskrankheiten“, bestätigt in Kenntnis der Ausführungen von Herrn Weber und nach erneuter ausführlicher Beratung seinen einstimmigen Beschluss von 1992, der sich voll inhaltlich auf die Ausarbeitung von Herrn Bolm-Audorff, publiziert im Handbuch der Arbeitsmedizin (Hrsg.: Konietzko, Dupuis unter dem Titel „Berufskrankheiten der Wirbelsäule durch Heben und Tragen schwerer Lasten) stützt.“ Zitiert nach: Bolm-Audorff, Bedeutung für das BK 2108-Feststellungsverfahren – aus arbeitsmedizinischer Sicht, in: Hessisches Ministerium f. Frauen, Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), Fortschritte im Arbeitsschutz: Verhütung und Erkennung von Lendenwirbelsäulenschäden. Bericht über die Tagung am 28. November 1998 in Bad Nauheim, Wiesbaden 1999, S. 97

Andere Sozialgerichte der ersten und zweiten Instanz lehnten derweil massenhaft Klagen und Revisionen Betroffener ab. Sie bestätigten die BG'en regelhaft in deren Auffassung, Entschädigungsanträge zu Recht abgewiesen zu haben. Dazu hatten sie ja auch genügend Zeit. Das BSG brauchte mehr als ein Jahr, um über das angefochtene Urteil des LSG Niedersachsen zu entscheiden.

Am 23.3.1999<sup>26</sup> hob es dann schließlich das Urteil des LSG NS auf und stellte klar: 1) Der Gesetzgeber habe seinen Ermessensspielraum nicht überschritten, 2) dürfe die Rechtsprechung den Gesetzgeber nicht korrigieren, 3) sei versicherungsrechtlich keine Risikoverdoppelung gefordert und es könne 4) die mit den BK-Ziffern 2108-2110 verbundene Forderung an betroffene Versicherte, ihre Tätigkeit aufzugeben, im Sinne eines weiteren Kausalitätskriteriums verstanden werden.

Damit waren zwar einige Grundlagen geklärt, in Wahrheit aber kein einziges Problem gelöst.

Ungerührt konnte die gutachtende Orthopäden- und Chirurgenzunft zum nächsten Schlag ausholen.

## Phase IV:

### Volkskrankheit Bandscheibenschäden

In der vierten Phase verlagerten sich die Zweifel sozusagen mehr nach innen - und zentrierten sich um die anscheinend orthopädisch-chirurgisch so wichtige Fragestellung:

⇒ **Bandscheibenschäden sind eine Volkskrankheit. Wie soll man privat be-**

<sup>26</sup> BSG-Urteil vom 23.3.1999, Az.: B 2 U 12/98 (Wirbelsäulengrundsatzurteil).

### **dinge von berufsbedingten Bandscheibenschäden abgrenzen? Kann man sie überhaupt unterscheiden und wodurch?**

Es sind dies die Fragen nach der Schädigungsspezifität bei beruflich erworbenen Körperschäden und nach Brückensymptomen, die gutachterlich eine gewisse Sicherheit bei der Beantwortung der Kausalitätsfrage bieten sollen.

Ungeachtet der Tatsache, dass Gefahrstoffe und andere körperverletzendende Einwirkungen ihr schädigendes Wirkungsprofil nun mal nicht nach versicherungsrechtlichen Maßstäben entfalten, hatte sich um die Gestaltung und Etablierung dieser – beliebig anwendbaren – Theorie vor allem Prof. H. Valentin (bis Mitte der 90er Jahre führender Arbeitsmediziner in der Republik, heimlicher BG-Beratungsarzt und Asbestindustrilobbyist) bemüht<sup>27</sup>. Und so kann es kaum als Zufall angesehen werden, dass der Name des agilen Pensionisten und einst benadeten Finanzmittelbeschaffers für 'sein' arbeitsmedizinisches Institut der Uni Erlangen, auch hier wieder auftauchte.

Sind Bandscheibenschäden nun aber wirklich eine Volkskrankheit

<sup>27</sup> vgl. dazu in Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Rechtliche und Medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte, Berlin, 6.Auflg. 1998. Es ist dieses von einem Ex-BG-, einem noch aktiven BG-Direktor und einem BG-Beratungsarzt verfasste und bereits in 6. Auflg. erschienene Band, der in unserer von Korruption, Begünstigungs- und Günstlingswirtschaft durchzogenen Republik tatsächlich die Rolle eines der Basiskommentare spielen kann, an dem kein BG-Sachbearbeiter, kein Richter oder Rechtsanwalt vorbei kommt, aber auch keiner von ihnen darüber nachdenkt, ob das in irgendeiner Weise nicht richtig oder vielleicht sogar anrüchig sein könnte.



und kommen sie, wie das LSG NS in seinem Urteil vom 5.2.1998 behauptet hatte, bei über 50% der Bevölkerung vor?

Nach der Datenlage der 90er Jahre bilden die bandscheibenbedingten Wirbeldegenerationen nur ein kleines Segment der Ursachen für chronische und funktionseinschränkende Wirbelsäulenbeschwerden. „Die Inzidenz<sup>28</sup> des Bandscheibenvorfalles in der Normalbevölkerung der Industrieländer beträgt“ nur „etwa 6 bis  $8 \cdot 10^{-4}$  pro Jahr und Person“ – sei also so gering, dass es, so Prof. Brinckmann vom Institut für Experimentelle Biomechanik der Universität Münster 1998 weiter, sehr schwer sei, genügend Bandscheibenvorfälle für ein ausreichend großes Kollektiv zu finden, um eine statistisch aussagekräftige Studie durchführen zu können.<sup>29</sup>

Während des Symposiums „Verhütung und Erkennung von Lendenwirbelsäulen“, 1998 in Bad Nauheim, verwies Bolm-Audorff auf mehrere Studien, die sich mit dieser Frage befasst hatten:

<sup>28</sup> Inzidenz: Zahl der Neuerkrankungen an einer bestimmten Erkrankung innerhalb eines definierten Zeitraums im Verhältnis zur Anzahl der exponierten Personen.

<sup>29</sup> P. Brinckmann, Mechanisch verursachte Schäden lumbaler Bandscheiben, in: Weber/Valentin (Hrsg.), Begutachtung der neuen Berufskrankheiten der Wirbelsäule, Deutscher Orthopädenkongress, 17.10.1996, Wiesbaden, S. 42. Nach dieser Angabe wären das – berechnet auf 80 Millionen Bundesbürger - 64.000 Bundesbürger, die pro Jahr einen Bandscheibenvorfall erleiden. Das sind 0,008% der Gesamtbevölkerung, wobei hier alle Kinder und Jugendlichen einbezogen sind. Angesichts mehrerer Millionen BundesbürgerInnen, die pro Jahr Rückenbeschwerden haben, kann sich die Inzidenz der Bandscheibenvorfälle tatsächlich auf nur wenige Prozentpunkte belaufen.

Nach der dänischen Studie von Jensen und Tüchsen (1995) ergab sich eine Inzidenz behandlungsbedürftiger Bandscheiben- bzw. Wirbelsäulenbeschwerden von ca. 14 bis 17 pro 10.000 Männern und Frauen aus der allgemeinen Wohnbevölkerung. Nach der amerikanischen Studie von Cunningham und Kelsey (1984) an 6913 Männern der Altersgruppe zwischen 25 bis 64 Jahren wurden Wirbelsäulenbeschwerden mit mehr als einem Monat Dauer von 17,2 % der untersuchten Population angegeben, Wirbelsäulenbeschwerden mit mittel- bis hochgradigen Einschränkungen zu 1% und Wirbelsäulenbeschwerden, die zur Berufsaufgabe führten zu 0,9% der untersuchten Beschäftigten.

Nach der holländischen Studie von Valkenburg und Haanen aus dem Jahr 1982, „die bei 3.191 Männern und 3.394 Frauen der Altersgruppe 20 bis 70 Jahre (...) Untersuchungen zur Häufigkeit von Wirbelsäulenbeschwerden während der gesamten Lebenszeit durchführten, wurden Wirbelsäulenbeschwerden mit mindestens drei Monaten Dauer von 14,3% der Männer und 19,6% der Frauen, sowie Wirbelsäulenbeschwerden, die zur Arbeitsunfähigkeit führten von 24,0% der Männer und 19,5% der Frauen angegeben. Wirbelsäulenbeschwerden, die zur Berufsaufgabe führten, berichteten 4,2% der Männer und 2,4% der Frauen“.<sup>30</sup>

Damit kann *seit 1998* als erwiesen angesehen werden, dass die versicherungsrechtlich durch die BK-Ziffern 2108 - 2110 geschützten bandscheibenbedingten LWS-Degenerationserkrankungen keine Volkskrankheit sind.

Blieb also noch die Frage zu klären:

<sup>30</sup> Bolm-Audorff, Bedeutung ... a.a.O., S. 95f

⇒ **Wodurch lassen sich privat von beruflich erworbenen bandscheibenbedingten LWS-Degenerationserkrankungen medizinisch diagnostisch unterscheiden?**

## Phase V: Die Adaptionslehre

Die Antwort präsentierte der bereits erwähnte, langjährige orthopädische Gutachter im Hauptberuf und BG-Beratungsarzt der Gartenbau-BG, Dr. Schröter, in Form der sog. Adaptionskausalität oder Belastungskonformität.

Er stützte sich dabei ganz wesentlich auf zwei kursorische Wortmeldungen des in Österreich tätigen REHA-Mediziners Kristen und wurde nicht müde, sich in seinen Gutachten immer wieder auf dessen angeblich grundlegende Erkenntnisse zu beziehen.

Schauen wir also, was dieser in Österreich tätige REHA-Mediziner zu sagen gehabt hat.

Kristen hatte sich zunächst 1993 mit grundlegenden Einwänden gegen die Aufnahme der bandscheibenbedingten LWS-Schäden in das deutsche BK-Regelwerk bemerkbar gemacht und dann noch einmal 1998 einen Beitrag in der Bundesrepublik Deutschland publiziert.<sup>31</sup>

<sup>31</sup> Kristen, Orthopädische Erkrankungen der Wirbelsäule als Folge beruflicher Belastungen?, erschienen in: Med.Orthop. Tech. 112 (1992) 290-292 und ein Jahr später noch einmal in: ASP 28 (1993) 83-85. Sein Beitrag von 1998 erschien unter dem Titel „Belastungsadaptive Reaktionen, Mikrotraumatisierung und Reparation“ in dem Band von Kügelgen, Böhm, Schröter (Hrsg.), Lumbale Bandscheibenkrankheit, München 1998. Die Publikation wurde gesponsert von der Arzneimittel-firma Sanofi Winthrop, ebenfalls

In seinem Beitrag von 1993 hatte er ganz prinzipiell bezweifelt - in jenem launig polemischen Ton, der Orthopäden mit Hang zum Musischen oft so eigen - dass es sich bei den bandscheibenbedingten HWS- und LWS-Verformungen wie Osteochondrose, Spondylose, Spondylarthrose, Skoliose und Kyphose überhaupt um Erscheinungen mit eigenem Krankheitswert handele. In Wirklichkeit seien es Anpassungsvorgänge der Wirbelsäule an mechanische Belastungen. Sie entwickelten sich bei langjährigem Gebrauch des Rückens, seien also naturgemäß Ausdruck der Alterung, vor allem aber der lebenswichtigen Widerstandsfähigkeit der Wirbelsäule. Die deutsche Bundesregierung erkläre also etwas zur Krankheit, was in Wahrheit Ausdruck einer an sich begrüßenswerten Adaption der WS an rückenbelastende Tätigkeiten sei, geeignet, die Belastungsgrenze nach oben zu verschieben und LWS-Erkrankungen eher zu verhindern als anzuzeigen: So wie der Hammerschmied Schwielen an den Hände habe, habe der Transportarbeiter eben seine Osteochondrose, meinte Kristen.

Der deutsche REHA-Migrant erläuterte nicht, warum denn dann so viele SchwerarbeiterInnen funktionseinschränkende Wirbelsäulenveränderungen und Rückenschmerzen haben - weshalb sie z.B. die Rücken-REHA im Rehabilitationszentrum der AUVA „Weißer Hof“ in Klosterneuburg in Österreich bei Herrn Prof. Dr. Kristen in

München. Sanofi Winthrop bietet vor allem HerzKreislaufmedikamente und Psychopharmaka an. Ob sie auch der Orthopäden liebsten Satz: „...alles psychisch“ mitgesponsert hat, entzieht sich unserer Kenntnis. Doch teilte uns Sanofi Winthrop mit, dass sie „ethische Produkte“ anbietet - so bezeichnet die Firma, wir hörten und staunten, ihre verschreibungspflichtigen Medikamente.

Anspruch zu nehmen gezwungen waren.<sup>32</sup>

1993 hatte Kristen keine wissenschaftliche Arbeiten vorgelegt, die die Adaptionsthese und übrigen Darlegungen erforscht und zu eben jenen Ergebnissen gekommen waren, die er verkündete.

1998 berichtete er in seinem Beitrag „Belastungsadaptive Reaktionen, Mikrotraumatisierung und Reparatur“ in dem von Kügelgen/-Böhm/Schröter herausgegebenen Band „Lumbale Bandscheibenkrankheit“ dem gegenüber, er habe

**„nirgends“ in der Literatur „Hinweise gefunden, die über den Mechanismus dieser Anpassung genauer Bescheid geben“**<sup>33</sup>

Gleichwohl behandelte er auch hier wieder die angeblichen belastungsadaptiven Reaktionen als wahr und bewiesen und führte aus:

*„Die häufige Angabe von Beschwerden der Wirbelsäule im Krankenpflegepersonal muss andere Gründe haben und liegt weit über vergleichbaren Berufsgruppen. Die geringe Anzahl spondylothischer Veränderungen lässt andererseits darauf schließen, dass in der Krankenpflege keine länger dauernde schwere Belastung für die Wirbelsäule gegeben ist. Auch eine Untersuchung an Verschubarbeitern, die in den letzten beiden Jahren pensioniert wurden und die mindestens 15 Jahre im Verschub tätig waren, zeigte keine erhöhte Anzahl von Spondylosen. Auch hier war die hohe Zahl von Asymmetrien und Anomalien auffallend. Nur drei Röntgenbilder der 51 Untersuchten waren altersentsprechend als unauffällig zu bezeichnen.“*

<sup>32</sup> 1998 arbeitete Kristen offenbar bereits in Wien.

<sup>33</sup> Kristen, Belastungsadaptive Reaktionen, Mikrotraumatisierung und Reparatur, in: B. Kügelgen et al., Lumbale Bandscheibenerkrankungen, München 1998, S. 209.

Mit anderen Worten: Weil weder das ihm untergekommene Krankenpflegepersonal noch die Transportarbeiter an ihrer Wirbelsäule in Form von Spondylosen usw. 'beschwielt' waren, konnten sie folglich auch nicht schwer gehoben und getragen haben. - Da kann man nur sagen, glückliches Österreich: Hier werden von Geisterhand PatientInnen (um-)gebetet und Dinge transportiert. Dieses über die Maßen erstaunliche System wollte Dr. Schröter augenscheinlich auch in Deutschland etablieren.

Schröter entwickelte die deutsche Version der Adaptionstheorie im Rahmen des 'guten' Gutachtens und unterbreitete dem Gericht zunächst, wie die entsprechende gute gutachterliche Praxis auszusehen hat.<sup>34</sup>

*„Medizinisch- und gutachtlich - ist zu prüfen, ob ein belastungskonformes Schadensbild im Sinne einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule vorliegt. Diese Prüfung sollte systematisch in folgenden Schritten erfolgen:*

1. *Beruht die beklagte Symptomatik überhaupt auf einer Wirbelsäulenerkrankung (im engeren Sinne), oder handelt es sich nur um myotendinotische<sup>35</sup> Rückenbeschwer-*

<sup>34</sup> Wir entnehmen die deutsche Version der Adaptionstheorie einem Schröter-Gutachten aus dem Jahr 1999 und sind genötigt, sie in vollem Wortlaut zu zitieren, weil sie in keinem, auch keinem neuen Lehrbuch der Orthopädie oder der orthopädisch-chirurgischen Arbeitsmedizin zu finden ist.

<sup>35</sup> Den Begriff „myotendinotisch“ selbst kennt der Pschyrembel nicht, wohl aber „Myo“ = Muskel und Tendinose = Tendopathie. Myotendinotisch bedeutet dann also: nicht bakterielle Entzündungen der Muskeln (myo-) und der Sehnen resp. Sehnenansätze oder degenerativen Veränderungen an den Sehnenursprüngen u. -ansätze am Rücken „durch chronische Überlastung, Mikrotraumen, Stoffwechsel- oder Durchblutungsstörungen“. Da staunen wir. Das alles sind offenbar

den oder um die so häufige „somatoforme autonome Funktionsstörung“ (ICD 10)?

2. *Handelt es sich bei einer evtl. zu bestätigenden Wirbelsäulensymptomatik um eine primäre Bandscheibenerkrankung oder eine anderweitig definierbare Störung, die nicht bandscheibenbedingt ist oder erst sekundär zur Bandscheibenbeteiligung geführt hat?*
3. *Sind bildtechnisch an den Bewegungssegmenten des betroffenen Wirbelsäulenabschnitts belastungsadaptive Reaktionen zu erkennen, die auf schädigungsrelevante Belastungseinwirkungen oberhalb der individuellen Belastungstoleranz hindeuten können?*

Die zwischenzeitlichen Erfahrungen, resultierend aus mehreren tausend Begutachtungen – bestätigt in zahllosen Publikationen – haben gezeigt, dass bereits nach Beantwortung der ersten, spätestens aber zweiten Prüffrage in mehr als 90% der Fälle eine berufsbedingte Kausalität zwingend zu verneinen ist.

Dies kann nicht verwundern vor dem Hintergrund jüngerer Erkenntnisse, dass mehr als 80% aller Rückenschmerzpatienten keine hinreichende organische Ursache aufweisen (Lamprecht 1996<sup>36</sup>). In relativ großer Zahl finden sich generalisierte Wirbelsäulenveränderungen im Sinne einer sog. „Spondylarthritits“, aber auch vielfältige, meist asymmetrische lumbosakrale Übergangsstörungen

durchaus orthopädisch diagnostizierbare Erkrankungen des Rückens, und dort, wo die Rückenmuskulatur beidseits der Wirbelsäule endet, deren Existenz und Ursächlichkeit für viele Rückenerkrankungen die Gilde der Orthopäden und Chirurgen seit Jahr und Tag ignorieren, bzw. behaupten, das fiele nicht in ihr ärztliches Fachgebiet, da wüssten sie nichts drüber. Hier scheint also durchaus eine Art den Patienten gegenüber verheimlichtes Wissen zu existieren, was hier für die Wahl dieses anscheinend nur für Mediziner zu enträtselnden Begriffs ausschlaggebend gewesen sein dürfte.

<sup>36</sup> F. Lamprecht, Psyche zu wenig beachtet? In: MMV 138 (1996), S. 9.

gen bis hin zur Spondylolisthesis, die über dysfunktionelle Fehlbelastungen sekundäre Bandscheibenschäden zu bewirken pflegen. Fehlt es dann noch an den belastungsadaptiven Reaktionen in den nicht-krankhaft veränderten Segmenten, lässt sich auch eine berufsbedingte Verschlimmerungskomponente nicht plausibel begründen.“

Nicht weniger wortreich erklärt Schröter, was er mit „belastungsadaptiven Reaktionen“ meint:

„Unter den belastungsadaptiven Reaktionen versteht man nichts anderes als die sog. „degenerativen Veränderungen“ an den Deck- und Tragplatten der Wirbelkörper (Osteochondrose und Spondylose), denen per se kein Krankheitswert zukommt. In der Sportmedizin werden solche Anpassungsphänomene – z.B. beim Gewichtheber – genauso wenig als krankhaft interpretiert, wie die belastungsadaptive Muskelhypertrophie. Diese allen biologischen Systemen zueigene Anpassungsfähigkeit wurde von KRISTEN (1992)<sup>37</sup> anschaulich erläutert mit den Schwielen und Narben an der Hand des Schmieds, die zwar als Berufsfolge, nicht jedoch als Berufskrankheit aufzufassen sind. Wird an der Wirbelsäule die – individuell unterschiedliche Belastungstoleranz repetitiv überschritten, so erfolgt hier die biologische Anpassung durch eine Dichtezunahme besonders belasteter knöcherner Strukturen, also insbesondere der Deck- und Tragplatten der Bewegungssegmente („Osteochondrose“) mit zusätzlicher Vergrößerung der druckübertragenden Fläche durch Kantenanbauten („Spondylose“). Bleiben diese belastungsadaptiven Reaktionen an einem beruflich langjährig – also abertausendfach – belasteten Wirbelsäulenabschnitt aus, kann nicht unterstellt werden, dass die individuelle Belastungstoleranz überschritten wurde. Liegt in einem solchen Falle dennoch eine Bandscheibenerkrankung vor, spricht die Wahrscheinlichkeit gegen eine berufsbedingte Entstehung, so dass eine Anerkennung

<sup>37</sup> H. Kristen, Orthopädische Erkrankungen der Wirbelsäule als Folge beruflicher Belastungen?

empfehlung nicht vertretbar erscheint (HAX, 1995).“

Das war der erste Clou.

Und der zweite, sehr viel Entscheidendere liest sich so:

„Belastungsadaptive Reaktionen an den Deck- und Tragplatten der Bewegungssegmente (Osteochondrose und Spondylose) unterscheiden sich im einzelnen Bewegungssegment nicht von den sog. „degenerativen Veränderungen“, wie sie aus anderen Ursachen bei der beruflich nicht-belasteten Bevölkerung – schon allein alterungsbedingt – zu beobachten sind. Während diese schicksalhaften Veränderungen – je nach Ursache – ein beliebiges Verteilungsmuster aufweisen können, wird man bei den belastungsadaptiven Reaktionen ein der Belastungseinwirkung konformes, also „angepasstes“, Verteilungsmuster erwarten müssen. So ist es z.B. nicht denkbar, dass Kompressions- und Scherkräfte ein oder mehrere Bewegungssegmente „überspringen“.

Vielmehr müssen sowohl Hebe- und Tragebelastungen wie auch Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung zwangsläufig die gesamte Lendenwirbelsäule belasten.

Nach biomechanischen Erkenntnissen und Berechnungen (z.B. JÄGER, LUTTMANN, 1989<sup>38</sup>) sind die Kompressionskräfte bei Hebe- und Tragebelastungen beim aufrecht stehenden Menschen in sämtlichen Bandscheibenräumen der LWS fast identisch. In Rumpf-Beugehaltung ist die Kompressionskraft im obersten LWS-Segment nur um ca. 30% geringer als am lumbosakralen Scharnier. Gleichzeitig sind in dieser Rumpfbeugehaltung die Schwerkkräfte in sämtlichen LWS-Segmenten fast gleich groß, in aufrechter Körperhaltung am lumbosakralen Scharnier etwas größer als in den oberen LWS-Etagen. Bedenkt man noch den repetitiven Charakter der abertausendfachen Belastungseinwirkungen über viele Jahre hinweg, so liegt schon

<sup>38</sup> M. Jäger, A. Luttmann, Biomechanical analysis and assessment of lumbar stress during load lifting using a dynamic 19-segment human model, in: Ergonomics 32 (1989) 1, 93-112.

unter biomechanischen Aspekten die Erwartung nahe, dass – überschreiten die Einzelbelastungen die individuelle Belastungstoleranz – sämtliche involvierten Bewegungssegmente belastungsadaptive Reaktionen entwickeln müssen.

Dieser theoretische Ansatz findet auch eine Bestätigung durch die – wenigen verwertbaren – epidemiologischen Untersuchungen z.B. von HULT (1954)<sup>39</sup>, wonach bei Schwerarbeitern eine „Linksverschiebung“ osteochondrotischer und spondylotischer Reaktionen an den Deck – und Trageplatten des belasteten Wirbelsäulenabschnitts (dem Lebensalter vorausgehend) nachzuweisen war. Zwischenzeitlich konnte anhand einer großen Zahl analytisch ausgewerteter Fälle (WEBER, 1997)<sup>40</sup> nachgewiesen werden, dass im LWS-Bereich belastungsadaptive Reaktionen mit einer „Proximalisierung der Spondylose“ und einer „Distalisierung der Osteochondrose“ mit „Sprungsegment L3/4“ bei einem übermäßig beruflich belasteten Klientel zu erwarten sind. Diese Untersuchungsergebnisse sind sowohl kompatibel mit der älteren Erkenntnis einer „Linksverschiebung“ als auch der Beobachtung, dass bei der beruflich nicht-belasteten Bevölkerung am häufigsten „degenerative Veränderungen“ in den untersten LWS-Segmenten zu beobachten sind (Ludolph, Besig, 1993<sup>41</sup>)

<sup>39</sup> L. Hult, Cervical, Dorsal and Lumbar Spinal Syndroms, a Field Investigation of an Non-Selected Material of 1200 Workers in Different Occupations with Special Reference to Disc Degeneration an So-Calles Muscular Rheumatism, in: Acta Orthop. Scand. Suppl. 17 (1954).

<sup>40</sup> M. Weber, M. Morgenthaler, Röntgenologische Veränderungen der Wirbelsäule von Schwerstarbeitern, in: Med.Sach.92 (1996) 112-116 – siehe dazu eine ausführliche Kritik in meinem Beitrag „Das Kreuz mit dem Kreuz“ in: Berufskrankheiten aktuell, Nr. 20/21, Juni/Juli 1998, S. 52-71.

<sup>41</sup> E. Ludolph, K. Besig, Die Berufskrankheiten „Wirbelsäule“ – Ein – oder mehrsegmentales Schadensbild? In: Akt. Traumatol. 23 (1993) 255-256. In

Diese Erkenntnisse sind in der Begutachtung von entscheidender Bedeutung, da erst die Verknüpfung belastungsadaptiver Reaktionen mit einer bandscheibenbedingten Erkrankung eine plausible Begründung für das Vorliegen eines belastungskonformen Schadensbildes ergibt.

Bandscheibenbedingte Erkrankungen sind – auch bei beruflich belasteten Personen – weit verbreitet, insbesondere im unteren LWS-Bereich, sind also – per se – nicht belastungsspezifisch. Aus der Erkrankung allein kann somit kein Indiz für deren Ursache hergeleitet werden (JUNGHANNS, 1979). Verwirrend erscheint auch die weite Verbreitung und stete Zunahme in den hoch entwickelten Industrieländern bei dort gleichzeitiger Abnahme der Schwerarbeit (DEBRUNNER, RAMSEIER, 1990). Die Begründung hierfür liegt wahrscheinlich darin, dass unzutreffenderweise jeglicher Rückenschmerz mit einer Bandscheibenerkrankung gleich gesetzt wird.

Verwirrend erscheint auch die Beobachtung von PORTER (1987), dass körperliche Schwerarbeit eher vor der Entstehung einer Bandscheibenerkrankung schützt, wenngleich auf diesem Wege belastungsadaptive Reaktionen zu entstehen pflegen.

Vergleichende Untersuchungen zwischen beruflich belasteten und nicht-belasteten Wirbelsäulenpatienten ergaben auch keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit und dem Verteilungsmuster gesicherter Bandscheibenerkrankungen (WEBER, MORGENTHALER 1996). Allein die gesicherte Bandscheibenerkrankung – und ggf. neurogene Defizite – kann somit

diesem Beitrag und anderen Schriftstücken haben Ludolph, Besig diese Behauptung aufgestellt und mit „eigener Erfahrung“ begründet. Belege dafür sind sie bis heute schuldig geblieben. Das ist einsichtig. Selbst Schröter räumt heute ja ein, dass in 90% aller Fälle von Rückenschmerzpatienten keine organischen Ursachen gefunden werden können (auf seinem Fachgebiet). Da bleiben nicht mehr viele übrig, die nicht wirbelsäulenbelastend gearbeitet haben.

selbst bei zweifelsfrei erfüllten beruflichen Anspruchsvoraussetzungen nicht automatisch zur Anerkennungsempfehlung führen. Erst der Ausschluss schicksalhafter Ursachenkomponenten sowie bildtechnisch nachgewiesener belastungsadaptiver Reaktionen in den anderen Segmenten des gleichen Wirbelsäulenabschnitts bestätigen ein belastungskonformes Schadensbild (SCHRÖTER, TÄNDLER, 1995).

Der Wahrscheinlichkeitsbeweis beruht somit zum einen auf der Kongruenz zwischen Lasteinwirkung und Lokalisation der belegten Bandscheibenerkrankung (WOLTER, u.a., 1994), zum anderen auf der Belastungskonformität, belegt durch belastungsadaptive Reaktionen, resultierend aus hinreichend nachgewiesenen beruflichen Belastungen, nicht verursacht durch sportliche oder sonstige Einwirkungen.<sup>42</sup>

**Keine** der von Schröter angeführten Arbeiten anderer Autoren beschäftigte sich epidemiologisch mit der behaupteten Belastungsadaptation der Wirbelsäule oder hat sie klinisch untersucht. Die angeblich epidemiologische Arbeit von Weber/Morgenthaler von 1996 dürfte – ginge es mit rechten Dingen zu – nicht mehr zitiert werden, weil sie a) eine BG-Auftragsarbeit war, b) den einfachsten wissenschaftlichen Anforderungen nicht genügt und c) lediglich die Röntgenbilder von gerade mal 150 Röntgenbilder von 101 anerkannten und von 49 mindestens zehn Jahre lang belasteten, aber nicht anerkannten Versicherten (letztere als 'Kontrollkollektiv' benutzt!) untersuchte, die Weber/Morgenthaler von BG'en ohne Einverständnis der betroffenen Versicherten zur Verfügung gestellt worden waren.<sup>43</sup>

<sup>42</sup> Das Gutachten liegt der Redaktion von „Crash“ vor. Im Interesse des Versicherten verzichten wir auf die Veröffentlichung der näheren Angaben.

<sup>43</sup> Siehe dazu die Auseinandersetzung im Medizinischen Sachverständigen H.

Selbst wenn man von der wissenschaftlichen Unbrauchbarkeit dieser Arbeit absähe, belegt auch sie die Adaptionenlehre nicht. Auf eine eigene Forschungsarbeit verwies Schröter nicht.

## Vom LSG Niedersachsen abgesegnet

Es blieb – wiederum - dem 6. Senat des LSG Niedersachsen vorbehalten, in eigener Rechtschöpfungsherrlichkeit die Adaptionenlehre aus der Feder des Orthopäden Schröter (und anderer) sozialgerichtlich abzusegnen und für wahr zu erklären.

In ihrem Urteil vom 6. April 2000 erklärten die Richter:

*„Nach den Ergebnissen epidemiologischer Studien und dem wissenschaftlichen Kenntnisstand insbesondere der Sportmedizin zu biomechanischen Wirkungen treten – wenn eine körperliche Belastung die Grenze der individuellen Belastbarkeit an den Bewegungssegmenten überschreitet – dem Lebensalter vorausseilende osteochondrotische Veränderungen (sklerosierende Verdichtungen an der Deck- und Tragplatte) – bevorzugt an der unteren LWS – und spondylotische Veränderungen (knöcherne Ausziehungen an den Deck- und Tragplatten) an der unteren BWS – die mittlere und obere BWS reagiert auf Grund des knöchernen Brustkorbs selbst auf ganz erhebliche Belastungsvorgänge nicht – mit Ausdehnung auf die obere LWS auf. Diese belastungsadaptiven Reaktionen weisen auf die berufliche (Mit)Verursachung einer bandscheibenbedingten Erkrankung hin und sind im Übrigen – wie ausgeführt – Grundlage der Entscheidung des Ordnungsgebers gewesen, bandscheibenbedingte Erkrankungen als entschädigungswürdige BKen in die Anlage zur BKV aufzunehmen. Die belastungsadaptiven Phänomene können sich nach Beendigung der beruflichen Belastung nicht mehr*

*(durch diese bedingt) fortentwickeln.“<sup>44</sup>*

Wenige Monate später zog das LSG Hessen nach.

## Vom LSG Hessen kopiert

Auch dieses Gericht urteilte auf der Grundlage eines Schröter Gutachtens. Es lehnte den Entschädigungsantrag eines Maurers – auch in diesem Fall waren die arbeitstechnischen Voraussetzungen bewiesen – wegen fehlender Adaptionenreaktionen an der oberen LWS ab.

Auch hier hatte Schröter zusätzlich eine „lumbosakrale Übergangsstörung“ entdeckt und auf Anlagenbedingtheit des Schadens plädiert. Das griff das LSG ebenso begierig auf wie dessen Adaptionenlehre.

Im Urteil heißt es euphorisiert – der geneigte Leser, die geneigte Leserin achte dabei auch und vor allem auf die Literatur, auf die sich das LSG Hessen stützte:

*„Nach den Ergebnissen der zur Verfügung stehenden epidemiologischen Studien (Gutachten 1997 I und II) treten bei körperlich überdurchschnittlich belasteten Personen dem Lebensalter vorausseilende osteochondrotische Veränderungen (sklerosierende Verdichtungen an der Deck- und Tragplatte) bevorzugt an der unteren LWS und spondylotische Veränderungen (knöcherne Ausziehungen an den Deck- und Tragplatten) an der unteren BWS – die mittlere und obere BWS reagiert auf Grund des knöchernen Brustkorbes selbst auf ganz erhebliche Belastungsvorgänge nicht (Gutachten 1999, S. 68ff.) – mit Ausdehnung auf die obere LWS auf (s. auch Weber/Valentin, Begutachtung der neuen Berufskrankheiten der Wirbelsäule, Fischer Verlag 1997, S. 101 ff; Weber, MedSach. 1998, 122ff, ders. In: Kügelgen u.a., a.a.O., S. 277, 286; Gutachten 1999, S.*

*53 f.; vgl. auch Hartwig u.a., Der Unfallchirurg 1997, 888ff.).*

*Dieses Ergebnis epidemiologischer Untersuchungen ist auch vor dem Hintergrund des von dem Sachverständigen ausführlich dargestellten wissenschaftlichen Kenntnisstand insbesondere der Sportmedizin zu biomechanischen Wirkungen körperlicher Belastungen plausibel (Gutachten 1999, S. 50 ff.; s. hierzu auch die Diskussionsbeiträge von Rompe und Stürz auf der Tagung zur Verhütung und Erkennung von LWS-Schäden in Bad Nauheim a.a.O., S. 24, 35, 91f). Danach vermag sich der Organismus in einem relativ weiten Bereich körperlichen Belastungen anzupassen. Die Obergrenzen der funktionellen Anpassung sind nicht bekannt und werden in erster Linie durch konstitutionelle Faktoren bestimmt (Weber in: Brennpunkt Arbeitsschutz Bd. 3, a.a.O., S. 82,83; vgl. auch Ludolph/Schröter in Weber/Valentin, a.a.O., S. 79, 82).*

*Bei einer regelmäßigen Mehrbelastung werden an den Deck- und Tragplatten der Wirbelkörper röntgenanatomisch um das gleiche Phänomen, welches bei der Bandscheibenerweichung als restabilisierendes (reparatives) Moment an den Deck- und Tragplatten als Osteochondrose bezeichnet wird. Dieses Anpassungsphänomen (belastungsadaptive Reaktion) verglich Kristen (Belastungsadaptive Reaktionen, Mikrotraumatisierung und Reparation, in: Kügelgen/Böhm/Schröter, a.a.O., S. 207) für einen medizinischen Laien anschaulich mit der Hohlhandverschielung eines Schmiedes.“*

## Zweifelhafter Umgang mit der Wahrheit

Undsowweiterundsofort – das LSG betete den gesamten Schröter-Text in seiner Hessenvariante ab, um schließlich zu bekennen:

*„In diesem Sinn ist der erkennende Senat auch bisher schon von der Erwartung ausgegangen, dass bei beruflichen Expositionen, die zu Bandscheibenschäden in den unteren Segmenten der LWS führen, auch die ebenfalls belasteten oberen Segmente der LWS - wenn auch nach-*

4, 1997, S. 133f, vgl. auch A. Vogel, Krach um's Kreuz, a.a.O., S. 62ff

<sup>44</sup> Az.: L 6 U 328/99. Das Urteil ist rechtskräftig.



eilend – degenerativ verändert sind. Die belastungsadaptiven Reaktionen stellen das einzige Kriterium dar, das auf die berufliche Verursachung einer bandscheibenbedingten Erkrankung hinweist, da eine bandscheibenbedingte Erkrankung aus sich heraus keine bestimmte Verursachung erkennen lässt (vgl. auch Mehrrens/Perlebach, a.a.O., S. 28 unten)“ (H.v.m.)

Wie schon das LSG NS zuvor scheut es sich auch nicht – anscheinend um Gesetzeskonformität zu suggerieren – dem die dicke Lüge oben aufzusetzen:

„Sie sind im Übrigen Grundlage der Entscheidung der Verordnungsgeberin gewesen, bandscheibenbedingte Erkrankungen als entschädigungsfähig in die Anlage zur BKV aufzunehmen.“

In Wahrheit haben diese sog. belastungsadaptiven Reaktionen weder in der Forschungsliteratur zu den bandscheibenbedingten LWS-Degenerationen noch bei den Beratungen der Sektion „Berufskrankheiten“ im BMA eine Rolle gespielt. Auch in der Kommentierung der BK-Ziffern 2108-2110 werden sie an keiner Stelle erwähnt.

Wie allerdings das LSG Hessen in diesem Punkt mit der Wahrheit umging, so verfuhr es auch mit der angeblich belegenden Literatur. Sie entstammt ganz überwiegend den doppelt und dreifach in verschiedenen Publikationen veröffentlichten Arbeiten des schon erwähnten Zitiertkartells.

Eine Stichprobe in einer anderen der genannten Quellen zeigt allerdings, dass das Gericht es auch sonst nicht so genau nahm. Bei der Überprüfung des Literaturhinweises auf Diskussionsbeiträge von Rompe, entdeckte ich auf S. 25 des Readers lediglich dessen Frage an Prof. Kupfer, St. Augustin (HVBG) mit folgendem Inhalt:

„Herr Kupfer. Ich wollte fragen, ob Sie vielleicht mal mit dem Bundesinstitut für Sportwissenschaft in Köln Kontakt aufgenommen haben. Ich könnte mir vorstellen, an Untersuchungen von Ku-

gelstoßern, Gewichthebern wären die sehr interessiert.“

Prof. Kupfer antwortet:

„Vielen Dank, wir haben von Anfang an eine Verbindung gehabt zu dem Institut für Sportmedizin in Potsdam, aber auch mit dem Kölner Institut der Deutschen Sporthochschule und ich gebe Ihnen völlig recht, auch selbst ein Golfspieler könnte mit dem System den richtigen Körperschwerpunkt und den richtigen Bewegungsablauf bestimmen.“

Auf S. 35 ist dokumentiert wie Prof. Rompe den Punkt noch einmal aufgriff und insistierte:

„Dasselbe Problem noch mal, Herr Hartung, warum haben Arbeitswissenschaftler eine Berührungangst vor Sportwissenschaftlern. Gibt es nicht genügend Leistungssportträger, die alle Voraussetzungen der BK-Verordnung erfüllen würden von der Dauer her, vom Gewicht her? Warum gibt es dort keine Zusammenarbeit?“

Und auf S. 94 findet sich dessen -medizinisch und ethisch beklemmende<sup>45</sup> - Einlassung:

<sup>45</sup> Medizinisch beklemmend deshalb, weil hier MalocherInnen mit – ganz generell - LeistungssportlerInnen aus der verblichenen DDR verglichen werden. Schwerarbeit als Sport? Das ist die erste Unverschämtheit. Die Zweite ist, dass DDR-Sportler ja nun nachweislich in der überwiegenden Mehrzahl jahrelang gedopt wurden und viele von ihnen wegen des Dopings heute sehr krank sind. Hinzu kommt: Rompe mag zwar die Studien kennen, doch dass er ihnen derart kritiklos vertraut und deren Ergebnisse in dieser Wortmeldung auch noch gegen seine angeblichen Beobachtungen an von ihm begutachteten Versicherten ausspielt, ist mehr als befremdlich. Im Übrigen kann man ein Mehr oder Weniger an Mineralsalzeinbau in die Knochen nicht einfach mal so sehen, wie hier von Rompe forsch behauptet.

Diese Einlassung zeigt also sehr deutlich, wessen Geistes Kind Prof. Rompe ist. Das hessische LSG-Urteil zeigt indes, wo die geistige Verwandtschaft

„Ich hätte ja gedacht, der Herr Weber hätte gesagt, er will dahin, dass eine Gleichbehandlung der deutschen Bürger vor dem Recht stattfindet. Dazu sehe ich bis heute keine Möglichkeit, weil die BK nicht vernünftig formuliert ist. Vor allen Dingen weiß ich immer noch nicht, warum die Beamten in den höheren Bundesbehörden mit ihren Kreuzschmerzen nicht unter die Definition fallen. Das kann man natürlich politisch kanalisieren und kann sagen, dies oder jenes wollen wir. Aber dann muss es so vernünftig formuliert sein, dass man sagen kann, die Kreuzschmerzen entstehen nur durch Bandscheibenschäden. Das kann man jedoch auch nicht im Raume stehen lassen. Und ich will noch etwas zum Sport sagen. Mir sind eine Reihe guter Arbeiten aus der DDR bekannt, die wir nie hätten aus Strahlenschutzgründen machen dürfen, dass verstärkter Mineralsalzeinbau und stärkerer Bau von Wirbelkörpern bei Leistungssportlern beobachtet wurde. So was habe ich bei denen, die ich zu begutachten bekommen habe, die also 10 oder 20 Jahre schwer körperlich gearbeitet haben, noch bei keinem gesehen.“

Nur Prof. Stürz aus Gießen brachte ein, „es“ sei „überzeugend nachzuweisen, dass bei aktiven Turnerinnen, die schon früh anfangen mit heftigem Training, in massiver Zahl, bis zu 50% und mehr, Spondylosen auftreten“. Doch wollte Stürz das nur als „ein Beispiel“ dafür „verstanden“ wissen, dass sich bei langjährigen Belastungen „morphologische Veränderungen und damit auch Beeinträchtigungen der Funktion des Bewegungssegment“ ergäben. „Das Problem“ aber sei, so Stürz wörtlich, ob „das zuzuordnen“ ist (S. 91f).

Der behauptete wissenschaftliche Kenntnisstand insbesondere der Sportmedizin zu biometrischen Wirkungen körperlicher Belastungen lässt sich also weder mit den Diskussionsbeiträgen des Prof. Rompe

des Herrn Prof. Rompe bei der Sozialgerichtsbarkeit sitzt.

noch mit denen des Prof. Stürz während der Tagung in Bad Nauheim „Verhütung und Erkennung von Lendenwirbelsäulenschäden“ belegen.

Die Stichprobenüberprüfung hat gezeigt, das LSG Hessen hat auch hier mit gezinkten Karten gespielt. Der Literaturbeleg ist so untauglich wie die vielen von Schröter angeführten angeblichen Literatur- und Forschungsbelege für seine Adaptionslehre, die vom LSG NS und LSG Hessen umstandslos übernommen wurden. Leider sprengt es den Rahmen, weitere in diesem Urteil angeführten Literaturbelege auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen.

Zurück bleibt ein sehr fader Geschmack auf der Zunge – und die bange Sorge, was an (Sozial)-Gerichtsurteilen wohl sonst noch so alles falsch, unrichtig oder umgefälscht ist, weil RichterInnen ein Ergebnis erzielen wollen, was ihrer „Erwartung“ entspricht.

Woher diese ihre „Erwartung“ aber resultiert, das mag man da gleich gar nicht genauer thematisieren.

### Die Adaptionslehre: Von der Forschung widerlegt

Im Sommer 2001 legte die Arbeitsgruppe um Seidler, Institut für Arbeitsmedizin der Universität Frankfurt (Direktorin: Frau Prof. Gine Elsner<sup>46</sup>, siehe Abbildung), eine sehr wichtige Forschungsarbeit vor. Sie beschäftigte sich dezidiert mit der scheinbar naiven Frage, ob sich nach medizinischen Kriterien bandscheibenbedingte Schäden an der LWS beruflicher tatsächlich von

<sup>46</sup> Elsner ist heute auch Direktorin des Zentrums für Gesundheitswissenschaften im Klinikum der W.-Goethe-Universität Frankfurt am Main, dem mehrere Institute angehören

solchen nicht beruflicher Ursache unterscheiden ließen.<sup>47</sup>

Es wurden „229 männliche Patienten mit einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS (sympptomatische Osteochondrose oder Spondylose, davon n = 115 mit zusätzlicher Prolapserkrankung)“ mit „197 männlichen Kontrollpersonen (107 Bevölkerungskontrollen, 90 wegen Urolithiasis stationär behandelte Kontrollpersonen mit röntgenologisch ausgeschlossener Osteochondrose/Spondylose) verglichen“.



Abb.: Frau Prof. Gine Elsner 2001

Das Studiendesign hatte A. Seidler bereits im Jahr zuvor beschrieben.<sup>48</sup>

<sup>47</sup> A. Seidler et al., Belastungskonformität berufsbedingter Erkrankungen der Lendenwirbelsäule, in: *Zbl Arbeitsmed* 51 (2001) 313-323

<sup>48</sup> A. Seidler, Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule – erste Studienergebnisse. In: *Hessisches Sozialministerium (Hrsg.), Beruflich bedingte Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparats. Bericht über die*

Um die kumulative Belastungsdosis (Expositionshöhe/-dauer) durch Heben und Tragen von Lasten zu ermitteln sowie durch Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung benutzte die Arbeitsgruppe „zum einen“ das Dortmund Mainzer Modell (MDD) „ohne Berücksichtigung von Schwellenwerten“ und berechnete andererseits die Gewichte sowie die Hebe- und Tragedauer mit einem vereinfachten Verfahren. „Als Effektschätzer für die Relativen Erkrankungsrisiken (RR) wurden die Odds Ratios“ nach „Alter, Region, Staatsangehörigkeit und andere Erkrankungen“ mit einer möglichen Beteiligung der LWS adjustiert. „Die beruflichen Risiken“ berechnete sie „für monosegmentale und mehrsegmentale sowie für „belastungskonforme“ und „nicht belastungskonforme“ Schädigungsmuster getrennt.

„Im Ergebnis zeigten sich vergleichbar hohe Relative Erkrankungsrisiken (RR)



Abb.: Dr. Andreas Seidler 2001

Schädigungsbilder ließen sich deutlich höhere Erkrankungsrisiken aufzeigen als für mono- und mehrsegmentale Schädigungsbilder. Für „belastungskonforme“

Tagung am 17. November 1999 an der Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt a. M., Reihe Brennpunkt Arbeitsschutz, Bd. 4, S. 40.63, Hausdruck Wiesbaden 2000. Seidler arbeitet heute bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) in Berlin.

für „nicht belastungskonforme“ Schädigungsbilder; allerdings fanden sich für hohe berufliche Belastungen deutlich erhöhte RR auch für vermeintlich „nicht belastungskonforme“ bandscheibenbedingte Erkrankungen der LWS.“

Daraus folgte die Arbeitsgruppe:

„Zusammenfassend stellt die vorliegende Studie das häufig vertretene Konzept der „Belastungskonformität“ bandscheibenbedingter LWS-Erkrankungen im Sinne eines abnehmenden Ausmaßes der LWS-Schädigung in Richtung der oberen Lendenwirbelsäule in Frage.“

Auch bisher meist als „nicht belastungskonform“ eingestufte Schädigungsbilder können auf der Grundlage der vorliegenden Studie Folge – insbesondere hoher – beruflicher Belastungen sein.“

## Der Offenbarungseid des Dr. Schröter

Am 26. November 2001 wagten sich die Duz-Freunde Schröter und Ludolph „in die Höhle des Löwen“ (Schröter) und nahmen am 4. Symposium „Bandscheibenbedingte Berufskrankheiten: Welche medizinischen Krankheitsbilder verbergen sich darunter“, veranstaltet vom Institut für Arbeitsmedizin der Universität Frankfurt teil. Seidler hatte jetzt Gelegenheit, die Studie persönlich vorzustellen und deren Ergebnisse mit dem – nach offizieller Leseart - Erfinder der Adaptionslehre, Schröter, im Zusammenhang mit dessen Adaptionslehre zu erörtern – was auch ausgiebig geschah.

Schließlich befragt, auf welche Erkenntnisse welcher epidemiologischen und/oder klinischen Studien mit wie vielen StudienteilnehmerInnen er seine Adaptionslehre stütze und wie sich – vor allem - die dort gewonnenen Befunde prozentual auf die LWS und BWS verteilen, musste Schröter eingestehen:

**„Es gibt keine Studien. - Dass ein belastungskonformes Schadensbild entstehen muss, ist Ergebnis meiner Überlegungen.“**

Auf verblüffte Nachfrage aus dem Publikum der versammelten Orthopäden, Arbeits- und Gewerbemediziner, Sozialrichter etc., wie das von ihm propagierte belastungskonforme Schadensbild in klinisch-orthopädischen Studien beschrieben sei und ob nicht wenigstens er selbst eine klinische Studie durchgeführt habe, auf die er sich berufen könne, bekräftigte Schröter laut und vernehmlich coram publico:

**Es gibt keine klinische Studie, auch nicht aus meinem Institut.<sup>49</sup>**

Damit war plötzlich klar:

Schröter hatte in Wort und Schrift getäuscht, in dem er wieder und wieder zahlreiche Literaturbelege angeführt hatte, die, wie er jetzt gestand, *nicht einschlägig* waren.

Sowohl das Urteil des LSG Niedersachsen als auch das des Hessischen LSG aus dem Jahr 2000 fußten auf falschen Voraussetzungen und unbewiesenen gutachterlichen Annahmen.

Die Krone setzte dem aber der Diskussionsbeitrag des gleichfalls anwesenden Berichterstatters des LSG Hessen in Darmstadt, Dr. Peters, auf, der während der Diskussion Schröters Geständnis einfach ignorierte und sich als völlig verunsicherter Richter inszenierte – angesichts angeblich so unterschiedli-

<sup>49</sup> Nach meinen Aufzeichnungen der Äußerungen des Dr. Schröter während des 4. Frankfurter Symposiums.

cher Forschungsergebnisse wie von Schröter einerseits und Seidler andererseits. Richter Peters ist Berichterstatter des Unfallsenats des LSG Hessen und im Wesentlichen verantwortlich für das nun offenkundige Fehlurteil. Doch scheint er nicht bereit, die Verantwortung dafür zu übernehmen.



Abb.: LSG-Richter Peters 2001

Er flüchtete sich stattdessen in das bewährte Rollenspiel: Was soll ein armer Richter machen, wenn sich die Fachleute streiten und die Forschung Verwirrung stiftet?

Wem nur soll da ein armer Richter Glauben schenken?

In Sachen BK-Ziffern 2108-2110 ging es jedoch, wie gezeigt, nie um echte medizinische Kontroversen, wurde nie wirklich um Irrtum und Wahrheit gerungen.

Es ging nur immer darum, wie kriegen wir die teure Kuh vom Eis und wie das Problem taktisch und strategisch erfolgreich geregelt.

Und dieser Zweck heiligt(e) offenbar alle Mittel.

Meines Wissens nach hat Herr Dr. Schröter seine Adaptionslehre bis heute nicht zurückgezogen, seine

Gutachten nicht revidiert und keinen Gutachter davon in Kenntnis gesetzt, die nach wie vor 'ahnungslos' auf der Basis seiner 'Überlegungen' gutachten. Nach wie vor werden zu Tausenden Versicherte von den UVT und den Sozialgerichten mit Hilfe Schröters 'Überlegungen' um ihre Entschädigung geprellt.

Schröter selbst zeigte sich übrigens in Frankfurt am Main schlussendlich ganz treuherzig davon überzeugt, auf der Grundlage seiner Adaptionstheorie sei nie einem Versicherungsnehmer die Entschädigung versagt worden –

packte seine Tasche, sagte seinem Duzfreund Adieu und entschwand in Richtung Kassel.

## BSG:

### Richtige und falsche Erfahrungssätze

Nicht alle Landessozialgerichte sind der Rechtsprechung der LSG Niedersachsen und Hessen gefolgt und haben die Adaptionstheorie des Dr. Schröter et al. adaptiert. Die Urteile des LSG Baden-Württemberg vom 11.2.1999<sup>50</sup> und des LSG Berlin vom 8. 2. 2000<sup>51</sup> hat das BSG nicht an die Vorinstanz zurückverwiesen, weil sie die Adaptionstheorie ignoriert hätten.

Maßgeblich waren ganz andere Gründe, wobei in diesem Zusammenhang vor allem das BSG-Urteil vom 2.5.2001 von besonderem Interesse ist.

Hier hatte der Kläger Revision mit der Begründung beantragt, es sei unzulässig, wenn das LSG gemeint

habe, die arbeitstechnischen Voraussetzungen seien nicht erfüllt gewesen, weil der Versicherte weniger als ein Drittel seiner Arbeitszeit schwer gehoben und getragen habe.

Das BSG gab dem Kläger recht und entschied, „eine solche Voraussetzung“ sei „dem Wortlaut der Norm nicht zu entnehmen“. Der VO-Gebhaber habe „gezielt auslegungsbedürftige unbestimmte Rechtsbegriffe gewählt, um die schädigende Exposition zu kennzeichnen“, weil er dadurch u.a. gewährleisten wollte, dass neue Erkenntnisse medizinischer Natur berücksichtigt werden können. Mit Hilfe medizinischer Sachkunde habe die Rechtsprechung die neuesten medizinischen Erkenntnisse zu ermitteln und die Konkretisierungslücken auszufüllen, doch müssten die Erfahrungssätze bestimmten Anforderungen genügen:

*„Der Inhalt medizinischer Erfahrungssätze kann vom Revisionsgericht nicht überprüft und somit auch nicht festgestellt werden. Es darf lediglich kontrollieren, ob das Tatsachengericht dabei gegen Denkgesetze oder allgemeine Erfahrungssätze verstoßen hat und ob es das Gesamtergebnis des Verfahrens berücksichtigt hat (...). Ein Verstoß gegen allgemeine Erfahrungssätze liegt vor, wenn das Tatsachengericht einen bestehenden Erfahrungssatz nicht berücksichtigt oder einen tatsächlich nicht existierenden Erfahrungssatz angewendet hat (...).“*

Was das heißt, erläuterte das BSG an dem Fall und führte aus:

Das LSG Baden-Württemberg habe mit seiner Auffassung, wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten müssten im Durchschnitt wenigstens während eines Drittels der täglichen Arbeitszeit verrichtet worden sein, um (generell) ursächlich für eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS zu sein, „eine (zusätzliche) Konkretisierung“ vorgenommen. Dabei habe es aber „auf einen von ihm angenommenen allgemeinen medi-

zinischen Erfahrungssatz“ zurückgegriffen, „der so nicht besteht“.

Das gelte entsprechend für die Auffassung des LSG, dass die fehlende tägliche Intensität auch nicht durch eine viel längere Belastungszeit als die geforderten Mindestbelastungsdauer von zehn Jahren kompensiert werden könne.

Damit habe das LSG Baden-Württemberg „gegen die Grundsätze der Beweiswürdigung verstoßen“, weil es, wie der Kläger richtig kritisiert habe, durch die „allgemein gültige Definition des Kriteriums der „Regelmäßigkeit“ und „Häufigkeit“ wirbelsäulenbelastender Tätigkeiten ein Kriterium gesetzt“ habe, „das der Intention des VO-Gebbers nicht gerecht“ werde und „angesichts der vorliegenden medizinischen Erkenntnisse jeglicher Grundlage“ entbehre.

Mit diesem angeblichen Erfahrungssatz verstricke sich das LSG in Widersprüche und müsse jene epidemiologischen Erkenntnisse ausklammern, die zu ganz anderen Ergebnissen gekommen sind.

*„Bei allgemeinen Erfahrungssätzen handelt es sich um Schlüsse, die auf Grund von – ggf. fachlicher – Erfahrung aus einer Reihe gleichartiger Tatsachen gezogen werden und die daher entweder der allgemeinen Lebenserfahrung oder der besonderen Fachkunde angehören; medizinische Erfahrungssätze müssen auf wissenschaftlicher Grundlage basieren und von den beteiligten Fachkreisen überwiegend zumindest akzeptiert werden.“*

In diesem Sinne sei die Anforderung, 1/3 der Arbeitszeit müsse schwer gehoben und getragen worden sein, kein Erfahrungssatz. Das gelte auch für die weitere Rechtsinterpretation des LSG, wonach in „kurzen Zeitabschnitten (...) jeweils eine bestimmte Belastungsdosis erreicht worden sein“ und „zusätzlich eine bestimmte Gesamtbelastungsdosis“ nachgewiesen sein müsse und „beide Voraussetzungen –

<sup>50</sup> Urteil des LSG Stuttgart vom 11.2.-1999, Az.: L 7 U 1059/98, BSG-Urteil vom 22.8.2000, Az.: B 2 U 34/99 R

<sup>51</sup> Urteil des LSG Berlin vom 8.2.-2000, Az. unbekannt, BSG-Urteil vom 2.5.2001, Az.: B 2 U 16/00 R



„Regelmäßigkeit und Häufigkeit“ einerseits sowie „Langjährigkeit“ andererseits nebeneinander erfüllt sein müssten, ohne dass ein Minus des einen durch ein Plus des anderen kompensiert werden könne“.

Auch das sei, so das BSG, „die fehlerhafte Annahme eines nicht bestehenden allgemeinen medizinischen Erfahrungssatzes“. Das LSG habe „weder zu erkennen gegeben,

dass es selbst medizinische Sachkunde besitzt, noch dass und wie es sich fremder medizinischer Sachkunde bedient hat, um den von ihm „angenommenen „Erfahrungssatz“, der im Merkblatt (des BMA zu den BK-Ziffern 2108-2110) so nicht erwähnt wird, herauszufinden“.

Das BSG warf dem LSG Verstöße gegen die Amtsermittlungspflicht gemäß § 103 SGG und gegen § 128

Abs. 1 Satz 1 SGG vor, weil es unzureichend ermittelt habe, ob der angenommene medizinische Erfahrungssatz überhaupt besteht.

Angela Vogel

## ANHANG

Tabelle aus G. Elsner, *Anerkennung von Berufskrankheiten*, in: Deppe/Burkhardt, *Solidarische Gesundheitspolitik*, Hamburg 2002, S. 129

### Angezeigte und anerkannte bandscheibenbedingte Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule Nr. 2108

Jahr	Alle Unfallversicherungsträger			Gewerbliche Berufsgenossenschaften		
	Angezeigte	Anerkannte		Angezeigte	Anerkannte	
	Fälle	Fälle	%*	Fälle	Fälle	%*
	abs.	abs.	%*	abs.	abs.	%*
1993	27.305				16	
1994	20.681			17.425	153	0,9
1995	16.363					
1996	14.695	578	3,9			
1997	13.638	530	3,9			
1998	11.757	324	2,8			
1999	13.217	393	2,97	11.156	252	2,3

Quellen: HVBG 1994; BMAS 1996 (Januar); BMAS 1996 (Dezember); BMAS 1998; BMAS 1999; BMAS 2000; HVBG 2001; \* eigene Berechnungen

#### Anmerkung:

Bei diesem Beitrag handelt es sich um eine leicht überarbeitete Fassung des 2002 unter dem Titel "BK-Ziff. 2108. Strategie und Taktik. LWS-Schäden im Spiegel der orthopädischen Deutung und Rechtsprechung" erschienenen Artikels. Er enthält den Stand der Entwicklung in Sachen Haftung der gesetzlichen Unfallversicherung für berufsbedingte Degenerationsschäden an den Bandscheiben der Lendenwirbelsäule durch schweres Heben und Tragen, BK-Ziffer 2108, von ca. 1999 bis zum Erscheinungsdatum in "Crash" im Mai 2002.

Die abekra-online-Redaktion, 11. Dezember 2008



