

# Crash

---

Arbeitsunfall- und Berufskrankheiten –REPORT (Beilage der UMG)

Nr.6, 3. Jahrgang 2003

vormals „Berufskrankheiten aktuell,“

---

## *Achtung: Satire*

Dieser Tage geistert ein sonderbarer Vorwurf durch die politischen Kulissen. Die Opposition dröhnt, die KritikerInnen nörgeln, MinisterInnen gehen sich gegenseitig an, Leitartikler bohren Zeigefinger in die Luft (und lassen den Ringfinger auf ihre Opfer niedersausen) und 'Wissenschaftler' aus gesponserten Instituten, sie alle geben zu Protokoll: der Kanzler hat kein Konzept, der Finanzminister auch nicht, die Deutsche Bundesbahn, die Telecom, die Post, die Börse - allesamt ohne Konzept. Schrecklich. Alles saust dem Abgrund zu und immer noch kein Konzept, kein Gesamtkonzept.

Tausche Steuererlass für ein Konzept. Reicht nicht? Dann also den Sozialstaat als Beigabe. Haben wir sowieso zu viel davon. Reicht nicht. In der Politik allesamt Blender und kein Konzept. Nur Mache und die, na ja zugegeben, Berlusconi macht seine Sache ordentlich und handwerklich perfekt - im Gegensatz zu den Berliner Eiermännern. Meint Herr Walter wahrscheinlich. Herr Walter ist das deutsche Gesamtgewissen aus der Zukunftsschmiede der Deutschen Bank. Der hat ein Konzept und ein Gesamtkonzept. Das soll aber (noch) nicht auf den Markt der Möglichkeiten und Zwänge. Er redet von der Zukunft, die uns allen droht. Sein Auge ist stahlblau und unbewegt auf die vergängliche Kamera gerichtet - oder auf den Kameramann? Nein, das wäre zu gruselig.

Was wollen sie uns bloß damit sagen? Was um Himmels Willen meinen sie? Visionen? Das kann nicht sein, loben sie doch im gleichen Atemzug Pragmatismus, Kompromiss- und Verzichtsbereitschaft der Habenichtse, verlangen Aldi-Katzenfutter für Arbeitslose, Kranke und sonstige Drückeberger vor der z.B. - mit immerhin 1,4 Milliarden staatlich finanzierter - Maloche bei Infineon - frisch auf den Mittagstisch. Nicht abends, das schadet der Gesundheit. Oder hat Infineon mit diesen 1,4 Milliarden Subventionen gar keine Arbeitsplätze geschaffen, nur ein paar Greencartler ins Land geholt und sie damals, ach Gott, wer weiß das noch, äh, bei dem Riesencrash, größer als der Börsencrash von 1929, 300 gute deutsche Milliarden EURO gingen den Bach runter, also damals gleich wieder entlassen? Egal.

Ein Konzept mit Allgemeinwohlkomponente. Allgemeinwohl. Jawohl. An das sich gegenwärtig eine überflüssige und lästige Großorganisation wie die IG Metall nicht hält und jetzt, jetzt! im Osten streikt. Bei der Wirtschaftslage. Aber da sind die Betriesbratsfürsten davor, mobben mal ein bisschen (früher hieß das Verrat, aber das war wohl auch ein Irrtum) und brüllen wie Brokers in ihre Telephone, der Peters hat kein Konzept. Wir wollen den Huber. Der weiß, was er will. Der ist Kunde von Walter. - Steckt den Huber in den Zuber? Dreißig Jahre alt, der Spruch. Da hatte man noch ein Konzept, einen Willy Brand und verbotene Liebe in der Politik. - Konzepte zu haben war *damals* schlecht. Gesamtkonzepte zu haben war *ganz* schlecht. Man kriegte Berufsverbot. Daraus entstand die Umweltbewegung und die Dritte-Welt-Läden und viele, viele Lachnummern vor Stacheldraht. Den hatte man um Brokdorf, die Startbahn West und die Wiederaufbereitungsanlage und den Schacht Konrad gezogen. Konrad. Was für ein Name. Konrad sprach die Frau Mama - und Konrad blieb tatsächlich da. Und ein Mann wie Fischer wurde Minister. Das auch. Aber da hatte er schon eingesehen, es gibt kein allgemeingültiges Konzept. Konzept klang nach Rezept. Die gibt es nur in Mamas Küche, beim Apotheker und in der Chemie. Da heißen sie Zubereitungen. Das regelt die GefahrstoffVO. Alles andere Herr Walter. Und als die Mauer fiel? Die dahinter hatten Sehnsucht nach der Freiheit. Das war die Chiquita. Sie sah aus wie ein Bumerang. Aber das sahen sie nicht. Sie hatten kein Rezept, kein Konzept, nur Mangel und zu viele Steine. Sie bekamen Begrüßungsgeld. Keiner sagte ihnen, dass das reichen musste für die nächsten tausend Jahre. Weil neue Konzepte Mangelware geworden sind und Herr Walter die alten flickt. Damit es diesmal glatter geht - mit dem harten Leben und dem rechtzeitigen Sterben, dem Fressen und Gefressenwerden.

Er sieht nicht übel aus, der Herr Walter, wenn er so gut genährt und stahlhart in die Kamera blickt. Finden Sie nicht?

## Mainz-Dortmunder-Modell bestätigt

### Die arbeitstechnischen Voraussetzungen

Seit die BK-Ziffer 2108, bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lenden- und Halswirbelsäule, 1992 in der Berufskrankheitsliste verzeichnet wurde, herrschte große Rechtsunsicherheit auch darüber, welche beruflichen Belastungen der LWS in welcher Stärke und Dauer zu bandscheibenbedingten LWS-Deformitäten führen könnten. Alenthalben bemängelten die Technischen Aufsichtsbeamten der BG'en, die TAD, die vorgegebenen Begriffe seien zu unspezifisch und deshalb unpraktikabel.

### Mal so - mal so

Man behelf sich und fast jede BG berechnete die Belastung eines Beschäftigten im Einzelfall anders. Nur eines war klar: Unter dem Strich musste eine Mindestbelastungsdosis von 3700 Nh (Newton-Stunden) stehen. Kam weniger raus, ging der LWS-Geschädigte Schwerarbeiter leer aus. Zwar gibt es in der Physik die Größe „Stundennewton“ nicht, doch darum scherte sich keiner.

Auch nicht darum, dass die TAD-Berechnungen zu teils verblüffenden Ergebnissen führten. Schon Addieren konnte - ausweislich vieler TAD-Protokolle in vielen Einzelfällen und nachfolgender BG-Bescheide - zur Harry Potter Session geraten. Für SozialrichterInnen indes kein Problem, sind sie es doch gewöhnt, dass 2 und 2 mindestens 1 ergibt. Und dieses Basis-Wissen verlangten sie auch von den orthopädischen und/oder chirurgischen Sachverständigen, die sie deshalb regelhaft heranziehen, um anschließend nachlesen zu können, dass ihre Urteilsmaximen wissenschaftlich abgesichert sind.

### Gerechtigkeitslücke

die Sache hatte jedoch einen Haken. All das Addieren, Subtrahieren, Berechnen von Scheer-, Schub- und Zugkräften in der LWS, die Gewichtung von Gewichten in der Zeit und im Raum, trug wesentlich dazu bei, dass die medizinischen Kosten bandscheibenbedingter LWS-Erkrankungen von SchwerarbeiterInnen zu ca. 99% von den gesetzlichen Krankenkassen beglichen werden mussten. Es drohte so etwas wie eine Gerechtigkeitslücke zu offenbar zu werden. Zu unterschiedlich fielen die Berechnungen aus, zu willkürlich erschienen die Entscheidungen, ob die arbeitstechnischen Voraussetzungen nun als gegeben anzusehen oder aber zu verneinen seien. Die TAD waren uneins. Auch SachbearbeiterInnen murrten. Die betroffenen Beschäftigten ballten die Fäuste. Gewerkschafter griffen zu schärferen Worten.

Es musste also ein neues, ein gerechteres (oder gerechter erscheinendes) Berechnungsmodell her.

### Das MDD-Modell

'Man' fand es in dem Mainz-Dortmunder-Modell (MDD)<sup>1</sup>, ab 1997 von Jäger, Luttmann, Bolm-Audorff<sup>2</sup>, Hartung u.a., unter Beteiligung eines BG-Juristen, entwickelt. und 1999 der Fachöffentlichkeit vorgestellt.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Von Witzbolden für Witzbolde: Medizinisches Dämlichkeits-Dumping

<sup>2</sup> Dr. Bolm Audorff war der Berichterstatte zur (neuen) BK-Ziff. 2108 im Beratergremium des Bundesarbeitsministers, der Sektion Berufskrankheiten, vgl. A. Vogel, Das Kreuz mit dem Kreuz, in: BK aktuell XXXXXXXXXX.

<sup>3</sup> ASU 3/99, 101-111; ASU4/99, 143-149.

Berechnet wird die Kompression der Bandscheibe(n) durch das gehobene und getragene Gewicht und die Dauer. Im Unterschied zu vorangegangenen Modell gewichtet das MDD die Expositionshöhe relativ zur Expositionsdauer stärker. Das ist der so genannte *quadratische* im Unterschied zum *linearen* Ansatz.

Aus den Untersuchungen von Brinkmann et al. (1988) „an isolierten Segmenten der LWS“ - im Klartext: an etwas mehr als 100 Skeletteilen von Toten - hatte sich ergeben, dass „weniger häufig auftretende hohe Kompressionskräfte (..) eine höhere Schädigungswirkung (besitzen) als häufige Belastungen“ in „niedrigerer Höhe“. Dem wollte man im MDD gerecht werden.

### MDD-Modell: die Formel

$$D_r = \sqrt{\frac{\sum F_i^2 \times t_i \times 8 h}{8 h}}$$

$D_r$  = Beurteilungsdosis (Tagesdosis, Nh)

$F_i$  = Druckkraft auf L5-S1 für die Teiltätigkeit i in Newton (N)

$t_i$  = Belastungsdauer der Teiltätigkeit i in Stunden

In Worten und vereinfacht ließe sich das MDD etwa so beschreiben:

Man bestimmt die Belastungen kumulativ (anhäufend) mit quadratischer Wichtung der Bandscheibenkompression. Einbezogen wird, in welcher Haltung Lasten gehoben und getragen wurden - ob beidhän-

dig nahe am Körper, einhändig körpernah oder körperfern oder beidhändig körperfern. Auch die dabei eingenommene Körperhaltung - z.B. verdreht und stark angespannt - spielt eine Rolle.

Dieses Rechenmodell nutzte man denn auch, um aus „allen“<sup>4</sup> verfügbaren Studien Dosisangaben zu filtern und sie nach dem MDD durchzurechnen. Daraus leitete man einen *geschätzten* „kritischen Dosiswert“ (Mindestbelastungswert) ab, bei dessen Erreichen es Beschäftigte riskieren, infolge ihrer Arbeitsbelastung einen bandscheibenbedingten LWS-Schaden zu erleiden.

Weil die Gerechtigkeit immer eine hoch komplizierte Angelegenheit ist, musste auch das Modell hoch kompliziert sein. Das ergab sich allein schon aus der Natur der Sache.

So kompliziert die Formeln, so schwach ist freilich die Basis der zu Grunde gelegten Schwellen- und Richtwerte, die die jeweilige Berechnung ganz erheblich prägen.

### Schwächen

Anlässlich des 3. Symposiums stellte Dr. A. Seidler, damals Mitarbeiter am Lehrstuhl für Arbeitsmedizin an der Uni Frankfurt, die kri-

---

<sup>4</sup> Die Argumente Seidler wiederholten die beiden Mitarbeitern der Bundesanstalt für Arbeit und Arbeitsmedizin, Liebers und Caffier, in ihrem Artikel "Anmerkungen zum MDD als Verfahren zur retrospektiven Beurteilung der beruflichen Exposition gegenüber Lastenhandhabung und Arbeiten in extremer Körperhaltungen" in ASUMed 9/2002, 447-457. Die Erfinder des MDD antworteten darauf in einer im Ton erstaunlich harschen Replik unter dem Titel "Kritische Wertung aktueller Anmerkungen zum Mainz-Dortmunder Dosismodell - MDD zur Beurteilung der Wirbelsäulenbelastung bei der BK 2108, in: ASUMed 12/2002, 582-598. Sie wiesen alle wesentlichen Einwände zurück - mit z.T. haarsträubend schwachen, z.T. rechtlich begründeten, medizin-statistisch allerdings zirkulären Argumenten zurück.

tischsten Punkte wie folgt zur Diskussion:

1. Das MDD berücksichtigt lediglich die beruflichen Belastungen, die spezifische Schwellenwerte erreichen. Der erste Schwellenwert wird dargestellt durch die Druckkraft von 3200 Newton (N), unterhalb derer Belastungen nicht in die Gesamtdosis eingehen. Diese Druckkraft entspricht (...) dem Tragen von Gewichten von > 25 kg vor oder neben dem Körper oder dem Tragen von Gewichten >36 kg auf der Schulter. Kritisch zu betrachten ist, dass dieser Schwellenwert von 3200 Newton epidemiologisch nicht abgesichert ist.
2. Die gleichen Druckkräfte werden unterschiedlich gewertet. Geht es um die Druckkräfte bei extremer Rumpfbeuge werden sie ab einer Höhe von 1700 Newton einbezogen, also fast der Hälfte von 3200 Newton bei schwerem Heben und Tragen.
3. Der zweite Schwellenwert bezieht sich auf die schichtbezogene Beurteilungsdosis von 5500 Newtonstunden (Nh). Er wird erreicht bei z.B. einem mehr als 18-minütigen Tragen von 30kg schweren Gewichten. Problematisch ist seine Ableitung aus epidemiologischen Studien - insbesondere Querschnittsstudien - „die aufgrund ihres Designs tendenziell zur Unterschätzung der Relativen Risiken neigen“ und deshalb nur „mit erheblichen Einschränkungen zur Ableitung von Schwellenwerten geeignet“ sind.
4. Der dritte Schwellenwert liegt in dem Gesamtdosis-Richtwert mit 25 Mega-Newtonstunden (nh) bei Männern. Man(n) erreicht ihn, wenn man mehr als 11 Jahre lang täglich eine Stunde Gewichte von 30 kg vor oder neben dem Körper trägt. Auch dieser Gesamtdosis-Richtwert resultiert aus einer unzureichenden epidemiologischen Ableitung. Männer, die „andere Bau-

arbeiten“ als Stahlbetonarbeiter geleistet haben würden unter diesen 5500 Nh bleiben, die damit nicht in die Berechnung der Gesamtdosis eingingen. Sie würden nicht entschädigt.

5. die gleichen kumulativen Belastungsmengen werden unterschiedlich bewertet: „Wenn z.B. ein Gewicht von 26 kg über 100 Schichten jeweils 1 1/2 Stunden lang vor oder neben dem Körper getragen wird (die Druckkraft von 3200 Newton wird damit gerade erreicht), so ergibt sich in einem Jahr eine Gesamtdosis von 1,11 Mega - Newtonstunden. Wenn hingegen das gleiche Gewicht über 150 Schichten jeweils 1 Stunde lang vor oder neben dem Körper getragen wird, so liegt die Gesamtdosis um 22% höher, obwohl auf das Jahr bezogen ebenfalls 150 Stunden lang ein Gewicht von 26 kg getragen wird. Diese unterschiedliche Bewertung der gleichen „Belastungsmenge“ ist biomechanisch schwerlich zu begründen.“

Abschließend fragte Seidler zu Recht: Bedeutet „die hohe Komplexität der MDD-Berechnungsvorschrift im Vergleich mit einfacheren Ansätzen tatsächlich eine höhere Genauigkeit der Risikorechnung“?<sup>5</sup>

Er (und mit ihm andere) hatten da so ihre fundamentalen Zweifel.

### Stärken

Wie nicht anders zu erwarten wurde das MDD-Modell dennoch eingeführt.

Allen war jedoch klar, dass das Modell - wie (fast) alles, was im Bereich der GUV praktiziert wird -

---

<sup>5</sup> A. Seidler, Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule - Ergebnisse einer Fall-Kontroll-Studie, in: Hess. Sozialministerium (Hrsg.), 3. Symposium Bandscheibenbedingte Berufskrankheiten. Bericht über die Tagung am 23. November 2000 in Frankfurt am Main, Brennpunkt Arbeitsschutz Bd. 6, 2733, 29.

erst noch vom BSG würde bestätigt werden müssen. Aber bis dahin ...

Rechenfehler und Berechnungswillkür der TAD gehörten nun der Vergangenheit an - aus leicht nachvollziehbarem Grunde. Die allerwenigsten Versicherten und ihre Rechtsbeistände waren und sind in der Lage, die MDD-Formel und die hochkomplizierten Berechnungen mathematisch nachzuvollziehen.

Nur zugeben wollte das (fast) keiner.

Im März 2003 gelangte ein 'LWS-Fall' vor dem BSG zur Entscheidung, in dem es, ganz grundsätzlich, um die innere Konsistenz, die Reichweite, Verbindlichkeit und Rechtmäßigkeit des MDD ging.

### **Das MDD vor dem BSG**

Geklagt hatte ein Mechaniker. Seit 1974 hatte er in gebeugter und immer wieder verdrehter Zwangskörperhaltung stehend an einer Universal-Tisch-Bohrmaschine gearbeitet. Bis zu 20 mal pro Schicht musste er bis zu 25 kg schwere Materialkisten vom Boden aufnehmen, hochwuchten und auf einer mit 85 cm ungewöhnlichen hohen Fläche abstellen. Außerdem musste er häufig das Maschinenwerkzeug wechseln. Die bereit gestellten Werkzeuge griff er in ca. 80 cm Entfernung seitlich neben seinem Körper auf und montierte sie an der Maschine. Dabei konnte er sich nicht abstützen.

Die BK-Verdachtsmeldung erging 1999. Im Jahr 2000 lehnte es die BG ab, den bandscheibenbedingten LWS-Schaden des Mechanikers nach der BK-Ziff. 2108 anzuerkennen. Sie argumentiert: 1) Der Mechaniker habe nicht in extremer Rumpfbeugehaltung gearbeitet. 2) Die übrigen LWS-Belastungen erreichten nur einen weit unter dem Risikogrenzwert, bei dem mit einer bandscheibenbedingten LWS-Schädigung gerechnet werden müsse. Dem folgten sowohl das SG als auch das LSG des Saarlandes.

### **Bestimmtheitsgrundsatz und MDD**

In der Revision trug der Kläger dem BSG vor, der § 9 SGB VII iVm Nr. 2108 der Berufskrankheitenliste sei verletzt:

„Das MDD sei nicht in dem erforderlichen Maße geeignet, im BK-Feststellungsverfahren eine zuverlässige und geeignete Abgrenzung hinsichtlich der Frage zu ermöglichen, bei welchem konkreten Tätigkeitsbild von einer „gefährdenden Tätigkeit“ iS des § 9 SGB VII gesprochen werden könne.“ (mangelnde Bestimmtheit).

Das MDD sei zur Konkretisierung ungeeignet. Mit einer Tagesdosis von 5500 Nh könne es eine „Kombination“ zwischen einer ständigen starken Rumpfbeugehaltung und der Notwendigkeit, regelmäßig Gewichte bis zu 25 kg zu heben, nicht erfassen.

Der Kläger forderte, derartige Fälle „anders“ zu behandeln als die Fälle, in denen lediglich ein bestimmtes Kriterium, etwa eine langjähriger „extreme Rumpfbeugehaltung“ vorgelegen habe. Deshalb sei das MDD zu überprüfen.

### **Bestimmung des Unbestimmten mittels MDD**

Dem widersprach das BSG. Es wies den Vortrag des Klägers zurück, die BK-Ziff. 2108 leide unter mangelnder Bestimmtheit und genüge deshalb dem Rechtsstaatsprinzip nicht. Es argumentierte - auf den Punkt gebracht:

An den Bestimmtheitsgrundsatz seien im Sozialleistungsrecht mindere Anforderungen zu stellen, weil es sich nicht um ein Eingriffsrecht des Staates in Bürgerrechte handele, sondern um ein Anspruchsrecht von Bürgern an den Staat:

„An die Bestimmtheit (sind) um so strengere Anforderungen zu stellen, je intensiver etwa Grundrechte betroffen sind“.

Es genüge dem Bestimmtheitsgrundsatz, wenn die Gesetzesgebote

(Normen) a) bei Leistungen den Gleichbehandlungsgrundsatz nach Art 3 GG nicht verletzen und b) die Verwaltungen und Gerichte die betreffende Norm (noch) im Wege einer Auslegung auf die wechselnden Situationen des Lebens anwenden können. Die BK-Ziff. 2108 sei zwar durchaus auslegungsbedürftig - was aber mit der rechtsstaatlich gebotenen Bestimmtheit nicht kollidiere, *sofern* sich „allgemeine Auslegungsregeln“ anwenden ließen. Dabei käme eben dem MDD eine „besondere Bedeutung“ zu.

### **Das prüfen wir nicht**

Aus rechtlichen Gründen könnten sie, die Richter des 2. Senat des BSG, dazu allerdings nicht sehr viel mehr sagen, weil die Überprüfung der korrekten Anwendung des MDD Sache der beiden Tatsacheninstanzen sei.

Sie könnten nur feststellen, dass die Nutzung des MDD-Modells seitens des LSG des Saarlandes aus folgenden Gründen „nicht zu beanstanden“ sei:

„Das MDD dient letztlich der Konkretisierung der unbestimmten Rechtsbegriffe „langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten“. Es basiert auf der wissenschaftlichen Erkenntnis, dass bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch äußere Einwirkungen verursacht werden können und dafür eine gewisse Belastungsdosis iS eines Drucks auf die Bandscheiben notwendig ist. Insofern handelt es sich um die Zusammenfassung medizinischer Erfahrungstatsachen. Die gerichtliche Anwendung des MDD beruht daher auf einer tatsächlichen Feststellung dahin, dass es diese Zusammenfassung medizinischer Erfahrungstatsachen gibt (vgl. BSG SozR 3-2200 § 551 Nr. 16, S. 83). Bei der Ermittlung solcher Erkenntnisse, regelmäßig medizinischer Erfahrungssätze, handelt es sich um eine Tatsachengestaltung, die das Tatsachengericht gemäß § 128 Abs 1 Satz 1 SGG nach seiner freien, aus dem

Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung zu treffen hat und die der Revision daher nur beschränkt zugänglich ist. Der Inhalt medizinischer Erfahrungssätze kann vom Revisionsgericht nicht überprüft und somit auch nicht festgestellt werden. Es darf lediglich kontrollieren, ob das Tatsachengericht bei seinen Feststellungen gegen Denkgesetze oder allgemeine Erfahrungssätze verstoßen hat und ob es das Gesamtergebnis des Verfahrens berücksichtigt hat (BSG SozR 3-2200 § 539 Nr. 19 mwN). Ein Verstoß gegen allgemeine Erfahrungssätze liegt vor, wenn das Tatsachengericht einen bestehenden Erfahrungssatz nicht berücksichtigt oder einen tatsächlich nicht existierenden Erfahrungssatz angewendet hat (BSG SozR 1500 § 1203 Nr. 25 mwN; insgesamt BSG SozR 3-2200 § 551 Nr. 16) Mit seiner Auffassung, das MDD sei ein geeigneter Maßstab zur Konkretisierung und Ermittlung der arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK Nr. 2108, hat das LSG einen tatsächlich existierenden medizinischen Erfahrungssatz seiner Entscheidung zugrunde gelegt.“

### Was sich anwenden lässt, ist geeignet

Das MDD sei, so die Richter weiter, als konkretisierende Anwendungsregel geeignet, weil es ein für neue medizinische Erkenntnisse offenes Modell sei. Die Vorgaben, die es mache - „etwa indem die Langjährigkeit mit mindestens sieben Jahren angesetzt wird und nach Geschlecht und Lebensalter differenziert bestimmte Mindestlastgewichte festgelegt werden“ - seien „nicht frei gegriffen“, sondern orientierten sich an den in „epidemiologischen Studien über besonders belastete Berufe (Pflege, Bau, Transport) gewonnenen Werten“.

Nicht zu beanstanden sei auch, „dass das MDD darüber hinaus auch weitere, nach Erlass der Zweiten Verordnung zur Änderung der BK-VO vom 18. Dezember 1992 gewonnene Forschungsergeb-

nisse, etwa das Prinzip des quadratischen Ansatzes (vgl. ASUMed 1999, 101, 107) berücksichtigt und daraus entscheidende Schlussfolgerungen, nämlich die Aufstellung von Richtwerten, zieht“. Es bewege sich damit „nicht über den im Hinblick auf den Bestimmtheitsgrundsatz mit den anerkannten Auslegungsmethoden zu erschließenden Normbereich hinaus“. Bereits im Ärztlichen Merkblatt zur BK-Ziff. 2108 habe der VO-Geber selbst bereits zu erkennen gegeben, dass er sich „des Problemfeldes der „Ursache-Wirkungs-Beziehung“ bzw. „Dosis-Häufigkeitsbeziehung“ bewusst war (BR-Drucks 773/92, S. 8)“.

„Zwar übersieht der Senat nicht, dass das MDD nach wie vor aus verschiedenen Gründen, etwa im Hinblick auf die wissenschaftliche Grundlagen des Modells, den konkreten Berechnungsmodus, die „Richtwerte“ bzw. die fehlende Berücksichtigung der individuellen Konstitution unter Kritik steht (vgl. Becker, SGB 2001, 488, 491; Liebers, Caffier, ASUMed 2001, 447, 450; zusammenfassend Hartmann, ASUMed 2002, 580), die von seinen Befürwortern zT anerkannt wird (vgl. Schäfer, Hartung, Bolm-Audorff, Luttmann, Jäger, SGB 2002, 202, 203).“

Dem stehe aber gegenüber, so die Richter weiter, dass

*„das Modell auch von seinen Kritikern regelmäßig als ein Ansatz angesehen (wird), der weiterverfolgt werden sollte. (...) Darüber, wie dies im einzelnen geschehen sollte, gehen zwar die Meinungen auseinander; grundsätzlich kann jedoch aus der wissenschaftlichen Diskussion des MDD (vgl gegen die Kritiker: Jäger, Luttmann, Bolm-Audorff, Schäfer, Hartung, Kuhn, Paul, Francks, ASUMed 2002, 580; Schäfer, Hartung, Bolm-Audorff, Luttmann, Jäger, SGB 2002, 202) der Schluss gezogen werden, dass jedenfalls durch das Modell - natürlich mit Abstrichen - erstmalig eine von den Unfallversicherungsträgern einheitlich angewandte praktikable Arbeitsgrundlage für die Bemessung der belastungsbedingten Dosis in Bezug auf ein Erkrankungsrisiko zur Verfügung steht.“*

### Ob ´s richtig ist? Abwarten!

Weitere Erkenntnisse seien im Übrigen von der vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften in Angriff genommenen „Epidemiologischen Fall-Kontroll-Studie zur Untersuchung von Dosis-Wirkungs-Beziehungen bei der BK Nr. 2108“ zu erwarten. Damit meinten die Richter des 2. BSG-Senats den vom HVBG in „Deutsche Wirbelsäulenstudie“ so schlicht wie bedeutsam umgetauften Forschungsverbundauftrag an mehrere Orthopädische Abteilungen von Universitätskliniken - unter der federführenden Mitarbeit des Hessischen Landesgewerbeärztes und Mitglieds der Sektion Berufskrankheiten im BMG, Dr. Bolm-Audorff.

„Bei dieser Sachlage“ sei es

*„angesichts des zu respektierenden Gestaltungsspielraums des VO-Gebers nicht zu rechtfertigen, die in der Nr. 2108 der Anlage zur BKV verwendeten Rechtsbegriffe als zu unbestimmt und damit die Norm als nichtig zu beurteilen.“*

### Revision gescheitert

Der Mechaniker verlor die Revision auch mit seinem konkreten Anliegen.

Die Richter stellten sich hier auf den Standpunkt, dass

erstens das LSG des Saarlandes kein weiteres Gutachten hätten in Auftrag geben müssen. Die konkrete individuelle Belastungsdosis-Berechnung habe einen Wert ergeben, der um ca. die Hälfte niedriger lag als der MDD-Richtwert. Die Richter räumten zwar ein, dass

1. „die im MDD zusammengefassten Dosiswerte für die arbeitstägliche Druckbelastung der Bandscheiben im LWS-Bereich keine festen Grenzwerte, sondern allenfalls Orientierungswerte“ seien. Da es sich bei diesem Richtwert jedoch um eine „Zusammenfassung medizinischer Erfahrungstatsachen“ handele, die „Hilfe bei der Beurteilung des Kausalzusammenhangs“ leisteten, habe sich die Rechtspre-

chung auch tatsächlich daran zu orientieren.

2. der Mechaniker zwar jahrelang in Zwangshaltung gearbeitet habe, die aber nicht mit extremer Rumpfbeugehaltung iS der BK-Ziff. 2108 zu verwechseln sei.
3. deshalb auch keine Kombinationswirkung (Synergismus) durch schweres Heben und Tragen einerseits und extreme Rumpfbeugehaltung andererseits vorgelegen habe, die seitens des LSG weiter zu ermitteln gewesen sei - mit Verweis auf das BSG-Urteil vom 4. Juni 2002 mit dem Az.: B 2 U 16/01 R, besprochen im HVBG-Rundschreiben VB 89/2002 und in SGB 2002, 496.

### **Praktikabilität über alles - über alles in der Welt?**

Dieses BSG-Urteil muss aus mehreren Gründen bestürzen - wobei angesichts der Urteilsabfolgen des BSG in den letzten Jahren die Bestürzung kaum noch steigerungsfähig ist.

*Erstens* ziehen sich die Richter auf eine rechtlich letztendlich rein formale Argumentation zurück

*Zweitens* haben sie den materiell rechtlichen Kern des Versicherungsschutzes durch die GUV fast gänzlich aus den Augen verloren

*Drittens* sind sie offenbar unfähig über den Horizont des - technisch-juristischen - Aspekts der Praktikabilität einer Anwendungsregel für die Rechtsprechung der Verwaltung und der Gerichtsbarkeit hinaus zu schauen und die Anwendungsregel auf die behauptete sachliche Richtigkeit zu überprüfen.

*Viertens* haben die Richter mit ungedeckten Wechseln auf eine von den UVT-Verwaltungen versprochene Zukunft wachsender Erkenntnisse zum Dosis-Wirkungszusammenhang und entsprechender Einarbeitung in das MDD operiert.

Von Waffengleichheit der Kontrahenten vor der Sozialgerichtsbarkeit kann keine Rede mehr sein. Alle Argumente, die von Seiten der sog. Versicherten kommen und seien sie noch so grundsätzlicher Art, werden

mit dem Trick vom Tisch gefegt, die Klärung unterliege einfachem Recht und sei somit Aufgabe der Tatsacheninstanzen.

Es lässt sich sagen, dass somit die Tatsacheninstanzen tun und lassen können, was sie wollen. Eine Kontrolle durch das BSG findet faktisch und praktisch nur noch in Ausnahmesituationen statt - wobei die BSG-Richter im Wesentlichen auch dann der von den BG'en vorgegebenen Linie folgen. Inzwischen scheinen sie gänzlich darauf zu verzichten, sich mit diesen korporatistischen Unternehmensvereinigungen im Gewande von Körperschaften des öffentlichen Rechts anzulegen.



Das BSG-Urteil datiert vom 18.3.-2003, Az.: B 2 U 13/02 R. Es ist im Internet unter [www.bsg.de](http://www.bsg.de) abrufbar

In diesem Zusammenhang möchten wir auch auf das Urteil des LSG Sachsen in Dresden hinweisen

## Meldepflicht von Vergiftungen nach § 16 e ChemG

### Berufsgenossenschaften missachteten gesetzliche Meldepflicht

Nach § 16e Abs. 2 gilt die ärztliche Meldepflicht bei Vergiftungen für die jeweils behandelnden Ärzte oder die Träger der Unfallversicherungen (Berufsgenossenschaften): „*Wer als Arzt zur Behandlung oder zu einer Beurteilung einer Erkrankung hinzugezogen worden ist, bei der zumindest der Verdacht besteht, dass sie auf Einwirkungen gefährlicher Stoffe, gefährlicher Zubereitungen oder Erzeugnisse, die gefährliche Stoffe oder Zubereitungen freisetzen oder enthalten, zurückgeht, hat dem BgVV den Stoff, die aufgenommene Menge und die festgestellten Symptome mitzuteilen. Satz 1 gilt nicht, soweit die Angaben einem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zu übermitteln sind; dieser hat die Angaben nach Satz 1 an das BgVV weiterzuleiten.*“ (Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin, Ärztliche Mitteilung bei Vergiftungen 1999 Seite 29)

Seit der Novellierung des Chemikaliengesetzes vom 01.08.1990 wurde von den Berufsgenossenschaften bis einschließlich 31.12.1992 kein einziger Vergiftungsfall gemeldet. Der damalige Bundesumweltminister Prof. Dr. Klaus Töpfer hat am 2. November 1992 in seinem Bericht über die Erfahrungen mit der Novelle des Chemikaliengesetzes die Berufsgenossenschaften schwer gerügt: „*Das BGA hat ferner den Hauptverband der Berufsgenossenschaften offiziell darüber informiert, dass die Mitteilungspflichten seitens der Berufsgenossenschaften bisher noch überhaupt nicht erfüllt worden sind. Eine Reaktion ist nach meinem Kenntnisstand bisher nicht erfolgt.*“ Auch in den darauf folgenden Jahren hat sich kaum etwas gebessert. Von 1993 bis einschließlich 1999 sind insgesamt 579 Meldungen durch die Berufsgenossenschaften erfolgt. Den größten Anteil

hatten Mitteilungen der Berufsgenossenschaften aus Kassel (340) und Saarbrücken (133). Aus Bayern kam keine einzige Meldung.

Um diesem Missstand ein Ende zu bereiten, habe ich nach erfolglosem Schriftverkehr mit Berufsgenossenschaften und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften am 03. Januar 1996 beim Petitionsausschuss des Deutschen Bundestags eine Petition eingereicht. Ich hatte ja hervorragendes Grundlagematerial, z.B. ein Schreiben des BgVV vom 09.11.1995 in dem bestätigt wird, dass auch nach der Auffassung des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit nach wie vor eine Mitteilungspflicht für die Berufsgenossenschaften besteht.

Der Deutsche Bundestag ist am 28. Oktober 1999 der Beschlußempfehlung des Petitionsausschusses zu meiner Petition in vollem Umfang gefolgt. Aufgrund der eingeholten Stellungnahmen und der parlamentarischen Prüfung meines Petitionsbegehrens durch den Petitionsausschuss hat das Bundesministerium für Arbeit den Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften gebeten, seine Mitglieder zu veranlassen, ihrer gesetzlichen Meldepflicht nach dem ChemG nachzukommen, soweit ein Arzt diese Angaben einem Unfallversicherungsträger wegen Verdachts auf eine arbeitsbedingte Erkrankung übermittelt hat. Nachrichtlich ging diese Bitte auch an den Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und den Bundesverband der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand. Zwischen Bundesministerium für Arbeit, BgVV, Hauptverband der Berufsgenossenschaften und einzelnen Berufsgenossenschaften wurde ein vorerst bis Ende 2001 prakti-

kables Verfahren vereinbart. Danach melden die Berufsgenossenschaften alle Arbeitsunfälle mit chemischen Stoffen und Produkten. Bei den Berufskrankheiten verzichtet das BgVV bis Ende 2001 auf Einzelmeldungen durch die Unfallversicherungsträger, es greift auf Dokumentationen der Berufsgenossenschaften zurück.

Ob über Berufsgenossenschaftsdokumentationen eine vollständige Erfassung aller zu meldenden Fälle möglich ist, ist nicht nachvollziehbar und muss fraglich bleiben. Einen erstaunlichen Anstieg der gemeldeten Fälle hatte meine Petition aber sicherlich zur Folge:

#### Meldungen der Berufsgenossenschaften

01.08.1990	- 31.12.1999
	579
01.01.2000	- 31.12.2000
	2.161
01.01.2001	- 31.12.2001
	7.912

Im Jahr 2002 sollen wieder ca. 8000 Meldungen der Berufsgenossenschaften erfolgt sein. Aus diesen Zahlen lässt sich leicht hoch rechnen, dass die Berufsgenossenschaften ca. 70.000 Vergiftungsfälle unter Verstoß gegen gesetzliche Bestimmungen bewusst verheimlicht haben. Da Verstöße gegen die Meldepflicht nach dem Chemikaliengesetz nicht strafbewährt sind, bleibt diese Gesetzesübertretung folgenlos. Zukünftig wird aber die in meinem Sozialgerichtsverfahren von der Berufsgenossenschaft praktizierte Strategie nicht mehr greifen. Ich bin durch die chemische Ausrüstung der im eigenen Trachtenmodengeschäft verkauften Textilien schwer erkrankt und im Alter von 42 Jahren zum Dauerrentenfall geworden. Das Landessozialgericht

München stützte noch am 17. August 2000 sein meine Klage abweisendes Urteil auf die Angaben von berufsgenossenschaftlicher Seite, dass kein mit mir vergleichbarer Erkrankungsfall vorliegt, was natürlich nicht zutrifft. Allein im Jahr 2000 wurden von den Berufsgenossenschaften 100 Vergiftungsfälle durch Bekleidung beim BgVV gemeldet. Im Jahr 2001 waren es 182. In den Jahren zuvor hat es sicherlich

nicht anders ausgesehen. Nach meinen diversen Auftritten im Fernsehen und den Printmedien haben sich jedes Mal Betroffene aus der Textilbranche gemeldet, die über laufende Verfahren mit den Berufsgenossenschaften berichteten.

Voraussichtlich Ende Juli/Anfang August dieses Jahres veröffentlicht das Bundesinstitut für Risikobewertung (Nachfolgeinstitut des BgVV) auf dessen Internetseite [\[bgvv.de\]\(http://bgvv.de\) unter Publikationen>Brochüren und Faltblätter>ärztliche Mitteilungen bei Vergiftungen\) den Jahresbericht 2002. Darin werden dann wie in den bisherigen Berichten nicht nur Angaben über die Zahl der gemeldeten Vergiftungen, sondern auch Angaben über die häufigsten Noxengruppen und dem Schweregrad der Gesundheitsstörungen zu finden sein.](http://www.-</a></p></div><div data-bbox=)