

# Beglaubigte Abschrift

L 17 U 438/10  
S 5 U 40/02



**BAYERISCHES LANDESSOZIALGERICHT**

**IM NAMEN DES VOLKES**

## **URTEIL**

in dem Rechtsstreit

Peter Röder, Kirchgasse 8, 97776 Eußenheim-Bühler  
- Kläger und Berufungskläger -

gegen

Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM), Bezirksverwaltung Nürnberg, vertreten durch den Hauptgeschäftsführer, Weinmarkt 9-11, 90403 Nürnberg - 04 S 095215769 -  
- Beklagte und Berufungsbeklagte -

Beigeladen

Ehrenfels-Isoliertüren GmbH, vertreten durch die Geschäftsführer, Seegrubenstraße 3, 97753 Karlstadt

- Beigeladene -

Proz.-Bev.:

Rechtsanwälte Eberhard Nied u.Koll., Gotengasse 7, 97070 Würzburg - 00018-05/5/bs -

Der 17. Senat des Bayer. Landessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung in Schweinfurt

am 23. November 2015

durch den Vorsitzenden Richter am Bayer. Landessozialgericht Dr. Krodol, den Richter am Bayer. Landessozialgericht Martin und den Richter am Bayer. Landessozialgericht Dr. Cantzler sowie die ehrenamtlichen Richter Faulhaber und Reinfelder

für Recht erkannt:

- I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 13.12.2007 wird zurückgewiesen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

#### Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Anerkennung von Gesundheitsstörungen des Klägers als Berufskrankheit (BK) nach den Ziffern 1302, 1310 und 1317 der Anlage I zur Berufskrankheitenverordnung (BKV).

Der am 06.08.1963 geborene Kläger hat von 9/1978 bis 2/1982 bei der Beigeladenen den Schreinerberuf erlernt und war in dieser Zeit bei der Beklagten versichert. Nach dem anschließenden Wehrdienst war er von 10/1983 bis 10/1985 als Zementarbeiter und danach bis 07/1986 als Möbeldmonteur und Fahrer, anschließend bis 05/1987 als Fensterbauer tätig. Von 07/1987 bis 03/1988 war er Monteur, anschließend bis 05/1991 Gussputzer, von 07/1991 bis 05/1995 Möbeldmonteur und Schreiner. Später hat er dann noch als Staplerfahrer und im Landschaftsbau sowie als Auslieferfahrer gearbeitet.

Im November 1995 beantragte der Kläger bei der Beklagten Leistungen unter Hinweis auf eine Exposition gegenüber Lösemitteln und Xylamon im Rahmen seiner Berufsausbildung in den Jahren 1978 bis 1982.

Die Beklagte holte Befundberichte der behandelnden Ärzte sowie Stellungnahmen Technischer Aufsichtsdienste (jetzt Präventionsdienste) ein, wonach der Kläger als Schreiner gegenüber pentachlorphenolhaltigen Lösemitteln und Trichlorethylen (Tri) sowie Isozyanaten exponiert war.

Ein Gutachten des Arbeitsmediziners Prof. Dr. Lehnert vom 17.09.1996 kam zu dem Ergebnis, dass keine BK der Zifferngruppe 13xx und aktuell keine erhöhte Belastung mit Pentachlorphenol (PCP), Lindan oder polychlorierten Biphenylen (aromatische Kohlenwasserstoffe, Fungizide) vorliege.

Mit bestandskräftigen Bescheiden vom 26.11.1996 und vom 21.04.1997 (Widerspruchsbescheid) lehnte die Beklagte die Anerkennung der Gesundheitsstörungen des Klägers als BK 13xx ab.

Auf erneuten Antrag des Klägers leitete die Beklagte 1999 ein neues Feststellungsverfahren ein, zog neue Befundberichte behandelnder Ärzte sowie Messergebnisse des Bayerischen Landesamtes für Umweltschutz bei der Beigeladenen bei und holte eine Stellungnahme des TAD ein.

Ein von der Beklagten sodann eingeholtes Gutachten des Neurologen Prof. Dr. Brandt vom 14.02.2001 kam zu dem Ergebnis, dass beim Kläger klinisch verschiedene lokalisierte Missempfindungen sowie eine axonal beinbetonte Schädigung vieler Nerven und eine Schädigung der Nervenhülle vorliege.

Prof. Dr. Nowak kam in seinem Gutachten für die Beklagte vom 12.03.2001 zu dem Ergebnis, dass kein Anhalt für eine BK 1302, 1310 oder 1317 vorliege, sondern nahm eine multiple chemische Sensitivität (MCS-Syndrom) des Klägers an. Eine zudem vorliegende beinbetonte periphere Polyneuropathie könne wegen einer Latenzzeit von mehr als 10 Jahren zwischen der Exposition und dem Beschwerdebeginn nicht als BK 1310 oder 1317 bewertet werden. Der staatliche Gewebearzt empfahl ebenfalls keine Anerkennung einer BK.

Mit Bescheid vom 27.11.2001 (Widerspruchsbescheid vom 01.02.2002) lehnte die Beklagte die Anerkennung der vom Kläger geltend gemachten Gesundheitsstörungen als BK 1302, 1310, 1315, 1317, 4301, 4302 sowie die Anerkennung eines MCS-Syndroms als Wie-BK gemäß § 9 Abs. 2 SGB VII ab.

Hiergegen hat der Kläger Klage zum Sozialgericht Würzburg (SG) erhoben. Das SG hat Unterlagen u.a. aus einem Rentenverfahren vor dem SG (Az. S 4 RJ 849/98) mit einem Gutachten des Internisten Dr. Loytved vom 12.12.2002 sowie einen Bericht der Landesgewerbeanstalt Bayern über eine Raumluftmessung am Arbeitsplatz des Klägers bei der Beigeladenen vom 09.05.2000 beigezogen.

Für das SG hat der Arbeits-, Sozial- und Umweltmediziner Prof. Dr. Schiele ein Gutachten vom 30.09.2005 erstattet und die Voraussetzungen einer BK 1302, 1310, 1315, 4301 und 4302 als nicht gegeben erachtet.

Nach Einholung weiterer Unterlagen hat das SG sodann ein Gutachten des Arbeitsmediziners Prof. Dr. Buchter vom 19.07.2007 eingeholt, der zu dem Ergebnis gekommen ist, die Voraussetzungen einer BK 1302, 1310 und 1317 seien gegeben.

Beim SG hat der Kläger (nur noch) die Anerkennung einer BK 1302, 1310 und 1317 beantragt. Diesen Klageantrag hat das SG mit Urteil vom 13.12.2007 abgewiesen. Das während der Ausbildung des Klägers verwendete Xylamon habe bis 1982 Lindan und bis 1979 PCP mit Dioxin-Verunreinigungen enthalten. Eine quantitative Bewertung der Exposition sei insoweit nicht mehr möglich gewesen. Bezüglich der BK 1302 sei eine Erkrankung der Nieren, der Bauchspeicheldrüse, des Herzens, der Milz, der Nebennierenrinde oder des Knochenmarkes beim Kläger nicht nachgewiesen. Auch bezüglich der BK 1310 sei eine Erkrankung, die durch PCP hervorgerufen werden könne, nicht nachgewiesen, insbesondere **keine Lebererkrankung**, Chlorakne, Nierenerkrankung, Carcinom oder Sarkom, **keine Störung des Immunsystems** und keine Bluterkrankung. Hinsichtlich der Magen/Darmerkrankung, der Sinusitiden und des Bluthochdrucks des Klägers sei ein Zusammenhang nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit gegeben. **Bezüglich der BK 1317 sei eine Enzephalopathie nicht im Vollbeweis nachgewiesen** und im Übrigen ein Zusammenhang mit der beruflichen Situation nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit gegeben. Zwar sei eine distale, symmetrische, beinbetonte sensible Polyneuropathie (PNP) beschrieben (Gutachten Prof. Dr. Brand). Auffallend sei jedoch der Eindruck von sich im Laufe des Verfahrens ändernden Beschwerdeangaben. Auch spreche der zeitliche Verlauf gegen einen wesentlichen Zusammenhang. Die Diagnose einer PNP sei erstmals aufgrund einer Untersuchung vom 30.11.2000 gestellt worden. In den vorangegangenen neurologischen Untersuchungen sei eine entsprechend Erkrankung nicht dokumentiert worden, wie Prof. Dr. Schiele und auch Dr. Loytved unter Hinweis auf die Arztberichte sowie die Unterlagen der AOK und des Kreiswehrrersatzamtes nachgewiesen hätten. **Anderslautende Behauptungen des Klägers seien damit unerheblich.** Ein noch dazu einseitiges Karpaltunnelsyndrom (1990 diagnostiziert) könne nicht auf eine Lösungsmittelexposition zurückgeführt werden. Zeitnah zur Exposition bestehende Erkrankungen im Sinne einer PNP seien durch objektive Befunde nicht nachgewiesen oder könnten, insbesondere wie die vom Kläger geltend gemachten Wirbelsäulenbeschwerden, nicht mit der Lösungsmittelexposition in Zusammenhang gebracht werden. Eine Enzephalopathie sei nicht nachgewiesen, da laut Prof. Dr. Schiele nur ein psychometrischer Verdacht bei unauffälligem klinischem Befund gegeben sei. Bei Prof. Dr. Brand sei eine Diskrepanz zwischen der Angabe von Konzentrationsstörungen und dem klinischen Befund beschrieben

worden; gleiches finde sich im Gutachten Prof. Dr. Nowak. Auch Dr. Loytved habe keinen Hinweis auf eine Konzentrations- und Merkschwäche gefunden. Der von Dr. Molitor beschriebene psychische Befund spreche gegen eine hirnorganische Störung. Eine erste testpsychologische Untersuchung mit einem Hinweis auf eine leichte hirnorganische Störung 2004 werde durch einen ärztlichen Hinweis auf eine somatoforme Störung relativiert. Selbst bei Nachweis einer Enzephalopathie sei ein Ursachenzusammenhang mit der Lösemittelkonzentration nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Schließlich lägen auch die Voraussetzungen des § 9 Abs. 3 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) nicht vor.

Hiergegen hat der Kläger Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht (LSG) erhoben.

Zu Fragen des Klägers hat sich der Gutachter Prof. Dr. Schiele in einem ergänzenden Gutachten vom 10.09.2013, einem Erörterungstermin vom 16.04.2014 sowie in einer ergänzenden Stellungnahme vom 15.12.2014 geäußert. **Danach schließe ein mehrjähriges Intervall zwischen der beruflichen Exposition und dem Auftreten von Krankheitserscheinungen im Sinne der BK 1317 einen ursächlichen Zusammenhang weitgehend aus.** Dies sei auch nach Änderung des Merkblattes 2005 weiterhin als wissenschaftlicher Stand anzusehen. **Das nunmehr (2010) festgestellte Schlafapnoesyndrom des Klägers erkläre viele der bei ihm seit Jahren vorliegenden Symptome (ua. Einschränkungen der Konzentrations- und Merkfähigkeit, Herz- und Kreislauferkrankungen, axonale sensorische Polyneuropathien)** und sei im Rahmen der BK 1317 eine wichtige Differentialdiagnose. Die Schlafapnoe sei also nicht Folge einer Enzephalopathie oder Polyneuropathie.

Der Kläger sieht erhebliche Mängel im Gutachten des Prof. Dr. Schiele. So sei dieser zu Unrecht nicht von einer Dioxinverseuchung der damals verwendeten Holzschutzmittel ausgegangen. Deshalb habe er auch die Folgeschäden nicht korrekt medizinisch beurteilen können. Es sei auch noch ein neurologisches Gutachten einschließlich psychometrischer Testungen einzuholen. Auch sei beim Kläger heute noch ein hoher Wert des Dioxin-Rezeptors **(CYP4501A1-Wert von 2,65)** nachzuweisen. Am 31.03.2015 hat der Kläger ein Gutachten nach § 109 SGG beantragt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 13.12.2007 sowie den Bescheid vom 27.11.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.02.2002 aufzuheben und festzustellen, dass die beim Kläger vorliegenden Gesundheitsbeschwerden eine

Berufskrankheit nach den Ziffern 1317, 1302 und 1310 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung darstellen.

Die Beklagte beantragt,  
die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 13.12.2007 zurückzuweisen.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der beigezogenen Behördenakten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen verwiesen.

### Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist auch im Übrigen zulässig (§§ 143, 144, 151 SGG).

Die Berufung erweist sich jedoch als nicht begründet. Die Beklagte hat mit dem verfahrensgegenständlichen Bescheid vom 27.11.2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.02.2002 das Vorliegen einer BK 1302, einer BK 1310 und einer BK 1317 zu Recht verneint. Der Senat weist die Berufung aus den Gründen des Urteils des Sozialgerichts Würzburg vom 13.12.2007 zurück und sieht - abgesehen von den folgenden ergänzenden Hinweisen - von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab (§ 153 Abs. 2 SGG).

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig (§§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz – SGG).

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 27.11.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.02.2002 (§ 95 SGG). Mit diesem Bescheid hat die Beklagte das Vorliegen u.a. einer BK 1302, 1310 und 1317 verneint. Nur klarstellend weist der Senat darauf hin, dass nicht Gegenstand des Verfahrens die Frage ist, ob beim Kläger eine andere Berufskrankheit vorliegt oder ob eine MCS wie eine Berufskrankheit zu entschädigen ist. Denn der Kläger hat seinen Antrag beim SG auf die Feststellung der genannten BK 1302, 1310 und 1317 beschränkt. Streitgegenstand ist somit die Frage, ob eine BK 1302, 1310 oder 1317 festzustellen ist.

Vor dem Hintergrund des im Jahr 2005 geänderten Merkblatts zur BK 1317 weist der Senat darauf hin, dass der Verwaltungsakt vom 27.11.2001 unter Zugrundelegung des Erkenntnisstands zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung vom 23.11.2015 überprüft worden ist. Wie die folgenden Ausführungen zeigen, lagen und liegen weder die BK 1310 (siehe dazu unter 1.) noch die BK 1317 (siehe 2.) oder die BK 1302 (siehe 3.) vor. Für die BK 1317 gilt dies unabhängig davon, ob die Maßgaben des Merkblatts nach der Bek. des BMA vom 24.06.1996, BArbBl. 9/1996, S. 44 ff. oder die des geänderten Merkblatts, BArbBl. 3/2005, S. 49 ff., zugrunde gelegt werden (dazu unter 2). Die Berufung gegen das klageabweisende Urteil des SG ist daher unbegründet.

Die Frage, ob eine BK vorliegt, ist nach folgenden Maßgaben und Grundsätzen zu bewerten:

Nach § 9 Abs. 1 SGB VII sind Berufskrankheiten Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bezeichnet und die ein Versicherter bei einer der in den §§ 2, 3 oder 6 genannten Tätigkeiten erleidet. Die Bundesregierung ist ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grad als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind; sie kann dabei bestimmen, dass die Krankheiten nur dann Berufskrankheiten sind, wenn sie durch die Arbeit in bestimmten Unternehmen verursacht worden sind (S. 3).

Diese gesetzlichen Vorgaben zugrunde legend lassen sich bei einer Listen-BK im Regelfall und auch für die hier zu prüfenden BKen folgende Tatbestandsmerkmale ableiten, die ggf. bei einzelnen Listen-BKen einer Modifikation bedürfen: Die Verrichtung einer – grundsätzlich – versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) muss zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder Ähnlichem auf den Körper geführt (Einwirkungskausalität) und die Einwirkungen müssen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Dass die berufsbedingte Erkrankung ggf. den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (haftungsausfüllende Kausalität), ist keine Bedingung für die Feststellung einer Listen-BK (vgl. u.a. Bundessozialgericht – BSG –, Urteile vom 02.04.2009 - B 2 U 30/07 R, B 2 U 33/07 R, B 2 U 7/08 R, B 2 U 9/08 R m.w.N.; BSG, Urteil vom 29.11.2011 - B 2 U 26/10 R m.w.N.).

Dabei müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i.S.d. "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen sein, während für den ursächlichen Zusammenhang zwischen diesen Tatbestandsmerkmalen, der nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit - nicht allerdings die bloße Möglichkeit - ausreicht (BSG, Urteil vom 27.06.2006 - B 2 U 20/04 R; Urteil vom 22.08.2000 - B 2 U 34/99 R m.w.N.). Für den Vollbeweis ist keine absolute, jeden möglichen Zweifel und jede Möglichkeit des Gegenteils ausschließende Gewissheit zu fordern, vielmehr genügt für die entsprechende richterliche Überzeugung ein der Gewissheit nahekommender Grad von Wahrscheinlichkeit (BSG, Urteil vom 27.03.1958 - 8 RV 387/55, juris Rn. 16). Die volle Überzeugung wird als gegeben angesehen, wenn eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit, d.h. eine Wahrscheinlichkeit besteht, die nach der Lebenserfahrung praktisch der Gewissheit gleichkommt, weil sie bei jedem vernünftigen, die Lebensverhältnisse klar überschauenden Menschen keine Zweifel mehr bestehen lässt (BSG, Urteil vom 27.04.1972 - 2 RU 147/71, juris Rn. 30; Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 128 Rn. 3b m.w.N.). Um eine hinreichende Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs zu bejahen, muss absolut mehr für als gegen die jeweilige Tatsache sprechen. Es muss sich unter Würdigung des Beweisergebnisses ein solcher Grad von Wahrscheinlichkeit ergeben, dass ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Möglichkeit ausscheiden und nach der geltenden ärztlichen wissenschaftlichen Lehrmeinung deutlich mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht (BSG, Beschluss vom 08.08.2001 - B 9 V 23/01 B, juris Rn. 4 m.w.N.; BSG, Urteil vom 02.02.1978 - 8 RU 66/77, juris Rn. 13). Die Beweisanforderungen bei der hinreichenden Wahrscheinlichkeit sind höher als bei der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (Glaubhaftmachung im Sinne eines Beweismaßes, vgl. dazu BSG, Beschluss vom 08.08.2001 - B 9 V 23/01 B, juris Rn. 5). Überwiegende Wahrscheinlichkeit bedeutet die gute Möglichkeit, dass der Vorgang sich so zugetragen hat, wobei durchaus gewisse Zweifel bestehen bleiben können; dieser Beweismaßstab ist durch seine Relativität gekennzeichnet (vgl. BSG vom 08.08.2001 - B 9 V 23/01 B, juris Rn. 5 und Orientierungssatz; vom 14.12.2006 - B 4 R 29/06, juris Rn. 116; vom 17.04.2013 - B 9 V 3/12 R, juris Rn. 36; Keller, a.a.O., Rn. 3d m.w.N.; zum Zivilrecht BGH vom 11.09.2003 - IX ZB 37/03, juris Rn. 8; vom 15.06.1994 - IV ZB 6/94).



1. Eine BK 1310 liegt nicht vor.

Als BK 1310 ist in der Anlage 1 zur BKV verzeichnet: „Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylaryloxide“. Nach dem Merkblatt in der Fassung der Bek. des BMA v. 10.07.1979 im Bundesarbeitsblatt 7/8/1979 handelt es sich bei den Gefahrstoffen um halogenierte Alkohole, halogenierte Äther, halogenierte Epoxide und um halogenierte Phenole. Chemische Verbindungen dieser Klasse werden u. a. verwendet als Pflanzenschutzmittel (Chlorphenole, Chlorkresole) und als Holzkonservierungsmittel (z. B. Pentachlorphenol).

Aufgrund der Erhebungen des TAD (nun Präventionsdienst) der Beklagten war der Kläger in seiner Lehrzeit bei der Beigeladenen zwischen 1978 und 1982 erheblichen bis extremen Expositionen gegenüber dem Holzschutzmittel Xylamon ausgesetzt. Dieses Holzschutzmittel enthielt u.a. das Fungizid Pentachlorphenol (PCP). Aus den vorliegenden Sicherheitsdatenblättern sowie den Lieferscheinen ist zu entnehmen, dass Xylamon bis Februar 1979 PCP enthielt, wie auch die Sachverständigen Prof. Dr. Nowak, dessen Gutachten der Senat im Wege des Urkundenbeweises verwertet, und Prof. Dr. Schiele bestätigten. Sachkundig durch diese ärztlichen Sachverständigen beraten stellt der Senat als Stand der Wissenschaft fest, dass PCP über die Atemwege und die Haut resorbiert wird. Akute Vergiftungen führen zu Bauchschmerzen, Übelkeit, massivem Schweißausbruch und Temperaturanstieg. Chronische Vergiftungen führen zu ähnlichen Symptomen. Am häufigsten wird über Chlorakne (vgl. der Fall des ukrainischen Politikers Juschenko) sowie eine Erhöhung der GLDH-Aktivität (Glutamatdehydrogenase; die GLDH-Aktivität steigt besonders bei ischämischer Leberschädigung an) berichtet. Die Chlorakne ist dabei, so das Merkblatt, auf eine mögliche Verunreinigung des PCP mit Dioxin (TCDD, ebenfalls ein chloriertes Aryloxid) zurückzuführen. Dioxin kann auch zu systemischen Schädigungen wie toxischen Leberzellschädigungen und toxischen Polyneuritiden führen, wie das Merkblatt weiter ausführt. Eine Neufassung des Merkblatts von 1979 ist nicht erfolgt. Soweit der Kläger auf den Abschlussbericht des Forschungsvorhabens „Wissenschaftliche Auswertung der Hamburger Dioxin-Kohorte“ vom 11.01.2011 verweist, ergeben sich daraus keine für den vorliegenden Fall relevanten Abweichungen. Insbesondere stellt dieser Bericht ausdrücklich in Übereinstimmung mit dem Merkblatt fest, dass im Vordergrund einer klinischen Symptomatik einer Dioxin-Belastung in der Regel die Chlorakne steht.

Zur Belastung mit Dioxin stellt der Senat fest, dass der Kläger bis Februar 1979 Dioxin in geringer Menge ausgesetzt war, wie Prof. Dr. Schiele im Hinblick auf den PCP-Anteil in

---

Xylamon bis Februar 1979 und die Quantität der Verunreinigung auch aufgrund der vom Kläger vorgelegten Auszugs aus der Dissertation des Hermann Brunner (Untersuchungen zu Herkunft und Vorkommen polychlorierter Dibenzodioxine und Dibenzofurane in der Umwelt, Tübingen 1990) ausgeführt hat. Prof. Dr. Schiele sieht diese Menge mit überzeugender Begründung als toxikologisch bedeutungslos an; gesundheitliche Reaktionen des Klägers konnte er aus den vorliegenden ärztlichen Befunden nicht erkennen. Etwas anderes ergibt sich auch nicht, wenn man dem Vortrag des Klägers in seiner „humantoxikologischen Stellungnahme in eigener Sache“ vom 07.09.2015 insofern folgen wollte, dass bei ihm ein erhöhter „CYP4501A1-Wert“ vorliegen würde, der auf eine hohe Exposition gegenüber Dioxin hinweisen würde, da ein Zusammenhang zwischen einer Exposition zwischen 1978 und 1979 (oder auch 1982) und einem heute gemessenen Wert nicht herstellbar ist, wie Prof. Dr. Schiele ausgeführt hat. Auch dem bereits erwähnten Abschlussbericht vom 11.01.2011 lässt sich hierzu nichts anderes entnehmen.

Beim Kläger lassen sich zudem keine Gesundheitsstörungen feststellen, die als BK 1310 anerkannt werden könnten. Auch der Kläger selbst benennt keine Erkrankungen, die er auf Noxen im Sinne dieser BK zurückführt; er hat lediglich beantragt, „Gesundheitsstörungen“ als BK 1310 anzuerkennen. Wie Prof. Dr. Schiele überzeugend ausführt, lässt sich eine Dioxinvergiftung des Klägers aufgrund der Exposition zu PCP bis 1979 sogar mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausschließen, weil beim Kläger typische Krankheitszeichen zeitnah nicht dokumentiert sind. Insbesondere lag beim Kläger zu keiner Zeit eine Chlorakne als typisches Krankheitsbild vor; dies haben alle Gutachter von Prof. Dr. Lehnert über Prof. Dr. Nowak und Prof. Dr. Schiele bis zu Prof. Dr. Buchter übereinstimmend festgestellt. Auch eine Krankheit der Leber, des Immunsystems und des Blutes konnten die ärztlichen Sachverständigen Prof. Dr. Lehnert, Prof. Dr. Nowak und Prof. Dr. Schiele zeitnah nicht erkennen. Insbesondere kann auch ein Vorfall im Juli 1984, als der Kläger im Zementwerk beschäftigt war, nicht mit dem zu fordernden Überzeugungsgrad als Dioxinvergiftung gedeutet werden. **Zum einen besteht eine Verunreinigung von Altöl und Benzin, mit denen der Kläger damals als Berufsstoffen in Berührung kam, mit Dioxinen allenfalls in sehr geringem toxikologisch nicht bedeutsamen Umfang.** Zum anderen führt der ärztliche Sachverständige Prof. Dr. Schiele in überzeugender Weise die Sofortreaktion 1984 auf die rezidivierende Urtikaria des Klägers und weitere Arbeitsunfähigkeitszeiten ab 1998 auf eine Refluxösophagitis zurück. Beide Krankheiten seien eindeutig nicht auf die Einwirkungen von Berufsstoffen zurückzuführen. Gleiches gelte für gesundheitliche Veränderungen, die ab den 1990er-Jahren und damit deutlich nach der vom Kläger vermuteten Exposition aufgetreten seien und dann weitaus wahrscheinlicher auf be-

rufsunabhängige Risikofaktoren (Adipositas, Bluthochdruck, Schlafapnoe, berufsunabhängige Allergien) zurückgeführt werden könnten.

Soweit Prof. Dr. Buchter die Voraussetzungen einer BK 1310 bejaht hat, hat er nicht angegeben, welche Krankheit oder Gesundheitsstörung er auf die Einwirkungen durch PCP oder dessen Verunreinigungen zurückführt. Möglicherweise geht er davon aus, dass beim Kläger eine sensible Polyneuropathie vorliegt, die er auf die PCP-Exposition zurückführt. Hierzu stellt der Senat sachverständig beraten durch Prof. Dr. Schiele fest, dass sensible Polyneuropathien in der älteren Literatur in wenigen Fällen unter PCP-Exposition beschrieben wurden. Weiter ist festzustellen, dass beim Kläger eine sensible axonale Polyneuropathie gesichert ist, wie insbesondere der Neurologe Prof. Dr. Brand in seinem Gutachten vom 05.01.2001 festgestellt hat. Allerdings waren noch 1989 durch den Neurologen Dr. Trott und am 17.11.1994 durch den Neurologen und Psychiater Dr. Bittkau neurologische Normalbefunde festgestellt worden. Auch im Gutachten des Prof. Dr. Lehnert wird eine Polyneuropathie nicht diskutiert oder gar festgestellt. Entsprechende Beschwerden hat der Kläger auch bei der dortigen Untersuchung nicht geltend gemacht. Die ärztlichen Sachverständigen Prof. Dr. Nowak und Prof. Dr. Schiele sind daher zu Recht davon ausgegangen, dass zwischen dem Expositionsende und dem ersten Auftreten einer Polyneuropathie zumindest ein Zeitraum von 15 Jahren liegt. Prof. Dr. Schiele hat in diesem Zusammenhang den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zur beruflichen Verursachung dahingehend dargelegt, dass es in der internationalen Literatur keinen Hinweis auf das Auftreten von Spätschäden des peripheren Nervensystems nach einem solchen Zeitablauf gibt. Gleiches hatte auch schon Prof. Dr. Lehnert in seinem Gutachten für die Beklagte ausgeführt. Auch Brückensymptome sind insoweit nicht erkennbar, wie noch auszuführen sein wird (dazu unten 2d).

2. Eine BK 1317 liegt ebenfalls nicht vor.

Die BK 1317 bezeichnet als Berufskrankheit eine Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische.

a. Hierzu stellt der Senat fest, dass der Kläger bei seiner Tätigkeit bei der Beigeladenen einer erhöhten Exposition gegenüber Lösungsmitteln im Sinne der BK 1317, insbesondere Trichlorethylen und den flüchtigen Bestandteilen von Xylamon (hierzu gehört auch n-Hexan), ausgesetzt gewesen ist. Eine Mindestexposition sieht die BK nicht vor.

b. Beim Kläger besteht zum maßgeblichen Zeitpunkt der Berufungsentscheidung zwar eine Polyneuropathie, jedoch ist diese erst frühestens 1996 gesichert. Der zu fordernde Zusammenhang zwischen der Polyneuropathie und beruflichen Einwirkungen durch organische Lösungsmittel und deren Gemische lässt sich nicht feststellen.

Der aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft zum Vorliegen einer Polyneuropathie i.S.d. BK 1317 stellt sich wie folgt dar:

Die Polyneuropathie wird in der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme von 2012 (ICD-10) unter Punkt G 60-64 zusammen mit sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems geführt. Die ICD 10 G 62.2 benennt speziell eine Polyneuropathie durch sonstige toxische Agenzien.

Diese ist als Krankheit i.S.d. BK 1317 zugrunde zu legen und bedarf, um eine rechtliche Beurteilung möglich zu machen, noch weiterer Präzisierung. Das einschlägige Merkblatt zur BK 1317 (Bek. des BGMS, BArbBl 2005, H3 unter Weiterentwicklung des früheren Merkblatts zur BK 1317, Bek. des BMA vom 24.06.1996, BArbBl. 9/1996, S. 44 ff.) spezifiziert die Polyneuropathie i.S. der BK 1317 dahingehend, dass typisch für eine neurotoxische Polyneuropathie arm- und beinbetonte, sensible, motorische oder sensomotorische Ausfälle mit strumpf- oder handschuhförmiger Verteilung sind. Asymmetrische, multifokale, rein motorische oder autonome Neuropathien schließen eine Verursachung durch Lösungsmittel weitgehend aus. Polyneuropathien i.S. der BK 1317 sind also nur distal-symmetrische Polyneuropathien, nicht aber asymmetrisch-multifokale Polyneuropathien. Nervenschädigungen vom multifokalen Typ sprechen gegen eine toxische Genese; bei distal-symmetrischen Polyneuropathien bestehen typischerweise auf beiden Seiten krankhaft veränderte Nervenleitgeschwindigkeiten und auch typische klinische Symptome (vgl. dazu Senatsurteile vom 16.12.2014, L 18 U 364/12 ZVW und vom 08.10.2015, L 17 U 534/11). Daraus ist zu schließen, dass eine *toxische* Polyneuropathie i.S.d. ICD 10 G 62.2 unter Zugrundelegung der oben dargestellten Beweismaßstäbe im Vollbeweis gesichert sein muss. Neuere, insbesondere von den dargelegten Grundsätzen abweichende Erkenntnisse sind nicht ersichtlich.

Beim Kläger ist eine sensible axonale Polyneuropathie gesichert. Der Senat geht (im Sinne des klägerischen Begehrens) davon aus, dass diese grundsätzlich als Polyneuropathie im (oben dargestellten) Sinne der BK 1317 in Betracht kommt. Jedoch steht zur vollen Überzeugung des Senats fest, dass diese Polyneuropathie frühestens seit der zweiten Hälfte der 1990er Jahre besteht. Dies hat insbesondere der Neurologe Prof. Dr. Brand in

seinem Gutachten vom 05.01.2001 in überzeugender Weise dargelegt. Es ergibt sich auch aus dem Gutachten des Prof. Brand sowie aus den Stellungnahmen der Neurologen Dr. Trott und des Neurologen und Psychiaters Dr. Bittkau. Aus diesem Grund ist die Polyneuropathie des Klägers nicht im Sinne der BK 1317 auf berufliche Einwirkungen durch organische Lösungsmittel und deren Gemische, also auf toxische Agenzien zurückzuführen. Der zu fordernde Zusammenhang zwischen der festgestellten Polyneuropathie und den beruflichen Einwirkungen durch organische Lösungsmittel und deren Gemische ist auch dann zu verneinen, wenn man insofern (zugunsten des Klägers) den herabgesetzten Überzeugungsgrad der hinreichenden Wahrscheinlichkeit als ausreichend ansehen würde.

Das Fehlen eines solchen Zusammenhangs ergibt sich im Einzelnen aus folgenden Überlegungen: Für die Zeit zwischen 1982 (Ende der Exposition) und erstmaliger Feststellung der Krankheit (frühestens 1996) lassen sich Brückensymptome, die eine toxische Schädigung des Nervensystems belegen könnten, nicht finden. Prof. Dr. Schiele hat das Fehlen von Brückensymptomen ausführlich begründet. So hat er unter anderem aufgezeigt, dass eine sorgfältige Überprüfung aller vorliegenden ärztlichen Befunde keinen spezifischen Hinweis auf berufliche Schäden des zentralen oder peripheren Nervensystems oder anderer Organe ergeben hat. Die vom Kläger wiederholt behaupteten Vorfälle von Kollapszuständen (im Sinne pränarkotischer Phänomene) nach Kontakt mit chemischen Stoffen sind in den vorliegenden, äußerst umfangreichen Unterlagen nicht dokumentiert. Die Krankheitsliste der AOK für den Zeitraum 1978 bis 1982 liefert keine Beweise für berufsbedingte gesundheitliche Probleme. Prof. Dr. Schiele weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die festgestellte Refluxösophagis, die zu Aufstoßen und Erbrechen von saurem Mageninhalt und auch von Blut führen kann, auch schon durch unangenehme Gerüche bei der Arbeit provoziert werden kann, so dass auch akute Beschwerden u.a. als allergische Reaktionen missdeutet werden können. Auch die vom Kläger behauptete Tollpatschigkeit mit Verletzungsneigung findet keinen Niederschlag in den aktenkundigen Dokumenten. Soweit etwa Schwindelgefühle berichtet wurden, wie am 26.07.1989 bei Dr. Trott, wurde auf ein bis zwei Wochen zuvor erlittenes Schädelhirntrauma verwiesen. Stationäre Krankenhausaufenthalte, ambulante internistische oder neurologische Konsultationen, wie sie bei schweren beruflichen Vergiftungen zu erwarten wären, waren, auch während des Wehrdienstes, nicht erforderlich. Bei der Musterung 1982 wurde lediglich eine Allergie gegen Klebstoff erwähnt sowie andere unspezifische Gesundheitsprobleme. Hausärztliche und orthopädische Behandlungen von Schulterbeschwerden 1981 und 1982 können nicht als Vorboten einer Polyneuropathie gewertet werden. Gleiches gilt für

1986 behandelten Knieprobleme und Fehlbelastungen im distalen Radio-Ulnar-Gelenk wegen einer Minusvariante der Ulna. Auch eine autonome Polyneuropathie als stummes Brückensymptom kann nicht sicher festgestellt werden und würde eine Verursachung durch Lösemittel auch weitgehend ausschließen. So wurde eine Herzfrequenzvariabilität als frühdiagnostischer Hinweis auf eine autonome Polyneuropathie am 09.04.2003 im Julius-Spital Würzburg ausgeschlossen. Im Übrigen waren die neurologischen Befunde 1989 (Dr. Trott) und 1994 (Dr. Bittkau) regelgerecht. Die wiederholten Schädel-Hirn-Traumen (1981, 1985, 1987, 1989 und 1990) sowie der Bluthochdruck, verschiedene Kreislaufzusammenbrüche und die Schlaf-Apnoe sind, wie sich in überzeugender Weise aus dem Gutachten des Prof. Schiele ergibt, als alternative Risikofaktoren zu werten; eine berufliche Verursachung ist unwahrscheinlich. Das von Dr. Trott am 13.11.1990 erstmals beschriebene, nur einseitige, schwach ausgeprägte Carpal-tunnelsyndrom ist - wie sich aus der Stellungnahme des Prof. Dr. Schiele ergibt - auch retrospektiv nicht als wahrscheinliche Manifestation einer Polyneuropathie zu bewerten.

c. Vom Vorliegen einer toxischen Enzephalopathie vermag sich der Senat nicht im Sinne des Vollbeweises zu überzeugen. Zugrunde zu legen ist auch insofern der durch Prof. Dr. Schiele vermittelte Stand der medizinischen Wissenschaft. Dieser stellt sich in Bezug auf den Begriff der „Enzephalopathie“ im Allgemeinen und im Sinne der BK 1317 wie folgt dar. Die Enzephalopathie fungiert als ein Oberbegriff für eine strukturelle oder funktionelle Schädigung des Gehirns, insbesondere auch durch verschiedene endogene oder exogene Noxen (lateinisch für „Schaden“), d. h. durch irgendeine gefährdende oder potenziell schädliche Substanz oder irgendeinen schädigenden Einfluss (physikalische Einflüsse, chemische Substanzen, mikrobiologische Noxen oder auch psychosoziale Bedingungen, vgl. auch <https://de.m.wikipedia.org/wi>, Eingabebegriff „Noxe“). Allgemein gesprochen stehen im Vordergrund des klinischen Bildes einer Enzephalopathie diffuse unspezifische Störungen der Hirnfunktion mit Einschränkungen der Konzentration, der Auffassung, des Denkens sowie Veränderungen der Persönlichkeit, Antriebsarmut, Reizbarkeit und affektive Störungen. Die genannten Symptome treten einzeln, in der Gesamtheit oder auch in wechselnder Konstellation und in Kombination mit anderen somatischen Beschwerden im klinischen Alltag sehr häufig auf. Sie finden sich etwa bei depressiven und somatoformen Störungen, neurotischen Erkrankungen (Neurasthenie etc.), aber auch als Folge schwerer organischer Hirnerkrankungen oder als unspezifische Vorläufersymptome vaskulärer oder degenerativer ZNS-Erkrankungen. Auch mehr oder minder bewusstseinsnahe Wünsche nach Kompensation oder Versorgung können zur Manifestation klinisch ähnlicher Bilder führen, die sich bei naturgemäß eingeschränkter Objektivierbarkeit der Beschwerden oft

nur schwer abgrenzen lassen. Nach alledem kann der in der Definition der BK 1317 verwendete Begriff der „Enzephalopathie“ nicht als sinnvolle Eingrenzung der für diese BK zu fordernde Gesundheitsstörung angesehen werden. Vielmehr geht es hier um die im Folgenden näher zu bestimmende Gesundheitsstörung der toxischen Enzephalopathie.

Der aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft zum Vorliegen einer (toxischen) Enzephalopathie i.S.d. BK 1317 stellt sich gegenüber dem allgemeinen Oberbegriff wie folgt dar: Die ICD-10 benennt unter G 92 die toxische Enzephalopathie. Diese ist als Krankheit i.S.d. BK 1317 zugrunde zu legen, wie auch die eingeholten Gutachten des Prof. Dr. Nowak und insbesondere des Prof. Dr. Schiele zeigen. Unter einer toxischen Enzephalopathie ist danach eine nicht-entzündliche Erkrankung oder Schädigung des Gehirns (Enzephalopathie) anzusehen, die Ihre Ursache in einer akuten oder chronischen Schädigung durch giftige Substanzen hat (<http://www.netdokter.de/Service/ICD-Diagnose/G92-Toxische-Enzephalo-pathie-40552.html>). Nach dem einschlägigen Merkblatt (Bek. des BGMS, BArbBl 2005, H3) äußert sich eine toxische Enzephalopathie i.S.d. BK 1317 durch diffuse Störungen der Hirnfunktion. Konzentrations- und Merkschwächen, Auffassungsschwierigkeiten, Denkstörungen, Persönlichkeitsveränderungen oft mit Antriebsarmut, Reizbarkeit und Affektstörungen verbunden, stehen im Vordergrund. Der psychopathologische Befund muss durch psychologische Testverfahren objektiviert werden, die das Alter des Patienten berücksichtigen. Wichtige anamnestische Hinweise sind Alkoholintoleranz und häufige präanarkotische Symptome im unmittelbaren Zusammenhang mit der Lösungsmittelexposition (Benommenheit, Trunkenheit, Müdigkeit, Übelkeit, Brechreiz, aber auch Zustände von Euphorie). Die Diagnose einer Enzephalopathie stützt sich, wovon offensichtlich auch Prof. Dr. Nowak und insbesondere Prof. Dr. Schiele ausgegangen sind und wie dem Senat aus anderen Verfahren aufgrund sachverständiger Beratung bekannt ist (vgl. z.B. Senatsurteile vom 16.12.2014 - L 18 U 364/12 ZVW und vom 08.10.2015 - L 17 U 534/11) auf die anamnestischen Angaben, den psychopathologischen Befund sowie die Ergebnisse von Testverfahren. Eingeteilt wird die toxische Enzephalopathie in verschiedene Schweregrade. Toxische Enzephalopathien treten in der Regel noch während des Expositionszeitraumes auf. Die klinische Diagnose kann allerdings auch noch Jahre nach Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit gestellt werden (vgl. Merkblatt, Punkt III). Allerdings legt auch das Merkblatt von 2005 nicht nahe, dass eine durch berufliche Exposition erworbene Schädigung des Nervensystems sich erst 15 Jahre nach Expositionsende manifestiert; für eine andere Sicht gibt es in der wissenschaftlichen Literatur keine Hinweise oder gar Beweise, wie Prof. Dr. Schiele nachvollziehbar und überzeugend auch unter Verweis auf den BK-Report 02/2007 ("BK 1317" Polyneuropathie oder Enzephalo-

pathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische (<http://www.dguv.de/ifa/Publikationen/Reports-Download/BGIA-Reports-2007-bis-2008/BK-Report-2-2007/index.jsp/>) ausführt. Der BK-Report 02/2007 gehört nach der Einschätzung von Prof. Dr. Schiele zur aktuellen Standardliteratur.

Unter Zugrundelegung dieser Grundsätze lässt sich eine Enzephalopathie im Sinne der BK 1317 vorliegend nicht mit dem zu fordernden Überzeugungsgrad feststellen. Vielmehr bestehen diesbezüglich erhebliche Zweifel.

Konzentrationsstörungen als möglicher Hinweis auf eine Schädigung des Nervensystems wurden vom Kläger erstmals 1994 gegenüber Dr. Bittkau aktenkundig erwähnt. Erstmals am 16.12.2004 wurden im Nervenkrankenhaus Lohr testpsychologisch eine unter dem Durchschnitt der Altersnorm liegende Konzentrationsfähigkeit (ohne Ermüdungserscheinung) sowie der Verdacht auf eine Hirnleistungsstörung belegt. In einer SPECT-Hirn-Perfusionszintigrafie vom 16.07.1999 hat der Radiologe Dr. Labouvie ausgeprägte Perfusionsstörungen disseminierter Art in beiden Hirnhemisphären in sämtlichen Hirnregionen festgestellt. In einem PET-Befund vom 08.03.2005 stellte Dr. Ruppert einen geringgradigen Hypometabolismus temporal bds. links größer als rechts fest.

Zu dem Ergebnis, dass sich eine Enzephalopathie im Sinne der BK 1317 nicht zur vollen Überzeugung des Senats feststellen lässt, kommt der Senat aufgrund der Beratung durch die ärztlichen Sachverständigen Prof. Dr. Nowak und Prof. Dr. Schiele. Beide Sachverständige haben darauf verwiesen, dass die aufgrund der durchgeführten Testverfahren vorliegenden PET- und SPECT-Befunde für den Nachweis einer Enzephalopathie nicht geeignet sind, da sich insoweit zumeist keine oder ebenso falsch-positive als auch falsch-negative Befunde finden. Die Ergebnisse der Testpsychologie liefern zudem auch aufgrund der festgestellten überdurchschnittlichen Intelligenz des Klägers (IQ 145, festgestellt am 16.12.2004) sowie dessen intensiver Befassung mit den Voraussetzungen der hier fraglichen Berufskrankheit keine Hinweise, die zu einer vollen Überzeugung des Senats vom Vorliegen einer Enzephalopathie im Sinne der BK 1317 führen konnten. Aus den vorliegenden ärztlichen Stellungnahmen ergibt sich auch lediglich, worauf sowohl Prof. Dr. Nowak als auch Prof. Dr. Schiele verweisen, ein erst über 20 Jahre nach Expositionsende erstmals angenommener *Verdacht* auf eine Hirnleistungsschwäche. Ferner verweist der ärztliche Gutachter Prof. Dr. Schiele auch auf die umfangreichen Schriftsätze und Aktivitäten des Klägers, die eine Hirnleistungsschwäche nach seiner gutachterlichen Einschätzung klinisch nicht bestätigen. Die Behauptung des Klägers, schulische Leistun-



gen hätten nachgelassen, ist durch vorliegende Berufsschul-Zeugnisse nicht belegt. Gleiches gilt für die Leistungen an der Arbeitsstelle. Soweit der Kläger Spasmen des Schließmuskels des Afters beklagt, sind diese auf vorliegende organische Veränderungen in Form von Hämorrhoiden, Analpolyp, Marisken und eine Analvenenthrombose zurückzuführen und nicht auf eine Enzephalopathie; Prof. Dr. Schiele führt hierzu in überzeugender Weise aus, dass es einen entsprechenden Zusammenhang nach wissenschaftlicher Lehrmeinung nicht gibt. Auch der Beratungsarzt Dr. Löffler hielt eine schwerwiegende hirnorganische Beeinträchtigung für nahezu ausgeschlossen.

3. Auch eine BK 1302 liegt nicht vor.

Als BK 1302 ist in der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung verzeichnet: „Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe“. Nach dem Merkblatt in der Fassung der Bekanntmachung des BMA vom 29.03.1985, Bundesarbeitsblatt 1985 Heft 6 Seite 55, gehört zu den Gefahrenquellen das Verarbeiten von Lösemitteln in der Farbenindustrie und beim Aufbringen sowie Abbeizen von Anstrichstoffen. Bei den Halogenkohlenwasserstoffen handelt es sich um Verbindungen von Kohlenwasserstoffen mit Fluor, Chlor, Brom und Jod. Hierzu zählt auch das Trichlorethylen („Tri“), dem der Kläger nach den Erhebungen des TAD (nun Präventionsdienst) in arbeitsmedizinisch-toxikologisch relevantem Ausmaß (so schon Prof. Dr. Lehnert) ausgesetzt gewesen ist, aber auch Lindan ( $\gamma$ -Hexachlorcyclohexan, ein Insektizid). Die durch Lösemittel verursachte Entfettung der Haut begünstigt lokale Infektionen und Ekzeme. Typische Anzeichen einer akuten oder subakuten Vergiftung mit Halogenkohlenwasserstoffen sind Symptome von seiten des Zentralnervensystems wie Benommenheit, Kopfschmerz, Schwindel, Somnolenz sowie psychische Alterationen, in Einzelfällen auch chronische Vergiftungserscheinungen in Form peripherer Neuritiden (toxische Neuropathie). Die Lebertoxizität von Halogenkohlenwasserstoffen mit hepatotoxischer Wirkung äußert sich in einer Vergrößerung des Organs, einem Anstieg der Transaminasen im Serum und in unterschiedlichen histologischen Bildern. Vergiftungen mit Trichlorethen und anderen chlorierten Lösemitteln können Reizbildungs- und Reizleitungsstörungen des Herzens hervorrufen. Einige Halogenkohlenwasserstoffe können Beeinträchtigungen der Nierenfunktion verursachen. Eine Neufassung des Merkblatts von 1985 ist nicht erfolgt. Soweit der Kläger auf den bereits erwähnten Abschlussbericht vom 11.01.2011 verweist, ergeben sich daraus keine für den vorliegenden Fall relevanten Abweichungen.

Beim Kläger lassen sich keine Gesundheitsstörungen feststellen, die als BK 1302 anerkannt werden könnten. Auch der Kläger selbst benennt keine Erkrankungen, die er auf Noxen im Sinne dieser BK zurückführt; er hat lediglich beantragt, „Gesundheitsstörungen“ als BK 1302 anzuerkennen. Hauterkrankungen im Sinne der BK liegen nicht mit dem erforderlichen Beweismaß des Vollbeweises vor. Eine Chlorakne liegt beim Kläger, wie bereits ausgeführt, nicht vor. Wie ebenfalls bereits ausgeführt (vgl. oben 2d) sind prä-narkotische Phänomene, die, so das Merkblatt unter III., typisch für eine akute oder subakute Vergiftung sind, in den vorliegenden Unterlagen nicht belegt. Zeitnahe Erkrankungen der Leber und der Nieren ergeben sich aus keinem der eingeholten Gutachten oder beigezogenen Befundberichte. Prof. Dr. Schiele schloss 2005 eine chronische Nierenschädigung aus. Die neuesten vom Kläger vorgelegten ärztlichen Unterlagen bezüglich einer hepatischen Enzephalopathie (Attest des Allgemeinarztes Dr. Beetz vom 13.07.2015) können eine für die BK 1302 relevante Lebererkrankung nicht belegen. Wie Prof. Dr. Schiele dargelegt hat, hat ein CT-Befund vom 14.02.2014 keine pathologische Veränderung der Leberstruktur von Krankheitswert beschrieben.

Auch eine Schädigung des Zentralnervensystems lässt sich zentral zur Exposition nicht objektivieren, wie Prof. Dr. Schiele überzeugend dargelegt hat. Ferner liegt auch keine Schädigung des zentralen Gesichtsnerves „nervus trigemus“ vor, die als für eine BK 1302 typische Gesundheitsstörung angesehen wird. Auch sonstige Hirnnerven waren unauffällig, wie bei Untersuchungen von Prof. Kobal am 15.11.1999, von Prof. Dr. Brand am 30.11.2000 und 2012 im Klinikum Würzburg festgestellt wurde. Ein MCS-Syndrom kommt als BK 1302 nicht in Betracht, weil keine wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse über die Ursachen eines solchen Syndroms vorliegen. Zudem bestehen erhebliche Zweifel am Vorliegen eines solchen Syndroms; Prof. Dr. Buchter hat ein solches gerade nicht bestätigt. Soweit Prof. Dr. Buchter im Übrigen die Voraussetzungen einer BK 1302 bejaht hat, führt das nicht zur Anerkennung dieser BK. Denn sein Gutachten enthält keine überzeugenden Ausführungen dazu, welche Krankheit oder Gesundheitsstörung auf Einwirkungen im Sinne der BK 1302 zurückgeführt werden könnte.

4. Weitere Ermittlungen sind nicht veranlasst.

a. Der Antrag des Klägers (Schriftsatz vom 31.03.2015, bei Gericht eingegangen am gleichen Tag, den Neurologen und Psychiater Dr. Hausotter als ärztlichen Gutachter seiner Wahl nach § 109 SGG zu hören bzw. eine weitere gutachterliche Stellungnahme des vom SG auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG gehörten Prof. Dr. Buchter einzuholen mit

gleichzeitiger Einholung eines Zusatzgutachtens des Dipl.-Psychologen Prof. Dr. Heubrock (Schriftsatz vom 16.07.2015), war zurückzuweisen. Gemäß § 109 SGG muss auf Antrag des Versicherten ein bestimmter Arzt gutachterlich gehört werden. Dem ist mit der Anhörung des Prof. Dr. Buchter durch das SG Rechnung getragen worden. Das Antragsrecht nach § 109 SGG ist damit verbraucht. Denn das Antragsrecht nach § 109 SGG steht grundsätzlich nur einmal in beiden Tatsacheninstanzen zur Verfügung (vgl. z.B. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 02.03.2011 - L 6 SB 4878/08 juris Rn 22 m.w.N.). Der Senat war nicht verpflichtet, einem Antrag auf Einholung eines Sachverständigengutachtens zum Beweis einer bestimmten Tatsache beliebig oft nachzukommen (vgl. BSG, Urteil vom 15.04.1991 - 5 RJ 32/90, SozR 3-1500 § 109 Nr. 1; BSG, Beschluss vom 17.03.2010 - B 3 P 33/09 B). Außerdem ist § 109 SGG als Ausnahmegvorschrift (§ 103 S. 2 SGG) eng auszulegen und bezieht sich nur auf die gutachterliche Anhörung eines bestimmten Arztes. Eine wiederholte Antragstellung nach § 109 SGG rechtfertigt sich daher nur bei Vorliegen besonderer Umstände (vgl. dazu auch Keller in Meyer-Ladewig / Keller / Leitherer, 11. Aufl. 2014, § 109 Rn 10 b m.w.N.). Solche sind nicht ersichtlich.

b. Eine weitere Begutachtung nach § 106 SGG ist deshalb nicht erforderlich, weil der entscheidungserhebliche Sachverhalt geklärt ist. Insbesondere die Frage, ob beim Kläger durch die zwischen 1978 und 1982 stattgehabte berufliche Exposition gegenüber den in den BK 1302, 1310 und 1317 genannten Stoffen Erkrankungen eingetreten sind, die als Berufskrankheiten im Sinne einer oder mehrerer dieser BK-Tatbestände anzuerkennen wären, **ist insbesondere durch das Gutachten des Arbeits-, Sozial- und Umweltmediziners Prof. Dr. Schiele erschöpfend beantwortet.** Weitere Ermittlungen, insbesondere auch zum aktuellen Gesundheitszustand des Klägers, sind nicht veranlasst.

Die Kostenfolge beruht auf § 193 SGG.

Revisionszulassungsgründe (§ 160 Abs. 2 SGG) sind nicht gegeben.

## Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

### I. Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann nur dann mit der Revision angefochten werden, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb **eines Monats** nach Zustellung der Entscheidung schriftlich oder in elektronischer Form beim Bundessozialgericht einzulegen. Sie muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein und die angefochtene Entscheidung bezeichnen.

Die Beschwerde in schriftlicher Form ist zu richten an das Bundessozialgericht, Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel bzw. das Bundessozialgericht, 34114 Kassel (nur Brief und Postkarte).

Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der "Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht" in das elektronische Gerichtspostfach des Bundessozialgerichts zu übermitteln ist. Die hierfür erforderliche Software kann über das Internetportal des Elektronischen Gerichts- und Verwaltungspostfachs ([www.egvp.de](http://www.egvp.de)) lizenzfrei heruntergeladen werden. Dort können auch weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen

1. Rechtsanwälte,
2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,
3. selbstständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,
4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,
5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,
6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,
7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu den Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

Die Beschwerde ist innerhalb von **zwei Monaten** nach Zustellung der Entscheidung von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen.

In der Begründung muss dargelegt werden, dass

- die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder
- die Entscheidung von einer zu bezeichnenden Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
- ein zu bezeichnender Verfahrensmangel vorliegt, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann.

Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der §§ 109 und 128 Abs. 1 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nicht und eine Verletzung des § 103 SGG nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

## II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für das Beschwerdeverfahren gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form (s.o.) einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; **hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen**. Der Vordruck ist kostenfrei bei allen Gerichten erhältlich. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts ([www.bsg.bund.de](http://www.bsg.bund.de)) heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs ist der Vordruck in Papierform auszufüllen, zu unterzeichnen, einzuscannen, qualifiziert zu signieren und dann in das elektronische Gerichtspostfach des Bundessozialgerichts zu übermitteln (s.o.).

Falls die Beschwerde nicht schon durch einen zugelassenen Prozessbevollmächtigten eingelegt ist, müssen der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst den Belegen innerhalb der Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

## III. Ergänzende Hinweise

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um zwei weitere Abschriften. Dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.

Dr. Krodel  
zugleich für den  
an der Unterschrift  
verhinderten RiLSG  
Martin

Dr. Cantzler





Öffentliche Sitzung  
Bayerisches Landessozialgericht

Schweinfurt, 23.11.2015

Aktenzeichen:  
L 17 U 438/10  
S 5 U 40/02

## Niederschrift

### in dem Rechtsstreit

Peter Röder, Kirchgasse 8, 97776 Eußenheim-Bühler  
- Kläger und Berufungskläger -

gegen

Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM), Bezirksverwaltung Nürnberg, vertreten durch den Hauptgeschäftsführer, Weinmarkt 9-11, 90403 Nürnberg - 04 S 095215769 -  
- Beklagte und Berufungsbeklagte -

Beigeladen

Ehrenfels-Isoliertüren GmbH, vertreten durch die Geschäftsführer, Seegrubenstraße 3, 97753 Karlstadt  
- Beigeladene -

Proz.-Bev.:

Rechtsanwälte Eberhard Nied u.Koll., Gotengasse 7, 97070 Würzburg - 00018-05/5/bs -

<b>Anwesend:</b>	Vorsitzender:	Vorsitzender Richter am LSG Dr. Krodol
	Weitere Berufsrichter:	Richter am LSG Martin Richter am LSG Dr. Cantzler
	Ehrenamtliche Richter:	Faulhaber Reinfelder
	Als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle:	Ebert

Nach Aufruf der Sache erscheinen:

der Kläger	persönlich mit seinem Bruder, Herrn Hans Martin Röder, als Beistand
für die Beklagte	Herr Riedl in Generalvollmacht
für die Beigeladene	niemand

Der Vorsitzende stellt fest, dass die Beteiligten ordnungsgemäß geladen wurden, insbesondere die Beigeladene ausweislich des Empfangsbekennnisses vom 04.11.2015.

Der Sachverhalt wird vorgetragen.  
Sodann erhalten die Beteiligten das Wort.  
Das Sach- und Streitverhältnis wird mit ihnen erörtert.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 13.12.2007 sowie den Bescheid vom 27.11.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.02.2002 aufzuheben und festzustellen, dass die beim Kläger vorliegenden Gesundheitsbeschwerden eine Berufskrankheit nach den Ziffern 1317, 1302 und 1310 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung darstellen.

- vorgelesen und genehmigt -

Der Beklagtenvertreter beantragt,

die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 13.12.2007 zurückzuweisen.

- vorgelesen und genehmigt -

Der Vorsitzende erklärt die mündliche Verhandlung für geschlossen.

Nach geheimer Beratung verkündet der Vorsitzende

- **IM NAMEN DES VOLKES** -

das Urteil durch Verlesen der folgenden Urteilsformel:

- I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 13.12.2007 wird zurückgewiesen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Anschließend wird der wesentliche Inhalt der Gründe mitgeteilt.

---

Dr. Krodel  
Vorsitzender

---

Ebert  
Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

Beginn der Verhandlung:  
Ende der Verhandlung:

11.04 Uhr  
13.04 Uhr