

L 10 U 406/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 1 U 1922/08
Datum
18.12.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 406/09
Datum
22.07.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 18.12.2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung einer Berufskrankheit nach Nr. 1317 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BK 1317).

Der am 1943 geborene Kläger hat von Juli 1958 bis Juli 1961 den Beruf eines Kraftfahrzeugmechanikers erlernt, von Juli 1961 bis März 1968 war er als Motorführer bei der B. L. , K. und vom 01.04.1968 bis 30.11.2003 bei der Firma R. GmbH, G.-N.(Firma R.) beschäftigt. Während seiner Ausbildung zum Kfz-Mechaniker im Autohaus H. , G.-N., führte der Kläger Ölwechsel und Inspektionen durch, betankte Wagen, reparierte Getriebe, führte Blecharbeiten durch und ca. einmal pro Woche Lackierarbeiten. Bei der B. L. fuhr er eine Raupe und reparierte die Maschinen. Bei der Maschinenreparatur wurden die Motoren mit Trichloräthylen eingespritzt, aber auch mit dem Pinsel gereinigt. Bei der Firma R. war er zunächst als Maschinenarbeiter und Maschinenführer sowie Schichtführer tätig, von 1988 bis Mitte April 2000 war er als Produktions-Betriebsleiter eingesetzt, danach übte er bis zu seinem Ausscheiden aus der Firma als Technischer Assistent zu etwa 50 % seiner täglichen Arbeitszeit Büroarbeiten aus. Bei Arbeiten in der Produktionshalle trug er ab dem Jahr 2000 eine Schutzausrüstung (mit gefilterter Luft versorgter Helm). Die Firma R. produzierte ab 1968 Kunstleder aus geschäumtem und ungeschäumtem PVC-Material und Velours. PVC-Beschichtungen führte die Firma bis 1984, Polyurethan-Beschichtungen bis 1996 durch. Ab 1993 hatte die Velours-Produktion nur noch eine untergeordnete Bedeutung und wurde 1996 völlig eingestellt. Seit 1984 bedruckt und beschichtet die Firma R. im Wesentlichen Kunststofffolien. Bei der Produktion wurden Lösungsmittel eingesetzt, denen der Kläger exponiert war (Toluol, Xylol, Ethylbenzol, Ethylacetat, Methylisobutylketon [MIBK], Methyläthylketon, n-Butylacetat, Dimethylformamid, Cyclohexanon, Butanon).

Wegen - so die Angaben des Klägers - seit 1996 auftretender Beschwerden in Form von Husten, Atemnot, Kopfschmerzen, Übelkeit und Schwindelgefühl erstatteten am 31.07.2001 die Firma R. und am 27.06.2001 der Betriebsarzt und Arzt für Arbeitsmedizin Dr. Z. bei der Beklagten eine Anzeige wegen des Verdachts einer Berufskrankheit. Dr. Z. führte aus, der Kläger habe berichtet, seit 1996 gehäuft Kopfschmerzen, rasche geistige Ermüdbarkeit und Störungen der Konzentrationsfähigkeit zu bemerken. Seiner Ehefrau sei eine nachlassende Merkfähigkeit aufgefallen. Mehrmals täglich habe der Kläger Schwindelzustände, die dann mit Übelkeit und Brechreiz verknüpft seien, zeitweise habe er ein taubes Gefühl im Gesicht. In dem von Dr. Z. beigefügten Bericht über eine stationäre Behandlung des Klägers im Universitätsklinikum H. vom 04.04.2001 bis 06.04.2001 beschrieb Prof. Dr. H. , Neurologische Klinik, als Diagnosen u.a. einen Verdacht auf eine toxische Enzephalopathie. Ein auswärtig im November 2000 durchgeführtes MRT habe eine normale Darstellung des Neurocraniums erbracht. In der Ambulanz seien deutliche Auffälligkeiten in der neuropsychologischen Testung, vor allem Gedächtnisverlust und Konzentrationsschwäche, bemerkt worden. Eine Polyneuropathie habe sich in der Elektrophysiologie nicht bestätigt. Die von Prof. Dr. H. veranlasste Positronen-Emissions-Tomographie (PET) vom 06.04.2001 ergab - so Prof. Dr. H. , Universitätsklinikum H. , Abteilung Nuklearmedizin - einen verminderten Glukosemetabolismus hoch parietal und parieto-occipital, ferner einen diskret verminderten Glukosemetabolismus hoch temporal bzw. hoch temporo-occipital sowie in der Hippocampusregion. Ähnliche Befunde könnten auch im Rahmen eines Morbus Alzheimer gefunden werden.

Die Beklagte zog die Unterlagen aus einem bezüglich einer im November 1999 erstatteten Anzeige des Verdachts auf eine Berufskrankheit nach Nrn. 1315, 4301 und 4302 der Anlage 1 zur BKV geführten Verwaltungsverfahren bei (diesbezüglich bestandskräftiger ablehnender Bescheid der Beklagten vom 07.08.2001), u. a. mit einem Auszug aus der Leistungsdatei der A. M. O. (darin u.a. Arbeitsunfähigkeitszeit vom 27.07.1999 bis 07.08.1999 wegen eines psychoorganischen Syndroms), einer Stellungnahme des Technischen Aufsichtsdienstes (TAD),

Dipl.-Ing. L. , vom 17.02.2000 und einem Gutachten des Prof. Dr. T. auf Grund einer Untersuchung des Klägers im November 2000 (keine BK 1315 oder 4302). Dipl.-Ing. L. führte aus, durch den Messtechnischen Dienst der Beklagten seien erstmals im Jahr 1986 Gefahrstoffmessungen an der Velours-Maschine sowie an der Beschichtungsanlage durchgeführt worden, wobei keine Grenzwertüberschreitungen festgestellt worden seien. 1996 seien erneut Arbeitsplatzkonzentrationsmessungen in der Abteilung "Beschichten von Lackfolien" durchgeführt worden, bei den eingesetzten Lösungsmitteln Cyclohexanon, Butylacetat, Xylol, Ethylacetat, MIBK seien Unterschreitungen des Grenzwerts von IMAK = 1 festgestellt worden. Im Dezember 1997 seien Arbeitsplatzkonzentrationsmessungen während des Lackiervorgangs von Möbelfolie an der Beschichtungsanlage vorgenommen worden, auch hier seien Unterschreitungen des Grenzwerts für die Lösungsmittel Xylol, Ethylbenzol, MIBK, Cyclohexanon, Ethylacetat, n-Butylacetat und Butanon festgestellt worden.

Zur Frage des Vorliegens der arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK 1317 führte Dipl.-Ing. L. aus, diese seien nach dem Ergebnis der im Bericht vom 17.02.2000 wiedergegebenen Untersuchungen nicht erfüllt. Der Allgemeinarzt Dr. B. teilte der Beklagten mit, der Kläger habe sich erstmalig im November 2000 vorgestellt, nachdem von externer Seite der Verdacht auf eine isozyanatinduzierte Enzephalopathie geäußert worden sei. Über Beschwerden habe der Kläger bezüglich der Enzephalopathie nicht geklagt, es habe lediglich ein andauernder und unstillbarer Reizhusten vorgelegen. In dem von Dr. B. vorgelegten Befundbericht von Prof. Dr. H. über eine Untersuchung des Klägers vom 05.03.2001 ist unter Diagnosen u. a. ein Verdacht auf Enzephalopathie aufgeführt. Der Kläger habe sich seit ca. sechs Monaten bemerkten neuropsychologischen Auffälligkeiten wie Gedächtnisverlust und Konzentrationsschwäche vorgestellt. Im EEG, ebenso wie in den Doppleruntersuchungen der hirnversorgenden Arterien habe sich ein Normal-Befund gezeigt, gleichfalls im cranialen MRT. In der neuropsychologischen Testung seien jedoch erhebliche Defizite im Bereich der Konzentration und Merkfähigkeit aufgefallen, was auf eine beginnende dementielle Entwicklung hinweise. Differenzialdiagnostisch sei eine Enzephalopathie zu erwägen.

Auf Anregung der Gewerbeärztin E. holte der TAD schriftliche Zeugenaussagen der ehemaligen Kollegen des Klägers, B. und H. ein. Der Zeuge B. gab an, er sei im Bereich Mischungen tätig gewesen und dort bei den Messungen anwesend gewesen. Dabei hätten sich deutliche Grenzwertunterschreitungen ergeben, Veränderungen an Maschinen seien nicht durchgeführt worden. Der Zeuge H. gab an, an Tagen, an denen Immissionsmessungen durchgeführt worden seien, sei der Produktionsplan darauf abgestimmt worden, dass es zu möglichst geringen Immissionen gekommen sei.

In dem weiteren von der Beklagten beigezogenen Entlassungsbericht des Universitätsklinikums H. über eine stationäre Behandlung des Klägers vom 16.01.2002 bis 15.02.2002 gab Prof. Dr. Sch. , Psychiatrische Klinik, unter Diagnosen einen Verdacht auf eine Lösungsmittel induzierte Enzephalopathie an. Der testpsychologische Befund habe eine leichte kognitive Beeinträchtigung und eine Merkfähigkeitsstörung für einfaches und komplexes sprachliches Material mit diskret reduzierter Kurzzeitgedächtnisspanne und Reduktion der Leistung nach Ablenkung, eine stark reduzierte semantische Wortflüssigkeit und eine verlangsamte Informationsverarbeitung bei ansonsten normgerechter kognitiver Leistung ergeben. Die kognitive Symptomatik schein stark depressiv überlagert. EEG und CCT hätten einen Normalbefund ergeben. Die am 21.02.2002 durchgeführte PET habe gegenüber der Voruntersuchung vom April 2001 eine Besserung erbracht. Zusammenfassend würden die Ergebnisse für eine Aufmerksamkeitsstörung sprechen, die möglicherweise Lösungsmittel induziert sei. Auf Grund der Anamnese des psychiatrischen, neuropsychologischen und klinischen Untersuchungsbefundes erscheine eine toxische Enzephalopathie am wahrscheinlichsten.

In dem im Auftrag der Beklagten erstatteten Gutachten führte PD Dr. M. , Institut für Arbeits- Sozial- und Umweltmedizin der J.-G.-Universität M. , aus, die Diagnose einer Enzephalopathie sei auf Grund der Befunde der psychiatrischen Klinik der Universitätsklinik H. gesichert. Ausgehend von der vom TAD ermittelten Exposition liege eine BK 1317 nicht vor. Ausgehend von den Angaben des Klägers zur Exposition sei die Anerkennung einer toxischen Enzephalopathie als BK 1317 zu empfehlen. Seinem Gutachten fügte PD Dr. M. eine von dem Kläger am 08.12.2002 erstellte Darstellung seiner Tätigkeit bei der Firma R. bei. Nach Einholung einer weiteren Stellungnahme der Gewerbeärztin Dr. E. (eine BK Nr. 1317 werde zur Anerkennung vorgeschlagen) lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 18.01.2005 die Anerkennung einer BK 1317 ab und führte zur Begründung aus, die arbeitstechnischen Voraussetzungen zur Entstehung einer BK 1317 seien nicht bewiesen. Den hiergegen erhobenen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 20.06.2005 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 12.07.2005 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe erhoben und geltend gemacht, sowohl PD Dr. M. als auch Dr. E. hätten sich für die Anerkennung einer BK 1317 ausgesprochen. Er sei besonders in den Anfangsjahren nach Beginn der Beschäftigung bei der Firma R. viele Jahre lang den Einwirkungen diverser Lösungsmittel ausgesetzt gewesen, zu diesem Zeitpunkt habe es auch keine Absaugeinrichtungen gegeben. Außerdem sei oftmals an den Messtagen durch den TAD der Produktionsplan geändert worden. Ergänzend hat der Kläger einen Bericht des Umweltbeauftragten der Firma R. , Hanisch, vom 31.01.1990 hinsichtlich realisierter und geplanter Immissionsschutzmaßnahmen vorgelegt.

Das Sozialgericht hat frühere Arbeitskollegen des Klägers, die Zeugen N. , D. , P. , H. , B. und E. schriftlich gehört. Diese haben die Angaben des Klägers, wonach an Messtagen durch den TAD der Produktionsplan geändert worden sei, bestätigt. Der behandelnde Allgemeinarzt des Klägers, Dr. B. , hat in seiner schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage gegenüber dem Sozialgericht angegeben, er habe den Kläger ab Juni 1999 wegen eines Hustenreizes behandelt. Die Diagnose eines psychoorganischen Syndroms sei als Arbeitshypothese gedacht gewesen, da habe geklärt werden müssen, ob die vorliegende Obstruktion der Atemwege eine emotionale oder eine exogene Ursache gehabt habe.

Das Sozialgericht hat weiterhin die testpsychologischen Befunde der psychiatrischen Klinik der R.-K. -Universität H. , Dipl.-Psych. B. , vom 31.10.2001 (leichte kognitive Beeinträchtigung; eine Überlagerung der kognitiven Leistung durch depressives Erleben könne nicht ausgeschlossen werden) und vom 13.02.2002 (mäßige kognitive Leistungseinbußen; testpsychologische hätten sich allenfalls diskrete Hinweise für depressives Erleben eruieren lassen) beigezogen und ein Gutachten von Dr. H. , Institut für Neurologische Begutachtung am Klinikum K. mit testpsychologischer Untersuchung durch Dipl.-Psych. Dr. phil. J. und auf Antrag des Klägers nach § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ein Gutachten von Prof. Dr. H. , H. mit neuropsychologischem Zusatzgutachten von Dipl.-Psych. Dr. phil. V. eingeholt. Dr. H. hat eine Angststörung und - unter Berücksichtigung der testpsychologischen Untersuchung des Dr. J. - sehr leichte kognitive Einschränkungen beschrieben. Außerdem bestehe eine Phobie das soziale Leben betreffend. Die komplexe Störung sei organisch nicht begründbar und damit auch nicht als Zeichen einer eventuellen Enzephalopathie zu werten, es handle sich um eine Persönlichkeitsstörung und eine phobische Störung. Nicht ausschließen wolle er, dass bei dem Kläger berufsbedingt eine toxische

Enzephalopathie bestanden habe, die aber nach Beendigung der Exposition abgeklungen sei. Dr. J. hat eine fragliche bis sehr leichte Aufmerksamkeits- und Gedächtniseinschränkung beschrieben, eine organische Ursache hierfür könne ausgeschlossen werden. Prof. Dr. H. hat eine Enzephalopathie II A und eine obstruktive Atemwegserkrankung diagnostiziert und eine BK 1317 bejaht. Dr. V. hat eine verminderte Fähigkeit, Aufmerksamkeitsprozesse herzustellen und über die Zeit zu halten, eine verlangsamte Psychomotorik, eine eingeschränkte Fähigkeit, flexibel zwischen verschiedenen kognitiven Anforderungen zu wechseln, eine deutliche Beeinträchtigung des Arbeitsgedächtnisses, eine Störung der verbal-mnestischen Lern-, Speicher- und Abrufprozesse und eine Minderung der formal-lexikalischen Wortflüssigkeit beschrieben. Eine Interpretation der festgestellten kognitiven Einbußen verbiete sich allerdings, da Symptomvalidierungsprüfungen dafür sprechen würden, dass die Mangelleistungen Folgen einer verminderten Anstrengungsbereitschaft seien. Aktuell dominierten im Verhalten des Klägers die körperlich-psychischen Beeinträchtigungen, wie sie für eine depressive Entwicklung typisch seien. Ob eine hirnorganisch begründete Störung der kognitiven Leistungsfähigkeit vorliege, lasse sich angesichts der im Rahmen der depressiven Erkrankung eingeschränkten Anstrengungsbereitschaft nicht abschließend beantworten.

Mit Urteil vom 18.12.2008 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt, der Kläger erfülle nicht die Voraussetzungen für die Feststellung von Gesundheitsstörungen als BK 1317. Eine Polyneuropathie sei schon deswegen nicht festzustellen, weil eine solche bei dem Kläger nicht vorliege. Auch eine Enzephalopathie sei nicht festzustellen, da ungeachtet der Frage, ob die arbeitstechnischen Voraussetzungen erfüllt seien, eine Enzephalopathie nicht nachgewiesen sei. Hierfür hat sich das Sozialgericht auf das Gutachten von Dr. H. sowie die Beurteilung des testpsychologischen Befundes durch Dr. J. und Dr. V. gestützt.

Gegen das am 23.12.2008 zugestellte Urteil hat der Kläger am 15.01.2009 Berufung eingelegt. Er macht geltend, Dr. H. habe die im Rahmen der Anamneseerhebung von dem Kläger beschriebenen Rauschzustände während der Arbeit mit Lösemitteln ebenso wenig wie die von ihm geschilderten Beschwerden (Kopfschmerzen, Übelkeit, Gedächtnisstörungen, Reizbarkeit, Müdigkeit, Antriebsstörung und gedrückte Stimmung) berücksichtigt. Um zu begründen, dass von der Symptomatik der Beschwerden keinesfalls auf die Art der Hirnschädigung geschlossen werden könne, hingegen eine psychische Krankheit oder irgendeine Form der Angststörung vorliege, habe er noch eigens verfälschte Angaben zu den arbeitstechnischen Voraussetzungen gebraucht. Das Gutachten des Dr. H. sei nicht im mindesten geeignet, eine toxische Enzephalopathie zu widerlegen. Durch die von Dr. H. durchgeführte testpsychologische Untersuchung lasse sich eine Enzephalopathie nicht abklären, auch hierdurch könne eine Enzephalopathie nicht ausgeschlossen werden. Dr. V. habe darauf hingewiesen, dass die von ihr festgestellte Depression durchaus als enzephalopathischer Prozess aufzufassen sein könne. Das Ergebnis der Testung durch Dr. V. sei sicher aussagekräftiger als das von Dr. J. ... Der Umstand, dass die bildgebenden Verfahren Normalbefunde ergeben hätten, lasse sich nicht als Argument gegen eine toxische Enzephalopathie verwenden. Hingegen stelle das Ergebnis der PET praktisch den Nachweis einer Enzephalopathie dar. Nicht zutreffend sei auch, dass die Ärzte der Neurologischen Klinik und der Psychiatrischen Klinik des Universitätsklinikums H. lediglich den Verdacht auf eine Lösungsmittel induzierte Enzephalopathie geäußert hätten. Die Worte "Verdacht auf" stünden zwar so unter dem Wort Diagnosen, im Bericht der psychiatrischen Klinik vom 10.07.2002 werde aber begründet, weshalb den Untersuchern eine toxische Enzephalopathie am wahrscheinlichsten erscheine. Außerdem sei der Kläger, wie PD Dr. M. erwähnt habe, vom 27.07. bis 07.09.1999 wegen eines psychoorganischen Syndroms krankgeschrieben gewesen, was das Sozialgericht nicht erwähnt habe.

Der Kläger

wiederholt alle im Berufungsschriftsatz vom 23.03.2009 enthaltenen Beweisanträge und die an den Sachverständigen Dr. H. zu richtenden Fragen zu Protokoll, und beantragt abermals die Ladung des Sachverständigen in die mündliche Verhandlung, damit er die gestellten und weitere Fragen beantworte

und beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 18.12.2008 und den Bescheid der Beklagten vom 18.01.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.06.2005 aufzuheben und festzustellen, dass bei ihm eine BK 1317 in Form einer Enzephalopathie vorliegt und nach den gesetzlichen Vorschriften zu entschädigen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat den Sachverständigen Dr. H. zu von dem Kläger mit Schriftsatz vom 23.03.2009 formulierten Fragen schriftlich gehört. Hierzu hat Dr. H. zusammengefasst ausgeführt, bei den von dem Kläger geschilderten Klagen handele es sich um unspezifische Symptome. Bei diesen könne man die Annahme einer Enzephalopathie zwar äußern, aber nicht begründen. Ohne zusätzliche organische Befunde - in aller erster Linie in Form kognitiver Störungen - sei die Diagnose einer Enzephalopathie nicht wahrscheinlich zu machen. Rauschzustände seien Zeichen einer akuten Intoxikation und bedeuteten nicht, dass eine Enzephalopathie nachfolgen müsse. Eine Depressivität sei per se so unspezifisch, dass man sie nicht als Zeichen einer Enzephalopathie werten könne. Veränderungen im PET könnten nicht für die Diagnose einer Enzephalopathie verwendet werden, weil ähnliche Veränderungen auch bei Depressionen auftreten würden und zum Teil auch Artefakte vorkommen könnten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den §§ 143, 144, 151 SGG zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung einer BK 1317. Zutreffend hat die Beklagte daher eine solche mit Bescheid vom 18.01.2005 und Widerspruchsbescheid vom 20.06.2005 verneint.

Nachdem die Beklagte jedwede Entschädigung mit der Begründung ablehnt, es sei kein Versicherungsfall, hier keine Berufskrankheit (§ 7 Abs. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch SGB VII), eingetreten, ist sachdienliche Klageart vorliegend neben der Anfechtungsklage nach § 54

[Abs. 1 SGG](#) mit dem Ziel der Aufhebung der ablehnenden - und auch einer zukünftigen Leistungsgewährung entgegenstehenden - Bescheide die auf gerichtliche Feststellung einer Berufskrankheit gerichtete Feststellungsklage gem. [§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#). Dem auf Entschädigung gerichteten Teil des gestellten Antrages kommt bei dieser Sachlage keine eigenständige Bedeutung zu (vgl. zu der gleichgelagerten Konstellation der Verneinung eines Arbeitsunfalles wegen fehlenden Versicherungsschutzes BSG, Urteil vom 07.09.2004, [B 2 U 45/03 R](#) in [SozR 4-2700 § 2 Nr. 2](#)).

Rechtliche Grundlage für die zu treffende Entscheidung ist [§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#). Danach sind Berufskrankheiten Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach [§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeiten erleiden. Gemäß [§ 9 Abs. 1 Satz 2](#) erster Halbsatz SGB VII ist die Bundesregierung ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erhebliche höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Hierzu zählt nach Nr. 1317 der Anlage zur BKV die Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische.

Voraussetzung für die Feststellung einer Berufskrankheit ist zum einen, dass der schädigende Stoff ("Listenstoff") generell geeignet ist, das betreffende Krankheitsbild zum Entstehen zu bringen oder zu verschlimmern. Zum anderen muss die vorliegende Erkrankung konkret-individuell durch entsprechende Einwirkungen des Listenstoffs wesentlich verursacht bzw. verschlimmert worden und diese Einwirkungen müssen wesentlich durch die versicherte Tätigkeit verursacht worden sein. Dabei müssen im Unfallversicherungsrecht nach ständiger Rechtsprechung die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall bzw. Berufskrankheit) und die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung erwiesen sein, d. h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 30.04.1985, [2 RU 43/84](#) in [SozR 2200 § 555a Nr. 1](#)). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 30.04.1985, [a. a. O.](#)); das bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.1999, [B 2 U 47/98 R](#) in [SozR 3-1300 § 48 Nr. 67](#); Urteil vom 02.05.2001, [B 2 U 16/00 R](#) in [SozR 3-2200 § 551 Nr. 16](#)). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende Kausalität), so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.1988, [2/9b RU 28/87](#) in [SozR 2200 § 548 Nr. 91](#)). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991, [2 RU 31/90](#) in [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#)).

Diese Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt. Denn eine - hier allein in Betracht kommende - (toxische) Enzephalopathie i. S. der Nr. 1317 der Anlage 1 zur BKV lässt sich nicht feststellen.

Bei der Enzephalopathie handelt es sich um eine nichtentzündliche diffuse Erkrankung oder Schädigung des Gehirns mit vielfältiger Ätiologie (Psychembel, 261. Aufl. 2007). Nach dem Merkblatt zur BK 1317 (Bekanntmachung des BMGS, BArbBl. 2005, H. 3 S. 49, abgedr. bei Mehrtens/Brandenburg, Die Berufskrankheitenverordnung, M 1317) äußert sich eine toxische Enzephalopathie durch diffuse Störungen der Hirnfunktion. Konzentrations- und Merkschwächen, Auffassungsschwierigkeiten, Denkstörungen, Persönlichkeitsveränderungen oft mit Antriebsarmut, Reizbarkeit und Affektstörungen stehen im Vordergrund. Im klinischen Verlauf unterscheidet man Schweregrad I (Erschöpfung, Ermüdbarkeit, Konzentrations-schwäche, Merkschwäche, allgemeine Antriebsminderung), Schweregrad II A (ausgeprägte und dauerhafte Persönlichkeitsveränderungen, zunehmende Merk- und Konzentrationsschwäche, Stimmungsschwankungen mit depressivem Einschlag, Affektlabilität; Nachweis testpsychologischer Leistungsminderungen), Schweregrad II B (zusätzlich zu den unter II A aufgeführten psychischen Störungen lassen sich leichte neurologische Befunde wie Tremor, Ataxie und andere Koordinationsstörungen nachweisen) und Schweregrad III (Demenz mit ausgeprägten Intelligenz- und Gedächtnisstörungen, Nachweis hirnatrophischer Veränderungen bei kranialer Computertomographie oder Kernspintomographie).

Toxische Enzephalopathien treten in der Regel noch während des Expositionszeitraumes auf; die klinische Diagnose der lösungsmittelbedingten Enzephalopathie kann aber auch mehrere Jahre nach Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit erstmals gestellt werden. Denn die lösungsmittelbedingte Enzephalopathie kann sich nach Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit bessern, konstant bleiben oder verschlechtern. Die Diagnose stützt sich auf die anamnестischen Angaben und den psychopathologischen Befund. Wichtige anamnестische Hinweise sind Alkoholintoleranz und häufige präanarkotische Symptome im unmittelbaren Zusammenhang mit der Lösungsmittelexposition (Benommenheit, Trunkenheit, Müdigkeit, Übelkeit, Brechreiz, aber auch Zustände von Euphorie). Der psychopathologische Befund muss durch psychologische Testverfahren objektiviert werden, die das Alter des Patienten berücksichtigen. Bei diesen Testverfahren sollen untersucht werden: die prämorbid Intelligenz, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen, Psychomotorik, Wesensveränderungen und Befindlichkeitsstörungen. Neurophysiologische Untersuchungen (EEG-evozierte Potenziale, Nervenleitgeschwindigkeit) sowie bildgebende Verfahren (Computertomogramm, Kernspintomogramm) ergeben bei den lösungsmittelverursachten Enzephalopathien in der Regel Normalbefunde. Sie sind jedoch für die Differenzialdiagnostik von Bedeutung. Erhöhte Werte im Biomonitoring (Lösungsmittel oder deren Metabolite im Blut oder Urin) können die Diagnose stützen. Differenzialdiagnostisch sind in erster Linie eine Multiinfarkt-Demenz, ein Morbus Alzheimer und eine alkoholtoxische Enzephalopathie auszuschließen. Darüber hinaus ist die gesamte Differenzialdiagnostik exogener und endogener toxischer Enzephalopathien, traumatischer Psychosynndrome, Affektpsychosen und neurotischer Fehlentwicklungen zu berücksichtigen (vgl. auch hierzu das Merkblatt zur BK 1317 a. a. O.).

In Anwendung dieser Grundsätze vermag sich der Senat nicht davon zu überzeugen, dass bei dem Kläger eine (toxische) Enzephalopathie vorliegt. Der Senat stützt sich auf die schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Dr. H. und die Auswertung der testpsychologischen Untersuchung von Dr. J ... Dr. H. hat unter Auswertung der von ihm selbst erhobenen Befunde, des Ergebnisses der testpsychologischen Untersuchung durch Dr. J. und der aktenkundigen Befunde nachvollziehbar dargelegt, dass eine organische Hirnschädigung und damit auch eine Enzephalopathie als Grundlage der bei dem Kläger vorliegenden psychischen Störung nicht

nachweisbar ist. Dr. H. hat bei der Untersuchung des Klägers keine Einschränkung der konzentrativen Zuwendung, keine psychopathologischen Bewusstseinsinhalte und keine formalen Denkstörungen feststellen können. Bei der testpsychologischen Untersuchung hat Dr. J. bei Prüfung des mnestischen Leistungsvermögens eine normgerechte unmittelbare auditive und visuelle Merkfähigkeit (Arbeitsgedächtnis) erhoben und damit schlüssig eine organisch bedingte Beeinträchtigung oder gar Störung der Merkfähigkeit ausgeschlossen. Bei Prüfung des Konzentrationsvermögens hat der Kläger - so Dr. J. - unter Tempobedingungen eine knapp durchschnittliche Mengenleistung bei einem zeitintensiven, übergenaue Arbeitsstil erzielt. Auf Grund dieses Ergebnisses hat Dr. J. eine organisch bedingte Beeinträchtigung des Konzentrationsvermögens ausgeschlossen. Unter Auswertung des Syndrom-Kurztests hat Dr. J. eine fragliche bis sehr leichte Aufmerksamkeits- und Gedächtniseinschränkung beschrieben, eine organische Ursache für diese Teilleistungen aber ausgeschlossen. Die Ursache für die diskrete Einschränkung des Leistungsvermögens unter Zeitdruck hat Dr. J. eher im seelischen Bereich gesehen und zur Begründung nachvollziehbar darauf verwiesen, dass der Kläger bei Leistungstests mit verdecktem Erfassen der Arbeitsgeschwindigkeit wie dem Untertest "Figuren legen" aus dem HAWIE-R bei einem mit in die Bewertung einfließenden zügigen Lösungsverhalten eine überdurchschnittliche Leistung erzielt hat.

Insgesamt haben Dr. H. und Dr. J. somit nachvollziehbar dargelegt, dass sich eine hirnorganische Schädigung für die von dem Kläger geltend gemachten Beschwerden nicht hat finden lassen. Vielmehr handelt es sich hierbei - so Dr. H. - um eine Angststörung und eine Phobie, das soziale Leben betreffend, die mangels Nachweis organischer Befunde die Diagnose einer Enzephalopathie nicht begründen können. Soweit der Kläger geltend macht, Dr. H. habe die von ihm geschilderten Beschwerden nicht berücksichtigt, verkennt er, dass diese Beschwerden (Kopfschmerzen, Übelkeit, Gedächtnisstörungen, Reizbarkeit, Müdigkeit, Antriebsstörung und gedrückte Stimmung) ohne organisches Korrelat nicht auf eine Hirnschädigung schließen lassen. Hierauf hat auch die im Rahmen der Erstattung des Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) durch Prof. Dr. H. zur Erstattung des Neuropsychologischen Zusatzgutachtens hinzugezogene Sachverständige Dr. V. hingewiesen. Denn Dr. V. hat dargelegt, dass sich eine Interpretation der von ihr festgestellten kognitiven Einbußen (geminderte Fähigkeit, Aufmerksamkeitsprozesse herzustellen und über die Zeit hinweg zu halten, verlangsamte Psychomotorik, eingeschränkte Fähigkeit, flexibel zwischen verschiedenen kognitiven Anforderungen zu wechseln, deutliche Beeinträchtigung des Arbeitsgedächtnisses, Störung der verbal-mnestischen Lern- Speicher- und Abrufprozesse und Minderung der formal -lexikalischen Wortflüssigkeit) verbiete, da die Symptomvalidierungsprüfungen dafür sprechen würden, dass diese Mangelleistungen Folge einer verminderten Anstrengungsbereitschaft sind. So hat der Kläger nach Darstellung von Dr. V. bei der Überprüfung einfachster Paarassoziiierungs-Lernaufgaben Leistungen gezeigt, die nur bei stark hirngeschädigten und dementen Patienten zu beobachten sind und Personen mit beginnender Demenz und geistig behinderte Kinder solche Aufgaben besser als der Kläger lösen. Unter Bezugnahme auf das Gutachten von Dr. V. hat Dr. H. in seiner ergänzenden Stellungnahme gegenüber dem Senat dargelegt, dass die von Dr. V. geschilderten Befunde auf eine sogenannte Pseudodemenz hinweisen, die bei einer schweren bis schwersten Depression vorkommen kann. Nachvollziehbar hat Dr. H. dargelegt, dass die Unterschiede zwischen der testpsychologischen Untersuchung durch Dr. J. und der Untersuchung durch Dr. V. sich auch bei Unterstellung einer Verschlechterung nicht mit einer toxischen Enzephalopathie, die während der Berufstätigkeit des Klägers entstanden ist, erklären lassen. Insoweit übereinstimmend hat Dr. V. im Verhalten des Klägers die körperlich-psychischen Beeinträchtigungen, wie sie für eine depressive Erkrankung typisch sind, als dominierend angesehen. Dr. V. hat zwar darauf hingewiesen, dass eine depressive Erkrankung durchaus als hirnorganischer Prozess aufzufassen ist, diese Aussage allerdings insoweit relativiert, als sie dargelegt hat, dass das Vorliegen einer hirnorganisch begründeten Störung der kognitiven Leistungsfähigkeit angesichts der im Rahmen einer depressiven Erkrankung eingeschränkten Anstrengungsbereitschaft nicht abschließend beantwortet werden kann. Damit hat Dr. V. allenfalls die Möglichkeit des Vorliegens eines hirnorganischen respektive enzephalopathischen Prozesses dargelegt, diesen jedoch ebenfalls nicht im Sinne des hierfür erforderlichen Vollbeweises belegen können. Dies ist, wie bereits oben dargelegt, als Nachweis der geltend gemachten Gesundheitsstörung nicht ausreichend. Gleiches gilt für das Vorbringen des Klägers, das Gutachten des Dr. H. sei nicht geeignet, eine Enzephalopathie zu widerlegen, denn die geltend gemachte Gesundheitsstörung muss positiv begründet werden.

Ein Nachweis lässt sich auch nicht aus den übrigen aktenkundigen medizinischen Befunden erbringen. Soweit sich der Kläger insoweit auf die Befundberichte der Neurologischen und Psychiatrischen Klinik des Universitätsklinikums H. beruft, hat das Sozialgericht zutreffend dargelegt, dass weder Prof. Dr. H. , Neurologische Klinik des Universitätsklinikums H. noch Prof. Dr. Sch. , Psychiatrische Klinik des Universitätsklinikums H. die sichere Diagnose einer Enzephalopathie gestellt haben. Vielmehr hat Prof. Dr. H. in den Befundberichten über die Untersuchungen des Klägers im März/April 2001 unter Diagnosen lediglich einen Verdacht auf eine toxische Enzephalopathie angegeben, gleiches gilt für Prof. Dr. Sch. im Entlassungsbericht über die stationäre Behandlung des Klägers vom 16.01.2002 bis 15.02.2002. Zwar führte Prof. Dr. Sch. in dem genannten Entlassungsbericht in der Zusammenfassung aus, er halte eine toxische Enzephalopathie am wahrscheinlichsten, erachtete dies jedoch gleichfalls nicht als ausreichend für eine gesicherte Diagnose, sondern beschrieb weiterhin lediglich den Verdacht einer Lösungsmittel induzierten Enzephalopathie. Darüber hinaus legte auch Prof. Dr. Sch. dar, dass die kognitive Symptomatik stark depressiv überlagert zu sein schien. Insoweit hat aber gerade Dr. V. darauf hingewiesen, dass die bestehende depressive Symptomatik eine abschließende Aussage über das Vorliegen einer hirnorganisch begründeten Störung der kognitiven Leistungsfähigkeit nicht zulässt.

Soweit sich der Kläger zum Nachweis einer hirnorganischen Schädigung auf die Krankschreibung wegen eines psychoorganischen Syndroms vom 27.07. bis 07.09.1999 bezieht, hat der behandelnde Allgemeinarzt Dr. B. , der diese Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt hat, dargelegt, dass die Diagnose eines psychoorganischen Syndroms (lediglich) als Arbeitshypothese gedacht war, da geklärt werden müssen, ob die bei dem Kläger vorliegenden Lungen- und Bronchialbeschwerden in Form einer Obstruktion der Atemwege eine emotionale oder exogene Ursache hatten. Damit lag auch der Krankschreibung durch Dr. B. wegen eines psychoorganischen Syndroms lediglich eine Verdachtsdiagnose, aber kein gesicherter Nachweis einer hirnorganischen Schädigung, geschweige denn einer Enzephalopathie, zu Grunde.

Auch das Gutachten des PD Dr. M. ist nicht zum Nachweis des Vorliegens einer Enzephalopathie geeignet. Das Sozialgericht hat insoweit zutreffend ausgeführt, dass PD Dr. M. die Diagnose einer Enzephalopathie auf Grund des Befundberichts der Psychiatrischen Klinik der Universitätsklinik H. zu Unrecht als gesichert angesehen hat. Denn wie bereits oben dargelegt, hat Prof. Dr. Sch. lediglich den Verdacht einer Lösungsmittelbedingten Enzephalopathie beschrieben. Eigene Überlegungen, ob die Diagnose einer Enzephalopathie gerechtfertigt ist, hat PD Dr. M. , wie sich aus seinem Gutachten ergibt, nicht angestellt, sodass auch dieses Gutachten nicht zum Nachweis einer Enzephalopathie geeignet ist.

Übereinstimmend mit dem Sozialgericht hält auch der Senat das Gutachten des Prof. Dr. H. nicht für geeignet, eine Enzephalopathie nachzuweisen. Prof. Dr. H. hat die Diagnose einer Enzephalopathie mit dem Bestehen eines Zustandes nach Lösemittelbelastung, einer

schweren Leistungsminderung mit Einschränkungen von Aufmerksamkeit und Konzentration, Vergesslichkeit, rauschartigen Benommenheitszuständen während der beruflichen Tätigkeit, rezidivierenden Haut- und Schleimhautreizungen von Hals und Nase und der Erkrankung mehrerer Kollegen am gleichen Arbeitsplatz an den selben Symptomen begründet. Wie bereits oben dargelegt, besteht zwar die Möglichkeit, dass die von Prof. Dr. H. beschriebene Leistungsminderung von einer Enzephalopathie herrührt. Derartige Störungen können jedoch, wie auch die von Prof. Dr. H. zur Erstattung eines Zusatzgutachtens herangezogene Dr. V. dargelegt hat, auch auf andere Ursachen, im Falle des Klägers - so Dr. V. - auf eine depressive Erkrankung zurückzuführen sein. Allein aus den von Prof. Dr. H. geschilderten Symptomen und Belastungen durch Lösemittel am Arbeitsplatz kann somit das Vorliegen einer Enzephalopathie nicht nachgewiesen werden. Voraussetzung ist vielmehr, dass eine Schädigung des Gehirns nachgewiesen wird. Gerade hierzu hat Prof. Dr. H. in seinem Gutachten keine Stellung genommen und insbesondere, worauf das Sozialgericht zutreffend hingewiesen hat, das Ergebnis des Zusatzgutachtens der Dr. Vogt, wonach das Vorliegen einer hirnorganisch begründeten Störung der kognitiven Leistungsfähigkeit gerade nicht nachgewiesen werden kann, nicht berücksichtigt. Damit überzeugt das Gutachten des Prof. Dr. H. nicht.

Soweit sich der Kläger darauf beruft, das Ergebnis der PET sei praktisch der Nachweis einer Enzephalopathie, hat Dr. H. in seiner im Berufungsverfahren abgegebenen Stellungnahme überzeugend dargelegt, dass die PET für die Diagnose einer Enzephalopathie keine Rolle spielt, weil ähnliche Veränderungen im PET auch bei Depressionen auftreten und zum Teil auch viele Artefakte vorkommen können. Dies steht in Übereinstimmung mit dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft, denn danach ist die PET im Rahmen der neurologischen Untersuchung zur Diagnose einer Enzephalopathie nicht erforderlich (vgl. BK-Report 2/2007 - BK 1317 - , S. 120).

Soweit sich der Kläger und auch Prof. Dr. H. auf während der beruflichen Tätigkeit aufgetretene Rauschzustände beziehen, hat Dr. H. überzeugend dargelegt, dass derartige Rauschzustände Zeichen einer akuten Intoxikation sind und nicht bedeuten, dass eine Enzephalopathie nachfolgen muss. Damit kann aus in der Vergangenheit aufgetretenen Rauschzuständen nicht auf eine dauerhafte Schädigung des Gehirns, wie sie für eine Enzephalopathie erforderlich ist, geschlossen werden. Dr. H. hat insoweit auch dargelegt, dass möglicherweise zu einem früheren Zeitpunkt ausgehend von dem Auftreten von Rauschzuständen und einer für die Verursachung einer Enzephalopathie geeigneten Lösemittelexposition am früheren Arbeitsplatz des Klägers eine leichte Form einer toxischen Enzephalopathie bestanden haben könnte. Insoweit hat es sich allerdings - so Dr. H. - um eine reine Spekulation gehandelt, weshalb dies nicht zum Nachweis des Vorliegens einer Enzephalopathie geeignet ist.

Nachdem bereits eine für die Feststellung einer BK 1317 erforderliche Gesundheitsstörung nicht nachgewiesen ist, braucht der Senat nicht abschließend zu entscheiden, ob auf Grund der Bedingungen am früheren Arbeitsplatz des Klägers die sogenannten arbeitstechnischen Voraussetzungen erfüllt sind. Zutreffend hat das Sozialgericht in seinem Urteil insoweit allerdings ausgeführt, dass unter Berücksichtigung des Beweisergebnisses die vom TAD bestätigten Unterschreitungen der jeweiligen MAK-Werte für die im Arbeitgeberbetrieb verwendeten organischen Lösungsmittel nicht zwingend sind. Der Senat schließt sich der Auffassung des Sozialgerichts an und nimmt auf die Ausführung im angefochtenen Urteil Bezug.

Den Antrag des Klägers, den gerichtlichen Sachverständigen in die mündliche Verhandlung zur Erläuterung seines Gutachtens zu laden, lehnt der Senat ab.

Der Kläger beruft sich für seinen Antrag zu Unrecht auf Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH). Richtig ist zwar, dass der BGH mit Beschluss vom 08.11.2005 ([VI ZR 121/05](#)) entschied, dass der Antrag auf Ladung eines Sachverständigen keiner besonderen Begründung bedürfe, dass es auch nicht darauf ankomme, ob das Gericht noch Erläuterungsbedarf sehe oder ob solcher von der Partei dargelegt worden sei; ebenso wenig sei erforderlich, dass im Voraus Fragen konkret formuliert würden. Allerdings legte der BGH im genannten Beschluss auch dar, dass es genüge - und damit auch erforderlich ist - wenn die Partei allgemein angebe, in welche Richtung sie durch ihre Fragen eine weitere Aufklärung herbeizuführen wünsche. Schon dies hat der Kläger - was die Ankündigung weiterer Fragen anbelangt - nicht getan. Soweit er im Schriftsatz vom 08.07.2009 darlegt, der Sachverständige möge erläutern, ob und welche neurologischen Untersuchungen er für die Erstattung seines Gutachtens durchgeführt habe, ergibt sich dies aus dem schriftlich erstatteten Gutachten (vgl. den neurologischen Befund und unten S. 18). Welche weitere Aufklärung eine mündliche Erläuterung des Sachverständigen geben soll, ist nicht nachvollziehbar.

Im Übrigen gilt die vom Kläger herangezogene Rechtsprechung des BGH nur für das zivilrechtliche Verfahren. Im sozialgerichtlichen Verfahren ist sie nicht anwendbar. Vielmehr gelten für das sozialgerichtliche Verfahren im Hinblick auf dessen Besonderheiten andere Grundsätze. Denn gerade im Rahmen der - auch hier im Vordergrund stehenden - sozialmedizinischen Sachaufklärung kommt es in der Regel nicht alleine auf die medizinischen Kenntnisse des Sachverständigen an, sondern die für die Entscheidung des konkreten Falles relevanten Fragen lassen sich regelmäßig nur in Kenntnis und damit nach Auswertung der Akten, ggf. der Auswertung von Ergebnissen bildgebender Verfahren und ggf. entsprechender zusätzlicher Recherchen in Bezug auf besondere Fragestellungen beantworten. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf sich nach Erstattung des schriftlichen Gutachtens ergebender Rückfragen, insbesondere bei erforderlichen Stellungnahmen auf Vorhalte des Gerichts oder der Verfahrensbeteiligten in Bezug auf zu berücksichtigende Tatsachen, Erwägungen und/oder Erläuterung von Argumentationsketten. Für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung mit der dort regelmäßig anzustellenden Kausalitätsbetrachtung gilt dies in besonderem Maße. Demensprechend ist das Bundessozialgericht (BSG) in ständiger Rechtsprechung der Auffassung, dass der gerichtliche Sachverständige nur in bestimmten Fällen vom Gericht zur Erläuterung seines Gutachtens in die mündliche Verhandlung geladen werden muss. Dies ist insbesondere der Fall (BSG, Beschluss vom 09.01.2006, [B 1 KR 52/05 B](#)), wenn zuvor objektiv sachdienliche Fragen angekündigt worden sind bzw. zumindest ein entsprechender Fragenkomplex konkret umschrieben worden ist, soweit der Sachverständige die Fragen nicht bereits beantwortet hat oder (Beschluss vom 27.04.2006, [B 7a AL 242/05 B](#)) wenn der Sachverhalt noch nicht zweifelsfrei geklärt ist und die bestehenden Zweifel durch schriftliche Nachfragen nur unzulänglich geklärt werden können. Einer Ladung des Sachverständigen zur Erläuterung seines Gutachtens bedarf es somit im sozialgerichtlichen Verfahren nur (so ausdrücklich der für das Unfallversicherungsrecht zuständige 2. Senat des BSG im Beschluss vom 31.05.1996, [2 BU 16/96](#)), wenn dies nach Lage der Dinge sachdienlich ist, was insbesondere der Fall sein kann, wenn der Sachverständige von falschen tatsächlichen Annahmen ausgegangen ist oder sein Gutachten Lücken oder Widersprüche enthält, die durch eine mündliche Befragung ausgeräumt werden müssen. Noch nicht einmal im Falle des Widerspruches zu anderen Gutachten ist die persönliche Anhörung des Sachverständigen erforderlich (BSG, a.a.O.).

Vorliegend hat der gerichtliche Sachverständige Dr. H. die vom Kläger schriftlich formulierten Fragen in seiner ergänzenden Stellungnahme beantwortet. Der Kläger hat nicht dargelegt, aus welchen Gründen dies unzureichend gewesen sein soll. Soweit der Sachverständige Fragen

nicht für zweckdienlich erachtet hat, beruht dies auf seiner medizinischen Einschätzung, nämlich dass die von dem Kläger gestellten Fragen nach der Dauer der Untersuchung und Anamneseerhebung für die Bewertung keine Rolle spielen. Auch für den Senat ist nicht erkennbar, welche Rolle der zeitliche Aufwand des Sachverständigen spielt; denn Dr. H. hat die von ihm auf Grund seines medizinischen Fachwissens für erforderlich gehaltenen Untersuchungen durchgeführt (s. die Darstellung des neurologischen Befundes im Gutachten), welcher Zeitaufwand dafür erforderlich war, ist ohne Relevanz. Insoweit hat der Kläger, der bei der Untersuchung schließlich selbst zugegen war und damit die Zeitdauer derselben aus eigener Anschauung kennt, auch nicht dargelegt, dass die Untersuchung vom zeitlichen Umfang her unzureichend gewesen wäre. Soweit der Kläger nach Beantwortung des von ihm vorgelegten Fragenkatalogs durch Dr. H. außerdem gefordert hat, Dr. H. möge ausführlich erläutern, ob und welche neurologischen Untersuchungen er für die Erstattung seines Gutachtens durchgeführt habe, beantwortet sich diese Frage bereits aus dem Gutachten und der ergänzenden Stellungnahme des Dr. H. ... Denn im Gutachten ist unter dem neurologischen Befund dargelegt, dass eine Untersuchung der Hirnnerven, der Motorik, der Reflexe, der Koordination und der Sensibilität durchgeführt worden ist, wobei Dr. H. mit seiner ergänzenden Stellungnahme klargestellt hat, dass zur neurologischen Untersuchung keine Hilfsmittel herangezogen worden sind und - mangels Indikation - auch keine neurologische Messung durchgeführt worden ist.

Unerheblich ist, dass der Sachverständige Dr. H. möglicherweise von unkorrekten Expositionen ausgegangen ist. Denn er hat eine Enzephalopathie nicht diagnostizieren können. Die Frage nach den Expositionen spielt hierfür keine Rolle.

Die Beweisanträge des Klägers lehnt der Senat ab. Soweit der Kläger die Vernehmung der Zeugen N. , D. , P. und B. zu einer "noch größeren" Lösemittelexposition beantragt, kommt es hierauf - wie bereits dargelegt - nicht an, da bereits eine für die Feststellung einer BK 1317 erforderliche Gesundheitsstörung nicht nachgewiesen ist. Gleiches gilt, soweit der Kläger die Vernehmung der genannten Zeugen zum Beweis dafür begehrt, dass er ab Mitte 2000 einen fremdbelüfteten Atemschutzhelm getragen habe. Im Übrigen legt der Senat diese Angaben zu Grunde. Soweit der Kläger die Einholung eines (weiteren) neurologischen Gutachtens beantragt, ist dies nicht erforderlich, da der Sachverhalt durch das zur Überzeugung des Senats schlüssige Gutachten des Dr. H. mit testpsychologischer Zusatzuntersuchung durch Dr. J. - wie ebenfalls bereits dargelegt - hinreichend geklärt ist. Auch die Einholung eines "psychometrischen Sachverständigengutachtens" zur Auswertung der testpsychologisch erhobenen Befunde des Dr. J. ist nicht erforderlich, da Dr. J. diese Auswertung auf Grund seiner Sachkunde schlüssig und nachvollziehbar vorgenommen hat. Die vom Kläger insoweit erhobenen Einwände hält der Senat nicht für überzeugend. Der Kläger interpretiert die von Dr. J. mitgeteilten Testergebnisse in seinem Sinn, er verfügt aber über keine erkennbare hinreichende Sachkunde, um die Auswertung der durchgeführten psychologischen Tests durch Dr. J. in Zweifel zu ziehen. Dies gilt sowohl für die vom Sachverständigen durchgeführte Auswertung der Einzeltests (s. die Ergebnisse in der Anlage zum Gutachten) und deren Interpretation im Gutachten als auch für die Gesamtbewertung.

Soweit der Kläger die Einholung eines "psychometrischen Sachverständigengutachtens" zum Beweis dafür, dass durch das "psychologische Gutachten" der Dr. V. eine Enzephalopathie nicht ausgeschlossen werden könne, beantragt, ist dies für die Entscheidung unerheblich, da - wie ebenfalls bereits ausgeführt - für den erforderlichen Nachweis des Vorliegens einer Enzephalopathie nicht ausreicht, dass eine solche nicht ausgeschlossen werden kann. Daher ist auch die Einholung eines "psychometrischen Sachverständigengutachtens" zum Beweis der Behauptung des Klägers, das Ergebnis des "Tests" durch Dr. V. sei sicher aussagekräftiger als die Testung bei Dr. J. , nicht erforderlich. Soweit der Kläger die Vernehmung seiner Ehefrau, G. H. , zum Beweis einer von Dr. J. erlaubten, hingegen von Dr. V. verweigerten Schmerzmitteleinnahme während der Begutachtung beantragt, kommt es hierauf für die streitentscheidende Frage des Vorliegens einer hirnorganischen Schädigung nicht an. Soweit der Kläger die Einholung eines "nuklearmedizinischen Gutachtens" zum Beweis dafür, dass das Ergebnis der in der Universitätsklinik H. durchgeführten PET praktisch der Nachweis einer Enzephalopathie sei, beantragt, ist auch dies nicht erforderlich, da der Sachverständige Dr. H. insoweit gerade überzeugend dargelegt hat, dass die PET für die Diagnose einer Enzephalopathie keine Rolle spielt. Soweit der Kläger die Vernehmung seiner Ehefrau zu den Umständen der Begutachtung durch Prof. Dr. T. beantragt, ist auch dies nicht entscheidungserheblich, das das Gutachten des Prof. Dr. T. nicht zur Frage des Vorliegens der hier streitigen BK 1317, sondern zu einer BK 1315 bzw. 4302 erstattet wurde und somit für den hier zu entscheidenden Rechtsstreit ohne Bedeutung ist.

Letztlich lehnt der Senat auch die Einholung eines arbeitsmedizinischen Gutachtens von Amts wegen ab. Die maßgebende Fragestellung - Vorliegen einer Enzephalopathie - betrifft das neurologische Fachgebiet. Hierzu liegt das neurologische Gutachten des Dr. H. vor. Darüber hinausgehende Erkenntnisse sind von einem arbeitsmedizinischen Gutachten - auch bei psychometrischem Zusatzgutachten - nicht zu erwarten. Ein weiteres Gutachten nach [§ 109 SGG](#) lehnt der Senat ebenfalls ab, da bereits das Gutachten des Prof. Dr. H. mit neuropsychologischem Zusatzgutachten der Dr. V. auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) eingeholt worden ist und besondere Umstände, die die Einholung eines weiteren Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) rechtfertigen, nicht vorliegen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-07-28