

L 10 U 2240/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 3 U 3689/13
Datum
11.05.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 2240/15
Datum
22.02.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 11.05.2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Anerkennung einer Berufskrankheit (BK) nach Nr. 1317 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV, nachfolgend BK 1317, Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische) streitig.

Der am 1956 geborene Kläger erlernte den Beruf des Maurers und war bis 1993 in seinem Ausbildungsberuf, zuletzt als Polier und Meister beschäftigt. Ab 11.04.1994 war er technischer Betriebsleiter der Mülldeponie S. in W., einer seit Jahrzehnten bestehenden Deponie, auf der Abfälle jeglicher Art, d.h. Hausmüll und auch Sonderabfälle, eingebaut werden. Seine Aufgaben umfassten die Eingangs- und Einbaukontrolle der angedienten Abfälle (Augen-/Geruchskontrolle) auf Beschaffenheit und Unregelmäßigkeiten, Probeentnahmen für Flammproben oder Rückstellproben, Einweisen der LKW (meist Kipper), Sorten- und Preiszuordnung, Personal- und Maschineneinsatz, inklusiv Wartungs- und Reparaturarbeiten sowie Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Deklaration. Schädigenden Stoffen war der Kläger dabei - so seine Angaben - bei der Eingangs- und Einbaukontrolle, bei Be- und Entladetätigkeiten, den erforderlichen Rundgängen und -fahrten auf dem Deponiegelände, bei der Sickerwassersammlung, -aufbereitung und -ableitung, der Deponiegaserfassung und -nutzung, dem Abladen und Einbau diverser Stoffe, wie bspw. Nanustäuben, der Annahme und Zwischenlagerung (Aufhäufeln mit Radlager, Bagger etc.) und bei der Aufbereitung und dem Einbau von KVA-Schlacke (KVA= Kerichtverbrennungsanlage) ausgesetzt (vgl. Angaben des Klägers Bl. 27/28 VerwA).

Nachdem beim Kläger im Sommer 1996 schmerzhafte Bewegungseinschränkungen in den Gelenken auftraten und eine Spondylarthritis, eine Urticaria pigmentosa und ein Multipel-Chemical-Sensitivity-Syndrom (Multiple Chemikalienunverträglichkeit = MCS-Syndrom) diagnostiziert wurden, die der Kläger in Zusammenhang mit seiner beruflichen Tätigkeit brachte, veranlasste die Beklagte nach entsprechender ärztlicher Anzeige eine Stellungnahme ihres technischen Aufsichtsdienstes (TAD), der bestätigte, dass der Kläger gesundheitsschädigenden Stoffen ausgesetzt sei. Dies sei insbesondere bei der Kontrolle von Anlieferungen und dem Öffnen von Verpackungen der Fall, wobei es zur Inhalation der Dämpfe komme. Dabei könne für die leicht flüchtigen Stoffe kurzzeitig eine deutliche Grenzüberschreitung unterstellt werden. Nachträglich sei es nicht mehr möglich, präzise zu beschreiben, welche Substanzen inhaliert worden seien. Aus dem privaten Bereich seien dies insbesondere Lösungsmittelgemische (Terpentinersatz, Nitroverdünnern), Farben- und Lackreste, Holzschutzmittel, Pflanzenschutzmittel, Beizen, Altöle und sonstige flüssige Betriebsmittel von Kraftfahrzeugen. Im Übrigen sei der Kläger bei seinen Kontrolltätigkeiten ständig Ausgasungen aus dem Deponiekörper ausgesetzt, schließlich Dieselmotoremissionen durch die zu- und abfahrenden Kraftfahrzeuge, die an seinem Büro vorbeifahren würden. Nach Einholung einer arbeitsmedizinischen Stellungnahme, nach der sich das führende Krankheitsbild (Spondylarthritis) mit der beruflichen Tätigkeit nicht erklären lasse, lehnte die Beklagte sowohl die Anerkennung einer BK als auch einer Wie-BK mit Bescheid vom 10.08.2000 ab (vgl. zu alledem Blatt 31/44 VerwA).

Im Oktober 2007 erstattete der Arzt für Innere Medizin Dr. S. die weitere Anzeige über eine BK und führte aus, dass derzeit die Abklärung berufsbedingter Intoxikationen laufe und der Kläger seit einigen Wochen arbeitsunfähig sei. Gleichmaßen erstattete der Nervenarzt Dr. B. Anzeige über eine BK und berichtete über die Beschwerden des Klägers (Konzentrationsstörungen, Koordinationsstörungen), die er auf berufliche Einwirkungen (Baustoffe, Benzin, Öle, Stäube) zurückführe. Diagnostiziert habe er eine Neuropathie, eine beginnende Myopathie, eine chemische Überempfindlichkeit, eine leichte Leistungsminderung und eine erhebliche Veränderung der psychischen Belastbarkeit. Beigeführt war der Arztbericht über Untersuchungen am 13.09. und 15.10.2007 (vgl. Bl. 17, 13/16 VerwA). Die Beklagte zog ein

Vorerkrankungsverzeichnis bei und holte Befundberichte bei den behandelnden Ärzten ein, u.a. bei der Hautklinik im Universitätsklinikum F. (Diagnose: Mastozytose; berufliche Verursachung nicht anzunehmen; vgl. Bl. 124 VerwA), der Ärztin für Allgemeinmedizin, Umweltmedizin D. (Diagnosen: u.a. Neuropathie und beginnende Myopathie, V.a. toxische Enzephalopathie I. Grades mit zentraler Störung des Gleichgewichtserhaltenden Systems, chronisches Müdigkeitssyndrom, chronische atrophische Rhinopathie mit rezidivierenden Epistaxis, beginnendes multiples MCS-Syndrom bei chronischer Intoxikation durch Metaldämpfe [Quecksilber] und Metallstäube [Zinn, Arsen, Cadmium], Lösemittel, polyaromatische und halogenierte Kohlenwasserstoffe und andere Xenobiotika, Asbest und Stäube am Arbeitsplatz, Bl. 130/133 VerwA) und des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. D. (Vorstellungen seit April 1998 u.a. wegen Melanom-Nachsorge, Lumboschialgie, Tinnitus, psychophysischer Erschöpfungszustand, vgl. Bl. 151/203 VerwA). Sie zog ferner den Entlassungsbericht der Fachklinik N. in B. bei, wo der Kläger vom 07. bis 26.03.2008 stationär umweltmedizinisch behandelt wurde (Diagnosen: u.a. beginnende Polyneuropathie im Sinne einer Small-Fibre-Neuropathie, Ausschluss einer Enzephalopathie, vgl. Bl. 211/218 VerwA). Zur Akte gelangte ferner der vom Kläger vorgelegte Arztbrief des Facharztes für Innere Medizin Dr. S. vom 11.02.2008 (Diagnose: mitgeteilte Schwermetallintoxikation, jetzt klinisch subjektiv Remissionszustand, somatoforme Schmerzstörung mit Dorsalgien, Polyarthralgien, Polymyalgien, vgl. Bl. 224/226 VerwA) sowie der Befundbericht der Dermatologin Dr. von K. vom 07.04.2008 (aufgetretene Kiefer-, Zahn- und Kopfschmerzen, Übelkeit, Parästhesien der Finger, Schmerzen im Bereich der Knie- und Ellbogengelenke, Bauchkrämpfe, Mastozytose der Haut sprächen für eine toxische Genese, vgl. Bl. 229 VerwA). Nach Einholung einer Stellungnahme ihres Präventionsdienstes, der davon ausging, dass der Kläger u.a. auch Listentoffen der BK 1317 ausgesetzt gewesen sei und Einwirkungen ihrer Art nach dementsprechend geeignet seien, eine BK zu verursachen (vgl. Bl. 230/257 VerwA) veranlasste die Beklagte ein Zusammenhangsgutachten durch den Arzt für Arbeitsmedizin/Umweltmedizin und Innere Medizin Dr. L., Forschungszentrum K. in der H.-Gemeinschaft, der den Kläger im Januar 2009 untersuchte. Der Gutachter verwies auf die unterschiedliche Befundlage anlässlich der Untersuchungen im Zeitraum von 2005 bis 2009, wobei eine mögliche Polyneuropathie zuletzt nicht mehr nachweisbar gewesen sei. Soweit bezüglich einer möglichen toxischen Enzephalopathie leichte Störungen im Sinne einer Hirnleistungseinschränkung mit verstärkten Ermüdungserscheinungen sowie Störungen der Gedächtnisleistungen aufgefallen seien, sei diese Diagnose anlässlich der stationären umweltmedizinischen Behandlung ausgeschlossen worden. Unabhängig von der Expositionsfrage zog er die zunehmend zerrüttete familiäre Lage als Ursache der in unterschiedlicher Ausprägung geschilderten Befindlichkeitsstörungen in Betracht, die diagnostisch im Sinne eines MCS-Syndroms gewertet worden seien. Er verwies darauf, dass die zahlreichen diskutierten Schadstoffe meist zusätzlich zu Einschränkungen an anderen Organsystemen führe, wobei sich beim Kläger allerdings seitens der Schleimhäute des oberen Atemwegstraktes, der Lungenfunktion, der Mundschleimhaut, beim Herzrhythmus oder sonstiger Herz-Kreislauf-Parameter, der Nieren- und Leberfunktion sowie des Blutbildes keinerlei Auffälligkeiten oder Funktionsstörungen zeigten. Befunde im Sinne einer Polyneuropathie lagen nicht vor und eine Erkrankung im Sinne einer toxischen Enzephalopathie sah er nicht als erwiesen an. Im Übrigen sah er lediglich die grundsätzliche Möglichkeit einer Schadstoffexposition, die durch konkrete Messergebnisse jedoch nicht nachgewiesen sei.

Mit Bescheid vom 09.07.2009 lehnte die Beklagte die Anerkennung von Berufskrankheiten nach den Nrn. 1101, 1102, 1104, 1108, 1302, 1303, 1307 sowie 1317 gestützt auf das Gutachten des Dr. L. ab. Mit seinem Widerspruch machte der Kläger geltend, Dr. L. habe zu Unrecht die Feststellung des Präventionsdienstes zum Umfang der Exposition in Frage gestellt. Seine hohe Belastung mit genau den auf der Deponie verarbeiteten hochtoxischen Schwermetallen sei nachgewiesen. Im Übrigen sei das Vorliegen einer Polyneuropathie durch Dr. B. sowie die Fachklinik N. und die Diagnose einer toxischen Enzephalopathie durch die Umweltmedizinerin D. bestätigt. Nach Einholung einer ergänzenden Stellungnahme ihres Präventionsdienstes wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 13.01.2010 zurück.

Am 03.02.2010 hat der Kläger dagegen beim Sozialgericht Freib. (SG) Klage (S 11 U 591/10) erhoben und sein Vorbringen im Widerspruchsverfahren wiederholt und vertieft.

Das SG hat Dr. S. und die Umweltmedizinerin D. schriftlich als sachverständige Zeugen angehört. Dr. S. hat von regelmäßigen Vorstellungen seit Juni 2007 berichtet, wobei der Kläger anfangs von einem Zustand nach Synkope ungeklärter Ursache berichtet habe, von Konzentrations- und Denkstörungen, stark eingeschränkter psychovegetativer Belastbarkeit sowie zusätzlich von orthopädischen Problemen und Stoffwechselstörungen. Der Kläger leide an einer Intoxikation mit Schwermetallen und einem Z.n. langjähriger Exposition gegenüber toxischen Chemikalien mit organischer Hirnschädigung und diskreter Neuropathie. Die Umweltmedizinerin D. hat über Vorstellungen des Klägers seit September 2007 u.a. wegen zunehmenden Erschöpfungszuständen, ausgeprägter Tagesmüdigkeit, erhöhtem Schlafbedürfnis, ausgeprägter Konzentrationsschwäche, Antriebslosigkeit, Koordinierungsschwierigkeiten, Nervosität und innerer Unruhe sowie die im Biomonitoring erhobenen pathologischen Befunde berichtet, die nach regelmäßiger Applikation von entgiftenden Infusionen in den Normbereich abgesunken seien; eine Besserung der cerebralen und der depressiven Zustände sei erkennbar gewesen. Die Beklagte hat unter Vorlage einer beratungsärztlichen Stellungnahme des Dr. L. an ihrer Auffassung festgehalten.

Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat das SG das Gutachten des Internisten, Nephrologen und Umweltmediziners Prof. Dr. H. unter Berücksichtigung des neurologischen Zusatzgutachtens der Fachärztin für Neurologie und Neuropsychiatrie Dr. G.-B. und des neuropsychologischen Zusatzgutachtens der Dipl.-Psych. Dr. V. auf Grund Untersuchungen im Juli bzw. Oktober 2011 eingeholt. Prof. Dr. H. ist vom Vorliegen einer Enzephalopathie Grad IIa ausgegangen, die sich während der beruflichen Exposition entwickelt und nach Expositionsende partiell zurückgebildet habe. Er hat eine BK 1317 bejaht, nicht jedoch BKen nach den Nrn. 1101, 1102, 1104, 1108, 1302 und 1303 der Anlage 1 zur BKV.

Die Beklagte ist weiterhin davon ausgegangen, dass die Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK 1317 nicht vorliegen, da weder eine relevante Lösungsmittelexposition noch ein entsprechendes Krankheitsbild nachgewiesen sei. Sie hat hierzu die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. med. Dipl.-Psych. P., Facharzt für Allgemeinmedizin, Umweltmedizin, vorgelegt. Nach Wiederanrufung des wegen Erkrankung des Klägers zum Ruhen gebrachten Verfahrens hat das SG ein Gutachten bei dem Arzt für Arbeitsmedizin/Sozialmedizin, Umweltmedizin Prof. Dr. Dr. K., Institut für medizinische Begutachtung und Prävention, eingeholt, der den Kläger im März 2014 untersucht hat. Der Sachverständige hat das Vorliegen einer BK verneint, da die beruflichen Expositionen arbeitstechnisch nicht zweifelsfrei zu belegen seien und beim Kläger die für die im Einzelnen geltend gemachten BKen typischen Krankheitserscheinungen und Symptommuster nicht aufgetreten seien. Im Hinblick auf die BK 1317 hat er die Auffassung vertreten, dass weder die Diagnose einer Polyneuropathie noch einer Enzephalopathie zweifelsfrei gestellt werden könne. Ohnehin sei auffällig, dass ein Großteil der beklagten Erkrankungssymptomatik erst nach Aufgabe der beruflichen Tätigkeit aufgetreten sei, was mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht vereinbar sei.

Mit Gerichtsbescheid vom 11.05.2015 hat das SG die Klage abgewiesen und dabei insbesondere auch das Vorliegen einer BK 1317 verneint. Eine Polyneuropathie sei elektrophysiologisch schon nicht objektivierbar und eine toxische Enzephalopathie sei nicht festzustellen, da das Fortschreiten der neuropsychiatrischen Defizite unter Expositionskausalität gegen eine toxische Genese und damit berufliche Verursachung spreche. Dies habe Prof. Dr. H. unberücksichtigt gelassen, weshalb sein Gutachten nicht überzeuge. Soweit Prof. Dr. H. im Übrigen von einer nachgewiesenen Quecksilber-, Arsen- und Kadmiumbelastung auf Grund der Stuhl-, Blut- und Urinuntersuchungen ausgehe, habe er ungeachtet der Aussagekraft der zu Grunde liegenden Untersuchungen keine Ausführungen dazu gemacht, inwieweit eine solche Belastung zu Schädigungen des Nervensystems führen könne.

Am 27.05.2015 hat der Kläger dagegen beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt und sein Begehren weiterverfolgt, zuletzt beschränkt auf die Anerkennung einer BK 1317. Er hat geltend gemacht, dass von einer Mülldeponie eindeutig massive Auswirkungen ausgingen und näher beschrieben, in welchem Zusammenhang er mit den verschiedenen schädigenden Stoffen in Kontakt gekommen sei und keinesfalls von geringfügigen bis mäßigen Expositionen ausgegangen werden könne. Auch andere Deponiemitarbeiter hätten an schweren Erkrankungen, wie Lungenkrebs und Hodenkrebs gelitten. Das SG habe sich zu Unrecht auf das Gutachten des Prof. Dr. K. gestützt. Dieser habe zu Unrecht eine Polyneuropathie und eine Enzephalopathie nicht für nachgewiesen erachtet. Eine Polyneuropathie habe Dr. G.-B. diagnostiziert, was das SG nicht zur Kenntnis genommen habe. Im Übrigen sei Prof. Dr. H. auch zu Recht von einer Enzephalopathie ausgegangen und habe diese auf seine beruflichen Belastungen zurückgeführt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freib. vom 11.05.2015 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 09.07.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.01.2010 zu verurteilen, eine Berufskrankheit nach Nr. 1317 der Anlage 1 zur BKV anzuerkennen, hilfsweise ein forensisch-toxisches Gutachten und zusätzlich ein epidemiologisches Gutachten einzuholen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig. Zu den Ausführungen des Klägers bezüglich der belastenden Schadstoffe hat die Beklagte die Stellungnahme des Dipl.-Ing. M. ihres Präventionsdienstes vorgelegt.

Der Senat hat das Gutachten des Prof. Dr. M. unter Berücksichtigung des neuropsychologischen Zusatzgutachtens des Dipl.-Psych. Dr. H. sowie des klinisch-neurophysiologischen Befundberichts des Priv.-Doz. Dr. W., jeweils Neurologische Klinik im Universitätsklinikum H., auf Grund Untersuchung des Klägers im Januar 2017 eingeholt. Der Sachverständige ist von einer sich möglicherweise entwickelnden inzipienten Polyneuropathie und einem leichten Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefizit ausgegangen, welches die Diagnose einer Enzephalopathie nicht rechtfertige, allerdings formal mit einer milden Enzephalopathie vereinbar sei. Hingegen spreche der Verlauf der Symptomatik gegen eine toxische Genese. Im Übrigen ließe sich die vorhandene Symptomatik auch anderen Erkrankungen zuordnen, deren Ursächlichkeit sich überzeugender begründen lasse.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 153 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte und gemäß den [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung des Klägers ist zulässig; sie ist jedoch nicht begründet.

Gegenstand des Rechtsstreits ist der Bescheid der Beklagten vom 09.07.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.01.2010, mit dem die Beklagte die Anerkennung der BKen nach den Nrn. 1101, 1102, 1104, 1108, 1302, 1303, 1307 und 1317 der Anlage 1 zur BKV ablehnte, im Berufungsverfahren allerdings nur noch in Bezug auf die BK 1317. Denn hierauf hat der Kläger sein Begehren ausweislich seines Schriftsatz vom 07.08.2017 (Bl. 290 Senatsakte) konsequenterweise beschränkt, nachdem die Zielorgane der übrigen BKen beim Kläger keine Erkrankungen aufweisen.

Die hier vorliegende kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ist zulässig. Mit der Anfechtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) begehrt der Kläger die Aufhebung der die Anerkennung der streitigen BK ablehnenden Verwaltungsentscheidungen. Nach der Rechtsprechung des BSG kann der Versicherte an Stelle gerichtlicher Feststellung ([§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#), vgl. hierzu u.a. BSG, Urteil vom 07.09.2004, [B 2 U 46/03 R](#) in [SozR 4-2700 § 2 Nr. 3](#)) auch die Verurteilung der Beklagten zur Anerkennung einer BK als Element eines jeglichen Leistungsanspruchs im Wege der Verpflichtungsklage verlangen (Urteil vom 05.07.2011, [B 2 U 17/10 R](#) in [SozR 4-2700 § 11 Nr. 1](#) mit weiteren Ausführungen zur Anspruchsgrundlage; speziell zur Anerkennung eines Arbeitsunfalles und damit auf eine Berufskrankheit übertragbar BSG, Urteil vom 15.05.2012, [B 2 U 8/11 R](#) in [SozR 4-2700 § 2 Nr. 20](#)).

Das SG hat die Klage hinsichtlich der noch im Streit stehenden BK zu Recht abgewiesen. Denn die angefochtenen Bescheide sind insoweit rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte beim Kläger die Anerkennung einer BK 1317 ablehnte. Denn es ist nicht festzustellen, dass der Kläger im Sinne dieser BK an einer Polyneuropathie oder an einer Enzephalopathie leidet.

BKen sind nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1](#) des Siebten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung oder mit Zustimmung des Bundesrates als BKen bezeichnet und die Versicherte in Folge einer den Versicherungsschutz nach den [§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden. Die Bundesregierung ist ermächtigt, in der Rechtsverordnung Krankheiten als BKen zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grad als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind ([§ 9 Abs. 1 Satz 2](#) erster Halbsatz SGB VII). Hierzu zählen nach Nr. 1317 der Anlage 1 zur BKV eine Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch

organische Lösungsmittel oder deren Gemische.

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall bzw. Berufskrankheit) und die als Gesundheitsschaden 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; sie müssen daher mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 20.12.2016, [B 2 U 16/15 R](#) in SozR 4-2700 § 8 Nr. 60). Nur hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung sowie der schädigenden Einwirkung und dem Gesundheitsschaden genügt eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (BSG, a.a.O.; vgl. auch BSG, Urteil vom 30.04.1985, [2 RU 43/84](#) in SozR 2200 § 555a Nr. 1 mit weiteren Ausführungen zur Begründung); hinreichende Wahrscheinlichkeit 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](#)).

Danach ist beim Kläger das Vorliegen einer BK 1317 nicht festzustellen. Der Senat geht auf der Grundlage der Angaben des Klägers und den Ausführungen des Dipl.-Ing. M. vom Präventionsdienst der Beklagten in seiner Stellungnahme vom 11.07.2008 zwar davon aus, dass der Kläger im Rahmen seiner Tätigkeit als technischer Betriebsleiter auf der Mülldeponie in W. organischen Lösungsmittel und deren Gemische im Sinne dieser BK ausgesetzt war, insbesondere Benzinkohlenwasserstoffen (Hexan, Heptan, evtl. Benzol Toluol Xylol), Ethanol (Spiritus) und Xylol als weit verbreitetem Lösungsmittel in Farbsystemen, Verdünnungen und Klebstoffen, und zwar vor allem bei der Annahme von Gebinden auf Grund der zur Einstufung genommenen Geruchsproben. Zwar ist insoweit eine Quantifizierung der entsprechenden Atemluftkonzentrationen und der Hautresorption nicht möglich. Indessen kommt es auf den Umfang der entsprechenden Exposition auch nicht entscheidend an und daher auch nicht, ob solche Lösungsmittel bspw. auch als Komponenten angelieferter Abfälle oder als Bestandteile von Deponiegasen, insbesondere bei dem vom Kläger beschriebenen Umbau der Deponie im Jahr 2005, vorhanden waren. Nichts anderes gilt für das ausführende Vorbringen des Klägers zur Ablagerung umfangreicher Schadstoffe auf der Mülldeponie, so dass bspw. im Herbst 1996 in großen Mengen das Mittel "Roundup" ausgebracht wurde und dies nachfolgend in jährlichen Großaktionen in bestimmten Deponiebereichen eingesetzt wurde sowie ca. 60.000 Tonnen extrem toxisch aufgerüstetes Bettungsreinigungsmaterial der Bundesbahn (belastet durch über Jahrzehnte massiv ausgegossenes Unkrautvernichtungsmittel, speziell Roundup, Bremsabrieb und Fäkalien) als Drainageschicht Verwendung fand und hocharsenhaltiger Kies als Baustoff eingesetzt wurde. Denn zum einen sind im Rahmen der im Streit stehenden BK 1317 (Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische) als Gefahrenquellen lediglich organische Lösungsmittel oder deren Gemische relevant, so dass es auf die geltend gemachte und wiederholt vorgebrachte Belastung des Klägers mit Schwermetallen und sonstigen Gefahrstoffen - wie Glyphosat bei "Roundup" - nicht ankommt. Zum anderen ist eine nähere Quantifizierung der relevanten Gefahrstoffe deshalb nicht erforderlich, weil nicht nachgewiesen ist, dass der Kläger an einem der genannten Krankheitsbilder leidet. Der Senat vermag sich ebenso wie die Beklagte und ihr folgend das SG nicht davon zu überzeugen, dass der Kläger an einer Polyneuropathie oder einer Enzephalopathie leidet.

Das Vorliegen einer Polyneuropathie ist nicht festzustellen. Typisch für eine neurotoxische Polyneuropathie sind symmetrisch-distale arm- und beinbetonte, sensible, motorische oder sensomotorische Ausfälle mit strumpf- bzw. handschuhförmiger Verteilung. Anamnestisch ist wichtig, dass die Sensibilitätsstörungen von distal nach proximal aufsteigen und dass die Parästhesien häufig nachts zunehmen. Objektiv lassen sich je nach Krankheitsausprägung distal symmetrische Sensibilitätsstörung für Vibrationsempfinden, Lageempfinden, Ästhesie, Algesie und Zweipunktdiskrimination erkennen. Im weiteren Verlauf werden Reflexabschwächungen oder Areflexie, Störungen der autonomen Nervenversorgung, Verminderung der sensiblen und motorischen Nervenleitgeschwindigkeiten und distalen Latenzen sowie neurogene Schädigungsmuster im EMG nachweisbar. Die motorischen Veränderungen können sich darstellen als leichte motorische Schwäche bis hin zur völligen muskulären Lähmung mit Muskelatrophie. Betroffen ist überwiegend die Muskulatur im Bereich der Hände und Füße. In schweren Fällen kann es jedoch zu vollständiger Tetraplegie und Befall der Atemmuskulatur kommen. Dagegen ist die Polyneuropathie durch Trichloräthylen gekennzeichnet durch Sensibilitäts- und Reflexverlust oder sensomotorische Ausfälle im Versorgungsgebiet des Nervus trigeminus im Gesicht. Ein Befall des Nervus oculomotorius und des Nervus abducens kommt ebenfalls vor. Auch nach Trichloräthylen-Einwirkung wurde eine periphere Polyneuropathie beschrieben. Die lösungsmittelbedingte Polyneuropathie entwickelt sich in der Regel in engem zeitlichem Zusammenhang mit der beruflichen Lösungsmittelexposition. Allerdings wurden vereinzelt Krankheitsverläufe berichtet, bei denen es zwei bis drei Monate nach Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit zu einer Verschlechterung der Bewegungsfähigkeit kommt, so dass die klinische Diagnose der Polyneuropathie auch zwei bis drei Monate nach Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit erstmals gestellt werden kann. Lösungsmittelbedingte Polyneuropathien verbessern sich nach Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit häufig, nicht selten bleibt die lösungsmittelbedingte Polyneuropathie jedoch klinisch nach Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit konstant oder verschlechtert sich. Eine Persistenz oder eine Verschlechterung der Erkrankung nach Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit schließt eine Verursachung durch Lösungsmittel nicht aus. Differentialdiagnostisch ist in erster Linie an alkoholische oder diabetische Polyneuropathien zu denken. Asymmetrische, multifokale, rein motorische oder autonome Neuropathien schließen eine Verursachung durch Lösungsmittel weitgehend aus (Merkblatt zur BK Nr. 1317, BArbBl. 3/2005 S. 49, abgedruckt bei Mehrtens/BrandenB., Die Berufskrankheitenverordnung, M 1317).

Eine derartige Erkrankung ist beim Kläger nicht zu diagnostizieren. Der Senat stützt sich insoweit auf das Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. M., der überzeugend dargelegt hat, dass es sich bei der Diagnose einer Polyneuropathie in erster Linie um eine klinische Diagnose handelt, wobei für diese Diagnose charakteristische akrodistal betonte sensible, motorische und/oder vegetative Defizite sprechen, die nur durch die Schädigung mehrerer Nerven und nicht durch die Schädigung lediglich eines Nerven, einer Nervenwurzel oder durch eine zentrale Läsion zu erklären sind. Demgegenüber ergaben sich bei der klinischen Untersuchung des Sachverständigen keine eindeutigen neurologischen Normabweichungen. Mit Ausnahme einer fehlenden Schweißsekretion haben sich - so Prof. Dr. M. - insbesondere keine objektivierbaren Zeichen einer Polyneuropathie gezeigt. So haben nach den weiteren Ausführungen des Sachverständigen keine

charakteristischen Verminderungen der Muskelkraft (Paresen) oder Muskelabmagerungen (Atrophien) bestanden, die Muskeleigenreflexe einschließlich der Achillessehnenreflexe sind seitengleich mittellebhaft auslösbar gewesen, die Vibrationsempfindung (Pallästhesie) in den Füßen ist mit 7/8 in der Altersnorm gewesen und Zeichen einer sensiblen Ataxie sind nicht zu erkennen gewesen. Soweit die durchgeführten neurophysiologischen Zusatzuntersuchungen Auffälligkeiten gezeigt haben, hat der Sachverständige diese als allenfalls leichtgradig bezeichnet und sie in Zusammenschau mit dem unauffälligen klinischen Befund im Sinne einer sich aktuell allenfalls möglicherweise entwickelnden inzipienten (beginnenden) Polyneuropathie gesehen. Er hat gleichzeitig deutlich gemacht, dass sich aus den subklinischen elektrophysiologischen Auffälligkeiten keine funktionelle Beeinträchtigung ergibt. Ausgehend hiervon vermag der Senat nicht davon auszugehen, dass beim Kläger die Diagnose einer Polyneuropathie zu stellen ist, auch nicht im Sinne einer beginnenden Polyneuropathie. Denn der Sachverständige hat lediglich in Betracht gezogen ("möglicherweise"), dass sich aus den im Zusatzgutachten des Priv.-Doz. Dr. W. beschriebenen elektrophysiologischen Auffälligkeiten zukünftig eine (beginnende) Polyneuropathie entwickeln wird (Bl. 230 Senatsakte). Damit liegt zwar ein elektrophysiologischer Befund vor, der sich bei weiterem Fortschreiten der gefundenen Auffälligkeiten zukünftig hin zu einer beginnenden Polyneuropathie entwickeln kann. Hingegen ist es allein auf Grund dieses Befundes aktuell nicht gerechtfertigt, die Diagnose einer Polyneuropathie zu stellen.

Selbst unter der Annahme, dass eine beginnende Polyneuropathie bereits vorliegen sollte, hat es der Sachverständige nicht für hinreichend wahrscheinlich erachtet, dass diese auf die angeschuldigten beruflichen Belastungen zurückzuführen ist. Überzeugend hat er insoweit dargelegt, dass eine toxisch verursachte Polyneuropathie mit dem in den Akten dokumentierten Verlauf nicht vereinbar ist. So entwickelt sich die lösungsmittelbedingte Polyneuropathie - wie dargelegt - in der Regel in engem zeitlichem Zusammenhang mit der beruflichen Lösungsmittelexposition und sie verbessert sich häufig nach Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit. Ein solcher Verlauf ist nach den aktenkundigen medizinischen Unterlagen nicht dokumentiert. Insoweit hat der Sachverständige zutreffend darauf hingewiesen, dass sich im Verlauf deutlich variable Angaben finden, die keinen eindeutigen Bezug zur Schadstoffexposition aufweisen. So sind im Jahr 2009 keinerlei subjektive Sensibilitätsstörungen dokumentiert, während solche nachfolgend im Jahr 2011 angegeben werden. Ein solcher Verlauf, der keinerlei Bezug zur Schadstoffexposition, wie etwa eine Verschlechterung im Verlauf der Exposition und eine Besserung nach Ende der Exposition aufweist, ist - so der Sachverständige - mit einer toxisch verursachten Polyneuropathie nicht vereinbar.

Soweit der Kläger insoweit bemängelt, dass der Sachverständige nicht angegeben habe, auf welche Feststellungen er sich beziehe, handelt es sich ersichtlich (vgl. S. 15 Mitte des Gutachtens, Bl. 232 Senatsakte) um das Gutachten des Dr. L. auf Grund Untersuchung im Januar 2009, der einen regelrechten neurologischen Befund und insbes. eine unauffällige Sensibilität (Vibrationsempfinden, Stumpf-Spitzdiskrimination) dokumentierte sowie den Entlassungsbericht der Kliniken S. vom 30.11.2009 über die stationäre Behandlung des Klägers im November 2009 (vgl. Bl. 44/47 der SG-Akte), in dem ebenfalls ein unauffälliger neurologischer Befund und gleichermaßen die Sensibilität als unauffällig beschrieben ist. Im Übrigen bezieht sich der Sachverständige zweifellos auf das auf Antrag des Klägers gemäß § 109 SGG eingeholte Gutachten des Prof. Dr. H. nebst Zusatzgutachten der Dr. G.-B. , die den Kläger im Juli bzw. Oktober 2011 untersucht haben, wobei letztere Sensibilitätsstörungen dokumentiert hat.

Soweit der Kläger in diesem Zusammenhang rügt, dass der Sachverständige für die Beurteilung des Verlaufs der in Rede stehenden Erkrankung nur die Zeitpunkte 2009 und 2011 herangezogen und es versäumt habe, auch frühere Feststellungen zu berücksichtigen, weil selbstverständlich wie bei jeder Erkrankung von einer wellenförmigen Entwicklung auszugehen sei, lässt sich hieraus nichts Abweichendes herleiten. So handelt es sich bei einer toxischen Polyneuropathie - wie die obigen dargelegten Ausführungen im Merkblatt zur BK Nr. 1317 aufzeigen - schon nicht um eine sich wellenförmig entwickelnde Erkrankung dergestalt, dass sich Intervalle von Beschwerden und Beschwerdefreiheit jeweils abwechseln. Vielmehr handelt es sich um ein Krankheitsbild, das sich in engem zeitlichem Zusammenhang mit der beruflichen Lösungsmittelexposition entwickelt und sich nach Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit häufig bessert, aber auch konstant bleiben oder sich verschlechtern kann. Angesichts der gänzlich fehlenden Symptomatik anlässlich der Untersuchungen im Januar und November 2009 liegt beim Kläger ersichtlich ein solcher Verlauf gerade nicht vor. Daran ändert sich auch nichts, wenn man - wie vom Kläger gefordert - weitere medizinische Dokumente berücksichtigt und davon ausgehen würde, dass entsprechend des Arztbriefes des Dr. B. vom 17.10.2007 schon anlässlich der Untersuchungen im September bzw. Oktober 2007 eine Polyneuropathie tatsächlich vorlag und eine solche auch nachfolgend im März 2008 anlässlich der stationären Behandlung in der Fachklinik N. noch zu objektivieren war. Denn auch ein solcher Verlauf mit Sensibilitätsstörungen im Herbst 2007 und Frühjahr 2008, einem Fehlen entsprechender Störungen über das Jahr 2009 hinweg, dem Wiederauftreten von Sensibilitätsstörungen im Jahr 2011 und einer erneuten Erscheinungsfreiheit im Januar 2017 (Untersuchung durch Prof Dr. M.) entspricht nicht dem dargestellten Krankheitsverlauf einer toxischen Polyneuropathie.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass auch keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür vorhanden sind, dass sich in engem zeitlichem Zusammenhang mit der beruflichen Lösungsmittelexposition eine Polyneuropathie manifestiert und entwickelt hat. So wurde beim Kläger während seiner Tätigkeit auf der Mülldeponie nicht einmal die Diagnose einer Polyneuropathie gestellt und den aktenkundigen, bis zum Zeitpunkt des Eintritts von Arbeitsunfähigkeit im Juni 2007 angefallenen medizinischen Unterlagen ist nicht zu entnehmen, dass der Kläger schon seinerzeit über eine Symptomatik klagte, die auf eine Polyneuropathie hinwies. Damit ist auch nicht ersichtlich, dass sich die in Rede stehende Erkrankung schon während der Exposition manifestierte und sich bis zum Expositionsende, dem Eintritt von Arbeitsunfähigkeit weiterentwickelte und verschlechterte. Insoweit ist nicht von Bedeutung, dass der Kläger schon während seiner beruflichen Tätigkeit über zahlreiche Beeinträchtigungen klagte und sogar schon im Zeitraum von 1998 bis 2000 ein Verfahren zur Feststellung einer BK durchgeführt wurde. Denn Symptome einer Polyneuropathie beklagte der Kläger seinerzeit nicht. Ein Hinweis auf die in Rede stehende Erkrankung findet sich vielmehr erstmals im Arztbrief des Dr. B. vom 17.10.2007, bei dem der Kläger sich im September und Oktober 2007 vorstellte und der als Diagnose eine Neuropathie aufführte und nachfolgend dann die Ärztliche Anzeige über eine BK erstattete, die u.a. Ausgangspunkt des vorliegenden Verfahrens ist. Ausgehend hiervon wäre eine mit einer Polyneuropathie zu vereinbarende Diagnose damit erstmals mehrere Monate nach dem Ende der Exposition gestellt, was wiederum nicht dem typischen Verlauf einer lösungsmittelinduzierten Polyneuropathie entspricht. Soweit ausweislich der Ausführungen im Merkblatt zur BK Nr. 1317 die klinische Diagnose der Polyneuropathie auch zwei bis drei Monate nach Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit erstmals gestellt werden kann, weil vereinzelt über Krankheitsverläufe berichtet wurde, bei denen es zwei bis drei Monate nach Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit zu einer Verschlechterung der Bewegungsfähigkeit gekommen ist, ändert dies nichts. Denn beim Kläger trat mit der erstmaligen Beschreibung von Sensibilitätsstörungen nach Ende der Exposition keine Verschlechterung in dem dargelegten Sinn auf.

Ungeachtet dessen vermag der Senat aber auch nicht davon auszugehen, dass beim Kläger im September/Oktober 2007 tatsächlich eine Polyneuropathie vorlag. Insoweit teilt der Senat die entsprechenden Zweifel des Sachverständigen Prof. Dr. M. , dass seinerzeit Befunde

vorlagen, die die Diagnose einer Polyneuropathie rechtfertigten. So hat der Sachverständige überzeugend darauf hingewiesen, dass sich die Ausführungen des Dr. B. in seinem Arztbrief vom 17.10.2007 in Bezug auf die in Rede stehende Erkrankung darin erschöpfen, dass unter der Überschrift "Neurologisch" in Bezug auf die Sensibilität "handschuh- und sockenförmige Hypästhesie und Hyperpathie, also Polyneuropathie" dokumentiert ist, ohne dass das Zustandekommen dieser Feststellung nachvollzogen werden kann. Denn weitergehende Untersuchungen, mithin Sensibilitätstestungen oder elektrophysiologische Untersuchungen zur Verifizierung der Diagnose finden keine Erwähnung und wurden daher offenbar auch nicht durchgeführt. Sollte es sich bei der aufgeführten Symptomatik daher um Beschwerdeangaben des Klägers handeln, so ließe sich damit zwar der Verdacht auf eine Polyneuropathie begründen, nicht jedoch die entsprechende Diagnose stellen.

Insgesamt teilt der Senat daher die Einschätzung des Sachverständigen Prof. Dr. M., dass selbst dann, wenn man das Vorliegen einer inzipienten Polyneuropathie zum Zeitpunkt seiner gutachtlichen Untersuchung bejahen wollte, jedenfalls keine inzipiente toxische Polyneuropathie vorliegen würde. Unter der Annahme einer inzipienten Polyneuropathie sei - so Prof. Dr. M. weiter - eher von einer diabetischen Polyneuropathie auszugehen. Der Sachverständigen hat dies für den Senat nachvollziehbar damit begründet, dass in den aktenkundigen medizinischen Unterlagen mehrmals von erhöhten Blutzuckerwerten und einem erhöhten HbA1c (bspw. am 20.02.2009 mit einem HbA1c von 7,1% und am 29.07.2011 mit einem HbA1c von 7,4%) berichtet wird und längerfristig gerade erhöhte Blutzuckerwerte der geläufigste bzw. häufigste Risikofaktor für die Entwicklung einer diabetischen Polyneuropathie ist.

Soweit der Kläger ausführt, dass sich polyneuropatische Befunde in aller Regel nach Expositionsende zurückbildeten und er daraus schließt, dass bei ihm von extremen Auswirkungen ausgegangen werden müsse, weil diese selbst heute nach zehnjähriger Expositionspause noch festzustellen seien und schließlich auch eine leichte Beeinträchtigung für die Anerkennung der im Streit stehenden BK ausreiche, lässt sich hieraus nichts Abweichendes herleiten. Insoweit verkennt der Kläger, dass der Sachverständige Prof. Dr. M. gerade keine leichten Beeinträchtigung festgestellt hat. Er hat anlässlich seiner klinischen Untersuchung von neurologischer Seite vielmehr gerade keine pathologischen, sondern regelgerechte Befunde erhoben und funktionelle Beeinträchtigungen ausdrücklich verneint. Leichte Beeinträchtigungen, die die Diagnose einer Polyneuropathie rechtfertigen könnte, hat der Sachverständige damit nicht beschrieben. Auf Grund der geringen Auffälligkeiten in den neurophysiologischen Zusatzuntersuchungen hat er lediglich die Möglichkeit gesehen, dass sich in Zukunft eine dann beginnende Polyneuropathie entwickelt. Von einer Polyneuropathie, die sich - wie der Kläger offenbar meint - im Laufe der Jahre zurückgebildet habe, ist der Sachverständige gerade nicht ausgegangen. Zwar hat der Sachverständige im Hinblick auf den Verlauf einer toxischen Polyneuropathie unter Bezugnahme auf das Merkblatt zur BK 1317 bestätigt, dass diese sich nach einem Expositionsstopp in der Regel bessere, allerdings hat er den beim Kläger vorliegenden Verlauf mangels eindeutigen Bezug zur Schadstoffexposition - wie oben bereits dargelegt - gerade nicht in Einklang bringen können mit dem Verlauf einer toxisch verursachten Polyneuropathie.

Dass der Kläger an einer Polyneuropathie leidet, lässt sich - entgegen seiner Ansicht - schließlich auch nicht aus dem Gutachten der Dr. G.-B. herleiten. Insoweit hat der Sachverständige Prof. Dr. M. überzeugend darauf hingewiesen, dass die Sachverständige die Diagnose einer Polyneuropathie allenfalls als Verdachtsdiagnose hätte stellen können. Denn ihre Ausführungen lassen darauf schließen, dass sie die in Rede stehende Diagnose allein auf Grund der Angaben des Klägers über Sensibilitätsstörungen im Bereich der oberen und unteren Extremitäten (Hypästhesie und Hyperalgesie aller Finger bzw. sockenförmig) gestellt hat, seine Schilderungen jedoch nicht im Rahmen einer klinischen Untersuchung verifiziert hat und insbesondere keine dezidierten Sensibilitätstestungen durchgeführt hat. Zwar weisen die dokumentierten Angaben des Klägers in der Tat auf eine Polyneuropathie hin, allerdings stellt das Unterlassen von Untersuchungen zur Verifizierung der entsprechenden Angaben einen erheblichen Mangel im Gutachten dar. Weitergehende Untersuchungen wären schon allein deshalb notwendig gewesen, weil die aktenkundigen medizinischen Unterlagen bereits seinerzeit in unterschiedlichster Weise die Diagnose einer Polyneuropathie bestätigten oder auch verneinten und zum Teil nicht einmal erkennbar war, welche konkreten Befunde der Diagnosestellung zu Grunde lagen. Dabei ist insbesondere der schon angesprochene Arztbrief des Dr. B. vom 17.10.2007 zu erwähnen, der die Diagnose einer Polyneuropathie ausweist, ohne dass eine Verifizierung der Diagnose erkennbar ist. Auch die nachfolgend im März 2008 in den Fachkliniken Friesland durchgeführten Untersuchungen haben keine eindeutigen pathologischen Befunde erbracht. Die untersuchenden Ärzte gingen von einer beginnenden Polyneuropathie im Sinne einer Small-Fibre-Neuropathie aus, die sie mit einem reduzierten Vibrationsempfinden und geringen Auffälligkeiten in der quantitativen sensorischen Testung begründeten. Diese Testungen waren sehr von der Mitarbeit des Patienten abhängig und gerade die Formulierungen in dem entsprechenden Entlassungsbericht ("leicht oberhalb der 95. Perzentile", beginnend erhöht") deuten nicht auf eindeutig pathologische Werte hin, sondern eher auf grenzwertige Befunde. Hierauf hat Prof. Dr. M. zutreffend hingewiesen. Insgesamt wäre es daher erforderlich gewesen, dass Dr. G.-B. im Rahmen ihres Zusatzgutachtens die gestellte Diagnose über die bloßen Angaben des Klägers hinaus verifiziert. Nicht zuletzt ist dies gerade auch deshalb geboten gewesen, weil weder Dr. L. anlässlich seiner Untersuchung im Januar 2009 noch die Ärzte der Kliniken S., wo der Kläger nachfolgend im November 2009 von neurologischer Seite untersucht wurde, Sensibilitätsstörungen beschrieben, sondern nach klinischer Untersuchung ausdrücklich verneinten und sich damit nicht einmal der Verdacht auf eine Polyneuropathie ergab. Vor dem Hintergrund all dessen überzeugt das Gutachten der Dr. G.-B. schon im Hinblick auf die gestellte Diagnose einer Polyneuropathie nicht. Zudem hat sie auch nicht überzeugend begründet, dass es sich bei der von ihr diagnostizierten Polyneuropathie um eine toxische Polyneuropathie handelt und auf die berufliche Exposition des Klägers mit Lösemitteln zurückzuführen ist. Zwar hat sie eine Verlaufsbeurteilung im Sinne des Merkblatts zur BK 1317 vorgenommen und ausgeführt, dass der klinische Verlauf eine Symptombesserung bei Expositionsstopp und eine Verschlimmerung unter Exposition gezeigt habe, allerdings ist nicht ersichtlich, aus welchen Befunden bzw. medizinischen Unterlagen sie den von ihr angenommenen Verlauf abgeleitet hat. Denn hierzu fehlt es im Gutachten an jeglichen Ausführungen. So ist bereits zweifelhaft, ob Dr. G.-B. die vorliegenden Arztberichte mit Äußerungen zu der in Rede stehenden Polyneuropathie überhaupt zur Kenntnis genommen hat. Denn die vorstehend erwähnten ärztlichen Äußerungen finden im Gutachten keinerlei Erwähnung. Allein das Gutachten des Dr. L. wird von Dr. G.-B. angesprochen, allerdings nicht in Bezug auf seine die Diagnose einer Polyneuropathie ausschließenden Befunde. Erwähnung finden stattdessen die von Dr. L. aufgeführten zahlreichen Substanzen, denen der Kläger im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit ausgesetzt war. Soweit Dr. G.-B. daher beim Kläger die Diagnose einer toxischen Polyneuropathie gestellt hat, überzeugt dies nicht. Dem entsprechend vermag der Senat auch nicht der sich auf das Gutachten von Dr. G.-B. stützenden Einschätzung von Prof. Dr. H. zu folgen. Lediglich am Rande weist der Senat darauf hin, dass der Sachverständige bei der Beantwortung der Beweisfragen das Vorliegen einer Polyneuropathie im Sinne der BK 1317 nicht bejaht hat.

Letztlich weisen auch die eigenen Angaben des Klägers anlässlich seiner gutachtlichen Untersuchung bei Prof. Dr. M. nicht darauf hin, dass er jemals an einer Polyneuropathie litt. Denn gegenüber dem Sachverständigen hat er nicht nur aktuell das Vorliegen von

Sensibilitätsstörungen verneint, sondern - so Prof. Dr. M. - sogar angegeben, solche Störungen nie gehabt zu haben.

Das Vorliegen einer Enzephalopathie ist beim Kläger gleichermaßen nicht festzustellen

Bei der Enzephalopathie handelt es sich um eine nichtentzündliche diffuse Erkrankung oder Schädigung des Gehirns mit vielfältiger Ätiologie (Psyhyrembel, 266. Aufl. 2014). Nach dem Merkblatt zur BK 1317 (a.a.O.) 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, Konzentrationsschwäche, 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 anamnestischen Angaben und den psychopathologischen Befund. Wichtige anamnestische Hinweise sind Alkoholintoleranz und häufige präanästhetische 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 Psychosynonyme, Affektpsychosen und neurotischer Fehlentwicklungen zu berücksichtigen (vgl. auch hierzu das Merkblatt zur BK 1317 a. a. O.).

Der Senat vermag sich nicht davon zu überzeugen, dass beim Kläger eine Enzephalopathie in diesem Sinne vorliegt.

Nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. M. haben sich bei der klinisch-neurologischen Untersuchung keine Auffälligkeiten gezeigt, die auf das Vorliegen von neuropsychologischen Defekten hinweisen würden. Der Sachverständige hat den Kläger als bewusstseinsklar und allseits orientiert beschrieben, wobei sich weder bei der Exploration noch unter den klinischen Prüfungen Anhaltspunkte für mnestiche Ausfälle ergeben haben. Die Stimmung ist ausgeglichen und auslenkbar gewesen. Allein auffällig ist die gedankliche Einengung des Klägers gewesen, bei der die Gedanken um die von ihm angenommene Intoxikation an seinem früheren Arbeitsplatz kreisen. Leichte Defizite haben sich demgegenüber in den neuropsychologischen Zusatzuntersuchungen in den Aufmerksamkeitsleistungen gezeigt. So hat der von Prof. Dr. M. hinzugezogene Dipl.-Psych. Dr. H. in seinem Zusatzgutachten einerseits ein deutliches Defizit bei der Alertness (basale Reaktionsgeschwindigkeit) und andererseits leicht verminderte bis grenzwertige Leistungen in der geteilten Aufmerksamkeit, in einem visuo-motorischen Geschwindigkeitstest, im verbalen Arbeitsgedächtnis und in den Wortflüssigkeitsleistungen beschrieben, und zwar vor dem Hintergrund einer vom Kläger angegebenen erhöhten Ermüdbarkeit mit vorwiegend körperlicher Erschöpfung und ausgeprägter Tagesmüdigkeit. Unauffällig waren demgegenüber sowohl das verbale und figurale Langzeitgedächtnis und das räumlich-konstruktive Vermögen, wobei der Kläger insoweit durchschnittliche bis hoch durchschnittliche Leistungen erbracht hat. Nach den weiteren Ausführungen des Dipl.-Psych. Dr. H. hat sich in Bezug auf die kognitiven Leistungen bei einem Vergleich mit dem Ergebnis der entsprechenden Vorbefunde der Dipl.-Psych. Dr. V. aus dem Jahr 2011 eine hohe Übereinstimmung hinsichtlich des Störungsprofils ergeben, wenngleich der Kläger in den Gedächtnisleistungen aktuell etwas besser und in der Wortflüssigkeit etwas schlechter abgeschnitten habe. Gleichwohl ist die Kernsymptomatik auch schon damals eine Störung in den Aufmerksamkeitsleistungen (Alertness, Konzentrations- und Geschwindigkeitsleistungen) gewesen, was für die Validität der jetzt erhobenen Befunde spreche. Ausgehend von diesen Testergebnissen ist Prof. Dr. M. in Übereinstimmung mit dem Dipl.-Psych. Dr. V. für den Senat überzeugend davon ausgegangen, dass beim Kläger das Bild eines Fatigue-Syndroms mit kognitiven Defiziten vorliegt.

Nach den Ausführungen des Sachverständigen handelt es sich hierbei um ein unspezifisches Beschwerdebild, das für sich betrachtet die Diagnose einer Enzephalopathie nicht rechtfertigt. Zwar kann es auch bei einer Enzephalopathie vorkommen, allerdings ist es in der Regel dann - so der Sachverständige - mit verschiedenen anderen neurologischen Symptomen kombiniert. Weitere Zeichen einer Enzephalopathie, wie Störungen anderer Hirnfunktionen, lassen sich - so Prof. Dr. M. weiter - jedoch weder der Aktenlage noch der Anamnese und auch nicht den erfolgten Untersuchungen entnehmen.

Die Diagnose einer Enzephalopathie haben im Übrigen auch nicht die den Kläger behandelnden und von neurologischer Seite mit dem Beschwerdebild des Klägers befassten Ärzte gestellt.

Der den Kläger langjährig behandelnde Arzt für Allgemeinmedizin Dr. D., der ausweislich seines Befundberichts vom 03.05.2008 (vgl. 181/183 VerwA) erstmals im Mai 2005 Klagen über Müdigkeit ("morgens wie gerädert") und nachfolgend von Ende August bis Anfang Oktober 2005 einen psychophysischen Erschöpfungszustand bei schweren andauernden psychosozialen Konflikten dokumentierte, überwies den Kläger wegen exacerbiert familiärer Konfliktsituation zwar Mitte November 2006 zu dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. D., der den Kläger dann am 01.12.2006 untersuchte. Diesem zeigten sich jedoch keine kognitiven Defizite. Er dokumentierte vielmehr einen ausschweifenden und egozentrierten Bericht über seine Vorgeschichte, u.a. die Trennung von seiner Ehefrau am 05.07.2005, weil er ihr wohl einen Wirbelbruch im HWS-Bereich beigebracht habe und das hochgradig gestörte Verhältnis zu seiner 10-jährigen Tochter, wobei er sich selbst klar als Opfer von unausweichlichen Dingen ohne eigenen Schuldanteil sehe. Angesichts der deutlich depressiv gefärbten

Stimmung diagnostiziert er eine depressive Episode, im Übrigen den Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung und hielt die Durchführung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in einer psychosomatischen Klinik für dringend erforderlich (vgl. vgl. Arztbrief vom 04.12.2006, Bl. 183/184 VerwA). Hinweise auf eine neurologische Erkrankung finden sich in dem erwähnten Befundbericht des Dr. D. erst wieder Ende Juli 2007. Zu diesem Zeitpunkt erwähnte der Kläger erstmals, dass er möglicherweise an einer BK leide, was er im Oktober 2007 dahingehend konkretisierte, möglicherweise liege eine beruflich bedingte chronische Schwermetallvergiftung vor. Soweit sich der Kläger vor dem Hintergrund dieser Vermutung im September und Oktober 2007 bei dem Nervenarzt Dr. B. vorstellte, hat auch dieser keine Enzephalopathie diagnostiziert (vgl. Arztbrief vom 17.10.2007, Bl. 13/16 VerwA) und die Ärztin für Allgemeinmedizin D., die seit dem Erstkontakt am 05.09.2007 die zahlreichen umweltmedizinischen Untersuchungen koordinierte, äußerte in ihrem Befundbericht an die Beklagte vom 02.03.2008 (vgl. 170/173 VerwA) lediglich den Verdacht auf eine toxische Enzephalopathie I. Grades mit zentraler Störung des Gleichgewichtserhaltenden Systems. Dieser Verdacht bestätigte sich anlässlich der nachfolgend im März 2008 in der Fachklinik N. durchgeführten stationären Behandlung hingegen nicht. Ausweislich des entsprechenden Entlassungsbericht vom 26.03.2008 (vgl. Bl. 211/218 VerwA) schlossen die den Kläger dort untersuchenden Ärzte das Vorliegen einer Enzephalopathie vielmehr ausdrücklich aus, wenngleich sie im Bereich des kognitiven Tempos, der Aufmerksamkeit und der visuell motorischen Geschwindigkeit Defizite sahen, dies allerdings bei kognitiv überdurchschnittlichen Fähigkeiten. Nichts anders gilt im Hinblick auf das Ergebnis der im November 2009 erfolgten Untersuchungen in den Kliniken S ... Dort wurde der Kläger zur Abklärung einer seit vier bis fünf Jahren bestehenden, vor allem morgens auftretenden reduzierten Belastbarkeit und Ermüdbarkeit sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen untersucht, wobei die Diagnose einer Enzephalopathie ausdrücklich ausgeschlossen wurde, nachdem sich in den neuropsychologischen Untersuchungen lediglich leichte Defizite im verbalen Gedächtnis zeigten (vgl. vorläufige und abschließende Entlassungsberichte vom 13.11.2009 und 30.11.2009, Bl. 42/47 SG-Akte). Schließlich zeigte sich auch den behandelnden Ärzten der B.-Klinik, wo der Kläger im Dezember 2009/Januar 2010 im Rahmen einer stationären Rehabilitation behandelt wurde, nicht das Bild einer Enzephalopathie, wenn auch die behandelnden Ärzte Einschränkungen der Merk- und Konzentrationsfähigkeit unter Belastungsbedingungen dokumentierten. Sie gingen vielmehr von einem psychosomatischen Krankheitsbild (psychische und Verhaltensfaktoren bei Multiallergie und multichemische Sensitivität) aus, nachdem sich ihnen bei einem im Wesentlichen unauffälligen psychischen Befund ein stark auf mit einer MCS in Verbindung stehenden Inhalte und Rahmenbedingungen ausgelenktes Denken zeigte. Es sei dabei im Bereich des pathologischen Erlebens umfangreicher Symptome und deren Erklärbarkeit zwischenzeitlich zu einer starken Identifizierung und recht starren Übernahme der Rolle eines Umweltpatienten gekommen, wobei die von der Umwelt ausgehende toxische Gefahr jenseits möglicher initialer Auslöser generalisiert werde und zunehmend auch weitere Konflikte bzw. Krisen mit den Umweltgeschehnissen eindimensional in Verbindung gebracht würden. Den Aufenthalt schätzten sie vor dem Hintergrund des Chronifizierungsprozesses, der Selbstetikettierung als Umweltpatient und den motivationalen Ambivalenzen im Hinblick auf Ausgleichs- und Anerkennungsforderungen insgesamt nur als bedingt konstruktiv ein (vgl. Entlassungsbericht vom 18.01.2010, Bl. 48/58 SG-Akte).

Soweit die Ärztin für Allgemeinmedizin D. im Rahmen ihrer dem SG im Juli 2010 erteilten Auskunft als sachverständige Zeugin unter Bezugnahme auf die anamnestischen Angaben des Klägers, psychometrische Untersuchungen des Dr. B. sowie der Fachklinik N. und insbesondere eine SPECT-Untersuchung des Dr. H. vom 02.10.2007 schließlich entgegen den Ärzten der Fachklinik N. und den Kliniken S., die eine Enzephalopathie ausdrücklich ausschlossen, fachfremd eine Enzephalopathie in mittelschwerer Ausprägung (Typ IIb) bestätigte, überzeugt dies nicht. Ebenso wenig überzeugt die Auffassung des Dr. Binz, der angesichts der sich in der angesprochenen SPECT-Untersuchung zeigenden Perfusionsstörungen, auf eine beim Kläger vorliegende organische Hirnschädigung schloss. Insoweit hat der Sachverständige Prof. Dr. M. überzeugend darauf hingewiesen, dass Durchblutungsstörungen primär nicht für eine toxische Enzephalopathie sprechen, sondern vielmehr vaskulärer Genese sind. Im Falle des Klägers passe zu den vaskulären Veränderungen zwanglos auch der lakunäre Infarkt, der sich in dem von den S. Kliniken veranlassten MRT gezeigt habe.

Letztlich ist die im Streit stehende, das neurologische Fachgebiet betreffende Enzephalopathie von fachärztlicher Seite allein von Dr. G.-B. im Rahmen ihres Zusatzgutachtens für Prof. Dr. H. diagnostiziert worden. Deren Gutachten erachtet der Senat - wie hinsichtlich des weiteren Krankheitsbildes der streitigen BK bereits dargelegt - jedoch nicht für überzeugend. Dem Gutachten lässt sich schon nicht entnehmen, aus welchen konkreten Befunden auf die in Rede stehende Erkrankung geschlossen wird. Stattdessen wird eine allgemeine Betroffenheit des zentralen, peripheren und autonomen Nervensystems durch toxische Einwirkungen konstatiert und letztlich auf Grund der anamnestischen Angaben und den durchgeführten neuropsychologischen und psychometrischen Testverfahren, die ausgeprägte kognitive Funktionsstörungen zeigten, auf das Vorliegen einer Enzephalopathie geschlossen, ohne dies auch nur ansatzweise zu spezifizieren. In der dargestellten Allgemeinheit haben sich anlässlich der Untersuchung der Dipl.-Psych. Dr. V. jedoch keine kognitiven Funktionsstörungen, auch nicht in einer besonderen Ausprägung, ergeben. Dokumentiert sind vielmehr altersentsprechende mnestiche und exekutive Leistungen, während sich die Auffälligkeiten auf die Aufmerksamkeitsfunktionen und die kognitive Flexibilität beschränkten. Soweit Dr. G.-B. ihre Einschätzung schließlich durch den von ihr erhobenen EEG-Befund (Theta-Wellen und Schlafspindel innerhalb von wenigen Minuten) bestätigt sieht, hat der Sachverständige Prof. Dr. M. überzeugend deutlich gemacht, dass Schlafspindeln typische EEG-Veränderungen beim Einschlafen sind und dabei auch Theta-Wellen auftreten, diese Auffälligkeit jedoch nicht als Hinweis auf eine Enzephalopathie interpretierbar ist. Derartige Vigilanzschwankungen der hirnelektrischen Aktivität seien im EEG-Labor vielmehr ein geläufiges Phänomen, weshalb es durchaus sein könne, dass der Kläger bei der Untersuchung nur müde gewesen und vorübergehend eingenickt ist. Letztlich hat sich Dr. G.-B. auch nicht mit den gegenteiligen früheren Einschätzungen, insbesondere der Ärzte der Fachklinik N. und den Kliniken S., auseinandergesetzt, so dass der Senat dieses Gutachten nicht für überzeugend erachtet und sich dementsprechend auch nicht der sich hierauf stützenden Auffassung des Sachverständigen Prof. Dr. H. anzuschließen vermag.

Schließlich ist aber auch unter der Annahme, dass beim Kläger eine Enzephalopathie vorliegen würde, nicht wahrscheinlich, dass diese Erkrankung auf die angeschuldigten beruflichen Belastungen zurückzuführen ist. Diesbezüglich hat der Sachverständige Prof. Dr. M. überzeugend dargelegt, dass die vom Kläger beschriebene und auch konkordant dokumentierte Dynamik seiner Erkrankung gegen eine toxische Genese spricht. Ausgehend von dem vom Kläger beschriebenen Verlauf mit einem Leistungsknick im Jahr 1996 und einer Symptomatik, die sich über 20 Jahre hinweg stabil auf nahezu gleichem Niveau bewegt, handele es sich - so der Sachverständige - nach dem Merkblatt zur BK 1317 um einen für eine toxische Hirnschädigung höchst ungewöhnlichen Verlauf, da mit zunehmender Akkumulation der Noxen eher eine progrediente Symptomatik zu erwarten wäre. Auch sehe man bei eher milden Enzephalopathien eigentlich immer eine Besserung der Symptome, wenn die Ursache behoben ist. Soweit im Merkblatt zur BK 1317 ausgeführt sei, dass die Symptomatik nach Expositionsende persistieren oder sogar schlechter werden könne, gelte dies meist nur für Fälle einer fortgeschrittenen Enzephalopathie, die auf Grund der Symptomatik beim Kläger aber nicht vorliege.

Damit erscheint es auch nicht hinreichend wahrscheinlich, dass die in Rede stehende Enzephalopathie - deren Vorliegen unterstellt - ursächlich auf die Belastungen des Klägers mit organischen Lösungsmittel und deren Gemische verursacht wurde. Der Sachverständige hat darüber hinaus weitere Ursachen in Betracht gezogen, die er zudem für wesentlich plausibler erachtet hat und dabei ein sog. Chronic-Fatigue-Syndrom (CFS, chronisches Erschöpfungssyndrom) aufgeführt. Hierbei handelt es sich um eine Erkrankung von derzeit unbekannter und möglicherweise heterogener Ätiologie, die eine Koinzidenz mit der sog. Multiplen Chemikalienunverträglichkeit (Multiple Chemical Sensivity = MCS) zeigt, wie sie auch beim Kläger von Dr. B. und der Ärztin für Allgemeinmedizin D. angenommen wird. Darüber hinaus hat er eine leichte vaskuläre Enzephalopathie in Betracht gezogen, wobei sich die typischerweise progrediente Prozessdynamik angesichts der seit 20 Jahren gleichbleibenden Befunde beim Kläger nicht abbilde, weshalb eine vaskuläre Hirnschädigung jedenfalls nicht als alleinige Ursache in Betracht komme. Letztlich hat er eine Anpassungsstörung erwähnt, die gleichermaßen zu der vorliegenden Symptomatik beitragen kann, zumal erste nervenärztliche psychometrische Befunde aus dem Jahr 2007 stammen, also einem Zeitpunkt, zu dem der Kläger seinen Arbeitsplatz und damit seine Führungsstellung als Deponieleiter verlor und eine lange Auseinandersetzung mit der Beklagten und der damit verbundenen Fixierung auf die Problematik begann, die zur Aufrechterhaltung der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen und anhaltender Reizbarkeit durchaus hat beitragen können.

Soweit der Kläger die Einholung eines forensisch-toxischen Gutachtens unter Bezugnahme auf den entsprechenden Hinweis von Prof. Dr. M. beantragt, lehnt der Senat diesen Antrag ab. Der Sachverständige Prof. Dr. M. hat die Einholung eines solchen Gutachtens ausschließlich in Bezug auf die anderen, von der Beklagten abgelehnten, zwischenzeitlich aber nicht mehr streitgegenständlichen BKen angeregt (vgl. Bl. 240 f. Senatsakte, Beantwortung der Beweisfrage 3). Für die streitige BK 1317 hat er ein solches Gutachten somit nicht für erforderlich gehalten. Dem schließt sich der Senat an, weil der Senat bereits das Vorliegen der Erkrankungen im Sinne der streitigen BK 1317, jedenfalls aber einen ursächlichen Zusammenhang verneint und die Auswertung der entsprechenden Befunde über Schadstoffkonzentrationen in Körpersubstanzen im Hinblick auf den geltend gemachten Anspruch daher keinen Erkenntnisgewinn bringen würde.

Der Senat lehnt auch den hilfsweise gestellten Antrag auf Einholung eines epidemiologischen Gutachtens ab. Der Prozessbevollmächtigte des Klägers hat diesen Antrag in der mündlichen Verhandlung unter Hinweis auf seinen Schriftsatz vom 05.01.2016 (Senatsakte Bl. 27) und damit zu dem dort formulierten Thema der Gefährlichkeit von Müllkippen gestellt. Hierauf kommt es aber nach dem Vorstehenden nicht an, weil der Kläger an keiner Erkrankung im Sinne der streitigen BK leidet bzw. jedenfalls an keiner durch organische Lösungsmittel hervorgerufenen.

Lediglich ergänzend weist der Senat angesichts der vom Prozessbevollmächtigten des Klägers in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat wiederholten Angriffe gegen den Sachverständigen Prof. Dr. K. darauf hin, dass dessen Ausführungen für den Senat von keiner entscheidungsrelevanten Bedeutung gewesen sind. Vielmehr stützt sich der Senat auf das Ergebnis der medizinischen Ermittlungen im Berufungsverfahren, vor allem das Gutachten von Prof. Dr. M ...

Nach alledem kann die Berufung des Klägers keinen Erfolg haben.

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

Für eine Zulassung der Revision besteht keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-03-05