

L 18 U 413/04

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
18
1. Instanz
SG Würzburg (FSB)
Aktenzeichen
S 11 U 441/01
Datum
08.09.2004
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 18 U 413/04
Datum
30.11.2011
3. Instanz
-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Für die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 1317 der Anlage zur BKV ist der Nachweis einer durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische hervorgerufenen Polyneuropathie oder Enzephalopathie erforderlich.

Asymmetrische, multifokale, rein motorische oder autonome Neuropathien schließen eine Verursachung durch Lösungsmittel weitgehend aus.

Für den Nachweis einer toxischen Enzephalopathie ist eine Objektivierung in psychologischen Testverfahren erforderlich. Die in den Testverfahren gezeigten Einschränkungen müssen sich stark behindernd auf die Alltagsbewältigung auswirken, um glaubhaft zu sein.

Zum Fragerecht der Beteiligten an die Gutachter.

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts W. vom 08.09.2004 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nummer 1317 (Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische) bzw. 13xx der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung.

Am 26.04.2001 ging bei der Beklagten eine ärztliche Anzeige des Nervenarztes Dr. B. über eine Berufskrankheit des Klägers ein, in der ausgeführt wird, der Kläger leide an einer Neuropathie, einer schweren Myopathie, einer schweren Ataxie, einer schweren Leistungsminderung und zunehmenden chemischen Überempfindlichkeit.

Der Kläger gab in einem Fragebogen zu seinem beruflichen Werdegang an, er sei von 1970-1987 selbstständiger Landwirt gewesen, habe dann von 1987 bis 1989 als Keramik-Mitarbeiter und von 1989 bis 1992 als Lkw-Fahrer gearbeitet. Seit 1992 sei er bei der Firma H. als Maschinenführer tätig. Er komme dort mit Härtern, Leim und Lösungsmitteln sowie Lärm in Kontakt. Im November 2000 gab der Kläger diese Tätigkeit auf.

Die Beklagte holte ein Krankheitsverzeichnis der Krankenkasse sowie verschiedene Befundberichte ein, unter anderem einen Reha-Entlassungsbericht der Rentenversicherung vom 07.04.1998. Aus diesem Entlassungsbericht ergibt sich, dass der Kläger wegen eines chronisch rezidivierenden HWS-Syndroms und eines statisch-funktionellen LWS-Syndroms in Behandlung gewesen ist. Unter Punkt 6. 3 wird ausgeführt: "Neurologischer Befund: Keine neurologischen Reiz- und Ausfallerscheinungen". In einem weiteren Reha-Entlassungsbericht der Rentenversicherung vom 10.04.2000 werden die gleichen Diagnosen gestellt. Unter 6.3, neurologischer Befund, wird ausgeführt: "An den oberen und unteren Extremitäten sensible Qualitäten, Reflexe und Motorik seitengleich normal. Kein Hinweis auf gestörte Koordinationsfähigkeit. Lasègue-Zeichen beidseits negativ".

Die Beklagten zog zudem die Sicherheitsdatenblätter der Stoffe bei, mit denen der Kläger an seinem Arbeitsplatz bei der H. GmbH in Berührung gekommen war (insbesondere Dynomel L-425, L-435 und Härter H-467, H-469).

Zudem holte die Beklagte eine Stellungnahme des Dr. L. zur weiteren Steuerung des Feststellungsverfahrens ein. Dr. L. (Facharzt für Arbeitsmedizin) analysierte die vorliegenden ärztlichen Befundberichte und Sicherheitsdatenblätter und führte unter dem 27.08. 2001 aus, das, was sich im bisherigen Berufsleben des Klägers feststellen lasse, ergebe kein schlüssiges Bild, wenn man den Fall von der Schadstoffexposition her aufwickle. Auch ergäben sich kaum seriöse Ermittlungsvorschläge. Aus den vorliegenden Unterlagen lasse sich kein BK-typisches Krankheitsbild erkennen.

Das Gewerbeaufsichtsamt W. gab am 20.09.2001 eine gewerbeärztliche Stellungnahme durch Dr. R. ab, aus der sich ergibt, dass allenfalls eine BK nach Nummer 1317 infrage komme, da der Kläger selbst einen Zusammenhang zwischen seinen Beschwerden und seinem Kontakt zu Leimen und Härtern, Lacken und Farben angenommen habe. Dieser Kontakt habe seit 1992 bestanden. In den zuvor ausgeübten Tätigkeiten sei eine Belastung im Sinne einer BK-Nr. 1317 nicht plausibel. Die mit einer BK 1317 zu vereinbarenden Diagnosen seien lediglich im Arztbrief Dr. B. enthalten. Die dort gestellten Diagnosen seien anhand des Arztbriefes selbst nicht schlüssig nachvollziehbar, es liege keine differenzierte, objektivierbare neurologische Untersuchung vor mit Ausnahme einer konsiliarischen testpsychologischen Untersuchung, die für sich allerdings keine sicheren Rückschlüsse auf ein Krankheitsbild im Sinne einer BK 1317 erlaube. Aus den sonstigen aktenkundigen ärztlichen Angaben und Arztbriefen ergebe sich kein Hinweis auf eine eigentliche neurologische Erkrankung passend zur BK 1317. Zweifelsfrei gesichert sei ausschließlich ein Cervicalsyndrom und ein cervikocephales Syndrom in der Folge eines Unfalls im September 1990. Beschrieben sei außerdem auch ein LWS-Syndrom sowie eine beginnende Coxarthrose beidseits und eine Depression 1990.

Mit Bescheid vom 08.11.2001 (Widerspruchsbescheid vom 14.12.2001) lehnte die Beklagte die Anerkennung einer Berufskrankheit der Zifferngruppe 13 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung, insbesondere der Nummer 1317, unter Hinweis auf die Stellungnahme des staatlichen Gewerbearztes ab.

Am 31.12.2001 hat der Kläger hiergegen Klage zum Sozialgericht Würzburg erhoben. Das Sozialgericht Würzburg hat ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten des Facharztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Sozialmedizin Prof. Dr. G. Nürnberg, eingeholt. In diesem Gutachten vom 10.03.2003 kommt Professor Dr. G. zu dem zusammenfassenden Ergebnis, dass die von Dr. B. genannten Diagnosen für das neurologisch-psychiatrische Gebiet nicht bestätigt werden könnten. Weder eine Neuropathie noch eine schwere Myopathie oder eine schwere Ataxie hätten festgestellt werden können. Auch eine schwere Leistungsminderung könne nicht unterstellt werden, selbst wenn eine leichte Leistungseinschränkung beim Kläger aufgrund der bestehenden Gesundheitsstörungen mit chronischen Kopfschmerzen bei auch chronischen Wirbelsäulenbeschwerden und überlagernden reaktiven depressiven Störungen bestünden. Eine vorübergehende Verstärkung der vorhandenen Kopfschmerzen unter Belastung mit Lösungsmitteln lasse sich aus neurologisch-psychiatrischer Sicht zwanglos erklären. Eine die Exposition wesentlich überdauernde Verschlimmerung von Kopfschmerzen könne aber nicht als wahrscheinlich eingeordnet werden.

Auf Veranlassung des Sozialgerichts hat Professor Dr. D. ein arbeitsmedizinisches Gutachten vom 12.05.2003 erstattet, das zu der Beurteilung gelangt, dass beim Kläger eine leichte bis mittelgradige depressive Störung, ein chronisches Halswirbelsäulensyndrom bei Z.n. Schleudertrauma 1990, eine Spondylose der Brustwirbelsäule, ein Lendenwirbelsäulensyndrom bei Hohlrundrücken, eine beginnende Coxarthrose bds. sowie ein Z.n. Innenmeniskushinterhornresektion sowie Über-, Weit- und Alterssichtigkeit und eine Schallempfindungsschwerhörigkeit bds. vorliege sowie eine kombinierte vestibulo-spinale Störung mit vermehrter Hirnstamtaumeligkeit sowie zentraler Gleichgewichtsstörung und Hypercholesterinämie. Eine Lungenfunktionsstörung sowie eine Atemwegsobstruktion könne nicht nachgewiesen werden, ebenso wenig das Vorliegen einer Enzephalopathie oder Neuropathie. Die diagnostizierten Erkrankungen seien nicht mit Wahrscheinlichkeit auf die Tätigkeit des Klägers als Maschinenführer in einer Holzleim-Fabrik zurückzuführen, auch nicht im Sinne einer wesentlichen Teilbedingung.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 08.09.2004 abgewiesen.

Hiergegen hat der Kläger am 09.11.2004 Berufung eingelegt.

Der Senat hat ein arbeitsmedizinisches Gutachten des Professor Dr. S. eingeholt, das zu dem zusammenfassenden Ergebnis kommt, dass es bis zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses des Klägers bei der Firma H. weder ärztliche Befunde noch Hinweise darauf gegeben habe, dass eine Erkrankung im Sinne der BK-Nr. 1317 vorliege. Erstmals 2001 sei die Diagnose einer Neuropathie von Dr. B. gestellt worden. In seinem klinisch und wissenschaftlich profunden neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 10.03.2003 habe Professor Dr. G. beim Kläger keine ausreichenden Anhaltspunkte für eine Polyneuropathie oder für eine Enzephalopathie gefunden. Es fänden sich keine gesicherten Hinweise darauf, dass bei dem Kläger Gesundheitsstörungen im Sinne einer BK Nr. 1317 vorliegen würden. Im Vordergrund stehe ein chronisches Halswirbelsäulensyndrom sowie eine mäßiggradige depressive Störung mit einer Reihe von Zusatzsymptomen in Leistungs- und Befindensbereich.

Der Senat hat zudem ein Gutachten des Neurologen und Psychiaters Chefarzt Dr. D., D-Stadt vom 17.09.2007 sowie auf Vorschlag des Gutachters ein psychologisches Zusatzgutachten des Diplom-Psychologen F. vom 31.07.2007 eingeholt. Dr. D. führt in seinem Gutachten aus, die beim Kläger festgestellten Erkrankungen seien nicht zwingend auf eine berufsbedingte Langzeiteinwirkung durch Lösungsmittel zurückzuführen. Es bestehe auch kein Anhalt dafür, dass die berufliche Tätigkeit des Klägers als wesentliche Teilursache zu werten wäre. Es finde sich keine typische distal-symmetrische Polyneuropathie und keine für eine solche Schädigung typische Beeinträchtigung der Gehirnfunktion (Enzephalopathie).

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) hat der Senat ein Gutachten der Ärztin für Neurologie, Psychiatrie und Homöopathie Dr. C. vom 06.05.2009 eingeholt. Dr. C. kommt in ihrem Gutachten zu der zusammenfassenden Beurteilung, ein Vergleich der bereits am 06. und 07.01.2001 erhobenen Testergebnisse mit den am 16.02.2009 erhobenen psychologischen Befundergebnissen weise auf eine Progredienz der mentalen Ausfallerscheinungen hin. Es sei eindeutig von einem progredienten hirnorganischen Prozess auszugehen. Es seien eindeutig arbeits- und stoffbezogene Wirkungen beim Kläger zu verzeichnen mit Benommenheit, Übelkeit, Luftnot, Kribbelparethesen an Händen und Füßen, Hinterkopfschmerz als akute Symptome sowie Hirnleistungsschwäche, Schlafstörungen und Geruchsempfindlichkeit als chronische Erscheinungen. Zusammengefasst liege eine toxische Enzephalopathie des Schweregrades 2B vor und mit hoher Wahrscheinlichkeit auch eine toxisch bedingte Polyneuropathie.

Die Beklagte hat zum Gutachten eine Stellungnahme des Dr. L. und eine Stellungnahme des Facharztes für Neurologie Psychiatrie und Psychotherapie Dr. D. vom 11.01.2010 vorgelegt.

Die Klägerseite hat eine erneute Stellungnahme von Dr. C. vom 22.01.2010 und eine "gutachterliche Stellungnahme zur Darstellung des Standes der Wissenschaft in Sachen BK 1317" des Diplom-Chemikers und "Impulsgebers für den Ersatz des Merkblattes in Sachen BK 1317" Dr. M. vom 21.09.2010 vorgelegt. Beim Kläger sei das Hauptkriterium des regelmäßigen beruflichen Umgangs mit Lösemitteln erfüllt. Er habe einen Risikoberuf in der Halle ausgeübt und einen besonders intensiven Kontakt gehabt. Auch sei die Neurotoxizität der Lösemitteln Ethanol und Methanol anerkannt. Es sei auch ein Schaden eingetreten. Die Frage nach der Kausalität sei ein Abwägungsprozess nach einfacher Wahrscheinlichkeit. Fünf Erfüllungen von wissenschaftlich fundierten Kriterien sprächen für die Kausalität, dagegen spreche nur eine inkorrekte Behauptung und viele sehr hypothetische Diagnosen.

Der Senat hat hierzu eine gutachtliche Stellungnahme von Dr. D. vom 01.02.2011 eingeholt. Danach hinterließen toxisch bedingte Schädigungen in aller Regel symmetrisch gleichartige axonale Schädigungen der peripheren Nervenstrukturen. Typischerweise seien die Störungen betont in körperfernen Teilen der Gliedmaßen (distal betont). Die Diagnose einer toxischen Enzephalopathie und einer toxischen Polyneuropathie sei nicht mit der notwendigen diagnostischen Sicherheit und Kausalität festgestellt worden. In einem Review der Literatur der letzten Jahre zum Verlauf von toxischen Enzephalopathien zeichne sich ab, dass nach Beendigung der Exposition in aller Regel die Symptomatik nicht weiter zunehme.

Der Kläger hat noch eine Stellungnahme des Dr. M. vom 12.04.2011 zu den Ausführungen des Dr. D. vorgelegt.

Der Senat hat daraufhin eine ergänzende Stellungnahme des Dr. D. vom 30.08.2011 eingeholt. Der Gutachter hat ausgeführt, er habe das Merkblatt zur BK 1317 sehr wohl beachtet. In die gutachtlichen Bewertung seien die Stellungnahmen der Beratungsärzte nicht eingeflossen. Dr. C. sei im Rahmen ihrer Begutachtung nicht mit der hinreichenden wissenschaftlichen Sorgfalt vorgegangen, insbesondere nicht bei der differenzial-diagnostischen Abwägung. Die beratungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. L. und Dr. D. seien lediglich als Belege angeführt worden, dass andere Ärzte diese Einschätzung teilten. Die Diagnose einer toxischen Enzephalopathie und einer toxischen Polyneuropathie könne nicht mit der erforderlichen diagnostischen Sicherheit und Kausalität festgestellt werden. Im Gutachten sei eine detaillierte Angabe zur Arbeitsplatzanamnese gemacht worden. Im Gutachten Dr. C. finde sich eine Arbeitsplatz- und Expositionsanamnese. Auch die Angaben des Probanden würden sich hierzu im Wesentlichen decken. Es werde nochmals darauf hingewiesen, dass elektrophysiologisch eine symmetrische sensible axonale Polyneuropathie bisher nicht nachgewiesen sei.

Der Kläger führt aus, er sei zunächst als Landwirt, Keramiker und Kraftfahrer tätig gewesen, bevor er 1992 seine Tätigkeit bei der Firma H. aufgenommen habe und dort mit Lösungsmittel und Lacken in Berührung gekommen sei. Zwar hätten aufgrund eines Unfalls im September 1990 mit einer Schädigung der Halswirbelsäule gesundheitliche Beeinträchtigungen vorgelegen, diese hätten allerdings nicht zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit geführt. Vielmehr sei er aufgrund dieser Beeinträchtigungen lediglich nicht mehr in der Lage gewesen, als Lkw-Fahrer zu arbeiten. Die Beeinträchtigungen hätten nach Aufnahme der Tätigkeit bei der Firma H. deutlich zugenommen und schließlich im Jahre 2000 zur völligen Arbeitsunfähigkeit geführt. Es wäre erforderlich gewesen, den Arbeitsplatz des Klägers zu überprüfen und festzustellen, mit welchen Stoffen dieser in Berührung gekommen sei und mit welcher Intensität und ob diese konkret zu einer Berufskrankheit nach Ziffer 1317 geführt hätten. Er habe auch auf 2 Arbeitskollegen verwiesen, die unter den gleichen Bedingungen gearbeitet hätten und bereits nach kurzer Zeit dieselben Beschwerden gehabt hätten. Diese hätten als Zeugen gehört werden müssen. Als Folge der Tätigkeit bei der Firma H. liege eine Polyneuropathie und eine Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische gemäß der Listen-Nummer 1317 vor. Soweit Professor Dr. G. aufgrund derselben erhobenen Befunde zu einer anderen Bewertung als Dr. B. gelange, sei dies nicht nachvollziehbar. Bei der Enzephalopathie werde zwischen 4 Schweregraden unterschieden. Die Enzephalopathie des Klägers seien in die Stufe mit den Schweregrad II b einzustufen. In dem Gutachten Professor Dr. G. sei nicht nachvollziehbar, weswegen diese Einstufung falsch sein. Auch sei Prof. Dr. G. offensichtlich nicht auf dem neuesten Stand der Wissenschaft, was die Problematik der diagnostischen Methoden bei Verletzungen am craniocervikalen Übergang anbelange. Es sei auch nicht verwunderlich, dass erstmals Dr. B. die tatbestandsmäßigen Beschwerden festgestellt habe, da der Kläger bis dahin nur aufgrund seiner Beschwerden nach dem Unfall aus dem Jahr 1990 untersucht worden sei. Die Argumentation, dass die zuvor behandelnden Ärzte diese Beeinträchtigungen nicht festgestellt hätten, sei nicht geeignet zur Feststellung, dass diese gesundheitlichen Beschwerden nicht vorgelegen hätten. Auch habe Professor Dr. G. die Enzephalopathie unterschlagen. Auch mit den angegebenen Kopfschmerzen habe sich der Gutachter nicht auseinandergesetzt. Es sei eine interdisziplinäre Beurteilung erforderlich, da die einzelnen Untersuchungen für sich alleine in der Regel nicht geeignet sein, einen Kausalitätsnachweis zu erbringen. Das Ergebnis der so genannten PET-Untersuchung sei in die vorliegende Überlegung mit einzubeziehen. Auch aus dem Merkblatt zur Berufskrankheit Nummer 1317 lasse sich entnehmen, dass toxische Polyneuropathie und Enzephalopathie durch die Einwirkung organischer Lösungsmittel entstünden. Diese kämen unter anderem zur Anwendung als Lösungsmittel für Farben, Lacke, Klebstoff, Holzschutzmittel und andere. Bei dem Kläger habe sich genau dieses Risiko verwirklicht. Das alte Merkblatt der Berufskrankheit Nummer 1317 beruhe auf einer prägnant falschen Darstellung der Erkrankung an toxischer Enzephalopathie und toxischer Polyneuropathie. Daher sei eine falsche Einschätzung der Erkrankung auf der Grundlage dieses Merkblatts erfolgt. Die Nervenschäden seien meist irreversibel und können sich auch nach dem Ende der Exposition noch verschlimmern. Er sei in dem Merkblatt aufgenommen, dass der Krankheitsverlauf auch nach Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit konstant bleibe und auch schlechter werden könne. Solche Merkblätter sollten bei der Einzelfallbegutachtung berücksichtigt werden. Aus dem neuen Merkblatt ergebe sich unter anderem, dass die toxische Enzephalopathie in der Regel noch während des Expositionszeitraums auftrete. Die klinische Diagnose der lösungsmittelbedingten Enzephalopathie könne auch noch mehrere Jahre nach Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit gestellt werden. Soweit die Beklagte es nicht für notwendig erachtet habe, Ermittlungen vor Ort durchzuführen, um der Ursache der Erkrankungen des Klägers auf den Grund zu gehen, passe in das Vorgehen der Berufsgenossenschaften, auf der Grundlage des neuen Merkblattes nicht alle alten Fälle der Ablehnungen wieder aufzunehmen.

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 08.09.2004 sowie den Bescheid vom 08.11.2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.12.2001 aufzuheben und festzustellen, dass beim Kläger eine Berufskrankheit nach der BK-NR. 1302, 1303 und 1317 der Anlage zu Berufskrankheitenverordnung vorliegt,
hilfsweise,
weitere Ermittlungen durchzuführen nach Maßgabe der Schriftsätze vom 04.11.2003, 19.05.2004, 27.12.2006, 15.10.2009, 27.10.2009,

14.04.2010, 19.07.2010, 10.03.2011, 28.04.2011 und 15.11.2011.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 08.09.2004 zurückzuweisen.

Sie führt aus, der Kläger begehre die Anerkennung einer Erkrankung als Berufskrankheit nach Nummer 1317. Dabei müssten die Tatbestandsmerkmale erfüllt sein. Es müsse eine Polyneuropathie oder Enzephalopathie vorliegen, die durch organische Lösungsmittel oder der Gemische entstanden sei, deren Einwirkungen der Versicherte infolge seiner versicherten Tätigkeit ausgesetzt gewesen sei. Die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Ausmaß und Art müssten im Sinne des Vollbeweises nachgewiesen sein. Der Berufungskläger bemängelt, dass keine detaillierte Feststellung im Hinblick auf eine Lösungsmittel-Exposition durchgeführt worden sei. Solche detaillierten Feststellungen erübrigten sich jedoch, wenn aufgrund ärztlicher Auskünfte feststehe, dass das Krankheitsbild eindeutig nicht mit einer toxischen Enzephalopathie oder Polyneuropathie vereinbar sei. Ein Krankheitsbild im Sinne der BK 1317 lasse sich nicht verifizieren. Zu diesem Ergebnis seien sowohl Professor Dr. G. als auch Professor Dr. D. und Professor Dr. R. sowie Diplom-Psychologe F. und Dr. D. gelangt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie der Gerichtsakten in beiden Rechtszügen verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers wurde form und fristgerecht erhoben und ist auch ansonsten zulässig (§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz) - SGG). Sie ist aber unbegründet.

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 08.11.2001 (Widerspruchsbescheid vom 14.12.2001), mit dem die Beklagte die Anerkennung einer Berufskrankheit (BK) "nach der Zifferngruppe 13", "insbesondere Nummer 1317" der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung abgelehnt hat.

Der Kläger hat sein auf Aufhebung dieser Bescheide und Feststellung der genannten Bken gerichtetes Begehren zulässigerweise mit einer kombinierten Anfechtungs- und Feststellungsklage verfolgt (§§ 54 Abs. 1, 55 Abs. 1 SGG).

Die Beklagte hat die Anerkennung einer BK zu Recht abgelehnt, da der Kläger keinen Anspruch auf Anerkennung einer BK-Nr. 1317 der Anlage zur BkV oder einer anderen Berufskrankheit nach der Zifferngruppe 13xx hat. Im Hinblick auf die BK-Nr. 1317 scheidet der Anspruch daran, dass gemäß § 9 SGB VII i.V.m. Nr. 1317 der Anlage zur BkV die dort genannten Gesundheitsstörungen wie Polyneuropathie oder Enzephalopathie mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, d.h. im Vollbeweis (BSGE 45, 285; Bayer. LSG, Urteil vom 01.07.2009, L 2 U 243/06; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 17.12.2009, L 2 U 202/07; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 02.11.2009, L 6 U 131/05) gegeben sein müssen und dieser Nachweis nicht gelingt. Lediglich für den Ursachenzusammenhang zwischen der Einwirkung durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische und der geltend gemachten Gesundheitsstörungen genügt der geringere Beweismaßstab der hinreichenden Wahrscheinlichkeit (BSG, SozR 2200 § 548 Nr.38).

Auf der Grundlage des gesamten Akteninhalts sowie der in den Akten enthaltenen Befunde und der ärztlichen, insbesondere der sachverständigen Stellungnahmen steht nicht zur Überzeugung des Senats im Sinne des erforderlichen Vollbeweises fest, dass beim Kläger eine in der BK-Nr. 1317 genannten Erkrankungen besteht.

Eine Polyneuropathie oder eine Enzephalopathie haben weder der vom SG gehörte neurologische Gutachter Prof. Dr. G. noch der vom Senat bestellte neurologische Gutachter Dr. D. (unter Beachtung der Feststellungen des Dipl.-Psychologen F.) diagnostiziert. Die arbeitsärztlichen Gutachter Prof. Dr. S. und Prof. Dr. D. haben die von den Fachgutachtern gefundenen Ergebnisse (keine Erkrankung im Sinne der BK-Nr. 1317) für ihren Fachbereich bestätigt.

Typisch für eine neurotoxische Polyneuropathie sind nach dem Merkblatt zur BK-Nr. 1317 (BMGS, BArbBl. 2005, H. 3, S.49) arm- und beinbetonte, sensible, motorische oder sensomotorische Ausfälle mit strumpf- oder handschuhförmiger Verteilung. Asymmetrische, multifokale, rein motorische oder autonome Neuropathien schließen eine Verursachung durch Lösungsmittel weitgehend aus.

Eine toxische Enzephalopathie äußert sich durch diffuse Störungen der Hirnfunktion. Konzentrations- und Merkschwächen, Auffassungsschwierigkeiten, Denkstörungen, Persönlichkeitsveränderungen oft mit Antriebsarmut, Reizbarkeit und Affektstörungen stehen im Vordergrund (vgl. dazu Merkblatt zur BK Nr 1317, aaO). Der psychopathologische Befund muss durch psychologische Testverfahren objektiviert werden, die das Alter des Patienten berücksichtigen. Wichtige anamnestische Hinweise sind Alkoholintoleranz und häufige prä-narkotische Symptome im unmittelbaren Zusammenhang mit der Lösungsmittelexposition (Benommenheit, Trunkenheit, Müdigkeit, Übelkeit, Brechreiz, aber auch Zustände von Euphorie).

Eine belangvolle Schädigung peripherer Nerven im Sinne einer (toxischen) Polyneuropathie haben weder Prof. Dr. G. noch Dr. D. gefunden. Prof. Dr. G. hat in den Normbereich einzuordnende Messergebnisse für den Nervus peroneus, den Nervus tibialis und den Nervus suralis rechts gefunden ebenso wie regelrechte F-Wellen. Für eine Muskelerkrankung sah er keine Anhaltspunkte, die von Dr. B. gestellte Diagnose einer Ataxie (Störung der Koordination von Bewegungsabläufen) konnte er nicht nachvollziehen. Der Neurologe und Psychiater Dr. D. hat in der Untersuchung vom 25.07.2007 in den oberen Extremitäten keine Kraftminderung und auch keine körperlich-motorische Koordinationsdefizite gefunden. Die elektro-physiologischen Untersuchungen zeigten für die oberen Extremitäten links eine verzögerte Nervenleitgeschwindigkeit, eine mäßiggradige F-Welle und bei den sensiblen NLG eine im Seitenvergleich verminderte Amplitude. Der Gutachter zieht daraus den Schluss einer subklinischen gemischten Schädigung der Nervenleitung im Bereich der Armplexus links mit einer axonalen Schädigung. In den unteren Extremitäten fand Dr. D. Hinweise auf eine linksseitige Plexusläsion mit diskreter demyelinisierender Schädigung und leicht bis mittelgradiger axonaler Schädigung. Auch in der Verteilung der gemessenen krankhaft gestörten elektro-physiologischen Messparameter sah Dr. D. insgesamt Hinweise für eine diskrete Schädigung der linken peripheren Nervenbahnen an Arm und Bein eher vom multifokalen Typ als von distal-symmetrischen Typ, da sie an unterschiedlichen Orten und damit nicht gleichzeitig vorkämen. Dr. D. hat zu Recht darauf hingewiesen, dass dieser Befund gegen eine toxische Genese spricht, da bei dieser Ursache typischerweise auf beiden Seiten krankhaft veränderte Nervenleitgeschwindigkeiten und auch typische klinische Symptome bestehen müssten, wie auch das Merkblatt zur BK-Nr. 1317 ausführt. Solche sind vom Kläger nicht beschrieben worden. Der Senat folgt dem Gutachter daher auch in der Schlussfolgerung, dass die Verteilung mehr für ein entzündliches oder auch autoimmunes Geschehen spricht als für eine (toxische) Neuropathie. Soweit Dr. C. die Asymmetrie der Ausfallerscheinungen in einem Zusammenhang mit dem

Schleudertrauma der Halswirbelsäule und der lumbalen beidseitigen radikulären Symptomatik sieht und damit als nicht relevant für die Feststellung einer Polyneuropathie erklärt, weist Dr. D. zu Recht darauf hin, dass die von Dr. C. im klinischen Befund festgehaltene deutliche Kraftminderung des linken Armes und der gleichseitigen Hand für eine Beeinträchtigung motorischer Nervenwurzel infolge des (schon vor Aufnahme der gefährdenden Tätigkeit im Sinne der BK 1317 erlittenen) HWS-Traumas sprechen und eine weitere Möglichkeit der Entstehung dieser Symptome eine fokale Schädigung des Gehirns ist. Fokal bedeutet, wie Dr. D. erläutert, in diesem Zusammenhang, dass die Schädigung aufgrund der neuroanatomischen Grundlagen eindeutig in die rechte Gehirnhälfte lokalisiert werden müsste, was gerade das Gegenteil einer diffusen generalisierten Enzephalopathie ist. Damit ist die beim Kläger festgestellte Nervenschädigung eben nicht zwingend auf eine berufsbedingte Langzeiteinwirkung durch Lösungsmittel zurückzuführen, die berufliche Tätigkeit des Klägers ist aus den dargelegten Gründen auch nicht als wesentliche Teilursache zu werten.

Dies gilt für die Polyneuropathie und auch hinsichtlich der Enzephalopathie, zu der Dr. D. in seinem Gutachten zudem nachvollziehbar ausgeführt hat, die Untersuchungen hätten eine leichtgradige kognitive Einbuße ergeben, die vor allem auch auf eine verminderte psychophysische Belastbarkeit und Ausdauer hinweisen. Auch insoweit ist eine berufliche, toxische Ursache dieser Einbuße nicht hinreichend wahrscheinlich, sondern diese steht eher in Zusammenhang mit einer möglichen depressiven Störung als mit einer reinen hirnanorganisch bedingten kognitiven Störung, wie Prof. Dr. G. und Dr. D. übereinstimmend und überzeugend ausführen. Prof. Dr. G. bezeichnet die im Rahmen der Testung durch den Diplom-Psychologen K. am 09.02.2001 testpsychologisch erfassten Hirnleistungsstörungen des Klägers als unspezifisch und nicht hinweisend auf eine Hirnschädigung. Auch Dr. D. kann aus den von Diplom-Psychologen F. am 26. bis 28.07.2007 durchgeführten neuropsychologischen Tests keinerlei eindeutigen Hinweis für einen deutlichen Hirnabbau oder Hinweise für eine allgemein beginnende oder fortschreitende Abbauerkkrankung (Enzephalopathie) erkennen. Dr. D. fand im EEG eine normale Alpha-Grundaktivität 8/Sekunde mit einer einmaligen dysrhythmischen Gruppe bilateral sowie vereinzelt Theta- und Deltawellen im Sinne von flüchtigen Funktionsstörungen. Dr. D. bezeichnet diese flüchtigen Funktionsstörungen als noch im Bereich des Normalen anzusehen, die mit der geklagten verminderten Belastbarkeit und vorzeitigen und gehäuften Ermüdung korrelieren. Dr. D. führt überzeugend aus, dass für eine eindeutige leichte Allgemeinveränderung, wie sie auch zum Beispiel bei Enzephalopathie und einer diffusen Hirnschädigung bestehen können, definitionsgemäß eine deutlichere Verlangsamung der Grundaktivität und eine Blockadereaktion verlangt werden, die sich im EEG nicht gefunden haben. Es liegt keine leichte Allgemeinveränderung vor und es fehlen auch elektro-physiologische Hinweise für das Vorliegen einer fortbestehenden Hirnschädigung respektive Enzephalopathie. Es findet sich zusammenfassend keine typische distal-symmetrische Polyneuropathie und keine für eine solche Schädigung typische Beeinträchtigung der Gehirnfunktion (Enzephalopathie).

Soweit die auf Antrag des Klägers vom Senat gehörte Gutachterin Dr. C. ausführt, es sei beim Kläger eindeutig von einem progredienten hirnanorganischen Prozess auszugehen und das Vorliegen einer toxischen Enzephalopathie des Schweregrades 2B und mit hoher Wahrscheinlichkeit auch einer toxisch bedingten Polyneuropathie begutachtet, vermag dem der Senat dagegen nicht zu folgen. Soweit Dr. C. ihre Schlussfolgerung darauf stützt, dies zeige sich in einem Vergleich der Ergebnisse Professor Dr. G. mit dem Ergebnis aus dem Jahre 2007 in D-Stadt, da sich dort erstmals gesicherte Hinweise für eine periphere neurologische Ausfallerscheinung mit Beeinträchtigung der motorischen und sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit gefunden hätten, beweist dies noch nicht das Vorliegen einer toxischen Enzephalopathie. Wie Dr. D. hierzu zu Recht ausführt, kann eine geringfügige Verlangsamung der Grundtätigkeit im EEG nicht als neurophysiologisches Korrelat für eine fortschreitende Hirnleistungsbeeinträchtigung bewertet werden, da hierzu eine deutlichere Verlangsamung zu fordern wäre. Soweit Dr. C. schließlich auf den mehrfach erfolgten Nachweis testpsychologischer Leistungsminderungen verweist, ist dieser Nachweis auf der Grundlage des Gutachtens des Diplom-Psychologen F. vom 31.07.2007 gerade nicht zur Überzeugung des Senats erbracht. Dr. D. hat dazu zu Recht darauf hingewiesen, dass die räumlich-visuellen Leistungen, die laut Literatur für eine toxische Enzephalopathie mit richtungsweisend sein könnten, gut durchschnittlich beziehungsweise durchschnittlich gewesen sind. Zudem hat Diplom-Psychologe F. darauf hingewiesen, dass die Testergebnisse beim Kläger nur mit Vorbehalt interpretiert werden können, da Testergebnisse und Untersuchungsverhalten im Widerspruch stehen. Die in den Testverfahren teilweise gezeigten erheblichen Einschränkungen im Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsbereich müssten sich, wie Diplom-Psychologe F. nachvollziehbar ausführt, stark behindernd auf die Alltagsbewältigung auswirken, was der Psychologe aber nicht beobachten konnte, nachdem der Kläger u. a. stets pünktlich und selbstständig zu vereinbarten Terminen erschienen sei, und sich an Geschehnisse, Gegebenheiten und Absprachen des Vortags habe erinnern können. Zudem hat der Kläger im Gespräch mit dem Diplom-Psychologen F. nicht psychisch verlangsamt gewirkt, was aufgrund der Verlangsamung in den Testverfahren der Fall hätte sein müssen. Der Nachweis testpsychologischer Leistungsbeeinträchtigungen ist damit nicht erbracht. Darüber hinaus weist Dr. D. zu Recht darauf hin, dass die testdiagnostische und klinische Feststellung einer kognitiven Beeinträchtigung in bestimmten Leistungsbereichen nicht automatisch bedeutet, dass eine Enzephalopathie vorliegt.

Soweit der Kläger schließlich eine Stellungnahme des Dr. M. vorlegt, kann der Senat dieser Stellungnahme keine Anhaltspunkte entnehmen, die für die Annahme des Vorliegens einer Polyneuropathie bzw. Enzephalopathie des Klägers sprechen könnten. Der Diplomchemiker Dr. M. macht in seiner Stellungnahme vom 12.04.2011 Ausführungen zum "juristischen Bewertungsschema", denen sich der Senat aus den bereits ausgeführten Gründen nicht anschließen vermag, und zu den Diagnose-Kriterien, insbesondere zu der Testpsychologie (vgl. Stellungnahme vom 21.09.2010). Zu den testpsychologischen Ergebnissen hat sich Diplom-Psychologe F. fachkundig geäußert, dieses Diagnose-Kriterium ist, wie bereits ausgeführt, nicht erfüllt. Zu den medizinischen Fragen, insbesondere zu der nach dem Merkblatt zu fordernden Symmetrie der Ausfälle, hat sich der Diplombiologe Dr. M. - wohl, weil nicht sein Fachgebiet betreffend - nicht geäußert, sondern ohne weitere Würdigung die Aussagen von Dr. C. übernommen. Diesbezügliche Erkenntnisse lassen sich aus den Stellungnahmen des Dr. M. daher nicht gewinnen.

Den weiteren vom Kläger gestellten Anträgen musste der Senat nicht nachgehen. Soweit im Folgenden auf Daten der Beweisanträge Bezug genommen wird, bezieht sich dies auf das entsprechende, vom Kläger in der mündlichen Verhandlung vom 30.11.2011 übergebene Schreiben.

Dabei lässt der Senat dahinstehen, ob es sich bei den gestellten Fragen überhaupt um wirksame Beweisanträge handelt, insbesondere ob die Anträge in prozessordnungsgerechter Weise formuliert wurden, das Beweisthema ordnungsgemäß angegeben und wenigstens umrissen wurde, was die Beweisaufnahme ergeben soll (vgl. dazu BSG [SozR 3-1500 § 153 Nr. 6](#); Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Aufl. 2008, § 160 Rn 18 a). Sie gehen jedenfalls aus den folgenden Gründen ins Leere:

Den Beweisanträge vom 04.11.2003 und 19.05.2004 betreffend Nachermittlungen zu den Arbeitsbedingungen in der Zeit vom 10/1992 bis 11/2000, Einvernahme von Arbeitskollegen als Zeugen und Beiziehung von Verwaltungsakten der Beklagten, betreffend diese Zeugen, musste der Senat nicht nachgehen, weil die Exposition des Klägers gegenüber Lösungsmitteln im Sinne der BK 1317 in diesem Zeitraum unstrittig ist und eine bestimmte Konzentration der Lösungsmittel nicht Voraussetzung einer Anerkennung einer BK 1317 ist (so auch Hessisches LSG, U. vom 06.07.2007, [L 7 U 8/06](#)). Die Beklagte hat schon in einem Schriftsatz vom 09.01.2004 hinreichende Anhaltspunkte bejaht, dass der Kläger schädigenden Einwirkungen im Sinne der BK 1317 ausgesetzt gewesen ist. Dem schließt sich auch der Senat an, so dass weitere Ermittlungen im Sinne der genannten Beweisanträge nicht erforderlich sind.

Soweit der Kläger beim SG mit Schriftsatz vom 19.05.2004 die "Ergänzung der Gutachten zu den Ausführungen in den Schriftsätzen vom 27.03.2003, 04.11.2003 und 25.03.2004" beantragt hat, bleibt offen, ob er damit Einwendungen gegen die Gutachten im Sinne des [§ 411 Abs. 4 S. 1 ZPO](#) erheben will oder sich dieser Antrag auf das Fragerecht des Klägers nach [§ 116 S. 2 SGG](#) beziehen soll. In diesem Fall musste der Senat dem Antrag schon deshalb nicht nachkommen, weil das Fragerecht nur hinsichtlich Gutachten besteht, die in der gleichen Instanz erstattet wurden, während sich der Schriftsatz vom 19.05.2004 nur auf die erste Instanz bezieht. Sollten Einwendungen nach [§ 411 Abs. 4](#)

S. 1 ZPO erhoben worden sein, ist der Senat diesen Einwendungen bereits durch die Einholung weiterer Gutachten in der Berufungsinstanz nachgegangen. Eine erneute Befassung der Gutachter der ersten Instanz mit diesen Fragen war daher nicht veranlasst.

Entsprechendes gilt auch für den Antrag im Schriftsatz vom 27.12.2006, den arbeitsmedizinischen Gutachter Prof. Dr. S. zu Einwendungen gegen sein Gutachten anzuhören. Der Senat hat (auch) diese Einwendungen zum Anlass genommen, den sachnäheren Neurologen und Psychiater Dr. D. mit der Erstellung eines Sachverständigengutachtens zu beauftragen, und stützt seine Entscheidung auch auf dieses Gutachten und nicht auf die arbeitsmedizinischen Ausführungen des Prof. Dr. S. ...

Den Anträgen in den Schriftsätzen des Klägers vom 15.10.2009 und 27.10.2009, Dr. C. zur Erläuterung ihres Gutachtens anzuhören, ist der Senat durch Einholung der ergänzenden Stellungnahme vom 22.01.2010 nachgekommen (vgl. dazu Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Auflage 2008, Rdnr. 12c zu § 118).

Soweit der Kläger im Schriftsatz vom 14.04.2010 die Vorlage der Beratungsarztverträge Dr. L. und Dr. D. beantragt hat, lässt der Senat offen, ob es sich um einen zulässigen Beweisantrag im oben dargestellten Sinn handelt. Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 16.09.2010 die Niederschriften über die Belehrung und Verpflichtung des Dr. L. vom 20.07.1995 und des Dr. D. vom 30.04.2003 vorgelegt, so dass der Senat keine vernünftigen Zweifel daran sieht, dass die beiden Ärzte als Beratungsärzte für die Beklagte tätig sind. Bei den von der Beklagten vorgelegten Äußerungen von Dr. L. vom 05.08.2009 und von Dr. D. vom 11.01.2010 handelt es sich um Parteivortrag der Beklagten und nicht um gutachtliche Stellungnahmen im Sinne des [§ 200 SGB VII](#). Das Vorbringen wurde vom Senat (und auch vom Gutachter Dr. D.) auch in diesem Sinne gewürdigt.

Soweit der Kläger in dem gleichen Schriftsatz vom 14.04.2010 eine erneute Anhörung der Gutachterin Dr. C. beantragte, musste der Senat dem schon deshalb nicht nachkommen, weil dem Fragerecht bereits durch die ergänzende Stellungnahme der Dr. C. Genüge getan wurde. Soweit Fragen an Dr. D. formuliert wurden, hat der Senat hierzu die ergänzende Stellungnahme des Dr. D. vom 01.02.2011 eingeholt.

Eine im gleichen Schriftsatz vom 14.04.2010 beantragte Anhörung der Gutachter Prof. Dr. G. Prof. Dr. D., des Diplompsychologen F., des Dr. D. "und der übrigen Verfasser der bisherigen Gutachten" zu ihrer fachlichen Qualifikation, etwa eigenen Änderungen in den bisherigen Gutachten durch das neue Merkblatt BK 1317, Stand 03/05 und den Diagnosekriterien der WHO 1985 und zu den Gutachten Dr. C. vom 06.05.2009 und 22.01.2010 war, soweit die Gutachten nicht im Berufungsverfahren eingeholt wurden, schon deshalb nicht erforderlich, weil der Senat seine Entscheidung auf diese Gutachten nicht stützt. Hinsichtlich der Fragestellung des Merkblattes zur BK 1317, der Diagnosekriterien sowie den Feststellungen Dr. C. hat der Senat die weitere ergänzende Stellungnahme des Dr. D. vom 30.08.2011 eingeholt. Den unsubstantiierten Zweifeln an der Qualifikation von Gutachtern musste der Senat nicht nachgehen, da er sie nicht teilt und keinen Anhaltspunkt für diese Zweifel sieht.

Der mit Schreiben vom 19.07.2010 gestellte Antrag, der Beklagten aufzugeben, zitierte Rechtsprechung vorzulegen, spielt für die Entscheidung des Senats keine Rolle.

Den weiteren, in den Schriftsätzen vom 10.03.2011 und 28.04.2011 gestellten Anträgen, Dr. D. zu einzelnen Fragen ergänzend anzuhören, ist der Senat durch Einholung der bereits erwähnten ergänzenden Stellungnahme vom 30.08.2011 nachgekommen. Eine gleichzeitig beantragte Anhörung des Dr. M. war schon deshalb nicht erforderlich, weil es sich bei Dr. M. weder um einen nach [§ 106 SGG](#) noch um einen nach [§ 109 SGG](#) vom Senat beauftragten Gutachter handelt.

Die schließlich mit Schriftsatz vom 15.11.2011 erneut beantragte Anhörung des Dr. D. zu weiteren vom Kläger aufgeworfenen Fragen war nicht veranlasst, weil es sich bei diesen Fragen nur um Variationen der bereits mit Schriftsätzen vom 14.04.2010, 10.03.2011 und 28.04.2011 gestellten Fragen handelt. Zudem hat der Kläger keinen Anspruch darauf, dass der Gutachter sein Gutachten nach einer vom Kläger vorgegeben Gliederung erstattet, worauf der Kläger mit seinem Fragekatalog vom 15.11.2011 erneut abzielt. Zu den einzelnen Fragen ist folgendes auszuführen:

Die Frage, was der Gutachter unter einer guten klinischen Praxis versteht, beantwortet sich aus den Ausführungen im Gutachten selbst und in den ergänzenden Stellungnahmen. Gleiches gilt für die Frage nach den den Einschränkungen des Klägers zugrundeliegenden Krankheitsursachen. Soweit der Kläger das neue Merkblatt bzw. die Diagnosekriterien anführt, stellt er keine Frage, sondern zieht die Qualität des Gutachtens in Frage, so dass eine erneute Befassung des Gutachters zur Befriedigung des Fragerechts des Klägers insoweit nicht erforderlich ist. Die Frage nach dem Verhalten des Klägers im Zusammenhang mit den Ausführungen des Diplom-Psychologen F. werden in dessen Gutachten ausführlich und erschöpfend beantwortet. Dies gilt auch zu Fragen der Aggravation und Simulation, die Dr. D. erwähnt hat. Die Frage, warum der Sachverständige die Fragen aus dem Schriftsatz vom 14.04.2010 nicht beantwortet habe, zeigt kein neues Informationsbedürfnis des Klägers auf. Die Frage nach der Notwendigkeit einer weiteren Differentialdiagnostik hat der Gutachter in seinen Stellungnahmen erschöpfend beantwortet. Es liegt in der Natur eines Sachverständigengutachtens, dass nicht alle gestellten Fragen im Sinne des Klägers beantwortet werden (können). Soweit der Kläger Fragen daran knüpft, dass Dr. D. Widersprüchlichkeiten im Gutachten Dr. C. erwähnt, sind diese Fragen des Klägers durch die Stellungnahmen des Dr. D. wiederholt und erschöpfend beantwortet worden. Soweit

der Kläger fragt, wann er eine von Dr. D. zitierte Äußerung über die Fenster und Türen im Betrieb getan habe, ist diese Frage ebenfalls bereits erschöpfend beantwortet worden. Zusammenfassend konnte der Senat daher das Gutachten des Dr. D. mit dem psychologischen Zusatzgutachten F. und den weiteren ergänzenden Stellungnahmen des Dr. D. der Entscheidung zugrunde legen, ohne Dr. D. zur mündlichen Verhandlung zur Beantwortung von Fragen zu laden, da alle vom Kläger aufgeworfenen Fragen von Relevanz vom Sachverständigen bereits erschöpfend behandelt worden sind.

Mangels Nachweis des Vorliegens einer Polyneuropathie bzw. Enzephalopathie beim Kläger waren weitere Ermittlungen zur Exposition des Klägers gegenüber organischen Lösungsmitteln oder deren Gemischen nicht erforderlich. Für das Vorliegen der Voraussetzungen einer anderen Bk der Zifferngruppe 13xx der Anlage zur BKV ergeben sich aus dem Akteninhalt, insbesondere aus den eingeholten sachverständigen Äußerungen, keine Anhaltspunkte, so dass sich dem Senat auch weitere Ermittlungen in diese Richtung nicht aufgedrängt haben.

Die Berufung gegen das klageabweisende Urteil war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 SGG](#).

Revisionszulassungsgründe im Sinne des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) sind nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2012-03-01