



1. Zur Bedeutung der Differenzialdiagnose einer Lösungsmittel-Enzephalopathie in Abgrenzung zu anderen neurologischen Erkrankungen und der Durchführung neuropsychologischer Testuntersuchungen.
2. Das unveränderte Fortbestehen oder die Verschlechterung der Symptome einer Enzephalopathie nach Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit spricht nicht gegen die Annahme einer Berufskrankheit.
3. Dass sich das genaue Ausmaß einer in der Vergangenheit liegenden Belastung nicht mehr feststellen lässt, schließt die Anerkennung einer Enzephalopathie als Berufskrankheit nicht von vornherein aus, da die Berufskrankheit Nr. 1317 im Tatbestand zu ihrer Anerkennung keine konkrete Belastungsdosis voraussetzt und es auch keinen dementsprechenden medizinisch-wissenschaftlichen Konsens gibt.
4. Der Versicherungsfall ist eingetreten, wenn alle Tatbestandsmerkmale der Berufskrankheit erfüllt sind. Das ist erst dann der Fall, wenn das Vorliegen der toxischen Enzephalopathie gesichert ist und nicht schon bereits beim ersten Auftreten von Krankheitssymptomen.
5. Das BK-Report 3/99 enthält geeignete Anhaltspunkte für die Festlegung der Höhe der MdE.

Berufskrankheit Nr. 1317 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKVO)

Urteil des Schleswig-Holsteinischen LSG vom 09.10.2006 – L 8 U 19/01 –
Aufhebung des Urteils des SG Schleswig vom 22.11.2000 - S 8 U 36/87 -

Das **Schleswig-Holsteinische Landessozialgericht** hat mit **Urteil vom 09.10.2006**
– L 8 U 19/01 –
wie folgt entschieden:

Tatbestand

Die Beteiligten streiten darüber, ob der Kläger Anspruch auf eine Verletztenrente wegen einer Berufskrankheit der Nr. 1317 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKVO) hat.

Der 1946 geborene Kläger war dreißig Jahre in seinem erlernten Beruf als Maler erwerbstätig. Seit September 1992 besteht Arbeitsunfähigkeit. Der Kläger bezieht seit dem 1. Oktober 1993 Leistungen des Rentenversicherungsträgers.

Seit Beginn der achtziger Jahre leidet der Kläger an Symptomen einer vegetativen Dysregulation, die sich in Kopfschmerzen, zeitweiligen Sehstörungen, Sodbrennen, Magenbeschwerden und vor allem in Müdigkeit und Antriebsarmut äußert. Mit Schreiben vom 15. März 1993 zeigte der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. T. gegenüber der Beklagten an, dass er wegen der berufsbedingten Belastungen des Klägers vor Vorliegen der "Malerkrankheit" ausgehe. Die Beklagte zog daraufhin Unterlagen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Schleswig-Holstein (MDK) sowie ein Schreiben vom 25. Februar 1993 und einen Arztbrief vom 21. Januar 1993 von Dr. S. (Fachkrankenhaus N.) und das Gutachten von Dr. H. (MDK) vom 14. April 1993 bei. Neben einer Reihe weiterer medizinischer Unterlagen holte die Beklagte eine Stellungnahme des Technischen Aufsichtsdiens-



tes vom 1. Februar 1994 ein, der davon ausging, dass der Kläger in seinem ersten Arbeitsverhältnis von 1962 bis 1964 während 18 % seiner Tätigkeit Abbeizer und Holzschutzmittel verarbeitet habe, die Halogenkohlenwasserstoffe enthielten. Während 42 % der Tätigkeit seien lösungsmittelhaltige Lacke und Kleber verarbeitet worden, 40 % der Tätigkeit seien ohne Gefahrstoffbelastung gewesen. In dem zweiten Arbeitsverhältnis von 1974 bis zum Ende der Erwerbstätigkeit habe der Kläger während 8 % seiner Tätigkeit bei Schiffsanstrichen und Abbeizarbeiten Halogenkohlenwasserstoffe verarbeitet. 77 % der Tätigkeit habe aus der Verarbeitung von lösungsmittelhaltigen Lacken und Klebern bestanden, nur 15 % der Tätigkeit seien ohne Gefahrstoffbelastung gewesen. In der Regel würde durch das nur stundenweise Verarbeiten pro Arbeitsschicht und durch Lüftungsmaßnahmen eine Unterschreitung der Grenzwerte für Gefahrstoffe erreicht. Es werde jedoch für wahrscheinlich gehalten, dass an einigen Tagen pro Jahr beim Verarbeiten von Abbeizern, Holzschutzmitteln und Schiffsanstrichfarben die Grenzwerte für Dichlormethan und Tetrachlormethan überschritten worden seien. Gleiches gelte für die in Lacken und Klebern enthaltenen Lösungsmittelgemische. Die verwendeten Holzschutzmittel enthielten Permethrin.

Der Landesgewerbearzt des Landes Schleswig-Holstein holte ein Gutachten von Dr. S. vom 28. Februar 1994 ein. Dieser kam zu der Einschätzung, dass die beim Kläger im Sinne einer "Malerkrankheit" festgestellte Polyneuropathie, das chronische organische Psychosyndrom und die multiple Chemikalienüberempfindlichkeit ursächlich auf organische Lösungsmittel im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zurückzuführen seien. In seiner gutachterlichen Stellungnahme vom 17. August 1995 gelangte der Landesgewerbearzt Dr. F. gleichwohl zu der Beurteilung, dass sich die Erkrankung des Klägers anhand der dargestellten Arbeitsbelastung nicht als Berufskrankheit definieren lasse. Da aus der Akte kein Hergang bekannt sei, bei dem der Kläger im Sinne eines Unfalls toxischen Lösungsmittelkonzentrationen ausgesetzt gewesen sei und auch generell nicht von einer besonderen Arbeitsstoffexposition im statistischen Vergleich zwischen Malern und Nichtmalern ausgegangen werden könne, sei beim Kläger eine im Wesentlichen als unerheblich anzusehende Exposition anzunehmen. Die haftungsausfüllende Kausalität könne danach nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Die vom Kläger angegebene Verschlechterung im psychischen Befinden ca. ein bis eineinhalb Jahre nach der letzten beruflichen Exposition als Maler gebe im Übrigen eher Anlass zu der Vermutung einer konkurrierenden Ursache. Anderenfalls hätte es mit Ende der Exposition zu einer Besserung des Gesundheitszustandes kommen müssen.

Die Beklagte holte daraufhin das Gutachten des Arztes für innere Medizin und Arbeitsmedizin Prof. Dr. K. vom 29. Februar 1996 ein. Dieser gelangte nach eigener Untersuchung des Klägers zu der Einschätzung, dass die seinerzeit von Dr. S. festgestellten Symptome einer Konzentrationsstörung und raschen Ermüdbarkeit jetzt nicht mehr nachvollziehbar seien. Es bestehe vielmehr beim Kläger eine altersentsprechende Belastbarkeit. Kopfschmerzen, Antriebslosigkeit und rasche Ermüdbarkeit seien im Übrigen auch sehr unspezifische Symptome, die in höherem Alter gehäuft vorzufinden seien. Eine Polyneuropathie hätte beim Kläger mit klinischen Untersuchungsmethoden nicht nachgewiesen werden können. Insgesamt spreche gegen einen ursächlichen Zusammenhang der Beschwerden des Klägers mit seiner ehemaligen beruflichen Tätigkeit auch die Progredienz der Beschwerden nach Expositionsende bzw. Berufsaufgabe im Jahre 1993, insbesondere die Zunahme der psychischen Störungen. Es sei deshalb nicht von einer beruflichen Verursachung des Beschwerdebildes auszugehen.

Die Beklagte holte daraufhin noch das Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. L. vom 27. Februar 1997 nebst ergänzender Stellungnahme vom 8. August 1997 sowie das testpsychologische Zusatzgutachten des Psychologen Dr. B. vom 25. Juni 1997 und das arbeitsmedizinische Zusammenhangsgutachten von Prof. Dr. T. vom 22. Januar 1998 ein. Zwar diagnostizierte Dr. B. Einschränkungen des Klägers im Bereich der Aufmerksamkeitsleistungen als Folge einer möglichen Berufskrankheit, Dr. L. wertete die insoweit erhobenen Befunde jedoch dahingehend, dass diese möglicherweise auf berufliche Belastungen zurückführbare Gesundheitsstörung mit einer MdE von 10 v. H. vollkommen ausreichend bewertet erscheine. Prof. Dr. T. kam zu der Einschätzung, dass beim Kläger mit Wahrscheinlichkeit nicht vom Vorliegen einer Berufskrankheit ausgegangen werden könne.

Mit Bescheid vom 23. Mai 1996 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 1. April 1998 lehnte die Beklagte die Gewährung von Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ab. Zur Begründung führte sie unter Bezugnahme auf die eingeholten Gutachten aus, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen den Beschwerden des Klägers und seiner ehemaligen Berufstätigkeit als Maler nicht gegeben sei. Fachärztlicherseits werde darauf aufmerksam gemacht, dass die Erkrankung in Form einer Polyneuropathie beim Kläger gar nicht vorliege. So habe Dr. L. in diesem Zusammenhang dargelegt, dass sich weder anlässlich der Untersuchung bei der Begutachtung noch aus den in der Akte befindlichen Befunden Anhaltspunkte für eine derartige Erkrankung finden ließen. Diese Auffassung werde von Prof. Dr. T. bestätigt. Das Vorliegen einer toxischen Enzephalopathie sei nicht zu begründen. Allein durch das Verstreichen von lösungsmittelhaltigen Substanzen würden hohe Expositionswerte nicht erreicht. Lediglich bei großflächigem Anbringen der Produkte in Innenräumen, beim Spritzlackieren ohne persönliche Schutzmaßnahmen und bei Arbeiten in engen und schlecht gelüfteten Räumen könne es zu einem Überschreiten der Grenzwerte kommen. Im Falle des Klägers fehlten jedoch eindeutige Symptome für eine erhöhte Lösungsmittelexposition. Nach den Ermittlungen des Technischen Aufsichtsdienstes habe der Kläger nur gelegentlich und zeitlich begrenzt unter ungünstigen arbeitsplatztechnischen Bedingungen gearbeitet. Auch etwaige Brückensymptome fehlten, wie z. B. Leber- oder Nierenerkrankungen, welche infolge der Einwirkungen bestimmter Lösungsmittel aufträten. Auch habe der Kläger noch drei Jahre nach Aufgabe der beruflichen Tätigkeit über zahlreiche gesundheitliche Beschwerden, wie insbesondere Druckgefühl im Kopf, Schmerzen in den Oberschenkeln und im Rücken geklagt, was ebenfalls gegen einen Zusammenhang mit berufsbedingtem Umgang mit lösungsmittelhaltigen Stoffen spräche. Die Beschwerden des Klägers seien nach alledem nicht mit Wahrscheinlichkeit auf die ehemalige berufliche Tätigkeit des Klägers zurückzuführen. Die gegenteilige Auffassung von Dr. S. könne nicht nachvollzogen werden.

Hiergegen hat der Kläger am 21. April 1998 vor dem Sozialgericht Schleswig Klage erhoben.

Das Sozialgericht hat im Termin zur mündlichen Verhandlung am 22. November 2000 Beweis erhoben durch Vernehmung des Arztes für Neurologie und Psychiatrie, Neuropathologie und Rechtsmedizin Dr. Ka. als medizinischen Sachverständigen. Dieser gelangte zu der Einschätzung, dass bei dem Kläger nach dem augenblicklichen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dem vorliegenden Krankheitsbild keine Berufskrankheit im Sinne der BKVO vorliege.



Mit Urteil vom selben Tage hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die vom Kläger vorgebrachten gesundheitlichen Beschwerden seien nicht mit Wahrscheinlichkeit auf berufliche Belastungen zurückzuführen. Dies ergebe sich aus dem Gutachten von Dr. Ka..

Gegen dieses den Prozessbevollmächtigten des Klägers am 30. Januar 2001 zugestellte Urteil richtet sich seine Berufung, die am 28. Februar 2001 bei dem Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingegangen ist. Der Kläger ist der Auffassung, dass das Gutachten von Dr. Ka. oberflächlich sei und daher nicht als Grundlage für eine gerichtliche Entscheidung dienen könne. Zum Vorliegen bzw. zum Ausschluss einer toxischen Enzephalopathie treffe das Gutachten keine Aussage, obwohl diese Erkrankung eine Berufskrankheit der Nr. 1317 der Anlage 1 zur BKVO darstelle. Die von Dr. Ka. erhobenen Befunde beruhten auf einer unzulänglichen Diagnostik. Der Sachverständige hätte bei ihm insbesondere das Vorliegen der hier als Berufskrankheiten in Betracht zu ziehenden Krankheitsbilder differenzialdiagnostisch abklären und eine PET- oder SPECT-Untersuchung mit zusätzlicher testpsychologischer Untersuchung veranlassen müssen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Schleswig vom 22. November 2000 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 23. Mai 1996 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 1. April 1998 zu verurteilen, ihm unter Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 1317 der Anlage 1 zur BKVO Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 v. H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil im Ergebnis für zutreffend.

Der Senat hat ein am 8. Mai 2002 eingegangenes Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. C. aus S. eingeholt, der beim Kläger weder eine Polyneuropathie noch eine Enzephalopathie feststellen konnte. Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ist anschließend ein Gutachten des Facharztes für innere Medizin und Umweltmedizin Dr. Sa. aus K. vom 30. Oktober 2003 nebst Zusatzgutachten der Dipl.-Psychologin F. aus K. vom 24. Oktober 2003 eingeholt worden. Diesem Gutachten beigelegt waren ein Arztbrief über das Untersuchungsergebnis einer vorgenommenen Nerven- und Muskelbiopsie von Prof. Dr. G. (Abteilung Neuropathologie Universitätsklinikum M.) vom 4. Juli 2003 und ein Arztbrief des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. La. aus K. vom 1. April 2003. Dr. Sa. hat das Vorliegen einer Berufskrankheit der Nr. 1317 seit der Beendigung der Berufstätigkeit des Klägers im Jahre 1993 bejaht. Die Polyneuropathie sei allerdings ausklingend. Ihr Krankheitswert sei mit einer MdE unter 10 v. H. zu bewerten. Die MdE für die toxische Enzephalopathie (Stadium II b) sei mit mindestens 50 v. H. anzusetzen. Dies ergebe sich aus der Schwere der Krankheitssymptome sowie aus den Ergebnissen psychometrischer Testverfahren von drei unterschiedlichen Untersuchern zu verschiedenen Zeitpunkten. Daraufhin hat der Senat den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Umweltmedizin Prof. Dr. A. aus B. mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt, das unter dem 13. Oktober 2005 erstattet und im Hinblick auf Einwände der Beklagten ergänzend unter dem 22. März 2006 erläutert worden ist. Prof. Dr. A. hat das Gutachten von Dr. Sa. insoweit bestätigt, als auch er vom Vorliegen eines Enzephalopathie-Syndroms ausgehe. Allerdings sehe er nur das Stadium II a als gegeben an und



schlage eine MdE von 20 v. H. vor. Der Eintritt des Versicherungsfalls sei mit der ärztlichen Anzeige über eine Berufskrankheit vom 12. Mai 1995 anzunehmen.

Auch nach den im Berufungsverfahren eingeholten Gutachten von Dr. Sa. und Prof. Dr. A. ist die Beklagte weiterhin der Auffassung, dass der Anspruch des Klägers nicht gegeben sei. So habe Dr. Sa. Expositionsverhältnisse unterstellt, die nicht im Einklang mit den Ermittlungen des TAD und den persönlichen Befragungen des Klägers stünden. Hinsichtlich des beim Kläger bestehenden Krankheitsbildes ließen sich nach sieben Gutachten, einer Beurteilung nach Aktenlage und der Stellungnahme des Gewerbearztes keine übereinstimmenden Feststellungen erkennen. Es mangle mithin an der Feststellung der beim Kläger tatsächlich bestehenden Erkrankung. Hinzu komme, dass die Erkrankung nur dann als Berufskrankheit der Nr. 1317 anerkannt werden könne, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1992 eingetreten sei. Das sei hier jedoch nicht der Fall. Der Versicherungsfall sei mit Beginn der Arbeitsunfähigkeit am 2. Januar 1992 eingetreten. Prof. Dr. A. könne insoweit gefolgt werden, dass jetzt beim Kläger eine Enzephalopathie vorliege. Nicht überzeugend sei jedoch die Einschätzung der rentenberechtigenden MdE und die Annahme eines Versicherungsfalls nach dem 31. Dezember 1992.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakten der Beklagten. Diese haben dem Senat vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig; sie ist auch ganz überwiegend begründet.

Zu Unrecht haben die Beklagte und ihr folgend das Sozialgericht einen Anspruch des Klägers auf Verletztenrente verneint. Dieser Anspruch besteht nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 20 v. H. ab 1. Oktober 2003 wegen des Vorliegens einer Berufskrankheit der Nr. 1317 der Anlage 1 zur BKVO. Ein weitergehender Anspruch des Klägers ist nicht gegeben.

Der vom Kläger geltend gemachte Anspruch richtet sich noch nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO), da der Kläger Leistungen und mithin einen Eintritt des Versicherungsfalls auch für die Zeit vor In-Kraft-Treten des Siebenten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB VII), also für die Zeit vor 1997, begehrt (§ 212 SGB VII). Nach § 551 Abs. 1 Satz 2 RVO sind Berufskrankheiten die Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats bezeichnet und die ein Versicherter bei einer der in den §§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO genannten Tätigkeiten erleidet. Nach Nr. 1317 der Anlage 1 zur BKVO ist eine Berufskrankheit die Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische. Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung wird gemäß § 581 Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit § 548 RVO in der dem Grad der Erwerbsminderung entsprechenden Höhe gewährt, wenn und solange ein Verletzter infolge des Arbeitsunfalls in seiner Erwerbsfähigkeit um wenigstens ein Fünftel gemindert ist. Nach § 551 Abs. 1 Satz 1 RVO gilt als Arbeitsunfall auch eine Berufskrankheit.

Die oben genannte Berufskrankheit der Nr. 1317 liegt beim Kläger vor.



Bei ihm besteht eine Enzephalopathie, die durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische während der versicherten Tätigkeit verursacht wurde. Dies wird auch von der Beklagten (Schriftsatz vom 7. Juni 2006) nach dem Gutachten von Prof. Dr. A. nicht mehr in Frage gestellt.

Dem liegen folgende - von Prof. Dr. A. in seinem Gutachten referierten - medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse zugrunde:

Für die Entwicklung einer Lösungsmittel-Enzephalopathie sind in der Regel eine Exposition von mindestens zehn Jahren sowie tägliche Expositionszeiten von mehreren Stunden vorauszusetzen. Die Arbeitsplatzanamnese ist durch Hinweis auf präanarkotische Syndrome bzw. Brückensymptome ohne dokumentierte und/oder Überschreitungen der MAK-Werte gekennzeichnet. Präanarkotische Syndrome äußern sich u. a. in Benommenheits- und Trunkenheitsgefühlen, Kopfschmerz, Schwindel, Inappetenz, Nausea, Vigilanz- und Koordinationsstörungen. Alle diese Symptome sind dosisabhängig steigerbar. Typisch ist das Nachlassen im expositionsfreien Intervall. Häufig besteht eine Alkoholintoleranz. Für die Lösungsmittel-Enzephalopathie wurde 1998 nach einer Empfehlung des Ärztlichen Sachverständigenbeirats beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung die neue Berufskrankheit der Nr. 1317 eingeführt (zu den Einzelheiten s. BK-Report 3/99). In dem im März 2005 zu dieser Berufskrankheit versandten Merkblatt werden hinsichtlich der toxischen Enzephalopathie diffuse Störungen der Hirnfunktionen, Konzentrations- und Merkschwächen, Auffassungsschwierigkeiten, Denkstörungen, Persönlichkeitsveränderungen, Antriebsarmut, Reizbarkeit und Affektstörung beschrieben. Es ist ferner aufgeführt, dass toxische Enzephalopathien in der Regel noch während des Expositionszeitraums auftreten. Es wird allerdings darauf hingewiesen, dass mehrere Studien auch Jahre nach Unterlassen der gefährdenden Tätigkeit eine Zunahme der subjektiven Beschwerden sowie eine Verschlechterung der Ergebnisse psychologischer Testverfahren und neurologischer Untersuchungsergebnisse gezeigt hätten. Daraus folgt, dass die klinische Diagnose einer lösungsmittelbedingten Enzephalopathie auch mehrere Jahre nach Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit erstmals gestellt werden kann. Die lösungsmittelbedingte Enzephalopathie kann sich nach Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit bessern, konstant bleiben oder verschlechtern. In der medizinisch-wissenschaftlichen Literatur bestand zuvor Streit um die Frage, ob sich die Krankheitssymptome noch nach Ende der Gefährdung verschlimmern können. Nach der alten Fassung des Merkblatts sprach grundsätzlich eine Verschlimmerung der Symptome nach Ende der Exposition gegen eine Verursachung der Erkrankung durch den beruflichen Kontakt mit Lösungsmitteln. Nach der Neufassung des Merkblatts spricht ein unverändertes Fortbestehen oder eine Verschlechterung des Symptome nach Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit nicht gegen die Annahme einer Berufskrankheit. Die Differenzialdiagnose einer Lösungsmittel-Enzephalopathie in Abgrenzung gegenüber anderen neurologischen Erkrankungen ist von großer Wichtigkeit. Dies betrifft die verschiedenen Gefäßerkrankungen des Gehirns, wie die vaskulären Demenzen, die so genannte Binswanger-Enzephalopathie, die cerebrale Mikroangiopathie, die Demenzen vom Alzheimer-Typ, die Alkoholdemenz, den Hydrozephalus normotensivus, die verschiedenen metabolischen Enzephalopathien und andere mehr.

Von diesen medizinischen Erkenntnissen zur Lösungsmittel-Enzephalopathie ausgehend hat Prof. Dr. A. überzeugend herausgearbeitet, dass der Kausalzusammenhang zwischen Enzephalopathie und Lösungsmitteln beim Kläger mit Wahrscheinlichkeit besteht. Das Beschwerdebild des Klägers, das 1992 erstmalig unter dem Bild "neurotoxisches Syndrom" in Form von psychophysischer Erschöpfbarkeit, Antriebsstörung, Kopfschmerz, feh-



lender Belastbarkeit und in der weiteren Folge Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörungen beschrieben ist, entspricht einer Enzephalopathie. So genannte Brückensymptome und präanarkotische Symptome sind an verschiedenen Stellen während der Expositionszeit dokumentiert, ebenso die Alkoholintoleranz. Der Kläger hat vor allen Dingen nicht nur als Hausmaler gearbeitet, sondern gleichzeitig als Fußbodenleger und den damit verbundenen erheblichen hochkonzentrativen Expositionsbelastungen sowie über längere Jahre im Rahmen von Industrieaufträgen für die Bundeswehr in Tankanlagen unter mutmaßlich schlechten industriehygienischen Bedingungen. Eine genaue qualitative oder quantitative Einschätzung der Exposition ist heute nicht mehr möglich. Lediglich der Bericht des TAD aus dem Jahre 1994 kann herangezogen werden. Dort wird festgehalten, dass beim Verarbeiten von Abbeizern, Holzschutzmitteln und Schiffsanstrichfarben die Grenzwerte für Dichlormethan und Tetrachlormethan überschritten wurden. Pauschal wird ferner geäußert, dass dies auch für die in den Lacken und Klebern enthaltenen Lösemittelgemischen gelten würde. Dass sich das genaue Ausmaß der Belastung heute nicht mehr feststellen lässt, schließt die Anerkennung der Enzephalopathie als Berufskrankheit nicht von vornherein aus, da die BK Nr. 1317 im Tatbestand zu ihrer Anerkennung keine konkrete Belastungsdosis voraussetzt. Auch gibt es keinen dementsprechenden medizinisch-wissenschaftlichen Konsens (vgl. insoweit auch Urteil des Senats vom 20. Februar 2006 - L 8 U 49/04). Fest steht jedoch, dass der Versicherte in deutlich höherem Umfang als die übrige Bevölkerung Lösungsmittel exponiert war.

Besondere Bedeutung hat, dass an drei unterschiedlichen Zeitpunkten neuropsychologische Testuntersuchungen beim Kläger mit pathologischen Befundergebnissen erfolgt sind. Schon 1993 bei einer testpsychologischen Untersuchung durch Dr. Ta. zeigten sich deutliche Defizite der Konzentrationsfähigkeit und gravierende Leistungsabfälle im Bereich der Belastbarkeit. Es wurde eine erworbene hirnorganische Leistungsminderung angenommen. Ferner wurde bei einer neuropsychologischen Untersuchung durch Dr. B. 1997 eine Störung im Bereich der Aufmerksamkeitsleistungen, Reaktionsschnelligkeit und geteilte Aufmerksamkeit gefunden. Schließlich fand sich auch bei der Begutachtung durch Prof. Dr. A. im Jahre 2005 ein pathologischer Befund in dem DemTect-Test im Sinne einer leichten kognitiven Beeinträchtigung. Ein Computertomogramm des Kopfes und Gehirns 1991 hatte einen unauffälligen Befund beschrieben. Ein Kernspintomogramm des Kopfes und des Gehirns (Kranio-MRT) vom 19. April 2005 ergab Zeichen einer leichten bis mittelgradigen externen Atrophie frontal und parietal. Aus diesen Verlaufsuntersuchungen lässt sich entnehmen, dass konkurrierende Erkrankungen beim Kläger im Sinne der oben genannten Differentialdiagnosen nicht vorliegen.

Hinsichtlich der kognitiven Leistungseinbuße ist eine wesentliche Progredienz im Laufe der Jahre nicht eingetreten. Die jetzt im MRT beschriebenen leichten bis mittelgradigen Atrophiezeichen lassen sich nicht direkt auf die vor 1992 erfolgte Lösungsmittelexposition beziehen. Sie sprechen aber auch nicht gegen diese.

Prof. Dr. A. und Dr. Sa. haben nach sorgfältiger Abwägung aller vorliegenden Voruntersuchungen und Vorbegutachtungen festgestellt, dass beim Kläger die Kriterien für eine toxische Enzephalopathie nach berufsmäßiger Exposition gegenüber Lösungsmittelgemischen vorliegen. Diese Gutachten haben den Senat überzeugt. Insbesondere Prof. Dr. A. hat sich dabei im Einzelnen mit der Vielzahl von Vorgutachten sehr differenziert auseinandergesetzt. Bereits Prof. Dr. T. hatte die BK Nr. 1317 für möglich gehalten. In seinem Gutachten nach Aktenlage hat er ausgeführt, dass mit Wahrscheinlichkeit die BK Nr. 1317 nicht vorliegen würde wegen der bislang unzureichenden neuropsychiatrischen Differenti-



aldiagnostik. Diese wurde nun von Prof. Dr. A. umfangreich erhoben und auch das Krankheitsbild aufgrund der vorliegenden Voruntersuchungen und Verlaufsuntersuchungen herausgestellt. Im Ergebnis besteht Übereinstimmung mit der Einschätzung des Gewerbearztes Dr. F. und dem Gutachten von Dr. L., die ebenfalls eine toxische Enzephalopathie bejahen. Die dem entgegenstehenden Gutachten von Dr. Ka. und Prof. Dr. C. sind hingegen wenig überzeugend. In diesen Gutachten wurden anamnestische Daten, Explorationsdaten, vorliegende bildgebende Diagnostik und neuropsychologische Befunde nicht explizit eingeordnet. Somit ergibt sich am Ende der etwa 10-jährigen Begutachtungen des Klägers ein doch recht einheitliches und mithin überzeugendes Ergebnis.

Die Beklagte nimmt den Versicherungsfall mit Eintritt der Arbeitsunfähigkeit am 2. Januar 1992 an, spätestens aber mit Beginn der Behandlung im 3. Quartal 1992 im Fachkrankenhaus N. sei die Beschwerdesymptomatik dokumentiert. Dazu passe der erneute Beginn der Arbeitsunfähigkeit am 5. Oktober 1992. Prof. Dr. A. schlägt vor, den Eintritt des Versicherungsfalls auf den 12. Mai 1995 zu legen. Dort erfolgte die ärztliche Anzeige über eine Berufskrankheit. Eine genaue Festlegung sei nach so langer Zeit schwierig. Der Senat stimmt Prof. Dr. A. darin zu, dass aus heutiger Sicht eine genaue Festlegung kaum erfolgen kann. Sicher ist jedoch, dass der Versicherungsfall nach 1992 eingetreten ist. Ein Beschwerdebild in Form von psychovegetativer Erschöpfbarkeit, Antriebsstörung, Kopfschmerz und fehlender Belastbarkeit wurde 1992 erstmals unter dem Bild "neurotoxisches Syndrom" beschrieben. In der Folge werden auch Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörungen erwähnt. Dies reicht für die Annahme eines Versicherungsfalls nicht aus, denn dieser kann erst vorliegen, wenn alle Tatbestandsmerkmale einer Berufskrankheit erfüllt sind (Bereiter-Hahn, Gesetzliche Unfallversicherung, § 551 RVO Rn. 11), d. h. hier, wenn eine toxische Enzephalopathie gesichert ist. Das ist für das Jahr 1992 nicht anzunehmen, da bis zu diesem Zeitpunkt keine entsprechenden Testverfahren durchgeführt worden waren. Auf die Bedeutung dieser Testverfahren für die Diagnose einer toxischen Enzephalopathie weisen das Merkblatt sowie Dr. Sa. und Prof. Dr. A. ausdrücklich hin. Psychometrische Tests sind danach die einzigen objektiven diagnostischen Methoden, die bei einer toxischen Enzephalopathie zur Verfügung stehen. Diese wurden durchgeführt erstmals durch Dr. Ta. (November 1993) und dann durch Dr. B. (Juni 1997), die Diplom-Psychologin F. (Oktober 2003) und Prof. Dr. A.. Deshalb kann kein Versicherungsfall vor 1993 angenommen werden. Arbeitsunfähigkeitszeiten sind insoweit entgegen der Auffassung der Beklagten wenig aussagekräftig, weil diese diagnose- und kausalzusammenhangsunabhängig sind. Als frühester Zeitpunkt für den Eintritt des Versicherungsfalls kommt der November 1993 in Betracht (erster psychometrischer Test bei Dr. Ta.). Mithin ist der Anspruch auf Leistungen nicht aufgrund der Stichtagsregelung in der Rückwirkungsklausel des § 6 Abs. 2 BKVO ausgeschlossen. Danach ist, sofern ein Versicherter am 1. Dezember 1997 an einer Krankheit nach der Nr. 1317 der Anlage 1 leidet, diese auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1992 eingetreten ist. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 24. Februar 2000, Az. B 2 U 43/98 R) ist diese Rückwirkungsklausel nicht zu beanstanden. Mangels weiterer tatsächlicher Anhaltspunkte ist der Vorschlag von Prof. Dr. A. vor diesem Hintergrund nachvollziehbar.

Bei einem Schweregrad IIa beträgt nach dem BK-Report die MdE mindestens 20 v. H. Dass dieser Schweregrad erreicht wird, ist durch die Untersuchungsergebnisse einschließlich der Tests von Dr. Sa. und Prof. Dr. A. belegt, wonach der Schweregrad I deutlich überschritten wird. Dieser wird nach dem BK-Report definiert als "psychopathologisch unspezifisches Beschwerdebild mit teils vielfältigen Beschwerden, häufig unter der Bezeich-



nung pseudoneurasthenisches Syndrom". Die Beklagte begründet ihre Auffassung damit, dass nur bei einer andauernden Beeinträchtigung der Persönlichkeit eine MdE von 20 v. H. vorliege unter Berufung auf Ausführungen in der medizinisch-wissenschaftlichen Literatur (z. B. Schönberger/Mehrtens/Valentin). Eine derartige Beeinträchtigung könne sie aus den Gutachten nicht herauslesen. Dem ist jedoch außer der Bewertung im BK-Report entgegenzuhalten, dass Persönlichkeitsveränderungen aktenkundig sind. Im Gutachten von Dr. Sa. werden ungewöhnliche Stimmungsschwankungen, sozialer Rückzug und atypische Bewertungen allgemeiner Lebensumstände beschrieben. Hinzu kommt, dass die vielfältige Ausprägung organisch-psychischer Störungen, die sich auch in ihrer terminologischen Vielfalt widerspiegelt, eine differenzierte Vorgabe zur MdE-Einschätzung kaum zulässt. Hier kommt den Gutachtern ein größerer Ermessensspielraum zu. Bei Prof. Dr. A. handelt es sich hinsichtlich der Beurteilung der BK Nr. 1317 um einen besonders sachkundigen und erfahrenen Sachverständigen, der den Kläger ausführlich untersucht hat und sich auf Testergebnisse stützen kann. Seine Bewertung der MdE hält sich im Rahmen allgemein anerkannter Bewertungskriterien für die Feststellung der MdE. Danach werden Hirnschäden mit einer geringen Leistungsbeeinträchtigung bereits mit einer MdE bis 20 v. H. bewertet (vgl. BK-Report ebenda). Demgegenüber hat die MdE-Einschätzung von mindestens 50 v. H. durch Dr. Sa. den Senat nicht überzeugt. Dr. Sa. hat keine schwerwiegenderen Befunde als Prof. Dr. A. erhoben. Dementsprechend ist der von ihm angenommene obere Bereich des Schweregrades IIb nicht gegeben und die MdE-Bewertung daher unschlüssig.

In den Gutachten von Dr. L. und Dr. B. aus dem Jahre 1997 wurde die MdE noch mit 10 v. H. bewertet und keine andauernde Persönlichkeitsveränderung beschrieben. Diese MdE-Bewertung kann auf den damaligen Zeitpunkt bezogen heute nicht überzeugend in Zweifel gezogen werden. Von 1997 bis 2003 (Untersuchung bei Dr. Sa.) gibt es keine verwertbaren Untersuchungsbefunde zum Schweregrad der Enzephalopathie, so dass nicht geklärt werden kann, ab wann die Befunde so wie von Dr. Sa. festgestellt ausgeprägt waren. Dies geht zu Lasten des Klägers als Anspruchsteller. Die MdE von 20 v. H. liegt mithin erst seit der Untersuchung bei Dr. Sa. (Oktober 2003) vor. Für einen früheren Zeitpunkt des Eintritts der rentenberechtigenden MdE fehlt aus oben genannten Gründen der Nachweis.

Eine toxische Polyneuropathie liegt beim Kläger hingegen nicht vor. Polyneuropathien sind Erkrankungen mehrere peripherer Nerven. Toxische Polyneuropathien sind in der Regel in der Anordnung distal-symmetrisch, stellen einen so genannten axonalen Schädigungstyp dar, d. h. eine vordergründige Schädigung der Innenstrukturen des Nervens in Form des Achsenzylinders und weniger der Nervenbahnen. Die Erkrankung kann auch zwei bis maximal fünf Monate nach Beendigung der Lösungsmittelexposition noch in der Intensität fortschreiten, bildet sich dann jedoch wieder zurück, da das periphere Nervensystem ein hochgradiges Regenerationspotential besitzt. Beim Kläger lag ein klinisch-manifestes Polyneuropathie-Syndrom nach dem vorliegenden Akten- und Datenmaterial nicht vor. Unter klinisch-manifest wird verstanden, dass ein Beschwerdebild mit distal-symmetrischen Sensibilitätsstörungen, Parästhesien, Taubheitsempfindungen, Lähmungserscheinungen, Reflexverlust, dem Korrelat der Ausfälle im neurologischen Status sowie in den neurophysiologischen Messungen bestand. Bei der zuerst dokumentierten Untersuchung 1992 durch Dr. Lb. ist festgehalten, dass eine relevante Polyneuropathie nicht vorlag. In einer ausführlichen neurologischen Untersuchung 1997 wurden von Dr. L. im klinisch-neurologischen Status keine Hinweise für eine Neuropathie und in den neurophysiologischen Zusatzuntersuchungen Normwerte erhoben. Bei der Untersuchung durch Prof. Dr. A. fanden sich im klinisch-neurologischen Status keine Auffälligkeiten außer einer strumpf-



förmig angeordneten Hypästhesie im Bereich des distalen Unterschenkeldrittels beidseits. Die neurophysiologisch ermittelten Messwerte, Elektroneurographie und Elektromyographie waren vollständig unauffällig hinsichtlich der motorischen und sensiblen Nervenleitgeschwindigkeiten. Lediglich an einer Stelle fand sich in der Elektromyographie ein pathologisches Muster in Form von Spontanaktivität in Form von positiven scharfen Wellen im Segment L5 rechts, wie dies manchmal auch bei bandscheibenbedingten Nervenwurzelläsionen ausgelöst werden kann.

Zusammenfassend ergibt sich nach den überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. A., dass ein klinisch-manifestes Polyneuropathie-Syndrom einschließlich einer Dokumentation in den neurophysiologischen Zusatzuntersuchungen zum Zeitpunkt der Exposition gegenüber organischen Lösungsmitteln sowie in unmittelbarem Zeitraum danach beim Kläger nicht vorlag. Es finden sich somit keine Hinweise für das Vorliegen eines Polyneuropathie-Syndroms, verursacht durch organische Lösungsmittel im Sinne der Berufskrankheit Nr. 1317. Diese Einschätzung von Prof. Dr. A. deckt sich mit den nervenärztlichen Vorgutachten von Dr. Ka. und Prof. Dr. C. sowie Prof. Dr. T.. Dem folgt der Senat. Die entgegenstehenden Gutachten - wie z. B. dasjenige von Dr. Sa. - überzeugen nicht. Sie lassen sich mit den Verlaufsdaten und den neurophysiologischen Daten nicht in Einklang bringen. Hinzu kommt, dass Dr. Sa. die Polyneuropathie als abklingend mit einer MdE unter 10 v. H. bewertet hat. Danach hätte die Polyneuropathie - unterstellt, sie liege als Berufskrankheit vor - ohnehin keine rentenrechtliche Relevanz.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 Abs. 1 und Abs. 4 SGG.

Der Senat sieht keinen Anlass, gemäß § 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG die Revision zuzulassen.