S 3 U 131/17 WA

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Marburg
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Berufskrankheit Nr. 3101 normativ-funktioneller Krankheitsbegriff asymptomatische HCV-Infektion unvollständige Immunantwort
Leitsätze	Eine asymptomatisch verlaufende Hepatitis C-Infektion stellt bei unvollständiger Immunantwort, somit anhaltendem Nachweis der Virenträgerschaft, eine Infektionskrankheit im Sinne der BK 3101 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung dar (Anschluss an BSG, Urteil vom 18. November 1997, Az. 2 RU 15/97 <HIV-Infektion>; Abgrenzung zu BSG, Urteil vom 26. Juli 2017, Az. B 2 U 17/15 R <ausgeheilte Borreliose>).
Normenkette	§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII Anl 1 Nr. 3101 BKV

1. Instanz

Aktenzeichen	S 3 U 131/17 WA
Datum	21.06.2023

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-

Die Klage wird abgewiesen.Â

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand

Die 1953 geborene KlÃ¤gerin begehrt die Feststellung einer Infektion mit Hepatitis C-Viren (HCV) als Berufskrankheit (BK) nach Nr. 3101 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) â□□Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tÃ¤tig oder durch eine andere TÃ¤tigkeit der Infektionsgefahr in Ã¤hnlichem MaÃ□e besonders ausgesetzt warâ□□ (Nachfolgend BK 3101).

Die in Sibirien/Russland geborene und aufgewachsene und nach Schulabschluss nach Kasachstan verzogene KlÃ¤gerin war dort (nach BÃ¼rotÃ¤tigkeiten) ab 1975 zunÃ¤chst als Putzkraft und Pflegehelferin, spÃ¤ter nach abgeschlossener Ausbildung bis 1982 zunÃ¤chst auf der MÃ¤nnerstation eines psychiatrischen Krankenhauses und (nach einer Erziehungszeit Mitte September 1982 bis Juni 1984) von Juli 1984 â□□ Juli 1992 als Krankenschwester auf einer psychiatrischen Kinderstation tÃ¤tig. Nach ihren Angaben habe sie wÃ¤hrend der BeschÃ¤ftigungen in Kasachstan keinen Umgang mit infektiÃ¶sem Material gehabt.

Im Juli 1992 siedelte die KlÃ¤gerin in die Bundesrepublik Deutschland um. Ihr wurde der Vertriebenenstatus zuerkannt. Sie absolvierte zunÃ¤chst von Januar bis Juni 1993 eine Anerkennungsausbildung als Krankenschwester und war von Januar bis Dezember 1995 als Krankenschwester in der Werner Wicker Klinik in F-Stadt und im MÃ¤rz 1996 im DRK-Pflegeheim in D-Stadt, ebenfalls jeweils ohne Umgang mit infektiÃ¶sem Material, beschÃ¤ftigt.

Von September bis Dezember 1996 arbeitete die KlÃ¤gerin im Zentrum fÃ¼r Soziale Psychiatrie in C-Stadt, wo sie teilweise Umgang mit infektiÃ¶sem Material hatte. Sodann war sie ab Juli 1998 in der Klinik S. E-Stadt tÃ¤tig, ab Oktober 2008 zunÃ¤chst langfristig wegen psychiatrischer Diagnosen arbeitsunfÃ¤hig und spÃ¤ter verberentet. Bei der S.-Klinik handelt es sich um eine Klinik fÃ¼r drogenabhÃ¤ngige MÃ¤nner und Frauen mit Schwerpunkt der Indikation auf MehrfachabhÃ¤ngigkeit von illegalen Suchtmitteln, auch in Verbindung mit Alkohol- und MedikamentenabhÃ¤ngigkeit. Die KlÃ¤gerin hatte dort ebenfalls Umgang mit infektiÃ¶sem Material in Form von Kathetern und InjektionskanÃ¼len. Sie hatte unter anderem Blutentnahmen und Wundversorgung durchzufÃ¼hren. Zudem hatte sie das GepÃ¤ck von Patienten zu durchsuchen, wenn diese nach auswÃ¤rtigen Aufenthalten in die Klinik zurÃ¼ckkehrten. Dabei bestand ein Risiko, sich an scharfen GegenstÃ¤nden, die sie in die Klinik brachten, zu verletzen. Patienten der Klinik waren teilweise, nach Angabe der KlÃ¤gerin zu einem hohen Grad, an Hepatitis C erkrankt.Â

Am 10. Juni 2008 schnitt sich die KlÃ¤gerin bei dem Untersuchen von Sachen zweier Patienten (eines Paares), an einer Rasierklinge, die diese unverpackt in einem Portemonnaie aufbewahrt hatten. Einer dieser Patienten war mit Hepatitis C-Viren infiziert. Weitere Untersuchungen â□□ etwa des Genotyps â□□ fanden weder zuvor noch in der Folge statt. Es wurde zudem nicht festgehalten und konnte auch im Nachhinein nicht festgestellt werden, welchem der Patienten die Rasierklinge gehÃ¶rte bzw. wer sie tatsÃ¤chlich benutzt hatte. Der Schnitt wurde in das

Verbandbuch der Klinik eingetragen. Weitere Folgen â□□ etwa eine akute Erkrankung â□□ traten zunÃ¤chst nicht ein.

Im Rahmen der Routineuntersuchungen bei Aufnahme der KlÃ¤gerin in eine psychosomatische Rehabilitationsklinik am 21. Oktober 2008 wurde ein erhÃ¶hter Leberwert festgestellt und daraufhin eine Hepatitis-Serologie durchgefÃ¼hrt, welche positive HCV-AntikÃ¶rper und im weiteren Verlauf am 07. November 2008 den Nachweis einer chronischen HCV-Infektion, Genotyp 1b, bei niedriger Viruslast ohne wesentliche entzÃ¼ndliche AktivitÃ¤t ergab. Eine Leberbiopsie lehnte die KlÃ¤gerin damals und auch im weiteren Verlauf ab.

Nach erfolgter Meldung der Schnittverletzung als Arbeitsunfall leitete die Beklagte im Dezember 2008 ein Ermittlungsverfahren wegen einer mÃ¶glichen Berufskrankheit ein. Sie befragte die KlÃ¤gerin, ihre in Deutschland beschÃ¤ftigenden Arbeitgeber sowie die aktuell und frÃ¼her behandelnden Ã□rzt*innen und holte LeistungsauskÃ¼nfte bei den Krankenkassen der KlÃ¤gerin ein.

Sodann beauftragte sie Prof. Dr. C., der am 28. Oktober 2009 ein fachÃ¤rztlich-internistisches/hepatologisches Gutachten nach Untersuchung der KlÃ¤gerin am 19. Oktober 2009 erstellte. Er diagnostizierte eine chronische Virushepatitis C ohne serologisch bedeutsame EntzÃ¼ndungsaktivitÃ¤t und ohne elastographisch nachÂ¬weisbare Fibrose bei fehlender Zustimmung zu einer Histologiegewinnung. Die Infektion kÃ¶nne sowohl vor wenigen Monaten als auch vor Jahrzehnten eingetreten sein. Sie kÃ¶nne nicht hinreichend wahrscheinlich auf berufliche Risiken zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden. Gegen die von der KlÃ¤gerin angenommene Verursachung im Zuge des Schnitts an der Rasierklinge im Juni 2008 spreche, dass bereits im Februar 2008 erhÃ¶hter Leberwerte festgestellt worden seien, kein Nachweis eines identischen Genotyps bei dem Indexpatienten vorliege sowie dass der bei der KlÃ¤gerin festgestellte Genotyp nicht Drogenpatiententypisch sei. UnabhÃ¤ngig davon sei die KlÃ¤gerin zwar seit Juli 1998 in der S.-Klinik als sogenannter â□□Suchtklinikâ□□ einem erhÃ¶hten Infektionsrisiko im Umgang mit Hepatitis C-Patienten ausgesetzt gewesen. Jedoch hÃ¤tten nicht versicherte Risiken sowohl in dem Aufwachsen und Leben in Russland und Kasachstan mit einer bis zu 5-8mal hÃ¶heren PrÃ¤valenz der Hepatitis C in Kasachstan (ca. 3,2 %) bzw. bei von dort stammenden SpÃ¤taussiedlern (ca. 3 %) im Vergleich zu der deutschen StammbevÃ¶lkerung (mit ca. 0,4 â□□ 0,7 %) wie auch in der dortigen 17-jÃ¤hrigen Belastung durch Dienstleistung in einer psychiatrischen Klinik auch ohne anamnestischen Umgang mit infektiÃ¶sem Material bestanden. Dem stehe die zwÃ¶lfjÃ¤hrige TÃ¤tigkeit in Deutschland mit Kontakt zu infektiÃ¶sem Material gegenÃ¼ber. Dass nicht versicherte Risiko in Kasachstan Ã¼berwiege das versicherte Risiko in Deutschland bedeutsam.

Nach Ermittlung des Vertriebenenstatus der KlÃ¤gerin, aus dem sich bei Anwendbarkeit des Fremdrentengesetzes (FRG) ggf. eine Zusammenrechnung der TÃ¤tigkeitszeitrÃ¤ume in Kasachstan und in Deutschland ergeben kÃ¶nnte, sowie wegen des Abstellens nur auf die allgemeine Hepatitis C-PrÃ¤valenz in Deutschland ohne BerÃ¼cksichtigung der hÃ¶heren Durchseuchung mit dem HCV in einer

Drogenklinik beauftragte die Beklagte den Beratungsarzt Dr. D. mit einer Stellungnahme zu dem Gutachten und der EinschÃ¤tzung des Ursachenzusammenhangs. Dieser bestÃ¤tigte unter dem 08. Dezember 2009 die EinschÃ¤tzung, dass angesichts der vorliegenden Laborparameter keine Hinweise fÃ¼r eine ganz frische HCV-Infektion â etwa im Juni 2008 â vorlÃ¤gen. Auch sei festzustellen, dass die HCV-SeroprÃ¤valenz bei Mitarbeitern in der Psychiatrie in Deutschland insgesamt deutlich niedriger einzuschÃ¤tzen sei als die fÃ¼r die allgemeine WohnbevÃ¶lkerung in Kasachstan genannten Zahlen. Dass in einer Drogenklinik eine hÃ¶here HCV- Durchseuchung als bei der BevÃ¶lkerung in Kasachstan vorliege, sei zwar durchaus schlÃ¼ssig. Es mÃ¼sse jedoch bedacht werden, dass die HCV-Infektionsrate im Rahmen von Bagatellverletzungen wie KanÃ¼lenstichen mit maximal 1 â 3 % sehr gering sei. Dagegen stehe die hohe HCV-Infektionsgefahr, die bei der Versicherten statistisch allein schon aufgrund der Herkunft aus Kasachstan, also unabhÃ¤ngig von der beruflichen TÃ¤tigkeit anzunehmen sei. Das Vorliegen einer Berufskrankheit lasse sich somit nicht hinreichend wahrscheinlich machen. Auf Nachfrage der Beklagten erklÃ¤rte Dr. D. in einer weiteren beratungsfachÃ¤rztlichen Stellungnahme vom 20. Januar 2010 dass eine Verursachung durch die berufliche TÃ¤tigkeit wegen der sehr hohen HCV-SeroprÃ¤valenz bei der Wohnpopulation in Kasachstan auch dann nicht hinreichend wahrscheinlich gemacht werden kÃ¶nne, wenn die TÃ¤tigkeit in Kasachstan als Krankenschwester als mitversichert zu betrachten sei. Nachdem die KlÃ¤gerin nach eigenen Angaben bei ihrer dortigen TÃ¤tigkeit kaum Kontakt zu infektiÃ¶sem Material gehabt habe, sei ein eindeutig vermehrtes Infektionsrisiko durch die berufliche TÃ¤tigkeit gegenÃ¼ber dem bestehenden privaten Risiko nicht erkennbar.

Sodann beauftragte die Beklagte den Gutachter Prof. Dr. C. mit einer ergÃ¤nzenden Stellungnahme zu dem Ursachenzusammenhang unter der PrÃ¤misse, dass neben der 16-jÃ¤hrigen beruflichen TÃ¤tigkeit der KlÃ¤gerin als Krankenschwester in Deutschland auch die 17-jÃ¤hrige TÃ¤tigkeit als Krankenschwester in einer Kinderpsychiatrie in Kasachstan mitversichert sei. Aufgrund einer rechnerischen Risikobewertung, bei der eine nicht versicherte TÃ¤tigkeit in Kasachstan von Januar 1953 bis Juni 1973 versicherten TÃ¤tigkeiten von 17 Jahren in Kasachstan und elf Jahren in einer Drogenklinik in Deutschland sowie vier Jahren ohne bedeutsames Risiko in Deutschland gegenÃ¼bergestellt wurden, Ã¼berwiege nach der Stellungnahme des Gutachters vom 25. Februar 2010 rechnerisch das versicherte berufliche Risiko in Kasachstan und Deutschland das nicht-versicherte Risiko in Kasachstan (Risikozahlen 102,5 zu 122). Er halte daher die Anerkennung der beruflich bedingten Hepatitis C fÃ¼r angezeigt. Die Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit (MdE) schÃ¤tze er mit 10 % ein.

Nach einer weiteren Nachfrage, weil bei der rechnerischen Risikobewertung unberÃ¼cksichtigt geblieben sei, dass die Versicherte neben der TÃ¤tigkeit als Krankenschwester in Kasachstan Ã¼ber den Juni 1973 hinaus auch dem dortigen allgemeinen Lebensrisiko ausgesetzt gewesen sei, zog der Gutachter in einer weiteren Stellungnahme vom 22. MÃ¤rz 2010 lediglich die Erziehungszeit von 1982 â 1984 in die Berechnung der nicht versicherten TÃ¤tigkeit zusÃ¤tzlich ein und gelangte weiterhin zu einem Ãberwiegen des versicherten Risikos (Risikozahlen

112,5 zu 122).

Die Beklagte berechnete auf der Grundlage der Aussage des Gutachters, das Risiko in der Kinderpsychiatrie in Kasachstan sei genauso groß wie das allgemeine dortige Lebensrisiko, die Risikobewertung neu und berücksichtigte die gesamte Aufenthaltszeit von 39,5 Jahren in Kasachstan als außerberufliches Risiko. Dem stellte sie als berufliches Risiko die dortige Tätigkeit als Krankenschwester sowie das in Deutschland ermittelte Risiko gegenüber. Es ergaben sich unter Berücksichtigung einer worst-case-Betrachtung Risikozahlen von 197,5 für das außerberufliche gegenüber 118 für das berufliche Risiko.

Auf dieser Grundlage lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 10. Mai 2010 die Feststellung einer Virushepatitis C als Berufskrankheit nach Nr. 3101 BKV ab. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Leistungen. Der Patient, an dessen Rasierklinge sie sich am 10. Juni 2008 geschnitten habe, scheide als konkrete Infektionsquelle aus, da aufgrund der Laborergebnisse davon ausgegangen werden könne, dass die Infektion bei der Klägerin bereits zuvor stattgefunden habe. Im Rahmen der Tätigkeit als Krankenschwester in der S.-Klinik ab 01. Juli 1998 bis zur Feststellung der Hepatitis C-Erkrankung (ca. elf Jahre) habe sie zwar regelmäßig beruflichen Kontakt zu drogensüchtigen Patienten gehabt und sei deshalb einer erhöhten Infektionsgefährdung (bis zu dreimal so hoch im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung in Deutschland) ausgesetzt gewesen. Diesem Risiko stehe jedoch eine 39,5jährige allgemeine Infektionsgefährdung (z. B. durch Zahn-/Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte etc.) in Sibirien und Kasachstan gegenüber, der sie von ihrer Geburt bis zu ihrer Übersiedlung nach Deutschland im Juli 1992 ausgesetzt gewesen sei. In dieser Region fände sich eine etwa 5- bis 8mal höhere Durchseuchung mit Hepatitis C als in der durchschnittlichen Bevölkerung Deutschlands. Es könne dahinstehen bleiben, ob die Tätigkeit als Krankenschwester in Kasachstan von Mitte 1973 bis Mitte 1992 (ohne Erziehungszeit von 1982 â 1984, ca. 17 Jahre) aufgrund des Fremdrentenrechts zu berücksichtigen sei, da sich das Hepatitis C-Vorkommen in diesem Tätigkeitsbereich nicht von dem allgemeinen Infektionsrisiko in der Region unterscheide. Unter der Prämisse, dass die Tätigkeit in der Kinderpsychiatrie in Kasachstan aufgrund des Fremdrentenrechts zu berücksichtigen sei, sei sie zusammenfassend beruflich elf Jahre in der Suchtklinik in Deutschland und 17 Jahre in der Kinderpsychiatrie in Kasachstan gefährdend tätig gewesen. Diese berufliche Infektionsgefährdung erreiche bei weitem nicht das unversicherte Infektionsrisiko von 39,5 Jahren, dem sie aufgrund ihres Aufenthaltes in einem Land mit einer deutlich höheren Durchseuchungsrate als in Deutschland ausgesetzt gewesen sei. Somit spreche mehr gegen einen beruflichen Zusammenhang der Infektion als dafür. Es sei nicht hinreichend wahrscheinlich zu machen, dass sie sich durch ihre berufliche Tätigkeit infiziert habe.

Dagegen erhob die Klägerin am 26. Mai 2010 Widerspruch. Sie habe sich während der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit als Krankenschwester in der AHG Nord Klinik S. mit Hepatitis C-Viren infiziert. Sie sei seit 1993 im Bundesgebiet im Gesundheitswesen tätig und habe seit 1996 Umgang mit infektiösem Material. Konkret gehe sie von einer Infektion an der Rasierklinge eines Patienten am 10. Juni

2008 aus. Zudem bestehe in der Klinik allgemein ein hohes Infektionsrisiko der Mitarbeiter bei Durchsuchungen und Untersuchungen der Klienten. Die KlÃ¤gerin sei am 21. August 2007 (richtig: 21. Oktober 2008) anlÃ¤sslich eines Reha-Aufenthalts erstmals positiv auf die Hepatitis C-Erkrankung getestet worden. Deshalb kÃ¶nne der Vermutung der Beklagten, die KlÃ¤gerin habe sich bereits anlÃ¤sslich der vorausgegangenen beruflichen TÃ¤tigkeit in Kasachstan mit den Hepatitis C-Virus infiziert, nicht gefolgt werden. Dann wÃ¤re die Erkrankung bereits zu einem wesentlich frÃ¼heren Zeitpunkt aufgetreten und bei den stattgefundenen regelmÃ¤Ãigen Untersuchungen festgestellt worden. Gerade bei einer angeblich jahrelang bestehenden Infektion wÃ¤re die KlÃ¤gerin mit Sicherheit stÃ¤rker gesundheitlich beeintrÃ¤chtigt. Zudem seien weder der Ehemann noch der Sohn der KlÃ¤gerin mit dem Hepatitis C-Virus infiziert, was ebenfalls gegen eine Infektion in Kasachstan spreche.

Die Beklagte gab daraufhin ein weiteres Gutachten in Auftrag, das Prof. Dr. E. â unter Mitwirkung der AssistenzÃ¤rztin Dr. K. und des Oberarztes Prof. Dr. P. â am 17. September 2010 nach Aktenlage erstattete. Er bestÃ¤tigte die von Prof. Dr. C. festgestellten Diagnosen. Bei fehlender Fibrosebildung kÃ¶nne kein sicherer RÃ¼ckschluss auf einen Infektionszeitraum oder die Dauer des wahrscheinlichen Bestehens der Erkrankung gezogen werden; die Infektion kÃ¶nne sowohl vor wenigen Monaten als auch vor Jahrzehnten eingetreten sein, wobei bei einer Infektion vor Jahrzehnten eine Fibroseentwicklung wahrscheinlicher wÃ¤re, aber nicht stattgefunden haben mÃ¼sse. Das Risiko, sich im Rahmen der beruflichen TÃ¤tigkeit in Kasachstan an einer Hepatitis C infiziert zu haben, sei nicht eindeutig erhÃ¶ht, gegenÃ¼ber dem privaten Risiko durch die LebensumstÃ¤nde in Kasachstan eher niedriger. Ein ursÃ¤chlicher Zusammenhang zwischen der beruflichen TÃ¤tigkeit und der Hepatitis C-Infektion sei wegen der erheblichen infektionstrÃ¤chtigen UmstÃ¤nde in Kasachstan im Privatleben (medizinische und zahnmedizinische Eingriffe mit unzureichend sterilisiertem Mehrfachmaterial) nicht hinreichend wahrscheinlich. Insgesamt Ã¼berwiege das private Risiko der KlÃ¤gerin jedenfalls bis zum 10. Juni 2008 deutlich das berufliche Risiko, auch unter der Annahme, dass die TÃ¤tigkeit der KlÃ¤gerin in Kasachstan als Krankenschwester ebenfalls versichert gewesen wÃ¤re. Zur weiteren KlÃ¤rung des Sachverhalts wurde vorgeschlagen, zunÃ¤chst zu klÃ¤ren, ob die Rasierklinge Ã¼berhaupt der HCV-positiven Indexperson zuzuordnen sei, und eine Typisierung des HCV-Genotyps der Indexperson vorzunehmen.

Im Ergebnis der weiteren Ermittlungen der Beklagten bei der S.-Klinik sowie â anonymisiert â bei dem behandelnden Arzt der Indexperson war nicht aufklÃ¤rbar, welcher der beiden Personen die Rasierklinge gehÃ¶rte. Eine Typisierung der HCV-Infektion der potentiellen Indexperson hatte nie stattgefunden. In einer anschlieÃenden Stellungnahme des Gutachters Prof. Dr. E. vom 22. Juli 2011 teilte dieser mit, dass bezÃ¼glich der Hepatitis C-Infektion und der versicherten beruflichen TÃ¤tigkeit ab dem 10. Juni 2008 die MÃ¶glichkeit eines beruflichen Zusammenhanges bestehe. Es habe damit ein konkretes Risiko bezÃ¼glich eines Verletzungsereignisses gegeben. Eine von zwei Indexpersonen habe an einer HCV-Virusinfektion gelitten. Das Risiko einer Serokonversion nach einer Verletzung mit einer kontaminierten Nadel werde fÃ¼r HCV mit etwa 3 %

angegeben; da nur eine der zwei Indexpersonen an einer Hepatitis C leide, sei das Risiko entsprechend geringer. Das Risiko, sich im Rahmen der beruflichen TÃ¤tigkeit in Kasachstan an einer Hepatitis C infiziert zu haben, sei gegenÃ¼ber dem privaten Risiko durch die LebensumstÃ¤nde in Kasachstan geringer, weshalb es auf die Frage, ob diese TÃ¤tigkeit versichert sei, nicht ankomme.

Mit Schreiben vom 17. September 2011 hÃ¶rte die Beklagte die KlÃ¤gerin zu der danach beabsichtigten ZurÃ¼ckweisung des Widerspruchs an. Diese trug nochmals vor, dass eine entsprechende Infektion bei Ansteckung in ihrem Heimatland bereits frÃ¼her festgestellt worden und zudem ebenfalls bei ihrem Sohn vorhanden wÃ¤re, was jedoch nachweislich nicht der Fall sei. Die KlÃ¤gerin habe in ihrem Herkunftsland auch keine schwerwiegenden Erkrankungen und infolgedessen keine erheblichen Behandlungen oder irgendein Risiko des Kontakts zu infizierten Personen gehabt.

Auf weitere Nachfrage dazu erklÃ¤rte der Gutachter Prof. Dr. E. in einer weiteren ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 02. MÃ¤rz 2012, dass sich aus diesen AusfÃ¼hrungen keine Ãnderungen hinsichtlich des geschilderten Kausalzusammenhangs ergÃ¤ben.

Daraufhin wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 15. Juni 2012 zurÃ¼ck. Dass sich die KlÃ¤gerin durch das Verletzungsereignis vom 10. Juni 2008 (an der Rasierklinge eines Patienten geschnitten) mit Hepatitis C-Virus infiziert habe, sei nicht gÃ¤nzlich auszuschlieÃen, aber auch nicht wahrscheinlich zu machen. eine Subtypisierung des HCV-Genotyps bei dem als Infektionsquelle infrage kommenden Patienten sei nicht erfolgt. Der bei der KlÃ¤gerin vorliegende Genotyp 1 sei allerdings nicht typisch fÃ¼r einen drogenabhÃ¤ngigen Hintergrund der mÃ¶glichen Infektionsquelle. Zudem sei nicht mehr sicher nachvollziehbar, welcher Person die Rasierklinge tatsÃ¤chlich gehÃ¶rte. Eine Eingrenzung des Infektionszeitpunktes sei unter BerÃ¼cksichtigung der dokumentierten Leberwerte ebenfalls nicht mÃ¶glich. Die Infektion kÃ¶nne sowohl vor einigen Monaten als auch vor Jahrzehnten eingetreten sein. Bei einem besonders hohen beruflichen Infektionsrisiko kÃ¶nne im Ausnahmefall auf den konkreten Nachweis einer Infektionsquelle verzichtet werden. Voraussetzung fÃ¼r die Annahme eines Ursachenzusammenhangs sei, dass ein auÃerberufliches Infektionsrisiko nicht dagegenspreche. Angesichts des in Kasachstan bereits im Privatleben bestehenden hohen Infektionsrisikos wegen der hohen HCV-SeroprÃ¤valenz der WohnbevÃ¶lkerung ergebe sich ein auÃerberufliches Risiko, sich mit dem HCV zu infizieren, das das berufliche Infektionsrisiko der KlÃ¤gerin Ã¼bersteige. Bei ihrer beruflichen TÃ¤tigkeit in Kasachstan sei sie keinem im Vergleich zum Privatleben erhÃ¶hten Infektionsrisiko ausgesetzt gewesen. In Deutschland habe sie in ihrer TÃ¤tigkeit in der âDrogensuchtklinikâ S. zwar grundsÃ¤tzlich Kontakt zu einem Personenkreis gehabt, der fÃ¼r deutsche VerhÃ¤ltnisse eine relativ hohe SeroprÃ¤valenz aufzeige. Doch kÃ¶nne auch fÃ¼r diese BeschÃ¤ftigung ein erhÃ¶htes berufliches Infektionsrisiko nicht festgestellt werden. Aus den von der KlÃ¤gerin und von ihrem Arbeitgeber abgegebenen TÃ¤tigkeitsbeschreibungen ergebe sich, dass sie invasive, mit einem Verletzungs- und somit einem erhÃ¶hten Infektionsrisiko einhergehende TÃ¤tigkeiten im Beruf selten ausgefÃ¼hrt habe. Von

Bedeutung sei in diesem Zusammenhang, dass die HCV-PrÃ¤valenz bei in Deutschland in der Psychiatrie tÃ¤tigen Personen insgesamt deutlich niedriger einzuschÃ¤tzen sei als fÃ¼r die allgemeine BevÃ¶lkerung in Kasachstan.Â

Aus der Tatsache, dass weder ihr Ehemann noch ihr Sohn mit dem Hepatitis C-Virus infiziert seien, lasse sich eine mÃ¶gliche Infektion der KlÃ¤gerin bereits in Kasachstan nicht ausschlieÃen. Auch der Hinweis, dass bei einer frÃ¼heren Infektion im Heimatland die Erkrankung frÃ¼her aufgetreten wÃ¤re, Ã¼berzeuge nicht. Die Erkrankung verlaufe oft blande, so dass Krankheitsanzeichen nicht festgestellt wÃ¼rden. Auch bei der KlÃ¤gerin sei die Diagnose nur als Zufallsbefund im Rahmen einer stationÃ¤ren Reha erhoben worden. Zusammenfassend stehe der Anerkennung der Hepatitis C-Infektion als Berufskrankheit entgegen, dass eine berufliche Infektionsquelle sowie eine Ã¼ber das normale MaÃ hinausgehende berufliche Infektionsgefahr wÃ¤hrend der AusÃ¼bung der versicherten BerufstÃ¤tigkeit nicht nachgewiesen werden kÃ¶nnten. Bei bestehenden auÃerberuflichen Infektionsrisiken schieden ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung nicht aus.

Dagegen richtet sich die am 19. Juli 2012 eingegangene, zunÃ¤chst unter dem Aktenzeichen S 3 U 48/12 gefÃ¼hrte Klage. Zur BegrÃ¼ndung wird die Argumentation im Widerspruchsverfahren wiederholt und vertieft.

Das Gericht hat umfangreiche Behandlungsunterlagen bei den die KlÃ¤gerin insbesondere auch vor 2008 behandelnden ÃrzT*innen sowie Leistungsverzeichnisse ihrer Krankenkassen beigezogen und sodann ein Gutachten bei Dr. H. in Auftrag gegeben. Dieser hat in seinem fachinternistischen Gutachten nach Aktenlage vom 26. August 2015 â soweit hier relevant â einen asymptomatischen TrÃ¤gerstatus nach Hepatitis C-Virusinfektion Genotyp 1b, Erstdiagnose 07.11.2008, diagnostiziert. Eine wesentliche Mitwirkung der beruflichen TÃ¤tigkeit der KlÃ¤gerin wÃ¤re medizinisch festzustellen, wenn an der Rasierklinge Viren nachgewiesen worden wÃ¤ren und im Anschluss an dieses Ereignis eine nachweisbare Erkrankung durch Viren mit dem gleichen Genotyp eingetreten wÃ¤re. Der Vorfall sei jedoch weder Ã¤rztlich dokumentiert noch sei die Rasierklinge sichergestellt worden. Nach dem Ereignis seien Anhaltspunkte fÃ¼r ein akutes Stadium einer Hepatitis C-Erkrankung bis zu der Aufnahme in die Rehabilitationsklinik am 21. Oktober 2008 nicht festgestellt worden. Die Blutuntersuchung sei ohne konkreten Krankheitsverdacht bei der Aufnahme in die Klinik erfolgt. Bei der Feststellung der Hepatitis C-Infektion handele es sich um einen Zufallsbefund. Die Infektion stelle jedoch bereits keine Infektions-âKrankheitâ im Sinne der Berufskrankheitenverordnung dar. Eine Hepatitis C sei nicht zu diagnostizieren, denn diese beschreibe per definitionem eine EntzÃ¼ndung des Lebergewebes, die vorliegend nicht nachweisbar sei. Auch im Ãbrigen sei zu keinem Zeitpunkt eine StÃ¶rung des kÃ¶rperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens festgestellt worden, die auf eine schÃ¤dliche Einwirkung der im Blut nachgewiesenen Viren schlieÃen lasse und daher als Krankheit zu bezeichnen sei. Bei der Ãbertragung des Virus auf den KÃ¶rper der KlÃ¤gerin handele es sich somit um eine Inokulation und nicht um eine Infektion. Es sei daher nicht gerechtfertigt, aus dem alleinigen serologischen Nachweis der Flaviviren vom

Typ des Hepatitis C-Virus im Blut die Diagnose â□□Hepatitis Câ□□ zu stellen, sondern es liege lediglich ein TrÃ¤gerstatus diesbezÃ¼glich vor. Leichtgradige ErhÃ¶hungen der EnzymaktivitÃ¤ten von Transaminasen kÃ¶nnten verschiedene Ursachen haben, wie z. B. banale Infekte oder die Einnahme von nichtsteroidalen Antirheumatika wie Ibuprofen. Somit sei auch der Nachweis einer, insbesondere vorÃ¼bergehend, erhÃ¶hten TransaminasenaktivitÃ¤t nicht zwangslÃ¤ufig als SchÃ¤digung der Leber durch die zirkulierenden Flaviviren bedingt. Auch ein ursÃ¤chlicher Zusammenhang zwischen einem konkreten Verletzungsereignis und der Ã□bertragung von Viren auf die KlÃ¤gerin habe nicht nachgewiesen werden kÃ¶nnen. Aufgrund der Laborwerte und der Latenz bis zum positiven Nachweis von AntikÃ¶rpern mÃ¼sse die Ã□bertragung der Flaviviren vor der Verletzung mit der Rasierklinge am 10. Juni 2008 stattgefunden haben. Eine erneute Inokulation durch die Verletzung mit der Rasierklinge sei allenfalls mÃ¶glich, jedoch nicht wahrscheinlich, da in der Folge eine Erkrankung nicht eingetreten sei. Zudem sei offengeblieben, ob der mutmaÃ□liche Ã□bertrÃ¤ger EigentÃ¼mer und Benutzer der Rasierklinge war, ob sich an der Rasierklinge Hepatitis C-Viren befanden und welchem Genotyp die mutmaÃ□lich Ã¼bertragenen Viren angehÃ¶rten. Die Infektfreiheit der FamilienangehÃ¶rigen sei kein Beweis fÃ¼r eine zurÃ¼ckliegende Infektfreiheit der KlÃ¤gerin, da auch hier allenfalls die MÃ¶glichkeit einer Ã□bertragung durch intensiven KÃ¶rperkontakt, aber weder eine ausreichende Wahrscheinlichkeit noch eine ZwangslÃ¤ufigkeit bestehe. Die Inokulation habe auch zu einem frÃ¼heren Zeitpunkt nicht vermutet bzw. erkannt werden kÃ¶nnen, da keine Krankheitssymptome bestanden hÃ¤tten.

In einer ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 06. Januar 2015 hat der SachverstÃ¤ndige bekrÃ¤ftigt, dass mangels nachgewiesener schÃ¤digender Interaktion des Virus mit dem KÃ¶rper der KlÃ¤gerin keine Erkrankung festzustellen sei. Soweit klÃ¤gerseits auf Stichverletzungen zu Beginn der TÃ¤tigkeit der KlÃ¤gerin in der S.-Klinik hingewiesen worden sei, sei dies angesichts der fehlenden Dokumentation durch den Arbeitgeber trotz gesetzlicher Verpflichtung gerade auch angesichts der potentiell infektiÃ¶sen Klientel in einer Klinik zur Behandlung von DrogenabhÃ¤ngigen nicht nachvollziehbar. Die fehlenden Meldungen untermauerten jedoch die Feststellung, dass ein gesundheitlicher Schaden nicht eingetreten war.

In der mÃ¼ndlichen Verhandlung vom 22. April 2016 hat das Gericht auf Antrag der Beteiligten im Hinblick auf das bei dem Bundessozialgericht anhÃ¤ngige Verfahren zum Az. B 2 U 17/15 R das Ruhen des Verfahrens angeordnet.

Am 28. November 2017 hat die KlÃ¤gerin den Rechtsstreit wieder aufgerufen, der nunmehr unter dem Aktenzeichen S 3 U 131/17 WA gefÃ¼hrt wird. Das Bundessozialgericht habe in seinem Urteil vom 27. Juni 2017 zwar ausgefÃ¼hrt, dass eine symptomlose Borrelieninfektion allein sich nicht unter den Krankheitsbegriff subsumieren lasse, sondern zusÃ¤tzlich eine BeeintrÃ¤chtigung von KÃ¶rperfunktionen erforderlich sei. Allerdings werde auch ausgefÃ¼hrt, dass fÃ¼r den Nachweis der Einwirkung eine besondere Infektionsgefahr schon tatbestandlich vorausgesetzt werde, mithin aber auch ausreiche.Â

Die KlÃ¤gerin beantragt,
die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 18.05.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.06.2012 zu verurteilen, bei der KlÃ¤gerin eine Berufskrankheit nach Â§ 9 Abs. 1 SGB VII in Verbindung mit Nr. 3101 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung anzuerkennen und EntschÃ¤digungsleistungen zu gewÃ¤hren.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie hÃ¤lt die Ãbertragbarkeit der Entscheidung des Bundessozialgerichts zum Krankheitsbegriff fÃ¼r problematisch, wenn â wie hier â jedenfalls eine unvollstÃ¤ndige Immunantwort mit dauerhafter Erregerpersistenz bestehe. Weiterhin sei jedoch ein ursÃ¤chlicher Zusammenhang zwischen der Infektion und der beruflichen TÃ¤tigkeit der KlÃ¤gerin unter BerÃ¼cksichtigung des auÃerberuflichen Risikos nicht wahrscheinlich.Â

Die Beteiligten haben sich mit SchriftsÃ¤tzen vom 28. November 2017 (KlÃ¤gerin) und vom 22. MÃ¤rz 2018 (Beklagte) mit einer Entscheidung ohne mÃ¼ndliche Verhandlung einverstanden erklÃ¤rt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt von Gerichts- und Verwaltungsakte Bezug genommen, der Gegenstand der Beratung und Entscheidungsfindung gewesen ist.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Das Gericht durfte gemÃ¤Ã Â§ 124 Abs. 2 SGG ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheiden, nachdem sich beide Beteiligte damit einverstanden erklÃ¤rt haben.

A.Â Â Â Die auf die Anerkennung der Hepatitis C-Virus-Infektion der KlÃ¤gerin als Berufskrankheit nach Nr. 3101 BKV gerichtete Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage, Â§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG, statthaft (vgl. Bundessozialgericht , Urteil vom 18. Juni 2013, Az. B 2 U 6/12 R, m. w. N.; alle auch folgenden Entscheidungen zitiert nach juris) und auch im Ãbrigen zulÃ¤ssig.Â Nicht zulÃ¤ssig ist hingegen der auf die GewÃ¤hrung von EntschÃ¤digungsleistungen gerichtete Antrag. Sofern der UnfallversicherungstrÃ¤ger die Anerkennung des Versicherungsfalls dem Grunde nach abgelehnt hat, hat das Begehren von EntschÃ¤digungsleistungen keine eigenstÃ¤ndige Bedeutung; es beschreibt nur die rechtlichen Folgerungen, die sich im Falle der beantragten Feststellung ergeben, ist aber nicht, wie fÃ¼r eine zulÃ¤ssige Leistungsklage zu fordern, auf konkrete Leistungen gerichtet. Auch ein Grundurteil dÃ¼rfte darÃ¼ber nicht ergehen (stÃ¤ndige Rechtsprechung, vgl. etwa BSG, Urteile vom 02. April 2029, Az. B 2 U 30/07 R; vom 18. MÃ¤rz 2008, Az. B 2 U 2/07 R; und vom 30. Januar 2007, Az. B 2 U 6/06 R; grundlegend Urteil vom 07. September 2004, Az. B 2 U 35/03 R).

B.Â Â Â Soweit die Klage zulÃ¤ssig ist, ist sie unbegrÃ¼ndet. Die angegriffenen

Bescheide sind rechtmÃ¤Ãig und verletzen die KlÃ¤gerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf Feststellung ihrer Hepatitis C-Infektion als BK 3101.

Rechtsgrundlage fÃ¼r die begehrte Anerkennung ist Â§ 9 Abs. 1 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) i. V. m. Nr. 3101 BKV. Berufskrankheiten sind nach Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als solche bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach Â§ 2, 3 oder 6 begrÃ¼ndenden TÃ¤tigkeit erleiden. Nach Nr. 3101 BKV gehÃ¶ren dazu â□□Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tÃ¤tig oder durch eine andere TÃ¤tigkeit der Infektionsgefahr in Ã¤hnlichem MaÃ□e besonders ausgesetzt warâ□□. Voraussetzung fÃ¼r die Feststellung einer Listen-Berufskrankheit ist nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung des BSG, dass die Verrichtung einer grundsÃ¤tzlich versicherten TÃ¤tigkeit (sachlicher Zusammenhang) zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder Ã¤hnlichem auf den KÃ¶rper gefÃ¼hrt hat (EinwirkungskausalitÃ¤t) und diese Einwirkungen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegrÃ¼ndende KausalitÃ¤t). Die â□□versicherte TÃ¤tigkeitâ□□, die â□□Verrichtungâ□□, die â□□Einwirkungenâ□□ und die â□□Krankheitâ□□ mÃ¼ssen im Vollbeweis, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen sein. FÃ¼r die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden UrsachenzusammenhÃ¤nge genÃ¼gt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, allerdings grundsÃ¤tzlich nicht die bloÃ□e MÃ¶glichkeit. Fehlt eine der genannten Voraussetzungen, ist die Berufskrankheit nicht anzuerkennen (vgl. zum Ganzen etwa BSG, Urteile vom 23. April 2015, Az. B 2 U 6/13 R, B 2 U 10/14 R und B 2 U 20/14 R; vom 30. MÃ¤rz 2017, Az. B 2 U 6/15 R; vom 27. Juni 2017, Az. B 2 U 17/15 R; alle m. w. N.). Darauf beruhende spÃ¤tere GesundheitsstÃ¶rungen (haftungsausfÃ¼llende KausalitÃ¤t) sind keine Voraussetzung der BK, sondern lediglich fÃ¼r mÃ¶gliche Leistungen (BSG a. a. O.).

Bei der BK 3101 sind die Voraussetzungen allerdings zu modifizieren. Weil in den darin benannten TÃ¤tigkeitsbereichen zwar der Ansteckungsvorgang als schÃ¤dliche Einwirkung ein punktuelles Ereignis darstellt, der tatsÃ¤chliche Ã□bertragungsweg aber hÃ¤ufig im Nachhinein nicht mehr ermittelt werden kann, wurden die Infektionskrankheiten als Berufskrankheiten bezeichnet, obwohl bei Folgen einer einmaligen Einwirkung ein Arbeitsunfall nahelÃ¤ge. Die nachzuweisenden â□□Einwirkungenâ□□ bestehen in diesem Fall nicht notwendig in einer konkreten Ã□bertragung von Erregern, sondern in der besonderen, erhÃ¶hten Infektionsgefahr. Diese ist nicht als (absolut) â□□hoheâ□□, sondern als gegenÃ¼ber der in der allgemeinen BevÃ¶lkerung bestehende (somit relativ) â□□erhÃ¶hteâ□□ Gefahr zu bestimmen (vgl. BSG, Urteil vom 02. April 2019, Az. B 2 U 30/07 R, Rn. 33). FÃ¼r ihren Nachweis gilt der gleiche BeweismaÃ□stab wie sonst fÃ¼r den Nachweis der (konkreten) Einwirkung, nÃ¤mlich der Vollbeweis (vgl. BSG a. a. O. Rn. 18, 20).Â

FÃ¼r den Nachweis des ursÃ¤chlichen Zusammenhangs zwischen einer dergestalt bewiesenen erhÃ¶hten Infektionsgefahr und der (ebenfalls im Vollbeweis festzustellenden) Infektionskrankheit genÃ¼gt sodann abweichend von den

allgemeinen Regeln die bloÃe MÃ¶glichkeit, weil der Verordnungsgeber in einem solchen Fall typisierend von einer Infektion wÃ¤hrend der Gefahrenlage ausgeht (BSG a. a. O. Rn. 19, 34f.). FÃ¼r eine solche Typisierung ist allerdings dann kein Raum, wenn eine Infektion wÃ¤hrend oder aufgrund der versicherten Verrichtungen und damit der unterstellte Ursachenzusammenhang â z. B. aus zeitlichen GrÃ¼nden â ausgeschlossen ist. Ebenso gilt diese Erleichterung nicht, wenn auch ein anderes, dem nicht versicherten Lebensbereich zuzuordnendes Infektionsrisiko besteht (BSG a. a. O. Rn. 34 sowie Urteil vom 21. MÃ¤rz 2006, Az. B 2 U 19/05 R, Rn. 16).

Wenn sowohl berufliche als auch auÃerberufliche Verrichtungen als Ansteckungsquelle in Betracht kommen, von denen aber nur eine allein die Krankheit ausgelÃ¶st haben kann, muss entschieden werden, ob sich mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eine der unter Versicherungsschutz stehenden Handlungen als Krankheitsursache identifizieren lÃ¤sst. Die hinreichende Wahrscheinlichkeit dafÃ¼r setzt voraus, dass der MÃ¶glichkeit einer beruflichen Verursachung nach sachgerechter AbwÃ¤gung aller wesentlichen UmstÃ¤nde gegenÃ¼ber den anderen in Frage kommenden MÃ¶glichkeiten ein deutliches Ãbergewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Ãberzeugung gestÃ¼tzt werden kann (BSG, B 2 U 19/05 R, Rn. 16).

Unter BerÃ¼cksichtigung dieser GrundsÃ¤tze hat die KlÃ¤gerin keinen Anspruch auf Feststellung einer BK 3101. Die Kammer geht zwar trotz des asymptomatischen Verlaufs der HCV-Infektion vom Vorliegen einer Infektionskrankheit im Sinne der BK 3101 und auch von einem erhÃ¶hten Infektionsrisiko jedenfalls wÃ¤hrend der TÃ¤tigkeit in der S.-Klinik aus. Soweit die KlÃ¤gerin wiederholt darauf verwiesen hat, dass das BSG eine erhÃ¶hte Infektionsgefahr als Einwirkung ausreichen lasse, genÃ¼gt dies aber nicht. Erforderlich ist zusÃ¤tzlich der wesentliche Ursachenzusammenhang zwischen dieser Einwirkung und der Infektionskrankheit. Eben davon kann sich die Kammer jedoch nicht Ã¼berzeugen.Â

1.Â Â Â Die KlÃ¤gerin hat jedenfalls wÃ¤hrend ihrer BeschÃ¤ftigungen in der Bundesrepublik Deutschland in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherte TÃ¤tigkeiten ausgeÃ¼bt, Â§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII. Ob die BeschÃ¤ftigungen in Kasachstan wegen ihres Vertriebenenstatus fremdrentenrechtlich ebenfalls als versichert zu gelten haben, kann offen bleiben, weil weder eine gegenÃ¼ber der (dortigen) WohnbevÃ¶lkerung erhÃ¶hte Infektionsgefahr vorlag noch selbst ein unterstellter berÃ¼cksichtigungsfÃ¤higer Zeitraum zu einem abweichenden AbwÃ¤gungsergebnis hinsichtlich der Risikoverteilung zwischen beruflichem und auÃerberuflichem Infektionsrisiko fÃ¼hren wÃ¼rde (dazu sodann).

2.Â Â Â Die KlÃ¤gerin war in ihrer BerufstÃ¤tigkeit im Gesundheitsdienst auch Einwirkungen im Sinne einer erhÃ¶hten Infektionsgefahr ausgesetzt. Das trifft zur Ãberzeugung der Kammer jedenfalls auf die BeschÃ¤ftigung in der S.-Klinik zu, in der insbesondere drogenabhÃ¤ngige Menschen behandelt wurden. Ob eine besonders erhÃ¶hte Infektionsgefahr besteht, beurteilt sich nach dem Grad der Durchseuchung des versicherten TÃ¤tigkeitsbereichs und dem Ãbertragungsrisiko der im Gefahrenbereich vorgenommenen Verrichtungen, die in einer

Wechselbeziehung zueinander stehen. An den Grad der Durchseuchung kÃ¶nnen umso niedrigere Anforderungen gestellt werden, je gefÃ¤hrdender die spezifischen Arbeitsbedingungen sind, und umgekehrt (vgl. BSG, Urteil vom 02. April 2029, Az. B 2 U 30/07 R, Rn. 17, 21 ff.). Nach den Angaben des Arbeitgebers, die denen der KlÃ¤gerin entsprechen, hatte diese in der Klinik Injektionen bzw. Blutentnahmen sowie Urinkontrollen durchzufÃ¼hren, Wunden zu versorgen und Patient*innen und deren Sachen bei RÃ¼ckkehr in die Klinik auf gefÃ¤hrliche GegenstÃ¤nde zu untersuchen. Sie hatte dabei Kontakt zu Blut und Urin. Der Arbeitgeber hat auch die Angabe der KlÃ¤gerin bestÃ¤tigt, dass in der Klinik an Hepatitis C erkrankte Patient*innen behandelt wurden. Konkrete Ermittlungen zum Anteil der infizierten Klient*innen hat die Beklagte nicht durchgefÃ¼hrt. Jedoch gehÃ¶ren â□□Abteilungen zur Behandlung von Suchtkrankenâ□□ aufgrund der Erfahrungen oder epidemiologischen Erkenntnisse Ã¼ber eine erhÃ¶hte Durchseuchung zur Fallgruppe 3 der Beweiserleichterungskriterien nach RemÃ© (in: Selmair, Manns, Virushepatitis als Berufskrankheit; vgl. dazu SchÃ¶nberger/ Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, S. 756 ff, 760). Entsprechend hat der im Verwaltungsverfahren beauftragte Gutachter Prof. Dr. C., dessen Expertise die Kammer im Wege des Urkundsbeweises verwertet, das relative Infektionsrisiko in einer Drogenklinik in Deutschland fÃ¼r bis zu dreifach erhÃ¶ht gegenÃ¼ber dem allgemeinen Risiko eingestuft. Auch der Beratungsarzt Dr. D. ging in seiner Stellungnahme vom 08. Dezember 2009 von einer â□□relativ hohen SeroprÃ¤valenz in der betreuten Klientelâ□□ aus. Soweit die Beklagte in ihrem Widerspruchsbescheid darauf abstellt, dass die HCV-PrÃ¤valenz bei in Deutschland in der Psychiatrie tÃ¤tigen Personen insgesamt deutlich niedriger einzuschÃ¤tzen sei als fÃ¼r die allgemeine BevÃ¶lkerung in Kasachstan, setzt sie zum Einen unzulÃ¤ssig die allgemein in psychiatrischen Kliniken behandelten Patient*innen mit solchen in einer auf drogenabhÃ¤ngige Menschen spezialisierten Klinik gleich. Zum Anderen vermengt sie die PrÃ¼fungspunkte der erhÃ¶hten Infektionsgefahr (als Ã□quivalent zur Einwirkung) und der Wahrscheinlichkeit der beruflichen Verursachung der Erkrankung durch die Einwirkung in AbwÃ¤gung mit auÃ□erberuflichen Risikofaktoren.

Als Einwirkung im Sinne einer erhÃ¶hten Infektionsgefahr kommt weiter der nachgewiesene Schnitt an der Rasierklinge eines Patienten dem Grunde nach in Betracht.

Ob sich wÃ¤hrend der TÃ¤tigkeit im Zentrum fÃ¼r Soziale Psychiatrie C-Stadt eine besonders erhÃ¶hte Infektionsgefahr ergeben hat, steht nicht zur Ã□berzeugung der Kammer fest, fÃ¤llt jedoch auch angesichts der nur viermonatigen TÃ¤tigkeit dort in der GesamtabwÃ¤gung nicht ins Gewicht.Â

Bei den sonstigen in Deutschland ausgeÃ¼bten TÃ¤tigkeiten ist keine erhÃ¶hte Infektionsgefahr anzunehmen.Â

FÃ¼r die BeschÃ¤ftigungen in psychiatrischen Kliniken in Kasachstan hat die KlÃ¤gerin selbst angegeben, keinen Umgang mit infektiÃ¶sem Material gehabt zu haben. Ein wegen der beruflichen TÃ¤tigkeit gegenÃ¼ber den unversicherten privaten LebensumstÃ¤nden erhÃ¶htes Infektionsrisiko lag somit nicht vor. Die

Frage, ob die TÃ¤tigkeit grundsÃ¤tzlich fremdrentenrechtlich zu berÃ¼cksichtigen wÃ¤re, kann daher offen bleiben.

3.Â Â Â Nach Ansicht der Kammer stellt die bei der KlÃ¤gerin nach Ã¼bereinstimmender Ansicht aller gehÃ¶rter Gutachter, zwischen den Beteiligten auch unstreitig festgestellte Infektion mit Hepatitis C-Viren entgegen der Annahme des gerichtlich bestellten SachverstÃ¤ndigen Dr. H. eine Infektionskrankheit im Sinne der BK 3101 dar. Dies ist â auf der Grundlage der medizinisch-sachverstÃ¤ndig festgestellten Tatsachen â letztlich juristisch und damit durch das Gericht zu beurteilen.

Im Ergebnis der sachverstÃ¤ndigen AusfÃ¼hrungen Dr. H.s steht fest, dass bei der KlÃ¤gerin (irgendwann) eine Ãbertragung von Hepatitis C-Viren in den KÃ¶rper stattgefunden hat. Jedenfalls fÃ¼r den Zeitraum zwischen der von der KlÃ¤gerin angeschuldigten Schnittverletzung im Juni 2008 und dem erstmaligen Nachweis der Infektion im Oktober 2008 schlieÃt die Kammer aus, dass dies zu einer wesentlichen kÃ¶rperlichen Reaktion gefÃ¼hrt hat. Der SachverstÃ¤ndige hat dargelegt, dass ein akutes Stadium einer Hepatitis C-Erkrankung klinisch mit ihrer Art nach variablen Beschwerden allgemeiner Natur, dunklem Urin und hellem Stuhl sowie einer Phase der Gelbsucht einhergingen. Es ist davon auszugehen, dass der KlÃ¤gerin als Krankenschwester, die zudem hÃ¤ufigen Umgang mit an Hepatitis C erkrankten Menschen hatte, derartige Symptome aufgefallen wÃ¤ren und sie sie spÃ¤testens bei der Erstfeststellung ihres eigenen VirentrÃ¤gerinnen-Status mitgeteilt hÃ¤tte. Ob jemals zuvor entsprechende kÃ¶rperliche Reaktionen auf die Ã¼bertragenen Viren aufgetreten sind, ist nicht bekannt. Von der KlÃ¤gerin wurde eine frÃ¼here Erkrankung allgemein verneint.

Zur Ãberzeugung der Kammer ist bei der KlÃ¤gerin aber jedenfalls keine Hepatitis C im Sinne einer EntzÃ¼ndung des Lebergewebes nachgewiesen. Eine histologische Untersuchung wurde â da die KlÃ¤gerin diesem nicht duldungspflichtigen Eingriff nicht zugestimmt hat â nicht durchgefÃ¼hrt. Klinisch objektivierbare Symptome wie eine GelbfÃ¤rbung der Haut wurden Ã¤rztlich nicht mitgeteilt. Die labortechnisch festgestellten âLeberwerteâ der KlÃ¤gerin lagen nahezu durchgehend unterhalb der maÃgeblichen Grenzwerte. Lediglich sehr vereinzelt traten ErhÃ¶hungen auf, was jedoch nach den AusfÃ¼hrungen des SachverstÃ¤ndigen Dr. H. verschiedene Ursachen haben kann, z. B. banale Infekte oder die Einnahme von nichtsteroidalen Antirheumatika wie Ibuprofen. Die sehr seltenen ErhÃ¶hungen kÃ¶nnen deshalb eine (dauerhafte) SchÃ¤digung der Leber nicht nachweisen.

Allerdings hat das Immunsystem der KlÃ¤gerin die eingebrachten Viren auch nicht vollstÃ¤ndig bekÃ¤mpfen kÃ¶nnen. Es ist vielmehr nach einer unvollstÃ¤ndigen Immunantwort auf die Infektion ein asymptomatischer TrÃ¤gerinnenstatus nach der HCV-Ãbertragung verblieben. Nach Ansicht der Kammer stellt dieser auch ohne aktuelle funktionelle EinschrÃ¤nkungen eine Infektionskrankheit im Sinne der BK 3101 dar.

Das Bundessozialgericht hat zwar in seinem Urteil vom 26. Juli 2017, Az. B 2 U

17/15 R, im Zusammenhang mit einem symptomlosen Zustand nach Borrelieninfektion zu dem Krankheitsbegriff im Berufskrankheitenrecht ausgefÃ¼hrt, dass dieser nicht rein normativ im Sinne jeglicher kÃ¶rperlichen Regelwidrigkeit zu bestimmen sei. Erforderlich sei danach vielmehr, dass der Versicherte (auch) in seinen KÃ¶rperfunktionen beeintrÃ¤chtigt werde (funktioneller Krankheitsbegriff). Ausgehend von diesem normativ-funktionellen Krankheitsbegriff reiche die bloÃe Aufnahme schÃ¤digender Substanzen (wie Infektionserreger, Asbest, Quarzstaub) in den KÃ¶rper allein im Regelfall nicht aus; vielmehr sei es grundsÃ¤tzlich notwendig, dass diese Einwirkung Ã¼ber zunÃ¤chst rein innerkÃ¶rperliche Reaktionen (im Sinne normabweichender physiologischer oder biologischer Prozesse) oder StrukturverÃ¤nderungen hinaus zu (irgend)einer FunktionsstÃ¶rung fÃ¼hrten (vgl. BSG a. a. O. Rn. 21 f).Â

Diese zu einer ausgeheilten Erkrankung ergangene Rechtsprechung kann nach Ansicht der Kammer nicht auf eine Situation wie bei der hiesigen KlÃ¤gerin Ã¼bertragen werden, bei der keine vollstÃ¤ndige Immunantwort im Sinne einer Abwendung des Entstehens einer Infektionskrankheit und der Eliminierung der Krankheitserreger vorliegt, sondern normativ ein regelwidriger Zustand â in Form weiterhin im KÃ¶rper befindlicher Infektionserreger â verblieben ist. Nach Ansicht der Kammer darf die Feststellung der Berufskrankheit als solcher nicht davon abhÃ¤ngen, in welchem Zeitraum sich funktionelle Auswirkungen einer Infektion entwickeln kÃ¶nnen. Auch erscheint es der Kammer nicht sachgerecht, die Feststellung ggf. von einem Streit darÃ¼ber abhÃ¤ngig zu machen, ob z. B. bestimmte erhÃ¶hte Laborwerte auch ohne unmittelbare Auswirkung auf die LebensqualitÃ¤t bereits als BeeintrÃ¤chtigung von KÃ¶rperfunktionen im Sinne des funktionellen Krankheitsbegriffes zu definieren sind oder nicht, zumal sich die Bestimmung von Normwerten durchaus Ã¤ndern kann.Â

Vielmehr sieht die Kammer ein schÃ¼tzenswertes Interesse von Versicherten, mÃ¶glichst zeitnah den Versicherungsfall einer Berufskrankheit feststellen zu lassen, ohne sie darauf zu verweisen, den weiteren, mÃ¶glicherweise langwierigen Verlauf eines fortschreitenden Prozesses abzuwarten und mit der Zeit hÃ¤ufig zunehmende Beweisschwierigkeiten in Kauf zu nehmen. Zudem sind bei den vielfÃ¤ltigen von der BK 3101 erfassten Infektionskrankheiten sowohl solche denkbar, deren Verlauf noch nicht abschlieÃend erforscht ist, als auch solche, die eine Zeit lang klinisch stumm verlaufen. Etliche Infektionen manifestieren sich auch (zunÃ¤chst) unspezifisch, ggf. auch in Symptomen (z. B. Fieber), die nicht notwendig sofort einer Ã¤rztlichen Behandlung und Dokumentation zugefÃ¼hrt werden (vgl. Linder, âFunktionellerâ Krankheitsbegriff im Recht der Berufskrankheiten?, SGb 2018, 475 ff). Bei â wie hier â die Leber betreffenden BeeintrÃ¤chtigungen bestehen zudem zwischen dem klinischen Bild sowie den klinisch-chemischen Parametern einerseits und dem histopathologischen Befund, der nur nach nicht duldungspflichtiger Leberbiopsie erhoben werden kÃ¶nnte, andererseits erfahrungsgemÃ¤Ã nicht selten erhebliche Diskrepanzen (vgl. SchÃ¶nberger/ Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, S. 763).Â

Zwar kÃ¶nnte diese Problematik grundsÃ¤tzlich im Wege einer

Beweislastentscheidung aufgelÃ¶st werden â□□ wenn eine schwerere BeeintrÃ¤chtigung / VerÃ¤nderung der Leber wegen fehlender Biopsie nicht nachweisbar ist, kÃ¶nnte dies zulasten der*des Versicherten gehen. Andererseits erscheint dies der Kammer der bestehenden Situation und dem schÃ¼tzenswerten rechtlichen Interesse an einer alsbaldigen Feststellung insbesondere des Zusammenhangs der Infektion mit der beruflichen TÃ¤tigkeit nicht angemessen. In welchem AusmaÃ□ bei einer nachgewiesenen Viruslast bei â□□ zumindest noch â□□ nicht laborchemisch feststellbaren FunktionsstÃ¶rungen doch bereits eine GewebeverÃ¤nderung eingetreten ist, hat im haftungsausfÃ¼llenden Kontext Auswirkung auf die HÃ¶he der MdE. Die Frage, ob Ã¼berhaupt eine berufliche Ursache dafÃ¼r anzunehmen ist, ist aber unabhÃ¤ngig davon und sollte nach Auffassung der Kammer vorab rechtssicher zu klÃ¤ren sein.

Soweit das BSG im Hinblick auf HIV-Infektionen bereits nach deren bloÃ□en Nachweis vom Vorliegen einer BK 3101 ausgegangen ist (vgl. Urteil vom 18. November 1997, Az. 2 RU 15/97) und dies in der Entscheidung vom 26. Juli 2017 (Az. B 2 U 17/15 R, Rn. 24) damit begrÃ¼ndet, dass es dort nach der Infektion meist zu ersten Krankheitszeichen komme und das kÃ¶rpereigene Immunsystem allein regelmÃ¤Ã□ig nicht in der Lage sei, die Infektionserreger vollstÃ¤ndig abzuwehren, spricht dies fÃ¼r das von der Kammer gefundene Ergebnis: Ist eine vollstÃ¤ndige Immunantwort nicht erfolgt, war also das Immunsystem nicht zur vollstÃ¤ndigen Eliminierung der Infektionserreger in der Lage, ist die zunÃ¤chst erfolgte Infektion nicht ausgeheilt und es ist von der Anerkennung einer BK auszugehen (so auch Mehrtens/Brandenburg, Die Berufskrankheitenverordnung , Lfg. 1/21, Â§ 9 SGB VII, Anm. 6.4.).

4.Â Â Â Allerdings kann sich die Kammer nicht davon Ã¼berzeugen, dass die in diesem Sinne verstandene Infektionskrankheit wesentlich durch die versicherte berufliche TÃ¤tigkeit der KlÃ¤gerin verursacht wurde.Â

Wie eingangs dargelegt genÃ¼gt im Fall einer bewiesenen erhÃ¶hten Infektionsgefahr und einer bewiesenen Infektionskrankheit fÃ¼r den Nachweis des ursÃ¤chlichen Zusammenhangs wegen der typisierenden Annahme des Verordnungsgebers grundsÃ¤tzlich dessen bloÃ□e MÃ¶glichkeit, es sei denn, eine Infektion wÃ¤hrend oder aufgrund der versicherten Verrichtungen ist â□□ z. B. aus zeitlichen GrÃ¼nden â□□ ausgeschlossen oder es besteht ein anderes, dem nicht versicherten Lebensbereich zuzuordnendes Infektionsrisiko (BSG, Urteile 02. April 2019, Az. B 2 U 30/07 R, Rn. 34, und vom 21. MÃ¤rz 2006, Az. B 2 U 19/05 R, Rn. 16). Dann muss â□□ nach den allgemeinen Regeln â□□ entschieden werden, ob sich die erhÃ¶hte Infektionsgefahr mit hinreichender Wahrscheinlichkeit verwirklicht und die Infektionskrankheit verursacht hat. Voraussetzung dafÃ¼r ist, dass der MÃ¶glichkeit einer beruflichen Verursachung nach sachgerechter AbwÃ¤gung aller wesentlichen UmstÃ¤nde gegenÃ¼ber den anderen in Frage kommenden MÃ¶glichkeiten ein deutliches Ã□bergewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Ã□berzeugung gestÃ¼tzt werden kann (BSG, B 2 U 19/05 R, Rn. 16).

Im vorliegenden Fall besteht mit 39,5 Jahren, die die KlÃ¤gerin in Sibirien und Kasachstan verbracht hat, ein erhebliches privates, nicht versichertes, sondern dem

allgemeinen Lebensrisiko zuzurechnendes Infektionsrisiko, weil die HCV-SeroprÃ¤valenz, wie Prof. Dr. C. und Prof. Dr. E. dargelegt haben, dort mit 3,2 % fÃ¼nf- bis achtmal hÃ¶her ist als in der deutschen StammbevÃ¶lkerung (ca. 0,4 â□□ 0,7 %). Bei SpÃ¤taussiedler*innen, die aus Russland, der Ukraine und Kasachstan nach Deutschland gekommen sind, liegt die PrÃ¤valenz einer Hepatitis C bei ca. 3 %. Die LÃ¤nder der russischen FÃ¶deration und andere LÃ¤nder der ehemaligen Sowjetunion zÃ¤hlen zu den fÃ¼hrenden auslÃ¤ndischen Infektionsquellen. Die KlÃ¤gerin unterlag in ihren HerkunftslÃ¤ndern deshalb generell und insbesondere z. B. bei Ã¤rztlichen und zahnÃ¤rztlichen Behandlungen mit unzureichend sterilisiertem Mehrfachmaterial einem wesentlich erhÃ¶hten Infektionsrisiko. Dem steht lediglich die ca. elfjÃ¤hrige TÃ¤tigkeit von Juli 1998 bis Oktober 2008 in der S.-Klinik fÃ¼r drogenabhÃ¤ngige MÃ¤nner und Frauen gegenÃ¼ber, bei der das Infektionsrisiko zudem nach den AusfÃ¼hrungen Prof. Dr. C.s maximal dreifach erhÃ¶ht war. Das allgemeine Lebensrisiko der KlÃ¤gerin in Sibirien und Kasachstan Ã¼berwog daher das beruflich bedingte Risiko ganz erheblich.

Die berufliche TÃ¤tigkeit in Kasachstan begrÃ¼ndete â□□ wie oben dargelegt â□□ kein gegenÃ¼ber der dortigen AllgemeinbevÃ¶lkerung erhÃ¶htes Infektionsrisiko und ist daher bei der AbwÃ¤gung der Risiken unabhÃ¤ngig von der Frage, ob sie Ã¼berhaupt fremdrentenrechtlich als versichert gelten mÃ¼sste, nicht zu berÃ¼cksichtigen.Â

Selbst wenn man dies aber â□□ wie vorsorglich die Beklagte â□□ tÃ¤te, ergÃ¤be sich kein anderes Ergebnis. Insoweit kann der rechnerischen Risikobewertung des Prof. Dr. C. in seinen Stellungnahmen vom 25. Februar und 22. MÃ¤rz 2010 nicht gefolgt werden, bei der dieser zu einer Risikobewertung (von unversicherten gegenÃ¼ber versicherten Zeiten) von 102,5 zu 122 bzw. (nach BerÃ¼cksichtigung der Erziehungszeit in Kasachstan als unversichert) von 112,5 zu 122 und damit zum Ã□berwiegen der als versichert angenommenen beruflichen TÃ¤tigkeit gekommen ist. Zum einen hÃ¤tte die mit 10 bewertete Erziehungszeit nicht nur der unversicherten Zeit zugeschlagen, sondern auch von der Risikozahl 122 fÃ¼r die versicherten Zeiten abgezogen werden mÃ¼ssen, wodurch sich bereits ein ungefÃ¤hr gleiches Risiko erheben hÃ¤tte. Insbesondere hat aber Prof. Dr. C. bei seiner Berechnung das jedenfalls neben der beruflichen TÃ¤tigkeit in Kasachstan weiterhin bestehende private allgemeine Lebensrisiko nicht berÃ¼cksichtigt, sondern dieses nur bis vor Beginn der (potentiell) mit einem erhÃ¶hten Risiko zu berÃ¼cksichtigenden TÃ¤tigkeit in den Psychiatrien angenommen. Auch die bei der Berechnung der Risikozahl der versicherten TÃ¤tigkeit (mit einem Faktor 1) eingestellten â□□4 Jahre ohne bedeutsames Risiko in Deutschlandâ□□ sind nicht plausibel. Wenn kein bedeutsames Risiko bestand, ist kein einer Einwirkung entsprechendes Ã□quivalent festzustellen. Diese Zeiten kÃ¶nnen dann auch nicht als risikoerhÃ¶hend im Sinne der BK 3101 einbezogen werden.

Das allgemein erhÃ¶hte Infektionsrisiko durch die berufliche TÃ¤tigkeit der KlÃ¤gerin ist nach alledem bedeutend geringer einzuschÃ¤tzen als das nicht versicherte allgemeine Lebensrisiko in ihren HerkunftslÃ¤ndern.

Ein anderes AbwÃ¤gungsergebnis folgt auch nicht aus dem von der KlÃ¤gerin

angeschuldigten Ereignis des Schnitts mit der Rasierklinge im Juni 2008. Dagegen, dass sich die KlÃ¤gerin dabei mit HCV infiziert hÃ¤tte, spricht zunÃ¤chst, dass in zeitlichem Zusammenhang damit keinerlei Infektionszeichen festgestellt wurden. Eine ErhÃ¶hung des GPT-Wertes ist bereits â wie spÃ¤tere ErhÃ¶hungen ebenfalls vereinzelt geblieben â im Februar 2008 aufgetreten. Zudem wird das Hepatitis C-Virus parenteral durch direkten Blut- oder Schleimhautkontakt Ã¼bertragen, insbesondere durch Verletzungsereignisse, bei denen es zu erheblichem Blutaustausch kommt (vgl. BSG, Urteil vom 02. April 2009, Az. B 2 U 30/07 R, Rn. 31, m. w. N.). Deshalb werden im Gesundheitswesen Nadelstichverletzungen, insbesondere mit einer Hohlnadel als geeigneter Ãbertragungsweg angesehen, da dabei der Transfer relativ groÃer Mengen frischen Blutes mÃ¶glich sei (BSG ebenda). Zu einem derartigen Kontakt mit frischen KÃ¶rperflÃ¼ssigkeiten ist es aber im Fall der KlÃ¤gerin nicht gekommen. Hinzu kommt, dass nicht gesichert ist, dass die Rasierklinge Ã¼berhaupt von der Person genutzt worden war, die an Hepatitis C erkrankt ist. Weiter spricht gegen einen Zusammenhang, dass der bei der KlÃ¤gerin festgestellte Genotyp 1b des HCV nicht fÃ¼r Drogenpatient*innen typisch ist. Die gegen eine durch den Schnitt mit der Rasierklinge erfolgte Infektion sprechenden UmstÃ¤nde Ã¼berwiegen danach bei weitem die â wenngleich nicht vÃ¶llig auszuschlieÃende â MÃ¶glichkeit, dass die Ãbertragung der Viren auf diesem Weg erfolgt ist.Â

Eine Infektion im Rahmen der versicherten beruflichen TÃ¤tigkeit kann nach alledem nicht mit der erforderlichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit festgestellt werden.

Die Klage war deshalb abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Abs. 1 SGG und folgt dem Ergebnis in der Sache.
Â

Erstellt am: 13.11.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024