
S 5 U 2661/03

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 5 U 2661/03
Datum	04.02.2005

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 U 1170/05
Datum	04.05.2006

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 4. Februar 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht die Anerkennung der Hepatitis C-Erkrankung des Klägers als Berufskrankheit (BK) nach Nr. 3101 der Anlage zur BKV.

Der Kläger ist 1954 geboren und (nach erfolgreicher Ausbildung von 1996 bis August 1999) seit 1. September 1999 als Altenpfleger tätig. Zuvor war er nach einer Ausbildung zum Buchdrucker (1970 bis 1974) in diesem Beruf sowie als Gartenbauhelfer in verschiedenen Betrieben tätig, von 1992 bis zur Aufnahme der Altenpflegerausbildung arbeitslos.

Am 27. September 2001 teilte der Kläger der Beklagten telefonisch mit, dass bei ihm im Oktober 2000 Hepatitis C festgestellt worden sei. Seit Anfang des Jahres 2000 leide er unter Müdigkeit und Mattigkeit. Die Beklagte leitete daraufhin das

Feststellungsverfahren ein. Im Erhebungsbogen vom 14. Oktober 2001 gab der KlÄxger u.a. an, er fÄ¼hre regelmÄxig invasive TÄxtigkeiten durch, habe bei der Versorgung PflegebedÄ¼rftiger regelmÄxig direkten Hautkontakt zu Blut oder anderen KÄ¶rpersekreten, sei im fraglichen Zeitraum aber nicht mit einer nachweislich infizierten Person in seinem Arbeitsbereich in Kontakt gekommen. In der Arbeitsplatzbeschreibung gab er des Weiteren an, tÄxglich Injektionsnadeln zu entsorgen, ohne sich dabei allerdings nachweislich verletzt zu haben.

Die Beklagte befragte daraufhin den behandelnden Facharzt fÄ¼r Innere Medizin Dr. M. (Auskunft vom 27. November 2001), den Arbeitgeber nach den vom KlÄxger verrichteten TÄxtigkeiten (Auskunft vom 14. November 2001), und zog das Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse bei sowie vom RentenversicherungstrÄxger den Entlassbericht vom 7. Juni 1999 der Klinik B. B., wo sich der KlÄxger vom 1. April bis 13. Mai 1999 befand (Diagnosen: AlkoholabhÄxngigkeit, Steatosis hepatis I. Grades, beginnende periphere Polyneuropathie). In der Anamnese war u.a. aufgeÄ¼hrt, dass der KlÄxger ca. 1980 eine erste Entgiftungsbehandlung durchgefÄ¼hrt habe, seitdem etwa 4 bis 5 weitere. 1980 habe er einen Suizidversuch begangen. Weiter wurde Ä¼ber wechselnde Partnerschaften, z.T. auch zu alkoholabhÄxngigen Frauen, sowie den Versuch illegaler Drogen berichtet. Im Äxrtlichen Gutachten zum Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation vom 22. MÄxrz 1999 wurde neben der AlkoholabhÄxngigkeit auf schÄxdlichen Gebrauch von Benzodiazepinen hingewiesen sowie auf eine Äxthyltoxische Leber- und KnochenmarksschÄxdigung. Dr. R.-S., M.-Hospital S., Arbeitsmedizinisches Institut, berichtete unter dem 12. Dezember 2001, eine arbeitsmedizinische Erstuntersuchung des KlÄxgers vom 17. Januar 1997 habe einen unauffÄxlligen Untersuchungsbefund ergeben. Ebenso eine Nachuntersuchung 1998. Bei der Untersuchung am 17. August 2000 sei allerdings erstmalig eine Untersuchung auf Hepatitis C durchgefÄ¼hrt worden mit positivem Ergebnis (bei erneut unauffÄxlligen Leberwerten sowie fehlenden Krankheitszeichen in Anamnese und klinischer Untersuchung).

In seiner Stellungnahme vom 14. Februar 2002 schlug der Staatliche Gewerbearzt ergÄxnzende Beweiserhebungen vor. Der KlÄxger gab auf Anfrage der Beklagten unter dem 10. MÄxrz 2002 daraufhin an, er habe sich im ersten Halbjahr 2000 an keiner Spritze oder Injektionsnadel verletzt (dies bestÄxtigte der Arbeitgeber unter dem 14. MÄxrz 2002). Auch trage er beim Umgang mit Wunden oder Blut Handschuhe. Allerdings kÄ¶nne er, z.B. in NotfÄxllen, den Kontakt mit Stuhl oder Harn auch ohne Handschuhe nicht immer vermeiden, so dass aus seiner Sicht auch Ä¼ber kleinere Hautrisse oder Verletzungen entsprechende Viren hÄxten Ä¼bertragen werden kÄ¶nnen. Er kÄ¶nne sich nur bei seinem Beruf infiziert haben. Seine Ehefrau sei negativ getestet.

Im Auftrag der Beklagten erstellte im Oktober 2002 aufgrund einer Untersuchung des KlÄxgers am 22. Juli 2002 der Internist Prof. Dr. M., Äxrtlicher Direktor der Medizinischen Klinik I, B.-Hospital, Klinikum S., ein internistisches Fachgutachten. Dieser fÄ¼hrte aus, das Risiko fÄ¼r eine Infektion mit Hepatitis B, die wie Hepatitis C parenteral, d.h. durch Blut oder KÄ¶rpersekrete Ä¼bertragen werde, liege bei medizinischem Personal bei ca. 15%-26%. Die Arbeit in einem Seniorenheim

umfasse Tätigkeiten mit größtenteils multimorbiden Patienten, so dass die Infektionszahlen in etwa dem des medizinischen Personals vergleichbar sein müssten. Daher bestehe mit hoher Wahrscheinlichkeit ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Infektion und der versicherten beruflichen Tätigkeit. Der Kläger habe ausdrücklich intravenösen Drogenkonsum verneint, wechselnde Partnerschaften ebenso. Es gebe somit keinen Anhalt für eine andere Infektionsquelle außerhalb des beruflichen Bereichs. Bei einem im Untersuchungszeitpunkt asymptomatischen Verlauf mit mittlerer Viruslast und nur minimaler entzündlicher Aktivität sowie fehlendem fibrotischem Umbau sei momentan keine bzw. maximal eine MdE von 20 bis 30 anzunehmen.

Nach Anhörung des Staatlichen Gewerbearztes, der eine Anerkennung einer BK Nr. 3101 der Anlage zur BKV in nicht entschuldigendspflichtigem Umfang empfahl, lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 24. April 2003 die Anerkennung der Hepatitis C als Berufskrankheit ab. Er sei bei seiner Tätigkeit keinem besonderen Ansteckungsrisiko ausgesetzt, man habe auch keine konkrete Ansteckungsquelle ermitteln können. Daher habe der Nachweis, dass er sich durch seine berufliche Tätigkeit infiziert habe, nicht erbracht werden können.

Dagegen erhob der Kläger Widerspruch, den der Widerspruchsausschuss der Beklagten mit Widerspruchsbescheid vom 11. September 2003 zurückwies.

Dagegen erhob der Kläger am 9. Oktober 2003 Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG), gestützt auf das Gutachten des Prof. Dr. M. Auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstattete am 30. Juni 2004 Prof. Dr. H., Leitende Ärztin der Medizinischen Klinik II, Diakonissenkrankenhaus S., ein fachinternistisches Gutachten. Diese führte aus, beim Kläger liege eine chronische Hepatitis C-Infektion vom Subtyp 1 A/B mit normalen Transaminasen ohne Anhalt für hohe Entzündungsaktivität, Leberzirrhose oder ein hepatozelluläres Karzinom vor. Des Weiteren beständen zwei kleine Ulcera ventriculi bei positivem Nachweis von *Helicobacter pylori*, chronisch rezidivierende Kopfschmerzen, am ehesten vom Typ Spannungskopfschmerz, eine Entzündung der Kieferhöhle links sowie eine chronische Alkoholkrankheit seit 1970, unterbrochen von mehreren Abstinenzphasen, letztes nachgewiesenes Rezidiv 2003. Eine Infektion durch Hepatitis C werde nach gegenwärtigem Kenntnisstand hauptsächlich durch Kontakt mit infiziertem Blut übertragen. Hauptrisikofaktoren seien intravenöser Drogenkonsum, Bluttransfusionen vor 1992, Organtransplantationen von infizierten Spendern, beruflicher Kontakt mit infiziertem Blut, Mutter-Kind-Infektionen während der Geburt, Geschlechtsverkehr mit einer infizierten Person, Hochrisikopraktiken beim Geschlechtsverkehr und intranasale Kokainapplikation. Intravenösen Drogenkonsum habe der Kläger vehement verneint. Zum Thema Bluttransfusionen habe der Kläger angegeben, in den späten 70er Jahren mehrere Blutkonserven aufgrund einer schweren Episode von Nasenbluten erhalten zu haben. Schriftliche Unterlagen seien vom Krankenhaus nicht mehr erhältlich. An größeren medizinischen Eingriffen habe lediglich eine Blinddarmoperation stattgefunden. Beruflicher Kontakt mit Blut habe stattgefunden, insbesondere eine bekannte Nadelstichverletzung. Der betroffene Patient sei aber im nachhinein als HCV-negativ getestet worden. Des Weiteren werde gelegentlich,

notfallmäßig auch ungeschützter Kontakt mit verschiedenen Körpersekreten, z.B. Stuhl, Urin, Speichel, Wundsekret oder Blut angegeben. Für die Zeit vor der Eheschließung im Jahr 2000 habe der Kläger wechselnde Sexualpartnerinnen angegeben. Neben den aufgeführten bestanden aber auch andere soziodemographische Faktoren, die zwar nicht als Infektionswege nachgewiesen seien, jedoch bei der Prävalenz von HCV-Infektionen eine große Rolle spielten. Bei etwa 45% der Infizierten sei im übrigen der Infektionsweg unklar. Was den Infektionszeitpunkt anbelange, liege vor Oktober 2000 keine Angabe über eine Hepatitis C-Serologie vor. Aus epidemiologischen Untersuchungen sei bekannt, dass entsprechende Infektionen oft über viele Jahre schleichend und ohne wesentliche Symptome vor sich gingen. Daher müssten Konkurrenzbedingungen zur beruflichen Tätigkeit aus dem gesamten Leben des Klägers für die Kausalitätsbetrachtung herangezogen werden. Angesichts dessen komme der Bluttransfusion in den 70er Jahren eine große Bedeutung zu, dem gegenüber die Promiskuität vor der Ehe einen eher geringeren Stellenwert einnehme, auch wenn die Prävalenz von Hepatitis C-Erkrankungen mit der Anzahl der Sexualpartner zunehme. Die vom Kläger als gesichert angegebene Nadelstichverletzung habe sich bei einem HCV-negativen Patienten ereignet. Der Kontakt zu Körpersekreten könne zwar theoretisch auch einen Übertragungsweg darstellen. Doch sei die Konzentration des Virus darin im Vergleich zu Blut sehr viel geringer. Ein Infektionsweg über nicht blutige Körpersekrete sei nicht belegt und müsse als extrem unwahrscheinlich angesehen werden. Dazu komme, dass nach Angaben des Klägers in seinem beruflichen Umfeld seines Wissens bei keinem Patienten eine Hepatitis C-Infektion vorliege, was zwar eine verborgene Infektion nicht ausschließe. Bei einer unterstellten Prävalenz von 1% bedeute dies, dass der Kläger im Laufe seines Berufslebens mit etwa 5 bis maximal 10 Hepatitis C-Virussträgern in Kontakt gekommen sei. Die Beschäftigung im Gesundheitswesen stelle nach einer deutschen Studie eine geringfügige Erhöhung des durchschnittlichen Risikos von etwa 0,4 auf 0,7% dar, mit erkrankten Personen in Kontakt zu kommen (nach der Studie lag das Risiko bei Krankenhauspersonal bei 0,8% im Vergleich zur Gesamtbevölkerung mit 0,4%). In Amerika seien gegenteilige Ergebnisse gefunden worden (Gesundheitswesen bei 1,4% im Vergleich zur Gesamtbevölkerung mit 2,0%). Internationale Studien in mehreren Ländern hätten in etwa gleiche Durchseuchungsraten festgestellt. Zusammenfassend kam Prof. Dr. H. zum Schluss, dass eine Infektion aus dem versicherten Bereich zwar nicht zu 100% auszuschließen, jedoch als sehr unwahrscheinlich anzusehen sei. Dabei müsse auch die hohe Dunkelziffer mit Blick auf die Übertragungswege dieser Erkrankung berücksichtigt werden. Soweit Prof. Dr. M. eine andere Auffassung vertreten habe, sei zu berücksichtigen, dass dieser seine Schlüsse teilweise auf Daten und Fakten gestützt habe, die für Hepatitis B-Erkrankungen Geltung besitzen würden. Er habe jedoch nicht die Unterschiede zu den Übertragungswegen einer Hepatitis C-Infektion beachtet. Auch die Multimorbidität der Patienten könne die von Prof. Dr. M. gezogenen Schlüsse nicht rechtfertigen. Er habe auch die vom Kläger berichteten Bluttransfusionen nicht beachtet, ebensowenig die Angaben des Klägers zum vorehelichen Sexualverhalten.

Mit Gerichtsbescheid vom 4. Februar 2005 wies das SG die Klage ab, gestützt im

wesentlichen auf das Gutachten von Prof. Dr. H. an;

Gegen den am 21. Februar 2005 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 17. März 2005 Berufung eingelegt. Zur Begründung führt er aus, er sei einem über das normale Ma hinausgehenden Kontaktisiko mit Blut ausgesetzt und näher am Patienten als ein Arzt. Er müsse daher die Beweiserleichterungen, die von der Beklagten für Ärzte und anderes klinisches Personal anerkannt würden, ebenfalls für sich in Anspruch nehmen können. Prof. Dr. H. habe sich mit dieser Frage nicht ausreichend beschäftigt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid vom 4. Februar 2005 sowie den Bescheid vom 24. April 2003 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. September 2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm unter Anerkennung einer BK nach Nr. 3101 der Anlage zur BKV Verletztenrente nach einer MdE um wenigstens 30 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung trägt sie vor, die Beschäftigung in einem Alten- und Pflegeheim mit gelegentlichem Blutkontakt rechtfertige keinesfalls eine Beweiserleichterung. Der Kläger müsse vielmehr nachweisen können, dass es zu Verletzungsereignissen mit Blutaustausch im Rahmen der versicherten Tätigkeit gekommen sei. Dies sei aber nicht der Fall. Zudem seien erhebliche auerberufliche Risikofaktoren dokumentiert.

Die Berichterstatterin des Verfahrens hat am 19. Oktober 2005 den Sach- und Streitstand mit den Beteiligten erörtert. Auf die Sitzungsniederschrift wird inhaltlich Bezug genommen.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gem [ 143, 144 SGG](#) statthafte und nach [ 151 SGG](#) zulässige Berufung ist unbegründet. Beim Kläger liegt keine zu entschdigende BK nach Nr. 3101 der Anlage zur BKV vor.

Gem [ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente.

Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([Â§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach Â§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden ([Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)).

Nach Nr. 3101 der Anlage zur BKV sind als BK bezeichnet Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war.

Für die Gewährung einer Rente wegen einer BK ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Für die Beurteilung des Zusammenhangs zwischen versicherter Einwirkung und Erkrankung gilt bei einer Berufskrankheit ebenso wie beim Arbeitsunfall die Theorie der wesentlichen Bedingung. Danach geht abweichend von einer naturwissenschaftlich-philosophischen Kausalitätsbetrachtung nach der Bedingungs- und Äquivalenztheorie nicht jedes Glied in einer Ursachenkette, um die Verursachung zu bejahen, weil dies zu einem unendlichen Ursachenzusammenhang führt. Als kausal und im Sozialrecht erheblich werden vielmehr nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zu dem Gesundheitsschaden zu dessen Eintritt "wesentlich" beigetragen haben. Das heißt, dass nicht jeder Gesundheitsschaden, der durch ein Ereignis naturwissenschaftlich verursacht wird, im Sozialrecht als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit anerkannt wird, sondern nur derjenige, der "wesentlich" durch das Ereignis verursacht wurde. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besonderen Beziehungen der Ursache zum Eintritt des Gesundheitsschadens abgeleitet werden (so schon [BSGE 1, 72, 76](#); [1, 150](#); [13, 175](#)).

Eine BK nach Nr. 3101 der Anlage zur BKV kann vorliegend nicht zur Anerkennung kommen. Zwar liegt beim Kläger eine Infektionskrankheit im Sinne der BK Nr. 3101 der Anlage zur BKV vor. Doch ist die haftungsbegründende Kausalität (arbeitstechnische Voraussetzungen) zwischen versicherter Tätigkeit und Erkrankung nicht wahrscheinlich.

Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und einer Infektionskrankheit nach Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKVO ist wahrscheinlich, wenn nachgewiesen ist, dass der Versicherte bei der Berufstätigkeit sei es durch einen Patienten, einen Mitarbeiter oder auf sonstige Weise sei es durch eine besonderen, über das normale Maß hinausgehenden Ansteckungsgefahr ausgesetzt gewesen ist (BSG, Urteil vom 18.11.1997, Az.: [2 RU 15/97](#); BSG, Urteil vom 30.05.1988, Az.: [2](#)

[RU 33/87](#), jeweils m.w.N.). Bei diesem Nachweis kann in der Regel davon ausgegangen werden, dass sich der Versicherte die bei ihm aufgetretene Infektionskrankheit durch seine besondere berufliche Exposition zugezogen hat.

Diesen Nachweis hat der Kläger nicht erbracht. Er hat weder vorgetragen noch belegen können, dass er durch einen Patienten oder Mitarbeiter in besonderer Weise dem Risiko ausgesetzt war, an Hepatitis C zu erkranken. Aber auch eine Infektion durch andere, vergleichbare Risiken ist nicht nachzuweisen und ein Zusammenhang der Erkrankung mit der beruflichen Tätigkeit daher nicht wahrscheinlich.

Aus dem Zeitpunkt der Feststellung der Erkrankung können keine Rückschlüsse auf den Infektionszeitpunkt gezogen werden, so dass dieser nicht sicher auf die Zeit der Tätigkeit des Klägers als Altenpfleger zuruckgefahrt werden kann. Festgestellt wurde die Erkrankung im August bzw. Oktober 2000. Der Kläger gibt an, seit etwa Anfang 2000 unter Müdigkeit, Mattheit und Abgeschlagenheit als möglichen Symptomen der Erkrankung zu leiden. Allerdings kann daraus noch nicht geschlossen werden, dass der Kläger auch seit Anfang des Jahres 2000 mit Hepatitis C infiziert ist. Zum einen verlaufen entsprechende Infektionen sehr oft jahrelang klinisch stumm, so dass das Auftreten von möglichen Symptomen nicht mit dem Infektionszeitpunkt gleichgesetzt werden kann. Zum anderen haben die beim Kläger seit 1997 durchgefahrten Blutuntersuchungen zwar eine HCV-Infektion nicht belegt. Allerdings wurden diese Untersuchungen auch ohne spezielle Testung auf diese Viren durchgefahrt, so dass aus deren Ergebnis nicht der Schluss gezogen werden kann, vor dem Jahr 2000 habe keine Infektion bestanden. Der Kläger hat auch keine konkrete Infektionsquelle benennen können. Die einzige Stichverletzung, die dokumentiert und dem Kläger auch erinnerlich ist, erfolgte mit einer Injektionsnadel, die an einem nachweislich HCV-negativen Patienten benutzt worden ist. Allein die von Prof. Dr. M. im Verwaltungsverfahren aufgefahrte Multimorbidität der betreuten Patienten rechtfertigt keine davon abweichenden Schluss, da daraus nicht auf deren Infektion (auch) mit dem Hepatitis C-Virus geschlossen werden kann. Es liegen also keine objektivierbaren Nachweise dafür vor, dass sich der Kläger (erst) während seiner Tätigkeit als Altenpfleger mit Hepatitis C infiziert hat.

Bei der Tätigkeit als Altenpfleger handelt es sich aber auch nicht um eine Tätigkeit, die als generell gefährdend einzustufen ist.

Der Senat teilt insoweit die Auffassung des Klägers nicht, dass ihm aufgrund der von ihm verrichteten Tätigkeit eine Beweiserleichterung zugebilligt werden müsse. In der unfallversicherungsrechtlichen Literatur (vgl. Mehrtens/Perlebach, Kommentar zur BKV, Stand 9/04, M 3101, Nr. 13 ff) werden verschiedene Kategorien, unterteilt nach Fallgruppen, gebildet, denen je nach Arbeitsbereich bzw. Berufsgruppen Beweismastabe für die Annahme einer besonderen Gefährdung zugeordnet sind. Unabhängig davon, dass es sich hierbei nur um Anhaltspunkte für die rechtliche Beurteilung, nicht aber um den Senat bindende Regelungen handelt, ist der Auffassung des Klägers nicht beizutreten, dass er in Kategorie I der genannten Fallgruppen einzuordnen wäre. Davon werden nur

Personengruppen erfasst, die einer regelmässigen beruflichen Exposition gegenüber Blut, Körperflüssigkeiten, humanem Gewebe und mit Hepatitis B-, Hepatitis C- oder HI-Viren kontaminiertem Material ausgesetzt sind. Darunter werden Ärzte, Zahnärzte, Krankenpflegepersonal, Zahnarzt- und Arzthelferinnen sowie Rettungsdienste erfasst. Es handelt sich hierbei um Personengruppen, die regelmäßig und häufig gefährdende Tätigkeiten verrichten. Der Kläger hat aber selbst angegeben, nur in Notfällen mit Körperflüssigkeiten und Blut ohne Handschuhe in Kontakt zu kommen, so dass bereits nicht von einem regelmäßigen oder häufigen Kontakt ausgegangen werden kann. Zudem ist die Tätigkeit des Klägers nicht den Tätigkeiten vergleichbar, die die aufgeführten Personengruppen verrichten, da deren Tätigkeitsschwerpunkt gerade auf invasiven, mit einem hohen Verletzungs- und Gefährdungsrisko einhergehenden Verrichtungen beruht. Gleiches gilt für die in Fallgruppe 2 der Kategorie I aufgeführten Personengruppen. Der Kläger wäre vielmehr der Kategorie II zuzuordnen, in der entweder der konkrete Nachweis einer Infektionsquelle oder der Häufigkeit von Tätigkeiten, die ein erhöhtes Gefährdungspotential beinhalten, erforderlich ist. Beweiserleichterungen kann er also nicht für sich in Anspruch nehmen.

Für die Frage, ob die vom Kläger konkret verrichteten Tätigkeiten ein erhöhtes Gefährdungspotential beinhalten, ist zu beachten, dass in Bezug auf die Hepatitis C, wie Prof. Dr. H. in ihrem Gutachten deutlich gemacht hat, in der Literatur und der Rechtsprechung die verlässliche Übertragung der für die Beurteilung des Ursachenzusammenhangs bei der Hepatitis B entwickelten Kriterien nicht uneingeschränkt bejaht wird (Mehrtens/Perlebach, aaO Rdnr. 11 ff., insbesondere 11.2; LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 28.1.2003, [L 2 U 180/01](#); LSG für das Saarland, Urteil vom 19. Januar 2005, veröffentlicht in juris). Zum einen wird die epidemiologische Datenlage hinsichtlich des generellen Nachweises eines erhöhten Infektionsrisikos bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst zum Teil unterschiedlich beurteilt und zum Teil ein solches Risiko nicht gesehen. Zum anderen wird darauf hingewiesen, dass das Risiko einer Infektion im Falle einer Inokulation von infiziertem Material etwa um den Faktor 10 geringer sei als bei der Hepatitis B. Das Risiko für Pflegekräfte und Ärzte, an einer Hepatitis C zu erkranken, ist also deutlich geringer als eine Erkrankung an Hepatitis B, jedenfalls so weit es sich um Personen handelt, welche ohne Verletzung lediglich Kontakt mit Blut oder Körperflüssigkeiten von infizierten Patienten haben (Mehrtens/Perlebach a.a.O.). Daher ist nach derzeitigem Kenntnisstand das Risiko für Pflegekräfte und Ärzte beim Umgang mit Patienten mit Hepatitis C deutlich niedriger als bei einer Hepatitis B-Infektion.

Die für die Hepatitis B entwickelten Beweisgrundsätze – samt der dafür entwickelten Beweiserleichterungskriterien (vgl. Mehrstens/Perlebach a.a.O., Rn 13 ff.) – können aus diesen Gründen auf die Hepatitis C nur teilweise modifizierend übertragen werden. Als gefährdend für eine Erkrankung an Hepatitis C können daher regelmäßig nur solche Tätigkeiten in Betracht gezogen werden, die erfahrungsgemäss mit einer konkreten Gefahr von häufigen parenteralen Verletzungsereignissen, bei denen es zu einem erheblichen Blutaustausch kommt, verbunden sind (Mehrtens/Perlebach a. a. O.).

Der Kläger hat in diesem Zusammenhang vorgetragen, gelegentlich notfallmaig auch ohne Handschuhe in Kontakt mit Blut und anderen Körpersekreten zu kommen, wenn Patienten beispielsweise gestarzt seien und sich verletzt hatzen oder aus anderen Gründen schnell gehandelt werden masse. Solche Kontakte, die der Senat nicht in Abrede stellt, sind jedoch nicht als häufige parenterale Verletzungsereignisse anzusehen, bei denen es zu einem erheblichen Blutaustausch kommt. Prof. Dr. H. hat darüber hinaus in ihrem Gutachten schlassig und überzeugend ausgeführt, dass der Kontakt mit  anderen  Körpersekreten zwar theoretisch auch einen Übertragungsweg darstellen kann. Doch ist die Konzentration des Virus darin im Vergleich zu Blut zum einen sehr viel geringer. Zum anderen ist ein Infektionsweg über nicht blutige Krpersekrete epidemiologisch nicht belegt und muss als extrem unwahrscheinlich angesehen werden.

Liegen mangels erhöhter Gefährdung des Versicherten während der Berufstätigkeit hinreichende Anhaltspunkte für eine Erkrankung durch die Pfl egettigkeit nicht vor, dann sind die arbeitstechnischen Voraussetzungen einer BK Nr 3101 (haftungsbegründende Kausalität) nicht gegeben.

Nur ergänzend weist der Senat deshalb darauf hin, dass zusätzlich auch eine weitere berufsunabhngige Infektionsquelle in Betracht kommt, nach der eine Ansteckung mit dem Hepatitis-C-Virus möglich gewesen ist. Bei dieser Infektionsquelle handelt es sich um die mit erheblichem Blutaustausch verbundene Bluttransfusion in den 70er Jahren, als es laborchemisch noch keine Möglichkeiten gab, den Hepatitis-C-Virus zu verifizieren, worauf Prof. Dr. H. ebenfalls zutreffend hingewiesen hat. Eine solche Möglichkeit ist trotz fehlender Brckensymptomatik auch nicht auszuschlieen, da fehlende Brckensymptome nicht atypisch sind. Gerade weil eine Übertragung von Hepatitis C bei einem greren Blutaustausch wesentlich wahrscheinlicher ist als durch einzelne Verletzungen ohne umfangreichen Blutaustausch und der Kläger als Altenpfleger sowieso weniger gefhrtet war, sind die arbeitstechnischen Voraussetzungen einer BK-Nr. 3101 auch unter diesem Gesichtspunkt nicht gegeben. Der ursächliche Zusammenhang zwischen Erkrankung und beruflicher Tätigkeit ist daher nicht dargetan.

Da das SG die Klage mithin zu Recht abgewiesen hat, war auch die Berufung zurückzuweisen.

Hierauf und auf [ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Zur Zulassung der Revision bestand kein Anlass.

Erstellt am: 22.06.2006

Zuletzt verändert am: 21.12.2024
