

L 3 U 212/05

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 24 U 810/03

Datum

07.04.2005

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 3 U 212/05

Datum

27.06.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 2 U 30/07 R

Datum

02.04.2009

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 07.04.2005 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte hat der Klägerin die außergerichtlichen Kosten beider Instanzen zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Anerkennung einer Hepatitis-C-Erkrankung (HCV) der Klägerin als Berufskrankheit (BK) nach Nr. 3101 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV).

Die 1968 geborene Klägerin ist ausgebildete Krankenschwester, Kroatin, und sie lebt seit 1992 in der Bundesrepublik. Sie war seitdem im R.krankenhaus in M. beschäftigt, zunächst auf einer internistischen Station, vom 01.03.1993 bis 31.03.1993 auf einer orthopädischen Station und ab 01.04.1993 wieder auf einer internistischen Station. Ihre Aufgabe war die allgemeine und die spezielle Pflege der stationär behandelten Patienten. Anlässlich einer Nadelstichverletzung an der linken Hand am 26.05.1998 veranlasste der betriebsärztliche Dienst des R.krankenhauses eine Blutuntersuchung. Hinsichtlich dieser Stichverletzung erstattete der Arbeitgeber, das R.krankenhaus, am 27.05.1998 unter Vorlage des D-Arztberichtes vom gleichen Tag eine Unfallanzeige bei der Beklagten. Eine Blutentnahme für HIV- und die Hepatitisserologie ergab, dass die Klägerin HCV-infiziert war. Daraufhin erstattete der betriebsärztliche Dienst am 28.09.1999 bei der Beklagten Anzeige wegen des Verdachts des Vorliegens einer BK Nr. 3101. In dem Antrag wies er daraufhin, dass die Klägerin 1992 und 1996 betriebsärztlich untersucht worden sei, allerdings ohne Testung hinsichtlich HCV.

Zur Aufklärung des Sachverhalts holte die Beklagte ein Vorerkrankungsverzeichnis der Klägerin von der Barmer Ersatzkasse (vom 12.04.2000/29.11.2002) und Befundberichte des Dr. S. (vom 22.03.2000, 05.02.2002, 19.08.2003) ein und befragte die Klägerin. Diese gab in Übereinstimmung mit den Angaben der Pflegedienstleitung vom 06.12.1999 an, dass sie in der Zeit vom 05.01.1998 bis 27.01.1998 als Nachschwester auf der Station 6 eingesetzt gewesen sei und in diesem Zusammenhang Medikamente über Kurzinfusionen und Subkutanspritzen verabreicht sowie sonstige pflegerische Maßnahmen durchgeführt habe. Beim Patienten H.J. habe sie Heparin subkutan gespritzt und die Nadel entsorgen wollen, wobei sie sich in den Zeigefinger der linken Hand gestochen habe. Sie habe dem Vorfall keine besondere Bedeutung geschenkt. An weitere Verletzungen mit infektiösem Material könne sie sich nicht erinnern. Daraufhin lehnte die Beklagte nach Einholung einer Stellungnahme des Dr. V., Gewerbeärztlicher Dienst, vom 07.07.2000 und 14.03.2001 sowie einer beratungsärztlichen Stellungnahme des Dr. L. vom 02.01.2001 mit Bescheid vom 26.04.2001 die Anerkennung einer BK ab.

Nach Einlegung des Widerspruchs führte die Beklagte weitere Ermittlungen durch und holte Befundberichte des Gynäkologen Dr. B. (vom 13.02.2002) und des Prof. Dr. W. (vom 29.05.2003) sowie eine Stellungnahme des Arbeitgebers vom 29.07.2002 ein. Der Arbeitgeber teilte mit, dass beim Patienten H.J. keine Laboruntersuchung durchgeführt worden sei, ein im Monat Juni 1997 durchgeführter HCV-Test sei negativ gewesen. Eine Anfrage bei der Medizinischen Klinik G. ergab ebenfalls, dass der Patient H.J. am 26.04.1998 HCV-negativ war. Eine Auskunft des R.krankenhauses ergab, dass keine konkreten Aussagen zum Patientengut hinsichtlich der Durchseuchung mit HCV möglich waren. Prof. Dr. S. schlug in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 06.02.2003/03.09.2003 eine Anerkennung vor, da die Klägerin wie bei der Hepatitis-B (HBV) zur Risikogruppe gehöre und bewertete die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) mit 20 v.H. Mit Widerspruchsbescheid vom 13.10. 2003 lehnte die Beklagte eine Entschädigung ab.

Hiergegen hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht München (SG) erhoben und beantragt, den Bescheid vom 26.04.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.10.2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihre Hepatitis-C-Erkrankung als Berufskrankheit Nr. 3101 anzuerkennen und die gesetzlichen Entschädigungsleistungen zu gewähren. Zur Begründung hat die Klägerin auf das erhöhte

Infektionsrisiko beim medizinischen Personal hingewiesen. Außerberufliche Infektionsquellen seien auszuschließen, da sie nicht drogenabhängig, nicht gepierct oder tätowiert sei und nie ein Transplantat empfangen habe. Außerdem sei sie langjährig verheiratet.

Das SG hat eine Arbeitgeberauskunft des R.krankenhauses M. vom 06.04.2004 und ein Sachverständigengutachten des Leiters der infektiologischen und tropenmedizinischen Abteilung des S. Krankenhauses Prof. Dr. N. vom 10.04.2000 eingeholt. Dieser hat ausgeführt, dass das Risiko einer HCV-Erkrankung beim Personal im medizinischen Dienst signifikant höher als bei Beschäftigten im nichtmedizinischen Bereich sei. Bei einer meist unbemerkt erworbenen HCV sei der genaue Infektionszeitpunkt in der Regel nicht sicher bestimmbar. Damit sei der Übertragungsweg häufig schwierig nachzuvollziehen. Im klinischen Alltag ließe sich nur bei knapp 50 % der Hepatitis-C-Erkrankungen eine Infektionsquelle nachweisen. Die Sektion Gesundheitswesen der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) habe deshalb im Juni 1995 in Paris die Zuordnung zu einem Gefährdungsniveau für Beschäftigte vorgeschlagen, wobei in Kategorie I (höchstes Gefährdungsniveau bei drei möglichen Kategorien) eine regelmäßige berufliche Exposition gegenüber Blut, Körperflüssigkeiten, humanem Gewebe und mit Hepatitis B, C oder HI-Viren kontaminiertem Material erfasst werde. Bei der arbeitsmedizinischen Bewertung beruflicher HCV-Infektionen sei eine Beweiserleichterung notwendig, die sich an diesen Risikokategorien orientiere und bei der Kategorie Ia am weitestgehenden sei. Das Vorliegen der Beweiserleichterung könne nach den Festlegungen der IVSS insbesondere bei Pflegepersonal und medizinischem Hilfspersonal in Krankenhausituationen mit frisch operierten Patienten, z.B. in chirurgischen oder orthopädischen Stationen bei regelmäßiger und häufiger Ausübung von Tätigkeiten, die erfahrungsgemäß ein konkretes Risiko bezüglich der Verletzungsereignisse beim Blutaustausch, z.B. Kanülenstichverletzungen haben, angenommen werden. Die Klägerin sei im März 1993 auf einer orthopädischen Station eingesetzt gewesen, auf der sie auch frisch Operierte pflegerisch betreute. Auf der allgemein-internistischen Station sei die Verabreichung von Injektionen tägliche Routine. Deshalb sei offensichtlich, dass die Klägerin der Hochrisikogruppe Ia zuzuordnen sei. Die haftungsbegründende Kausalität sei aufgrund der Beweiserleichterung zu bejahen. Als Zeitpunkt der Infektion komme spätestens der 27.05.1998 (Tag des Nachweises) in Betracht. Da die Krankheit ausgeheilt sei, betrage die MdE bei normaler Leberfunktion 0 v.H. Das SG hat die Zeugin A. J. , Pflegedienstleiterin des R.krankenhauses, vernommen. Hinsichtlich des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die Sitzungsniederschrift Bezug genommen.

Es hat sodann die Beklagte verurteilt, die Hepatitis-C-Erkrankung der Klägerin als BK nach Nr. 3101 der Anlage zur BKV anzuerkennen und die gesetzlichen Entschädigungsleistungen zu gewähren. Die für die HBV entwickelten Grundsätze der Beweiserleichterung könnten in modifizierter Form auch bei der HCV angewandt werden. Erforderlich sei eine über das übliche Maß hinausgehende Gefährdung, diese ergebe sich jedoch aus den konkreten Arbeitsbedingungen der Klägerin. Sie habe dem SG glaubhaft erklärt, dass sie sich an zehn konkrete Verletzungsereignisse mit blutigen Kanülen und Spritzen erinnern könne, die Zeugin J. als Pflegedienstleiterin habe dies im vollen Umfang bestätigt und dargelegt, dass die Klägerin auch auf der internistischen Station häufig mit frisch operierten Patienten konfrontiert gewesen sei. Im privaten Bereich der Klägerin habe kein besonderes Infektionsrisiko vorgelegen.

Gegen diese Entscheidung hat die Beklagte Berufung eingelegt und zur Begründung ausgeführt, bei der Klägerin habe kein erhöhtes Risiko vorgelegen. Allgemein sei bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst statistisch keine Risikoerhöhung feststellbar. Außerdem sei die Klägerin möglicherweise bereits vor der Übersiedlung in die Bundesrepublik Deutschland infiziert gewesen.

Der Senat hat Beweis erhoben durch die Einholung eines Sachverständigengutachtens des Internisten Dr. E. vom 09.02. 2006. Er hat festgestellt, dass im konkreten Fall einer Nadelstichverletzung die Höhe des Infektionsrisikos nicht vorauszusagen sei. Es bestehe die Möglichkeit bis 10 %, das bedeute, dass bei 10 Stichen mit kontaminierter Nadel mit großer Wahrscheinlichkeit eine von ihnen zur Erkrankung führe. Die von Prof. Dr. N. zitierte Freiburger Studie zeige eine signifikant höhere HCV-Positivität beim medizinischen Personal im Vergleich zu Beschäftigten im nichtmedizinischen Bereich. Das Risiko für Pflegekräfte liege mit 4,9 sogar deutlich höher als das für Ärzte mit einem Faktor 1,1. Bei Betrachtung des konkreten Einzelfalles erscheine ihm von besonderer Bedeutung, dass die Klägerin wegen der Betreuung ihrer Kinder fast nur im Nachtdienst tätig gewesen sei. Aus seiner eigenen Erfahrung wisse er, dass dies ein verstärktes Risiko bedinge. Die Schwestern seien nachts alleine, die Lagerung der Patienten müssten sie alleine bewerkstelligen, eine zweite Kraft könne nur selten und wenn nötig nur von weit entfernt liegenden Stationen herbeigerufen werden. Arbeitsbedingungen wie auch Lichtverhältnisse seien deutlich schlechter als tagsüber. Bei Umsetzungen von Infusionen, Abtöpseln, Nadelentfernen usw. komme es deshalb wesentlich häufiger zu Verletzungen als tagsüber. Diese Tatsache sei bisher nicht berücksichtigt worden. Außerdem seien auf internen Stationen je nach Bettensituation auch Intensivpatienten, die noch teilüberwacht werden müssten und entsprechende Katheterinfusionen usw. hätten. Operierte Patienten würden bei im Vordergrund stehenden internistischen Erkrankungen auch auf internen Stationen betreut. Die Anwendung der Beweiserleichterungskriterien habe aus seiner Sicht durchaus zu erfolgen. Außerdem würden die Patienten nicht generell auf HCV-Antikörper im Krankenhaus untersucht. Selbst normale Blutwerte (Transaminasen) schlossen eine Hepatitis nicht aus. Deshalb sei eine größere Anzahl an HCV-positiven Patienten anzunehmen als dies anhand der Patientenakten dokumentiert werde. Eine Vorerkrankung in Kroatien sei nicht mit letzter Sicherheit auszuschließen, es sei jedoch zu berücksichtigen, dass das R.krankenhaus, in dem die Klägerin seit 1992 tätig sei, ein Akutkrankenhaus mit höherem Risiko einer Verletzung und Möglichkeit einer Infektion sei als das Lungenkrankenhaus in Kroatien, in dem vor allem chronisch Kranke behandelt würden. Als Tag der Infektion sei vom Tag der Diagnosestellung, dem 27.05.1998, auszugehen. Die MdE betrage wegen der Heilung der Klägerin 0 v.H., in der Zeit nach Feststellung der Erkrankung betrage die MdE bei histologisch minimalem Befund, keiner Fibrose und nur gering entzündlicher Aktivität ohne Nekrosen 20 v.H.

Mit Schreiben vom 08.06.2006 hat die Beklagte darauf hingewiesen, dass für Unternehmen der BRK-Schwesternschaft Gesundheitszentrum M. die BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege zuständig sei. Mit Beschluss vom 21.06.2006 wurde die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege zum Verfahren beigelegt.

Der Beklagte beantragt, das Urteil des SG München vom 07.04.2005 aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid vom 26.04.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.10.2003 abzuweisen und die Revision zuzulassen. Die Beigeladene schließt sich diesem Antrag an.

Die Klägerin beantragt, die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 07.04.2005 zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die beigezogene Beklagtenakte und die Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat den Beklagten zu Recht verurteilt, die Hepatitis C-Infektion der Klägerin als BK Nr. 3101 anzuerkennen und zu entschädigen. Zur Überzeugung des Senates steht fest, dass die haftungsbegründende Kausalität zwischen dem berufsbedingten Kontakt mit infektiösem Material und der HCV-Erkrankung hinreichend wahrscheinlich ist.

Nach [§ 9 Abs. 1 SGB VII](#) sind Bkn solche Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bezeichnet hat und die der Versicherte in Folge einer Tätigkeit erleidet, die Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründet. Die BK nach Nr. 3101 der Anlage zur BKV erfasst 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.

Die Klägerin war seit 1992 als examinierte Krankenschwester im Gesundheitswesen tätig, es handelt sich bei der HCV auch um eine Infektionskrankheit im Sinne der Nr. 3101. Weitere Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der schädigenden Einwirkung und der versicherten Tätigkeit gegeben ist. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist die zumindest erforderliche Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und einer Infektionskrankheit nach Nr. 3101 grundsätzlich gegeben, wenn nachgewiesen ist, dass der Versicherte bei der Berufstätigkeit - sei es durch einen Patienten, einen Mitarbeiter oder auf sonstige Weise - einer besonderen, über das normale Maß hinausgehenden Ansteckungsgefahr ausgesetzt gewesen ist (vgl. Urteile des BSG vom 24.02.2004, Az.: [B 2 U 13/03 R](#) und 18.11.1997, Az.: [2 RU 15/97](#)). Die Feststellung der HCV der Klägerin als Berufskrankheit setzt somit den Nachweis voraus, dass sie bei ihrer Tätigkeit als Krankenschwester derartigen besonderen, über das normale Maß hinausgehenden Gefahren einer Infektion, ausgesetzt war. Bei diesem Nachweis kann dann in der Regel auch davon ausgegangen werden, dass sich die Klägerin die bei ihr aufgetretene Infektionskrankheit durch die besondere berufliche Exposition zugezogen hat (BSG a.a.O.).

Unter Zugrundelegung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur HBV-Infektion ist also der Nachweis erforderlich, dass entweder (a) ein unmittelbarer oder mittelbarer beruflicher Kontakt mit an HCV erkrankten Personen bestanden hat oder (b) der prozentuale Anteil HCV-infektiöser Patienten im R.krankenhaus, in dem die Klägerin tätig war, deutlich höher war als in der Normalbevölkerung oder (c) die Art der Tätigkeit als examinierte Krankenschwester auf der allgemeinen, internistischen Station des R.krankenhauses als solche besonders HCV-gefährdend war. Diese vom BSG für HIV-Infektionen erarbeiteten (vgl. Urteil vom 18.11.1997, [2 RU 15/97](#)) und für HBV-Infektionen (Urteil vom 24.02.2004, [B 2 U 13/03 R](#)) konkretisierten Voraussetzungen sind auch bei HCV-Infektionen anzuwenden, da das Erkrankungsrisiko nach einer Nadelstichverletzung mit HCV-positivem Blut bis zu 10 % beträgt, wobei allerdings in der Regel Infektionsraten zwischen 1,5 und 3 % beobachtet wurden (Deutsches Ärzteblatt, 19.08.2005, B 1884, B 1886). Sie ist damit zwar niedriger als bei einer HBV-Exposition, jedoch deutlich höher als bei einer HIV-Exposition, für die das BSG diese Grundsätze entwickelt hat.

Unter Zugrundelegung dieser Grundsätze steht fest, dass die Klägerin einen unmittelbaren oder mittelbaren beruflichen Kontakt mit an HCV erkrankten Personen nicht nachweisen konnte. Beim Patienten H.J. lag keine HCV-Infektion vor. Nachdem die Erkrankung am 27.05.1998, also unmittelbar nach der Stichverletzung vom 26.05.1998, festgestellt wurde, scheidet auch eine entsprechende Infektion durch diese Stichverletzung aus. Auszuschließen ist ferner, dass im R.krankenhaus der prozentuale Anteil HCV-positiver Patienten über dem Durchschnitt in der Normalbevölkerung liegt, da keine besonderen Behandlungsschwerpunkte bestehen.

Zur Überzeugung des Senats steht jedoch fest, dass die Art der Tätigkeit der Klägerin als examinierte Krankenschwester auf einer allgemeinen internistischen Station eines Akutkrankenhauses besonders HCV-gefährdend war. Dies ergibt sich insbesondere aus den Sachverständigengutachten des Prof. Dr. N. sowie des Dr. E. und aus der beratungsärztlichen Stellungnahme des Prof. Dr. S. vom 03.09.2003. Die Sachverständigen haben übereinstimmend darauf hingewiesen, dass die Klägerin trotz ihrer Beschäftigung auf einer allgemeinen internen Station einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt war, weil nach den Angaben der Pflegedienstleitung wie auch der Klägerin in der mündlichen Verhandlung am 07.04.2005 häufig frisch operierte Patienten zu versorgen waren, z.B. bei Bettenmangel auf der chirurgischen Station oder auch bei kleineren internistischen Operationen. In diesem Zusammenhang musste die Klägerin häufig Infusionen anhängen und abhängen, sie musste auch Kanülen entsorgen. Nachdem es im R.krankenhaus keine infektiologische Spezialabteilung gibt, lagen auch Patienten mit ansteckenden Krankheiten auf der allgemeinen internistischen Station. Deshalb ist das Infektionsrisiko der Klägerin nicht mit anderen internistischen Abteilungen - etwa in Krankenhäusern mit speziellen infektiologischen Abteilungen - zu vergleichen. Ausgehend von diesem Beschäftigungsbild hält es der Senat bereits für nachvollziehbar, dass die Tätigkeit der Klägerin auf der allgemeinen internen Station besonders HCV-gefährdend war. Hinzu kommt, dass die Klägerin - wenn auch nur für einen kurzen Zeitraum - auf der orthopädischen Station tätig war, in der laufend frisch operierte Patienten zu versorgen waren. Außerdem hält es der Senat für verständlich, dass die Tätigkeit der Klägerin im Nachtdienst, die sie wegen der Versorgung ihrer Kinder in den Jahren vor der Diagnose regelmäßig erbrachte, mit besonderen Gefährdungen einherging. Insoweit hat der Sachverständige Dr. E. überzeugend ausgeführt, dass die Schwestern nachts allein sind, so dass eine zweite Kraft nur selten und dann von weit entfernt liegenden Stationen herangezogen werden kann. Arbeitsbedingungen wie auch Lichtverhältnisse seien deutlich schlechter als tagsüber. Es ist daher nachvollziehbar, dass es bei Umsetzungen von Infusionen, Abstopfeln, Nadelentfernen usw. wesentlich häufiger zu Nadelstichverletzungen kommt als tagsüber. Das erhöhte Risiko einer HCV-Infektion ist statistisch auch durch die Freiburger Studie, die von Prof. Dr. N. zitiert wird, nachgewiesen. Im medizinischen Bereich war das Risiko mit dem Faktor 4,9 für die Pflegekräfte am höchsten, höher als bei den Ärzten (1,1), dem Laborpersonal (2,5) und dem Reinigungspersonal (4,6). Die dargestellte Beschäftigung der Klägerin wie auch das statistische Risiko von Pflegekräften rechtfertigen es, die Klägerin in die Kategorie Ia des von der Sektion Gesundheitswesen der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit entwickelten Gefährdungsniveaus einzustufen. Damit liegt bei der Klägerin aus arbeitsmedizinischer Sicht eine besondere Gefährdung vor, die es rechtfertigt, Beweiserleichterungen anzuwenden bzw. die Klägerin in die Gruppe c der vom Bundessozialgericht entwickelten Fallgruppen zur Beurteilung der Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs einzuordnen. Der Senat folgt damit insoweit den überzeugenden Sachverständigengutachten des Prof. Dr. N. und des Dr. E. ... Außerdem ist auch in der beratungsärztlichen Stellungnahme des Prof. Dr. S. eine Anerkennung der Berufskrankheit befürwortet worden. Dieser Aussage kommt besonderes Gewicht zu, da Prof. Dr. S. anerkannter Experte und Herausgeber des Bandes "Virushepatitis als Berufskrankheit - Ein Leitfaden zur Begutachtung" zusammen mit M.P. Manns ist. Bei Heranziehung der in diesem Band dargestellten arbeitsmedizinischen Grundlagen für die Konkretisierung von Beweiserleichterungen sind die Kriterien nach der Tabelle 6 bei Krankenhausstationen mit frisch operierten oder verletzten Patienten auch auf das medizinische Hilfspersonal bzw. Pflegepersonal anzuwenden. Die Aufzählung "chirurgische, unfallchirurgische, orthopädische, HNO-ärztliche und urologische Stationen" ist nur beispielhaft, deshalb kann aus der Tätigkeit der Klägerin auf einer allgemeinen internistischen Station nicht geschlossen werden, dass sie keinem erhöhten Risiko ausgesetzt war. Vielmehr war - wie in der Beweisaufnahme festgestellt wurde - oftmals die Versorgung von frisch operierten oder verletzten Patienten erforderlich. Insbesondere im

Nachtdienst lag zudem ein erhöhtes Verletzungsrisiko durch Kanülenstichverletzungen etc. vor. Damit sind auch unter Berücksichtigung der für HCV vorgesehenen Einschränkungen in der bereits zitierten Tabelle 6 die Voraussetzungen für eine Beweiserleichterung erfüllt. Die rein stochastischen Einwände der Beklagten überzeugen demgegenüber nicht und sind auch nach der Rechtsprechung des BSG irrelevant.

Für eine Vorerkrankung der Klägerin in Kroatien bzw. durch andere Infektionsquellen ergaben sich keine Hinweise.

Im Ergebnis ist also mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit ein ursächlicher Zusammenhang der Tätigkeit der Klägerin im R.krankenhaus mit der HCV-Infektion gegeben. Die Berufskrankheit ist deshalb anzuerkennen, die Berufung zurückzuweisen.

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

Die Revision war zuzulassen. Die Frage, inwieweit die Grundsätze zum Nachweis einer HBV als BK auch auf die HCV angewendet werden können, ist von grundsätzlicher Bedeutung ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2009-09-08