

L 2 U 244/15

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 24 U 259/13

Datum

21.05.2015

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 244/15

Datum

16.03.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Zu den Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV bei Hepatitis C-Infektion - insbesondere zum Vorliegen einer erhöhten Infektionsgefahr.

2. Bei der Behandlung von immungeschwächten Patienten auf onkologischem und dermatologischem Fachgebiet kann davon ausgegangen werden, dass der Durchseuchungsgrad hinsichtlich einer Hepatitis C-Infektion mindestens dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung entspricht.

3. Eine Krankenschwester, die über längere Zeit regelmäßig u.a. Blut mit sog. Butterfly-Verweilkanülen bei Patienten abgenommen hat, ist einer besonderen Infektionsgefahr aufgrund der Übertragungsgefahr bei der ausgeübten Verrichtung ausgesetzt.

I. Auf die Berufung der Klägerin wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 21. Mai 2015 aufgehoben.

II. Es wird festgestellt, dass die Hepatitis C-Erkrankung der Klägerin eine Berufskrankheit nach Nr. 3101 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung ist.

III. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten der Klägerin in beiden Rechtszügen.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 3101 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV).

Die 1948 geborene Klägerin war zunächst in ihrem Heimatland B. im Gesundheitsbereich tätig. In Deutschland arbeitete sie vom 4. September 1992 bis 30. April 2003 als Krankenschwester in der Fachklinik für Naturheilverfahren T.N. GmbH (Firma insolvent) - integriert in die ehemalige Klinik Haus B. - in K-Stadt. In der Zeit vom 19. Oktober bis 19. Dezember 1999 leistete sie zur Anerkennung als examinierte Krankenschwester in Deutschland ein Praktikum in der Abteilung für Innere Medizin in der Krankenanstalt K-Stadt Dr. H. M. ab, vom 20. Dezember 1999 bis 19. März 2000 ein weiteres in der Abteilung Chirurgie in der Unfallklinik des Klinikums der Universität A-Stadt. Auf das Arbeitszeugnis des Geschäftsführers der T.N., Fachklinik für Naturheilverfahren der Klinik B. W.B. vom 31. Juli 2003 wird verwiesen. Aufgrund der Aktenlage und den Angaben der Klägerin gab es in der Fachklinik für Naturheilverfahren, einem Teilbereich der Klinik B. W.B., ein differenziertes Angebot an Bewegungs- und Entspannungstherapie, eine psychologische Begleitung sowie Behandlung. Die onkologischen Patienten seien außerdem mit Infusions- und Zytostatikatherapien sowie Hyperthermie-Behandlung versorgt worden. In den ersten Jahren ihrer Tätigkeit habe es sich bei der Klinik B. um eine Reha-Klinik gehandelt, in der überwiegend Patienten mit orthopädischen, internistischen und neurologischen Erkrankungen behandelt worden seien. Am 30. Juni 2000 habe sich das Kerngeschäft auf die Fachklinik für Naturheilverfahren T.N. für Dermatologie und Geschlechtskrankheiten erstreckt; weiterhin seien aber auch Patienten mit dem Erkrankungsbild Neurodermitis, Psoriasis, Aids, Lues etc. behandelt worden. Vom 1. März 2001 bis 8. März 2002 sei auch eine onkologische Klinik integriert gewesen.

Mit Schreiben vom 16. April 2012 hat die Klägerin der Beklagten mitgeteilt, dass die bei ihr aufgetretene Hepatitis C-Erkrankung auf die Tätigkeit als Krankenschwester in der Klinik Haus B. zurückzuführen sei. Sie habe ein- bis zehnmal täglich Umgang mit Nadeln und Venenarterienkathetern gehabt und diese auch entsorgen müssen (vgl. auch Angaben der Klägerin im Fragebogen der Beklagten vom 4. Oktober 2012). Sie konnte sich jedoch nicht nachweislich an eine Verletzung erinnern. Im April/Mai bzw. Juli 2001 sei bei ihr eine Hepatitis C-Infektion diagnostiziert worden. Sie führe die Infektion auf ihre Tätigkeit als (Nacht-)Krankenschwester in der T.N. Akut-Station für

krebskranke Patienten zurück.

Das Landratsamt C. teilte am 19. Oktober 2012 mit, dass dem Gesundheitsamt C-Stadt am 9. Oktober 2003 der positive Hepatitis C-Befund (Antikörnernachweis) mitgeteilt worden sei. Die Klägerin sei als Krankenschwester in der Haus B. in K-Stadt tätig gewesen. Der Befund sei im Rahmen einer betriebsärztlichen Personaluntersuchung festgestellt worden. Die gleiche Untersuchung vor fünf bis sieben Jahre habe noch keinen Hinweis auf eine Hepatitis C-Infektion ergeben. Eine Infizierung sei für den Zeitraum 1996 bis 2003 als möglich anzunehmen. Konkrete Infektionsquellen seien nicht zu ermitteln gewesen.

Der Gewerbearzt stimmte am 6. Dezember 2012 der Einschätzung der Beklagten zu, dass von einer besonderen Infektionsgefahr von krebskranken Patienten nicht auszugehen sei. Es seien auch keine regelmäßigen und häufigen Tätigkeiten mit erhöhtem Infektionspotenzial ausgeübt worden. Bei der Tätigkeit der Versicherten handle es sich nicht um Tätigkeiten, die unter die allgemeinen Beweiserleichterungskriterien für die Hepatitis C-Erkrankung fallen. Es wurde deshalb vorgeschlagen, eine Berufskrankheit nach Nr. 3101 abzulehnen.

Mit Bescheid vom 18. Dezember 2012 stellte die Beklagte fest, dass die Virushepatitis C der Klägerin keine Berufskrankheit nach Nr. 3101 der BKV ist. Die Beklagte lehnte ferner einen Anspruch auf Leistungen ab. Im Zeitraum von 1992 bis 1995 sei die Klägerin bei ihrer Tätigkeit als Krankenschwester auf einer Akutstation für krebskranke Patienten in der Haus B. in K-Stadt keiner besonderen Ansteckungsgefahr ausgesetzt gewesen. Eine konkrete Infektionsquelle habe nicht ermittelt werden können; die Klägerin habe keine regelmäßigen und häufigen Tätigkeiten mit erhöhtem Infektionsrisiko ausgeübt. Eine Stichverletzung sei nicht dokumentiert. Eine erhöhte Infektionsgefahr ergebe sich also weder aufgrund der Durchseuchung des Arbeitsbereiches hinsichtlich der Kontaktpersonen noch aufgrund der Übertragungsgefahr der konkret von ihr ausgeübten Tätigkeiten. Im Widerspruchsverfahren wies die Klägerin darauf hin, dass oft die Patienten an Hepatitis C erkrankt gewesen seien. Es habe deshalb für das Pflegepersonal eine erhöhte Infektionsgefahr bestanden.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 9. April 2013 zurück. Sie legte zur Begründung dar, dass es nicht hinreichend wahrscheinlich sei, dass die Hepatitis C-Infektion durch die berufliche Tätigkeit verursacht wurde. Der damalige Arbeitgeber existiere nicht mehr. Eventuelle Zeugenaussagen könnten keinen gesicherten Nachweis einer erhöhten Durchseuchung erbringen.

Mit ihrer Klage zum Sozialgericht München hat die Klägerin weiterhin die Feststellung einer Berufskrankheit nach Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV sowie die Gewährung einer Verletztenrente begehrt. Sie habe in der Klinik Patienten gepflegt, die an orthopädischen, internistischen, neurologischen oder dermatologischen und Geschlechtskrankheiten sowie an Krebs gelitten hätten. Dieser Personenkreis sei insgesamt in seiner Immunabwehr deutlich geschwächt, so dass eine erhöhte Anfälligkeit derartiger Patienten für Hepatitis C-Erkrankungen bestehe; es sei davon auszugehen, dass ein entsprechend großer Patientenkreis an Hepatitis C erkrankt gewesen sei. Darüber hinaus habe sie auch Blutentnahmen durchgeführt, Infusionen angelegt und intramuskuläre Spritzen verabreicht sowie Wunden versorgt und Verbandswechsel durchgeführt. Sie sei also in unmittelbarem Kontakt mit Blut und anderen Körperflüssigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr gekommen.

Das Sozialgericht hat eine Auskunft des Gesundheitsamts C-Stadt vom 11. Juni 2014 eingeholt; eine Akutstation sei in der Einrichtung nach dortigem Kenntnisstand zu keiner Zeit vorhanden gewesen. Das Gericht hat ferner den Facharzt für Innere Medizin, Dr. M., mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 19. Juli 2014 ausgeführt, dass eine chronische Hepatitis C bei der Klägerin bestätigt werden könne. Es sei möglich, dass beim Berühren einer infizierten Wäsche oder vielleicht auch Körperflüssigkeiten der Erreger in die ungeschützte Haut eintreten kann. Es sei jedoch nicht eindeutig klar, inwieweit hier wirklich Hepatitis C-Patienten behandelt worden sind. Bei Patienten mit verminderter Immunlage sei anzunehmen, dass durchaus versteckte Hepatitis C-Erkrankungen vorhanden sind und diese im Krankenhaus häufiger auftreten als im normalen Leben. Bei Patienten mit malignen Erkrankungen sei die Möglichkeit einer Hepatitisinfektion wesentlich größer als bei anderen Personen. Er ist zu dem Ergebnis gelangt, dass die erhöhte Wahrscheinlichkeit bestand, dass mehrere der Patienten an Hepatitis C erkrankt waren. Somit habe die Wahrscheinlichkeit bestanden, dass die Klägerin im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit die Infektion erlitten hat. Andere Infektionsquellen seien nur wenig vorstellbar.

Die Beklagte hat eingewandt, es sei durch das Gutachten in keiner Weise dargelegt, wieso Patienten mit verminderter Immunlage automatisch häufiger an Hepatitis C erkrankt sein sollten als andere Personen. Außerdem reiche der Kontakt zu Wäsche oder Körperflüssigkeiten nicht aus, um sich mit Hepatitis C anzustecken. Allein mit einer Ausübung bestimmter Tätigkeiten im Gesundheitswesen könne ein über das normale Maß hinausgehendes Infektionsrisiko nicht begründet werden.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 11. Dezember 2014 ist Dr. M. zu dem Ergebnis gelangt, dass unter Berücksichtigung der höchstrichterlichen Rechtsprechung und des sog. Stufenmodells eine Berufskrankheit Nr. 3101 nicht bejaht werden könne. Es fehle am Nachweis einer besonders erhöhten Infektionsgefahr. Es gelinge schon nicht der Nachweis, dass im Haus B. ein derartiges Klientel mit reduzierter Immunlage zwingend behandelt wurde. Mit Wahrscheinlichkeit sei dies aber als gegeben anzusehen. Der Vollbeweis einer besonders erhöhten Infektionsgefahr könne aber nicht geführt werden. Es bestehe auch die Möglichkeit, dass die Klägerin sich die Erkrankung im Rahmen ihrer Ausbildung zur Krankenschwester zugezogen hat und dies über einen längeren Zeitraum unerkannt und latent geblieben ist.

Die Ärztin Dr. D. hat am 9. Februar 2015 bestätigt, dass unter dem damaligen Chefarzt Dr. S. im Haus B. in K-Stadt vom 1. März 2001 bis 8. März 2002 immunreduzierte Patienten - hauptsächlich Tumorpatienten - behandelt wurden.

Vorgelegt wurden ferner diverse die Klägerin betreffende Arbeitszeugnisse, so auch der T.N. vom 31. Juli 2003 für die Zeit vom 4. September 1992 bis 30. April 2003 als Krankenschwester. Vom 1. März 2001 bis 8. März 2002 war danach eine onkologische Abteilung in die Klinik integriert.

Mit Gerichtsbescheid vom 21. Mai 2015 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Eine Berufskrankheit nach Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV sei nicht festzustellen, weil nicht mit dem erforderlichen Vollbeweis erwiesen sei, dass die Klägerin im Rahmen ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung "Einwirkungen" ausgesetzt war, die, um den Voraussetzungen dieser Berufskrankheit zu genügen, in einer im Vergleich zur Normalbevölkerung besonders erhöhten Infektionsgefahr bestehen müssen. Auch wenn dies aufgrund der Tätigkeit im Bereich des Gesundheitsdienstes gegeben sei, müsse der Versicherte infolge seiner konkret ausgeübten Verrichtungen einer erhöhten

Infektionsgefahr ausgesetzt gewesen sein (BSG Urteil vom 2. April 2009, [B 2 U 33/07](#)). Die besondere Infektionsgefahr könne sich im Einzelfall aufgrund der Durchseuchung des Umfelds der Tätigkeit oder der Übertragungsgefahr der ausgeübten Verrichtungen ergeben. Die Durchseuchung des Arbeitsumfelds auf der einen und die Übertragungsgefahr aufgrund der versicherten Verrichtungen auf der anderen Seite stünden in einer Wechselbeziehung zueinander. An den Grad der Durchseuchung könnten umso niedrigere Anforderungen gestellt werden, je gefährdender die spezifischen Arbeitsbedingungen sind (Hessisches Landessozialgericht Az.: [L 3 U 5/03](#) vom 13. Juli 2010). Je weniger hingegen die Arbeitsvorgänge mit dem Risiko der Infektion behaftet sind, umso mehr gelange das Ausmaß der Durchseuchung an Bedeutung. Entscheidend sei eine Gesamtwürdigung der das Arbeitsumfeld und die versicherte Tätigkeit betreffenden beiden Risikobereiche unter Berücksichtigung des spezifischen Übertragungsmodus und des Verbreitungsgrades der jeweiligen Infektionskrankheit (BSG vom 2. April 2009 [a.a.O.](#)). Das Sozialgericht ist im Ergebnis nicht davon ausgegangen, dass die Klinik B., in der die Klägerin von 1992 bis 2003 tätig war, in einem höheren Maße mit Hepatitis C-Erkrankten als die Durchschnittsbevölkerung durchseucht war. Dies ergebe sich aus dem Tätigkeitsschwerpunkt der Klinik; das dort beschäftigte Personal sei nicht stärker dem Risiko einer Hepatitis C-Infektion als die Normalbevölkerung ausgesetzt (vgl. BSG Urteil vom 30. Mai 1988- [2 RU 33/87](#)). Eine gegenüber der Durchschnittsbevölkerung besonders erhöhte Ansteckungsgefahr ergebe sich auch nicht aus den von der Klägerin in der Zeit vom 19. Oktober 1999 bis 19. Dezember 1999 in der Klinik, Krankenanstalt K-Stadt, und vom 20. Dezember 1999 bis 19. März 2000 in der Abteilung Chirurgie der Unfallklinik Innenstadt durchgeführten Praktika als Krankenschwester, da auch in diesem Fall nicht ersichtlich sei, dass sich ein erhöhter Anteil an Hepatitis C-Erkrankten in diesen Einrichtungen befanden. Auch habe die Klägerin keine besonders infektionsgefährdende Tätigkeit ausgeübt. Sie habe im Wesentlichen eine Grundpflege durchgeführt und nach ihren Angaben auch ein- bis zehnmal täglich Infusionen gelegt, Spritzen gesetzt, Blutabnahmen und Wundversorgung durchgeführt. Dazu komme, dass das Risiko der Übertragung einer Hepatitis C durch Verletzungen beim Klinikpersonal um ein Vielfaches geringer sei als bei Hepatitis B, weil die Konzentration der Hepatitis B-Viren um mehrere Zehnerprozenten höher sei (Mertens/Brandenburg M 3101, Seite 27). Also wäre eine Infektion der Klägerin nur vorstellbar, wenn die Körpersekrete infizierter Patienten mit denjenigen der Klägerin in Verbindung gelangt wären. Dies sei wiederum beim Tragen von Schutzhandschuhen nahezu ausgeschlossen und setze im Übrigen voraus, dass die Klägerin selbst offene Wunden an den Händen aufgewiesen hätte, als sie entsprechende gefährdende Tätigkeiten verrichtete. Dieser Umstand sei Seitens der Klägerin jedoch nicht vorgetragen worden. Allein ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Tätigkeit und Infektion reiche nicht aus. Das Sozialgericht hat sich dabei auch auf die ergänzende Stellungnahme des Dr. M. vom 11. Dezember 2014 gestützt. Zur Begründung der hiergegen eingelegten Berufung hat sich die Klägerin durch ihre Prozessbevollmächtigte auf das Gutachten des Dr. M. berufen und gerügt, dass das Sozialgericht die in dem Verfahren benannten Zeugen nicht gehört habe.

Das Sozialgericht hat die folgenden Zeugen schriftlich befragt, insbesondere welche Patienten (mit welchen Krankheitssymptomen) in der Zeit vom 4. September 1992 bis 30. April 2003 in der Klinik Haus B. in K-Stadt überwiegend behandelt wurden, ob Patienten mit Hepatitis C behandelt worden seien und ob ihnen bekannt sei, ob die Klägerin aufgrund ihrer konkreten Tätigkeit in der Klinik einer besonderen Infektionsgefahr hinsichtlich einer Infektion mit Hepatitis C ausgesetzt gewesen sei. Eine entsprechende Anfrage wurde auch an den derzeitigen Klinikträger PW - B. GmbH, H-Stadt gesandt.

Die Zeugin A. E., geb. S., hat im August 2015 angegeben, von März 2001 bis Februar 2002 als Arzthelferin in der onkologischen Abteilung der Klinik T.N. beschäftigt gewesen zu sein. Es seien überwiegend Patienten mit Tumorerkrankungen, degenerativen oder chronischen Erkrankungen oder Virenerkrankungen behandelt worden. Sie hat ausdrücklich bestätigt, dass auch Hepatitis C-Patienten behandelt worden seien. Die Klägerin sei als Krankenschwester in drei Schichten tätig gewesen, wobei vor allem nachts die Patienten der onkologischen Abteilung von dem Personal des Hauses B. mitversorgt worden seien. Zu den Tätigkeiten gehörten neben der Grund- und Behandlungspflege auch das Verabreichen von Injektionen und Infusionstherapie. Es bestehe bei den Pflegeberufen immer ein erhöhtes Risiko der Ansteckung trotz Einhaltung der Sicherheitsmaßnahmen wie dem Tragen von Einmalhandschuhen oder der Verwendung von Sicherheitskanülen.

Der Zeuge A., der mit der Klägerin seit 1976 verheiratet ist, hat mit schriftlicher Aussage vom 6. September 2015 angegeben, vom 4. September 1992 bis Januar 1992 als Krankenpfleger in dem Klinik Haus B. und anschließend bis 31. Mai 1995 als Leitender Stationspfleger auf zwei Stationen im Haus B. tätig gewesen zu sein. Vom 1. Juni 1995 bis April 2003 sei ihm die Pflegedienstleitung übertragen gewesen. Das Haus B. sei eine Reha-Klinik mit ca. 100 Betten gewesen mit Schwerpunkt bei orthopädischen, internistischen und neurologischen Patienten. Zum 30. Juni 2000 erstreckte sich das Kerngeschäft weiter auf die Fachklinik für Naturheilverfahren T.N. für Dermatologie und Geschlechtskrankheiten. In der Zeit vom 1. März 2001 bis 8. März 2002 sei eine onkologische Klinik "L." aus S-Stadt in der Klinik Haus B. integriert gewesen mit Patienten mit überwiegend schlechter Prognose aus dem In- und Ausland. In der Klinik seien auch Patienten mit Hepatitis C behandelt worden; es habe keine getrennte infektiologische Abteilung gegeben. Im Zeitraum vom Juni 2000 bis 30. April 2003 seien in der Klinik Patienten mit sehr reduziertem Immunsystem behandelt worden, z.B. onkologische Patienten mit Chemotherapie oder dermatologische Patienten mit Kortisonbehandlung.

Die Klägerin sei als Krankenschwester in allen drei Schichten in der Klinik Haus B. tätig gewesen, sehr oft in Nachtschicht. Sie habe auch Infusionen gelegt. Der Zeuge hat die einzelnen Tätigkeiten dargelegt. Die Klägerin sei durch die Tätigkeit einer besonderen Infektionsgefährdung hinsichtlich Hepatitis C ausgesetzt gewesen. Als Krankenschwester habe sie täglich Kontakt mit Blut und anderen Körperflüssigkeiten der Patienten gehabt. Es habe auch eine erhöhte Verletzungsgefahr bestanden. Der Zeuge F. hat im September 2015 geantwortet, er sei als Krankenpfleger in der Reha-Klinik Haus B. tätig gewesen. Es seien in der Klinik überwiegend onkologische Patienten behandelt worden. Die Frage, ob Patienten mit Hepatitis C behandelt worden seien, hat er bejaht. Die Klägerin habe als Krankenschwester immungeschwächte, onkologische Patienten, darunter auch HIV-Patienten und Hepatitis-positive Patienten, gepflegt.

Die Ärztin Dr. med. (Univ. B.) D. hat am 18. August 2015 angegeben, in dem Zeitraum vom 3. September 1992 bis 30. April 2003 als Ärztin tätig gewesen zu sein. Ein Teil der Reha-Klinik sei mit onkologischen Patienten belegt gewesen. Es seien dort keine Patienten mit Hepatitis C behandelt worden. Die Klägerin habe als Pflegerin die Tätigkeit einer Krankenschwester ausgeübt. Es sei ihr nicht bekannt, ob diese einer besonderen Infektionsgefährdung hinsichtlich Hepatitis C ausgesetzt gewesen sei. Es könnten natürlich bei Patienten, die immunreduziert sind, Infektionskrankheiten auftreten, jedoch sei unter den ihr anvertrauten Patienten keine Hepatitis C-Erkrankung bekannt gewesen.

Der Senat hat bei den Zeugen E. und A. nachgefragt, worauf sie ihre Angabe, dass Hepatitis C-Patienten behandelt worden seien, stützen.

Ergänzend hat die Zeugin E. am 6. Oktober 2015 mitgeteilt, dass bei Feststellung von Hepatitis C durch den Bluttest die sofortige Mitteilung

an das Personal erfolge, um verschärfte Sicherheitsvorkehrungen zu treffen. Diese Patientendaten würden dokumentiert.

Der Zeuge A. hat am 10. Oktober 2015 nochmals auf die Behandlung polymorbider Patienten in der Klinik hingewiesen. Manchmal habe das Pflegepersonal nur zufällig oder durch Einsicht in Laborbefunde von Infektionen der Patienten erfahren. Gemäß § 6 Infektionsschutzgesetz hätte die Oberärztin Dr. D. die Erkrankung an das Gesundheitsamt C-Stadt melden müssen, was sie nicht getan habe.

Zu den Widersprüchen in den Zeugenaussagen hat die Zeugin Dr. D. am 2. November 2015 geäußert, sie könne sich an keinen Fall mit Hepatitis C erinnern. Sie habe heute keine Einsicht mehr in die Patientenunterlagen. Die W.P.W. GmbH hat am 3. November 2015 mitgeteilt, zu den Zeiträumen vor dem 1. Mai 2003 keine Angaben machen zu können. Vom 1. Mai 2003 bis 31. Dezember 2005 sei die Klägerin beim Ambulanten Pflegedienst T. beschäftigt gewesen. Über Patienten mit einer Hepatitis C-Infektion bestünde keine Kenntnis. Auch seien andere Fälle einer Hepatitis C-Infektion von Mitarbeitern nicht bekannt.

Die Klägerin hat nochmals dargelegt, dass sie tagtäglich mit Patienten mit stark geschwächtem Immunsystem sowie mit hoher Durchseuchung konfrontiert gewesen sei. Langjährig seien onkologische Patienten, wie auch von Dr. D. bestätigt, sowie Patienten mit dermatologischer Behandlung behandelt worden mit Schwächung des Immunsystems. Die Tatsache, dass sich Dr. D. "an keinen Fall mit Hepatitis C" erinnern kann, könne sich nur damit erklären, dass eine solche - meldepflichtige - Erkrankung nicht ordnungsgemäß gemeldet wurde. Sie hat auf die Zeugenaussage des Hr. A. verwiesen.

Die Beklagte hat sich durch die Aussage der Dr. D. bestätigt gesehen. Es sei keine Akutstation betrieben worden, sondern es seien überwiegend naturheilkundliche und alternative Behandlungskonzepte angewandt worden. Auch die vorgelegten Arbeitszeugnisse gäben keinen Hinweis auf den vermehrten Kontakt mit Hepatitis C-Patienten. Eine besonders erhöhte Infektionsgefahr liege daher im Vollbeweis nicht vor. Zudem habe weder eine Hauterkrankung bestanden noch sei in erhöhtem Maß invasive Tätigkeiten ausgeführt worden. An eine Stichverletzung könne sich die Klägerin nicht erinnern.

Auf Nachfrage des Senats hat die Klägerin zuletzt mit Schriftsatz vom 9. März 2016 die Art und Häufigkeit der Tätigkeiten, bei denen Nadeln eingesetzt waren bzw. bei denen sie unmittelbar mit Blut in Kontakt gekommen sein konnte, dargelegt. Sie hat hierbei insbesondere darauf hingewiesen, dass beim Verabreichen von Spritzen kaum Schutzhandschuhe getragen wurden. In besonderen Situationen (Notfallsituation oder bei Problemen mit dem Setzen der Nadel) seien aber auch bei den übrigen Tätigkeiten wie beim Setzen von Infusionen oder bei Blutentnahmen keine Schutzhandschuhe getragen worden. Sie habe täglich Spritzen (subcutan oder intramuskulär) verabreicht. 30- bis 40-mal pro Tag hätte sie Infusionen gesetzt. Blut habe sie drei- bis viermal pro Tag abgenommen. Dabei seien sog. Butterfly-Verweilkanülen oder Spritzenadel Größe 1 verwendet worden.

Ferner hat der Senat die Beteiligten auf die Entscheidung des Hess. Landessozialgerichts vom 14. Juli 2015 (Az.: L 3 U 132/11) hingewiesen. Das LRA C-Stadt hat auf seinen vorangegangenen Äußerungen verwiesen. Die Klägerin hat im Rahmen der mündlichen Verhandlung ergänzend zu den schriftsätzlich vorgetragenen Schilderungen angegeben, dass sie oftmals, vor allem bei den Nachtschichten, Infusionen anstöpseln musste und dabei auch mit Blut des Patienten in Kontakt kommen konnte. Blutentnahmen erfolgten entweder am Ende der Nachtschicht oder in der Frühschicht. Sie hat nun geschätzt, ein- bis zweimal die Woche Blut abgenommen zu haben. An eine konkrete Stichverletzung, bei der sie den Namen des Patienten oder den Tag benennen kann, hat sich die Klägerin nicht erinnern können. Sie hat aber angegeben, sicher zu sein, dass sie sich einmal bei einer Blutentnahme in der Tagschicht gestochen hat. Darüber hinaus ist sie davon ausgegangen, dass sie sich auch sonst beim Setzen einer Spritze oder ähnlichem gelegentlich mal gestochen hat. Auf die Niederschrift der Sitzung wird verwiesen.

Die Klägerin beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 21. Mai 2015 und den Bescheid der Beklagten vom 18. Dezember 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. April 2013 aufzuheben und festzustellen, dass die Hepatitis C-Erkrankung der Klägerin eine Berufskrankheit nach Nr. 3101 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung ist.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Im Übrigen wird zur Ergänzung des Tatbestandes auf die Akte der Beklagten sowie die Gerichtsakte des Sozialgerichts und des Landessozialgerichts verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig (§§ 143, 151 SGG) und begründet, da die Klägerin einen Anspruch auf Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV - 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 - hat. Zulässige Klageart zur Anerkennung einer Erkrankung als bestimmte Berufskrankheit ist die Anfechtungs- und Feststellungsklage (§§ 54, 55 SGG).

Berufskrankheiten sind nach § 7 Abs. 1 des Siebten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB VII) Versicherungsfälle. Berufskrankheiten sind dabei Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit erleiden (§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Vorliegend betrifft der Rechtsstreit die Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV.

Nach ständiger Rechtsprechung des BSG ist für die Feststellung einer Listen-BK erforderlich, dass die Verrichtung einer grundsätzlich versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder ähnlichem auf den Körper geführt hat (Einwirkungskausalität) sowie dass eine Krankheit vorliegt. Des Weiteren muss die Krankheit durch die Einwirkungen verursacht worden sein (haftungsbegründende Kausalität). Fehlt eine dieser Voraussetzungen, ist die Berufskrankheit nicht anzuerkennen. Dass die berufsbedingte Erkrankung gegebenenfalls den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (haftungsausfüllende Kausalität), ist keine Voraussetzung einer Listen-Berufskrankheit. Dabei müssen die "versicherte Tätigkeit", die "Verrichtung", die "Einwirkungen" und die "Krankheit" im Sinne des Vollbeweises - also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit - vorliegen. Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt indes die hinreichende Wahrscheinlichkeit, allerdings nicht die

bloße Möglichkeit (BSG, Urteil vom 23. April 2015 - Az. [B 2 U 6/13 R](#) - Rdnr. 10 bei juris m.w.N. aus der ständigen Rechtsprechung). Hinsichtlich der Berufskrankheit nach Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV ist ergänzend das Merkblatt zur Berufskrankheit nach Nr. 3101 (Bek. des BMA vom 1. Dezember 2000, Bundesarbeitsblatt 2001 Hj. 1 S. 35) heranzuziehen.

Die Klägerin war unstreitig im Zeitraum vom September 1992 bis 30. April 2003 im Gesundheitsdienst - hier in der Klinik Haus B. in K-Stadt - tätig. Wesentlicher Inhalt des Begriffs Gesundheitsdienst ist der Dienst zum Schutz, zur Erhaltung, Förderung oder Wiederherstellung der Gesundheit gefährdeter Menschen oder zur Pflege unheilbar Kranker oder Gebrechlicher (vgl. Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 13. August 2013, Az.: [L 3 U 262/12](#)). Bei der Klinik Haus B. handelt es sich vor allem ursprünglich um eine Reha-Klinik, die allerdings aufgrund besonderer finanzieller und organisatorischer Entwicklungen Veränderungen und Ergänzungen erfuhr. So erfolgte eine Angliederung der Fachklinik für Naturheilverfahren T.N. (im Juni 2000) und eine Integrierung einer onkologischen Klinik in der Zeit vom März 2001 bis März 2002 in die Klinik T.N. ... Die Klägerin arbeitete, wie u.a. die Zeugen E. und Dr. D. bestätigten, auch als Krankenschwester in der onkologischen Abteilung. Die Zeugin E. schilderte, dass die Patienten der onkologischen Abteilung von dem Personal des Hauses B. mitversorgt wurden. Dies geschah vor allem nachts, wobei die Klägerin oftmals in der Nachtschicht arbeitete. Die Klägerin war somit im Gesundheitsdienst tätig und nach [§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) versichert.

Hepatitis C, die bei der Klägerin im Jahre 2001 festgestellt und durch den Laborbefund vom Mai 2001 belegt wurde, ist eine Infektionskrankheit im Sinne der Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV. Die Übertragung erfolgt durch Körperflüssigkeiten, u.a. durch Blut oder Sexualverkehr. Das Übertragungsrisiko bei beruflichem Kontakt wird mit ca. 2 bis 10 % angenommen (Merkblatt, a.a.O., Nr. 1.3.: im Vergleich dazu beträgt aber das Übertragungsrisiko bei beruflichem Kontakt mit Hepatitis B bis zu 100 %, bei HIV nur 0,3 %). Die Inkubationszeit beträgt zwischen 14 Tagen und bis zu sechs Monaten, im Mittel 50 Tage.

Die Listen-Berufskrankheiten nach [§ 9 Abs. 1 SGB VII](#) in Verbindung mit der BKV sind in der Regel dadurch gekennzeichnet, dass Versicherte über einen längeren Zeitraum schädigenden Einwirkungen ausgesetzt sind und erst diese längerfristige Belastung zu der Erkrankung führt. Bei der Berufskrankheit Nr. 3101 besteht hingegen die Besonderheit, dass die schädliche Einwirkung, also der Ansteckungsvorgang, bei dem die Krankheit übertragen wurde, ein einmaliges, punktuellere Ereignis darstellt, das häufig im Nachhinein nicht mehr ermittelt werden kann. Meistens sind verschiedene Infektionsquellen und Übertragungswege denkbar, ohne dass sich feststellen lässt, bei welcher Verrichtung es tatsächlich zu der Ansteckung gekommen ist. Gerade aus diesem Grund sind Infektionskrankheiten, deren auslösendes Ereignis - die einmalige Ansteckung - an sich eher die Voraussetzungen des Unfallbegriffs erfüllt, als Berufskrankheit bezeichnet worden (BSG, Urte. v. 2. April 2009, Az.: [B 2 U 30/07 R](#) - juris Rn. 18; BSG, Urte. v. 21. März 2006, Az.: [B 2 U 19/05 R](#) - juris Rn. 15). Um den Nachweisschwierigkeiten zu begegnen, genügt bei der Berufskrankheit Nr. 3101 als "Einwirkungen" im Sinne des [§ 9 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#), dass der Versicherte einer der versicherten Tätigkeit innewohnenden "Infektionsgefahr besonders ausgesetzt" war (BSG, Urte. v. 2. April 2009, [a.a.O.](#) - juris).

Die besondere, über das normale Maß hinausgehende Infektionsgefahr ist nicht Bestandteil eines Ursachenzusammenhangs zwischen versicherter Tätigkeit und Infektionskrankheit. Sie ersetzt vielmehr als eigenständiges Tatbestandsmerkmal die Einwirkungen und ist mit dem weiteren Tatbestandsmerkmal "Verrichtung einer versicherten Tätigkeit" durch einen wesentlichen Kausalzusammenhang, hingegen mit der "Erkrankung" nur durch die Möglichkeit eines Kausalzusammenhangs verbunden. Für die erhöhte Infektionsgefahr gelten damit hinsichtlich des Beweismaßstabes die Anforderungen, die ansonsten für das Tatbestandsmerkmal der Einwirkungen zu beachten sind. Sie muss im Vollbeweis vorliegen. Zwar setzt der Begriff der Gefahr eine Wahrscheinlichkeitsprognose voraus. Er charakterisiert einen Zustand, bei dem nach den objektiven Umständen der Eintritt eines Schadens als wahrscheinlich gelten kann. Allerdings ist zwischen der tatsächlichen Ebene, auf die sich die Wahrscheinlichkeitsprognose beziehen muss, und der rechtlichen Wertung, ob aufgrund der nachgewiesenen Tatsachen eine Schädigung möglich ist, zu unterscheiden (BSG, Urte. v. 2. April 2009, [a.a.O.](#) - juris; Hess. Landessozialgericht, Urte. v. 14. Juli 2015, Az.: [L 3 U 132/11](#) - juris Rn. 42 ff).

Allein die Zugehörigkeit zu der Gruppe der im Gesundheitsdienst Tätigkeiten ist allerdings noch nicht ausreichend, um eine Anerkennung der Hepatitis C-Erkrankung als Berufskrankheit auszusprechen. Erforderlich ist vielmehr zusätzlich eine besondere Infektionsgefährdung unter den konkreten Bedingungen der individuellen Tätigkeit (Schönberger/ Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl., S. 707); die besonders hohe Infektionsgefahr müsste sich im Fall der Klägerin somit aufgrund ihrer Tätigkeit als Krankenschwester, hier im vollen Schichtbetrieb, in der Klinik Haus B. ergeben. Erforderlich ist nach der BSG-Rechtsprechung (BSG, Urte. v. 2. April 2009, [a.a.O.](#)) eine zweistufige Prüfung, nämlich a) ob eine abstrakte Gefährdungslage bestand und b) der Versicherte persönlich infolge seiner konkret ausgeübten Verrichtung einer erhöhten Infektionsgefahr ausgesetzt war (zum Ganzen: Mehrtens/Brandenburg, Die Berufskrankheitenverordnung, M 3101, S. 17).

Die Zeugin Dr. D. hat bestätigt, dass die Klägerin trotz ihrer anerkannten Ausbildung als Krankenpflegerin als Krankenschwester arbeitete. Sie übernahm alle anfallenden Aufgaben einer Krankenschwester, überwiegend in der Nachtschicht. Auch aus den übrigen Zeugenaussagen bestätigt sich, dass die Klägerin z.B. auch Infusionen wechselte, Blut entnahm, Spritzen setzte und insgesamt die verordnete Behandlungspflege vollzog. Es handelte sich also nicht nur um eine geriatrische Pflege, sondern - gerade auch im Hinblick auf die Anwendung naturheilkundlicher Verfahren - um eine Behandlungspflege. Dabei besteht auch bei naturheilkundlichen Verfahren, vor allem bei schwerstkranken Patienten wie hier bei Krebspatienten, der Bedarf, Spritzen und/oder Infusionen zu setzen sowie Infusionstherapien durchzuführen. Ein unmittelbarer Kontakt mit Blut ist - trotz Schutzhandschuhen oder Latex-Handschuhen - im Klinikalltag nicht ausgeschlossen, gerade bei Notfall- oder Stresssituationen oder, wie die Klägerin glaubhaft schilderte, bei Problemen, mit der Nadel eine Vene zu treffen. Es ist somit aufgrund der Tätigkeit der Klägerin als Krankenschwester von einer generellen Gefährdung und somit einer abstrakten Gefährdungslage im Sinne von a) auszugehen.

Nach Ansicht des Senats lag bei der Tätigkeit der Klägerin aber auch eine besonders hohe Infektionsgefahr (b) vor. Die Klägerin müsste einer der versicherten Tätigkeit innewohnenden Infektionsgefahr in besonderem Maße ausgesetzt gewesen sein (BSG, Urte. v. 2. April 2009, [a.a.O.](#)). Nicht erforderlich ist aber der Nachweis des konkreten Ansteckungsvorgangs; einen derartigen Nachweis, z.B. durch die Vorlage eines Auszugs aus dem Verbandbuch, wie im Fragebogen der Beklagten vom Oktober 2012 beispielhaft aufgeführt, oder durch Benennung eines konkreten Patienten oder eines Tages, kann die Klägerin nicht führen. Ausreichend ist auf der anderen Seite aber auch nicht eine "schlichte Infektionsgefahr" (BSG, a.a.O.). Liegt eine erhöhte Infektionsgefahr vor, ist die haftungsbegründende Kausalität grundsätzlich gegeben (BSG v. 2. April 2009, Az.: [B 2 U 7/08 R](#)). Die Klägerin hat in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat aber glaubhaft und nachvollziehbar versichert, sich an einen einmaligen Vorgang bei der Entnahme von Blut in der Tagesschicht erinnern zu können, bei dem

sie sich mit der Nadel gestochen hat. Sie könne dies jedoch nicht belegen. Allgemein sind zwei Gesichtspunkte von Bedeutung für das Vorliegen der besonderen Infektionsgefahr (ausgehend v. BSG, Urt. v. 2. April 2009, [a.a.O.](#)), nämlich aa) die Durchseuchung (Prävalenz) des Umfeldes der Tätigkeit und/oder bb) die Übertragungsgefahr der ausgeübten Verrichtung (Mehrtens/Brandenburg, a.a.O., S. 18).

Die Durchseuchung des Arbeitsumfeldes auf der einen und die Übertragungsgefahr der versicherten Verrichtungen auf der anderen Seite stehen in einer Wechselbeziehung zueinander. An den Grad der Durchseuchung können umso niedrigere Anforderungen gestellt werden, je gefährdender die spezifischen Arbeitsbedingungen sind. Je weniger hingegen die Arbeitsvorgänge mit dem Risiko der Infektion behaftet sind, umso mehr erlangt das Ausmaß der Durchseuchung an Bedeutung. Allerdings muss zumindest die Möglichkeit einer Infektion bestehen. Ist das nicht der Fall, weil z. B. trotz eines hohen Durchseuchungsgrades die Art der konkret ausgeübten Tätigkeit einen Infektionsvorgang ausschließt, ist für die Annahme einer Gefahr von vornherein kein Raum. Kommt indes eine Infektion in Betracht, ist im Wege einer Gesamtbetrachtung der Durchseuchung und der Übertragungsgefahr festzustellen, ob sich im Einzelfall eine Infektionsgefahr ergibt, die nicht nur geringfügig erhöht ist, sondern in besonderem Maße über der Infektionsgefahr in der Gesamtbevölkerung liegt. Dabei legt der Nachweis einer infizierten Kontaktperson bei gleichzeitiger Übertragungsfähigkeit der Tätigkeit das Vorliegen einer besonders erhöhten Infektionsgefahr nahe. Zwingend ist dieser Schluss aber nicht (BSG, a.a.O.).

Nach Überzeugung des Senat war vorliegend die Klägerin derartigen "Einwirkungen" ausgesetzt, d.h., es bestand im Hinblick auf ihre konkrete Tätigkeit bezogen auf die Berufskrankheit Nr. 3101 eine besonders erhöhte Infektionsgefahr in o.g. Sinne.

Der Grad der Durchseuchung (aa) ist hinsichtlich der kontaktierten Personen als auch der Objekte festzustellen, mit oder an denen zu arbeiten ist. Lässt sich das Ausmaß der Durchseuchung nicht aufklären, kann aber das Vorliegen eines Krankheitserregers im Arbeitsumfeld nicht ausgeschlossen werden, ist vom Durchseuchungsgrad der Gesamtbevölkerung auszugehen (BSG, Urt. v. 2. April 2009, [a.a.O.](#); Hess. Landessozialgericht, a.a.O., juris Rn. 44). Der Grad der Durchseuchung bezüglich HCV-Antikörper in der Gesamtbevölkerung beträgt ca. 0,5 bis 0,7 % (vgl. auch BSG, a.a.O.; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 717). Die Übertragungsgefahr (bb) ist nach dem Übertragungsmodus der jeweiligen Infektionskrankheit sowie der Art, der Häufigkeit und der Dauer der vom Versicherten verrichteten gefährdenden Handlungen zu beurteilen. Ebenfalls zu beachten sind die individuellen Arbeitsvorgänge. Da für die Anerkennung der Berufskrankheit Nr. 3101 nicht eine schlichte Infektionsgefahr genügt, sondern eine (z. T. typisierend nach Tätigkeitsbereichen) besonders erhöhte Infektionsgefahr vorausgesetzt wird ([§ 9 Abs. 1 S. 2](#) HS 1 SGB VII), kommt es darauf an, welche einzelnen Arbeitshandlungen im Hinblick auf den Übertragungsweg besonders gefährdend sind (BSG, Urt. v. 2. April 2009, [a.a.O.](#); Hess. Landessozialgericht, a.a.O., juris Rn. 45).

Die Klägerin war einem derartigen besonders erhöhten Infektionsrisiko jedenfalls im Sinne der Fallgruppe bb) ausgesetzt. Bzgl. des Durchseuchungsgrades (aa) ist fraglich, ob in der Klinik tatsächlich Hepatitis C-Patienten behandelt wurden. Das LRA C-Stadt konnte derartige Meldungen der Klinik nicht bestätigen. Dies ergab auch eine aktuelle Anfrage beim LRA C-Stadt. Auch die Oberärztin Dr. D. hat - allerdings erst ab dem Jahre 2000 - angegeben, dass keine Hepatitis C-Patienten behandelt wurden bzw. dass sie sich an keinen Fall erinnern kann. Dass von der Klinik die Hepatitis-C-Fälle nicht an das gemeldet wurde, sind Vermutungen der Klägerin und von Zeugen, die jedoch nicht zu belegen sind. Die damalige Arbeitgeberin der T.N. ist insolvent gegangen; Ermittlungen des Senats waren hier nicht mehr möglich. Die W.P.W. GmbH konnte für die Zeit vor 1. Mai 2003 keine Aussagen machen.

Allerdings bestätigen die schriftlich vernommenen übrigen Zeugen - Fr. E., Hr. F. und Hr. A. - übereinstimmend, dass auch Hepatitis C-Patienten behandelt wurden. Belege für eine tatsächliche Infektion konnten von den Zeugen aber nicht vorgebracht oder benannt werden. Dabei wurde vielmehr überwiegend wie auch von der Klägerin auf die Schwächung des Immunsystems bei Patienten in onkologischer oder dermatologischer Behandlung hingewiesen. Derartige Patienten wurden ab 2000 bzw. 2001 nachweislich in der Klinik behandelt. Ob tatsächlich eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhte Infektionsquote vorlag, kann hierbei vermutet werden, ist aber nicht tatsächlich nachgewiesen. Der Sachverständige Dr. M. hat in der ergänzenden Stellungnahme ausgeführt, es fehle am Nachweis einer besonders erhöhten Infektionsgefahr. Der Nachweis gelinge nicht, dass im Haus B. ein derartiges Klientel mit reduzierter Immunlage zwingend behandelt worden wäre. Mit Wahrscheinlichkeit sei dies aber als gegeben anzusehen. Der Vollbeweis einer besonders erhöhten Infektionsgefahr könne aber nicht geführt werden. Soweit er auf die Möglichkeit, dass die Klägerin sich die Erkrankung im Rahmen ihrer Ausbildung zur Krankenschwester zugezogen hat und dies über einen längeren Zeitraum unerkannt und latent geblieben ist, verweist, schließt sich der Senat dieser Einschätzung nicht an. Zum einen wurde nämlich die Klägerin zu Beginn ihrer Tätigkeit im deutschen Gesundheitswesen untersucht, wobei eine Hepatitis-C-Infektion trotz Blut- und Röntgenuntersuchung nicht festgestellt wurde. Entsprechendes gilt nach Angaben der Klägerin auch für den Beginn der Praktikumstätigkeit an der Klinik der LMU-A-Stadt im Dezember 1999. Zum anderen waren nach den Angaben des Gesundheitsamtes C-Stadt im Jahre 2003 die Testergebnisse des Betriebsarztes fünf bis sieben Jahren zuvor negativ. Unter Bezugnahme hierauf ist auch die Beklagte in einem Vermerk vom 24. Oktober 2012 von einer Infektion in den Jahren 1992 bis 2005 ausgegangen.

Der Nachweis von einer Häufung von Hepatitis C-erkrankten Patienten vor allem seit 1. März 2001 in der Klinik kann somit nach Überzeugung des Senats nicht geführt werden. Wenn sich das Ausmaß der Durchseuchung nicht aufklären lässt, ist nach der BSG-Rechtsprechung (BSG v. 15. September 2011, [NZS 2012, 151](#)) vom Durchseuchungsgrad der Gesamtbevölkerung auszugehen. Der Durchseuchungsgrad entspricht damit auch vorliegend zumindest dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung, wobei, gestützt auf das Gutachten des Dr. M., aufgrund der Behandlung von immungeschwächten Patienten auf onkologischem und dermatologischem Fachgebiet davon ausgegangen werden kann, dass der Durchseuchungsgrad über dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung liegt. Jedenfalls ist statistisch ausgeschlossen, dass bei einer Belegung von bis zu 100 Patienten kein Patient mit Hepatitis C-Infektion behandelt wurde.

Eine besondere Infektionsgefahr nach der Fallgruppe aa) lässt sich hieraus allein somit nicht belegen. Anders beurteilt dies der Senat jedoch hinsichtlich der Fallgruppe bb). Eine besondere Infektionsgefahr aufgrund der Übertragungsgefahr bei der ausgeübten Verrichtungen richtet sich nach dem spezifischen Übertragungsweg der Infektionskrankheit (hier also die Übertragung durch Körperflüssigkeiten, insb. durch Blut) sowie der Art, Häufigkeit und Dauer der verrichteten gefährdenden Tätigkeit. Letzteres meint die potentiell übertragungsgerechten Kontakte oder ein besonders hohes Verletzungs- oder Inokulationsrisiko. Zweifellos ging die Klägerin nahezu bei jeder Arbeitsschicht mit Spritzen und Infusionsbesteck um. Dies ergibt sich auch aus den Erstanfragen der Klägerin, insbesondere im Fragebogen vom 4. Oktober 2012; sie hat hierin die Spalte "1 - 10 x täglich" angekreuzt bzgl. Umgang mit chirurgischen Nadeln, Umgang mit Venen- und Arterienkatheter und Injektionskanülen sowie bzgl. sonstiger invasiver Tätigkeit bei medizinischer Behandlung und Diagnostik, wobei die

Klägerin auf das Setzen von Infusionen oder auf Wundverbände verwies. Zu einer Infektion mit dem Hepatitis C-Virus kann es insbesondere kommen, wenn sich die Klägerin mit der benutzten Nadel selbst gestochen hat. Wie oben dargelegt, gab es im Krankenhausalltag durchaus auch Situationen, bei denen hierbei keine Schutzhandschuhe getragen wurden. Dabei benutzte die Klägerin vor allem bei der Blutentnahme Nadeln mit einem großen Durchmesser bzw. sog. Butterfly-Kanülen. Das Hess. Landessozialgericht hat zu dieser Problematik ausgeführt (zitiert aus Hess. Landessozialgericht, a.a.O., juris Rn. 48): "(...) daher kommen bei der HCV-Infektion als Übertragungsgefährdend nur solche Tätigkeiten in Betracht, die erfahrungsgemäß mit der konkreten Gefahr von häufigen parenteralen Inokulationsereignissen im Sinne von Verletzungsereignissen verbunden sind, bei denen es zu einem erheblichen Blutaustausch kommt. Insbesondere ist die Nadelstichverletzung mit einer Hohlneedle ein geeigneter Übertragungsweg, der ein besonders hohes Übertragungsrisiko beinhaltet, da hier regelmäßig der Transfer relativ großer Mengen frischen Blutes möglich ist (BSG, Urteil vom 2. April 2009 - [B 2 U 30/07 R](#) - juris). Das Infektionsrisiko bei einer Stichverletzung mit einer für einen nachweislich infektiösen Patienten gebrauchten Nadel beträgt ungefähr 3 % (Mehrtens/ Brandenburg, Die Berufskrankheiten-Verordnung (BKV), 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, Anhang 13.1; Schönberger/Mehrtens/ Valentin, S. 718)."

Für das Hessische Landessozialgericht war im Folgenden u.a. maßgeblich, welche Art von Kanüle (dort: Butterfly-Verweilkanüle) verwendet wurde. Im Unterschied zur dort verwendeten Butterfly-Verweilkanüle könnten Insulinspritzen aufgrund ihrer geringeren Kanülendicke weniger Blut übertragen. Hinzu kommt der Umstand, dass Insulinspritzen nur subkutan und nicht intravenös verabreicht werden, was die Menge des infektiösen Blutes, welches potentiell aus der Injektionswunde austritt, erheblich minimiere.

Die Klägerin hat als vordergründig für eine mögliche Infektion eine Situation benannt, bei der eine Blutentnahme vorgenommen wurde. Hierbei werden regelmäßig Nadeln mit relativ großem Durchmesser verwendet, u.a. auch die Butterfly-Verweilkanüle. Auch ist der Senat aufgrund der Erangaben der Klägerin und der Schilderung in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat davon überzeugt, dass die Klägerin regelmäßig mit Nadeln arbeiten musste, bei denen eine Kontaktaufnahme zwischen ihrem Blut und dem Blut eines Patienten kommen konnte. Bestätigt erscheinen vor allem auch Blutentnahmen von ein- bis zweimal in der Woche und deutlich häufigere, mehrmals tägliche intravenöse Kontaktmöglichkeiten beim Setzen oder Wechsel von Infusionen - auch wenn dort die Nadeldicke geringer als bei der Blutentnahme ist. Die Kanülendicke richtet sich regelmäßig auch nach dem jeweiligen Patienten.

Auch wenn die Übertragungswahrscheinlichkeit nach einer Nadelstichverletzung mit einer für einen nachweislich infektiösen Patienten gebrauchten Nadel gering ist, ist eine besondere Infektionsgefahr im Vergleich mit der Gefahr, die in der Bevölkerung allgemein hinsichtlich einer Infektion besteht, gegeben. Das Hess. Landessozialgericht (a.a.O., Rn. 50) hat hierzu ausgeführt, dass das Infektionsrisiko von Personen in der Allgemeinbevölkerung, die keiner Risikogruppe angehören, gegen Null tendiert. Dementsprechend ergibt sich aus dem Epidemiologischen Bulletin des Robert Koch Instituts 31/2014, dass im Jahr 2013 87 % der Neuinfizierten, bei denen belastbare Angaben zum Übertragungsweg vorlagen, sich beim intravenösen Drogengebrauch infiziert hatten. Der allgemeine Risikoanteil in der Bevölkerung - außer bei Drogenabhängigen - ist also auch nach dieser Studie extrem gering. Demgegenüber steigt die Wahrscheinlichkeit einer Infektion bei Benutzung von Nadeln im Rahmen der Krankenhaustätigkeit. Es ist vorliegend wie oben nicht ausgeschlossen, dass Patienten mit Hepatitis C in der Klinik von der Klägerin behandelt wurden, vielmehr liegt der Durchseuchungsgrad mindestens so hoch wie bei der Allgemeinbevölkerung.

Dabei war die Klägerin auch nicht nur kurzzeitig einer besonderen Infektionsgefahr ausgesetzt, sondern im vollen Zeitraum der Behandlung von onkologischen Patienten in der Klinik von März 2001 bis März 2002 und auch in der Zeit davor, als u.a. seit Juni 2000 auch Patienten auf dermatologischem (z.B. mit Kortisonbehandlung) und sonstigem Fachgebiet behandelt wurden.

Eine besondere Infektionsgefahr nach der Fallgruppe bb) liegt damit unter Einbezug des dargelegten Durchseuchungsgrades nach Überzeugung des Senats vor. Der Ordnungsgeber unterstellt bei Vorliegen einer besonderen Infektionsgefahr typisierend den Ursachenzusammenhang nach Tätigkeitsbereichen (Mehrtens/Brandenburg, a.a.O., S. 19 f). Ein Ausschlussgrund wie unter Berücksichtigung der Inkubationszeit oder einer Erkrankung durch eine Infektion im unversicherten Lebensbereich ist hier nicht erkennbar und vorgebracht. Vor allem ist auch eine Erkrankung an Hepatitis C im engeren Familienkreis, insbesondere beim Ehemann, nicht gegeben.

Der Zeitpunkt der Infektion fällt unstreitig in den Zeitraum der Ausübung der gefährdenden Arbeitsvorgänge. Andere Ansteckungsrisiken sind bei der Klägerin nicht bekannt. Insbesondere ist wie oben dargelegt nicht anzunehmen, dass eine Infektion in die Zeit der Tätigkeit vor 1992 in B. fällt.

Es besteht damit ein Anspruch der Klägerin auf Feststellung der Hepatitis C-Erkrankung als Berufskrankheit nach Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV. Der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München und damit verbunden die streitgegenständlichen Bescheide vom 18. Dezember 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. April 2013 waren daher aufzuheben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2016-05-06