

L 17 U 206/05

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
17
1. Instanz
SG Gelsenkirchen (NRW)
Aktenzeichen
S 10 U 277/04
Datum
19.09.2005
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 17 U 206/05
Datum
31.05.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 19. September 2005 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte die Hepatitis-C-Erkrankung der Klägerin als Berufskrankheit (BK) nach Nr. 3101 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) anerkennen muss.

Die im Februar 1952 geborene Klägerin stammt aus Polen, ist seit September 1994 als Reinigungskraft im St. B-Hospital in I teilzeitbeschäftigt (20 Stunden/Woche) und entsorgt dort nach eigenen Angaben in der chirurgischen bzw. orthopädischen Ambulanz u.a. Kanülen, Spritzen und Operationsbestecke, die mit Blut kontaminiert sind. Bei der Einstellungsuntersuchung am 02. September 1994 fanden die Ärzte des Arbeitsmedizinischen Vorsorgezentrums (AMVZ) in I eine mit 42 U/l erhöhte GPT (Glutamat-Pyruvat-Dehydrogenase). Bei der Kontrolluntersuchung am 06. Oktober 1995 lag die GPT mit 24 U/l geringfügig über der Norm. Am 26. Oktober 1996 stach sich die Klägerin als Reinigungskraft beim Entleeren eines Abfalleimers an einer gebrauchten Spritze. 1998 bemerkte sie angeblich erstmals allgemeine körperliche Ermüdungs- und Erschöpfungszustände. Am 17. März 1999 war ihr GPT mit 27 U/l gering erhöht, während der g-GT (g-Glutamyltransferase) mit 10 U/l im Normbereich lag. Im Laufe eines dreiwöchigen stationären Heilverfahrens in der Klinik Niedersachsen in Bad Nenndorf stellten die Kurärzte im Mai 1999 einen g-GT von 22 U/l und eine GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase) von 15 U/l fest. Nachdem die Klägerin am 24. April 2002 positiv auf Hepatitis-C-Virus-RNA getestet worden war, zeigte die Internistin Dr. M vom AMVZ der Beklagten Ende April 2002 den Verdacht auf eine BK an und teilte gleichzeitig mit, dass die Klägerin vor 30 Jahren in Polen eine Bluttransfusion erhalten habe. Im August 2002 diagnostizierte Dr. I, Chefarzt der Medizinischen Klinik II des St. B Hospitals, eine chronisch replikative Hepatitis C mit dem HVC-Genotyp 1b. Die histologische Untersuchung des Lebergewebes, das der Klägerin zu diagnostischen Zwecken entnommen worden war (Probeexzision [PE] mittels Leberbiopsie), ergab im August 2002 eine geringe entzündliche Aktivität (Hepatic activity index [HAI] score 2). Am 21. Januar 2003 wurde ein negativer Anti-HCV-Status laborchemisch ermittelt.

Im Feststellungsverfahren gab die Klägerin an, sie habe nach einer Kaiserschnittentbindung im August 1972 im D-Krankenhaus in I eine "Transfusion" erhalten. Die Beklagte zog zunächst ein Aktengutachten von Prof. Dr. T, Direktor der Medizinischen Klinik am Knappschafts-Krankenhaus C, vom 09. Februar 2004 bei. Darin führte der Gutachter aus, dass der Ursachenzusammenhang zwischen der Hepatitis-C-Infektion und der Berufstätigkeit als Reinigungskraft auf der chirurgischen Station/Ambulanz bei nachgewiesener Nadelstichverletzung wahrscheinlich sei. Außerberufliche Risikofaktoren seien nicht zu eruieren; der Infektionszeitraum lasse sich nicht eingrenzen. Allerdings spreche der negative Anti-HCV-Status, der im Januar 2003 festgestellt worden sei, gegen eine Hepatitis-C-Infektion.

Nachdem die niedergelassene Internistin und Gastroenterologin Dr. G aus I wieder eine Virusreplikation mit erhöhten Transaminasenaktivitäten nachgewiesen hatte, leitete sie Mitte August 2003 eine antivirale Interferon-Ribavirin-Therapie ein. Ihr Praxiskollege, der niedergelassene Internist und Gastroenterologe Dr. II, erstattete daraufhin im Auftrag der Beklagten unter dem 09. Februar 2004 ein weiteres Gutachten und bezeichnete den ursächlichen Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und der Hepatitis-C-Infektion als "möglich". Die Infektionswahrscheinlichkeit aufgrund der einmaligen Bluttransfusion in Polen betrage 0,5% und wegen der Kanülenstichverletzung durchschnittlich 2% bis 4%; andere Infektionswege seien nicht zu ermitteln. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätzte er auf 20 vom Hundert (v.H.). Auf Nachfrage der Beklagten legte Dr. G in einer ergänzenden Stellungnahme vom 19. Mai 2005 dar, dass sich die Klägerin eher durch die Kanülenstichverletzung als durch die Transfusion infiziert habe. Aufgrund der Datenlage sei jedoch keine eindeutige Stellungnahme möglich.

Prof. Dr. T1, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin in X, führte in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 13. Juni 2004 aus, dass die chronische Hepatitis C äußerst mild (blande) verlaufe, wobei sich der Infektionszeitpunkt nicht eingrenzen lasse. Erfahrungsgemäß müsse aber die Laufzeit derart milder Hepatitis-C-Erkrankungen "mit Jahren bis Jahrzehnten" angegeben werden. Zudem habe das posttransfusionelle Risiko für eine Hepatitis C-Infektion bis 1989 pro Blutkonserve bei ca. 3% gelegen. Das Erkrankungsrisiko sei damit etwa genauso hoch gewesen wie nach einer Stichverletzung mit einer kontaminierten Kanüle. Vorliegend sei aber noch nicht einmal erwiesen, dass sich die Klägerin an einer Kanüle gestochen habe, die mit dem Hepatitis-C-Virus verseucht gewesen sei. Schon deshalb sei der Ursachenzusammenhang lediglich möglich, aber keinesfalls überwiegend wahrscheinlich. Beweiserleichterungen kämen nicht in Betracht.

Hierauf gestützt lehnte es die Beklagte mit Bescheid vom 10. September 2004 ab, eine BK nach Nr. 3101 der Anlage zur BKV anzuerkennen und zu entschädigen. Dagegen erhob die Klägerin am 17. September 2004 Widerspruch und berief sich u.a. auf das Aktengutachten von Prof. Dr. T. In der chirurgischen und orthopädischen Ambulanz habe sie ständig verletzungsfähiges Material (Nadeln, Skalpelle) entsorgt. Es sei daher ein Wunder, dass sie sich nur einmal verletzt habe. Gerade Totalendoprothesenträger, die bei der Prothesenimplantation relativ oft mit Bluttransfusionen versorgt worden und deshalb überdurchschnittlich häufig mit Hepatitis C infiziert seien, suchten die orthopädischen Ambulanzen von Krankenhäusern auf. Schon deshalb sei sie bei ihrer Tätigkeit konkret gefährdet gewesen. Das Infektionsrisiko aufgrund der Transfusion 1972 sei geringer gewesen als Prof. Dr. T1 in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme annehme, weil üblicherweise nicht Vollblut, sondern nur Blutplasma (Erythrozytenkonzentrat) übertragen worden sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18. November 2004 wies die Beklagte den Widerspruch zurück, weil sich die Klägerin das Hepatitis-C-Leiden auch bei der Kaiserschnittentbindung 1972 zugezogen haben könne. Denn der Infektionszeitpunkt lasse sich nicht eingrenzen. Es sei auch nicht erwiesen, dass die Nadel, an der sie sich 1996 bei Reinigungsarbeiten gestochen habe, mit Hepatitis-C-Viren verseucht gewesen sei. Das Infektionsrisiko bei den Entsorgungstätigkeiten sei gering gewesen, weil das Hepatitis-C-Virus wenig infektiös sei. Deshalb sei eine Ansteckung lediglich "möglich", aber angesichts der Blut(plasma)-transfusion und den erhöhten Leberwerten vor Aufnahme der Reinigungstätigkeit nicht wahrscheinlich.

Dagegen hat die Klägerin am 07. Dezember 2004 vor dem Sozialgericht (SG) Gelsenkirchen Klage erhoben und vorgetragen, dass Reinigungskräfte in der chirurgischen oder orthopädischen Ambulanz ähnlich stark gefährdet seien wie Krankenschwestern oder Laborantinnen. Deshalb müsse ein konkretes Infektionsereignis nicht nachgewiesen werden. Folglich komme es auch nicht darauf an, ob sich die Klägerin am 26. Oktober 1996 tatsächlich an einer infizierten Nadel gestochen habe. Verletzte sich eine Reinigungskraft im Krankenhaus an einer benutzten Spritze aus einem Abfallsack, so könne sie praktisch nicht beweisen, von welchem Patienten die Kanüle stamme. Schon deshalb müsse auf einen konkreten Infektionsnachweis im Sinne einer lückenlosen Überträgerkette verzichtet werden. Die geringfügig erhöhten Transaminasen vor Aufnahme der Reinigungstätigkeit belegten keine frühere Hepatitis-C-Infektion. Typische Hepatitis-Symptome wie allgemeine körperliche Erschöpfung und vorzeitige Ermüdbarkeit seien erst 1998 aufgetreten, so dass es unter klinischen Gesichtspunkten wahrscheinlicher sei, dass sie sich 1996 und nicht 1972 angesteckt habe.

Zu Beweis Zwecken hat das SG von Amts wegen ein Gutachten des niedergelassenen Internisten Dr. L aus E eingeholt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 11. Februar 2005 die antivirale Behandlung mit Interferon und Ribavirin als erfolgreich bezeichnet und dargelegt, dass ein "sehr günstiger Befund" vorliege, weil weder Hepatitis-C-Virus-RNA noch erhöhte leberspezifische Fermente nachweisbar seien. Die Klägerin habe in einem Allgemeinkrankenhaus gearbeitet, das in einem Stadtteil mit vorwiegend älterer Bevölkerung liege. Hieraus sei zu schließen, dass der Anteil HCV-Infizierter unter den Patienten geringer sei als in einem Durchschnittskrankenhaus. Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts in Berlin liege die Durchseuchung der Allgemeinbevölkerung mit Hepatitis C bei 0,4%. Das Risiko, sich mit Hepatitis C anzustecken, betrage im Mittel etwa 3%, wenn man sich an einer Kanüle steche, mit der zuvor ein Hepatitis-C-Kranker behandelt worden sei. Folglich liege die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Klägerin bei der Nadelstichverletzung infiziert habe, deutlich unter 0,4%. Ähnlich gering sei die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Klägerin bei der einmaligen Bluttransfusion im Jahre 1972 angesteckt habe. Im Ergebnis sei eine berufsbedingte Infektion möglich, aber unwahrscheinlich.

Mit Urteil vom 19. September 2005 hat das SG die Klage abgewiesen: Es sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass sich die Klägerin bei ihrer Tätigkeit als Reinigungskraft mit Hepatitis C angesteckt habe, wie der Gutachter Prof. Dr. T, der Beratungsarzt Prof. Dr. T1 und der Sachverständige Dr. L übereinstimmend angenommen hätten. Es sei bereits unklar, ob sich die Klägerin vor oder nach Aufnahme ihrer Reinigungstätigkeit infiziert habe. Zudem habe sie im Krankenhaus weder unmittelbar noch mittelbar Kontakt zu Personen gehabt, die nachweislich an Hepatitis C erkrankt gewesen seien. Die Zahl HCV-Kranker sei im Ir St. B-Hospital auch nicht deutlich höher als in der Normalbevölkerung, wie der Sachverständige Dr. L überzeugend herausgearbeitet habe. Schließlich kämen Reinigungskräfte in Krankenhäusern typischerweise nicht mit Blut in Berührung, das von unerkannt HCV-Infizierten stamme. Folglich sei ihre Tätigkeit auch nicht als besonders hepatitisgefährdend einzustufen.

Nach Zustellung am 21. September 2005 hat die Klägerin gegen dieses Urteil am 05. Oktober 2005 Berufung eingelegt und vorgetragen, nach der Bluttransfusion in Polen 25 Jahre lang klinisch unauffällig und voll leistungsfähig gewesen zu sein. Für einen späten Ansteckungszeitpunkt spreche ferner, dass weder ihr Ehemann noch ihre zweite, im August 1986 geborene Tochter mit Hepatitis C infiziert seien. Der gering erhöhte GPT-Wert vor der Aufnahme der Reinigungstätigkeit sei völlig unspezifisch und könne einen frühen Infektionszeitpunkt keinesfalls belegen, zumal er innerhalb eines Jahres von 42 U/l auf 24 U/l zurückgegangen und nicht angestiegen sei. Zudem habe Prof. Dr. T1 das posttransfusionelle Infektionsrisiko mit 3% pro Blutkonserve völlig überschätzt. Sämtliche Gutachter arbeiteten, was die Ansteckungsgefahr nach Bluttransfusionen und Nadelstichverletzungen angehe, mit unterschiedlichen Prozentsätzen, so dass fraglich sei, ob es überhaupt belastbare Statistiken gebe. Überdies sei zu berücksichtigen, dass die chirurgische Ambulanz des St. B-Hospitals viele jugendliche Ausländer, die überdurchschnittlich häufig mit HCV infiziert seien, oft nach "Verletzungen infolge nonverbaler Auseinandersetzungen" versorge. Dies erhöhe die Infektionsgefahr, die auch für Reinigungskräfte über das normale Maß deutlich hinausgegangen sei. Da eine außerberufliche Ursache nach Einschätzung des Sachverständigen Dr. L "wohl kaum in Betracht" komme, müsse sie sich während ihrer beruflichen Tätigkeit angesteckt haben.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 19. September 2005 zu ändern, den Bescheid vom 10. September 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. November 2004 aufzuheben und festzustellen, dass ihre Hepatitis-C-Erkrankung eine Berufskrankheit

nach Nr. 3101 der Anlage zur BKV ist.

Die Beklagte, die dem angefochtenen Urteil beipflichtet, beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat von Amts wegen Beweis erhoben und den niedergelassenen Internisten sowie Gastroenterologen Dr. N aus E1 beauftragt, die Klägerin ambulant zu untersuchen. In seinem Sachverständigengutachten vom 14. Februar 2006 ist der Sachverständige (SV) zu dem Ergebnis gelangt, dass die einjährige Therapie mit Interferon und Ribavirin zu einer "Langzeitremission" der chronisch-replikativen Hepatitis C mit dem Genotyp 1b geführt habe. Die Klägerin sei während ihrer Berufstätigkeit mit Materialien umgegangen, die mit Blut kontaminiert und damit potentiell infektiös gewesen seien. Deshalb sei sie - verglichen mit der Normalbevölkerung - einem erhöhten und gegenüber operativ tätigen Ärzten oder Pflegekräften einem geringeren Infektionsrisiko ausgesetzt gewesen. Aufgrund der erhöhten GPT-Werte in den Jahren 1994 und 1995 sei es "möglich", dass sie sich bereits vor der Nadelstichverletzung infiziert habe; wahrscheinlichste Ursache sei dabei die Bluttransfusion. Dass die damals erhöhten Leberwerte wahrscheinlich hepatitis-C-bedingt gewesen seien, belege der aktuelle Befund. Denn die GPT- und GOT-Werte seien nunmehr deutlich niedriger als die Werte, die vor der Nadelstichverletzung nachgewiesen worden seien. Die erhöhten Leberwerte vor der Stichverletzung sprächen "eher für die Bluttransfusion als Ursache der chronischen Hepatitis C". Folglich sei ein Ursachenzusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und der HCV-Erkrankung nicht hinreichend wahrscheinlich.

Hierzu hat sich die Klägerin kritisch geäußert und vorgetragen, dass die GPT und GOT unspezifisch seien und auch aufgrund von Alkoholkonsum, Infekten oder Medikamenten erhöht sein könnten. Zudem sei zu berücksichtigen, dass sie nach der Kaiserschnittentbindung in Polen keine Transfusion, sondern nur eine Infusion erhalten habe. Gegen eine Ansteckung im Rahmen einer Bluttransfusion 1973 spreche außerdem, dass weder ihre zweite Tochter noch ihr Ehemann infiziert seien.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakte (Aktenzeichen: 000) Bezug genommen. Beide Akten waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist unbegründet.

SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, weil der Bescheid vom 10. September 2004 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 18. November 2004 ([§ 95 SGG](#)) rechtmäßig ist und die Klägerin nicht beschwert ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)). Denn ihre Hepatitis-C-Erkrankung ist keine BK nach Nr. 3101 der Anlage zur BKV, weil der Ursachenzusammenhang zwischen dem berufsbedingten Kontakt mit infektiösem Material und der Hepatitis-C-Erkrankung nicht hinreichend wahrscheinlich ist. Dass die Klägerin im Berufungsverfahren von ihrem ursprünglichen Entschädigungsantrag auf einen Feststellungsantrag übergegangen ist, stellt gem. [§ 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG](#) keine Klageänderung dar und war deshalb zulässig (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG-Kommentar, 7. Aufl. 2005, § 99 Rn. 4).

Nach [§ 9 Abs. 1 SGB VII](#) sind BKen solche Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bezeichnet hat und die Versicherte infolge einer Tätigkeit erleiden, 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. Zwar führt die Klägerin die Hepatitis-C-Infektion auf ein einmaliges Ereignis zurück, nämlich auf die Nadelstichverletzung vom 26. Oktober 1996, die an sich den Tatbestand eines Arbeitsunfalls erfüllt. Gleichwohl sind die Vorschriften des BK-Rechts anzuwenden, weil die Versicherten hierdurch besser gestellt werden (vgl. hierzu: BSG, Urteil vom 24. Juli 1985, Az.: [9b RU 36/83](#), SozR 5670 Anl 1 Nr. 3102; Senatsurteil vom 15. Dezember 2004, Az.: L 17 U 291/99; Mehrtens/Perlebach, Die Berufskrankheitenverordnung - Kommentar -, E [§ 9 SGB VII](#) Rn. 13).

1. Die Feststellung einer BK setzt voraus, dass die Versicherte im Rahmen der versicherten Tätigkeit schädigenden Einwirkungen im Sinne der BK ausgesetzt war, die geeignet sind, einen entsprechenden Gesundheitsschaden zu bewirken. Dabei müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich ihrer Art und ihres Ausmaßes (sog. arbeitstechnische Voraussetzungen) mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bewiesen sein (vgl. BSG, Urteile vom 20. Januar 1987, Az.: [2 RU 27/86](#), SozR 2200 § 548 Nr. 84, vom 22. Juni 1988, Az.: [9/9a RVg 3/87](#), SozR 1500 § 128 Nr. 34 und vom 22. August 2000, Az.: [B 2 U 34/99 R](#), SozR 3- 5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2; Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, [Handkommentar], [§ 9 SGB VII](#) Rn. 3; Mehrtens/Perlebach, Die Berufskrankheiten-Verordnung [Kommentar], E [§ 9 SGB VII](#) Rn. 14). Der ursächliche Zusammenhang zwischen versicherter Tätigkeit und Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie zwischen Einwirkung und Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) beurteilt sich nach der unfallrechtlichen Kausalitätslehre von der wesentlichen Bedingung. Danach sind nur die Bedingungen (mit-)ursächlich, die wegen ihrer besonderen Bedeutung für den Erfolg an dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (BSG, a.a.O.). Die haftungsbegründende und die haftungsausfüllende Kausalität müssen nicht nur möglich, sondern hinreichend wahrscheinlich sein (BSG, Urteile vom 02. Februar 1978, Az.: [8 RU 66/77](#), SozR 2200 § 548 Nr. 38 und vom 27. Juni 2000, Az.: [B 2 U 29/99 R](#), HVBG-INFO 2000, 2811, 2814 ff.; Mehrtens/Perlebach, a.a.O., E [§ 9 SGB VII](#) Rn. 26). Ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen ihn spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden (BSG SozR § 548 Nr. 38 und Urteil vom 18. Dezember 1997, Az.: [2 RU 48/96](#), SGB 1999, 39, 40). Die Faktoren, die für den Ursachenzusammenhang sprechen, müssen die Umstände, die gegen die Kausalität sprechen, deutlich überwiegen (vgl. Schulz-Weidner, SGB 1992, 59, 64f.).

Die nachgewiesene Hepatitis C ist eine Infektionskrankheit (vgl. Merkblatt für die ärztliche Begutachtung des BMA vom 01. Dezember 2000, BarBl 1/2001, abgedruckt bei Mehrtens/Perlebach, a.a.O., M 3101), wie es die BK nach Nr. 3101 der Anlage zur BKV prinzipiell erfordert. Die Klägerin war - im Zeitpunkt einer möglichen Infektion - im St. B-Hospital in I als Reinigungskraft halbtags beschäftigt und damit im Gesundheitsdienst tätig. Denn in Krankenhäusern (sog. Einrichtungen der geschlossenen Gesundheitsfürsorge, vgl. Mehrtens/Perlebach, a.a.O., M 3101 Anm. 2.1) ist das gesamte Hauspersonal (incl. der Verwaltungsangestellten) "im Gesundheitsdienst" beschäftigt. Gleichwohl ist es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Hepatitis C auf den berufsbedingten Kontakt mit infektiösem Material zurückzuführen ist. Denn die Faktoren, die für den Ursachenzusammenhang sprechen, überwiegen nicht die Umstände, die gegen die Kausalität sprechen.

Für den Ursachenzusammenhang lässt sich lediglich anführen, dass die Klägerin ihre zweite Tochter und ihren Ehemann angeblich nicht angesteckt hat und eine Nadelstichverletzung belegt ist. Nicht erwiesen ist freilich, dass diese Spritze auch mit Hepatitis-C-Erregern infiziert war. Geht man mit dem Robert-Koch-Institut von einer Prävalenz von 0,4% in der Allgemeinbevölkerung sowie im Patientengut des St. B-Hospitals aus und berücksichtigt man ferner, dass das Risiko, sich aufgrund einer kontaminierten Spritze zu infizieren bei etwa 3% liegt, wie der Verwaltungsgutachter Dr. I1 und der SV Dr. L übereinstimmend dargelegt haben, so betrug die Wahrscheinlichkeit einer Hepatitis-C-Infektion aufgrund der Nadelstichverletzung nur 0,012% oder 0,120/00 (= 0,004 x 0,03). Dies bedeutet mit anderen Worten: Erst nach 8.333 Nadelstichen wäre mit einer Infektion zu rechnen gewesen ($8333 \times 0,00012 = 0,99$). Für den Ursachenzusammenhang könnte ferner sprechen, dass klinische Symptome einer Hepatitis, wie allgemeine körperliche Erschöpfung und vorzeitige Ermüdbarkeit, erst 1998 und damit 2 Jahre nach der Nadelstichverletzung aufgetreten sind. Allerdings sind diese Krankheitserscheinungen völlig unspezifisch. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die Klägerin nach Angaben ihrer Hausärztin, der praktischen Ärztin T2 aus I, vor der Hepatitis-C-Diagnose keine Krankheitsanzeichen gespürt habe und angeblich "von nichts" wusste. Dies stimmt mit den Ausführungen der Internistin Dr. M, die die BK angezeigt hat, überein, wonach der Nachweis der Hepatitis C ein "laborchemischer Zufallsbefund" gewesen sei und die Klägerin zuvor "keine Beschwerden" geäußert habe.

Gegen den Ursachenzusammenhang spricht, dass die Hepatitis-C-Erkrankung bei der Klägerin einen milden Verlauf zeigte und durch eine Interferon-Ribavirin-Therapie zur Langzeitremission gebracht werden konnte. Nach den Darlegungen des Beratungsarztes Prof. Dr. T1, die als qualifiziertes Parteivorbringen zu werten sind, aber bei der Würdigung des medizinischen Sachverhalts nicht unberücksichtigt bleiben dürfen (BSG, Urteil vom 06. April 1989, Az: [2 RU 55/88](#) USK 8999; Senatsurteil vom 29. März 2006, Az: L 17 U 258/04; Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG-Kommentar, 8. Aufl. 2005, § 128 Rn. 8), ist die Laufzeit derart milder Hepatitis-C-Erkrankungen "mit Jahren bis Jahrzehnten" anzugeben. Hieraus lässt sich schließen, dass sich die Klägerin wahrscheinlich schon vor der Aufnahme ihrer Reinigungstätigkeit angesteckt hatte. Dafür spricht auch, dass sie bei der Einstellungsuntersuchung und vor der Nadelstichverletzung erhöhte Leberwerte hatte. Diese erhöhten Werte waren wahrscheinlich schon auf die Hepatitis zurückzuführen, weil sie nach der Vollremission wieder in den Normalbereich gesunken sind. Dabei ist freilich einschränkend zu bedenken, dass die Leberwerte im Hinblick auf eine Hepatitis-C-Erkrankung nur unspezifisch sind und durch Alkoholkonsum, Infekte oder Medikamente verfälscht sein können.

In der mündlichen Verhandlung hat die Klägerin erstmals bestritten, dass sie 1972 in Polen überhaupt eine Bluttransfusion erhalten hat. Sie habe die Begriffe "Transfusion" und "Infusion" verwechselt. Damit ist ein möglicher konkurrierender Ursachenfaktor nicht erwiesen. Berücksichtigt man jedoch, dass bei etwa der Hälfte der Betroffenen mit einem positiven Hepatitis-C-Antikörpertest überhaupt keine Infektionsrisiken ermittelt werden können (Mehrtens/Perlebach, a.a.O., M 3101 Anm. 11.1), so lassen sich die Ansteckungswahrscheinlichkeiten von Nadelstichverletzungen und Bluttransfusionen ohnehin nicht zuverlässig abwägen. Ernsthaft in Betracht kommen nämlich auch allgemeine, aber unbekannte Ursachen in der außerberuflichen Umwelt. Hält man sich vor Augen, dass die Ansteckungswahrscheinlichkeit aufgrund der Nadelstichverletzung 0,00012 betrug, so lässt sich eine überwiegende Ansteckungswahrscheinlichkeit aufgrund der beruflichen Tätigkeit auch dann nicht annehmen, wenn man zugunsten der Klägerin davon ausgeht, dass sie keine Bluttransfusion erhalten hat.

2. Fehlt - wie hier - die Indexperson und die Dokumentation des Übertragungsereignisses (es ist nicht erwiesen, dass die Kanüle, an der sich die Klägerin gestochen hat, mit Hepatitis-C-Viren verseucht war), so ist der ursächliche Zusammenhang bei der BK 3101 nach ständiger Rechtsprechung auch dann gegeben, wenn nachgewiesen ist, dass die 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 (BSG, Urteile vom 30. Mai 1998, Az: [2 RU 33/87](#), USK 8887, vom 18. November 1987, Az: [2 RU 15/97](#), USK 97103 und vom 24. Februar 2004, Az: [B 2 U 13/03 R](#), SozR 4-5671 Anl 1 Nr. 3101 Nr. 1 zur Hepatitis B; Senatsurteil vom 15. Dezember 2004, Az: L 17 U 291/99 zur Hepatitis C; Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, 11. Aufl., S 491n). Bei diesem Nachweis kann dann in der Regel auch davon ausgegangen werden, dass sich die Versicherte die bei ihr aufgetretene Infektionskrankheit durch ihre besondere berufliche Exposition zugezogen hat (BSG a.a.O., Senatsurteil, a.a.O.). Als BK ist die Hepatitis C, die bei der Klägerin seit spätestens März 2002 (Prof. Dr. T) vorliegt, somit anzuerkennen, wenn ihre Tätigkeit als Reinigungskraft in der chirurgischen Ambulanz des St. B-Hospitals in I mit besonderen, über das normale Maß hinausgehenden Infektionsgefahren verbunden war.

Zur Frage, wann eine besondere Infektionsgefahr besteht, die über das normale Maß hinausgeht, hat das BSG in seinem Urteil vom 24. Februar 2004 (Az: [B 2 U 13/03 R](#)), auf das sich auch das SG berufen hat, zur Hepatitis-B-Erkrankung folgendes ausgeführt: Die Annahme, dass eine Versicherte bei ihrer Berufstätigkeit einer Hepatitis-B-Exposition besonders ausgeliefert war, erfordert unter Berücksichtigung des Beginns der Erkrankung den Nachweis, dass entweder a) ein unmittelbarer oder mittelbarer beruflicher Kontakt mit an Hepatitis B erkrankten Personen bestanden hat (Mehrtens/Perlebach, a.a.O., Anm. 10.2 [3.1]) oder b) der prozentuale Anteil Hepatitis-B-infektöser Patienten in der Einrichtung, in der der Versicherte tätig war, deutlich höher war als in der Normalbevölkerung oder c) die Art der Tätigkeit als solche besonders hepatitisgefährdend war (Mehrtens/Perlebach, a.a.O., Anm. 10.2 [3.2]). Hierzu zählen insbesondere invasive Tätigkeiten bei medizinischer Behandlung oder Diagnostik und (pflegerische) Tätigkeiten, welche typischerweise mit einem Hautkontakt zu Blut oder anderen Körpersekreten verbunden sind. Erforderlich ist dabei, dass derartige Tätigkeiten mit einer gewissen Regelmäßigkeit verrichtet werden, wobei eine besondere Hepatitis-Gefährdung nur besteht, wenn jedenfalls regelmäßig ein gewisser Prozentsatz der Patienten im Arbeitsbereich des Versicherten unerkannt an Hepatitis B erkrankt ist (Mehrtens/Perlebach, a.a.O.).

Ob sich die Kriterien, die für die Beurteilung des Ursachenzusammenhangs bei der Hepatitis B entwickelt worden sind, auch auf die Hepatitis C übertragen lassen, ist umstritten (vgl. hierzu Mehrten/Perlebach, a.a.O., M 3101 Anm. 11.2). Denn nach gegenwärtigem Kenntnisstand ist das Risiko für Pflegekräfte und Ärzte bei der Hepatitis C deutlich niedriger als bei einer Hepatitis-B-Infektion (Mehrtens/Perlebach, a.a.O.). Selbst im Falle einer Inokulation von infiziertem Material ist das Ansteckungsrisiko um den Faktor 10 geringer als bei der Hepatitis B (Mehrtens/Perlebach, a.a.O.). Da sich die Hepatitis B und C aber auf vergleichbaren Wegen übertragen, können die für die Hepatitis B entwickelten Grundsätze in modifizierter Form auch bei der Hepatitis C angewendet werden. Abweichend von der Hepatitis B kommen allerdings nur solche Tätigkeiten in Betracht, bei denen häufig die konkrete Gefahr besteht, dass das Hepatitis-C-Virus unter Umgehung des Verdauungstraktes in den Körper gelangt (sog. parenterale Inokulationsereignisse). Es muss sich dabei um häufige Verletzungsereignisse handeln, bei denen es zu einer relevanten Blutinokulation kommt. Eine über das übliche Maß hinausgehende Gefährdung kann somit insbesondere bei Tätigkeiten, die im Allgemeinen nur mit oberflächlichen Hautkontakten zu Patienten, Pflegebedürftigen usw. verbunden sind, nicht bejaht werden (Mehrtens/Perlebach, a.a.O.). Diese (modifizierten) Kriterien sind vorliegend nicht gegeben, wie das SG zu Recht ausgeführt hat:

Denn die Klägerin hatte - als Reinigungskraft - berufsbedingt keinen häufigen Kontakt zu Patienten oder sonstigen Personen, die nachweislich an Hepatitis C erkrankt waren. Ohne den Nachweis eines unmittelbaren oder mittelbaren beruflichen Kontakts mit mindestens einer an Hepatitis C erkrankten Person während der Ansteckungszeit darf eine besondere, über das normale Maß hinausgehende Hepatitisgefährdung nur dann als gegeben angesehen werden, wenn davon ausgegangen werden kann, dass jedenfalls regelmäßig und häufig ein gewisser gegenüber der Normalbevölkerung erhöhter Prozentsatz der Patienten unerkannt an Hepatitis C erkrankt ist (vgl. BSG a.a.O.). Auch dies war hier nicht der Fall. Die Prävalenzrate Hepatitis-C-infektöser Patienten in der allgemeinen Bevölkerung beträgt nach Erhebungen des Robert-Koch-Instituts 0,4%, wie aus den Unterlagen hervorgeht, die die Klägerin im Widerspruchsverfahren selbst vorgelegt hat. Nach den überzeugenden Ausführungen des SV Dr. L hat die Klägerin in einem Allgemeinkrankenhaus gearbeitet, das in einem Stadtteil (und entsprechendem Einzugsgebiet) mit vorwiegend älterer Bevölkerung liegt. Hieraus lässt sich schließen, dass der Anteil HCV-Infizierter unter den Patienten geringer, keinesfalls aber signifikant höher war als in der Allgemeinbevölkerung. Folglich kam sie nur gelegentlich, nicht aber - wie gefordert - regelmäßig bzw. "häufig" mit Material in Kontakt, das von Hepatitis-C-erkrankten Patienten stammte. Die Tätigkeit als Reinigungskraft in der chirurgischen Ambulanz eines Allgemeinkrankenhauses birgt schließlich auch keine besonderen Hepatitisgefahren, wie etwa in einer Infektionsabteilung oder auf einer Station, in der überwiegend Leberkranke betreut werden.

3. Da bei Hepatitis-Erkrankungen der Infektionszeitpunkt, der Übertragungsmodus und die in Frage kommende Indexperson oftmals nicht mehr auszumachen sind, haben die Unfallversicherungsträger Beweiserleichterungen aufgestellt (vgl. dazu Mehrtens/Perlebach, a.a.O., M 3101 Anm. 12), deren rechtliche Verbindlichkeit ungeklärt ist. Ob sie über den allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsatz ([Art. 3 GG](#)) - etwa im Wege der Selbstbindung der Verwaltung - Außenwirkung erlangt haben und damit für die Versicherten (und Gerichte) verbindlich sind, lässt der Senat ebenso offen wie die Frage, ob die o.g. Beweiserleichterungen aufgrund eines Fehlverhaltens der Unternehmerin (Unterlassen beweissichernder Maßnahmen wie Untersuchung im Hause, Information des Werks- bzw. Betriebsarztes, Unfallanzeige an die Beklagte etc.) geboten sind. Denn die Beweiserleichterungskriterien greifen nicht zugunsten der Klägerin ein.

Nach den o.g. Beweiserleichterungsgrundsätzen ist die Klägerin in die Kategorie II einzuordnen, zumal "Reinigungspersonal in medizinischen Einrichtungen" in dieser Kategorie ausdrücklich erwähnt wird. Die Klägerin hat nämlich Tätigkeiten verrichtet, bei denen gelegentlich eine Exposition gegenüber Blut, Körperflüssigkeiten, humanem Gewebe und kontaminiertem Material möglich ist (vgl. Mehrtens/Perlebach, a.a.O., Anm. 13.5). Beweiserleichterungen kommen allerdings nur dann in Betracht, wenn sie einem hohen (Kategorie II a) und nicht nur einem geringen (Kategorie II b) Ansteckungsrisiko ausgesetzt war. Die Klägerin erfüllt aber nur die Kriterien der Kategorie II b, auch wenn bei ihrer Reinigungstätigkeit ein unmittelbarer Kontakt mit Blut oder anderen als infektiös in Frage kommenden Körperflüssigkeiten "möglich" war und sich bei der Nadelstichverletzung offenbar auch realisiert hat. Hierfür sind folgende Gesichtspunkte maßgeblich: Die Klägerin war nur halbtags (20 Stunden/Woche) als Reinigungskraft tätig und deshalb - verglichen mit einer Vollzeitkraft - von vornherein nur dem hälftigen Infektionsrisiko ausgesetzt. Sie kam auch nur in seltenen Ausnahmefällen unmittelbar (d.h. ungeschützt) mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt, weil sie bei ihrer Arbeit generell Handschuhe tragen musste. Gerade deshalb ist es (wohl) auch nur zu einer einzigen Nadelstichverletzung gekommen, wobei zusätzlich einschränkend zu berücksichtigen ist, dass bei der Hepatitis C das Risiko eines nur oberflächlichen (Haut-)kontakts mit kontaminierten Flüssigkeiten keinesfalls ausreicht (Mehrtens/Perlebach, a.a.O.). Besondere Verletzungs- oder Inokulationsrisiken bestanden aufgrund der Art der Reinigungstätigkeit nicht, weil die Klägerin bei der Arbeit Handschuhe trug und durchstichsichere Abfallsäcke benutzte. Ein besonderes Risiko hinsichtlich des Eintritts von Verletzungsereignissen, bei denen es zu einem Blutaustausch kommen kann, ist aufgrund der Umstände des Einzelfalles nicht ersichtlich (vgl. zu diesem Kriterium bei der Hepatitis C: Mehrtens/Perlebach, a.a.O.). Schließlich liegen auch keine Erkenntnisse über ein erhöhtes Infektionspotential der betreffenden Kontaktpersonen bzw. mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten verunreinigten Gegenständen im Fall der Klägerin vor. Da somit keine erhöhte Infektionsgefährdung aufgrund besonderer Umstände des Einzelfalles vorliegt, kann die Klägerin sich nicht auf Beweiserleichterungsgrundsätze berufen.

Die Kostenentscheidung beruht auf den [§§ 183, 193 SGG](#).

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, weil die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür nicht gegeben sind ([§ 160 Abs. 2 SGG](#))

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2006-07-04