

**L 3 U 5/03**

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Frankfurt (HES)

Aktenzeichen

S 10 U 2444/01

Datum

29.10.2002

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 3 U 5/03

Datum

13.07.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 2 U 22/10 R

Datum

15.09.2011

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 29. Oktober 2002 wird zurückgewiesen.

II. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung einer Infektion der Klägerin mit dem Hepatitis C Virus (HCV) als Berufskrankheit (BK) nach Nr. 3101 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) streitig.

Die 1940 geborene Klägerin arbeitete von 1956 bis Ende 1972 in verschiedenen Tätigkeiten unter anderem als Verkäuferin, Schreibkraft sowie Näherin. Anschließend war sie 3 Monate als Pflegehelferin in einem Seniorenstift tätig. Bis August 1985 war sie nicht berufstätig. Ab August 1985 bis September 1990 arbeitete sie als Altenpflegehelferin im Versorgungshaus D. in I-Stadt. Nach einer Arbeitspause bis Ende September 1995 arbeitete sie sodann ab 1. Oktober 1995 als Altenpflegehelferin im K. in K-Stadt. Ab dem 30. Juli 1999 war die Klägerin arbeitsunfähig erkrankt, seit dem 14. Juli 2000 erhält sie eine Erwerbsunfähigkeitsrente von der Deutschen Rentenversicherung Bund (ehemals BfA).

Am 2. August 1999 diagnostizierte ihr behandelnder Arzt und Internist Dr. H. bei der Klägerin eine Infektion mit dem Virus Hepatitis C und zeigte mit einer BK-Anzeige vom 13. August 1999 bei der Beklagten den Verdacht an, dass diese Erkrankung auf eine berufliche Einwirkung als Altenpflegerin zurückzuführen sei. Die Beklagte zog daraufhin nach einer schriftlichen Anhörung der Klägerin eine Arbeitsplatzbeschreibung beim Altenzentrum in K-Stadt - datierend vom 7. Oktober 1999 - bei, derzufolge die Klägerin als Altenpflegehelferin Tätigkeiten der Grundpflege in Form von Waschen und Baden der Bewohner verrichtet habe, wobei sie acht Bewohner betreut habe, die in Einzelzimmerappartements mit Service lebten. In der Arbeitsplatzbeschreibung wurde für den Zeitraum vom 1. Januar 1999 bis 28. Juli 1999 der Umgang der Klägerin mit Skalpellen, mit chirurgischen Nadeln, mit Venen- und Arterienkatheter sowie mit Injektionskanülen und sonstige invasive Tätigkeit bei medizinischer Behandlung und Diagnostik verneint. Des Weiteren wurden Versorgungsvorgänge als nicht vorhanden bezeichnet. Als Tätigkeit, die typischerweise mit Hautkontakt der Versicherten zu Blut oder anderen Körpersekreten verbunden gewesen sei, wurde die Mundpflege genannt sowie die Entsorgung von Inkontinenzartikeln, wobei hierbei Handschuhe getragen worden seien. Die Beklagte holte einen Befundbericht beim behandelnden Internisten Dr. H. vom 4. Oktober 1999 ein und zog Laborbefunde aus den Jahren 1996 bis 1999 sowie einen Behandlungsbericht des Zentrums für Innere Medizin der Universitätsklinik I Stadt vom 22. Oktober 1999 bei, in dem es heißt, dass die Klägerin bereits seit ca. 2 Jahren erhöhte Transaminasen aufweise, sowie das Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkassen BEK und AOK. Die Beklagte holte ferner eine Arbeitgeberauskunft beim Versorgungshaus D. vom 28. Oktober 1999 ein. Laut eines Arztbriefs der Chirurgischen Gemeinschaftspraxis in H-Stadt vom 18. April 2000 lagen dort über die Klägerin keine serologischen Befunde vor und es wurden keine Bluttransfusionen durchgeführt. Die Beklagte veranlasste daraufhin eine Arbeitsplatzanalyse bei ihrem technischen Aufsichtsdienst vom 21. Juli 2000 bezüglich des K.-Heims, derzufolge die Klägerin im Rahmen ihrer grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten keinerlei Veranlassung zum Verabreichen von Spritzen, Insulin- oder Blutzuckertests gehabt habe. Zudem habe hierfür keine Erlaubnis bestanden. Da keiner der betreuten Bewohner und Bewohnerinnen nachweisbar an Hepatitis C erkrankt und zumindest nach Aussage des Hauses kein Fall von Hepatitis C bekannt sei sowie kein Kontakt zum stationären Pflegereich bestanden habe, könne nicht davon ausgegangen werden, dass die Klägerin einer über das normale Maß hinausgehenden Infektionsgefahr ausgesetzt gewesen sei. Die Beklagte holte eine Stellungnahme des Landesgewerbearztes Dr. Z. vom 24. Oktober 2000 ein, der ausführte, dass ein Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit der Klägerin und der bei ihr diagnostizierten

Hepatitis C im Sinne eine BK 3101 nicht mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden könne, weil sich keine konkreten Hinweise für ein erhöhtes berufliches Infektionsrisiko ergeben hätten.

Durch Bescheid vom 4. Dezember 2000 lehnte die Beklagte die Anerkennung der Hepatitis C Viruserkrankung als BK sowie die Gewährung von Leistungen ab. Als Altenpflegerin in einem Seniorenheim sei die Klägerin nicht einem außergewöhnlich hohen Risiko, sich mit dem Hepatitis C Virus zu infizieren, ausgesetzt gewesen. In ihrem Arbeitsbereich habe weder nach der Art der Einrichtung noch der Art der Tätigkeit eine besondere Ansteckungsgefahr bestanden. Bereits im Widerspruchsverfahren machte die Klägerin geltend, dass die Angaben ihrer Arbeitgeber lückenhaft bzw. falsch gewesen seien. Insbesondere habe sie bereits im Altenpflegeheim D. von Juli 1986 bis Dezember 1989 auf einer geschlossenen Station gearbeitet und alle üblichen Pfllegetätigkeiten verrichtet. Sie habe Kontakt zu Körperausscheidungen gehabt sowie auch Tote waschen müssen. Sie sei von Patienten in der geschlossenen Abteilung teilweise gekratzt, gebissen und bespuckt worden. Sie habe bei Katheterbeutelwechsel, Rasieren, Wundbehandlung, Bluttests, sowie in Inkontinenzfällen und bei menstruationsähnlichen Blutungen Kontakt zu Körperflüssigkeiten gehabt. Des Weiteren könne sie sich daran erinnern, dass sie beim Baden einer Bewohnerin des K.-Altenheims eine Nadelstichverletzung erlitten habe. Eine Verursachung ihrer Erkrankung im privaten Bereich scheide aus, da ihr Ehemann nicht unter einer Hepatitis C Erkrankung leide. Die Beklagte veranlasste eine ergänzende Stellungnahme des technischen Aufsichtsdienstes, in welcher dieser unter dem 12. März 2001 zu dem Ergebnis gelangte, dass auch unter Berücksichtigung der Angaben der Klägerin keine andere Bewertung möglich sei. Der tatsächliche Nachweis eines Kontakts mit einem infizierten Altenheimbewohner habe nicht geführt werden können. Die Kanülstichverletzung bei der Altenheimbewohnerin habe sich nicht beweisen lassen, weil es hierfür weder Zeugen noch eine Dokumentation im Verbandbuch gebe. Lediglich zu Beginn ihrer Tätigkeit in K Stadt habe die Klägerin nach Aussage des Arbeitgebers morgendliche Insulinspritzen verabreicht; für weitere Injektionen habe sie keine Berechtigung gehabt. Sie sei für 4 Zimmer des betreuten Wohnens zuständig gewesen, wobei die Bewohner nur gelegentlich die Angebote der Grundpflege wahrgenommen hätten. Die im Tätigkeitsbereich der Klägerin erforderlichen Leistungen der Behandlungspflege seien ausschließlich von einer examinierten Krankenschwester bzw. ab April 1997 durch einen externen Dienst erbracht worden. Des Weiteren hätten für die Tätigkeit der Grundpflege, bei der die Möglichkeit des Kontakts zu Körperausscheidungen und Blut bestanden habe, Handschuhe und Desinfektionsmittel zur Verfügung gestanden. Im Rahmen der Tätigkeit der Klägerin habe kein besonderes Verletzungs- oder Inokulationsrisiko bestanden. Schließlich sei kein Bewohner nachweislich an Hepatitis C erkrankt gewesen.

Durch Widerspruchsbescheid vom 27. Juni 2001 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin als unbegründet zurück. Ihre hiergegen am 24. Juli 2001 vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main erhobene Klage begründete die Klägerin u.a. damit, ein von ihr behandelnder Patient sowie dessen ihn betreuende Ehefrau seien kurz nacheinander gestorben, was dafür spreche, dass beide an Hepatitis C erkrankt gewesen seien. Insbesondere bei der Körperpflege und beim Wechseln von Katheterbeuteln habe sie Kontakt zu infektiösen Körperflüssigkeiten gehabt, sowie auch bei der Versorgung von Wunden im Rahmen der Erste-Hilfe-Leistung und bei der Prüfung des Zuckerwertes mit Hilfe eines Zuckermessgeräts.

Durch Urteil vom 29. Oktober 2002 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die Tätigkeit der Klägerin als Altenpflegerin sei nicht mit besonderen, über das normale Maß hinausgehenden Gefahren verbunden gewesen, an Hepatitis C zu erkranken, was selbst dann gelte, wenn man uneingeschränkt von den Arbeitsumständen, wie sie die Klägerin geschildert habe, ausgehe.

Gegen das am 17. Dezember 2002 dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin zugestellte Urteil richtet sich deren Berufung vom 3. Januar 2003. Die Klägerin vertritt im Wesentlichen die Auffassung, dass nicht zuletzt durch die im Berufungsverfahren durchgeführte Beweisaufnahme feststehe, dass die Hepatitis C Erkrankung bei ihr durch ihre berufliche Tätigkeit verursacht worden sei. Die Klägerin hat die Dienstpläne für den Zeitraum vom 1. Januar 1998 bis 31. August 1999 aus dem K. zu den Akten gereicht.

Die Klägerin beantragt,  
das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 29. Oktober 2002 sowie den Bescheid der Beklagten vom 4. Dezember 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Juni 2001 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die bei ihr vorliegende Hepatitis C Erkrankung als Berufskrankheit anzuerkennen und ihr Rente nach einer MdE von 20 v. ab dem 1. August 1999 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,  
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte bezieht sich im Wesentlichen auf die Begründung der angefochtenen Bescheide sowie die Entscheidungsgründe des erstinstanzlichen Urteils. Sie vertritt die Auffassung, dass bei der Klägerin insbesondere die Beweiserleichterungen, die bei der BK 3101 unter bestimmten Voraussetzungen anerkannt würden, nicht greifen würden, weil bei ihr kein erhöhtes Infektionsrisiko habe nachgewiesen werden können.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens im Zentrum für Innere Medizin der Universitätsklinik I-Stadt bei Prof. Dr. F. datierend vom 18. Dezember 2006. Prof. Dr. F. stellt in seinem Gutachten als bei der Klägerin bestehende internistischen Erkrankungen eine chronische Hepatitis C Virusinfektion ohne Hinweise für das Vorliegen einer Leberzirrhose, den Zustand nach Hepatitis A Infektion, Diabetes mellitus, bislang nicht insulinabhängig, arterielle Hypertonie, Adipositas sowie eine Einzelniere links bei Zustand nach Nephrektomie nach Verkehrsunfall fest. Zur Frage, ob die Klägerin in der fraglichen Inkubationszeit durch ihren konkreten Aufgabenbereich auch Kontakt mit Material gehabt habe, durch das ein Hepatitis C Virus, wenn es vorhanden gewesen wäre, hätte übertragen werden können, hat der Sachverständige ausgeführt, dass die Klägerin vermutlich täglich Gelegenheit gehabt habe, sich mit dem Hepatitis C Virus zu infizieren. Im Rahmen der pflegerischen Tätigkeit sei die Klägerin mit dem Wechseln von Katheterbeuteln, der Wundversorgung, der Reinigung von Exkrementen u.ä. betraut gewesen und habe darüber hinaus über wiederholte Kratz- und Bissverletzungen durch Patienten im Versorgungshaus D. berichtet. Im Rahmen der Tätigkeit im Seniorenheim K. sei sie zusätzlich mit der Applikation von subkutanen Injektionen sowie mit der Blutzuckerkontrolle betraut gewesen. Bei beiden Tätigkeiten könne es zu Nadelstich- bzw. Lanzetten-Verletzungen kommen. Eine Nadelstichverletzung bei der Patientin T. sei der Klägerin besonders erinnerlich. Das Risiko der Transmission des Hepatitis C Virus werden im Falle einer Nadelstichverletzung auf etwa 3 % geschätzt. Auf die Frage, ob die Klägerin durch ihre berufliche Tätigkeit während der vermutlichen Inkubationszeit tatsächlich einer über das normale Maß hinausgehenden Gefahr ausgesetzt gewesen sei, an Hepatitis C zu erkranken, hat Prof. Dr. F. ausgeführt, dass ein Expositionsrisiko für eine Infektion mit dem Hepatitis C Virus (HCV) bestehe, wenn es zu einer Verletzung der Haut, zum mukokutanen Kontakt oder zu einer Berührung von nicht

intakter Haut (Verletzungen, Dermatitis) mit einem Gegenstand gekommen sei, der mit Blut oder einer anderen potenziell infektiösen Körperflüssigkeit oder Gewebe kontaminiert war. Die Tätigkeit in einem pflegerischen Beruf sei deshalb als Risikofaktor für die Transmission einer Hepatitis C Virusinfektion anzusehen, insbesondere dann, wenn die Möglichkeit einer Nadelstichverletzung bestehe. Auf die Frage, ob bei fehlendem Nachweis eines unmittelbaren oder mittelbaren beruflichen Kontakts der Klägerin mit an Hepatitis C erkrankten Personen während der wahrscheinlichen Ansteckungszeit eine besondere, über das normale Maß hinausgehende Hepatitis-C-Gefährdung der Klägerin gleichwohl deshalb festgestellt werden könne, weil davon auszugehen sei, dass – wie es z.B. bei Kliniken für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen angenommen wird – jedenfalls nicht nur mehr oder weniger zufällig, sondern regelmäßig ein gewisser gegenüber der Normalbevölkerung deutlich erhöhter Prozentsatz der in Alten- und Pflegeheimen wie dem Versorgungshaus D. und dem Seniorenheim K. betreuten Personen unerkannt an Hepatitis C erkrankt sei und es sich deshalb um besonders hepatitisgefährdete Einrichtungen handele, hat der Gerichtsgutachter ausgeführt, dass die Tätigkeit in einem pflegerischen Beruf als Risikofaktor für die Transmission einer Hepatitis C Virusinfektion anzusehen sei, insbesondere wenn die Möglichkeit einer Nadelstichverletzung bestehe. Letztlich sei das Risiko einer HCV-Transmission ohne Inokulation wie z.B. über reinen Hautkontakt jedoch insgesamt als sehr gering einzuschätzen. Für nicht operativ tätiges Personal in medizinischen Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen würden als Infektionsprophylaxe deshalb die allgemeinen Hygienemaßnahmen empfohlen. Zur Prävalenz einer Hepatitis C Virusinfektion bei Patienten in Pflegeheimen existierten keine eindeutigen Daten. Eine amerikanische Untersuchung habe eine erhöhte Seroprävalenz gezeigt, eine Studie aus Italien habe dies jedoch nicht bestätigen können. Beschäftigte im Gesundheitswesen, und dazu gehöre die Tätigkeit als Altenpflegerin, hätten ein erhöhtes Risiko an einer Hepatitis C Virusinfektion zu erkranken.

Der Senat hat darüber hinaus eine ergänzende Stellungnahme bei Prof. Dr. F. vom 6. Januar 2008 eingeholt in welcher dieser ausgeführt hat, dass der von der Beklagten geäußerte Verdacht auf frühere Operationen der Klägerin als wahrscheinliche Infektionsursache der Hepatitis C nicht überzeuge, weil sich der Infektionszeitpunkt auf die Zeit April bis Mai 1999 gut festlegen lasse, von April bis Mai 1999 hingegen keine dokumentierten Operationen stattgefunden hätten. Es bestünden voll und ganz die Voraussetzungen dafür, dass die Tätigkeit im Seniorenheim in K-Stadt in die Fallgruppe 4 (Kategorie IIa) der Gefährdung für eine Hepatitis C einzustufen sei. Es gebe keinen Anhaltspunkt dafür, dass zum relativ genau festzulegenden Infektionszeitpunkt im April bis Mai 1999 ein außerberufliches erhöhtes Infektionsrisiko für eine Hepatitis C bei der Klägerin bestanden habe. Aufgrund der Tätigkeitsbeschreibung sei die Klägerin durch ihre berufliche Tätigkeit während der sehr wahrscheinlichen Inkubationszeit tatsächlich einer über das normale Maß hinaus gehenden Gefahr ausgesetzt gewesen, an Hepatitis C zu erkranken.

Schließlich hat der Senat eine weitere ergänzende Stellungnahme bei Prof. Dr. F. vom 14. Januar 2010 eingeholt, in der er ausgeführt hat, dass Injektionskanülen von Insulinspritzen seit mehr als 10 Jahren so dünn und fein seien, dass man eine Nadelstichverletzung beim Spritzen oder Entsorgen der Kanülen möglicherweise überhaupt nicht spüre. Trotzdem könne es auch bei dem möglichen kleinen Inokulationsvolumen von Blut durch Insulininjektion zu einer Hepatitis C-Infektion kommen. Das Infektionsrisiko für eine Pflegeperson hänge ab vom Inokulationsvolumen des Bluts und von der Viruskonzentration im Blut des Infizierten. Es gebe keine ihm bekannten Untersuchungen, aus denen hervorgehe, dass Nadelstichverletzungen mit Spritzen zur Verabreichung von Insulin beziehungsweise Schmerzmitteln ein geringeres Infektionsrisiko darstellten als der Umgang mit Hohlnadelspritzen, wobei wohl "dickere Kanülen" gemeint seien. In der Regel komme es bei einer Stichverletzung mit einer "dickeren" Kanüle zu einer stärkeren Schmerzempfindung und stärkeren Blutung als mit einer sehr feinen und dünnen Kanüle.

Der Senat hat zu dem Aufgabenfeld der Klägerin Beweis erhoben durch Vernehmung des Pflegedienstleiters im Altenheim K. Herrn M., der Krankenschwester Frau L. sowie der Arzthelferin Frau N. als Zeugen. Hinsichtlich des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die Sitzungsniederschrift vom 13. Juli 2010 verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten im Vorbringen der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte (Band I und II) und die Verwaltungsakte Bezug genommen, deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung war.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht erhobene und nach [§§ 143, 144 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Berufung der Klägerin ist zulässig. Sie ist jedoch nicht begründet. Im Ergebnis haben das Sozialgericht und die Beklagte nicht rechtswidrig gehandelt, als sie die Anerkennung und Entschädigung der Hepatitis-C-Erkrankung der Klägerin als BK nach Ziffer 3101 der Anlage zur BKV ablehnten, weil die Voraussetzungen hierfür auch nach Auffassung des Senats nicht vorliegen. Die Klägerin hat damit auch keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente nach [§ 56](#) Sozialgesetzbuch Siebtes Buch- Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII).

BK sind nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als BK bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz begründenden Tätigkeit ([§§ 2, 3](#) und [6 SGB VII](#)) erleiden. Die Bundesregierung wird ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als BK zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Gemäß diesen Vorgaben lassen sich bei einer Listen-BK im Regelfall folgende Tatbestandsmerkmale ableiten, die ggf. bei einzelnen Listen-BK einer Modifikation bedürfen: Die Verrichtung einer - grundsätzlich - versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) muss zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder Ähnlichem auf den Körper geführt (Einwirkungskausalität) und die Einwirkungen müssen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Dass die berufsbedingte Erkrankung ggf. den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (haftungsausfüllende Kausalität), ist keine Voraussetzung einer Listen-BK (vgl. BSG vom 2. April 2009 - [B 2 U 9/08 R](#) - zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen). Der Verordnungsgeber hat die BK 3101 wie folgt bezeichnet: "Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war". Für den Ursachenzusammenhang zwischen Einwirkungen und Erkrankungen im BK-Recht gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung, die als Ausgangsbasis die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie hat, nach der Ursache eines Erfolges jedes Ereignis ist, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel (sog. *conditio sine qua non*, s. BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 = [BSGE 96, 196](#) ff.). Aufgrund der Unbegrenztheit der Bedingungstheorie werden im Sozialrecht als rechtserheblich aber nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch

verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die anderen Ursachen keine überragende Bedeutung haben. Gesichtspunkte für die Beurteilung der Wesentlichkeit einer Ursache sind insbesondere die versicherte Ursache bzw. das Ereignis als solches einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, konkurrierende Ursachen unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens und Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen der erstbehandelnden Ärzte sowie der gesamten Krankengeschichte. Trotz dieser Ausrichtung am individuellen Versicherten ist bei der Beurteilung des Ursachenzusammenhangs im Einzelfall der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand über die Ursachenzusammenhänge zwischen Ereignissen und Gesundheitsschäden zugrunde zu legen. Letzterer bestimmt sich unter Zuhilfenahme medizinischer, naturwissenschaftlicher und technischer Sachkunde (s. BSG, Urteile vom 27. Juni 2006, Az.: [B 2 U 7/05 R](#) sowie [B 2 U 20/04 R](#) - jeweils juris).

Voraussetzung für die Feststellung jeder Erkrankung als BK ist, dass die versicherte Tätigkeit, die schädigenden Einwirkungen sowie die Erkrankung, für die Entschädigungsleistungen beansprucht werden, i. S. des Vollbeweises nachgewiesen sind. Eine Tatsache ist danach bewiesen, wenn sie in so hohem Maße wahrscheinlich ist, dass alle Umstände des Falles nach vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens nach allgemeiner Lebenserfahrung geeignet sind, die volle richterliche Überzeugung zu begründen (s. [BSGE 45, 1](#), 9 sowie [BSGE 19, 52](#), 53 und [BSGE 7, 103](#), 106). Erforderlich ist eine an Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit, nach der kein vernünftiger Mensch mehr am Vorliegen vorgenannter Tatbestandsmerkmale zweifelt (BSGE 6, 144 vgl. auch Meyer-Ladewig, Sozialgerichtsgesetz mit Erläuterungen, § 118, Rdnr. 5). Darüber hinaus muss die sog. haftungsbegründende Kausalität zwischen den berufsbedingten Einwirkungen und der erforderlichen Erkrankung zumindest mit hinreichender Wahrscheinlichkeit bejaht werden. Dies ist dann der Fall, wenn bei vernünftiger Abwägung aller für und gegen den Zusammenhang sprechenden Umstände die für den Zusammenhang sprechenden Erwägungen so stark überwiegen, dass die dagegen sprechenden billigerweise für die Bildung und Rechtfertigung der richterlichen Überzeugung außer Betracht bleiben können (s. BSG vom 2. Juni 1959, SozR § 542 Reichsversicherungsordnung - RVO - a. F. Nr. 20). Jedoch ist der ursächliche Zusammenhang nicht bereits dann wahrscheinlich, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist ([BSGE 60, 58](#), 59).

Für den Senat steht fest, dass die Klägerin seit 1985 bis 1999 mit Unterbrechungen als Altenpflegerin und damit im Gesundheitsdienst tätig (siehe dazu Urteil des BSG vom 30. Mai 1988 = [NZA 1988 Seite 823](#)) sowie nach [§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) versichert war. Des Weiteren folgt nicht zuletzt aus dem Sachverständigengutachten des Prof. Dr. F. und war zwischen den Beteiligten letztlich auch nicht streitig -, dass die Klägerin an einer Hepatitis-C-Erkrankung und damit einer Infektionskrankheit im Sinne der BK 3101 leidet.

Im Ergebnis vermochte sich der Senat jedoch vom Vorliegen der Voraussetzungen der BK 3101 iVm mit [§ 9 Abs. 1 SGB VII](#) nicht zu überzeugen, weil nicht mit dem erforderlichen Vollbeweis erwiesen ist, dass die Klägerin im Rahmen ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung "Einwirkungen" ausgesetzt war, die, um den Voraussetzungen der BK 3101 zu genügen, in einer im Vergleich zur Normalbevölkerung besonders erhöhten Infektionsgefahr bestehen müssen. Die Listen-BKs 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 BK 3101 besteht hingegen die Besonderheit, dass die schädliche Einwirkung, also der Ansteckungsvorgang, bei dem die Krankheit übertragen wurde, ein einmaliges, punktuell 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 BK bezeichnet worden (BSG vom 21. März 2006 - [B 2 U 19/05 R](#) - juris Rn 15 m.w.N.). Die haftungsbegründende Kausalität - also der Zusammenhang zwischen beruflichem Tätigwerden und dem Auftreten der Gesundheitsgefahr - verlangt daher auch nicht den Nachweis einer bestimmten Infektionsquelle etwa gerade der Person oder des Vorgangs durch welche die Infektion erfolgte (BSG, Urteil vom 28. September 1972 - [7 RU 34/72](#); - juris; HLSG, Urteil vom 18. März 1998 - [L 3 U 94/95](#)). Um den Nachweisschwierigkeiten zu begegnen, genügt bei der BK 3101 als "Einwirkungen" iS des [§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#), dass der Versicherte einer der versicherten Tätigkeit innewohnenden "Infektionsgefahr in besonderem Maße ausgesetzt" war (BSG, Urteil vom 2. April 2009 - [B 2 U 33/07 R](#)). Da die besondere Infektionsgefahr nicht Bestandteil eines Ursachenzusammenhangs zwischen versicherter Tätigkeit und Infektionskrankheit ist, ersetzt sie 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 (BSG, Urteil vom 2. April 2009 - [B 2 U 30/07 R](#) - juris Rn 20).

Zwar geht der Ordnungsgeber bei der BK 3101 typischerweise davon aus, dass gerade im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege und in einem Laboratorium eine abstrakte Gefahrenlage und für die betroffenen Beschäftigten ein generell erhöhtes Infektionsrisiko besteht. Liegt jedoch eine mit der versicherten Tätigkeit verbundene abstrakte Gefährdung vor, kommt es darüber hinaus darauf an, ob der Versicherte infolge seiner konkret ausgeübten Verrichtungen einer erhöhten Infektionsgefahr ausgesetzt war (BSG, Urteil vom 2. April 2009 - [B 2 U 33/07 R](#) - juris Rn 16), welche nach einer Gesamtbetrachtung der Durchseuchung des Umfelds einerseits und der Übertragungsgefahr andererseits nicht nur geringfügig erhöht ist (vgl. hierzu BSG vom 30. Mai 1988 - [2 RU 33/87](#) - [NZA 1988, 823](#), 824), sondern in besonderem Maße über der Infektionsgefahr in der Gesamtbevölkerung liegt (BSG, Urteil vom 2. April 2009 - [B 2 U 30/07 R](#) - juris Rn 24 = [BSGE 103, 45](#) ff.; s.a. Anmerkung v. Jaritz, jurisPR-SozR 2/2010 Anm. 4). Das Erfordernis einer erheblichen Erhöhung des Infektionsrisikos gegenüber der Normalbevölkerung ist dem Umstand geschuldet, dass bereits nach dem Wortlaut des [§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) nur solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen sind, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind (vgl. zum generellen Ursachenzusammenhang P. Becker in Becker/Brackmann/Burchhard/Kruschinsky, Gesetzliche Unfallversicherung, Stand März 2008, § 9 Rdnr. 57 f.). Zwar hat der Ordnungsgeber bei der Einführung der BK 3101 der BKV offensichtlich diesen generellen Ursachenzusammenhang bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst bzw. der Wohlfahrtspflege bejaht, jedoch kann daraus nicht automatisch auf den Ursachenzusammenhang im Einzelfall geschlossen werden (vgl. Becker, SGB 2006, 449, 453). Da die Möglichkeit, sich mit dem Hepatitis-C-Virus zu infizieren, grundsätzlich angesichts einer allgemeinen Durchseuchung der Bevölkerung bezüglich HCV-Antikörper ca. 0,5 bis 0,7% (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, 717) für jeden besteht, muss abgegrenzt werden, ob das Risiko der Klägerin, sich im Rahmen ihrer konkret verrichteten versicherten Tätigkeit anzustecken, zumindest im besonderen Maße gegenüber demjenigen der Gesamtbevölkerung erhöht war.

Die besondere Infektionsgefahr kann sich im Einzelfall aufgrund der Durchseuchung des Umfelds der Tätigkeit oder der Übertragungsgefahr der ausgeübten Verrichtungen ergeben (s. Mehrtens/Brandenburg, BKV, M 3101 10.2 (3.2); Linder, MED SACH 2007, 194, 195). Der Grad der Durchseuchung 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, Urteil vom 2. April 2009 - [B 2 U 30/07 R](#) - juris Rn 22). Das BSG stellt unter anderem auf die Art der speziellen Tätigkeit ab, in dem es zum Nachweis des beruflichen Zusammenhangs über die bisher anerkannten Kriterien in Form des unmittelbaren oder mittelbaren beruflichen Kontaktes mit einer an Hepatitis C erkrankten Person oder einem deutlich höheren prozentualen Anteil Hepatitis-C-infektöser Patienten in der jeweiligen Einrichtung als in der Normalbevölkerung hinaus ausreichen lässt, dass die Art der Tätigkeit als solche besonders Hepatitis-gefährdend war (BSG, Urteil vom 24. Februar 2004 - [B 2 U 13/03 R](#); s. zuletzt BSG, Urteile vom 2. April 2009 - [B 2 U 33/07 R](#), [B 2 U 30/07 R](#) sowie [B 2 U 7/08 R](#)). Die Durchseuchung des Arbeitsumfeldes und die Übertragungsgefahr der versicherten Verrichtungen 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 einer Infektion behaftet sind, umso mehr gewinnt das Ausmaß der Durchseuchung an Bedeutung (BSG, Urteil vom 2. April 2009 - [B 2 U 30/07 R](#) - juris Rn 24). Im Wege einer Gesamtbetrachtung der Durchseuchung und der Übertragungsgefahr ist festzustellen, ob sich im Einzelfall eine Infektionsgefahr ergibt, die nicht nur geringfügig erhöht ist, sondern in besonderem Maße über diejenigen der Gesamtbevölkerung liegt.

Als entscheidungserheblichen Zeitpunkt, auf den hinsichtlich der erforderlichen Einwirkungen abzustellen war, nimmt der Senat die Monate April und Mai 1999 an. Insoweit folgt der Senat der Auffassung des im Berufungsverfahren gehörten Sachverständigen Prof. Dr. F., der in seinem Gutachten vom 6. Januar 2008 den Infektionszeitpunkt auf den Zeitraum April bis Mai 1999 datiert und dies auch für den Senat überzeugend zum einen aus den Leberwerten dieses Zeitraums als auch den klinischen Angaben des behandelnden Arztes Dr. H. in seiner ärztlichen Anzeige ableitet. Da laut ärztlichem Merkblatt zur BK 3101 III 1.3 die Inkubationszeit 14 Tage bis 4 Monate und allenfalls 6 Monate beträgt (vgl. Bekanntmachung des BMA vom 1. Dezember 2000, Merkblatt zur BK-Nr. 3101 der Anlage zur BKV, BArbBl. 1/2001 35, 36; Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, a.a.O., 777), ist es schlüssig und nachvollziehbar, dass die Infektion im angegebenen Zeitraum geschah, wenn die erstmalige Feststellung der HCV-Infektion im August 1999 erfolgte. Hierzu legt Prof. Dr. F. überzeugend dar, dass die bereits 1997 und 1998 leicht erhöhten Leberwerte weniger durch eine Hepatitis C zu erklären seien, als vielmehr durch eine diabetische Fettleber. Vielmehr spreche der erhebliche Anstieg des für die Hepatitis wichtigsten Leberwertes GPT auf das 8,4-fache des obersten Normwertes am 14. Juni 1999 sowie die am 3. September 1999 erfolgte exakte quantitative Diagnose mit hoher Wahrscheinlichkeit dafür, dass der Ausbruch der Krankheit im Juni 1999 erfolgte und somit der Infektionszeitpunkt in den Monaten April und Mai 1999 gelegen haben muss.

Entgegen der Ansicht von Prof. Dr. F. kann jedoch nicht mit dem erforderlichen Vollbeweis davon ausgegangen werden, dass das Altenpflegeheim, in dem die Klägerin zuletzt von 1995 bis Oktober 1999 tätig war, in einem höheren Maß als die Durchschnittsbevölkerung durchseucht war. An Hepatitis erkrankte Pflegebedürftige bzw. alte Menschen sind laut Auskunft der Arbeitgeber der Klägerin - nämlich sowohl des Versorgungshauses D. als auch des Altenzentrums K. - für die Beschäftigungszeiträume der Klägerin in diesen Pflegeheimen nicht bekannt geworden. Darüber hinaus gibt es auch keinen allgemeinen Erfahrungssatz, dass Pflegestationen von Altenheimen besonders Hepatitis-gefährdende Einrichtungen mit überdurchschnittlich vielen Hepatitis-Kranken darstellen. Das dort beschäftigte Personal ist nach der Rechtsprechung nicht stärker dem Risiko einer Hepatitis-C-Infektion als die Normalbevölkerung ausgesetzt (BSG, Urteil vom 30. Mai 1988 - [2 RU 33/87](#) = [NZA 1988, 823](#) f.). So hat auch der im Berufungsverfahren gehörte Prof. Dr. F. in seinem Sachverständigen Gutachten wiederholt angegeben, dass zur Prävalenz einer Hepatitis-C-Virusinfektion bei Patientenpflegeheimen keine eindeutigen Daten existieren. Eine amerikanische Untersuchung habe zwar eine erhöhte Seroprävalenz gezeigt, eine Studie aus Italien habe dies jedoch nicht bestätigen können. Da nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts Maßstab für die Kausalitätsbeurteilung der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand ist (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - juris) und für die Anknüpfungstatsachen der Vollbeweis vorliegen muss, kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass neuere Erkenntnisse für das Durchseuchungsrisiko in deutschen Pflegeheimen vorliegen. Der Senat hat zuletzt im Institut der S. Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin in S., die am 13. August 2003 in einem Parallelverfahren eine Stellungnahme an den Landesgewerbeamt Dr. Z. verfasst hatte, nachgefragt, ob es aktuelle Zahlen zum Durchseuchungsrisiko in Pflegeheimen gibt, was dort mit eMail vom 3. August 2009 verneint wurde. Deshalb geht auch der Senat im vorliegenden Fall davon aus, dass der Grad der Durchseuchung im Arbeitsumfeld der Klägerin demjenigen der Normalbevölkerung entsprochen hat. Da der Grad der Durchseuchung bezüglich HCV-Antikörper in der Gesamtbevölkerung ca. 0,5 bis 0,7% beträgt (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, 717), in Altenpflegeheimen keine infektiologische Spezialabteilung vorhanden ist, und die Klägerin ausschließlich im Bereich des betreuten Wohnens tätig war, kommt eine Infektion mit dem HCV zwar grundsätzlich in Betracht, weil sie nicht ausgeschlossen ist. Allerdings lässt sich daraus alleine noch nicht auf eine erhöhte Ansteckungsgefahr im Vergleich zur Gesamtbevölkerung schließen.

Eine gegenüber der Durchschnittsbevölkerung besonders erhöhte Ansteckungsgefahr der Klägerin ergibt sich auch nicht aus den von der Klägerin im Zeitraum April bis Mai 1999 konkret ausgeübten Tätigkeiten. Hierbei geht der Senat von folgendem Sachverhalt aus: In den vom Senat für entscheidungserheblich gehaltenen Monaten April bis Mai 1999 hat die Klägerin im Wesentlichen im Haus A des K.-Heims in K-Stadt, Bereich "Betreutes Wohnen", sämtliche Tätigkeiten der Grundpflege verrichtet. Diese umfassten das Waschen und Baden der Bewohner sowie Katheterbeutelwechsel, Rasieren, Wundbehandlung sowie die Durchführung von Bluttests. In Inkontinenzfällen und bei menstruationsähnlichen Blutungen bestand auch Kontakt zu Körperflüssigkeiten. Nach den eigenen Einlassungen der Klägerin trug sie hierbei in der Regel Gummihandschuhe, wenn sie diese auch gelegentlich in Notfällen nicht anzog. Für den Senat steht des Weiteren fest, dass die Klägerin während ihrer letzten Tätigkeit im K.-Heim in K-Stadt einer inzwischen verstorbenen Heimbewohnerin - Frau T. - täglich ein bis zwei Insulinspritzen pro Tag verabreicht hat, obwohl sie dazu keine Erlaubnis hatte. Der Senat hat keinerlei Zweifel am Wahrheitsgehalt der Einlassungen der Klägerin. Diese hat sich in ihrem Vortrag nicht widersprochen, bei konkreten Fragen teilweise länger überlegt und zugegeben, sich teilweise an Details nicht mehr erinnern zu können. Überzeugend ist der Vortrag der Klägerin für den Senat nicht zuletzt deshalb, weil die Klägerin einen für sie günstigen Umstand, nämlich die mögliche Entsorgung herumliegender benutzter Spritzen und Kanülen sofort verneint hat. Darüber hinaus wird dieser Sachverhalt gestützt durch die Aussagen der Zeuginnen L. und N., die der Senat in der mündlichen Verhandlung vom 13. Juli 2010 vernommen hat. Beide Zeuginnen haben überzeugend bekundet, dass im Haus A alle dort tätigen Pflegekräfte und auch solche, die nicht dazu ausgebildet waren bzw. über einen sogenannten Spritzenschein verfügten, Insulin-Spritzen setzten. Beide Zeuginnen haben bestätigt, dass auch die Klägerin diese Tätigkeiten verrichten musste, da die Personaldecke nicht ausreichte, um dies allein durch ausgebildete Fachkräfte durchführen zu lassen. Dass der Zeuge M. dies verneinte, vermochte die

Überzeugungskraft der Zeugenaussagen von Frau L. bzw. Frau N. nicht zu erschüttern, weil diese keinerlei persönliche Konsequenzen aus dem Inhalt ihrer Aussage zu befürchten haben und andererseits der Zeuge M. selbst zugeben musste, über die konkreten Vorgänge im Haus A nicht Bescheid zu wissen, weil er als Pflegedienstleitung wenig Kontakt mit den Senioren gehabt habe. Schließlich geht der Senat davon aus, dass die Klägerin herkömmliche Spritzen benutzte, obwohl sie selbst in der mündlichen Verhandlung vom 13. Juli 2010 angegeben hat, einen PEN benutzt zu haben. Die Zeuginnen L. und N. haben hingegen übereinstimmend die Benutzung von herkömmlichen Spritzen bekundet, weshalb der Senat zugunsten der Klägerin davon ausgeht und die diesbezügliche Aussage der Klägerin zu ihren Gunsten als der Nervosität geschuldeter Irrtum ansieht. Zwar ergab die Beweisaufnahme keinen Aufschluss darüber, ob Frau T. zum hier entscheidenden Infektionszeitraum April/Mai 1999 überhaupt noch im Haus A wohnte, wie die Klägerin behauptete, oder aber bereits ins Haus B für Schwerpflegebedürftige verlegt worden war, wo die Klägerin nicht mehr für sie zuständig war, weil weder der Zeuge M. noch die Zeuginnen L. und N. sich hieran positiv erinnern konnten. Dennoch unterstellt der Senat auch hier zugunsten der Klägerin, dass Frau Althaus in den Monaten April/Mai 1999 noch im Haus A wohnte und entsprechend von der Klägerin versorgt wurde.

Des Weiteren geht der Senat anhand der seitens der Klägerin für die Monate April/Mai 1999 vorgelegten Dienstpläne davon aus, dass diese an insgesamt 39 Tagen sowohl vormittags wie auch nachmittags im Haus A tätig war sowie an weiteren sieben Tagen nur vormittags und an vier Tagen nur nachmittags im Haus A tätig war, so dass sie an insgesamt 50 Tagen Gelegenheit hatte, der dort wohnenden Frau T. Insulinspritzen zu verabreichen. An den übrigen Tagen geht der Senat laut des vorgelegten Dienstplans davon aus, dass die Zeugin L. Dienst hatte und die fraglichen Spritzen verabreichte. Des Weiteren geht der Senat zugunsten der Klägerin davon aus, dass die Zeugin N. zu diesem Zeitpunkt überhaupt nicht im Hause A tätig war und damit als alternative Pflegekraft für die Verabreichung der Spritzen nicht in Betracht kam, weil sie namentlich im Dienstplan nicht erwähnt wird, obwohl die Zeugin eine Tätigkeit in diesem Zeitraum nicht ausschließen konnte. Somit errechnen sich ausgehend von jeweils einer Insulininjektion jeweils vormittags und nachmittags bei ganztägigen Diensten an 39 Tagen und nur einer Schicht vormittags oder nachmittags an weiteren elf Tagen abzüglich von zwei Schichten, an denen parallel auch die Zeugin L. im Hause A Dienst hatte (12. und 16. April 1999) 87 Schichten und damit ebenso viele Inokulationsvorgänge, die ein Infektionsrisiko für die Übertragung des Hepatitis-C-Virus auf die Klägerin in sich bargen. Schließlich steht für den Senat aufgrund der Einlassungen der Klägerin fest, dass sie insgesamt 2 Mal Schmerzspritzen in den Bauch einer weiteren Heimbewohnerin gab, ohne hierfür die Erlaubnis zu haben. Diese Schmerzinjektionen sind vorliegend indes nicht relevant, weil sich der genaue Zeitpunkt der Verabreichung nicht mehr ermitteln lässt; auch bei mehrmaligem Nachfragen konnte sich die Klägerin an den Zeitpunkt nicht erinnern.

Aus diesen Tätigkeiten lässt sich im Rahmen einer anzustellenden Gesamtschau keine besonders erhöhte Infektionsgefahr, an Hepatitis-C zu erkranken, herleiten. Zum einen können die Verrichtungen zur Grundpflege nicht als besonders infektionsgefährdend im Hinblick auf die Übertragung des Hepatitis-C-Virus angesehen werden. Im Rahmen der von der Klägerin selbst beschriebenen Tätigkeitsbereiche ist der regelmäßige Kontakt mit Urin und Stuhl der Alten und Pflegebedürftigen für eine Hepatitisgefährdung ohne Belang, da die Übertragung der Erkrankung überwiegend parenteral unter Umgehung des Magen-Darm-Traktes erfolgt. Wie bei der Hepatitis B Erkrankung erfolgt grundsätzlich keine Übertragung durch eine Schmierinfektion, weil im Urin keine infektionstüchtigen Quantitäten des Erregers vorliegen und im Stuhl das Virus zerstört wird (siehe Schönberger/Mehrtens, Valentin Arbeitsunfall und Berufskrankheiten, 8. Auflage 2010, 718 m.w.N.). Die Infektion ist prinzipiell nur durch Blut, Speichel, Sperma, Tränenflüssigkeit oder seröse Exsudate möglich, nicht jedoch durch Urin. Hinzu kommt der Aspekt, dass das Risiko der Übertragung einer Hepatitis C durch Verletzungen bei geringen Blutmengen um ein Vielfaches geringer ist als bei der Hepatitis B, weil die Konzentration der Hepatitis B Viren um mehrere 10 Potenzen höher ist (Schönberger/Mehrtens/Valentin a.a.O., 718). Zu einem Kontakt mit Körpersekreten und Blut konnte es bei der Pflege von Patienten mit Dekubitus oder beim Verbandwechsel im Wundbereich allgemein kommen. Dabei wäre eine Infektion der Klägerin aber nur vorstellbar, wenn die Körpersekrete infizierter Patienten mit denjenigen der Klägerin in Verbindung gelangt wären. Dies ist wiederum beim Tragen von Schutzhandschuhen nahezu ausgeschlossen und setzt im Übrigen voraus, dass die Klägerin selbst offene Wunden an den Händen aufgewiesen hätte, als sie entsprechende gefährdende Tätigkeiten verrichtete. Dieser Umstand wurde seitens der Klägerin jedoch nicht substantiiert vorgetragen. Da als gefährdend für den Erwerb einer HCV-Infektion nur solche Tätigkeiten angesehen werden können, die mit der konkreten Gefahr häufiger parenteraler Inokulationsereignisse im Sinne von Verletzungstatbeständen verbunden sind, bei denen es zu einem erheblichen Blutaustausch kommt (Mehrtens/Brandenburg, Die Berufskrankheitenverordnung, 11.2; BSG, Urteil vom 2. April 2009 - [B 2 U 30/07 R](#) - juris Rn 31 mwN), kommt als konkrete von der Klägerin verrichtete Tätigkeit, die potentiell infektionsgefährdend war, vor allem die Verabreichung von Spritzen in Betracht. Im Gesundheitswesen ist die Nadelstichverletzung insbesondere mit einer Hohlnadel ein geeigneter Übertragungsweg, der ein besonders hohes Übertragungsrisiko beinhaltet, weil hier regelmäßig der Transfer relativ großer Mengen frischen Blutes möglich ist (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, a.a.O., 718; Mehrstens/Brandenburg, a.a.O., 13.3). Die konkrete Gefährdung kann sich gerade aus den besonderen Verhältnissen des Tätigkeitsorts z.B. in klimatischer, hygienischer, sozialer, milieuspezifischer Hinsicht ergeben (vgl. Mehrstens/Brandenburg, a.a.O., 6.5, 13.4). Hierbei muss auch dem Umstand Rechnung getragen werden, dass durch eine Missachtung der Arbeitsschutz- und Hygienevorschriften die Arbeitsbedingungen zwar nicht allgemein, aber im Einzelfall durchaus mit einer konkreten Gefährdung verbunden sein können (vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 28. Januar 2003 - [L 2 U 180/01](#) - juris; Bayerisches LSG, Urteil vom 27. Juni 2007 - [L 3 U 212/05](#) - juris).

Das somit im Falle der Klägerin zweifellos bestehende Infektionsrisiko durch den nahezu täglichen Umgang mit Insulinspritzen, die ebenfalls Hohlnadeln sind, reichte jedoch nach Auffassung des Senates nicht aus, um im Hinblick auf die Art und Häufigkeit der konkreten Tätigkeit als ein wesentlich über dem Maß der Gesamtbevölkerung liegendes Risiko angenommen werden zu können. Hierbei bezieht der Senat im Wege einer Gesamtbetrachtung wertend als risikosteigernd ein, dass zum entscheidungserheblichen Zeitpunkt die Insulinverabreichung nach übereinstimmender Aussage der Zeugin L. mit herkömmlichen Spritzen erfolgte, die als alleinige Sicherheitsvorrichtung eine Plastik-Schutzkappe besaßen, die beim Wiederaufsetzen auf die Kanüle leicht zu einer Stichverletzung führen konnte. Letzteres folgt für den Senat ebenfalls aus der Aussage der Zeugin L. sowie aus eigener Sachkunde, weil der ehrenamtliche Richter an Diabetes mellitus erkrankt ist und langjährige Erfahrung im Umgang mit solchen Spritzen hat. Des Weiteren ist als risikosteigernd zu beachten, dass die Klägerin als einfache Altenpflegerin den Umgang mit Spritzen nie gelernt hatte und demgemäß im Vergleich zu ausgebildeten Kräften erfahrungsgemäß eine größere Unsicherheit bei dieser Tätigkeit bestand. Schließlich ergibt sich ein nicht nur geringfügiges Verletzungsrisiko daraus, dass gerade Insulinspritzen besonders dünn sind und gerade deshalb besonders leicht in die Haut eindringen können, was wiederum zu einer geringeren Schmerzempfindung führt, weshalb diese Verletzungen häufig vom Betroffenen nicht einmal bemerkt werden. Letzteres folgt zur Überzeugung des Senates sowohl aus der zuletzt eingeholten Stellungnahme des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. F. als auch aus der fachkundigen Aussage der Zeugin L. ...

Andererseits ist zu berücksichtigen, dass die Klägerin nach eigenem Bekunden diese Einwegspritzen stets ordnungsgemäß in

entsprechenden Behältnissen wie ausgedienten Marmeladengläsern entsorgt hat, was das Infektionsrisiko minimierte. Die Zeugin L. hat hierzu als sachverständige Zeugin bekundet, dass bei Einwegspritzen bei sofortiger Entsorgung die Schutzkappe gerade nicht mehr wieder aufgesteckt wird, und sich dieses Verletzungsrisiko gerade dann nicht realisiert. Der Umstand, dass die Klägerin letztlich keine Erlaubnis für das Verabreichen von Injektionen hatte, wird im Hinblick auf die Verletzungsanfälligkeit wiederum dadurch relativiert, dass sie zum Zeitpunkt des fraglichen Ansteckungszeitpunktes bereits diese Tätigkeit seit längerer Zeit absolvierte und ihr deswegen eine entsprechende Erfahrung risikomindernd entgegengehalten werden muss. Die Klägerin hat des Weiteren selbst eingeräumt, keine Nachtschichten im streiterheblichen Zeitraum verrichtet zu haben, so dass sich auch kein höheres Verletzungsrisiko durch etwaige diffuse Lichtverhältnisse (vgl. die Entscheidung des BSG, Urteil vom 2. April 2009 - [B 2 U 30/07 R](#) - juris) realisieren konnte. Schließlich bezieht der Senat wertend in die Gesamtbetrachtung mit ein, dass aufgrund des im Vergleich zur HBV-Infektion wesentlich geringeren Infektionsrisikos bei der HCV-Infektion als Übertragungsgefährdend nur Tätigkeiten in Betracht kommen, die erfahrungsgemäß mit der konkreten Gefahr von häufigen parenteralen Inokulationsereignissen im Sinne von Verletzungsereignissen verbunden sind, bei denen es zu einem erheblichen Blutaustausch kommt (BSG, Urteil vom 2. April 2009 - [B 2 U 30/07 R](#) - juris Rn 31 m.w.N.). Zwar ist damit die Nadelstichverletzung insbesondere mit einer Hohlnadel grundsätzlich ein geeigneter Übertragungsweg mit einem besonders hohen Übertragungsrisiko. Im Unterschied zu den in den bisherigen Entscheidungen des BSG (vgl. Urt. v. 02.04.2009 - [B 2 U 30/07 R](#) sowie [B 2 U 33/07 R](#) - jeweils juris) streitgegenständlichen "normalen" Hohlnadelspritzen bzw. Infusionskanülen vermögen Insulinspritzen aufgrund ihrer geringeren Kanülendicke logischerweise nur weniger Blut zu übertragen, zumal das Infektionsrisiko ohnehin mit nur ca. 3 % (im Vergleich zur HBV-Infektion mit 20 bis 30 %) als niedrig zu werten ist (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., 718). Dies folgt nicht zuletzt auch aus dem Sachverständigengutachten des Prof. Dr. F., der in seiner letzten Stellungnahme letztlich selbst die geringere hierdurch übertragbare Blutmenge eingeräumt hat. Sofern er wiederum auf die Inokulationsfähigkeit und damit auch die Verseuchung des Bluts abstellt, könnte diesem Aspekt nur dann Bedeutung zukommen, wenn Erkenntnisse dafür vorhanden wären, dass die als einziger Infektionsherd in Frage kommende Patientin T. tatsächlich HCV-positiv und dies zudem mit einer besonders hohen Konzentration des Virus in ihrem Blut war. Ohne diese Erkenntnisse muss auf den Durchschnittswert abgestellt werden, was zwangsläufig eine geringere Infektionswahrscheinlichkeit aufgrund der geringeren Blutmenge impliziert. 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 minimiert.

Auf den seitens der Klägerin geschilderten einmaligen ihr erinnerlichen Verletzungsvorgang, als ihr bei der Verabreichung einer Insulinspritze diese aus der Hand glitt und sie sich hierbei verletzte, kann hingegen nicht abgestellt werden, weil dieser sich nach ihrer eigenen Einlassung schätzungsweise ein  $\frac{3}{4}$  Jahr vor ihrem Ausscheiden aus dem Altenheim Ende Juli 1999 ereignete und damit nicht in den hier vom Senat als entscheidungserheblich zugrundegelegten Infektionszeitraum April/Mai 1999 fiel.

Insgesamt kommt der Senat bei einer Gesamtbetrachtung der für und gegen ein höheres Infektionsrisiko sprechenden Umstände zu dem Ergebnis, das angesichts der Einzelumstände im Hinblick auf Art und Häufigkeit der Injektionsvorgänge, die im streiterheblichen Zeitraum April/Mai 1999 nicht einmal täglich und dann jeweils bei derselben Patientin erfolgten, zwar ein gegenüber der Normalbevölkerung gesteigertes, nicht aber ein im besonderen Maße oberhalb des für die Gesamtbevölkerung liegendes Infektionsrisiko bestand. Hierbei orientiert sich der Senat ausdrücklich am neuesten Stand der in der fachwissenschaftlichen Literatur für die Beurteilung der Übertragungsgefahr ausgearbeiteten Schemata (vgl. nur Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., 724 f.; Mehrstens/Brandenburg, a.a.O., 12), denen zwar keinerlei rechtliche Verbindlichkeit zukommt und die nicht die Ermittlung der erhöhten Infektionsgefahr anhand der Umstände des zu beurteilenden konkreten Einzelfalles ersetzen, aber als Orientierung dienlich sind (BSG, Urteil vom 2. April 2009 - [B 2 U 30/07 R](#) - juris Rn 25 = [BSGE 103, 45](#) ff.). Danach besteht ein hohes Risiko gemäß Kategorie Ia auf Grund von häufigen Kontakten mit Blut oder sonstigen infektiösen Flüssigkeiten. Da die Klägerin eindeutig zu keiner der dort aufgezählten Arbeitsbereiche wie Operationseinheiten, Notfallaufnahmen, Intensivstationen, Rettungsdienste, Zahnärztliche Behandlungseinrichtungen oder Dialyseeinrichtungen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., 725) gerechnet werden kann, könnte eine Beweiserleichterung nur dann in ihrem Fall angenommen werden, wenn ihre Tätigkeit im Hinblick auf Art und Häufigkeit des Kontakts mit infektiösen Flüssigkeiten annähernd vergleichbar wäre. Gerade dies ist aber von einer Altenpflegerin, die ausschließlich im Bereich des betreuten Wohnens arbeitete und die als potentiell gefährdende Tätigkeit Insulinspritzen höchstens 87 Mal innerhalb von zwei Monaten nur einer Patientin verabreicht hat, nicht zu bejahen. Gleichfalls können unter Heranziehung dieses Vergleichsmaßstabs nicht die Voraussetzungen der Kategorie IIa (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., 727) angenommen werden, weil neben dem Nachweis der konkreten Arbeitsbedingungen bzw. besonderer Verletzungs- und Inokulationsrisiken aufgrund der Art der Tätigkeit die Häufigkeit dieser Tätigkeiten ein maßgebliches Kriterium ist. Auch hier können die Voraussetzungen bei Injektionsvorgängen im oben dargestellten Umfang, nicht dergestalt angenommen werden, dass gegenüber der Allgemeinbevölkerung ein im besonderen Maße erhöhtes Infektionsrisiko vorlag. Die Klägerin hatte derartige mit Infektionsrisiko verbundene Tätigkeiten gerade nicht häufig zu verrichten, da ihr Tätigkeitsfeld von andersartigen "ungefährlichen" Verrichtungen im Sinne der Grundpflege beherrscht wurde.

Dementsprechend hatte die Berufung keinen Erfolg und war zurückzuweisen.

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

Die Zulassung der Revision erfolgte aufgrund der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)). Der Senat geht davon aus, dass eine beträchtliche Anzahl von Pflegekräften in Altenheimen unter vergleichbaren Bedingungen tätig sind und sich hierbei die Frage nach den Kriterien, die für die Bejahung eines erheblich gesteigerten Infektionsrisikos von Bedeutung sind, erneut stellen wird.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2012-02-16