

L 3 U 54/11

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Kassel (HES)

Aktenzeichen

S 4 U 162/08

Datum

26.01.2011

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 3 U 54/11

Datum

25.08.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Für eine Erzieherin, die behinderte Kinder in einer Sonderschule betreut, besteht hinsichtlich der Chlamydia pneumoniae keine Infektionsgefahr, die in besonderem Maße über der Infektionsgefahr in der Gesamtbevölkerung liegt. Bei Chlamydia pneumoniae besteht ein hoher Verbreitungsgrad. Die Erkrankung kann bei Alltagskontakten übertragen werden. Der Grad der Durchseuchung unter Schulkindern ist geringer als im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung.

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Kassel vom 26. Januar 2011 wird zurückgewiesen.

II. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Anerkennung einer Chlamydien-Infektion (Chlamydia pneumoniae) als Berufskrankheit (BK) nach Nr. 3101 (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) der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV).

Die 1966 geborene Klägerin ist seit 1992 in der Sonderschule E-Heim als Erzieherin tätig und versorgt und fördert Kinder mit Behinderungen. Zu Ihren Tätigkeiten gehört das Füttern, Wickeln und Katheterisieren der Kinder sowie die Durchführung der manuellen Darmentleerung bei den Kindern.

Im Dezember 2005 ergab sich bei der Klägerin aufgrund einer Laboruntersuchung ein serologischer Hinweis auf eine aktive Infektion mit Chlamydia pneumoniae.

Am 29. Mai 2006 meldete der Hausarzt der Klägerin bei der Beklagten eine Chlamydien-Infektion als Berufskrankheit. Seit Oktober 2005 leide die Klägerin an rezidivierenden Fieberschüben, Abgeschlagenheit, häufigen Drüsenschwellungen im Halsbereich sowie gehäuften Infekten der oberen und unteren Luftwege.

Die Beklagte leitete ein Verfahren über die Feststellung einer Berufskrankheit ein. Sie holte bei den behandelnden Ärzten Befundberichte ein und forderte bei der Krankenversicherung der Klägerin ein Vorerkrankungsverzeichnis an. Dem Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenversicherung der Klägerin kann entnommen werden, dass diese im Zeitraum vom 19. September 2005 bis 3. Oktober 2005 wegen akuter Bronchitis (ICD 10 Diagnose J20.9) und Fieber unbekannter Ursache (ICD 10 Diagnose R50.9) arbeitsunfähig erkrankt war. Im Zeitraum vom 2. März 2006 bis 22. März 2006 war die Klägerin wegen Lymphknotenvergrößerung (ICD 10 Diagnose R59.1) und wegen Fieber unbekannter Ursache arbeitsunfähig erkrankt. Im Zeitraum vom 27. April 2006 bis 16. Juli 2006 war die Klägerin durchgehend arbeitsunfähig erkrankt, zunächst wegen der Diagnose R50.9, ab 19. Mai 2006 wegen der Diagnose R50.9 sowie wegen der Diagnose A74.9 (Sonstige Krankheiten durch Chlamydien; Chlamydieninfektion, nicht näher bezeichnet) und ab 7. Juni 2006 ausschließlich wegen der Diagnose A74.9. Aus dem Befundbericht des Heilpraktikers F. ergibt sich, dass die Klägerin im April 2006 bereits vier Behandlungszyklen mit Antibiotika hinter sich hatte. Aus dem Befundbericht des Dr. G. ergibt sich, dass der Rachenabstrich vom 3. März 2006 Staphylococcus aureus ergab; pathologische Lymphknotenschwellungen hätten nicht bestanden. Aus dem Befundbericht von H. ergibt sich, dass die immer wiederkehrenden Fieberschübe mit Abgeschlagenheit und Lymphknotenschwellung ohne sichere Infektionsquelle oder typische

Erkältungssymptomatik auffällig waren. Bei zwei Kolleginnen der Klägerin, die unter einer ähnlichen Symptomatik litten, seien ebenfalls Chlamydien diagnostiziert worden. Eine mögliche Infektionsquelle könne ein nachweislich mit einer Chlamydien-Infektion behaftetes schwerbehindertes Kind sein, das in der Einrichtung betreut werde, zu dem die Klägerin aber keinen engen pflegerischen Kontakt gehabt habe. Dem Laborbericht vom 21. August 2006 kann entnommen werden, dass die Serumantikörperkonzentration bei der Klägerin erhöht war. Wegen langer Antikörperpersistenz auch nach einer Therapie stehe der Befund nicht im Widerspruch zu einer erfolgreich durchgeführten Behandlung. Differentialdiagnostisch sei aber abzuklären, ob nicht eine chronisch aktive Infektion vorliege.

Der Arbeitgeber der Klägerin übersandte der Beklagten einen Laborbericht vom 5. Mai 2005 aus dem sich ein positiver IgG Titer für Chlamydia pneumoniae bei dem Kind ergab, welches im E-Heim betreut wird und welches in dem Befundbericht von H. als mögliche Ansteckungsquelle benannt wurde.

Die Beklagte holte eine Stellungnahme des Landesgewerbearztes ein. In seiner Stellungnahme vom 6. August 2007 gab der Landesgewerbearzt Dr. J. an, zwischen 50 % und 70 % der Erwachsenen hätten Kontakt mit Chlamydien gehabt. Daher sei fraglich, ob die Klägerin sich bei dem im E-Heim betreuten Kind angesteckt habe, zumal die Serologie aus Mai 2005 auf eine bei dem Kind bereits abgelaufene Infektion hinweise. Der Nachweis, dass die Klägerin sich bei dem Kind angesteckt habe könne nur gelingen, wenn sich noch persistierende Chlamydien mit dem gleichen "genetischen Fingerabdruck" nachweisen lassen würden.

Die Beklagte holte eine Stellungnahme bei dem Internisten und Sportmediziner Dr. K. ein. In seiner Stellungnahme von 1. Oktober 2007 führte Dr. K. aus, Chlamydia pneumoniae sei ein häufiger Grund für Lungenentzündungen. Meist würden die Infektionen jedoch ohne besondere Beschwerden oder in Form von leichten Halsschmerzen verlaufen. Die erwachsene Bevölkerung sei zu 50 % bis 70 % durchseucht, so dass positive Antikörper häufig seien, auch wenn keine entsprechende Erkrankung erinnerlich sei. Aus diesem Grund sei es selten möglich, eine Infektionskette nachzuweisen. Im Fall der Klägerin seien erstmals positive Antikörper im Oktober 2005 gefunden worden. Das angeführte Kind habe im Mai 2005 lediglich schwach positive Antikörper gezeigt. Es sei nicht möglich, hier einen Zusammenhang herzustellen. Eine ausgerechnet von diesem Kind ausgehende Ansteckung sei eher unwahrscheinlich. Der Nachweis über den gleichen "genetischen Fingerabdruck" wäre nur möglich, wenn man bei beiden Personen die Chlamydien selbst nachweisen, isolieren und vergleichen könnte. Der Erregernachweis selbst sei bei der Klägerin jedoch nicht gelungen; Sputumuntersuchungen hätten jeweils andere Keime ergeben. Es könne somit nicht einmal gesagt werden, ob die bei der Klägerin vorliegenden Symptome durch Chlamydien ausgelöst worden seien, oder ob eine andere Erkrankung vorliege und der positive Antikörpernachweis gegen Chlamydien lediglich einen Nebenbefund darstelle.

Mit Bescheid vom 14. November 2007 lehnte die Beklagte die Anerkennung einer Infektion mit Chlamydia pneumoniae bei der Klägerin als Berufskrankheit nach Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV ab. Sie begründete ihre Entscheidung damit, dass im beruflichen Umfeld der Klägerin keine konkrete Infektionsquelle ermittelt werden konnte. Nach den Angaben der Klägerin und den Angaben ihres Arbeitgebers kämen als Ansteckungsquelle ein schwerbehindertes Kind mit den Initialen A. B., geboren 1992, sowie 2 Kolleginnen in Betracht. Ein Nachweis für eine vorliegende Chlamydien-Infektion bei den Kolleginnen der Klägerin habe nicht erbracht werden können. Bei dem benannten Kind liege lediglich eine schwach positive Chlamydienserologie vom 5. Mai 2005 vor. Ein Zusammenhang zwischen den bei der Klägerin im Oktober 2005 festgestellten positiven Antikörpern gegenüber Chlamydien und den bei dem Kind im Mai 2005 festgestellten positiven Antikörpern würde nicht vorliegen, da der Erregernachweis aufgrund der bei der Klägerin durchgeführten Sputumuntersuchung jeweils andere Keime ergeben habe. Das mit Chlamydien infizierte Kind könne als Ansteckungsquelle im beruflichen Umfeld der Klägerin ausgeschlossen werden. Es habe kein Nachweis erbracht werden können, dass die Klägerin durch ihre berufliche Tätigkeit infiziert wurde.

Hiergegen erhob die Klägerin am 7. Dezember 2007 Widerspruch. Zur Begründung führte die Klägerin aus, das angegebene schwerbehinderte Kind sei entgegen der Einschätzung der Beklagten als Infektionsquelle nicht auszuschließen. Die Einschätzung des Dr. K., wonach dieses Kind als Ansteckungsquelle eher unwahrscheinlich sei beinhalte auch, dass eine Infektion durchaus erfolgt sein könne. Die Voraussetzungen zur Anerkennung einer Berufskrankheit seien erbracht, da die Infektionserkrankung medizinisch festgestellt worden sei und die Klägerin während des maßgebenden Inkubationszeitraumes Kontakt zu einem ansteckungsfähigen Kind gehabt habe. Es sei auch zu berücksichtigen, dass weitere Kolleginnen erkrankt gewesen seien, welche auch mit dem als Ansteckungsquelle benannten Kind in Kontakt gestanden hätten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11. August 2008 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte die Beklagte aus, ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit der Klägerin und ihrer Infektionserkrankung könne nicht hinreichend wahrscheinlich gemacht werden. Bei einer Chlamydien-Infektion sei der Nachweis einer konkreten Infektionsquelle erforderlich, da es sich hierbei um eine Infektionskrankheit handle, die man sich aufgrund des Übertragungsweges (Tröpfcheninfektion) jederzeit, auch ohne besondere berufliche Exposition, im täglichen Leben zuziehen könne. Der Nachweis einer konkreten Infektionsquelle während der Inkubationszeit habe bei der Klägerin nicht erbracht werden können. Das angegebene schwerbehinderte Kind komme als Infektionsquelle nicht in Betracht. Bei Sputumuntersuchungen bei der Klägerin wären jeweils andere Erregerkeime nachgewiesen worden. Serologische Untersuchungen bei dem angeführten Kind hätten bereits im Mai 2005 nur noch schwach positive Antikörper auf Chlamydien gezeigt, während bei der Klägerin erstmals im Oktober 2005 positive Antikörper auf Chlamydien gefunden worden seien; die Inkubationszeit betrage wenige Tage. Der Nachweis einer Chlamydien-Infektion bei weiteren Kolleginnen habe nicht erbracht werden können. Da Chlamydien-Infektionen weit verbreitet seien und die erwachsene Bevölkerung zu 50-70 % mit den Erregern durchseucht sei, könne nicht angenommen werden, dass die berufliche Tätigkeit mit hinreichender Wahrscheinlichkeit die Ursache für die Erkrankung darstelle. Die bloße Möglichkeit einer beruflichen Infektion genüge nicht.

Am 12. September 2008 hat die Klägerin hiergegen Klage beim Sozialgericht Kassel erhoben. Zur Begründung hat die Klägerin auf ihr Vorbringen im Widerspruchsverfahren Bezug genommen. Ergänzend hat die Klägerin vorgetragen, in der von ihr betreuten Klasse habe das Kind L. einen auffälligen Husten gehabt. Die Eltern hätten mitgeteilt, bei dem Kind sei eine Lungenentzündung diagnostiziert worden; weitere Untersuchungen seien jedoch nicht durchgeführt worden. Außerdem hätten sich zwei weitere Kolleginnen der Klägerin mit der gleichen Krankheit angesteckt.

Das Sozialgericht hat Beweis erhoben durch die Einholung eines Befundberichts bei der Fachärztin für Allgemeinmedizin H ... Aus diesem hat sich ergeben, dass die Klägerin im gesamten Zeitraum von September 2005 bis Dezember 2008 immer wieder unter rezidivierenden

Fieberschüben mit Temperaturen bis 38,5° C, massiver Abgeschlagenheit mit Mattigkeit, Antriebslosigkeit mit Unwohlsein und zum Teil mit gastritischen Beschwerden litt.

Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 26. Januar 2011 abgewiesen. Das Sozialgericht hat zur Begründung ausgeführt, es sei nicht im Vollbeweis nachgewiesen, dass die Klägerin im Rahmen ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung im Vergleich zur Normalbevölkerung einer besonders erhöhten Infektionsgefahr ausgesetzt gewesen sei. Ein Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und der Infektionskrankheit habe nicht bewiesen werden können. Die bloße Möglichkeit einer beruflich bedingten Infektion sei nicht ausreichend. Es fehle am Nachweis einer konkreten Infektionsquelle im beruflichen Umfeld. Das von der Klägerin benannte Kind mit den Initialen A.B. komme nicht als Infektionsquelle in Betracht. Bei einer serologischen Untersuchung im Mai 2005 hätten bei dem Kind nur noch schwach positive Antikörper gegen Chlamydien nachgewiesen werden können. Die Infektion des Kindes sei somit im Mai 2005 bereits abgelaufen gewesen. Bei der Klägerin seien erstmals im Oktober 2005 positive Antikörper gefunden worden. Die Inkubationszeit betrage nur wenige Tage. Der Nachweis der Ansteckung über den "genetische Fingerabdruck" sei nicht möglich gewesen, da nicht bei beiden Personen die Chlamydien selbst hätten nachgewiesen, isoliert und verglichen werden können. Der Erregernachweis selbst sei bei der Klägerin nicht gelungen. Sputumuntersuchungen hätten jeweils andere Keime ergeben. Die medizinischen Daten der Kolleginnen hätten nicht eingeholt und ausgewertet werden können, da die Personen ihr Einverständnis verweigert hätten. Hinsichtlich des von der Klägerin benannten Kindes L. habe der Nachweis einer Infektion ebenfalls nicht erbracht werden können. Das Kind habe nach Angaben der Klägerin an starkem Husten, vielleicht auch an einer Lungenentzündung gelitten. Da damals jedoch keine medizinischen Untersuchungen von den Eltern des Kindes veranlasst worden seien, habe nicht festgestellt werden können, ob das Kind überhaupt mit Chlamydien infiziert gewesen sei.

Gegen das ihrem Prozessbevollmächtigten am 3. Februar 2011 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 3. März 2011 beim Hessischen Landessozialgericht in Darmstadt Berufung eingelegt. Zur Begründung trägt die Klägerin vor, das Sozialgericht hätte sich nicht auf die von der Beklagten vorgelegten ärztlichen Stellungnahmen verlassen dürfen. Die Klägerin hat einen Laborbericht vom 2. Juni 2005 betreffend die Arbeitskollegin M. vorgelegt, aus dem sich ein positiver IgG Titer und ein hoch positiver IgA Titer für Chlamydia pneumoniae ergibt.

Zu dem Laborbericht hat der beratende Arzt der Beklagten Dr. K. am 19. Februar 2012 Stellung genommen. Die Laborwerte der Kollegin der Klägerin könnten so interpretiert werden, dass es sich entweder um eine chronisch aktiv verlaufende Infektion handle oder um eine Antikörper-Persistenz ohne klinische Bedeutung. Die Laborergebnisse würden nichts darüber aussagen, ob die Kollegin im Zeitpunkt der Laboruntersuchung erkrankt war oder nicht. Sofern bei der Kollegin überhaupt eine Erkrankung vorliege, könne man aus diesem Laborergebnis keine Schlüsse dahingehend ziehen, dass hierin die mehrere Monate später aufgetretene Erkrankung der Klägerin ihre Ursache habe. Ein Zusammenhang zwischen der Erkrankung der Kollegin und der Erkrankung der Klägerin sei möglich, aber nicht hinreichend wahrscheinlich, insbesondere wenn man die hohe Durchseuchung in der Bevölkerung berücksichtige.

Mit Schriftsatz vom 15. Mai 2015 hat die Klägerin weitere Laborberichte vom 21. Juli 2005 und vom 25. August 2005 betreffend die Arbeitskollegin M. vorgelegt, aus denen sich jeweils ein positiver IgG Titer und ein hoch positiver IgA Titer für Chlamydia pneumoniae ergibt.

Die Klägerin beantragt (sinngemäß), das Urteil des Sozialgerichts Kassel vom 26. Januar 2011 sowie den Bescheid der Beklagten vom 14. November 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. August 2008 aufzuheben und festzustellen, dass bei ihr eine Berufskrankheit nach Nr. 3101 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung vorliegt.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung verweist die Beklagte auf die Entscheidungsgründe des erstinstanzlichen Urteils.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Hinsichtlich des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird auf die Gerichtsakte und die zum Verfahren beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)).

Die Berufung der Klägerin ist form- und fristgerecht eingelegt ([§ 87 Abs. 1 Satz 2](#) i. V. m. [§ 153 Abs. 1 SGG](#), [151 SGG](#)) und zulässig ([§ 143 SGG](#)). Die Berufung, mit der die Klägerin die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV erstrebt, ist jedoch nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Bei der von der Klägerin erhobenen Klage handelt es sich um eine zulässigerweise erhobene kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage, ungeachtet der Antragstellung im erstinstanzlichen Verfahren, "die Beklagte zu verurteilen, bei der Klägerin eine Berufskrankheit [] anzuerkennen und zu entschädigen", da das Ziel der Klägerin die Feststellung des Vorliegens einer BK Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV ist ([§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#)). Das Klagebegehren war auch so auszulegen, dass die Klägerin von Anfang an keine Leistungsklage, sondern eine Feststellungsklage erhoben hat. Das Begehren, "eine Berufskrankheit [] anzuerkennen und zu entschädigen", hat in dieser Situation keine eigenständige Bedeutung, sondern beschreibt nur die rechtlichen Folgerungen, die sich im Falle der beantragten Feststellung ergeben. Eine mit einem solchen Antrag erhobene Leistungsklage wäre unzulässig, weil sie nicht auf konkrete Leistungen, sondern allgemein auf Feststellung der Leistungspflicht der Beklagten gerichtet ist, da im Entscheidungszeitpunkt (noch) nicht feststeht, welche der in Frage kommenden Leistungen (Krankenbehandlung, Rehabilitation, Verletztengeld, Verletztenrente u. a.) im konkreten Fall tatsächlich beansprucht werden können und für welchen Zeitraum sie ggf. zu erbringen sind (vgl. BSG, Urteil vom 7. September 2004 - [B 2 U 35/03 R](#) - juris).

Die Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK Nr. 3101 liegen bei der Klägerin nicht vor.

Nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Siebtes Buch - Gesetzliche Unfallversicherung - SGB VII sind Berufskrankheiten Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden. Die Bundesregierung ist ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten 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. Auf Grund dieser Ermächtigung in [§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) hat die Bundesregierung die BKV vom 31. Oktober 1997 ([BGBl. I, S. 2623](#)) erlassen, in der die derzeit als Berufskrankheiten anerkannten Krankheiten aufgeführt sind.

Für die Feststellung einer Listen-BK ist danach im Regelfall erforderlich, dass die Verrichtung einer - grundsätzlich - versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder ähnlichem auf den Körper geführt hat (Einwirkungskausalität) und die Einwirkungen 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. 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, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (BSG, Urteil vom 15. September 2011 - [B 2 U 25/10 R](#) - juris).

Unter Nr. 3101 ist in 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" erfasst. Die Voraussetzungen dieses Tatbestandes i.V. mit [§ 9 Abs. 1 SGB VII](#) sind im vorliegenden Fall nicht erfüllt.

Die Klägerin erfüllt zwar die Voraussetzung "Tätigkeit im Gesundheitsdienst". 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](#)). Als in einer Sonderschule tätige Erzieherin versorgt und fördert die Klägerin behinderte Kinder und trägt damit zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit und zur Pflege dieser Kinder bei.

Bei der Infektion mit Chlamydia pneumoniae handelt es sich auch um eine Infektionskrankheit i.S.d. Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV. Aufgrund der bei der Klägerin nachgewiesenen Antikörper gegen Chlamydia pneumoniae steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die Klägerin sich irgendwann in der Vergangenheit mit Chlamydia pneumoniae infiziert hat.

Die Klägerin war jedoch bei ihrer beruflichen Tätigkeit keinen Einwirkungen in Form einer besonders erhöhten Infektionsgefahr ausgesetzt, da sich aufgrund der Wechselwirkung zwischen der Durchseuchung des beruflichen Umfelds der Klägerin einerseits und der Art der Verrichtungen andererseits zwar eine erhöhte Infektionsgefahr ergibt, jedoch keine in besonderem Maße über der Infektionsgefahr der Gesamtbevölkerung liegende Infektionsgefahr.

Die Listen-BKen 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 Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV 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, Urteil vom 2. April 2009 - [B 2 U 30/07 R](#) - juris Rn. 18; BSG, Urteil vom 21. März 2006 - [B 2 U 19/05 R](#) - juris Rn. 15; Urteil des Senats vom 13. Juli 2010, Az.: [L 3 U 5/03](#) - juris). Um den Nachweisschwierigkeiten zu begegnen, genügt bei der BK Nr. 3101 als "Einwirkungen" iS des [§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#), dass der Versicherte einer der versicherten Tätigkeit innewohnenden "Infektionsgefahr besonders ausgesetzt" war (BSG, Urteil vom 2. April 2009 - [B 2 U 30/07 R](#) - juris; Urteil des Senats vom 13. Juli 2010, Az.: [L 3 U 5/03](#) - juris).

Die besondere, über das normale Maß hinausgehende Infektionsgefahr ist nicht Bestandteil eines Ursachenzusammenhanges 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, Urteil vom 2. April 2009 - [B 2 U 30/07 R](#) - juris; Urteil des Senats vom 13. Juli 2010, Az.: [L 3 U 5/03](#) - juris).

Eine erhöhte Infektionsgefahr ist bei Versicherten anzunehmen, die aufgrund ihrer Tätigkeit oder ihres Arbeitsumfeldes einer Infektionsgefahr in besonderem Maße ausgesetzt sind. Die besondere Infektionsgefahr kann sich im Einzelfall aufgrund der Durchseuchung des Umfelds der Tätigkeit oder der Übertragungsgefahr der ausgeübten Verrichtungen ergeben. 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).

Die Übertragungsgefahr 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 BK Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV nicht eine schlichte Infektionsgefahr genügt, sondern eine (z.T. typisierend

nach Tätigkeitsbereichen) besonders erhöhte Infektionsgefahr vorausgesetzt wird ([§ 9 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 1 SGB VII](#)), kommt es darauf an, welche einzelnen Arbeitshandlungen im Hinblick auf den Übertragungsweg besonders gefährdend sind (BSG, Urteil vom 2. April 2009 - [B 2 U 30/07 R](#) - juris).

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 Übertragungsgefährdender Tätigkeit das Vorliegen einer besonders erhöhten Infektionsgefahr nahe. Zwingend ist dieser Schluss aber nicht (BSG, Urteil vom 2. April 2009 - [B 2 U 30/07 R](#) - juris). 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 (Urteil des Senats vom 13. Juli 2010, Az.: [L 3 U 5/03](#) - juris).

Die Klägerin war keinem solchen besonders erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt. Chlamydia pneumoniae ist eine sehr häufige, weltweit verbreitete Ursache respiratorischer Infektionen des Menschen. Die Durchseuchung beginnt bereits im Vorschulalter und beträgt im 6. Lebensjahrzehnt für Frauen über 50% und für Männer über 70%. Über die Verbreitung von Chlamydia pneumoniae Infektionen ist in Deutschland wenig bekannt. Es ist jedoch ein sehr hoher Durchseuchungsgrad zu beobachten, so dass jeder Mensch mindestens einmal in seinem Leben Kontakt mit Chlamydia pneumoniae haben dürfte (vgl. Chlamydiosen (Teil 2): Erkrankungen durch Chlamydia psittaci, Chlamydia pneumoniae und Simkania negevensis, RKI-Ratgeber für Ärzte - www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblätter/RatChlamydiaTeil2.html?nn=2382924). Demzufolge ist unter den von der Klägerin betreuten Schulkindern von einem geringeren Durchseuchungsgrad als in der Gesamtbevölkerung auszugehen, da die Schulkinder aufgrund ihres jungen Alters noch weniger Möglichkeiten zum Kontakt mit Chlamydia pneumoniae hatten als dies im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung der Fall ist.

Die erforderliche besondere Infektionsgefahr lässt sich auch nicht auf die Übertragungsgefahr bei den von der Klägerin ausgeübten Tätigkeiten zurückführen. Chlamydia pneumoniae wird auf aerogenem Weg und durch Speichelkontakt von Mensch zu Mensch übertragen (vgl. Chlamydiosen (Teil 2): Erkrankungen durch Chlamydia psittaci, Chlamydia pneumoniae und Simkania negevensis, RKI-Ratgeber für Ärzte; Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, S. 757; Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 260. Auflage 2004, S. 306). Die Übertragungsgefahr besteht daher bei Alltagskontakten jeder Art. Zwar ist die Infektionsgefahr der Klägerin bei ihrer beruflichen Tätigkeit durch den engeren körperlichen Kontakt zu den Kindern beim Füttern und Naseputzen beispielsweise gegenüber der Unterrichtstätigkeit einer Lehrerin erhöht. Im Hinblick auf den hohen Verbreitungsgrad der Chlamydia pneumoniae, die bestehende Übertragungsmöglichkeit bei Alltagskontakten und die Tatsache, dass der Grad der Durchseuchung unter den behinderten Schulkindern eher geringer ist als im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung, besteht dennoch keine Infektionsgefahr, die in besonderem Maße über der Infektionsgefahr in der Gesamtbevölkerung liegt; eine nur geringfügig erhöhte Infektionsgefahr reicht nach der Rechtsprechung des BSG gerade nicht aus (siehe oben).

Der Nachweis einer infizierten Kontaktperson ist der Klägerin ebenfalls nicht gelungen. Bei dem von der Klägerin benannten Kind mit den Initialen A.B. ergibt sich aus dem Laborbericht vom 5. Mai 2005 ein schwach positiver IgG Titer für Chlamydia pneumoniae. Ausweislich der schlüssigen und nachvollziehbaren Stellungnahme des Dr. K. ist es nicht möglich, hier einen Zusammenhang herzustellen. Dr. K. führte hierin aus, da die Infektionen meist ohne besondere Beschwerden oder in Form von leichten Halsschmerzen verlaufen würden und aufgrund des Grades der Durchseuchung in der erwachsenen Bevölkerung zwischen 50 % bis 70 % seien positive Antikörper häufig, auch wenn keine entsprechende Erkrankung Erinnerung sei. Aus diesem Grund sei es selten möglich, eine Infektionskette nachzuweisen. Im Fall der Klägerin seien erstmals positive Antikörper im Oktober 2005 gefunden worden. Das angeführte Kind habe im Mai 2005 lediglich schwach positive Antikörper gezeigt. Es sei nicht möglich, hier einen Zusammenhang herzustellen. Eine ausgerechnet von diesem Kind ausgehende Ansteckung sei eher unwahrscheinlich. Der Nachweis einer Ansteckung über den gleichen "genetischen Fingerabdruck" wäre nur möglich, wenn man bei beiden Personen die Chlamydien selbst nachweisen, isolieren und vergleichen könnte. Der Erregernachweis selbst sei bei der Klägerin jedoch nicht gelungen; Sputumuntersuchungen hätten jeweils andere Keime ergeben. Gegen einen Zusammenhang zwischen dem bei dem Kind A.B. im Mai 2005 ermittelten schwach positiven IgG Titer für Chlamydia pneumoniae und den im Oktober 2005 bei der Klägerin festgestellten positiven Antikörpern gegen Chlamydia pneumoniae spricht auch die kurze Inkubationszeit von wenigen Tagen (Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, a.a.O., S. 757) bzw. ein bis vier Wochen (Chlamydiosen (Teil 2): Erkrankungen durch Chlamydia psittaci, Chlamydia pneumoniae und Simkania negevensis, RKI-Ratgeber für Ärzte) in Zusammenschau mit der Stellungnahme des Landesgewerbearztes Dr. J., wonach die Serologie aus Mai 2005 auf eine bei dem Kind bereits abgelaufene Infektion hinweise. Dementsprechend kommt auch der Landesgewerbearzt zu dem Ergebnis, dass der Nachweis einer Ansteckung der Klägerin bei dem Kind A.B. nur gelingen könne, wenn sich noch persistierende Chlamydien mit dem gleichen genetischen "Fingerabdruck" nachweisen lassen würden.

In Bezug auf das von der Klägerin ebenfalls benannte Kind L. hat die Klägerin lediglich vorgetragen, dass L. an einem auffälligen Husten gelitten habe und, dass bei ihm eine Lungenentzündung diagnostiziert worden sei. Ob L. überhaupt mit Chlamydia pneumoniae infiziert war ist hingegen nicht bekannt.

Soweit die Klägerin vorträgt, sich möglicherweise bei der Kollegin M., mit der sie eine Fahrgemeinschaft gebildet habe, angesteckt zu haben, so hätte sich in diesem Fall gerade nicht die der versicherten Tätigkeit innewohnende besondere Infektionsgefahr realisiert. Die Gefährdung hinsichtlich einer Infektion mit Chlamydia pneumoniae beim Umgang der Klägerin mit ihrer Kollegin entspricht der Gefährdung, die in jedem anderen Beruf beim Umgang mit Kollegen oder mit Kunden oder beim außerberuflichen Umgang mit Menschen besteht; mithin entspricht der Umgang mit der Kollegin einem Alltagskontakt und die hierbei bestehende Infektionsgefahr ist gerade nicht von der BK Nr. 3101 der

Anlage 1 zur BKV geschützt.

Selbst wenn man im vorliegenden Fall eine durch die versicherte Tätigkeit bedingte besonders erhöhte Infektionsgefahr annehmen würde, wäre der Tatbestand der BK Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV nicht erfüllt. Liegen eine durch die versicherte Tätigkeit bedingte besonders erhöhte Infektionsgefahr und die Infektionskrankheit vor, nimmt der Verordnungsgeber zwar typisierend an, dass die Infektion während und wegen der Gefahrenlage erfolgte und die Krankheit wesentlich verursacht hat. Für diese Typisierung ist allerdings dann kein Raum, wenn eine Infektion während oder aufgrund der versicherten Verrichtungen und damit der unterstellte Ursachenzusammenhang ausgeschlossen ist. Zum einen darf die Inkubationszeit nicht gegen einen zeitlichen Zusammenhang der Krankheit mit der beruflichen Tätigkeit sprechen. Der Zeitpunkt der Infektion muss in den Zeitraum der Ausübung der gefährdenden Arbeitsvorgänge fallen. Zudem ist der Ursachenzusammenhang nicht gegeben, wenn ein anderes, dem privaten Lebensbereich zuzuordnendes Infektionsrisiko die Erkrankung verursacht hat (BSG, Urteil vom 2. April 2009 - [B 2 U 30/07 R](#) - juris). Kommen sowohl berufliche als auch außerberufliche Verrichtungen als Ansteckungsquelle in Betracht, von denen aber nur eine allein die Krankheit auslösen kann, muss entschieden werden, ob sich mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eine der unter Versicherungsschutz stehenden Handlungen als Krankheitsursache identifizieren lässt. Eine im Rechtssinne hinreichende Wahrscheinlichkeit dafür ist gegeben, wenn der Möglichkeit einer beruflichen Verursachung nach sachgerechter Abwägung aller wesentlichen Umstände gegenüber den anderen in Frage kommenden Möglichkeiten ein deutliches Übergewicht zukommt, sodass darauf die richterliche Überzeugung gestützt werden kann (BSG Urteil vom 21. März 2006 - [B 2 U 19/05 R](#) - juris Rn. 16; Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 13. August 2013, Az. [L 3 U 262/12](#)).

Im vorliegenden Fall kommen außerberufliche Verrichtungen als Ansteckungsquelle in Betracht, da eine Ansteckung mit Chlamydia pneumoniae bei sämtlichen Alltagskontakten möglich ist und aufgrund des hohen Durchseuchungsgrades in der Gesamtbevölkerung auch nicht unwahrscheinlich ist. Eine konkrete unter Versicherungsschutz stehende Handlung lässt sich auch nicht als Krankheitsursache identifizieren, da es nicht möglich ist festzustellen, ob die Chlamydien-Infektion der Klägerin von einem der von ihr benannten Kinder stammt; dies wäre nur möglich, wenn sowohl die Chlamydien bei der Klägerin selbst als auch bei den von ihr benannten Kindern hätten nachgewiesen, isoliert und verglichen werden können. Demzufolge kommt im vorliegenden Fall der Möglichkeit einer beruflichen Verursachung der bei der Klägerin erfolgten Chlamydien-Infektion kein deutliches Übergewicht gegenüber anderen in Frage kommenden Infektionsmöglichkeiten zu.

Des Weiteren bestehen Zweifel, ob die von der Klägerin geklagten Beschwerden auch mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf der bei ihr irgendwann in der Vergangenheit erfolgten Infektion mit Chlamydia pneumoniae beruhen. Die Klägerin litt bereits nicht unter für eine Infektion mit Chlamydia pneumoniae typischen Beschwerden. Meist verlaufen Infektionen mit Chlamydia pneumoniae asymptomatisch und unbemerkt. Das klinische Spektrum umfasst akute und chronische Infektionen des oberen Respirationstraktes (Pharyngitiden, Sinusitiden und Bronchitiden) und die ambulant erworbene Pneumonie (Chlamydiosen (Teil 2): Erkrankungen durch Chlamydia psittaci, Chlamydia pneumoniae und Simkania negevensis, RKI-Ratgeber für Ärzte). Demgegenüber litt die Klägerin ausweislich des Befundberichts von H. immer wieder unter rezidivierenden Fieberschüben mit Temperaturen bis 38,5° C, massiver Abgeschlagenheit mit Mattigkeit, Antriebslosigkeit mit Unwohlsein und zum Teil mit gastrischen Beschwerden. Dementsprechend führte auch Dr. K. nachvollziehbar aus, es könne nicht gesagt werden, ob die bei der Klägerin vorliegenden Symptome durch Chlamydien ausgelöst worden seien, oder ob eine andere Erkrankung vorliege und der positive Antikörpernachweis gegen Chlamydien lediglich einen Nebenbefund darstelle. Für die grundsätzliche Möglichkeit eines Nebenbefundes spricht auch die Tatsache, dass Chlamydia pneumoniae im oberen Respirationstrakt über viele Jahre persistieren können und die Infektionen zu einer Antikörperbildung führen, die lange nachgewiesen werden kann (Chlamydiosen (Teil 2): Erkrankungen durch Chlamydia psittaci, Chlamydia pneumoniae und Simkania negevensis, RKI-Ratgeber für Ärzte). Daher kann der Zeitpunkt der Infektion der Klägerin mit Chlamydia pneumoniae nicht festgestellt werden; dieser kann sogar lange vor dem Auftreten der (nicht für eine Infektion mit Chlamydia pneumoniae typischen) Beschwerden bei der Klägerin liegen. Dementsprechend heißt es auch in dem Laborbericht vom 21. August 2006 "wegen langer Antikörperpersistenz, auch nach einer Therapie steht der Befund nicht im Widerspruch zu einer erfolgreich durchgeführten Behandlung"; differentialdiagnostisch sei allerdings abzuklären, ob nicht eine chronisch aktive Infektion vorliege.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#), diejenige über die Nichtzulassung der Revision auf [§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-02-11