

L 10 U 1758/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 9 U 2582/05
Datum
08.03.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 1758/07
Datum
08.03.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 08.03.2007 wird mit folgender Maßgabe zurückgewiesen: Der Bescheid der Beklagten vom 04.08.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.04.2005 wird aufgehoben. Es wird festgestellt, dass die HIV-1-Infektion des Klägers eine Berufskrankheit im Sinne von Nr. 3101 der Anlage zur BKV ist.

Die Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten auch des Berufungsverfahrens zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die HIV-1-Infektion des Klägers als Berufskrankheit (BK) nach Nr. 3101 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) anzuerkennen ist.

Der im Jahre 1971 geborene Kläger ist von Beruf Arzt. Er stammt aus K und war bereits dort in der Notfallmedizin tätig. Seit 1995 lebt er mit seiner Ehefrau und seinem im Jahre 1992 geborenen Sohn im Bundesgebiet. Ab Mitte 1997 bis Ende 2000 war er, jeweils in der Anästhesie, zunächst als Gastarzt im D Krankenhaus S. und, nach Ablegung seines Fachkundenachweises, in der R klinik B. als Assistenzarzt tätig.

Seit Januar 2001 ist der Kläger, wiederum als Assistenzarzt, in der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin des Kreiskrankenhauses C. beschäftigt. Diese versorgt im Fachbereich Anästhesie die Allgemeinchirurgie mit unfallchirurgischem Schwerpunkt, die internistische Hauptabteilung mit kardiologischer Ausrichtung sowie unter anderem die gynäkologisch-geburtshilfliche Belegabteilung mit dazugehörigem Kreissaaldienst einschließlich Periduralanästhesie. Darüber hinaus ist sie für die ärztliche Versorgung der interdisziplinären Acht-Betten-Intensivstation des Krankenhauses mit Patienten aus den Bereichen Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie und Neurologie zuständig. In diesem Rahmen erfolgen Punktionen insbesondere der großen Gefäße sowie des Spinalkanals und werden alle Reanimationen und sonstige Notfälle von der Anästhesie übernommen. Deren Assistenzärzte werden dabei im Bereitschaftsdienst (vier bis sechs Mal im Monat) als Stationsarzt der Intensivstation eingesetzt. Daneben besetzt die Anästhesieabteilung personell den ärztlichen Notdienst der zentralen Notaufnahme des Hauses und führt Eigenblutspenden durch.

Bei dem in diesem Rahmen eingesetzten Kläger traten eigenen Angaben zufolge in der zweiten Augushälfte 2002 Fieber, Bauschmerzen, Hautausschläge und Lymphknotenschwellung mit einwöchiger Arbeitsunfähigkeit sowie im Verlauf spontaner Besserung auf. Eine daraufhin am 18.09.2002 veranlasste Laboruntersuchung erbrachte eine HIV-1-Infektion des Klägers; daneben fand sich eine Infektion mit dem Herpes-Simplex-Virus Typ I und II (HSV I und II). Im Rahmen der nachfolgend von Priv.-Doz. Kl. - Medizinische Poliklinik des Universitätsklinikums W. - Schwerpunkt Hepatologie/Infektiologie - eingeleiteten antiretroviralen Therapie wurde die zunächst ausgeprägte HI-Viruslast auf ein Minimum gesenkt und der Immunstatus des Klägers wieder in den Normalbereich angehoben.

Mit Schreiben vom 04.03.2003 zeigte der damalige Betriebsarzt des Kreiskrankenhauses C., Dr. M., bei der Beklagten den Verdacht einer BK Nr. 3101 - HIV-Infektion - des Klägers an. Der Kläger führe die Beschwerden auf eine dem Betriebsarzt seinerzeit nicht gemeldete Nadelstichverletzung im Operationssaal Ende Juli 2002 zurück. Ergänzend heißt es verbunden mit dem Hinweis, der Arbeitgeber solle nichts erfahren, "der Mitarbeiter hat jetzt endlich nach mehreren Gesprächen einer Meldung an die BG zugestimmt".

Im daraufhin eingeleiteten Verwaltungsverfahren schloss der Kläger erneut mehrmals die Weitergabe von Informationen über seine Erkrankung an seinen Arbeitgeber sowie Ermittlungen bei dem selben aus. Zur Begründung wies er darauf hin, sein Interesse gelte zuvörderst der Fortsetzung seiner beruflichen Tätigkeit. In der Sache machte er geltend, er arbeite laufend mit Handschuhen, da dies bei invasiven Tätigkeiten vorgeschrieben sei. Allerdings habe er sich zu einem nicht genau erinnerlichen Zeitpunkt im Juli 2002 eine

Stichverletzung an einer blutkontaminierten Hohnadel aus dem Kanülenabwurfbehälter zugezogen. Diese habe er zwar bemerkt, aber als Bagatelle abgetan und daher weder gemeldet noch in das Verbandbuch eingetragen. Zu jener Zeit seien im Kreiskrankenhaus C. zwei HIV-positive Patienten operativ versorgt worden. Hierzu legte er einen hinsichtlich der Patientendaten anonymisierten Arztbericht über einen während der Zeit vom 22.05. bis zum 04.07.2002 im Kreiskrankenhaus C. behandelten HIV-positiven Patienten vor. Ergänzend gab er an, er wisse nicht mehr, er ob den besagten Patienten ärztlich versorgt habe. Entsprechende Nachforschungen seien ausgeschlossen, da sonst die Gefahr von Nachfragen durch den Arbeitgeber bestehe. Gleiches gelte hinsichtlich des ihm auch namentlich nicht erinnerlichen zweiten HIV-positiven Patienten. Außerberufliche Ansteckungsquellen verneinte der Kläger sowohl schriftlich als auch mündlich. Seine Ehefrau sei HIV-negativ. Hierzu legte er einen entsprechenden Laborbefund über eine am 23.09.2002 erfolgte Testung seiner Ehefrau vor.

Der zwischenzeitlich im arbeitsmedizinischen Dienst der W. Bau-Berufsgenossenschaft tätige frühere Betriebsarzt des Kreiskrankenhauses C., Dr. M., teilte mit, die Tätigkeit in der Anästhesieabteilung des Kreiskrankenhauses C. gehe mit erhöhter Infektionsgefahr einher. Der Kläger habe seinerzeit viele Notarztschichten belegt und sei zudem häufig in notärztlicher Bereitschaft gewesen. Die von ihm beschriebene Stichverletzung sei plausibel und nachvollziehbar. Ab einer gewissen Füllung ragten die Nadeln aus dem Kanülenabwurfbehälter heraus, so dass eine Stichverletzung durchaus möglich sei.

In einem von der Beklagten eingeholten Befundbericht von Priv.-Doz Dr. Kl. heißt es, die anamnестischen Angaben des Klägers seien schlüssig. Das im August 2001 aufgetretene Krankheitsbild sei eindeutig mit einer akuten HIV-Infektion vereinbar. Die laborchemische Diagnostik im September 2002 beweise die Infektion, wobei der serologische Verlauf für eine kürzliche Infektion mit HIV-1 spreche. Eine Nachuntersuchung einer Serumprobe vom 25.01.2001 zeige negative HIV-Antikörper. Der Infektionszeitpunkt müsse also zwischen ca. Dezember 2000 und August 2002 liegen. Zusammenfassend sei daher eine berufsbedingte Erkrankung anzunehmen. Diese Einschätzung hat er in seinem im Auftrag der Beklagten erstatteten Sachverständigengutachten wiederholt. Ergänzend hat er ausgeführt, der Kläger habe im Anamnesegespräch vom 27.09.2002 u. a. homosexuelle Kontakte und häufige Partnerwechsel verneint sowie auf seine Ehe und sein Kind hingewiesen. Die Hepatitis-Infektionen des Klägers seien ausgeheilt und sicherlich (Hepatitis A und B) bzw. höchstwahrscheinlich (Hepatitis C) bereits in K akquiriert worden. Der Allgemeinarzt und Tropenmediziner Dr. J. hat in seiner von der Beklagten eingeholten beratungsärztlichen Stellungnahme ebenfalls die Voraussetzungen für das Vorliegen einer BK Nr. 3101 der Anlage zur BKV bejaht. Unter Zugrundelegung der mit den übrigen Befunden und neueren Untersuchungen übereinstimmenden Angaben des Klägers zum Zeitpunkt seiner Stichverletzung und der als akute HIV-Krankheit zu wertenden hochfieberhaften Erkrankung im August 2002 sei es zumindest hinreichend wahrscheinlich, dass sich der Kläger bei seiner beruflichen Tätigkeit infiziert habe. Infektionszeitraum sei theoretisch die Zeit zwischen November 2000 und August 2002. Zeitpunkt des Versicherungsfalles sei der Tag der Erstdiagnose der HIV-Infektion am 18.09.2002.

Mit Bescheid vom 04.08.2004 lehnte die Beklagte die Anerkennung einer Berufskrankheit nach § 9 Abs. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) in Verbindung mit Nr. 3101 der Anlage zur BKV ab. Auf Grund des fehlenden Einverständnisses des Klägers zur Durchführung von Ermittlungen vor Ort habe der erforderliche ursächliche Zusammenhang zwischen seiner Berufstätigkeit und der HIV-Infektion nicht nachgewiesen werden können. Es sei unklar geblieben, ob ein invasiver Kontakt zu einem möglichen HIV-positiven Patienten bestanden habe.

Den hiergegen erhobenen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 27.04.2005 aus den Gründen der Ausgangsentscheidung zurück. Ergänzend heißt es, die Tätigkeit des Anästhesisten könne in Bezug auf eine HIV-Infektion nicht generell als gefährdende Tätigkeit angesehen werden, zumal der Kläger selbst angegeben habe, dass er generell mit Handschuhen arbeite. In welchem Umfang gefährdende Tätigkeiten durchgeführt worden seien, sei nicht nachgewiesen.

Am 03.05.2005 hat der Kläger beim Sozialgericht Stuttgart Klage erhoben. Ein Zusammenhang zwischen seiner beruflichen Tätigkeit und seiner HIV-Infektion sei hinreichend wahrscheinlich. Auch habe er vor seiner Infektion nicht stets Handschuhe getragen, da hierfür zuweilen aus medizinischen Gründen keine Zeit geblieben sei. Nunmehr trage er in aller Regel doppelte Handschuhe. Ermittlungen bei seinem Arbeitgeber hat er weiterhin ausgeschlossen.

Die Beklagte ist dem entgegen getreten. Sie hat die Auffassung vertreten, weder der Arbeitsbereich des Klägers noch die von ihm ausgeübten Tätigkeiten seien mit einem im Vergleich zum sonstigen Gesundheitsdienst erhöhten HIV-Infektionsrisiko behaftet. Darüber hinaus liege ein Hinweis auf eine außerberufliche Infektionsquelle vor, da die HSV II Infektion des Klägers mit hoher Wahrscheinlichkeit für ein Sexualleben spreche, das mit erhöhtem Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten einhergehe.

Das Sozialgericht hat Dr. M. als Zeugen vernommen. Dieser hat angegeben, das Kreiskrankenhaus C. sei seinerzeit praktisch auch "Hauskrankenhaus" der Landesklinik N. in C.-H. gewesen. Die dortigen Patienten hätten teilweise Drogenprobleme gehabt, so dass bei diesen ein gesteigertes HIV-Risiko bestanden habe. Nach seiner Erinnerung seien vielleicht ein bis zwei Mal im Monat Notaufnahmen von Patienten aus der Landesklinik nach vorangegangenen Suizidversuchen im Zusammenhang mit Drogenentzugstherapien oder wegen Abszessbildungen auf Grund verschmutzter Injektionen erfolgt. Zwar müssten berufsbezogene Verletzungen, Unfälle oder ähnliches in die sogenannten Verbandbücher eingetragen werden. Zuständig hierfür sei allerdings der jeweils betroffene Mitarbeiter, wobei es einer gewisser Erfahrung entspreche, dass Eintragungen unterblieben, wenn Mitarbeiter der Meinung seien, es sei nicht so schlimm gewesen. Kanülenverletzungen seien seinerzeit etwa 20 bis 30 im Jahr mitgeteilt worden. Gerade bei Notarzteinsetzungen bestehe aufgrund der Hektik sowie der räumlich beengten Verhältnisse im Operationssaal und im Falle eines gefüllten Kanülenabwurfbehälters ein gegenüber dem eigentlichen Stationsbereich deutlich erhöhtes Risikopotential.

Mit Urteil vom 08.03.2007 hat das Sozialgericht den Bescheid vom 04.08.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.04.2005 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, beim Kläger eine Berufskrankheit im Sinne von Nr. 3101 der Anlage zur BKV anzuerkennen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Frage des Vorliegens eines Arbeitsunfalles sei nicht Streitgegenstand. Eine vom Kläger geltend gemachte und von der Beklagten abgelehnte Berufskrankheit liege demgegenüber vor. Denn der Kläger habe den erforderlichen ursächlichen Zusammenhang zwischen seiner Berufstätigkeit und seiner HIV-Infektion nachgewiesen. Dabei seien die Gefährdungen des Klägers durch zahlreiche Notdienste, durch die im Kreiskrankenhaus C. behandelten Patienten der benachbarten Landesklinik mit gesteigertem HIV-Potential und durch überfüllte Kanülenabwurfbehälter zu berücksichtigen. Ihren Hinweis auf die Möglichkeit einer außerberuflich zugezogenen Infektion habe die Beklagte nicht substantiiert weiterverfolgt, so dass das Gericht nicht gehalten gewesen sei,

dieser eher theoretisch erscheinenden Möglichkeit weiter nachzugehen. Diese Entscheidung ist der Beklagte am 28.03.2007 zugestellt worden.

Am 05.04.2007 hat die Beklagte Berufung eingelegt. Sie trägt vor, der Vollbeweis einer berufsbedingten Infektion durch die vom Kläger vorgetragene Stichverletzung lasse sich nicht führen. Eine Beweiserleichterung komme nur in Betracht, wenn im Arbeitsbereich eine im Vergleich zum sonstigen Gesundheitsdienst erhöhte HIV-Prävalenz bestehe, darüber hinaus ein Häufung ansteckungsgefährdender Tätigkeiten vorliege und sich keine außerberuflichen Ansteckungsquellen ergäben. Ersteres sei nicht der Fall, da das Kreiskrankenhaus C. nicht zu den Schwerpunktkrankenhäusern der HIV-Versorgung zähle. Darüber hinaus spreche die HSV II-Infektion mit hoher Wahrscheinlichkeit für ein Sexualverhalten mit erhöhtem Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 08.03.2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er ist unter Hinweis auf das angegriffene Urteil der Auffassung, ein hinreichend wahrscheinlicher Ursachenzusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit als Krankenhausarzt und der HIV-Infektion liege schon dann vor, wenn entweder der Arbeitsbereich eine im Vergleich zum sonstigen Gesundheitsdienst erhöhte HIV-Prävalenz aufweise oder eine Häufung ansteckungsgefährdender Tätigkeiten vorliege. Ersteres sei mit Blick auf die Patienten aus der benachbarten Landeslinik und letzteres angesichts seiner Tätigkeit als Notarzt und Anästhesist der Fall. Schließlich könne sich die Beklagte auch nicht auf eine außerdienstlich zugezogene Infektion berufen. Denn er habe sich die HSV II-Infektion zusammen mit der HIV-Infektion durch die erlittene Stichverletzung zugezogen.

Der Senat hat eine schriftliche Auskunft des Betriebsdirektors des Klinikums N. in C.-H. eingeholt. Danach werden die Anteile der HIV-Patienten des Klinikums aus datenschutzrechtlichen nicht erfasst und lässt sich auch der Anteil der Patienten, die in den Jahren 2000 bis 2002 im Kreiskrankenhaus C. behandelt wurden nicht ermitteln. Somatische Notfallbehandlungen der Patienten erfolgten je nach Schwere und Indikation unter anderem im Kreiskrankenhaus C. , im Klinikum B.-S. , im Universitätsklinikum T. oder sonstigen Einrichtungen, wobei das Kreiskrankenhaus C. auf Grund der örtlichen Nähe zu den Einrichtung einer ersten Notfallversorgung zähle.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten des Senats und des Sozialgerichts Stuttgart sowie die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet im erklärten Einverständnis der Beteiligten sowie in Anwendung des ihm danach gesetzlich eingeräumten Ermessens ohne mündliche Verhandlung ([§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#) -).

Die Berufung der Beklagten ist zulässig, jedoch nicht begründet und mit der aus dem Tenor ersichtlichen Maßgabe zurückzuweisen.

Nachdem die Beklagte das Vorliegen einer Berufskrankheit ablehnt, ist sachdienliche Klageart neben der Anfechtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) mit dem Ziel der Aufhebung der ablehnenden Bescheide die auf gerichtliche Feststellung einer Berufskrankheit gerichtete Feststellungsklage gemäß [§ 55 Abs. 1 Nr. SGG](#). Eine solche Feststellungsklage hat der Kläger bei sinnentsprechender Auslegung ([§ 123 SGG](#)) seines Vorbringens (vgl. BSG, Urteil vom 07.09.2004 - [B 2 U 45/03 R](#) - in [SozR 4-2700 § 2 Nr. 2](#)) auch erhoben. Dem auf Verurteilung der Beklagten zur behördlichen Anerkennung einer Berufskrankheit gerichteten Teil des Urteilstenors kommt daher keine eigenständige Bedeutung zu (vgl. zur parallelen Fallgestaltung einer Verurteilung zur Gewährung einer Entschädigung BSG, Urteil vom 07.09.2004, [a.a.O.](#)).

Rechtliche Grundlage für die zu treffende Entscheidung ist [§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#). Danach sind Berufskrankheiten Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach [§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeiten erleiden. Gemäß [§ 9 Abs. 1 Satz 2](#) erster Halbsatz SGB VII ist die Bundesregierung 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 erhebliche höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Hierzu zählen nach Nr. 3101 der Anlage 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.

Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt.

Der Kläger war während seiner Beschäftigung im Kreiskrankenhaus C. ab dem 15.01.2001 in der gesetzlichen Unfallversicherung gegen Arbeitsunfall und Berufsunfähigkeit versichert ([§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#)). Der Zeitraum nach Aufnahme dieser Beschäftigung kommt für die Infektion des Klägers mit dem HIV-1-Virus auch allein in Betracht. Zwar schließt der mit am 25.01.2001 entnommenem Serum durchgeführte HIV-Test mit hinreichender Sicherheit lediglich eine Infektion vor November 2000 aus und lässt er mithin für sich allein nicht den sicheren Schluss zu, dass der Kläger bei Tätigkeitsaufnahme am 15.01.2001 noch nicht infiziert war (vgl. hierzu die von der Beklagten eingeholte beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. J.). Jedoch ist eine Infektion vor dem in Rede stehenden Zeitpunkt angesichts der im September 2002 erhobenen serologischen Befunde und der vom Kläger angegebenen Fiebererkrankung mit Lymphadenopathie im August 2002 - auch unter Außerachtlassung der vorgetragenen Kanülenstichverletzung - zur Überzeugung des Senats auszuschließen. Denn sowohl die genannten Befunde als auch die damit in Übereinstimmung stehende - und auch im Übrigen glaubhafte - Erkrankung sprechen für eine zu jener Zeit frisch erfolgte HIV-1-Infektion (vgl. hierzu den Befundbericht und das Gutachten von Priv.-Doz. Dr. Kl. sowie die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. J.). Für die Annahme einer im Zeitpunkt der besagten Erkrankung und der Befundeerhebung durch Priv.-Doz. Dr. Kl. bereits mehr als eineinhalb Jahre zurückliegenden HIV-Infektion ist daher im Ergebnis kein Raum.

In dieser Zeit war der Kläger ferner im Gesundheitsdienst tätig.

Schließlich liegt auch der für die Anerkennung einer BK Nr. 3101 der Anlage zur BKV erforderliche Ursachenzusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und der Infektionskrankheit des Klägers (vgl. zu einer Hepatitis-B BSG, Urteil vom 24.02.2004 - [B 2 U 13/03 R](#) - in SozR 4 - 5671 Anlage 1 Nr. 3101 Nr. 1) vor.

Zwar bedarf es hierfür grundsätzlich sowohl einer bewiesenen schädigenden Einwirkung als auch eines zumindest hinreichend wahrscheinlichen Ursachenzusammenhangs zwischen versicherter Tätigkeit und Einwirkung einerseits (haftungsbegründende Kausalität) sowie zwischen Einwirkung und Erkrankung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität; vgl. hierzu u. a. BSG, Urteil vom 30.04.1985 - [2 RU 43/84](#) - in SozR 2200 § 555a Nr. 1). Indes kann offen bleiben, ob diese Voraussetzungen mit Blick auf das vom Kläger angegebene und als schädigende Einwirkung allein in Betracht kommende Einzelereignis (Verletzung durch eine blutkontaminierte Kanüle bei Ausübung der Berufstätigkeit im Juli 2002) vorliegen. Denn der in Rede stehende Ursachenzusammenhang ergibt sich in seiner Gesamtheit jedenfalls aus der mit der Berufstätigkeit des Klägers allgemein einhergehenden Infektionsgefahr:

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kann bei einer Infektionskrankheit im Sinne der Nr. 3101 der Anlage zur BKV - auch für den Fall einer HIV-Infektion - im Allgemeinen von einer beruflichen Verursachung ausgegangen werden, wenn nachgewiesen ist, dass der Versicherte bei der Berufstätigkeit einer besonderen, über das normale Maß hinausgehenden Ansteckungsgefahr ausgesetzt gewesen ist. Bei der BK Nr. 3101 der Anlage zur BKV besteht die Besonderheit, dass die schädliche Einwirkung, also der Ansteckungsvorgang, bei dem die Krankheit übertragen wurde, häufig im Nachhinein nicht mehr ermittelt werden kann. Meistens kommen verschiedene Infektionsquellen und Übertragungswege in Betracht, ohne dass sich feststellen lässt, bei welcher Gelegenheit es tatsächlich zu der Ansteckung gekommen ist. Dies war im Übrigen der Grund, warum Infektionskrankheiten, deren auslösendes Ereignis - die einmalige Ansteckung - an sich eher die Voraussetzungen des Unfallbegriffs erfüllt, als BK bezeichnet wurden. Letztlich wird der Ursachenzusammenhang bei dieser BK damit nur aufgrund des Infektionsrisikos des Versicherten und darauf beruhender Wahrscheinlichkeitsüberlegungen bejaht (vgl. zu alledem BSG, Urteil vom 21.03.2006 - [B 2 U 19/05 R](#) - zit. nach juris). Hierfür ist - anders als die Beklagte meint - nicht erforderlich, dass sowohl eine erhöhte HIV-Prävalenz im Arbeitsbereich als auch eine Häufung ansteckungsgefährdender Tätigkeiten vorliegt. Vielmehr ist eine der versicherten beruflichen Tätigkeit zuzuordnende besondere Infektionsgefahr bei den in Nr. 3101 der Anlage zur BKV angeführten Versicherten (im Gesundheitsdienst, der Wohlfahrtspflege oder einem Laboratorium tätigen oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzten Personen) bereits dann anzunehmen, wenn entweder ein konkreter Kontakt mit einer infektiösen Person oder ein Kontakt mit einer Gruppe von Menschen mit einem gegenüber der Normalbevölkerung deutlich erhöhten Anteil infektiöser Personen oder schließlich eine ihrer Art nach besonders infektionsgefährdende Tätigkeit vorgelegen hat (vgl. auch hierzu BSG, Urteil vom 21.03.2006, [a. a. O.](#)).

Allerdings ist der Schluss von einer berufsbedingt erhöhten Ansteckungsgefahr auf eine berufliche Ursache der aufgetretenen Infektionskrankheit nur gerechtfertigt, wenn neben der Gefährdung durch die versicherte Tätigkeit keine anderen, dem privaten Lebensbereich zuzuordnenden Infektionsrisiken bestanden haben. Kommen sowohl berufliche als auch außerberufliche Verrichtungen als Ansteckungsquelle in Betracht, von denen aber nur eine allein die Krankheit ausgelöst haben 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, so dass darauf die richterliche Überzeugung gestützt werden kann (vgl. auch hierzu BSG, Urteil vom 21.03.2006, [a. O.](#)).

In Anwendung dieser Grundsätze lag bezogen auf den für eine Infektion allenfalls in Betracht kommenden Zeitraum ab Aufnahme der Beschäftigung des Klägers als Assistenzarzt im Kreiskrankenhaus C. am 15.01.2001 (vgl. hierzu die oben gemachten Ausführungen) bis August 2002 (ca. 4 Wochen vor dem ersten positiven HIV-Test; vgl. hierzu die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. J.) zunächst eine berufsbedingt erhöhte Ansteckungsgefahr vor.

Zwar lässt sich ein konkreter Kontakt mit einer infektiösen Person nicht feststellen.

Auch ist nicht erkennbar, dass im Kreiskrankenhaus C. Patienten mit einem gegenüber der Normalbevölkerung deutlich erhöhtem Anteil infektiöser Personen behandelt wurden. Dies gilt auch unter Berücksichtigung des Angabe des früheren Betriebsarztes M. im Rahmen seiner Zeugenvernehmung durch das Sozialgericht, das Kreiskrankenhaus C. sei praktisch auch "Hauskrankenhaus" der Landesklinik N. in C.-H. gewesen. Denn ein erhöhter Anteil HIV-infizierter Personen unter den Drogenpatienten der auch in der Suchttherapie tätigen Landesklinik lässt sich allenfalls vermuten, nach der vom Senat eingeholten Auskunft des Betriebsdirektors des in Rede stehenden Klinikums aber aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht belegen. Hinzu kommt, dass selbst ein tatsächlich erhöhter Anteil HIV-Infizierter unter den Suchtpatienten der Landesklinik unter Zugrundelegung der Dr. M. im Übrigen auch nur ungefähr erinnerlichen lediglich ein bis zwei solcher Notaufnahmen im Monat keine hier erhebliche Erhöhung des HIV-infizierten Patientenanteils auch in der Notaufnahme des Kreiskrankenhauses C. zur Folge hätte. Für eine höhere Zahl von Notaufnahmen aus der Landesklinik bestehen mangels entsprechender Datenspeicherung im dortigen Klinikum (vgl. auch hierzu die vom Senat eingeholte Auskunft des Betriebsdirektors des Klinikums N.) und angesichts der vom Kläger mit Rücksicht auf seine Arbeitsplatz ausgeschlossenen Ermittlungen im Kreiskrankenhaus C. keine Anhaltspunkte.

Eine berufsbedingt erhöhte Ansteckungsgefahr folgt allerdings vorliegend aus der vom Kläger ausgeübten besonders infektionsgefährdenden Tätigkeit.

Eine solche risikobehaftete Tätigkeit liegt bei regelmäßig invasiven Tätigkeiten im Rahmen der medizinischen Behandlung und Diagnostik, z. B. beim Umgang mit Skalpellen, chirurgischen Nadeln, Venen- und Arterienkathetern sowie Injektionskanülen mit der Gefahr der penetrierenden Verletzung und Inokulation infizierten Blutes vor und betrifft insbesondere operativ tätige Ärzte, Ärzte in Notfallaufnahmen und Intensivstationen sowie medizinisches Personal in Dialyseeinrichtungen (vgl. Mehrtens/Brandenburg, BKV, Stand April 2008, M 3101, Rdnrn. 28.2.5. ff.).

Dies ist hier der Fall. Denn der Kläger war als Assistenzarzt in der Anästhesieabteilung nicht nur in seinem eigentlichen anästhesistischen Aufgabenbereich invasiv tätig, wobei er insbesondere im Rahmen der Versorgung der Allgemeinchirurgie mit unfallchirurgischem Schwerpunkt sowie der gynäkologisch-geburtshilflichen Belegabteilung Blutkontakt ausgesetzt war. Vielmehr stand darüber hinaus die interdisziplinäre Intensivstation des Kreiskrankenhauses, also ein besonders risikobehafteter Arbeitsbereich, unter der Leitung der Anästhesie, wobei zusätzlich zu beachten ist, dass die Station mit acht Betten, in der u. a. Patienten aus dem Fachbereich der Chirurgie zu versorgen und auch Dialysen und Eigenblutspenden durchzuführen waren, vom Kläger wie von jedem Assistenzarzt der Anästhesie im Rahmen des Bereitschaftsdienstes vier bis sechsmal im Monat als Stationsarzt betreut wurde. Hinzu kamen die mit einem erhöhten Gefährdungspotential verbundenen Tätigkeiten im Notfallbereich, hier bei Reanimationen und sonstigen Notfällen sowie als Notarzt in der zentralen Notaufnahme des Kreiskrankenhauses.

Die sich aus alledem ergebende besondere Gefährdungslage hat Dr. M. im Rahmen seiner Zeugenvernehmung durch das Sozialgericht weiter veranschaulicht und dabei schlüssig und nachvollziehbar auf das erhöhte Risiko von Stichverletzungen durch Infusionsnadeln und Kanülen infolge von Zeitdruck und räumliche Enge bei Notarzteinsätzen, Notfallaufnahmen und Operationen hingewiesen. Die sich hieraus ergebenden gesteigerten Risiken einer HIV-Infektion, zu denen auch die von Dr. M. gegenüber dem Sozialgericht geschilderte Gefahr durch aus überfüllten Abwurfbehältern im Operationssaal herausragenden Kanülen zählt, lassen sich auch durch das Tragen von Handschuhen nicht ausschließen, zumal der Kläger gegenüber dem Sozialgericht nachvollziehbar darauf hingewiesen hat, dass insbesondere im Rahmen der - von ihm zwischenzeitlich allerdings aufgegebenen - Bereitschaftsdiensttätigkeit als Notarzt aus Zeitgründen zuweilen keine Möglichkeit besteht, vor einer Behandlung Handschuhe anzuziehen. Angesichts der von Dr. M. dargestellten Situation ist schließlich auch - worauf es angesichts der allgemeinen Gefährdungslage allerdings nicht ankommt - der vom Kläger angegebene versehentliche Stich mit einer Kanüle aus dem Abwurfbehälter plausibel.

Die danach vorliegende besondere, über das normale Maß hinausgehende berufsbedingte Ansteckungsgefahr rechtfertigt auch den Schluss auf eine berufliche Ursache der der HIV-1-Infektion des Klägers. Insbesondere bietet die zugleich mit der Feststellung der genannten Infektion nachgewiesene HSV II-Infektion keine genügenden Anhaltspunkte für andere, dem privaten Lebensbereich zuzuordnende Infektionsrisiken.

Zwar handelt es sich - worauf die Beklagte zu Recht hingewiesen hat - bei der genannten HSV II-Infektion um einen sogenannten Marker für einen mit erhöhtem Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten einhergehenden Sexualverhalten (vgl. Mehrstens/Brandenburg, a. a. O., M 3101 Rdnr. 30). Indes kommt diesem Gesichtspunkt keine hier ausschlaggebende Wirkung zu.

So hat nämlich der verheiratete Kläger außerberufliche Risiken stets verneint (vgl. hierzu die bei den Akten der Beklagten befindliche Telefonnotiz vom 14.08.2003 sowie das Gutachten von Priv.-Doz. Dr. Kl.). Maßgebende Bedeutung kommt dabei der unter Hinweis auf seine Ehe und sein Kind erfolgten Verneinung der Frage nach homosexuellen Kontakten sowie häufigen Partnerwechseln bereits im Rahmen des Anamnesegesprächs mit Priv.-Doz. Dr. Kl. am 27.09.2002 (vgl. auch hierzu die Ausführungen im Gutachten von Priv.-Doz. Dr. Kl.) zu. Denn diese Angabe erfolgte mehr als fünf Monate vor Einleitung des Verwaltungsverfahrens und mithin zu einer Zeit, zu der es ausweislich des betriebsärztlichen Schreibens von Dr. M. vom 04.03.2003 noch mehrerer Gespräche bedurfte, um den Kläger zu einer Meldung der Erkrankung an die Berufsgenossenschaft zu bewegen. Angesichts der ärztlichen Schweigepflicht (auch gegenüber der Ehefrau) bestand daher für den Kläger keinerlei Grund zu Falschangaben im Anamnesegespräch mit dem behandelnden Arzt Priv.-Doz. Dr. Kl. ... Das in Rede stehende Vorbringen ist mithin glaubhaft, zumal der Kläger auch persönlich glaubwürdig ist. Denn er hat - wie ausgeführt - der Einleitung eines Berufskrankheitsverfahrens erst nach mehreren Gesprächen mit dem Betriebsarzt zugestimmt und seine Angaben zu den maßgeblichen Umständen auch in der Folgezeit nicht geändert. Danach ist auf das vorliegende Verfahren bezogenes zweckgerichtetes Vorbringen des Klägers auszuschließen.

Für weitere Ermittlungen zur Frage des Erwerbs der HSV II-Infektion besteht kein Anlass. Eine insoweit allenfalls in Betracht kommende Untersuchung des am 25.01.2001 entnommenen Serums brächte keine hier erheblichen Erkenntnisse. Sofern sich eine bereits vor Serumentnahme erfolgte Infektion nachweisen ließe, ergäbe dies keine weiter gehenden Anhaltspunkte für die Frage des Sexualverhaltens des Klägers im hier maßgeblichen Zeitraum. Im Falle einer negativen Testung verbliebe es angesichts der nach den oben gemachten Ausführungen glaubhaft verneinten außerberuflichen Risiken bei der plausiblen Vermutung des Klägers, er habe sich die HSV II-Infektion zusammen mit der HIV-Infektion zugezogen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-10-06