

L 2 U 46/12

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 9 U 349/09

Datum

31.10.2011

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 46/12

Datum

17.12.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Zum Vorliegen einer Entsendung und damit eines Beschäftigungsverhältnisses im Ausland, das dem Versicherungsschutz nach dem SGB VII unterliegt.

2. Ein Infektionsrisiko - hier für eine HIV-Infektion - im Sinne der BK 3101 ist nicht allein darin begründet, dass Körperkontakt im alltäglichen sozialen Miteinander besteht.

3. Für das Vorliegen einer besonders erhöhten Infektionsgefahr fehlt es an der mit einer Tätigkeit im Gesundheitswesen vergleichbaren Häufigkeit infektionsgefährdender Situationen, wenn während einer Beschäftigung als Abteilungsleiter einmalig eine Impfdosis empfangen wurde.

I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 31.10.2011 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

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

Der am XXX geborene Kläger war seit 01.01.1982 für A. als Fachberater beschäftigt. Vom 01.09.1998 bis 31.08.1999 war er für B. als Leiter der F.-Abteilung im Werk C. in D. tätig. Auf den Vertrag mit B. vom 14.08.1998, die Vereinbarung des Klägers mit A. vom 20.04.1998 sowie die Unterlagen zum Entsendungsvertrag vom 20.04.1998 nach D. wird Bezug genommen. Zu den Aufgaben des Klägers im Werk C. gehörten laut Arbeitszeugnis Leitung und Aufbau einer F.-Abteilung einschließlich Einstellung, Training und Überwachung von Mitarbeitern sowie die Erstellung eines Qualitätssicherungssystems.

Im Vertrag mit A. vom 20.04.1998 wurde vereinbart, dass der Kläger vom 01.09.1998 bis 31.07.2000 im Einvernehmen mit A. einen Dienstvertrag mit B. schließt. Ergänzend zu dem Dienstvertrag mit B. wurden Vereinbarungen zwischen dem Kläger und A. getroffen, insbesondere zur Vergütung und zur Reintegration. Vereinbart wurde unter Punkt "2. Reintegration" - eine unmittelbare Weiterbeschäftigung des Klägers nach fristgemäßer Beendigung und positiv verlaufendem Einsatz für B., wobei die Reintegrationszusage nach 5 Jahren ende, - der Vorbehalt von A., den Kläger auch während der Laufzeit seines Vertrags mit B. - mit dessen Einvernehmen - zurückzurufen und - die Anerkennung der Zugehörigkeit bei B. im Falle einer Weiterbeschäftigung bei A. Über die Reintegration bzw. Einsatzverlängerung bei B. sollte sechs Monate nach Vertragsende entschieden werden. In den beigelegten Anlagen zum Entsendungsvertrag zu Vergütung und Zusatzleistungen wird ausgeführt, dass die Vergütungspolitik für den Auslandseinsatz Bezug und Bindung zur Heimatgesellschaft aufrechterhalten solle und Sozialversicherungsbeiträge abgezogen würden, als ob weiterhin ein inländisches Beschäftigungsverhältnis bestehe. Für die Dauer des Auslandseinsatzes erfolge eine Rentenversicherungspflicht auf Antrag oder die Entrichtung freiwilliger Beiträge; der Mitarbeiter bleibe weiter in der Kollektivunfallversicherung mit Versicherungssummen von 100.000 DM bei Tod und 200.000 DM bei Invalidität versichert.

Während der Tätigkeit in D. blieben die Ehefrau und die beiden Kinder des Klägers in Deutschland. Wegen Unstimmigkeiten und familiärer Schwierigkeiten kündigte der Kläger den Vertrag mit B. mit Schreiben vom 30.05.1999. Mit Schreiben vom 01.07.1999 wies A. darauf hin, dass bei vorzeitigem Vertragsende mit B. die Beschäftigungszusage keine Geltung habe, und bat ggf. um schriftliche Bestätigung der

Kündigung. Daraufhin bat der Kläger mit Schreiben vom 27.07.1999 B. um Entbindung von den Dienstpflichten; die Entscheidung beruhe auf Rückführung zur A. und habe definitiven Charakter.

Der Anspruch des Klägers auf Beschäftigung bei A. war Gegenstand eines arbeitsgerichtlichen Verfahrens. Mit Urteil des Arbeitsgerichts XXX vom 25.11.1999 und des Landesarbeitsgerichts XXX vom 15.11.2000 wurde entschieden, dass der Kläger keinen Anspruch auf Einstellung bzw. Weiterbeschäftigung bei A. habe, weil er den Vertrag mit B. vorzeitig ohne wichtigen Grund gekündigt habe.

Am 04.03.2003 begab sich der Kläger in die Privatklinik Dr. S. wegen seit Oktober 2002 rezidivierenden unproduktiven Hustens ohne Besserung auf Antibiotika, mehrmaliger Mittelohrentzündung und deutlicher Verschlechterung seines Allgemeinzustandes in den letzten Wochen. Festgestellt wurden eine ausgeprägte Belastungsdyspnoe, druckdolente geschwollene Lymphknoten im Leistenbereich (inguinal) und ein druckdolenter, weicher Ulcus (Geschwür) im Bereich der Glans Penis (Eichel). Auffallend war eine Erhöhung von Transaminasen und LDH. Die Laborwerte für Lues (Syphilis) waren negativ; die HIV-Tests ergaben eine HIV-Infektion. Bei dringendem Verdacht auf Ulcus molle im Bereich der Eichel wurde eine einmalige antibiotische Antibiotika-Stoßtherapie durchgeführt, worunter sich eine deutliche Rückläufigkeit des Ulcus zeigte.

Im Arztbrief der Klinik S. zur Verlegung des Klägers in die HIV-Ambulanz der L. (L.) heißt es: "Sexualanamnestisch gab der Patient eine Promiskuitivität bei zahlreichen Auslandsaufenthalten, vor allem in D. an, zuletzt vor 2 Jahren. Hier hatte der Patient anschließend nach Rückkehr einen HIV-Test durchgeführt, der jedoch unauffällig war." Im Erfassungsbogen der L. vom 14.03.2003 wird insbesondere eine Pneumocystis carinii (Pneumonie bei HIV), Aids und ein Ulcus molle glauc penis aufgeführt. Im Anamnesebogen der L. vom 14.03.2013 wurde u.a. "Promiskuität bei verschiedenen Auslandsaufenthalten; letzter HIV-Test vor 2 a (= anni/ Jahren) negativ" vermerkt.

Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) bewilligte dem Kläger mit Bescheid vom 30.09.2004 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung ab 01.05.2004 bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres.

Im Februar 2007 wandte sich der Kläger an die Regierung von XXX, die sein Schreiben an die XXX-Berufsgenossenschaft weiterleitete, deren Rechtsnachfolgerin die Beklagte ist (im Folgenden beide bezeichnet als Beklagte). Darin gab der Kläger an, er sei während seines Auslandseinsatzes für A. mit HIV infiziert worden. Im Dienstvertrag seien die erforderlichen Schutzimpfungen vereinbart gewesen. Während er die erste und zweite Impfung gegen Hepatitis A und B noch in Deutschland erhalten habe, habe er den Impfstoff für die dritte Impfung nach D. mitgenommen. Der Betriebsarzt der B. habe ihm am 10.11.1998 die dritte Impfung mit einer bereits gebrauchten, ausgewaschenen Spritze verabreicht und ihn dadurch mit HIV infiziert. Bei Untersuchungen in D. wegen Unwohlseins sei nur mitgeteilt worden, er habe eine Überimpfung erhalten. Ein weiterer Arbeitsunfall sei in D. eingetreten, als er einen von der Hallenoberkonstruktion gefallenen Mitarbeiter in die Seitenlage drehen wollte und sich an einem Gegenstand verletzt habe, den dieser in der Tasche trug. Er könne weder sagen, welcher Gegenstand es war, noch wie der Bauarbeiter geheißen habe. Sexuelle Kontakte seien "in diesem Zeitraum" nicht zustande gekommen.

Auf Nachfragen der Beklagten legte der Kläger seinen Impfpass vor; danach heiße der Arzt L ... Bei der Impfung seien nur er und der Arzt anwesend gewesen. Er habe seinen Vorgesetzten Herrn G. informiert. Dieser habe erklärt, es müsse als "Top Secret" behandelt werden, und habe veranlasst, dass ein Kurier - Herr H. - neue Spritzen nach D. brachte. Nach Aussage von A. habe Herr G. auf entsprechende Anfragen nicht geantwortet. Beigefügt war ein Schreiben des Klägers an A. vom 08.07.2005 mit dem Betreff "Erwerbsunfähigkeit durch Betriebsarztfehler". Darin schilderte der Kläger, er habe beim Verlassen des Arztzimmers Spritzen am Fensterbrett trocken sehen. Auf Nachfrage sei ihm gesagt worden, es gebe zu wenig Spritzen. Deshalb würden die gebrauchten ausgewaschen, um sie noch einmal zu verwenden. Bei anschließenden Untersuchungen habe keine Infektion bei ihm festgestellt werden können. Erst später habe er erfahren, dass die Infektion frühestens nach drei bzw. sechs Monaten feststellbar sei und bis zu zehn Jahre schlummern könne. Da A. seine Versprechungen nicht eingelöst habe, sei er ausgeschieden. Nun sei er krank, habe seine Arbeit verloren, habe keine Aussicht auf eine Arbeitsstelle und könne allein von der Erwerbsunfähigkeitsrente nicht leben. Deshalb bitte er um finanzielle Unterstützung bzw. um wohlwollende Prüfung, ob ein Versicherungsfall eintrete bei Schadenszuführung und Leichtsinnigkeit eines Betriebsarztes oder ob eine Betriebsrente sowie Versorgungsaufwand zu gewähren seien.

Im beigelegten Schreiben vom 08.09.2006 teilte A. dem Kläger mit, dass ein HIV-Test nur vor Entsendungen nach C. und S. erforderlich sei und durchgeführt werde. Auf die Unterlagen zur am 28.04.1998 durchgeführten Tropenuntersuchung / Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung wird verwiesen.

Der Dipl.-Ingenieur H. des Präventionsdienstes der Beklagten führte am 28.08.2007 ein Gespräch mit dem Leiter der Abteilung Arbeitsschutz und am 10.09.2007 mit der Abteilung Gesundheitsschutz (Frau Dr. X., Frau Dr. Y.). Bei beiden Gesprächen war ein Betriebsrat beteiligt. Im Ergebnis lägen bei A. in A-Stadt keine Anhaltspunkte dafür vor, dass durch Werksärzte bei B. gebrauchte Spritzen wiederverwendet worden seien. Dr. Y., die für Reisemedizin zuständig sei, erklärte, es seien keine diesbezüglichen Rückmeldungen von nach D. entsandten Mitarbeitern bekannt. Eine solche Rückmeldung sei bei entsprechenden Zuständen aber zu erwarten, weil bei nach D. entsandten Mitarbeitern regelmäßig Folgeimpfungen nach sechs Monaten im Einsatzland durchgeführt würden. Bei B. sei ein hinsichtlich der AIDS-Problematik führender Mediziner tätig.

Dr. M. (Praxis Dr. J.) berichtete am 24.09.2007 über Behandlungen des Klägers seit Erstvorstellung am 28.05.2004. Angesichts des schweren Immundefekts bei Erstdiagnose 2003 habe der Infektionszeitpunkt sicher schon Jahre zurückgelegen. Eine genauere Bestimmung sei nicht möglich.

Mit Bescheid vom 06.11.2007 lehnte die Beklagte Entschädigungsleistungen wegen des Ereignisses vom 10.11.1998 ab, weil ein Arbeitsunfall nicht beweisbar sei. Versicherte Tätigkeit, Unfallereignis und Erkrankung müssten mit Gewissheit bewiesen werden. Beweise für die vermutete HIV-Infektion durch den Betriebsarzt am 10.11.1998 habe der Kläger nicht vorlegen können. Ein genauer Infektionszeitpunkt der 2003 diagnostizierten HIV-Infektion könne nicht bestimmt werden. Gespräche im A.-Werk hätten ergeben, dass keine Anhaltspunkte für die Verwendung gebrauchter Spritzen durch Betriebsärzte in D. vorlägen. Der Werksarzt von B. sei ein hinsichtlich der AIDS-Problematik führender Mediziner. Weder die versicherte Tätigkeit noch das Unfallereignis seien voll bewiesen.

Mit Widerspruch vom 15.11.2007 monierte der Kläger im Wesentlichen, dass der Betriebsarzt in D. und Herr G. nicht befragt worden seien.

Nicht berücksichtigt worden seien ärztliche Behandlungen in D. wegen Unwohlseins und die im Dezember 1998 und Februar 1999 erfolgten Behandlungen bei seiner Ärztin Dr. L., die Rückschluss auf die Infektion geben könnten. Außerdem sei das Unfallereignis mit dem Bauarbeiter nicht berücksichtigt worden. Sicher hätten nicht alle Mitarbeiter in D. die gebrauchten Spritzen gesehen. Infektion durch Sexualkontakt sei sicher auszuschließen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18.12.2007 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Selbst wenn Herr G. die Angaben bestätigen würde, sei dadurch nicht bewiesen, dass der Kläger mit einer gebrauchten Spritze behandelt worden sei oder dass die Erkrankung auf diesem Wege übertragen worden sei. Während der ärztlichen Behandlungen 1998 und 1999 sei weder in D. noch in Deutschland ein HIV-Test gemacht worden.

Zur Begründung der am 14.01.2008 beim Sozialgericht München (SG) erhobenen Klage (Az. S [9 U 26/08](#), später fortgeführt unter S 9 U 398/09) hat der Kläger im Wesentlichen dargelegt, dass es keine anderen Möglichkeiten der Infektion gegeben habe als den Unfall mit dem Bauarbeiter oder die Impfung. Seine damalige Lebensgefährtin sei nicht infiziert gewesen. Er habe mit Fax vom 20.06.2006 die Leitung Gesundheitswesen von A. in A-Stadt informiert und der leitende Werksarzt Dr. G. habe ihm die gewünschten Unterlagen zugesandt. Seine Krankheitserscheinungen nach der Spritze würden den Verdacht einer HIV-Infektion nahelegen. Herr G. habe ihn nur informiert, dass eine Überimpfung vorliege. Unterlagen dazu habe er nicht gesehen. Mittlerweile glaube er, dass man ihn wegen seiner Erkrankung nicht weiterbeschäftigen wollte. Auf das beigefügte Schreiben des Klägers vom 20.06.2006 an die Leitung Gesundheitswesen wird Bezug genommen.

Auf gerichtliche Anfrage teilten Dr. G. und Frau L., Leitung Gesundheitswesen von A., mit Schreiben vom 05.03.2008 mit, dass Daten über HIV-Infektionen in den Werken, auch in D., nicht vorliegen würden, da grundsätzlich keine HIV- oder AIDS-Tests durchgeführt würden. Es gebe keine Hinweise darauf, dass in C. zu wenig Spritzen zur Verfügung gestanden hätten. Seit 1986 würden im Gesundheitswesen von B. aufgrund gesetzlicher Anordnung grundsätzlich Einwegspritzen benutzt, die weder zur Wiederverwendung vorgesehen noch mehrfach genutzt worden seien.

Nach Erörterung des Rechtsstreits am 24.06.2008 wurde die Klage wegen des laufenden Verwaltungsverfahrens hinsichtlich des Ereignisses mit dem Bauarbeiter zum Ruhen gebracht.

Dazu gab der Kläger an, er könne keine Angaben zum Datum oder zur Identität des Bauarbeiters machen, der möglicherweise für eine Fremdfirma gearbeitet habe. Während seiner Einsatzzeit habe es acht oder neun Todesfälle gegeben. Unterlagen müssten die Behörden in D. haben. Er habe die eigene kleine Verletzung selbst durch Taschentücher abgedrückt und ein Pflaster angebracht. Eine Einordnung seines Virusstamms sei nicht erfolgt. Sein einziger Sexualkontakt (seine Lebensgefährtin) sei nicht infiziert. Er habe vor der Infektion keine Blutübertragung erhalten und nie Drogen konsumiert.

Auf das Vorerkrankungsverzeichnis der A. Krankenversicherung, ausgestellt vom 01.01.1999 bis 01.04.2003, wird Bezug genommen. Darin wird eine HIV-Infektion selbst nach Diagnosestellung ab 04.03.2003 nicht genannt.

Der Präventionsdienst teilte am 24.10.2008 mit, dass sich A. nicht zu den erhobenen Vorwürfen äußern wolle.

Mit Bescheid vom 10.02.2009 lehnte die Beklagte Entschädigungsansprüche wegen des Ereignisses mit dem Bauarbeiter ab. Die Vermutung des Klägers, er habe sich durch Blut eines verletzten Arbeiters eine HIV-Infektion zugezogen, könne nicht nachgewiesen werden. Den Widerspruch vom 24.02.2009 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 13.05.2009 zurück. Weder der Vorfall (Kontakt) mit dem verletzten Bauarbeiter noch das Auftreten einer Serokonversion innerhalb eines Jahres sei nachgewiesen.

Zur Begründung der dagegen am 02.06.2009 beim SG eingegangenen Klage (Az. [S 9 U 349/09](#)) hat der Kläger vorgetragen, dass wegen fehlender Auskunftsbereitschaft von A. eine Beweislastumkehr zu prüfen sei. Für medizinische Zusammenhänge genüge hinreichende Wahrscheinlichkeit. Er sei durch den Bauarbeiter einer besonderen Ansteckungsgefahr ausgesetzt gewesen. Andere Übertragungsmöglichkeiten seien ausgeschlossen, insbesondere sexuell, da die Lebenspartnerin negativ getestet sei.

Das SG hat ein Gutachten von Prof. Dr. K., ehemaliger Direktor der Landeskinderklinik N., vom 06.03.2010 nach Aktenlage eingeholt. Prof. Dr. K., dem die später beigezogenen Unterlagen der Klinik S. und der L. nicht vorlagen, hat darauf hingewiesen, dass man bei der Beurteilung angesichts des minimalen Anteils relevanter ärztlicher Unterlagen in entscheidenden Punkten auf die von ihm telefonisch eingeholten Angaben des Klägers angewiesen sei. Folge man den Angaben des Klägers, seien HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit berufsbedingt durch die Beschäftigung bei A ... Allerdings fehlten der negative HIV-Antikörpertest im Rahmen der akuten Erkrankung im Dezember 1998 und der positive HIV-Antikörpertest als Nachweis einer frischen Serokonversion einige Monate später. Die Prüfung der Glaubwürdigkeit des Klägers obliege dem SG. Telefonisch habe der Kläger folgende Angaben gemacht: Es hätten Spritzen und Kanülen in der Sonne getrocknet. Bei dem Vorfall mit dem Bauarbeiter habe er sich eine Schnittverletzung zugezogen und seine Hand habe geblutet. Ob er mit dem Blut des Verletzten in Berührung gekommen sei, wisse er nicht mehr. Er habe während seines Aufenthalts in D. nur mit seiner damaligen Freundin Geschlechtsverkehr gehabt, die er in Deutschland einige Male besucht habe. Nach seiner Rückkehr habe das Verhältnis zu seiner Freundin weiterbestanden; sie habe sich trotz ungeschützten Geschlechtsverkehrs nicht infiziert und ihn nach der Diagnose 2003 verlassen. Zu anderen Personen habe er keine Sexualkontakte gehabt. Anfang Dezember 1998 habe er etwa drei Wochen Fieber und ein starkes Krankheitsgefühl gehabt, wie bei schwerer Grippe mit Rachenentzündung und starker Schwellung der Lymphknoten des Halses; ihm sei von einem auffälligen Blutbild berichtet worden. Danach habe er sich noch gelegentlich fiebrig und unwohl gefühlt. Man habe ihm erklärt, es sei eine Überimpfung, und eine Wiederholung der Untersuchung nach einiger Zeit empfohlen bzw. angeboten. Dem sei er nicht nachgekommen, weil er sich wieder wohlgeföhlt habe. Der Kläger glaube, dass damals auch ein HIV-Test durchgeführt worden sei. Zwischen 1999 bis 2002 habe er sich wohl geföhlt. Dr. K. hat ausgeführt, dass die vom Kläger geschilderten Symptome im Dezember 1998 durchaus typisch für eine Akut-Reaktion nach HIV-Infektion seien. So trete bei etwa 90% der Infizierten etwa zwei bis drei Wochen ein akutes Krankheitsbild - oft mononukleoseartig - auf mit Dauer von mehreren Wochen; anschließend bestehe oft über Jahre Wohlbefinden. Falls der Arzt damals tatsächlich eine spätere Überprüfung nahegelegt habe, könne dies nur bedeuten, dass er an eine HIV-Infektion gedacht habe; bei Überimpfung sei dies sinnlos. Beim Kläger gebe es keinen Anhalt für eine vor Dienstantritt in D. bestehende HIV-Infektion. Allerdings sei zuvor kein HIV-Test durchgeführt worden. Der Immunstatus im März 2003 zeige,

dass die Infektion mehrere Jahre zurückliegen müsse; eine weitergehende Bestimmung sei nach den vorliegenden Unterlagen nicht möglich. Insbesondere fehle der Nachweis einer Serokonversion. Ohne Behandlung betrage das Intervall zwischen HIV-Infektion und klinischer Manifestation von AIDS zwischen zwei und fünfzehn Jahren, im Mittel zehn Jahre.

Die Beklagte hat insbesondere beanstandet, dass der Sachverständige die Angaben des Klägers zu Grunde gelegt und den Gutachtensauftrag selbstständig erweitert habe. Der Kläger hat sich auf das Gutachten gestützt.

Das SG hat die Klageverfahren zu beiden geltend gemachten Arbeitsunfällen mit Beschluss vom 17.11.2010 verbunden, die Schwerbehindertenakte des Klägers beigezogen und darauf hingewiesen, dass angesichts der Ausführungen von Dr. K. die Anerkennung einer Berufskrankheit (BK) Nr. 3101 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) in Betracht komme.

Die Beklagte hat mit Schreiben vom 24.11.2010 eingewandt, dass keine Entscheidung über eine BK erfolgt sei und kein Vorbringen in dieser Richtung vorliege. Die geltend gemachten Ereignisse seien nicht mit dem notwendigen Beweisgrad gesichert.

Das SG hat ein Gutachten des Internisten und Neurologen Dr. S. vom 25.03.2011 zur Höhe der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) eingeholt. Bei Begutachtung hat der Kläger angegeben, seine Lebensgefährtin, mit der er seit 1998 zusammengewesen sei, habe sich 2003 von ihm getrennt. Er sei bis 1998 verheiratet gewesen. Dr. S. hat die MdE ab März 2003 mit 100 v.H. bei Arbeitsunfähigkeit bewertet und ab Mai 2004 - angesichts normalisierter CD4-Zellzahl und fehlendem Nachweis einer Viruslast unter Berücksichtigung außergewöhnlicher seelischer Begleiterscheinungen mit somatoformen Beschwerden - mit 20 v.H.

Der Kläger hat eingewandt, dass Dr. S. im Gutachten vom 25.06.2004 für die BfA Arbeitsunfähigkeit bescheinigt habe und dass er seit 01.05.2004 volle Erwerbsminderungsrente beziehe. Die Beklagte hat entgegnet, dass streitgegenständlich das Vorliegen eines Arbeitsunfalls sei; über einen Rentenanspruch habe sie nicht entschieden.

Auf die Niederschrift des Erörterungstermins vom 03.08.2011 wird verwiesen. Der Kläger hat die beiden Ereignisse geschildert und seine Krankheitssymptome im Dezember 1998. Nach eigener Erinnerung habe er keinen Kontakt mit dem Blut des Arbeiters gehabt. Als Ergebnis eines Bluttests 1998 sei ihm Überimpfung mitgeteilt worden. Ein weiterer, zunächst beabsichtigter Test sei nicht gemacht worden. Nach Hinweis der Vorsitzenden auf die Diagnose "Zustand nach Ulcus molle" im Arztbrief der L. vom 04.04.2003, enthalten in der beigezogenen Schwerbehindertenakte, hat der Kläger erklärt, sich nicht an eine Behandlung dieser Krankheit zu erinnern. Angesprochen auf den Anamnesebefund "Hautveränderungen am Penis" hat der Kläger geschildert, dies komme von Zementverputzarbeiten, bei denen er sich die Hände nicht richtig gereinigt habe. Er sei schon vor Geburt der Tochter 1978 mit seiner Ehefrau zusammen gewesen. Von 1978 bis zur Trennung im Jahr 2000 habe er ausschließlich mit seiner Ehefrau sexuellen Kontakt gehabt. Trotz monatelangen alleinigen Aufenthaltes in D. habe er dort nie irgendeinen sexuellen Kontakt gehabt. Von 2000 bis 2003 sei er mit seiner ehemaligen Lebensgefährtin intim gewesen. Andere Sexualpartner habe es nicht gegeben. Die Vorsitzende hat eine Entscheidung der Beklagten über die BK Nr. 3101 angeregt.

Mit Schreiben vom 05.08.2011 hat der Kläger zum Ulcus molle vorgetragen, nach Rücksprache mit Dr. H. (Klinik L.) habe Dr. I. diese Nebendiagnose wohl übernommen. Der Befund laute aber "Penis o.B."; also habe sich Ulcus molle nicht bestätigt. Bei Aufnahme habe laut Dr. H. kein Ulcus molle bestanden. Angesichts der Inkubationszeit von 4 bis 10 Tagen könne es nicht in Zusammenhang mit der HIV-Infektion stehen. Wegen Beweisvereitelung durch A. sei Beweislastumkehr oder Beweiserleichterung angezeigt.

Das SG hat daraufhin Unterlagen der behandelnden Ärzte des Klägers, insbesondere der Klinik S., der L. und von Dr. L. eingeholt. Unterlagen des früheren Hausarztes Dr. W., der den Kläger bis 1996 behandelt hatte, und Unterlagen der A. Krankenversicherung für die Zeit bis 31.12.1998 haben nicht mehr vorgelegen.

Mit Schreiben vom 23.08.2011 hat die Vorsitzende den Kläger darauf hingewiesen, dass im Arztbrief der Klinik Dr. S. vom 14.03.2003 über Promiskuitivität bei Auslandsaufhalten und einem HIV-Test vor zwei Jahren berichtet worden sei. Daher seien seine bisherigen Angaben zu stattgehabten Sexualkontakte nicht glaubwürdig. Es sei beabsichtigt, den Rechtsstreit durch klageabweisenden Gerichtsbescheid zu entscheiden, wozu er sich bis 23.09.2011 äußern könne.

Der Kläger hat mit Schreiben vom 14.09.2011 ausgeführt, dass er in der Klinik Dr. S. angegeben habe, er sei von seiner Ehefrau getrennt und habe jetzt mit einer Lebensgefährtin eine Beziehung. Er verstehe nicht, dass dies als Promiskuitivität eingeordnet worden sei. Der letzte Auslandsaufenthalt in D. sei auch nicht vor zwei Jahren gewesen. Er habe nicht nach seiner Rückkehr nach Deutschland, sondern 1998 vor seinem Heimaturlaub einen HIV-Test gemacht, der negativ gewesen sei. Zuletzt sei er im Außendienst in C-Stadt und L-Stadt tätig gewesen und habe von dort aus, nicht von D. aus, meist am Wochenende die Lebenspartnerin besucht. Wegen Fiebers und hohen Leberwerten sei 1998/1999 nach allem Möglichen gesucht worden, aber nicht nach HIV, weil er den Ärzten gesagt habe, dass er bereits negativ getestet sei. Über die Notwendigkeit eines zweiten HIV-Tests sei er vom Werksarzt nicht ausreichend informiert worden. Falsch sei auch die Diagnose Ulcus molle. Er habe Zement/Putz unter der Eichel gehabt, sich wegen Juckens gekratzt und deshalb eine Hautverletzung am Penis gehabt. Außerdem hätte bei Ulcus molle eine einmalige Stoßtherapie nicht gereicht. Aus dem negativen HIV-Test im Dezember 1998 könne eine vor September 1998 erfolgte HIV-Infektion ausgeschlossen werden. Hinsichtlich weiterer Einzelheiten wird auf das Schreiben Bezug genommen.

Mit Bescheid vom 12.09.2011 hat die Beklagte eine BK Nr. 3101 und Leistungen abgelehnt. Eine besondere Infektionsgefahr für HIV sei für die Tätigkeit bei B. nicht im Vollbeweis gesichert. Im Übrigen ergebe sich aus dem Bericht der Privatklinik Dr. S. vom 14.3.2003 ein sehr viel näherliegenderer Infektionsweg (Promiskuität).

Mit Widerspruch vom 19.9.2011 hat der Kläger eingewandt, dass die Vorfälle in D. (Impfung, Unfall des Bauarbeiters) nicht berücksichtigt worden seien. Die Ausführungen der Klinik S. seien unzutreffend. Er habe den Auslandsaufenthalt auch wegen der Familie vorzeitig abgebrochen. Als verheirateter Familienvater habe er bis zur späteren Trennung von seiner Frau in Deutschland keinen Grund gehabt, sich nach einer anderen Frau umzusehen. Außerdem sei die Lebenspartnerin negativ auf HIV getestet worden und könne keine Infektionsquelle sein. Er hat sich auf das Gutachten von Dr. K. gestützt.

Das SG hat mit Schreiben vom 28.9.2011 darauf hingewiesen, dass nach seiner Auffassung der Bescheid vom 12.9.2011 Gegenstand des

Klageverfahrens sei und erneut zur Entscheidung mit Gerichtsbescheid angehört. Der Kläger hat im Wesentlichen sein bisheriges Vorbringen wiederholt. Die Beklagte hat mit Schreiben vom 05.10.2011 erklärt, aufgrund § 96 Sozialgerichtsgesetz (SGG) kein Widerspruchsverfahren hinsichtlich der Berufskrankheit durchzuführen. Mit einer Entscheidung mittels Gerichtsbescheid sei sie einverstanden. Einen Antrag der A. Krankenversicherung auf Beiladung zum Verfahren hat das SG mit Beschluss vom 31.10.2011 abgelehnt.

Mit Gerichtsbescheid vom 31.10.2011 hat das SG die Klagen abgewiesen. Die 2003 festgestellte HIV-Infektion sei weder Folge eines Arbeitsunfalls noch eine BK Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV. Die Anerkennung einer Infektionskrankheit aufgrund eines Arbeitsunfalls setze nach BSG-Rechtsprechung die Übertragung der Infektionskrankheit durch die beim Unfall erfolgte Einwirkung voraus. Ob der Kläger mit einer gebrauchten und infizierten Spritze geimpft worden sei, könne dahinstehen. Denn angesichts konkurrierender Ursachen aus dem privaten Lebensbereich könne aus diesem Ereignis nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf eine HIV-Übertragung geschlossen werden. Die Angaben des Klägers, er habe bis 2000 nur mit seiner Ehefrau und danach nur mit seiner Lebensgefährtin Sexualkontakte gehabt, seien nicht glaubwürdig. Zum einen sei die 2003 diagnostizierte Erkrankung *Ulcus molle* eine Geschlechtskrankheit, die eher in tropischen Ländern wie S. verbreitet sei. Zum anderen habe der Kläger beim Klinikaufenthalt über promiskues Verhalten, insbesondere bei Auslandsaufenthalten, berichtet. Die Angaben zu Sexualkontakten mit Ehefrau bzw. Freundin gegenüber Dr. K. und gegenüber dem Gericht im Erörterungstermin seien widersprüchlich. Unglaubwürdig sei, dass ihm die Erkrankung *Ulcus molle* nicht bekannt gewesen sei. Denn bei Geschlechtskrankheiten erfolge regelmäßig intensive Aufklärung, um Gefährdung von Sexpartnern auszuschließen. Dr. K. habe seine Beurteilung zum Kausalzusammenhang ausdrücklich unter den Vorbehalt gestellt, dass das SG sich von der Glaubhaftigkeit der Angaben des Klägers überzeuge. Den Angaben über nur zwei Sexualpartnerinnen vermöge das SG aus o.g. Gründen aber nicht zu folgen. Die HIV-Infektion könne ebenso gut durch Sexualkontakt erfolgt sein, einen im Vergleich zum Spritzengebrauch wesentlich gefährlicheren Übertragungsweg. Ob der Kläger im Zusammenhang mit seiner Auslandstätigkeit einer erhöhten Infektionsgefahr im Sinne der BK 3101 ausgesetzt gewesen sei, könne dahinstehen wegen der dem privaten Lebensbereich zuzuordnenden Infektionsrisiken. Eine Infektion aufgrund Erster-Hilfe-Leistung bei einem Bauarbeiter in D. scheide aus, weil sich der Kläger nicht an einen Kontakt mit dem Blut des Arbeiters erinnern könne. Hinsichtlich weiterer Einzelheiten wird auf den Gerichtsbescheid Bezug genommen.

Gegen den am 03.11.2011 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 24.11.2011 beim Bayerischen Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt. Er sei zweifelsfrei durch die beiden Vorfälle einer wesentlich erhöhten Infektionsgefahr ausgesetzt gewesen. Außer der Ehefrau und der Freundin/Lebenspartnerin habe er keine weiteren Sexualkontakte gehabt. Teilweise verwechsle er leider krankheitsbedingt Daten. Er habe während seiner Zeit in D. nur Sexualkontakte mit seiner Ehefrau gehabt. Der Verdacht auf *Ulcus molle* habe sich nicht bestätigt. Die Angaben über seine Promiskuität seien unzutreffend.

Das LSG hat die Verfahren hinsichtlich der beiden Arbeitsunfälle und der Berufskrankheit getrennt und das Verfahren hinsichtlich der BK Nr. 3101 zur Nachholung des Widerspruchsverfahrens ausgesetzt. Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 24.07.2012 den Widerspruch des Klägers zurückgewiesen.

Der Kläger hat mit Schreiben vom 15.03.2012 erklärt, dass ein Kontakt mit dem Blut des Arbeiters möglich sei, denn für einen kleinen Schnitt am verletzten Finger habe er ungewöhnlich viel Blut an der Hand gehabt.

Auf Nachfrage wurde von der Klinik S. mit Schreiben vom 18.04.2012 mitgeteilt, dass die Stoßtherapie wegen Verdachts auf *Ulcus molle* erfolgt sei; eine Sicherung der Diagnose sei wegen Verlegung bei HIV-assoziiertes Pneumonie nicht mehr erfolgt. Weitere Informationen, wer die Sexualanamnese erhoben habe und ob der Kläger zur Information seiner Sexualpartner über seine Erkrankungen aufgefordert wurde, seien nicht mehr eruierbar.

Der Kläger hat mit Schreiben vom 03.04.2012 mitgeteilt, dass sein Vorgesetzter Herr G. ihn über das Test-Ergebnis - Überimpfung - Mitte Dezember 1998 informiert habe. Geheiratet habe er 1978. Nach 2000 habe ihm die Ehefrau mitgeteilt, dass sie sich von ihm trennen werde; seit ca. 2001 habe er keinen Sex mehr mit ihr gehabt. Ende 2001 / Anfang 2002 habe er seine Lebensgefährtin über eine Zeitungsannonce kennengelernt und sei mit ihr bis 2003 zusammen gewesen. Zwischen 1980 bis nach 2000 habe er Geschlechtsverkehr nur mit seiner Ehefrau gehabt, auch in der Zeit seines Auslandseinsatzes in D. ... Danach habe er bis 2003 Sex mit seiner Lebensgefährtin gehabt. Beigefügt war das Scheidungsurteil vom 15.12.2009.

A. teilte mit Schreiben vom 30.08.2012 mit, dass erst am 18.01.1999 ein Gesundheitsschutz im Werk C. eröffnet worden sei. Seitdem habe B. Ärzte eingestellt und die erforderlichen Medikamente, Instrumente und Spritzen beschafft. Davor seien die Beschäftigten gegen Kostenübernahme durch B. vom Gesundheitsdienst der Stadt U. und der Stadt C. behandelt worden. Über damalige Behandlungen auf dem Werksgelände gäbe es keine Unterlagen. Die Wiederbenutzung von Einwegspritzen sei bereits seit 1998 aufgrund gesetzlicher Regelung verboten gewesen sei. Die Personalunterlagen des Klägers sind, soweit vorhanden, übersandt worden. Mit Schreiben vom 15.3.2013 hat A. mitgeteilt, dass Ansprechpartner aus der Zeit der damaligen Vorgänge nicht bekannt seien. Der derzeit leitende Werksarzt in D. stehe als Ansprechpartner zur Verfügung. Herr G. sei Anfang 2003 aus dem Konzern ausgeschieden. Die letzte bekannte Adresse in S-Land wurde mitgeteilt.

Anfragen des LSG vom 24.09.2014 und 06.11.2014 bei Herrn G. unter dieser Adresse, insbesondere ob er sich an ein Gespräch mit dem Kläger wegen fehlender Spritzen beim Werksarzt erinnern könne, blieben ergebnislos. Der Kläger hat mit Schreiben vom 12.11.2014 erklärt, er gehe davon aus, dass dieser sich nicht selbst belasten werden.

Auf Anregung des LSG hat die Beklagte eine Stellungnahme des Arbeitsmediziners Dr. L. vom 26.09.2012 vorgelegt. Dieser hat mitgeteilt, dass durch Auswaschen und Trocknen von Spritzen eine Übertragung von HIV bei erneuter Nutzung nicht sicher ausgeschlossen werden könne. Studien mit unnatürlich hochkonzentrierten HI-Viren hätten gezeigt, dass das Antrocknen selbst bei so hohen Konzentrationen innerhalb weniger Stunden die Anzahl ansteckender Viren um 90-99 % verringert. Da die in Laborversuchen eingesetzte Viruslast viel höher sei als die im Blut oder anderen Proben tatsächlich vorhandene, sei das theoretische Risiko einer Übertragung durch Umwelteinwirkungen im Falle von angetrocknetem HIV-Infiziertem menschlichen Blut gering. Nach Veröffentlichung des Arbeitskreises Blut des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung aus dem Jahr 2004 werde die Stabilität von HIV wesentlich über die Lipidhülle geprägt. Gegenüber Hitze einwirkungen betrage die Halbwertszeit der Virusinaktivierung bei 56° etwa 30 Minuten, bei 60° etwa eine Minute und über 65° weniger als eine Sekunde. Bei niedrigeren Temperaturen sei HIV relativ stabil (bei 20° Halbwertszeit ca. 9 Stunden, bei 4°

mehrere Monate). HIV sei gegenüber der Behandlung mit Desinfektionsmitteln empfindlich. Ein konkretes Risikoprofil könne nicht berechnet werden.

Der Kläger hat im Wesentlichen vorgetragen, dass er die Spritze im Werk erhalten habe. Dass keine Unterlagen mehr vorliegen sollen, erscheine merkwürdig. Er habe von Dr. G. noch Daten erhalten. Unklar sei, seit wann genau das Verbot der Wiederverwendung gebrauchter Spritzen mit Kanülen gegolten habe. Damals seien Impfungen nicht mit Einwegmaterial vorgenommen worden. Unverständlich sei, warum nur die derzeitigen Werksärzte bekannt seien. Er hat sich auf ein Urteil des BayLSG unter dem Az. [L 3 U 262/12](#) berufen.

Mit Schreiben vom 23.11.2012 hatte die Beklagte die Voraussetzungen der Ausstrahlungsvorschriften nach [§ 4](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) und damit die Geltung von deutschem Unfallversicherungsrecht für die Tätigkeit in D. in Zweifel gezogen, weil nach den arbeitsrechtlichen Unterlagen kein Arbeitsverhältnis mit einem inländischen Arbeitgeber bestanden habe. Auf den umfangreichen Schriftwechsel zu dieser Problematik wird verwiesen. Mit Schreiben vom 02.10.2013 hat die Beklagte nicht weiter an dieser Ansicht festgehalten. Der Begriff des sozialversicherungsrechtlichen Beschäftigungsverhältnisses gehe weiter als im Arbeitsrecht. Das jederzeit bestehende vertragliche Rückrufrecht von A. aus dem bindenden Arbeitsvertrag mit B. sowie die sonstigen Einflussmöglichkeiten von A. (z.B. Fort- und Weiterbildung) seien eindeutige Merkmale für ein bestehendes Weisungsrecht. Auch die übrigen Zahlungsmodalitäten sprächen für eine sozialversicherungsrechtliche Bindung. Im Rahmenarbeitsvertrag sei eine entsprechende Rückkehr- und Wiedereingliederungsklausel enthalten.

Auf das Protokoll zur mündlichen Verhandlung vom 17.12.2015 wird Bezug genommen.

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 31.10.2011 abzuändern, den Bescheid der Beklagten vom 12.09.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.07.2012 aufzuheben und festzustellen, dass die HIV-Infektion eine Berufskrankheit nach Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV ist.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Hinsichtlich weiterer Einzelheiten wird auf die beigezogenen Akten der Beklagten, des Sozialgerichts unter den Az. S [9 U 26/08](#), S 9 U 398/09 und [S 9 U 349/09](#), des LSG unter den Az. L 2 U 550/11, [L 2 U 45/12](#) und [L 2 U 46/12](#), die beigezogenen ärztlichen Unterlagen des Klägers in der Akte der Klinik S. und der L. sowie auf die beigezogene Schwerbehindertenakte des Klägers Bezug genommen, deren wesentlicher Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

A) Die zulässige Berufung erweist sich als unbegründet, denn der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung einer BK Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV.

Entgegen der vom SG vertretenen Auffassung ist der Bescheid der Beklagten vom 12.09.2011 über das Vorliegen einer Berufskrankheit Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV einschließlich daraus folgender Leistungsansprüche nicht kraft Gesetzes gemäß [§ 96 SGG](#) Gegenstand der Klageverfahren wegen Anerkennung zweier Ereignisse aus dem Jahr 1998 als Arbeitsunfälle geworden. Denn der Bescheid vom 12.09.2011 hat die Bescheide über das Vorliegen von Arbeitsunfällen weder abgeändert noch ersetzt. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG bildet jede Listen-Berufskrankheit, jede Wie-Berufskrankheit und jeder Arbeitsunfall jeweils einen eigenständigen Gegenstand des Verwaltungsverfahrens, über den der Unfallversicherungsträger einen feststellenden Verwaltungsakt (positiver oder negativer Art) zu erlassen hat (vgl. hierzu BSG vom 12.01.2010 - [B 2 U 5/08 R](#) - Juris RdNr. 25 m.w.N.). Es handelt sich um jeweils verschiedene Versicherungsfälle i.S.d. [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#). Der Verwaltungsakt, mit dem die Beklagte die Feststellung der BK Nr. 3101 abgelehnt hat, betrifft einen anderen Versicherungsfall als die vorangegangenen Verwaltungsakte, mit denen die Beklagte die Feststellung von Arbeitsunfällen abgelehnt hatte. Es handelt sich daher um voneinander unabhängige Verwaltungsakte.

Der Kläger hat seine Klagen mit Schreiben vom 05.08.2011, beim SG eingegangen am 08.08.2011, auf die Feststellung einer BK Nr. 3101 erweitert im Sinne einer Klageänderung nach [§ 99 Abs. 1 SGG](#). Die Beklagte hat sich sodann mit der Einbeziehung des Bescheides vom 12.09.2011 in die Entscheidung durch Gerichtsbescheid einverstanden erklärt und somit ihre Einwilligung zur Klageänderung gemäß [§ 99 Abs. 1 SGG](#) erteilt. Erst durch Nachholung des Widerspruchsverfahrens im Berufungsverfahren ist aber die zunächst unzulässige Klage zulässig geworden.

Die statthafte kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage ist aber unbegründet, weil der Kläger keinen Anspruch auf die Feststellung hat, dass seine HIV-Erkrankung eine Berufskrankheit ist. Der Anspruch richtet sich nach den Vorschriften des Siebten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB VII) sowie des auf seiner Grundlage erlassenen Rechts, weil die HIV-Infektion im März 2003 festgestellt worden ist und der geltend gemachte Versicherungsfall nach dem Inkrafttreten des SGB VII am 1.1.1997 eingetreten sein soll (vgl. Art. 36 Unfallversicherungs-Einordnungsgesetz, [§ 212 SGB VII](#)).

Nach ständiger BSG-Rechtsprechung ist für die Feststellung einer Listen-BK danach im Regelfall erforderlich, dass die Verrichtung einer - grundsätzlich - nach dem SGB VII versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen o.ä. auf den Körper geführt hat (Einwirkungskausalität) und die Einwirkungen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität) (vgl. hierzu BSG vom 15.09.2011 - [B 2 U 25/10 R](#) - Juris RdNr. 14). Dass die berufsbedingte Erkrankung ggf. den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (haftungsausfüllende Kausalität), ist keine Voraussetzung einer Listen-BK (vgl. BSG ebenda). 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 (vgl. BSG vom 15.09.2011- [B 2 U 25/10 R](#) - Juris RdNr. 14 m.w.N.).

1. Die Beklagte hat die Verrichtungen des Klägers während seines Einsatzes in D. in innerem bzw. sachlichen Zusammenhang mit einer Beschäftigung des Klägers bei A. ([§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#)) wegen erfolgter Entsendung gesehen, obwohl der Kläger im Werk C. in D. tätig

war und mit B., einem rechtlich von A. unabhängigen Unternehmen, einen Arbeitsvertrag abgeschlossen hatte.

Gemäß [§ 3 Nr. 1](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) gelten die Vorschriften über die Versicherungsberechtigung, soweit sie eine Beschäftigung voraussetzen, für alle Personen, die im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs beschäftigt sind. In Erweiterung dieser Regelung bestimmt [§ 4 Abs. 1 SGB IV](#) ("Ausstrahlung"), dass - soweit die Vorschriften über die Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung eine Beschäftigung voraussetzen - diese auch für Personen gelten, die im Rahmen eines im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs bestehenden Beschäftigungsverhältnisses in ein Gebiet außerhalb dieses Geltungsbereichs entsandt werden, wenn die Entsendung infolge der Eigenart der Beschäftigung oder vertraglich im Voraus zeitlich begrenzt ist.

Nach Wortlaut sowie Sinn und Zweck (vgl. zur Gesetzesbegründung [BT-Drucks 7/4122 S. 30](#)) setzt ein fortbestehendes Versicherungspflichtverhältnis voraus, dass vor Beginn der Entsendung ein Beschäftigungsverhältnis mit dem entsendenden Arbeitgeber in Deutschland bestanden hat, dass es während der Zeit der Entsendung fortbesteht und dass es nach Beendigung der Entsendung weiter geführt werden soll, weshalb [§ 4 Abs. 1 SGB IV](#) eine "im Voraus" feststehende zeitliche Begrenzung fordert (vgl. BSG vom 05.12.2006 - [B 11a AL 3/06 R](#) - Juris RdNr. 17). Entscheidend für die Zuordnung ist, wo der Schwerpunkt der rechtlichen und tatsächlichen Merkmale des Beschäftigungsverhältnisses liegt. Für die Ausstrahlung setzt das regelmäßig voraus, dass - der im Ausland beschäftigte Arbeitnehmer organisatorisch in den Betrieb des inländischen Arbeitgebers eingegliedert bleibt und wesentliche Elemente eines Beschäftigungsverhältnisses (vgl. [§ 7 Abs. 1 Satz 2 SGB IV](#)) erfüllt werden und - sich der Anspruch auf Arbeitsentgelt gegen den inländischen Arbeitgeber richtet (vgl. BSG vom 05.12.2006 - [B 11a AL 3/06 R](#) - Juris RdNr. 19).

Ist ein Betrieb im Ausland nicht nur wirtschaftlich, sondern auch rechtlich in der Weise verselbständigt, dass er als juristische Person besteht, so ist bei der Arbeit in diesem Betrieb regelmäßig von einer Eingliederung auszugehen (vgl. BSG vom 05.12.2006 - [B 11a AL 3/06 R](#) - Juris RdNr. 21). Handelt es sich nur um einen unselbstständigen Unternehmensteil (z.B. eine Repräsentanz oder eine Zweigniederlassung), sind die für die Frage der Eingliederung und Entgeltzahlung bedeutsamen Einzelumstände maßgebend. Eine Ausstrahlung wird bei einer unselbstständigen Tochtergesellschaft oder einer Zweigniederlassung in der Regel angenommen, wenn das Arbeitsentgelt weiter vom inländischen Mutterunternehmen gezahlt wird und dieses weisungsbefugt bleibt (vgl. so BSG vom 05.12.2006 - [B 11a AL 3/06 R](#) - Juris RdNr. 22 D.).

Bereits vor Entsendung nach D. bestand ein Beschäftigungsverhältnis des Klägers in Deutschland mit A. und dieses Beschäftigungsverhältnis sollte nach dem bereits im Vertrag vom 20.04.1998 zeitlich befristeten Einsatz in D. in Deutschland weitergeführt werden. Unter Punkt 2 dieser Vereinbarung war nämlich ein Anspruch des Klägers auf unmittelbare Weiterbeschäftigung nach fristgemäßer Beendigung eines positiv verlaufenden Auslandseinsatzes in der Konzern-F. von A. vereinbart. Die Beklagte hat für das Fortbestehen des Beschäftigungsverhältnisses insbesondere auf das jederzeitige Rückrufsrecht aus dem mit B. bestehenden Arbeitsvertrag und die Einflussmöglichkeiten hinsichtlich Fort- und Weiterbildung als Ausfluss eines fortbestehenden Weisungsrechts verwiesen. Auch die Zahlungsmodalitäten würden für eine Ausstrahlung sprechen. Allerdings ist unklar, ob der Kläger neben dem Entgeltanspruch gegen B. während des Aufenthalts in D. weitergehende Zahlungsansprüche gegen A. hatte. Soweit ersichtlich hatte A. eine Bescheinigung über gezahlten Arbeitslohn nur bis 31.08.1998 ausgestellt. B. ist eine rechtlich selbstständige juristische Person.

Letztlich kann der Senat hier aber offenlassen, ob eine Entsendung i.S.v. [§ 4 SGB IV](#) vorgelegen hat und damit ein Beschäftigungsverhältnis in D., das dem Versicherungsschutz nach dem SGB VII unterlag (sog. Ausstrahlung).

2. Denn die Voraussetzungen für die Anerkennung einer BK Nr. 3101 sind nach Überzeugung des Senats hier nicht erfüllt.

Der Ordnungsgeber hat die BK Nr. 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". Da sich bei dieser BK der Ansteckungsvorgang im Nachhinein häufig nicht mehr feststellen lässt, tritt an die Stelle der "Einwirkungen" im Sinne von [§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) eine erhöhte Infektionsgefahr, die im Vollbeweis vorliegen muss (vgl. BSG in Urteilen vom 02.04.2009, u.a. [B 2 U 33/07 R](#) - Juris RdNr. 12).

Der Ordnungsgeber geht bei der BK Nr. 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 (generelle / abstrakte Gefahrenlage). Durch die mit der 7. BKVO vom 20.06.1968 ([BGBl. I S. 721](#)) beabsichtigte Erweiterung des Versicherungsschutzes auf außerhalb der bezeichneten Gefährdungsbereiche tätige Versicherte, die "der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt" sind, wird deutlich, dass die besondere Gefahrenlage im Sinne der 4. Regelungsalternative derjenigen entsprechen muss, die im Fall der anderen drei Regelungsalternativen (Gesundheitsdienst, Wohlfahrtspflege und Laboratorium) angenommen wird. Voraussetzung ist daher, dass die versicherte Tätigkeit eine abstrakte Gefahrenlage in sich birgt (vgl. BSG vom 02.04.2009 - [B 2 U 33/07 R](#) - Juris RdNr. 16). Ist unter Berücksichtigung der Art der versicherten Tätigkeit und der Beschaffenheit des Tätigkeitsumfeldes eine generelle Gefährdung nicht denkbar, scheidet schon deshalb die BK Nr. 3101 aus. Liegt dagegen 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 (vgl. BSG ebenda).

Ob der Versicherte einer der versicherten Tätigkeit innewohnenden "Infektionsgefahr in besonderem Maße" ausgesetzt war, hängt einerseits von der Durchseuchung des Umfelds der versicherten Tätigkeit ab, d.h. der kontaktierten Personen sowie der Objekte, mit oder an denen zu arbeiten ist, und andererseits von der Übertragungsgefahr der ausgeübten Verrichtungen, die sich nach dem Übertragungsmodus der jeweiligen Infektionskrankheit von der Art, Häufigkeit und Dauer der vom Versicherten verrichteten gefährdenden Handlungen bestimmt (vgl. BSG vom 02.04.2009 - [B 2 U 33/07 R](#) - Juris RdNr. 12). Da für die Anerkennung der BK Nr. 3101 nicht eine schlichte Infektionsgefahr genügt, sondern eine besonders erhöhte Infektionsgefahr vorausgesetzt wird gemäß [§ 9 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 1 SGB VII](#), kommt es darauf an, welche einzelnen Arbeitshandlungen im Hinblick auf den Übertragungsweg besonders gefährdend sind (vgl. BSG ebenda m.w.N., u.a. auf [B 2 U 30/07 R](#)).

Der Kläger war ausweislich seines Zeugnisses als XXX-Abteilungsleiter im Werk C. in D. mit Leitung und Aufbau einer F.-Abteilung einschließlich Einstellung, Training und Überwachen von Mitarbeitern sowie mit der Erstellung eines Qualitätssicherungssystems betraut.

Der Kläger war zweifellos nicht im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig.

Der Senat vermag sich nicht davon zu überzeugen, dass die vom Kläger verrichteten Arbeiten ihrer Art nach unter Berücksichtigung der Beschaffenheit des Arbeitsumfeldes mit einer besonderen abstrakten Gefahrenlage hinsichtlich einer HIV-Infektion einhergehen.

Dass der Kläger in D. beschäftigt war, begründet keine besondere Infektionsgefahr. Zwar war der Anteil HIV-infizierter Personen in D. mit durchschnittlich ca. 0,6% bis 0,7% höher als der Durchseuchungsgrad in Deutschland von durchschnittlich knapp 0,1% (vgl. jeweils zu den Prävalenz-Zahlen von Personen zwischen 15 und 49 Jahren für D. Durado et alii, Aids epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in D., Revista Saúde Publica 2006 S. 6 m.w.N. 1998 0,61%, 2000 0,65%, 2004 0,61%; vgl. das D. Gesundheitsministerium im Country Progress Report 2005/2007 S. 11: stabile Rate zwischen 2000 und 2004 mit zuletzt 0,61%; UNAIDS Epidemical Fact Sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections 2004 - D. - S. 2: Ende 2003 0,7% adult rate; vgl. UNAIDS Report 2000 Rate unter Erwachsenen Ende 1999 für Deutschland 0,1% Bl. 128, für D. 0,57% Bl.131). Zu den Hochprävalenzgebieten für HIV gehörte D. damit auch im streitgegenständlichen Zeitraum nicht. Denn Voraussetzung dafür ist, dass eine HIV-Prävalenz von mehr als 1% in der allgemeinen Bevölkerung zwischen 15 und 49 Jahren besteht bei überwiegend heterosexueller Übertragung (vgl. hierzu Robert-Koch-Institut www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Surveillance/HIVmeldungHPL.html).

Wie von Dr. K. in seinem Gutachten dargelegt erfolgt die Infektion mit dem Retrovirus HIV durch Geschlechtsverkehr, Blut-Blut-Kontakt (z.B. bei Mehrfachgebrauch von Spritzen, Transfusionen, Verletzungen) sowie vertikal von Mutter auf Kind. Ergänzend wird im Merkblatt für die ärztliche Untersuchung zur BK Nr. 3101 (Bekanntmachung des BMA vom 01.12.2000, BArbBl. 1/2001, S. 35 fD., Anhang) eine Übertragung über die Schleimhaut des Auges erwähnt. Die Infektion mit HIV erfolgt durch Blut und andere infektiöse Körperflüssigkeiten, im Wesentlichen Sperma, Vaginalsekret und den Flüssigkeitsfilm auf der Darmschleimhaut. Häufigster Übertragungsweg sind ungeschützte Sexualkontakte (vgl. dazu und zu den Ausführungen im Folgenden Ratgeber des Robert-Koch-Instituts (RKI) für Ärzte HIV-Infektion / Aids, Stand 2015). Die sexuelle Übertragung kann durch Kontakt virushaltiger Körperflüssigkeit mit der rektalen oder vaginalen/ zervikalen Schleimhaut oder der Schleimhaut von Glans Penis und Vorhaut erfolgen. Mit der Höhe der Viruslast in den Sekreten steigt die Infektionsgefahr. Gleichzeitig vorliegende andere sexuell übertragbare Infektionen können die Infektiosität und Suszeptibilität deutlich steigern. Die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung über orale Schleimhäute - mit Ausnahme des Stillens beim Neugeborenen - ist sehr gering. Die parenterale (= unter Umgehung des Darms) Inokulation des Virus in Form kontaminierten Blutes oder von Blutprodukten, in Form gemeinsamer Verwendung von Injektionsutensilien oder durch Schnitt- bzw. Stichverletzungen an kontaminierten Instrumenten ist ebenfalls ein wichtiger Übertragungsweg. Kein Infektionsrisiko stellen dagegen Körperkontakte im alltäglichen sozialen Miteinander, die gemeinsame Benutzung von Geschirr, Besteck u.ä. sowie die gemeinsame Benutzung sanitärer Einrichtungen dar. HIV wird nach gegenwärtigem Wissensstand nicht über Speichel, Tränenflüssigkeit, Tröpfcheninfektion, durch Insektenstiche oder über Nahrungsmittel oder Trinkwasser übertragen. Die Kontamination von intakter Haut mit virushaltiger (Körper-)Flüssigkeit führt nicht zu einer Übertragung (vgl. RKI-Ratgeber s.o.). Die Übertragung von HIV durch orale Aufnahme virushaltiger Körperflüssigkeiten (Muttermilch, Samenflüssigkeit) ist möglich, während ansonsten orale Kontakte (Küssen, Beißen, Zahnbehandlungen) oder Aerosole (Husten) kein erkennbares Übertragungsrisiko darstellen. Dieses Phänomen wird auf virusinaktivierende Eigenschaften des Speichels zurückgeführt, die aber durch isotone Flüssigkeiten wie Muttermilch oder Samenflüssigkeit weitgehend neutralisiert werden können (vgl. RKI unter Hinweis auf Baron u.a. "Oral transmission of human immunodeficiency virus by infected seminal fluid and milk: a novel mechanism" 2000, JID 181, Bl. 498-504; www.rki.de/SharedDocs/FAQ/HIVAids/FAQ-Liste.html).

Vor diesem Hintergrund unterliegt die Arbeit als Leiter der Abteilung für F. selbst bei gegenüber Deutschland erhöhtem Durchseuchungsgrad unter den (arbeitsfähigen) Beschäftigten mit Blick auf die Infektionswege nach Überzeugung des Senats keiner besonders erhöhten Infektionsgefahr für HIV. Dass der Kläger während seiner beruflichen Verrichtungen regelmäßig mit (virushaltiger) Körperflüssigkeit in Kontakt gekommen wäre, ist weder vorgetragen noch ersichtlich.

Der Kläger selbst führt die besondere Infektionsgefahr auf zwei Ereignisse während seiner Arbeit in D. zurück, nämlich zum einen auf die Versorgung eines verunglückten Arbeiters und zum anderen auf die Durchführung der dritten Schutzimpfung. Daraus lässt sich aber keine besondere abstrakte Gefahrenlage ableiten, die mit einer Beschäftigung im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in Laboratorien vergleichbar wäre.

a) Das gilt auch unter Berücksichtigung der einmaligen Erste-Hilfe-Leistung gegenüber einem verletzten Mitarbeiter. Es ist weder nachgewiesen noch ermittelbar, dass und ggf. an welchem Tag der Kläger bei einem verunglückten Arbeiter erste Hilfe geleistet hat, dass dieser mit HIV infiziert war und dass sich der Kläger dabei eine Schnittverletzung an der Hand zugezogen hat. Der Kläger selbst hat nach eigenen Angaben diesen Vorfall damals nicht dem Arbeitgeber gemeldet. Weitergehende Ermittlungen sind dem Senat schon deswegen nicht möglich, weil laut Kläger eine Vielzahl von Personen im Werk im Zeitraum seiner Tätigkeit tödlich verunglückt sein sollen und dem Kläger nicht mehr erinnerlich ist, an welchem Tag sich der Vorfall ereignete, wer der Verunglückte war und ob dieser überhaupt für B. oder für eine Drittfirma tätig war. Ob der Versorgte mit HIV infiziert war und damit als mögliche Infektionsquelle in Betracht kommt, lässt sich daher nicht klären. Selbst wenn aber eine erhöhte Durchseuchung der arbeitsfähigen Mitarbeiter mit HIV im Werk C. unterstellt wird, lässt sich nach Art und Ausmaß des geschilderten Vorgangs daraus keine erhöhte Infektionsgefahr ableiten. Der Kläger hat geschildert, er habe versucht, den Verletzten in eine stabile Seitenlage zu bringen, der aus dem Mund geblutet habe; die Versorgung von blutenden Wunden hat er nicht vorgenommen. An Kontakt mit Blut des Verletzten konnte sich der Kläger nicht erinnern. Dass es zu einem Eindringen einer für die Infektion ausreichenden Menge fremden Blutes z.B. in eine blutende Wunde des Klägers an einem seiner Finger gekommen ist, erscheint unwahrscheinlich, zumal sich der Kläger nach eigenen Angaben rasch zurückgezogen hatte wegen des Ansturms erzürnter Mitarbeiter. Ferner beträgt das statistische Ansteckungsrisiko selbst bei - hier nicht erfolgter Wundversorgung - nur 0,03 % (vgl. Mehrtens / Brandenburg, Kommentar zu BKV, zu BK 3101, Anmerkung 22.2.1.2). Eine regelmäßige oder häufigere Versorgung verletzter Mitarbeiter hat der Kläger im Rahmen seiner Beschäftigung nicht vorgenommen. Daher liegt weder ein für die Infektion geeigneter Kontakt mit einer nachweislichen HIV-Infektionsquelle vor noch traten bei Beschäftigung des Klägers Situationen mit erhöhter Infektionsgefahr für HIV mit einer gewissen Regelmäßigkeit bzw. Häufigkeit auf, vergleichbar den Tätigkeiten im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium (vgl. zur Regelmäßigkeit bzw. Häufigkeit auch Mehrtens/Brandenburg, Kommentar zur BKV, zu BK Nr. 3101 Anmerkung 22.3).

b) Soweit der Kläger eine besonders erhöhte Infektionsgefahr bei seiner Beschäftigung mit HIV auf die Entgegennahme der dritten Impfdosis

zurückführt, ist darauf hinzuweisen, dass auch insoweit eine mit einer Tätigkeit im Gesundheitswesen vergleichbare Häufigkeit oder gar Regelmäßigkeit infektionsgefährdender Situationen nicht ersichtlich ist.

Außerdem ist weder im Vollbeweis nachgewiesen noch durch weitere Ermittlungen aufklärbar, ob die Behauptungen des Klägers zutreffen, dass der Arzt Spritzen nach Auswaschen und Trocknen für Impfungen wiederverwendet hat bzw. dass der Arzt für die konkrete Impfung des Klägers eine ausgewaschene Spritze wiederverwendet hat. Sogenannte Fertigspritzen mit bereits enthaltenem Impfstoff gegen Hepatitis gab es 1998 noch nicht, wie Dr. K. bestätigt hat.

Der Arbeitgeber hat erklärt, ihm seien solche Vorgänge mit Wiederverwendung von Spritzen nicht bekannt. Der vollständige Name oder die Anschrift des damals die Impfung durchführenden Arztes sind nicht bekannt. Es handelte sich nicht um einen Arzt von B. oder A., sondern um einen Mitarbeiter im d. Gesundheitswesens in U. oder C. Eigene Ärzte hat B. erst ab Januar 1999 beschäftigt. Zeugen, die die Wahrnehmungen zu trocknender Spritzen und / oder Kanülen oder das Gespräch zwischen dem Kläger und dem Arzt mitteilen könnten, konnte der Kläger nicht benennen, da er mit dem Arzt allein gewesen sei. Andere Kollegen, die ähnliche Entdeckungen gemacht hätten, sind nicht bekannt. Die Nachforschungen des Präventionsdienstes der Beklagten bei der Abteilung Arbeits- und Gesundheitsschutz von A. unter Einbeziehung des Betriebsrates im Jahr 2007 brachten keine weitergehenden Erkenntnisse oder Ermittlungsansätze. Der damalige Vorgesetzte, Herr G., hat auf die gerichtlichen Anschreiben nicht reagiert. Er könnte im Übrigen allenfalls als Zeuge vom Hörensagen Auskunft über das Gespräch mit dem Kläger und seine damaligen Schilderungen geben. Selbst wenn ein Kurier Spritzen nach D. gebracht hat, lässt sich daraus nicht ein vorangegangenes Fehlverhalten des Arztes schließen. Unterlagen zu ärztlichen Behandlungen des Klägers aus dem Jahr 1998 lagen beim Arbeitgeber nicht mehr vor; Ansprechpartner aus der damaligen Zeit konnte er nicht benennen.

c) Eine Beweislastumkehr bzw. Beweiserleichterungen wegen behaupteter Beweisvereitelungen des ehemaligen Arbeitgebers, wie der Kläger geltend macht, sind nach Überzeugung des Senats nicht veranlasst. Der Ordnungsgeber hat den Beweisschwierigkeiten bei Infektionskrankheiten dadurch Rechnung getragen, dass er die BK Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV geschaffen hat und dafür nicht den Vollbeweis der Einwirkungen verlangt, sondern nur den Vollbeweis einer besonders erhöhten beruflichen Infektionsgefahr. Die Beweisschwierigkeiten des Klägers rechtfertigen hier nach Überzeugung des Senats weder eine Beweislastumkehr noch die Annahme eines Beweisnotstandes mit daraus abzuleitender Notwendigkeit von Beweiserleichterungen (vgl. BSG vom 15.09.2011 - [B 2 U 22/10 R](#) - Juris Rdnr. 28 gegen allgemeingültige Beweiserleichterungen für den Fall des Beweisnotstandes). Wie dargelegt, fehlt es bei der Beschäftigung des Klägers an häufigeren bzw. regelmäßigen Tätigkeiten mit besonders erhöhten Infektionsgefahren für HIV. Soweit Beweisschwierigkeiten aus der fehlenden Möglichkeit zeitnaher Ermittlungen (z.B. Sicherung der Unterlagen der 1998 in D. erfolgten Untersuchungen, Feststellung der Identität des verunglückten Arbeiters) resultieren bzw. auf die fehlende Durchführung von HIV-Tests in entsprechenden zeitlichen Abständen, vermag der Senat daraus keine Beweiserleichterungen für den Kläger abzuleiten. Der Kläger selbst hat 1998 A. als entscheidende Firma nicht über die Vorfälle informiert und sich selbst nach Diagnose seiner Erkrankung - soweit aus den Unterlagen ersichtlich - erstmals Mitte 2005 an A. gewandt. Die Beklagte wurde über Umwege erst 2007 auf die Möglichkeit einer berufsbedingte Infektion hingewiesen.

Der Fall ist insbesondere nicht mit demjenigen im Verfahren [L 3 U 262/12](#) (Urteil BayLSG vom 13.08.2013 - Juris) vergleichbar. Denn die dortige Klägerin unterlag im Vergleich zum Infektionsrisiko der Bevölkerung einer erhöhten Infektionsgefahr, weil sie im Gesundheitswesen, nämlich in einem Krankenhaus für Chirurgie und Innere Medizin tätig war und im Zusammenhang mit Blutentnahmen einer erhöhten Ansteckungsgefahr unterlag. Besondere Beweisschwierigkeiten ergaben sich dort daraus, dass zum Zeitpunkt der Infektion - 1982 - geeignete Untersuchungen zum Nachweis einer HIV-Infektion in Deutschland, Verhaltensregeln von Klinikpersonal gegenüber HIV-erkrankten Patienten sowie Dokumentationspflichten bei Spritzenunfällen fehlten. Damit ist der Fall hier aber nicht vergleichbar.

d) Ferner ist darauf hinzuweisen, dass auch nach Darstellung des Klägers benutzte Spritzen nicht unmittelbar bei mehreren Patienten wiederverwendet wurden, sondern nach Auswaschen und Trocknen. Insoweit ist zu berücksichtigen, dass nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. L. ein Auskochen und Trocknen von Spritzen eine HIV-Übertragung zwar nicht sicher ausschließen kann, dass aber bei Studien selbst mit unnatürlich hochkonzentrierten HIV-belasteten Proben bereits bei Antrocknen innerhalb weniger Stunden die Anzahl ansteckender Viren um 90-99 % verringert wurde. Da die in den Laborversuchen eingesetzte Viruslast viel höher war als die im Blut oder anderen Proben tatsächlich vorhandene, ist das theoretische Risiko einer Übertragung durch Umwelteinwirkungen im Falle von angetrocknetem HIV-infizierten menschlichen Blut gering. Das deckt sich mit Ausführungen in der unfallmedizinischen Literatur, wonach Verletzungen durch Spritzen, deren Gebrauch bereits einige Zeit zurückliegt und bei denen das Blut bereits angetrocknet ist, als weniger riskant angesehen werden als Verletzungen durch frisch verwendete Instrumente (vgl. Mehrtens /Brandenburg, Kommentar zu BKV zu BK 3101 Anmerkung 22.2.1.2). Dr. L. hat dargelegt, dass nach Veröffentlichung des Arbeitskreises Blut des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung aus dem Jahr 2004 die Stabilität von HIV wesentlich über die Lipidhülle geprägt wird. Gegenüber Hitzeeinwirkungen beträgt danach die Halbwertszeit der Virusinaktivierung bei 56° etwa 30 Minuten, bei 60° etwa 1 Minute und über 65° weniger als eine Sekunde. Bei niedrigeren Temperaturen ist HIV dagegen relativ stabil. Bei 20° beträgt die Halbwertszeit etwa 9 Stunden, bei 4° hingegen mehrere Monate. Ferner ist HIV gegenüber der Behandlung mit Desinfektionsmitteln empfindlich. Bereits 20 % Ethanol verringert langsam den Infektionstitel und hochprozentiger Alkohol inaktiviert das Virus schnell. Vor diesem Hintergrund lässt sich angesichts der Schilderungen mit Auswaschen und Trocknung der Spritzen vor Wiederverwendung das Expositionsrisiko bei Bluttransfusionen oder bei frischen Stichverletzungen mit Skalpell oder Nadeln im Gesundheitswesen nicht auf den vorliegenden Fall übertragen.

Nach Überzeugung des Senats scheidet ein Anspruch des Klägers auf Feststellung der BK Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV daher schon am fehlenden Nachweis einer besonders erhöhten Infektionsgefahr für HIV im Rahmen seiner Beschäftigung in D ...

3. Darüber hinaus ist der Senat ebenso wie das SG der Überzeugung, dass der Kläger - insbesondere während seines Aufenthaltes in D. - mehrfach ungeschützt sexuelle Kontakte außerhalb seiner Ehe hatte. Im Arztbrief der Klinik S. zur Verlegung des Klägers in die HIV-Ambulanz der L. heißt es: "Sexualanamnestisch gab der Patient eine Promiskuitivität bei zahlreichen Auslandsaufenthalten, vor allem in D. an, zuletzt vor zwei Jahren. Hier hatte der Patient anschließend nach Rückkehr einen HIV-Test durchgeführt, der jedoch unauffällig war." Der Senat hält es für ausgeschlossen, dass der Begriff Promiskuitivität von dem damaligen Arzt gewählt worden wäre, wenn der Kläger - wie im Gerichtsverfahren vorgetragen - lediglich von einem einzigen außerehelichen Kontakt - nämlich mit seiner damaligen Lebensgefährtin - gesprochen hätte. Soweit der Kläger mittlerweile behauptet, er habe seine Lebensgefährtin, mit der er bis 2003 zusammen gewesen sei, erst nach seinem Aufenthalt in D. - nämlich Ende 2001 / Anfang 2002 - kennengelernt und damit bis Ende 2001 ausschließlich mit seiner damaligen Ehefrau sexuellen Kontakt gehabt, lassen sich die Angaben im Arztbrief nicht einmal ansatzweise mehr mit vom Kläger

behaupteten "Missverständnissen" des Arztes erklären. Die Angaben zu zahlreichen Auslandsaufenthalten, vor allem in D., sind so konkret und stimmig mit der Vorgeschichte des Klägers, dass der Senat im Übrigen eine Verwechslung mit anderen Personen für ausgeschlossen hält.

Der Senat misst diesen dokumentierten Erstangaben zu einer möglichen Genese gegenüber dem behandelnden Arzt, die noch unbeeinflusst von Überlegungen zu möglichen Entschädigungen erfolgt sind, hier besondere Bedeutung im Rahmen der Beweiswürdigung zu. Das gilt um so mehr, als der Kläger selbst einräumt, dass sein Gedächtnis mittlerweile krankheitsbedingt eingeschränkt ist. Der Neurologe und Psychiater Dr. S. spricht in seinem nach Untersuchung am 25.06.2004 für die BfA erstellten Gutachten von mittelgradiger Reduzierung von Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, Merkfähigkeit und Gedächtnisfähigkeit.

Gegenüber Dr. K. hatte der Kläger angegeben, er habe während seiner Zeit in D. Geschlechtsverkehr nur mit seiner Freundin gehabt, die er öfter in Deutschland besucht habe und das Verhältnis habe nach seiner Rückkehr aus D. weiter bestanden; die Freundin habe sich trotz ungeschützten Geschlechtsverkehrs nicht angesteckt, ihn aber nach der Diagnose 2003 verlassen. Auch bei Untersuchung durch Dr. S. hat der Kläger die außereheliche Beziehung mit seiner Freundin bereits ab 1998 bis 2003, also schon während der Zeit seines Aufenthalts in D., bestätigt. In Widerspruch dazu hat er im Erörterungstermin vor dem SG am 03.08.2011 auf ausdrückliche Befragung erklärt, bereits vor Geburt der Tochter 1978 bis zum Jahr 2000 ausschließlich mit seiner Ehefrau sexuellen Kontakt gehabt zu haben. Im Berufungsverfahren wurde nun der Beginn der Beziehung mit der Freundin / Lebensgefährtin auf Ende 2001 / Anfang 2002 datiert. Angesichts dieser Widersprüchlichkeiten vermag der Senat den seinen Erstangaben widersprechenden Behauptungen des Klägers nicht zu folgen, dass er seit 1978 bis 2003 nur mit zwei nachweislich nicht infizierten Personen Sexualkontakte hatte, nämlich mit seiner Ehefrau und mit derjenigen Freundin, die sich 2003 von ihm getrennt hat. Damit weicht der Senat nicht von den gutachterlichen Ausführungen von Dr. K. ab. Zutreffend hat das SG bereits ausgeführt, dass Dr. K. letztlich seine Beurteilung der Ursachenzusammenhänge ausdrücklich unter den Vorbehalt gestellt hatte, dass die ihm gegenüber gemachten Angaben des Klägers zu seinem Sexualleben - dass er also nur mit zwei nachweislich nicht infizierten Personen Geschlechtsverkehr hatte - vom Gericht für glaubhaft gehalten werden. Außerdem lagen Dr. K. die Unterlagen der Klinik S. und der L. nicht vor und damit nicht die Erstangaben des Klägers zu einer möglichen Genese.

Der Senat kann offenlassen, ob beim Kläger tatsächlich 2003 neben HIV auch die Geschlechtskrankheit eines Ulcus molle bestand, nachdem letztlich angesichts Klinikwechsels und vorrangig zu behandelnder HIV-Erkrankung eine Sicherung dieser Diagnose unterblieben ist. Allerdings vermögen die Erklärungen des Klägers zu Hautveränderungen am Penis - von den Händen auf die Eichel übertragene Zementreste - weder den Einsatz von Antibiotika zu erklären noch die - nach Verabreichung der Antibiotika auch tatsächlich zurückgehenden - Schwellungen der Lymphknoten in der Leistengegend.

Angesichts dieser konkreten besonders erhöhten privat veranlassten Infektionsgefahr - Promiskuität u.a. in D. - reicht die bloße Möglichkeit einer beruflich bedingten Infektion hier keinesfalls aus, um eine BK Nr. 3101 der Anlage 1 zur BKV festzustellen. Liegen - anders als hier (vgl. oben die Ausführungen unter 2.) - eine durch die versicherte Tätigkeit bedingte besonders erhöhte Infektionsgefahr und die Infektionskrankheit vor, nimmt der Ordnungsgeber zwar typisierend an, dass die Infektion während und wegen der Gefahrenlage erfolgte und die Krankheit wesentlich verursacht hat (vgl. BSG vom 02.04.2009 - [B 2 U 30/07 R](#) - Juris RdNr. 34). Für diese Typisierung ist allerdings dann kein Raum, wenn eine Infektion während oder aufgrund der versicherten Verrichtungen und damit der unterstellte Ursachenzusammenhang ausgeschlossen ist. So darf die Inkubationszeit nicht gegen einen zeitlichen Zusammenhang der Krankheit mit der beruflichen Tätigkeit sprechen. Auch ist der Ursachenzusammenhang nicht gegeben, wenn ein anderes, dem privaten Lebensbereich zuzuordnendes Infektionsrisiko die Erkrankung verursacht hat (vgl. BSG vom 02.04.2009 - [B 2 U 30/07 R](#) - Juris RdNr. 34). Das BSG hat im Urteil vom 21.03.2006 ([B 2 U 19/05 R](#) - Juris RdNr. 16; darauf verweisend auch BSG vom 02.04.2009 - [B 2 U 30/07 R](#) - Juris RdNr. 34) dargelegt, dass der Schluss von einer berufsbedingt erhöhten Ansteckungsgefahr auf eine berufliche Ursache der aufgetretenen Infektionskrankheit nur gerechtfertigt ist, 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. BSG vom 21.03.2006 - [B 2 U 19/05 R](#) - Juris RdNr. 16; ebenso Becker in Becker u.a., Kommentar zum SGB VII, zu § 9 S. 313; vgl. zum Maßstab der hinreichenden Wahrscheinlichkeit bei Durchbrechung der typisierenden Betrachtung auch BSG vom 02.04.2009 - [B 2 U 7/08 R](#) - Juris RdNr. 21).

Der Inkubationszeitraum des Klägers lässt sich ausweislich des Gutachtens von Prof. Dr. K. nicht sicher ermitteln. Angesichts der bei Erstdiagnose von HIV im Jahr 2003 festgestellten Werte lag die Infektion bereits mehrere Jahre zurück. Prof. Dr. K. hat ausgeführt, dass die vom Kläger geschilderten Beschwerden im Dezember 1998 mit einer HIV-Infektion im November 1998 übereinstimmen könnten. Zumindest liegt der Aufenthalt des Klägers in D. innerhalb der möglichen Inkubationszeit. Weitergehende Einschränkungen des möglichen Infektionszeitraums durch HIV-Testungen sind nicht möglich. Vor der Ausreise nach D. ist kein HIV-Test durchgeführt worden. Der Kläger hat ferner erklärt, entgegen seinen Angaben gegenüber der Klinik S. sei nach seiner Rückkehr aus D. kein HIV-Test durchgeführt worden. Ob im Dezember 1998 ein Bluttest, insbesondere ein HIV-Test oder ein anderer Test durchgeführt worden war, ist nicht aufklärbar. Unterlagen des damaligen Arztes in D. sind nicht mehr zu erlangen. Der Kläger selbst hat nach eigenen Angaben keine Unterlagen und hatte die Untersuchungsergebnisse in D. auch nicht eingesehen. Er hat erklärt, dass ihm mündlich als Diagnose eine "Überimpfung" mitgeteilt worden war. Bei Behandlungen im Dezember 1998 bzw. Anfang 1999 bei Dr. L. ist kein HIV-Test durchgeführt worden.

Selbst wenn der Senat also als wahr unterstellen würde, dass bei der Impfung am 10.11.1998 wiederverwendete, ausgewaschene und getrocknete Spritzen benutzt wurden, steht diesem - wie dargelegt - relativ geringem einmaligen beruflich veranlassten Infektionsrisiko das erhebliche Ansteckungsrisiko durch Geschlechtsverkehr mit verschiedenen Personen gegenüber, so dass selbst dann dem beruflichen Risikofaktor kein deutliches Übergewicht zugemessen werden kann.

4. Die Vermutungsregelung von [§ 9 Abs. 3 SGB VII](#) greift hier nicht, da zum einen keine erhöhte berufliche Infektionsgefahr gesichert werden kann und zum anderen, wie dargelegt, Anhaltspunkte für eine Verursachung außerhalb der versicherten Tätigkeit angesichts der Erstangaben des Klägers nach Überzeugung des Senats vorgelegen haben. Ferner war D. auch kein Hochprävalenzgebiet für HIV (s.o.).

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

C) Gründe gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#), die Revision zuzulassen, liegen nicht vor. Entscheidend ist die Beweiswürdigung im Einzelfall.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2016-08-09