S 3 U 131/17 WA

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Unfallversicherung
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 3 U 131/17 WA
Datum
21.06.2023
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Eine asymptomatisch verlaufende Hepatitis C-Infektion stellt bei unvollständiger Immunantwort, somit anhaltendem Nachweis der Virenträgerschaft, eine Infektionskrankheit im Sinne der BK 3101 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung dar (Anschluss an BSG, Urteil vom 18. November 1997, Az. 2 RU 15/97 <HIV-Infektion>; Abgrenzung zu BSG, Urteil vom 26. Juli 2017, Az. B 2 U 17/15 R <ausgeheilte Borreliose>).

Die Klage wird abgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand

Die 1953 geborene Klägerin begehrt die Feststellung einer Infektion mit Hepatitis C-Viren (HCV) als Berufskrankheit (BK) nach Nr. 3101 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (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“ (Nachfolgend BK 3101).

Die in Sibirien/Russland geborene und aufgewachsene und nach Schulabschluss nach Kasachstan verzogene Klägerin war dort (nach Bürotätigkeiten) ab 1975 zunächst als Putzkraft und Pflegehelferin, später nach abgeschlossener Ausbildung bis 1982 zunächst auf der Männerstation eines psychiatrischen Krankenhauses und (nach einer Erziehungszeit Mitte September 1982 bis Juni 1984) von Juli 1984 – Juli 1992 als Krankenschwester auf einer psychiatrischen Kinderstation tätig. Nach ihren Angaben habe sie während der Beschäftigungen in Kasachstan keinen Umgang mit infektiösem Material gehabt.

Im Juli 1992 siedelte die Klägerin in die Bundesrepublik Deutschland um. Ihr wurde der Vertriebenenstatus zuerkannt. Sie absolvierte zunächst von Januar bis Juni 1993 eine Anerkennungsausbildung als Krankenschwester und war von Januar bis Dezember 1995 als Krankenschwester in der Werner Wicker Klinik in F-Stadt und im März 1996 im DRK-Pflegeheim in D-Stadt, ebenfalls jeweils ohne Umgang mit infektiösem Material, beschäftigt.

Von September bis Dezember 1996 arbeitete die Klägerin im Zentrum für Soziale Psychiatrie in C-Stadt, wo sie teilweise Umgang mit infektiösem Material hatte. Sodann war sie ab Juli 1998 in der Klinik S. E-Stadt tätig, ab Oktober 2008 zunächst langfristig wegen psychiatrischer Diagnosen arbeitsunfähig und später verberentet. Bei der S.-Klinik handelt es sich um eine Klinik für drogenabhängige Männer und Frauen mit Schwerpunkt der Indikation auf Mehrfachabhängigkeit von illegalen Suchtmitteln, auch in Verbindung mit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Die Klägerin hatte dort ebenfalls Umgang mit infektiösem Material in Form von Kathetern und Injektionskanülen. Sie hatte unter anderem Blutentnahmen und Wundversorgung durchzuführen. Zudem hatte sie das Gepäck von Patienten zu durchsuchen, wenn diese nach auswärtigen Aufenthalten in die Klinik zurückkehrten. Dabei bestand ein Risiko, sich an scharfen Gegenständen, die sie in die Klinik brachten, zu verletzen. Patienten der Klinik waren teilweise, nach Angabe der Klägerin zu einem hohen Grad, an Hepatitis C erkrankt.

Am 10. Juni 2008 schnitt sich die Klägerin bei dem Untersuchen von Sachen zweier Patienten (eines Paares), an einer Rasierklinge, die diese unverpackt in einem Portemonnaie aufbewahrt hatten. Einer dieser Patienten war mit Hepatitis C-Viren infiziert. Weitere Untersuchungen – etwa des Genotyps – fanden weder zuvor noch in der Folge statt. Es wurde zudem nicht festgehalten und konnte auch im Nachhinein nicht

festgestellt werden, welchem der Patienten die Rasierklinge gehörte bzw. wer sie tatsächlich benutzt hatte. Der Schnitt wurde in das Verbandbuch der Klinik eingetragen. Weitere Folgen – etwa eine akute Erkrankung – traten zunächst nicht ein.

Im Rahmen der Routineuntersuchungen bei Aufnahme der Klägerin in eine psychosomatische Rehabilitationsklinik am 21. Oktober 2008 wurde ein erhöhter Leberwert festgestellt und daraufhin eine Hepatitis-Serologie durchgeführt, welche positive HCV-Antikörper und im weiteren Verlauf am 07. November 2008 den Nachweis einer chronischen HCV-Infektion, Genotyp 1b, bei niedriger Viruslast ohne wesentliche entzündliche Aktivität ergab. Eine Leberbiopsie lehnte die Klägerin damals und auch im weiteren Verlauf ab.

Nach erfolgter Meldung der Schnittverletzung als Arbeitsunfall leitete die Beklagte im Dezember 2008 ein Ermittlungsverfahren wegen einer möglichen Berufskrankheit ein. Sie befragte die Klägerin, ihre in Deutschland beschäftigenden Arbeitgeber sowie die aktuell und früher behandelnden Ärzt*innen und holte Leistungsauskünfte bei den Krankenkassen der Klägerin ein.

Sodann beauftragte sie Prof. Dr. C., der am 28. Oktober 2009 ein fachärztlich-internistisches/hepatologisches Gutachten nach Untersuchung der Klägerin am 19. Oktober 2009 erstellte. Er diagnostizierte eine chronische Virushepatitis C ohne serologisch bedeutsame Entzündungsaktivität und ohne elastographisch nach¬weisbare Fibrose bei fehlender Zustimmung zu einer Histologiegewinnung. Die Infektion könne sowohl vor wenigen Monaten als auch vor Jahrzehnten eingetreten sein. Sie könne nicht hinreichend wahrscheinlich auf berufliche Risiken zurückgeführt werden. Gegen die von der Klägerin angenommene Verursachung im Zuge des Schnitts an der Rasierklinge im Juni 2008 spreche, dass bereits im Februar 2008 erhöhter Leberwerte festgestellt worden seien, kein Nachweis eines identischen Genotyps bei dem Indexpatienten vorliege sowie dass der bei der Klägerin festgestellte Genotyp nicht Drogenpatiententypisch sei. Unabhängig davon sei die Klägerin zwar seit Juli 1998 in der S.-Klinik als sogenannter „Suchtklinik“ einem erhöhten Infektionsrisiko im Umgang mit Hepatitis C-Patienten ausgesetzt gewesen. Jedoch hätten nicht versicherte Risiken sowohl in dem Aufwachsen und Leben in Russland und Kasachstan mit einer bis zu 5-8mal höheren Prävalenz der Hepatitis C in Kasachstan (ca. 3,2 %) bzw. bei von dort stammenden Spätaussiedlern (ca. 3 %) im Vergleich zu der deutschen Stammbevölkerung (mit ca. 0,4 – 0,7 %) wie auch in der dortigen 17-jährigen Belastung durch Dienstleistung in einer psychiatrischen Klinik auch ohne anamnestischen Umgang mit infektiösem Material bestanden. Dem stehe die zwölfjährige Tätigkeit in Deutschland mit Kontakt zu infektiösem Material gegenüber. Dass nicht versicherte Risiko in Kasachstan überwiege das versicherte Risiko in Deutschland bedeutsam.

Nach Ermittlung des Vertriebenenstatus der Klägerin, aus dem sich bei Anwendbarkeit des Fremdrentengesetzes (FRG) ggf. eine Zusammenrechnung der Tätigkeitszeiträume in Kasachstan und in Deutschland ergeben könnte, sowie wegen des Abstellens nur auf die allgemeine Hepatitis C-Prävalenz in Deutschland ohne Berücksichtigung der höheren Durchseuchung mit dem HCV in einer Drogenklinik beauftragte die Beklagte den Beratungsarzt Dr. D. mit einer Stellungnahme zu dem Gutachten und der Einschätzung des Ursachenzusammenhangs. Dieser bestätigte unter dem 08. Dezember 2009 die Einschätzung, dass angesichts der vorliegenden Laborparameter keine Hinweise für eine ganz frische HCV-Infektion – etwa im Juni 2008 – vorlägen. Auch sei festzustellen, dass die HCV-Seroprävalenz bei Mitarbeitern in der Psychiatrie in Deutschland insgesamt deutlich niedriger einzuschätzen sei als die für die allgemeine Wohnbevölkerung in Kasachstan genannten Zahlen. Dass in einer Drogenklinik eine höhere HCV- Durchseuchung als bei der Bevölkerung in Kasachstan vorliege, sei zwar durchaus schlüssig. Es müsse jedoch bedacht werden, dass die HCV-Infektionsrate im Rahmen von Bagatellverletzungen wie Kanülenstichen mit maximal 1 – 3 % sehr gering sei. Dagegen stehe die hohe HCV-Infektionsgefahr, die bei der Versicherten statistisch allein schon aufgrund der Herkunft aus Kasachstan, also unabhängig von der beruflichen Tätigkeit anzunehmen sei. Das Vorliegen einer Berufskrankheit lasse sich somit nicht hinreichend wahrscheinlich machen. Auf Nachfrage der Beklagten erklärte Dr. D. in einer weiteren beratungsfachärztlichen Stellungnahme vom 20. Januar 2010 dass eine Verursachung durch die berufliche Tätigkeit wegen der sehr hohen HCV-Seroprävalenz bei der Wohnpopulation in Kasachstan auch dann nicht hinreichend wahrscheinlich gemacht werden könne, wenn die Tätigkeit in Kasachstan als Krankenschwester als mitversichert zu betrachten sei. Nachdem die Klägerin nach eigenen Angaben bei ihrer dortigen Tätigkeit kaum Kontakt zu infektiösem Material gehabt habe, sei ein eindeutig vermehrtes Infektionsrisiko durch die berufliche Tätigkeit gegenüber dem bestehenden privaten Risiko nicht erkennbar.

Sodann beauftragte die Beklagte den Gutachter Prof. Dr. C. mit einer ergänzenden Stellungnahme zu dem Ursachenzusammenhang unter der Prämisse, dass neben der 16-jährigen beruflichen Tätigkeit der Klägerin als Krankenschwester in Deutschland auch die 17-jährige Tätigkeit als Krankenschwester in einer Kinderpsychiatrie in Kasachstan mitversichert sei. Aufgrund einer rechnerischen Risikobewertung, bei der eine nicht versicherte Tätigkeit in Kasachstan von Januar 1953 bis Juni 1973 versicherten Tätigkeiten von 17 Jahren in Kasachstan und elf Jahren in einer Drogenklinik in Deutschland sowie vier Jahren ohne bedeutsames Risiko in Deutschland gegenübergestellt wurden, überwiege nach der Stellungnahme des Gutachters vom 25. Februar 2010 rechnerisch das versicherte berufliche Risiko in Kasachstan und Deutschland das nicht-versicherte Risiko in Kasachstan (Risikozahlen 102,5 zu 122). Er halte daher die Anerkennung der beruflich bedingten Hepatitis C für angezeigt. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätze er mit 10 % ein.

Nach einer weiteren Nachfrage, weil bei der rechnerischen Risikobewertung unberücksichtigt geblieben sei, dass die Versicherte neben der Tätigkeit als Krankenschwester in Kasachstan über den Juni 1973 hinaus auch dem dortigen allgemeinen Lebensrisiko ausgesetzt gewesen sei, zog der Gutachter in einer weiteren Stellungnahme vom 22. März 2010 lediglich die Erziehungszeit von 1982 – 1984 in die Berechnung der nicht versicherten Tätigkeit zusätzlich ein und gelangte weiterhin zu einem Überwiegen des versicherten Risikos (Risikozahlen 112,5 zu 122).

Die Beklagte berechnete auf der Grundlage der Aussage des Gutachters, das Risiko in der Kinderpsychiatrie in Kasachstan sei genauso groß wie das allgemeine dortige Lebensrisiko, die Risikobewertung neu und berücksichtigte die gesamte Aufenthaltszeit von 39,5 Jahren in Kasachstan als außerberufliches Risiko. Dem stellte sie als berufliches Risiko die dortige Tätigkeit als Krankenschwester sowie das in Deutschland ermittelte Risiko gegenüber. Es ergaben sich unter Berücksichtigung einer worst-case-Betrachtung Risikozahlen von 197,5 für das außerberufliche gegenüber 118 für das berufliche Risiko.

Auf dieser Grundlage lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 10. Mai 2010 die Feststellung einer Virushepatitis C als Berufskrankheit nach Nr. 3101 BKV ab. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Leistungen. Der Patient, an dessen Rasierklinge sie sich am 10. Juni 2008 geschnitten habe, scheide als konkrete Infektionsquelle aus, da aufgrund der Laborergebnisse davon ausgegangen werden könne, dass die Infektion bei der Klägerin bereits zuvor stattgefunden habe. Im Rahmen der Tätigkeit als Krankenschwester in der S.-Klinik ab 01. Juli 1998 bis zur Feststellung der Hepatitis C-Erkrankung (ca. elf Jahre) habe sie zwar regelmäßig beruflichen Kontakt zu drogensüchtigen Patienten gehabt und sei deshalb einer erhöhten Infektionsgefährdung (bis zu dreimal so hoch im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung in Deutschland) ausgesetzt gewesen. Diesem Risiko stehe jedoch eine 39,5jährige allgemeine Infektionsgefährdung (z. B. durch Zahn-

/Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte etc.) in Sibirien und Kasachstan gegenüber, der sie von ihrer Geburt bis zu ihrer Übersiedlung nach Deutschland im Juli 1992 ausgesetzt gewesen sei. In dieser Region fände sich eine etwa 5- bis 8mal höhere Durchseuchung mit Hepatitis C als in der durchschnittlichen Bevölkerung Deutschlands. Es könne dahinstehen bleiben, ob die Tätigkeit als Krankenschwester in Kasachstan von Mitte 1973 bis Mitte 1992 (ohne Erziehungszeit von 1982 – 1984, ca. 17 Jahre) aufgrund des Fremdrentenrechts zu berücksichtigen sei, da sich das Hepatitis C-Vorkommen in diesem Tätigkeitsbereich nicht von dem allgemeinen Infektionsrisiko in der Region unterscheide. Unter der Prämisse, dass die Tätigkeit in der Kinderpsychiatrie in Kasachstan aufgrund des Fremdrentenrechts zu berücksichtigen sei, sei sie zusammenfassend beruflich elf Jahre in der Suchtklinik in Deutschland und 17 Jahre in der Kinderpsychiatrie in Kasachstan gefährdend tätig gewesen. Diese berufliche Infektionsgefährdung erreiche bei weitem nicht das unversicherte Infektionsrisiko von 39,5 Jahren, dem sie aufgrund ihres Aufenthaltes in einem Land mit einer deutlich höheren Durchseuchungsrate als in Deutschland ausgesetzt gewesen sei. Somit spreche mehr gegen einen beruflichen Zusammenhang der Infektion als dafür. Es sei nicht hinreichend wahrscheinlich zu machen, dass sie sich durch ihre berufliche Tätigkeit infiziert habe.

Dagegen erhob die Klägerin am 26. Mai 2010 Widerspruch. Sie habe sich während der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit als Krankenschwester in der AHG Nord Klinik S. mit Hepatitis C-Viren infiziert. Sie sei seit 1993 im Bundesgebiet im Gesundheitswesen tätig und habe seit 1996 Umgang mit infektiösem Material. Konkret gehe sie von einer Infektion an der Rasierklinge eines Patienten am 10. Juni 2008 aus. Zudem bestehe in der Klinik allgemein ein hohes Infektionsrisiko der Mitarbeiter bei Durchsuchungen und Untersuchungen der Klienten. Die Klägerin sei am 21. August 2007 (richtig: 21. Oktober 2008) anlässlich eines Reha-Aufenthalts erstmals positiv auf die Hepatitis C-Erkrankung getestet worden. Deshalb könne der Vermutung der Beklagten, die Klägerin habe sich bereits anlässlich der vorausgegangenen beruflichen Tätigkeit in Kasachstan mit den Hepatitis C-Virus infiziert, nicht gefolgt werden. Dann wäre die Erkrankung bereits zu einem wesentlich früheren Zeitpunkt aufgetreten und bei den stattgefundenen regelmäßigen Untersuchungen festgestellt worden. Gerade bei einer angeblich jahrelang bestehenden Infektion wäre die Klägerin mit Sicherheit stärker gesundheitlich beeinträchtigt. Zudem seien weder der Ehemann noch der Sohn der Klägerin mit dem Hepatitis C-Virus infiziert, was ebenfalls gegen eine Infektion in Kasachstan spreche.

Die Beklagte gab daraufhin ein weiteres Gutachten in Auftrag, das Prof. Dr. E. – unter Mitwirkung der Assistenzärztin Dr. K. und des Oberarztes Prof. Dr. P. – am 17. September 2010 nach Aktenlage erstattete. Er bestätigte die von Prof. Dr. C. festgestellten Diagnosen. Bei fehlender Fibrosebildung könne kein sicherer Rückschluss auf einen Infektionszeitraum oder die Dauer des wahrscheinlichen Bestehens der Erkrankung gezogen werden; die Infektion könne sowohl vor wenigen Monaten als auch vor Jahrzehnten eingetreten sein, wobei bei einer Infektion vor Jahrzehnten eine Fibroseentwicklung wahrscheinlicher wäre, aber nicht stattgefunden haben müsse. Das Risiko, sich im Rahmen der beruflichen Tätigkeit in Kasachstan an einer Hepatitis C infiziert zu haben, sei nicht eindeutig erhöht, gegenüber dem privaten Risiko durch die Lebensumstände in Kasachstan eher niedriger. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und der Hepatitis C-Infektion sei wegen der erheblichen infektionsträchtigen Umstände in Kasachstan im Privatleben (medizinische und zahnmedizinische Eingriffe mit unzureichend sterilisiertem Mehrfachmaterial) nicht hinreichend wahrscheinlich. Insgesamt überwiege das private Risiko der Klägerin jedenfalls bis zum 10. Juni 2008 deutlich das berufliche Risiko, auch unter der Annahme, dass die Tätigkeit der Klägerin in Kasachstan als Krankenschwester ebenfalls versichert gewesen wäre. Zur weiteren Klärung des Sachverhalts wurde vorgeschlagen, zunächst zu klären, ob die Rasierklinge überhaupt der HCV-positiven Indexperson zuzuordnen sei, und eine Typisierung des HCV-Genotyps der Indexperson vorzunehmen.

Im Ergebnis der weiteren Ermittlungen der Beklagten bei der S.-Klinik sowie – anonymisiert – bei dem behandelnden Arzt der Indexperson war nicht aufklärbar, welcher der beiden Personen die Rasierklinge gehörte. Eine Typisierung der HCV-Infektion der potentiellen Indexperson hatte nie stattgefunden. In einer anschließenden Stellungnahme des Gutachters Prof. Dr. E. vom 22. Juli 2011 teilte dieser mit, dass bezüglich der Hepatitis C-Infektion und der versicherten beruflichen Tätigkeit ab dem 10. Juni 2008 die Möglichkeit eines beruflichen Zusammenhanges bestehe. Es habe damit ein konkretes Risiko bezüglich eines Verletzungsereignisses gegeben. Eine von zwei Indexpersonen habe an einer HCV-Virusinfektion gelitten. Das Risiko einer Serokonversion nach einer Verletzung mit einer kontaminierten Nadel werde für HCV mit etwa 3 % angegeben; da nur eine der zwei Indexpersonen an einer Hepatitis C leide, sei das Risiko entsprechend geringer. Das Risiko, sich im Rahmen der beruflichen Tätigkeit in Kasachstan an einer Hepatitis C infiziert zu haben, sei gegenüber dem privaten Risiko durch die Lebensumstände in Kasachstan geringer, weshalb es auf die Frage, ob diese Tätigkeit versichert sei, nicht ankomme.

Mit Schreiben vom 17. September 2011 hörte die Beklagte die Klägerin zu der danach beabsichtigten Zurückweisung des Widerspruchs an. Diese trug nochmals vor, dass eine entsprechende Infektion bei Ansteckung in ihrem Heimatland bereits früher festgestellt worden und zudem ebenfalls bei ihrem Sohn vorhanden wäre, was jedoch nachweislich nicht der Fall sei. Die Klägerin habe in ihrem Herkunftsland auch keine schwerwiegenden Erkrankungen und infolgedessen keine erheblichen Behandlungen oder irgendein Risiko des Kontakts zu infizierten Personen gehabt.

Auf weitere Nachfrage dazu erklärte der Gutachter Prof. Dr. E. in einer weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 02. März 2012, dass sich aus diesen Ausführungen keine Änderungen hinsichtlich des geschilderten Kausalzusammenhangs ergäben.

Daraufhin wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 15. Juni 2012 zurück. Dass sich die Klägerin durch das Verletzungsereignis vom 10. Juni 2008 (an der Rasierklinge eines Patienten geschnitten) mit Hepatitis C-Virus infiziert habe, sei nicht gänzlich auszuschließen, aber auch nicht wahrscheinlich zu machen. eine Subtypisierung des HCV-Genotyps bei dem als Infektionsquelle infrage kommenden Patienten sei nicht erfolgt. Der bei der Klägerin vorliegende Genotyp 1 sei allerdings nicht typisch für einen drogenabhängigen Hintergrund der möglichen Infektionsquelle. Zudem sei nicht mehr sicher nachvollziehbar, welcher Person die Rasierklinge tatsächlich gehörte. Eine Eingrenzung des Infektionszeitpunktes sei unter Berücksichtigung der dokumentierten Leberwerte ebenfalls nicht möglich. Die Infektion könne sowohl vor einigen Monaten als auch vor Jahrzehnten eingetreten sein. Bei einem besonders hohen beruflichen Infektionsrisiko könne im Ausnahmefall auf den konkreten Nachweis einer Infektionsquelle verzichtet werden. Voraussetzung für die Annahme eines Ursachenzusammenhangs sei, dass ein außerberufliches Infektionsrisiko nicht dagegenspreche. Angesichts des in Kasachstan bereits im Privatleben bestehenden hohen Infektionsrisikos wegen der hohen HCV-Seroprävalenz der Wohnbevölkerung ergebe sich ein außerberufliches Risiko, sich mit dem HCV zu infizieren, das das berufliche Infektionsrisiko der Klägerin übersteige. Bei ihrer beruflichen Tätigkeit in Kasachstan sei sie keinem im Vergleich zum Privatleben erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt gewesen. In Deutschland habe sie in ihrer Tätigkeit in der „Drogensuchtklinik“ S. zwar grundsätzlich Kontakt zu einem Personenkreis gehabt, der für deutsche Verhältnisse eine relativ hohe Seroprävalenz aufzeige. Doch könne auch für diese Beschäftigung ein erhöhtes berufliches Infektionsrisiko nicht festgestellt werden. Aus den von der Klägerin und von ihrem Arbeitgeber abgegebenen

Tätigkeitsbeschreibungen ergebe sich, dass sie invasive, mit einem Verletzungs- und somit einem erhöhten Infektionsrisiko einhergehende Tätigkeiten im Beruf selten ausgeführt habe. Von Bedeutung sei in diesem Zusammenhang, dass die HCV-Prävalenz bei in Deutschland in der Psychiatrie tätigen Personen insgesamt deutlich niedriger einzuschätzen sei als für die allgemeine Bevölkerung in Kasachstan.

Aus der Tatsache, dass weder ihr Ehemann noch ihr Sohn mit dem Hepatitis C-Virus infiziert seien, lasse sich eine mögliche Infektion der Klägerin bereits in Kasachstan nicht ausschließen. Auch der Hinweis, dass bei einer früheren Infektion im Heimatland die Erkrankung früher aufgetreten wäre, überzeuge nicht. Die Erkrankung verlaufe oft blande, so dass Krankheitsanzeichen nicht festgestellt würden. Auch bei der Klägerin sei die Diagnose nur als Zufallsbefund im Rahmen einer stationären Reha erhoben worden. Zusammenfassend stehe der Anerkennung der Hepatitis C-Infektion als Berufskrankheit entgegen, dass eine berufliche Infektionsquelle sowie eine über das normale Maß hinausgehende berufliche Infektionsgefahr während der Ausübung der versicherten Berufstätigkeit nicht nachgewiesen werden könnten. Bei bestehenden außerberuflichen Infektionsrisiken schieden ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung nicht aus.

Dagegen richtet sich die am 19. Juli 2012 eingegangene, zunächst unter dem Aktenzeichen S 3 U 48/12 geführte Klage. Zur Begründung wird die Argumentation im Widerspruchsverfahren wiederholt und vertieft.

Das Gericht hat umfangreiche Behandlungsunterlagen bei den die Klägerin insbesondere auch vor 2008 behandelnden Ärzt*innen sowie Leistungsverzeichnisse ihrer Krankenkassen beigezogen und sodann ein Gutachten bei Dr. H. in Auftrag gegeben. Dieser hat in seinem fachinternistischen Gutachten nach Aktenlage vom 26. August 2015 – soweit hier relevant – einen asymptomatischen Trägerstatus nach Hepatitis C-Virusinfektion Genotyp 1b, Erstdiagnose 07.11.2008, diagnostiziert. Eine wesentliche Mitwirkung der beruflichen Tätigkeit der Klägerin wäre medizinisch festzustellen, wenn an der Rasierklinge Viren nachgewiesen worden wären und im Anschluss an dieses Ereignis eine nachweisbare Erkrankung durch Viren mit dem gleichen Genotyp eingetreten wäre. Der Vorfall sei jedoch weder ärztlich dokumentiert noch sei die Rasierklinge sichergestellt worden. Nach dem Ereignis seien Anhaltspunkte für ein akutes Stadium einer Hepatitis C-Erkrankung bis zu der Aufnahme in die Rehabilitationsklinik am 21. Oktober 2008 nicht festgestellt worden. Die Blutuntersuchung sei ohne konkreten Krankheitsverdacht bei der Aufnahme in die Klinik erfolgt. Bei der Feststellung der Hepatitis C-Infektion handele es sich um einen Zufallsbefund. Die Infektion stelle jedoch bereits keine Infektions-„Krankheit“ im Sinne der Berufskrankheitenverordnung dar. Eine Hepatitis C sei nicht zu diagnostizieren, denn diese beschreibe per definitionem eine Entzündung des Lebergewebes, die vorliegend nicht nachweisbar sei. Auch im Übrigen sei zu keinem Zeitpunkt eine Störung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens festgestellt worden, die auf eine schädliche Einwirkung der im Blut nachgewiesenen Viren schließen lasse und daher als Krankheit zu bezeichnen sei. Bei der Übertragung des Virus auf den Körper der Klägerin handele es sich somit um eine Inokulation und nicht um eine Infektion. Es sei daher nicht gerechtfertigt, aus dem alleinigen serologischen Nachweis der Flaviviren vom Typ des Hepatitis C-Virus im Blut die Diagnose „Hepatitis C“ zu stellen, sondern es liege lediglich ein Trägerstatus diesbezüglich vor. Leichtgradige Erhöhungen der Enzymaktivitäten von Transaminasen könnten verschiedene Ursachen haben, wie z. B. banale Infekte oder die Einnahme von nichtsteroidalen Antirheumatika wie Ibuprofen. Somit sei auch der Nachweis einer, insbesondere vorübergehend, erhöhten Transaminasenaktivität nicht zwangsläufig als Schädigung der Leber durch die zirkulierenden Flaviviren bedingt. Auch ein ursächlicher Zusammenhang zwischen einem konkreten Verletzungsereignis und der Übertragung von Viren auf die Klägerin habe nicht nachgewiesen werden können. Aufgrund der Laborwerte und der Latenz bis zum positiven Nachweis von Antikörpern müsse die Übertragung der Flaviviren vor der Verletzung mit der Rasierklinge am 10. Juni 2008 stattgefunden haben. Eine erneute Inokulation durch die Verletzung mit der Rasierklinge sei allenfalls möglich, jedoch nicht wahrscheinlich, da in der Folge eine Erkrankung nicht eingetreten sei. Zudem sei offengeblieben, ob der mutmaßliche Überträger Eigentümer und Benutzer der Rasierklinge war, ob sich an der Rasierklinge Hepatitis C-Viren befanden und welchem Genotyp die mutmaßlich übertragenen Viren angehörten. Die Infektfreiheit der Familienangehörigen sei kein Beweis für eine zurückliegende Infektfreiheit der Klägerin, da auch hier allenfalls die Möglichkeit einer Übertragung durch intensiven Körperkontakt, aber weder eine ausreichende Wahrscheinlichkeit noch eine Zwangsläufigkeit bestehe. Die Inokulation habe auch zu einem früheren Zeitpunkt nicht vermutet bzw. erkannt werden können, da keine Krankheitssymptome bestanden hätten.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 06. Januar 2015 hat der Sachverständige bekräftigt, dass mangels nachgewiesener schädigender Interaktion des Virus mit dem Körper der Klägerin keine Erkrankung festzustellen sei. Soweit klägerseits auf Stichverletzungen zu Beginn der Tätigkeit der Klägerin in der S.-Klinik hingewiesen worden sei, sei dies angesichts der fehlenden Dokumentation durch den Arbeitgeber trotz gesetzlicher Verpflichtung gerade auch angesichts der potentiell infektiösen Klientel in einer Klinik zur Behandlung von Drogenabhängigen nicht nachvollziehbar. Die fehlenden Meldungen untermauerten jedoch die Feststellung, dass ein gesundheitlicher Schaden nicht eingetreten war.

In der mündlichen Verhandlung vom 22. April 2016 hat das Gericht auf Antrag der Beteiligten im Hinblick auf das bei dem Bundessozialgericht anhängige Verfahren zum Az. B 2 U 17/15 R das Ruhen des Verfahrens angeordnet.

Am 28. November 2017 hat die Klägerin den Rechtsstreit wieder aufgerufen, der nunmehr unter dem Aktenzeichen S 3 U 131/17 WA geführt wird. Das Bundessozialgericht habe in seinem Urteil vom 27. Juni 2017 zwar ausgeführt, dass eine symptomlose Borrelieninfektion allein sich nicht unter den Krankheitsbegriff subsumieren lasse, sondern zusätzlich eine Beeinträchtigung von Körperfunktionen erforderlich sei. Allerdings werde auch ausgeführt, dass für den Nachweis der Einwirkung eine besondere Infektionsgefahr schon tatbestandlich vorausgesetzt werde, mithin aber auch ausreiche.

Die Klägerin beantragt,
die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 18.05.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.06.2012 zu verurteilen, bei der Klägerin eine Berufskrankheit nach § 9 Abs. 1 SGB VII in Verbindung mit Nr. 3101 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung anzuerkennen und Entschädigungsleistungen zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie hält die Übertragbarkeit der Entscheidung des Bundessozialgerichts zum Krankheitsbegriff für problematisch, wenn – wie hier – jedenfalls eine unvollständige Immunantwort mit dauerhafter Erregerpersistenz bestehe. Weiterhin sei jedoch ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Infektion und der beruflichen Tätigkeit der Klägerin unter Berücksichtigung des außerberuflichen Risikos nicht wahrscheinlich.

Die Beteiligten haben sich mit Schriftsätzen vom 28. November 2017 (Klägerin) und vom 22. März 2018 (Beklagte) mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt von Gerichts- und Verwaltungsakte Bezug genommen, der Gegenstand der Beratung und Entscheidungsfindung gewesen ist.

Entscheidungsgründe

Das Gericht durfte gemäß § 124 Abs. 2 SGG ohne mündliche Verhandlung entscheiden, nachdem sich beide Beteiligte damit einverstanden erklärt haben.

A. Die auf die Anerkennung der Hepatitis C-Virus-Infektion der Klägerin als Berufskrankheit nach Nr. 3101 BKV gerichtete Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage, § 54 Abs. 1 Satz 1 SGG, statthaft (vgl. Bundessozialgericht <BSG>, Urteil vom 18. Juni 2013, Az. B 2 U 6/12 R, m. w. N.; alle auch folgenden Entscheidungen zitiert nach juris) und auch im Übrigen zulässig.
Nicht zulässig ist hingegen der auf die Gewährung von Entschädigungsleistungen gerichtete Antrag. Sofern der Unfallversicherungsträger die Anerkennung des Versicherungsfalls dem Grunde nach abgelehnt hat, hat das Begehren von Entschädigungsleistungen keine eigenständige Bedeutung; es beschreibt nur die rechtlichen Folgerungen, die sich im Falle der beantragten Feststellung ergeben, ist aber nicht, wie für eine zulässige Leistungsklage zu fordern, auf konkrete Leistungen gerichtet. Auch ein Grundurteil dürfte darüber nicht ergehen (ständige Rechtsprechung, vgl. etwa BSG, Urteile vom 02. April 2029, Az. B 2 U 30/07 R; vom 18. März 2008, Az. B 2 U 2/07 R; und vom 30. Januar 2007, Az. B 2 U 6/06 R; grundlegend Urteil vom 07. September 2004, Az. B 2 U 35/03 R).

B. Soweit die Klage zulässig ist, ist sie unbegründet. Die angegriffenen Bescheide sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf Feststellung ihrer Hepatitis C-Infektion als BK 3101.

Rechtsgrundlage für die begehrte Anerkennung ist § 9 Abs. 1 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) i. V. m. Nr. 3101 BKV. Berufskrankheiten sind nach § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als solche bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden. Nach Nr. 3101 BKV gehören dazu „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“. Voraussetzung für die Feststellung einer Listen-Berufskrankheit ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG, dass die Verrichtung einer grundsätzlich versicherten Tätigkeit (sachlicher Zusammenhang) zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder ähnlichem auf den Körper geführt hat (Einwirkungskausalität) und diese Einwirkungen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Die „versicherte Tätigkeit“, die „Verrichtung“, die „Einwirkungen“ und die „Krankheit“ müssen im Vollbeweis, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen sein. Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, allerdings grundsätzlich nicht die bloße Möglichkeit. Fehlt eine der genannten Voraussetzungen, ist die Berufskrankheit nicht anzuerkennen (vgl. zum Ganzen etwa BSG, Urteile vom 23. April 2015, Az. B 2 U 6/13 R, B 2 U 10/14 R und B 2 U 20/14 R; vom 30. März 2017, Az. B 2 U 6/15 R; vom 27. Juni 2017, Az. B 2 U 17/15 R; alle m. w. N.). Darauf beruhende spätere Gesundheitsstörungen (haftungsausfüllende Kausalität) sind keine Voraussetzung der BK, sondern lediglich für mögliche Leistungen (BSG a. a. O.).

Bei der BK 3101 sind die Voraussetzungen allerdings zu modifizieren. Weil in den darin benannten Tätigkeitsbereichen zwar der Ansteckungsvorgang als schädliche Einwirkung ein punktuelles Ereignis darstellt, der tatsächliche Übertragungsweg aber häufig im Nachhinein nicht mehr ermittelt werden kann, wurden die Infektionskrankheiten als Berufskrankheiten bezeichnet, obwohl bei Folgen einer einmaligen Einwirkung ein Arbeitsunfall naheläge. Die nachzuweisenden „Einwirkungen“ bestehen in diesem Fall nicht notwendig in einer konkreten Übertragung von Erregern, sondern in der besonderen, erhöhten Infektionsgefahr. Diese ist nicht als (absolut) „hohe“, sondern als gegenüber der in der allgemeinen Bevölkerung bestehende (somit relativ) „erhöhte“ Gefahr zu bestimmen (vgl. BSG, Urteil vom 02. April 2019, Az. B 2 U 30/07 R, Rn. 33). Für ihren Nachweis gilt der gleiche Beweismaßstab wie sonst für den Nachweis der (konkreten) Einwirkung, nämlich der Vollbeweis (vgl. BSG a. a. O. Rn. 18, 20).

Für den Nachweis des ursächlichen Zusammenhangs zwischen einer dergestalt bewiesenen erhöhten Infektionsgefahr und der (ebenfalls im Vollbeweis festzustellenden) Infektionskrankheit genügt sodann abweichend von den allgemeinen Regeln die bloße Möglichkeit, weil der Verordnungsgeber in einem solchen Fall typisierend von einer Infektion während der Gefahrenlage ausgeht (BSG a. a. O. Rn. 19, 34f.). Für eine solche Typisierung ist allerdings dann kein Raum, wenn eine Infektion während oder aufgrund der versicherten Verrichtungen und damit der unterstellte Ursachenzusammenhang – z. B. aus zeitlichen Gründen – ausgeschlossen ist. Ebenso gilt diese Erleichterung nicht, wenn auch ein anderes, dem nicht versicherten Lebensbereich zuzuordnendes Infektionsrisiko besteht (BSG a. a. O. Rn. 34 sowie Urteil vom 21. März 2006, Az. B 2 U 19/05 R, Rn. 16).

Wenn sowohl berufliche als auch außerberufliche Verrichtungen als Ansteckungsquelle in Betracht kommen, 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. Die hinreichende Wahrscheinlichkeit dafür setzt voraus, dass 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 (BSG, B 2 U 19/05 R, Rn. 16).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hat die Klägerin keinen Anspruch auf Feststellung einer BK 3101. Die Kammer geht zwar trotz des asymptomatischen Verlaufs der HCV-Infektion vom Vorliegen einer Infektionskrankheit im Sinne der BK 3101 und auch von einem erhöhten Infektionsrisiko jedenfalls während der Tätigkeit in der S.-Klinik aus. Soweit die Klägerin wiederholt darauf verwiesen hat, dass das BSG eine erhöhte Infektionsgefahr als Einwirkung ausreichen lasse, genügt dies aber nicht. Erforderlich ist zusätzlich der wesentliche Ursachenzusammenhang zwischen dieser Einwirkung und der Infektionskrankheit. Eben davon kann sich die Kammer jedoch nicht überzeugen.

1. Die Klägerin hat jedenfalls während ihrer Beschäftigungen in der Bundesrepublik Deutschland in der gesetzlichen Unfallversicherung

versicherte Tätigkeiten ausgeübt, § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII. Ob die Beschäftigungen in Kasachstan wegen ihres Vertriebenenstatus fremdrentenrechtlich ebenfalls als versichert zu gelten haben, kann offen bleiben, weil weder eine gegenüber der (dortigen) Wohnbevölkerung erhöhte Infektionsgefahr vorlag noch selbst ein unterstellter berücksichtigungsfähiger Zeitraum zu einem abweichenden Abwägungsergebnis hinsichtlich der Risikoverteilung zwischen beruflichem und außerberuflichem Infektionsrisiko führen würde (dazu sodann).

2. Die Klägerin war in ihrer Berufstätigkeit im Gesundheitsdienst auch Einwirkungen im Sinne einer erhöhten Infektionsgefahr ausgesetzt. Das trifft zur Überzeugung der Kammer jedenfalls auf die Beschäftigung in der S.-Klinik zu, in der insbesondere drogenabhängige Menschen behandelt wurden. Ob eine besonders erhöhte Infektionsgefahr besteht, beurteilt sich nach dem Grad der Durchseuchung des versicherten Tätigkeitsbereichs und dem Übertragungsrisiko der im Gefahrenbereich vorgenommenen Verrichtungen, die in einer Wechselbeziehung zueinander stehen. An den Grad der Durchseuchung können umso niedrigere Anforderungen gestellt werden, je gefährdender die spezifischen Arbeitsbedingungen sind, und umgekehrt (vgl. BSG, Urteil vom 02. April 2029, Az. B 2 U 30/07 R, Rn. 17, 21 ff.). Nach den Angaben des Arbeitgebers, die denen der Klägerin entsprechen, hatte diese in der Klinik Injektionen bzw. Blutentnahmen sowie Urinkontrollen durchzuführen, Wunden zu versorgen und Patient*innen und deren Sachen bei Rückkehr in die Klinik auf gefährliche Gegenstände zu untersuchen. Sie hatte dabei Kontakt zu Blut und Urin. Der Arbeitgeber hat auch die Angabe der Klägerin bestätigt, dass in der Klinik an Hepatitis C erkrankte Patient*innen behandelt wurden. Konkrete Ermittlungen zum Anteil der infizierten Klient*innen hat die Beklagte nicht durchgeführt. Jedoch gehören „Abteilungen zur Behandlung von Suchtkranken“ aufgrund der Erfahrungen oder epidemiologischen Erkenntnisse über eine erhöhte Durchseuchung zur Fallgruppe 3 der Beweiserleichterungskriterien nach Remé (in: Selmair, Manns, Virushepatitis als Berufskrankheit; vgl. dazu Schönberger/ Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, S. 756 ff, 760). Entsprechend hat der im Verwaltungsverfahren beauftragte Gutachter Prof. Dr. C., dessen Expertise die Kammer im Wege des Urkundsbeweises verwertet, das relative Infektionsrisiko in einer Drogenklinik in Deutschland für bis zu dreifach erhöht gegenüber dem allgemeinen Risiko eingestuft. Auch der Beratungsarzt Dr. D. ging in seiner Stellungnahme vom 08. Dezember 2009 von einer „relativ hohen Seroprävalenz in der betreuten Klientel“ aus. Soweit die Beklagte in ihrem Widerspruchsbescheid darauf abstellt, dass die HCV-Prävalenz bei in Deutschland in der Psychiatrie tätigen Personen insgesamt deutlich niedriger einzuschätzen sei als für die allgemeine Bevölkerung in Kasachstan, setzt sie zum Einen unzulässig die allgemein in psychiatrischen Kliniken behandelten Patient*innen mit solchen in einer auf drogenabhängige Menschen spezialisierten Klinik gleich. Zum Anderen vermengt sie die Prüfungspunkte der erhöhten Infektionsgefahr (als Äquivalent zur Einwirkung) und der Wahrscheinlichkeit der beruflichen Verursachung der Erkrankung durch die Einwirkung in Abwägung mit außerberuflichen Risikofaktoren.

Als Einwirkung im Sinne einer erhöhten Infektionsgefahr kommt weiter der nachgewiesene Schnitt an der Rasierklinge eines Patienten dem Grunde nach in Betracht.

Ob sich während der Tätigkeit im Zentrum für Soziale Psychiatrie C-Stadt eine besonders erhöhte Infektionsgefahr ergeben hat, steht nicht zur Überzeugung der Kammer fest, fällt jedoch auch angesichts der nur viermonatigen Tätigkeit dort in der Gesamtabwägung nicht ins Gewicht.

Bei den sonstigen in Deutschland ausgeübten Tätigkeiten ist keine erhöhte Infektionsgefahr anzunehmen.

Für die Beschäftigungen in psychiatrischen Kliniken in Kasachstan hat die Klägerin selbst angegeben, keinen Umgang mit infektiösem Material gehabt zu haben. Ein wegen der beruflichen Tätigkeit gegenüber den unversicherten privaten Lebensumständen erhöhtes Infektionsrisiko lag somit nicht vor. Die Frage, ob die Tätigkeit grundsätzlich fremdrentenrechtlich zu berücksichtigen wäre, kann daher offen bleiben.

3. Nach Ansicht der Kammer stellt die bei der Klägerin nach übereinstimmender Ansicht aller gehörter Gutachter, zwischen den Beteiligten auch unstreitig festgestellte Infektion mit Hepatitis C-Viren entgegen der Annahme des gerichtlich bestellten Sachverständigen Dr. H. eine Infektionskrankheit im Sinne der BK 3101 dar. Dies ist – auf der Grundlage der medizinisch-sachverständig festgestellten Tatsachen – letztlich juristisch und damit durch das Gericht zu beurteilen.

Im Ergebnis der sachverständigen Ausführungen Dr. H.s steht fest, dass bei der Klägerin (irgendwann) eine Übertragung von Hepatitis C-Viren in den Körper stattgefunden hat. Jedenfalls für den Zeitraum zwischen der von der Klägerin angeschuldigten Schnittverletzung im Juni 2008 und dem erstmaligen Nachweis der Infektion im Oktober 2008 schließt die Kammer aus, dass dies zu einer wesentlichen körperlichen Reaktion geführt hat. Der Sachverständige hat dargelegt, dass ein akutes Stadium einer Hepatitis C-Erkrankung klinisch mit ihrer Art nach variablen Beschwerden allgemeiner Natur, dunklem Urin und hellem Stuhl sowie einer Phase der Gelbsucht einhergingen. Es ist davon auszugehen, dass der Klägerin als Krankenschwester, die zudem häufigen Umgang mit an Hepatitis C erkrankten Menschen hatte, derartige Symptome aufgefallen wären und sie sie spätestens bei der Erstfeststellung ihres eigenen Virenträgerinnen-Status mitgeteilt hätte. Ob jemals zuvor entsprechende körperliche Reaktionen auf die übertragenen Viren aufgetreten sind, ist nicht bekannt. Von der Klägerin wurde eine frühere Erkrankung allgemein verneint.

Zur Überzeugung der Kammer ist bei der Klägerin aber jedenfalls keine Hepatitis C im Sinne einer Entzündung des Lebergewebes nachgewiesen. Eine histologische Untersuchung wurde – da die Klägerin diesem nicht duldungspflichtigen Eingriff nicht zugestimmt hat – nicht durchgeführt. Klinisch objektivierbare Symptome wie eine Gelbfärbung der Haut wurden ärztlich nicht mitgeteilt. Die labortechnisch festgestellten „Leberwerte“ der Klägerin lagen nahezu durchgehend unterhalb der maßgeblichen Grenzwerte. Lediglich sehr vereinzelt traten Erhöhungen auf, was jedoch nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. H. verschiedene Ursachen haben kann, z. B. banale Infekte oder die Einnahme von nichtsteroidalen Antirheumatika wie Ibuprofen. Die sehr seltenen Erhöhungen können deshalb eine (dauerhafte) Schädigung der Leber nicht nachweisen.

Allerdings hat das Immunsystem der Klägerin die eingebrachten Viren auch nicht vollständig bekämpfen können. Es ist vielmehr nach einer unvollständigen Immunantwort auf die Infektion ein asymptomatischer Trägerinnenstatus nach der HCV-Übertragung verblieben. Nach Ansicht der Kammer stellt dieser auch ohne aktuelle funktionelle Einschränkungen eine Infektionskrankheit im Sinne der BK 3101 dar.

Das Bundessozialgericht hat zwar in seinem Urteil vom 26. Juli 2017, Az. B 2 U 17/15 R, im Zusammenhang mit einem symptomlosen Zustand nach Borrelieninfektion zu dem Krankheitsbegriff im Berufskrankheitenrecht ausgeführt, dass dieser nicht rein normativ im Sinne jeglicher körperlichen Regelwidrigkeit zu bestimmen sei. Erforderlich sei danach vielmehr, dass der Versicherte (auch) in seinen

Körperfunktionen beeinträchtigt werde (funktioneller Krankheitsbegriff). Ausgehend von diesem normativ-funktionellen Krankheitsbegriff reiche die bloße Aufnahme schädigender Substanzen (wie Infektionserreger, Asbest, Quarzstaub) in den Körper allein im Regelfall nicht aus; vielmehr sei es grundsätzlich notwendig, dass diese Einwirkung über zunächst rein innerkörperliche Reaktionen (im Sinne normabweichender physiologischer oder biologischer Prozesse) oder Strukturveränderungen hinaus zu (irgend)einer Funktionsstörung führten (vgl. BSG a. a. O. Rn. 21 f).

Diese zu einer ausgeheilten Erkrankung ergangene Rechtsprechung kann nach Ansicht der Kammer nicht auf eine Situation wie bei der hiesigen Klägerin übertragen werden, bei der keine vollständige Immunantwort im Sinne einer Abwendung des Entstehens einer Infektionskrankheit und der Eliminierung der Krankheitserreger vorliegt, sondern normativ ein regelwidriger Zustand – in Form weiterhin im Körper befindlicher Infektionserreger – verblieben ist. Nach Ansicht der Kammer darf die Feststellung der Berufskrankheit als solcher nicht davon abhängen, in welchem Zeitraum sich funktionelle Auswirkungen einer Infektion entwickeln können. Auch erscheint es der Kammer nicht sachgerecht, die Feststellung ggf. von einem Streit darüber abhängig zu machen, ob z. B. bestimmte erhöhte Laborwerte auch ohne unmittelbare Auswirkung auf die Lebensqualität bereits als Beeinträchtigung von Körperfunktionen im Sinne des funktionellen Krankheitsbegriffes zu definieren sind oder nicht, zumal sich die Bestimmung von Normwerten durchaus ändern kann.

Vielmehr sieht die Kammer ein schützenswertes Interesse von Versicherten, möglichst zeitnah den Versicherungsfall einer Berufskrankheit feststellen zu lassen, ohne sie darauf zu verweisen, den weiteren, möglicherweise langwierigen Verlauf eines fortschreitenden Prozesses abzuwarten und mit der Zeit häufig zunehmende Beweisschwierigkeiten in Kauf zu nehmen. Zudem sind bei den vielfältigen von der BK 3101 erfassten Infektionskrankheiten sowohl solche denkbar, deren Verlauf noch nicht abschließend erforscht ist, als auch solche, die eine Zeit lang klinisch stumm verlaufen. Etliche Infektionen manifestieren sich auch (zunächst) unspezifisch, ggf. auch in Symptomen (z. B. Fieber), die nicht notwendig sofort einer ärztlichen Behandlung und Dokumentation zugeführt werden (vgl. Linder, „Funktioneller“ Krankheitsbegriff im Recht der Berufskrankheiten?, SGb 2018, 475 ff). Bei – wie hier – die Leber betreffenden Beeinträchtigungen bestehen zudem zwischen dem klinischen Bild sowie den klinisch-chemischen Parametern einerseits und dem histopathologischen Befund, der nur nach nicht duldungspflichtiger Leberbiopsie erhoben werden könnte, andererseits erfahrungsgemäß nicht selten erhebliche Diskrepanzen (vgl. Schönberger/ Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, S. 763).

Zwar könnte diese Problematik grundsätzlich im Wege einer Beweislastentscheidung aufgelöst werden – wenn eine schwerere Beeinträchtigung / Veränderung der Leber wegen fehlender Biopsie nicht nachweisbar ist, könnte dies zulasten der*des Versicherten gehen. Andererseits erscheint dies der Kammer der bestehenden Situation und dem schützenswerten rechtlichen Interesse an einer alsbaldigen Feststellung insbesondere des Zusammenhangs der Infektion mit der beruflichen Tätigkeit nicht angemessen. In welchem Ausmaß bei einer nachgewiesenen Viruslast bei – zumindest noch – nicht laborchemisch feststellbaren Funktionsstörungen doch bereits eine Gewebeveränderung eingetreten ist, hat im haftungsausfüllenden Kontext Auswirkung auf die Höhe der MdE. Die Frage, ob überhaupt eine berufliche Ursache dafür anzunehmen ist, ist aber unabhängig davon und sollte nach Auffassung der Kammer vorab rechtssicher zu klären sein.

Soweit das BSG im Hinblick auf HIV-Infektionen bereits nach deren bloßen Nachweis vom Vorliegen einer BK 3101 ausgegangen ist (vgl. Urteil vom 18. November 1997, Az. 2 RU 15/97) und dies in der Entscheidung vom 26. Juli 2017 (Az. B 2 U 17/15 R, Rn. 24) damit begründet, dass es dort nach der Infektion meist zu ersten Krankheitszeichen komme und das körpereigene Immunsystem allein regelmäßig nicht in der Lage sei, die Infektionserreger vollständig abzuwehren, spricht dies für das von der Kammer gefundene Ergebnis: Ist eine vollständige Immunantwort nicht erfolgt, war also das Immunsystem nicht zur vollständigen Eliminierung der Infektionserreger in der Lage, ist die zunächst erfolgte Infektion nicht ausgeheilt und es ist von der Anerkennung einer BK auszugehen (so auch Mehrtens/Brandenburg, Die Berufskrankheitenverordnung <BKV>, Lfg. 1/21, § 9 SGB VII, Anm. 6.4.).

4. Allerdings kann sich die Kammer nicht davon überzeugen, dass die in diesem Sinne verstandene Infektionskrankheit wesentlich durch die versicherte berufliche Tätigkeit der Klägerin verursacht wurde.

Wie eingangs dargelegt genügt im Fall einer bewiesenen erhöhten Infektionsgefahr und einer bewiesenen Infektionskrankheit für den Nachweis des ursächlichen Zusammenhangs wegen der typisierenden Annahme des Verordnungsgebers grundsätzlich dessen bloße Möglichkeit, es sei denn, eine Infektion während oder aufgrund der versicherten Verrichtungen ist – z. B. aus zeitlichen Gründen – ausgeschlossen oder es besteht ein anderes, dem nicht versicherten Lebensbereich zuzuordnendes Infektionsrisiko (BSG, Urteile 02. April 2019, Az. B 2 U 30/07 R, Rn. 34, und vom 21. März 2006, Az. B 2 U 19/05 R, Rn. 16). Dann muss – nach den allgemeinen Regeln – entschieden werden, ob sich die erhöhte Infektionsgefahr mit hinreichender Wahrscheinlichkeit verwirklicht und die Infektionskrankheit verursacht hat. Voraussetzung dafür ist, dass 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 (BSG, B 2 U 19/05 R, Rn. 16).

Im vorliegenden Fall besteht mit 39,5 Jahren, die die Klägerin in Sibirien und Kasachstan verbracht hat, ein erhebliches privates, nicht versichertes, sondern dem allgemeinen Lebensrisiko zuzurechnendes Infektionsrisiko, weil die HCV-Seroprävalenz, wie Prof. Dr. C. und Prof. Dr. E. dargelegt haben, dort mit 3,2 % fünf- bis achtmal höher ist als in der deutschen Stammbevölkerung (ca. 0,4 – 0,7 %). Bei Spätaussiedler*innen, die aus Russland, der Ukraine und Kasachstan nach Deutschland gekommen sind, liegt die Prävalenz einer Hepatitis C bei ca. 3 %. Die Länder der russischen Föderation und andere Länder der ehemaligen Sowjetunion zählen zu den führenden ausländischen Infektionsquellen. Die Klägerin unterlag in ihren Herkunftsländern deshalb generell und insbesondere z. B. bei ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen mit unzureichend sterilisiertem Mehrfachmaterial einem wesentlich erhöhten Infektionsrisiko. Dem steht lediglich die ca. elfjährige Tätigkeit von Juli 1998 bis Oktober 2008 in der S.-Klinik für drogenabhängige Männer und Frauen gegenüber, bei der das Infektionsrisiko zudem nach den Ausführungen Prof. Dr. C.s maximal dreifach erhöht war. Das allgemeine Lebensrisiko der Klägerin in Sibirien und Kasachstan überwog daher das beruflich bedingte Risiko ganz erheblich.

Die berufliche Tätigkeit in Kasachstan begründete – wie oben dargelegt – kein gegenüber der dortigen Allgemeinbevölkerung erhöhtes Infektionsrisiko und ist daher bei der Abwägung der Risiken unabhängig von der Frage, ob sie überhaupt fremdrentenrechtlich als versichert gelten müsste, nicht zu berücksichtigen.

Selbst wenn man dies aber – wie vorsorglich die Beklagte – täte, ergäbe sich kein anderes Ergebnis. Insoweit kann der rechnerischen Risikobewertung des Prof. Dr. C. in seinen Stellungnahmen vom 25. Februar und 22. März 2010 nicht gefolgt werden, bei der dieser zu einer

Risikobewertung (von unversicherten gegenüber versicherten Zeiten) von 102,5 zu 122 bzw. (nach Berücksichtigung der Erziehungszeit in Kasachstan als unversichert) von 112,5 zu 122 und damit zum Überwiegen der als versichert angenommenen beruflichen Tätigkeit gekommen ist. Zum einen hätte die mit 10 bewertete Erziehungszeit nicht nur der unversicherten Zeit zugeschlagen, sondern auch von der Risikozahl 122 für die versicherten Zeiten abgezogen werden müssen, wodurch sich bereits ein ungefähr gleiches Risiko erheben hätte. Insbesondere hat aber Prof. Dr. C. bei seiner Berechnung das jedenfalls neben der beruflichen Tätigkeit in Kasachstan weiterhin bestehende private allgemeine Lebensrisiko nicht berücksichtigt, sondern dieses nur bis vor Beginn der (potentiell) mit einem erhöhten Risiko zu berücksichtigenden Tätigkeit in den Psychiatrien angenommen. Auch die bei der Berechnung der Risikozahl der versicherten Tätigkeit (mit einem Faktor 1) eingestellten „4 Jahre ohne bedeutsames Risiko in Deutschland“ sind nicht plausibel. Wenn kein bedeutsames Risiko bestand, ist kein einer Einwirkung entsprechendes Äquivalent festzustellen. Diese Zeiten können dann auch nicht als risikoerhöhend im Sinne der BK 3101 einbezogen werden.

Das allgemein erhöhte Infektionsrisiko durch die berufliche Tätigkeit der Klägerin ist nach alledem bedeutend geringer einzuschätzen als das nicht versicherte allgemeine Lebensrisiko in ihren Herkunftsländern.

Ein anderes Abwägungsergebnis folgt auch nicht aus dem von der Klägerin angeschuldigten Ereignis des Schnitts mit der Rasierklinge im Juni 2008. Dagegen, dass sich die Klägerin dabei mit HCV infiziert hätte, spricht zunächst, dass in zeitlichem Zusammenhang damit keinerlei Infektionszeichen festgestellt wurden. Eine Erhöhung des GPT-Wertes ist bereits – wie spätere Erhöhungen ebenfalls vereinzelt geblieben – im Februar 2008 aufgetreten. Zudem wird das Hepatitis C-Virus parenteral durch direkten Blut- oder Schleimhautkontakt übertragen, insbesondere durch Verletzungsereignisse, bei denen es zu erheblichem Blutaustausch kommt (vgl. BSG, Urteil vom 02. April 2009, Az. B 2 U 30/07 R, Rn. 31, m. w. N.). Deshalb werden im Gesundheitswesen Nadelstichverletzungen, insbesondere mit einer Hohlnadel als geeigneter Übertragungsweg angesehen, da dabei der Transfer relativ großer Mengen frischen Blutes möglich sei (BSG ebenda). Zu einem derartigen Kontakt mit frischen Körperflüssigkeiten ist es aber im Fall der Klägerin nicht gekommen. Hinzu kommt, dass nicht gesichert ist, dass die Rasierklinge überhaupt von der Person genutzt worden war, die an Hepatitis C erkrankt ist. Weiter spricht gegen einen Zusammenhang, dass der bei der Klägerin festgestellte Genotyp 1b des HCV nicht für Drogenpatient*innen typisch ist. Die gegen eine durch den Schnitt mit der Rasierklinge erfolgte Infektion sprechenden Umstände überwiegen danach bei weitem die – wenngleich nicht völlig auszuschließende – Möglichkeit, dass die Übertragung der Viren auf diesem Weg erfolgt ist.

Eine Infektion im Rahmen der versicherten beruflichen Tätigkeit kann nach alledem nicht mit der erforderlichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit festgestellt werden.

Die Klage war deshalb abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 SGG und folgt dem Ergebnis in der Sache.

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-11-13