

Anerkennung und Entschädigung einer Lungentuberkulose als Berufskrankheit;

hier: Rechtskräftiges Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Baden-Württemberg vom 20.3.2001 - L 10 U 1000/99 -

Eine Erkrankung an Lungentuberkulose ist dann wahrscheinlich auf berufliche Einflüsse zurückzuführen und somit als Berufskrankheit nach Nr. 3101 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung anzuerkennen, wenn eine Krankenschwester auf der Infektionsabteilung des Bereichs Innere Medizin eines Krankenhauses gearbeitet und dort einen an Tuberkulose erkrankten Patienten intensiv gepflegt hat.

LSG Baden-Württemberg Urt. v. 20. 3. 2001 - L 10 U 1000/99 -

[§ 551 Abs. 1 Satz 2 RVO; Nr. 3101 Anl. BKV]

I. Die Klägerin begehrt Anerkennung und Entschädigung einer (mittlerweile auskurierten) Lungentuberkulose als Berufskrankheit.

II. Die gemäß §§ 143, 144, 151 SGG statthafte und auch sonst zulässige Berufung der Klägerin, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat (§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG), ist begründet. Die Beklagte hat es zu Unrecht abgelehnt, die Tuberkuloseerkrankung der Klägerin als Berufskrankheit anzuerkennen und der Klägerin die gesetzlich vorgesehene Entschädigung zu leisten.

Der Anspruch, den die Klägerin geltend macht, richtet sich vorliegend (noch) nach § 551 RVO. Danach gilt als Arbeitsunfall auch eine Berufskrankheit, also eine Krankheit, die die Bundesregierung gemäß § 551 Abs. 1 Satz 2 RVO durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats (als Berufskrankheit) bezeichnet und die ein Versicherter bei einer der in den §§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO genannten Tätigkeiten - hier bei der Tätigkeit als Arbeitnehmer (§ 539 Abs. 1 Nr. 1 RVO) - erleidet. Gemäß § 551 Abs. 1 Satz 3 RVO darf die Bundesregierung solche Krankheiten als Berufskrankheiten bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Für Infektionskrankheiten, wie Lungentuberkulose, ist die Nr. 3101 der Anlage zur BKV maßgeblich, wobei vorliegend die BKV in der Fassung der Verordnung vom 18. 12. 1992 (BGBl. I S. 2343) anzuwenden ist, weil die Erkrankung der Klägerin in den zeitlichen Geltungsbereich dieser Verordnung fällt.

Fundstelle:

Breithaupt 6/2001, 529-534

Nach Nr. 3101 der Anlage zur BKV ist eine Infektionskrankheit Berufskrankheit, wenn der Versicherte (u. a.) im Gesundheitsdienst tätig ist. Für die Klägerin, eine Krankenschwester, trifft das unstreitig zu. Freilich steht damit zunächst nur fest, dass sie zum durch Nr. 3101 der Anlage zur BKV geschützten Personenkreis gehört. Auch im Recht der Berufskrankheiten gilt im Übrigen das die gesetzliche UV allgemein beherrschende Verursachungsprinzip. Wie bei einem Arbeitsunfall genießt die Klägerin deshalb nur dann den Schutz der gesetzlichen UV, wenn ein ursächlicher Zusammenhang zwischen ihrer Arbeit im Gesundheitsdienst als versicherter Tätigkeit und der zur Infektionskrankheit führenden Einwirkung (im Sinne des haftungsbegründenden Ursachenzusammenhangs) besteht (BSG Urt. v. 30. 5. 1988, NZA 1988, 823). Auch für das Beweismaß gelten die allgemeinen Grundsätze des Unfallversicherungsrechts. Es müssen also die anspruchsbegründenden Tatsachen, zu denen u. a. neben der versicherten Tätigkeit Dauer und Gewicht der schädigenden Einwirkung und die Krankheit gehören, erwiesen sein, während der Ursachenzusammenhang (bloß) wahrscheinlich zu sein braucht. Ob letzteres der Fall, ist, muss der Senat mit Hilfe einer wertenden Betrachtung aller Umstände des jeweiligen Einzelfalles feststellen. Wahrscheinliche Ursache ist diejenige (zunächst nur) mögliche Ursache, der nach sachgerechter Abwägung aller wesentlichen Umstände gegenüber jeder anderen möglichen Ursache ein deutliches Übergewicht zukommt; nach herrschender medizinisch-wissenschaftlicher Lehrmeinung muss mehr für als gegen sie sprechen (z. B. BSGE 45, 285 = Breith. 1978, 930) und ernstliche Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung

müssen ausscheiden. Die auf die berufliche Verursachung deutenden Faktoren müssen beim vernünftigen Abwägen aller Umstände so stark überwiegen, dass darauf die Entscheidung gestützt werden kann. Lässt sich eine Tatsache nicht beweisen, richtet sich die Entscheidung nach der objektiven Beweislast. Diese trägt derjenige, der einen Anspruch auf die unerweisliche Tatsache stützen will. Geht es – wie etwa beim haftungsbegründenden Ursachenzusammenhang – um anspruchsbegründende Tatsachen, ist das der Versicherte. Dabei bleibt es auch dann, wenn der notwendige Nachweis besondere Schwierigkeiten bereitet und nach Lage der Dinge womöglich kaum zu erbringen ist. Die Beweislast kehrt sich deshalb nicht etwa um. Freilich kann das Gericht bei der ihm aufgetragenen einzelfallbezogenen Beweiswürdigung Beweiserschwernisse angemessen berücksichtigen.

Geht es, wie hier, um die Anerkennung einer Infektionskrankheit als Berufskrankheit nach Nr. 3101 der Anlage zur BKV, gelten besondere Maßstäbe, die das BSG, dessen Rechtsprechung der Senat folgt, aus den dargestellten allgemeinen Grundsätzen entwickelt hat. Danach ist, wenn – wie im Fall der (Lungen)tuberkulose – eine Krankheit in Rede steht, die (unstreitig) die gesamte Bevölkerung bedroht und die man sich jederzeit auch im privaten Lebensbereich zuziehen kann, der ursächliche Zusammenhang zwischen versicherter Tätigkeit und Infektionskrankheit nur dann (im Rechtssinne) wahrscheinlich, wenn (durch Vollbeweis; vgl. etwa Nds. LSG, Urt. v. 26. 5. 1997, HVBG-Info 1997, 2387) nachgewiesen ist, dass der Versicherte bei der beruflichen Tätigkeit einer besonderen, über das normale Maß hinausgehenden Ansteckungsgefahr ausgesetzt war. Diese besondere Ansteckungsgefahr kann durch einen Patienten, einen Mitarbeiter oder auch auf andere Weise verursacht sein (vgl. BSG, Urt. v. 18. 11. 1997 – 2 RU 15/97 –; Urt. v. 28. 8. 1990, HV-Info 1990, 2141; auch Hess. LSG, Urt. v. 18. 3. 1998, HVBG-Info 1999, 1832 und LSG Berlin, Urt. v. 31. 8. 1989, – L 3 U 53/88 – jeweils m. w. N.). Notwendig ist grundsätzlich der Nachweis, dass der Versicherte in der Ansteckungszeit bei seiner beruflichen Tätigkeit unmittelbar oder mittelbar mit Personen, die die Krankheit übertragen können, in Berührung gekommen ist, wobei freilich eine bestimmte Ansteckungsquelle oder ein bestimmter Ansteckungsvorgang nicht festzustellen braucht (BSG, Urt. v. 30. 5. 1988, a. a. O.). Im Gesundheitsdienst Beschäftigten kann hierbei u. U. der Beweis des ersten Anscheins helfen (so Nds. LSG, Urt. v. 20. 12. 1978, Breith. 1979, 619). Ohne den Nachweis ansteckungsgefährlicher Kontakte ist für die Feststellung des haftungsberührenden Ursachenzusammenhangs bedeutsam, ob aus anderen Gründen, etwa der Eigenart der in Rede stehenden Tätigkeit oder der Stelle, an der sie ausgeübt wird, eine außergewöhnliche Ansteckungsgefahr folgt. Das kann etwa der Fall sein, wenn anzunehmen ist, dass jedenfalls regelmäßig ein gewisser Prozentsatz der Patienten unerkannt an Tuberkulose erkrankt ist (vgl. dazu LSG Berlin, Urt. v. 31. 8. 1989, a. a. O.).

Für die Bewertung der Ansteckungsgefahr sind schließlich die einschlägigen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse ausschlaggebend. Danach ist bei Tuberkuloseerkrankungen zwischen Primärinfektion (Erstinfektion), Reinfektion (Wiederinfektion), Superinfektion und Exacerbation zu unterscheiden. Für die Erstinfektion genügen wenige Bakterien und kurze Kontaktzeiten, wie etwa bei einem einmaligen Gespräch. Gleiches gilt für die Wiederinfektion, von der man spricht, wenn sich der Patient nach mehrjähriger krankheitsfreier Zeit und negativer Tuberkulinprobe erneut mit Tuberkelbakterien ansteckt. Im Unterschied zu Erst- und Wiederinfektion setzt die Superinfektion, worunter die Neuinfektion bei noch erhaltener Tuberkulin-Allergie zu verstehen ist, eine länger dauernde Exposition mit Gegebenheit für massive Keimaufnahme voraus; der Kontakt mit einem Patienten, bei dem Tuberkelbakterien nur kulturell oder unter Behandlung nur noch kulturell nachweisbar sind, genügt hierfür nicht. Exacerbation schließlich bedeutet das Wiederaufflackern einer alten Tuberkulose. Sie ist unabhängig von erneuter Infektionsgefährdung und gilt als schicksalmäßiger Ablauf (Mehrrens/Perlebach, Die Berufskrankheitenverordnung, M 3101, RdNr. 8.1 ff.; auch LSG Bad.-Württ., Urt. v. 3. 4. 1997, L 7 U 193/98, HVBG-Info 1997, 2737-2752).

Mit Blick auf die dargestellten rechtlichen und medizinisch-wissenschaftlichen Vorgaben hält der Senat dafür, dass die bei der Klägerin im Mai 1995 diagnostizierte Lungentuberkuloseerkrankung hinreichend wahrscheinlich auf ihrer Arbeit als Krankenschwester in der Infektionsstation des C.-Krankenhauses B. M. beruht. Der Senat gewinnt diese Erkenntnis aus dem Inbegriff aller den vorliegenden Einzelfall prägenden Umstände. Bei der ihm aufgetragenen Abwägung, auf Grund deren er festlegen muss, ob eine der in Betracht kommenden Verursachungsmöglichkeiten alle anderen deutlich

überwiegt, stützt sich der Senat maßgeblich auf die im Gerichtsverfahren erhobenen Gutachten des Prof. Dr. Sch. und des Dr. F. bzw. des Dr. v. H. Demgegenüber konnten sich die Einwendungen der Beklagten und ihrer beratender Ärztin nicht durchsetzen.

Der Beklagten dürfte allerdings beizupflichten sein, wenn sie für den haftungsbegründenden Ursachenzusammenhang nicht genügen lassen will, dass die Klägerin als Krankenschwester auf einer Infektionsstation gearbeitet hat. Das wird die Feststellung, die Klägerin sei in außergewöhnlichem Maße der Gefahr ausgesetzt gewesen, sich mit (Lungen)tuberkulose anzustecken, allein nicht tragen. Insoweit kann der Senat dem – ihn im Übrigen freilich überzeugenden – Gutachten des Dr. v. H. nicht uneingeschränkt folgen. Angesichts des allgemeinen Tuberkuloserückgangs ist es nämlich nicht (mehr) gerechtfertigt, die Beschäftigten im Gesundheitswesen ohne Weiteres für in besonderem Maße tuberkulosegefährdet zu halten. Eine besondere Ansteckungsgefahr kann man in Praxen und Infektionsabteilungen annehmen, in denen gehäuft Tuberkulosekranke behandelt werden. Fehlt es daran, muss die Ansteckungsgefahr gesondert nachgewiesen werden (Mehrtens/Perlebach, a. a. O., M 3101, RdNr. 8). Bei diesem Nachweis können die Beweisregeln, die das BSG für Hepatitisserkrankungen aufgestellt hat (dazu: BSG, Urt. v. 30. 5. 1988, a. a. O.; auch Urt. v. 11. 6. 1993, HV-Info 1993, 2155), nicht weiterhelfen, darüber sind sich die Beteiligten einig. Anders als bei Hepatitis, bei der ein hoher Prozentsatz der Erkrankungen – wie epidemiologisch-statistisch nachgewiesen ist – unerkannt und symptomlos, freilich gleichwohl ansteckend, verläuft, gibt es bei Tuberkulose ein vergleichbares Keimträgertum nicht; wer Tuberkulosebakterien ausscheidet, ist krank (näher: LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 3. 4. 1997, a. a. O.). Eine andere Einschätzung trägt auch die in der gutachterlichen Stellungnahme des Dr. v. H. vom 24. 7. 2000 mitgeteilte Erkenntnis nicht, dass in Deutschland vorwiegend ältere Menschen an Tuberkulose erkranken, bei denen man die Tuberkulose nicht immer erkennt, weshalb Sektionsstatistiken eine nicht unerhebliche Zahl unerkannter Alterstuberkulosen ausweisen. Damit allein ist eine außergewöhnliche Ansteckungsgefahr für die Klägerin nicht darzutun, ebensowenig wie mit dem allgemeinen Hinweis auf die „diagnostische Lücke“ zwischen der Aufnahme eines Patienten und der Tuberkulosediagnose. All das begründet für sich allein (immer noch) – nur – die (schlichte) Möglichkeit, dass sich die Klägerin ihre Tuberkuloseerkrankung bei der beruflichen Tätigkeit zugezogen haben könnte. Gäbe es sonst nichts, dürfte der Senat nicht sagen, dieser Möglichkeit komme gegenüber jeder anderen, insbesondere der Möglichkeit, die Klägerin könnte sich im privaten Lebensbereich angesteckt haben, ein deutliches Übergewicht zu. Hier gibt es indessen weitere Umstände, die in der Gesamtschau aller einschlägigen Gesichtspunkte der Möglichkeit beruflicher Verursachung ein so starkes Übergewicht geben, dass das Merkmal hinreichender (Verursachungs)wahrscheinlichkeit ausgefüllt ist. In diesem Zusammenhang ist die Anerkennung des Dr. v. H. in seiner Stellungnahme vom 24. 7. 2000 durchaus berechtigt, bei Tuberkulose gehe es ganz allgemein um recht „Unwahrscheinliches“; jeder Erkrankungsfall, sei es innerhalb eines Krankenhauses, sei es außerhalb, stelle sich als seltenes und an sich unwahrscheinliche Ereignis dar. Man darf bei der Klärung der Frage, ob es für das als solches unwahrscheinliche Ereignis einer Tuberkuloseerkrankung nur mehr oder weniger gleichgewichtige „schlichte“ (Verursachungs)möglichkeiten oder aber eine sich zur im Rechtssinne hinreichenden Wahrscheinlichkeit verdichtende, in ihrem Gewicht die anderen deutlich überwiegende „qualifizierte“ (Verursachungs)möglichkeit gibt, keine überspitzten Anforderungen stellen und sich erst recht nicht unterschwellig vom Beweismaß „hinreichender Wahrscheinlichkeit“ entfernen und auf das für den haftungsbegründenden Ursachenzusammenhang gerade nicht erforderliche Beweismaß des Vollbeweises zubewegen.

So ist vorliegend im Ausgangspunkt zu bedenken, dass die zuvor offenbar gesunde Klägerin nach den insoweit unbestrittenen Erkenntnissen des Dr. v. H. in dessen Gutachten vom 20. 10. 1999 zeitgleich mit der Aufnahme ihrer Arbeit als Krankenschwester an Tuberkulose erkrankte (zu diesem Gesichtspunkt auch BSG, Urt. v. 18. 11. 1997, MedR 1999, 45). Zudem war sie zwar nicht in einer schwerpunktmäßig Tuberkulosepatienten versorgenden Abteilung, aber doch immerhin auf einer Infektionsstation tätig. Dort herrscht jedenfalls ein – verglichen mit dem privaten Lebensbereich – tendenziell erhöhtes Infektionsrisiko; auch der Kontakt mit Tuberkuloseerregern im Besonderen ist dort – mag man auch nicht von einem außergewöhnlich höheren Risiko im oben beschriebenen Sinne sprechen – jedenfalls im Ansatz wahrscheinlicher als im privaten Lebensbereich, zumal vorliegend nichts ersichtlich ist, was hier eine vergleichbare Risikoerhöhung mit sich brächte.

Die Klägerin hatte auch nachweislich Kontakt mit Tuberkulosepatienten, wobei die Betreuung des Patienten W. Z. besonders schwer wiegt. Die Klägerin hat W. Z. in der Zeit von August bis November 1994 pflegerisch betreut. Der Patient war auch im Grundsatz ansteckungsfähig erkrankt. Daran ändert es nichts, dass man bei ihm Tuberkelbakterien nur kulturell in Magensaft und Sputum nachweisen konnte. Das vermindert zwar die Ansteckungsgefahr erheblich, beseitigt sie indessen nicht. Insoweit führt es für die Gewichtung der (Verursachungs)möglichkeiten, die der Senat vornehmen muss, nicht viel weiter, dass die WHO solche Patienten als seuchenhygienisch irrelevant einstuft. Diese (im Übrigen offenbar auch vereinfachende) Einschätzung bezieht sich auf eine andere Fragestellung. Hier geht es nicht um seuchenhygienische Risikobewertungen, sondern um den haftungsbegründenden Ursachenzusammenhang zwischen Berufstätigkeit und Tuberkuloseerkrankung in einem Einzelfall. Ebenso wenig verfährt es, wenn die Beklagte bzw. ihre beratende Ärztin die Gefährdung (gemeint ist wohl der im Gesundheitsdienst Beschäftigten) durch Erkrankte mit nur kulturell nachweisbarer Bakterienausscheidung für „nicht wesentlich höher als die der nichtexponierten Bevölkerung“ hält; jedenfalls ist sie auch nach dieser Bewertung „höher“.

Die im Kontakt mit dem Patienten W. Z. begründete Ansteckungsgefahr erhält zusätzliches Gewicht durch die Intensität des Betreuungskontakts und dessen zeitliche Dauer, zumal bei noch nicht gestellter Diagnose (in der „diagnostischen Lücke“). Denn die Klägerin hatte offenbar sehr intensiven pflegerischen Umgang mit dem Patienten, was sich nicht zuletzt durch dessen hohes Alter (Geburtsjahrgang 1909) erklärt. Die Betreuung erstreckte sich über einen längeren Zeitraum, nämlich von August bis November 1994. Die „diagnostische Lücke“ war außerdem sehr breit, nachdem W. Z. im August 1994 eingeliefert worden war, seine Tuberkulosekrankheit, wie Prof. Dr. Sch. und Dr. F. im Gutachten vom 3. 4. 1998 ausgeführt haben, jedoch bis Oktober nicht eindeutig bekannt war. (Schon) deshalb besagt es wenig, dass – so die Beklagte – die geringe Keimausschreibung unter Chemotherapie rasch sistiere und die Klägerin keineswegs während der gesamten Kontaktzeit infektionsgefährdet gewesen sei. Mit Dr. v. H. hält der Senat schließlich dafür, der Frage, ob die akute Tuberkulose vom Mai 1995 eine Superinfektion war oder die Aktivierung des später festgestellten subklinisch schwelenden Tuberkuloseprozesses, bei der Gesamtbewertung aller Umstände des vorliegenden Falles keine ausschlaggebende Bedeutung beizumessen. Für den Senat ist auch, ungeachtet der Einwendungen der Beklagten, die Einschätzung des Prof. Dr. Sch. und des Dr. F. (im Gutachten vom 3. 4. 1998) überzeugend, alles in allem sei der zeitliche Zusammenhang zwischen Tuberkulosekontakt und Krankheitsausbruch schlüssig. Nicht weiter klärbare Spekulationen über die Bronchitiden der Klägerin seit September 1993 führen hier nicht weiter.

Schließlich gab es eine weitere, an ansteckungsfähiger Tuberkulose leidende Patientin (E. W.), die im C.-Krankenhaus zwischen April 1993 und März 1994, behandelt worden war. Als nachgewiesene Kontaktperson kommt sie zwar nicht in Frage: gleichwohl hat sie – worauf Dr. v. H. in seiner Stellungnahme vom 24. 7. 2000 verwiesen hat – zum allgemeinen Risikopotential in der Arbeitsstätte der Klägerin immerhin beigetragen.

Nimmt man alles zusammen, so ist sicher nicht erwiesen, dass die Klägerin sich im Krankenhaus und dort bei dem Patienten W. Z. oder der Patientin E. W. mit Tuberkulose angesteckt hat. Das ist aber wegen des für die Feststellung des haftungsbegründenden Ursachenzusammenhangs ausreichenden Beweismaßes (bloß) „hinreichender Wahrscheinlichkeit“ auch nicht notwendig. Sicherlich bleibt, was der Senat nicht verkennt, ein Rest an Zweifeln, die die Beklagte und deren beratende Ärztin deutlich gemacht haben. Dieser wiegt jedoch nicht schwer genug, um den für die Möglichkeit beruflicher Verursachung der Tuberkulosekrankheit sprechenden Gründen das deutliche Übergewicht zu nehmen.

Ist die Beklagte damit dem Grunde nach verpflichtet, die Klägerin wegen der Folgen ihrer Tuberkuloseerkrankung zu entschädigen, so richten sich Art und Umfang der gesetzlichen Leistungen nach den §§ 560 ff. bzw. 580 ff. RVO. Hierüber herrscht kein Streit. Die Beklagte wird der Festsetzung der Entschädigungsleistungen die nachvollziehbare und überzeugende Einschätzung des Dr. v. H. im Gutachten vom 20. 10. 1999 zugrundelegen, wonach die Erwerbsfähigkeit der Klägerin während der ersten sechs Behandlungsmonate (bis November 1995) um 100 v.H., sodann bis Behandlungsende im Februar 1996 um 30 v.H. und seitdem um unter 10 v.H. – also nicht mehr rentenberechtigend. (§ 581 Abs. 1 Nr. 2 RVO) – gemindert war.