

L 17 U 145/05

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
17
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 6 U 244/00
Datum
14.04.2005
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 17 U 145/05
Datum
15.12.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 14. April 2005 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Streitig ist, ob eine Hepatitis als Berufskrankheit (BK) nach Nr. 3101 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) anzuerkennen und zu entschädigen ist.

Der 1934 geborene, 1997 aus dem Erwerbsleben ausgeschiedene Kläger ist von Beruf Diplom-Ingenieur. Er war von Januar 1983 bis Februar 1988 und von März 1991 bis Dezember 1992 für die Firma U GmbH in E als Projektmanager in Ägypten tätig. Am 29.01.1984 wurde er im N-Krankenhaus in Kairo wegen einer Magenperforation behandelt, wo eine Teilresektion des Magens wegen eines Adenokarzinoms vorgenommen wurde. Die Operation war mit einer Bluttransfusion verbunden. Nach seiner Rückkehr nach Deutschland empfahl Prof. Dr. C, Radiologisches Zentrum der Gesamthochschule F, eine Nachoperation mit Totalresektion des Magens. Der operative Eingriff wurde am 01.03.1984 in der Chirurgischen Klinik der Universität N durch Prof. Dr. L durchgeführt. Der Eingriff bestand in einer Totalmagenresektion mit Milzexstirpation und Ausräumung der Lymphknoten. Dabei wurde eine Substitution von Erythrozytenkonzentraten vorgenommen. Am 18.08.1987 wurde in Kairo bei einer transluminalen Arteriographie ein Verschluss der rechten Arteria poplitea diagnostiziert. Vom 24.08. bis 14.09.1987 wurde der Kläger in der Abteilung für Gefäßchirurgie (Direktor Prof. Dr. T) der Chirurgischen Klinik der Universität E behandelt. Dort wurde am 27.08.1987 ein aorto-femoraler und ein femorotibialer Bypass rechts gelegt und am 02. und 09.09.1987 ein Verschluss persistierender Fisteln vorgenommen. Die mehrfachen Operationen erforderten Übertragungen von Blut- und Blutbestandteilen. Am 28.08.1992 stellte sich der Kläger bei dem Gastroenterologen Dr. B vor, der eine Cholecystolithiasis mit dringendem Verdacht auf ein Gallenblasenempyem diagnostizierte und eine sofortige Einweisung in das Krankenhaus H veranlasste. Dort wurde die Diagnose "gedeckt perforierte gangränöse und eitrige Cholezystitis mit Verbackung im Bereich des Ligamentum hepato-duodenale" diagnostiziert und eine Entfernung der Gallenblase vorgenommen (Entlassungsbericht von Chefarzt Prof. Dr. V vom 17.09.1992). Die vor der stationären Aufnahme noch von Dr. B veranlasste Virusserologie ergab den dringenden Verdacht auf eine chronische Hepatitis B und den Verdacht auf eine chronisch aktive Hepatitis C. Weitere Untersuchungen zur Abklärung der Lebersituation in der Universitätsklinik E bestätigten den Verdacht auf eine chronisch aktive, replikative Hepatitis B, während eine replikative Hepatitis C ausgeschlossen wurde.

Im März 1993 zeigte die damalige Arbeitgeberin des Klägers unter Hinweis auf eine Bescheinigung des Dr. B der Beklagten den Verdacht auf eine berufsbedingte Erkrankung an. Eine entsprechende BK-Anzeige ging im April 1993 bei der Beklagten ein und Dr. B erstattete am 30.03.1993 einen ausführlichen Behandlungs- und Befundbericht. Er sprach sich darin dafür aus, dass die chronische Lebererkrankung des Klägers mit seinem beruflichen Aufenthalt in Ägypten zusammenhängen könne, denn dieser sei dort 1984 operativ behandelt worden. Die Beklagte zog im Rahmen des Feststellungsverfahrens Arbeitgeberauskünfte und die Erkrankungsverzeichnisse der Continentale Krankenversicherungs AG und der Techniker Krankenkasse bei. In einer Stellungnahme vom 30.07.1993 kam der Technische Aufsichtsdienst (TAD) der Beklagten zu dem Ergebnis, der Kläger sei während der Auslandsaufenthalte in Ägypten aufgrund der dortigen schlechteren hygienischen und sanitären Verhältnisse einem erhöhten Infektionsrisiko durch Hepatitisreger ausgesetzt gewesen. Auf Veranlassung des Staatlichen Gewerbeamtes erstattete der Internist Dr. D in E am 19.11.1993 ein Gutachten. Er kam darin in Unkenntnis der Krankenunterlagen über die Operationen des Klägers in Kairo und N (1984) und E (1987) zusammenfassend zu dem Ergebnis, Ursache der Hepatitis B- und C-Erkrankung des Klägers sei eine bluttransfusionsbedingte Inokulation der Viren gewesen. Während das Risiko in Deutschland im Rahmen einer operativen Behandlung wegen eines schicksalsmäßigen Leidens an einer Hepatitis B oder C zu erkranken

gering sei, sei eine Bluttransfusion in Ägypten aus gleichem Anlass mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko verbunden. Im Hinblick darauf, dass die in Kairo 1984 durchgeführten Bluttransfusionen aus einem nicht überwachten Spenderpool erfolgt seien, habe ein besonders hohes Risiko für eine Übertragung bestanden. Die bk-bedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sei mit 40 v.H. einzuschätzen. Dieser Zusammenhangsbeurteilung schloss sich für den Staatlichen Gewerbearzt Dr. S in einer Stellungnahme vom 12.01.1994 an.

Nach Beiziehung der Berichte von Prof. Dr. T1, Direktor des Medizinischen Instituts für Umwelthygiene der Universität E, über die Tropentauglichkeitsuntersuchungen des Klägers vom 05.03.1991 und 12.02.1993 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 23.03.1994 die Gewährung von Entschädigungsleistungen wegen der streitigen BK ab. Sie begründete dies damit, zwar sei nach den medizinischen Ermittlungen die Lebererkrankung wahrscheinlich durch die Bluttransfusion in Ägypten verursacht worden, jedoch habe die damalige operative Behandlung einem schicksalhaften Leiden gedient und mit der beruflichen Tätigkeit in keinem wesentlichen Zusammenhang gestanden. Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 10.08.1994 als unbegründet zurück.

Dagegen hat der Kläger am 07.09.1994 vor dem Sozialgericht (SG) Düsseldorf Klage erhoben und vorgetragen, im Gegensatz zur Auffassung der Beklagten sei die Infektion auf seine berufliche Tätigkeit zurückzuführen, denn er habe sich in Ausübung seiner Erwerbstätigkeit im Auftrag des Arbeitgebers in Ägypten aufgehalten, wo das Risiko an einer Hepatitis B zu erkranken, wesentlich höher sei als in Mitteleuropa. Im Übrigen habe es sich bei der Infektion durch die Blutkonserve auch um einen entschädigungspflichtigen Arbeitsunfall gehandelt. Auch darüber sei von der Beklagten eine Verwaltungsentscheidung herbeizuführen. Mit Bescheid vom 14.12.1994 lehnte die Beklagte daraufhin auch die Anerkennung eines Arbeitsunfalls ab.

Durch Urteil vom 21.05.1996 wurde die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 23.03.1994 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 10.08.1994 unter Abweisung der Klage im Übrigen verurteilt, das Vorliegen einer BK 3101 abzuerkennen und Verletztenrente ab August 1992 nach einer MdE um 40 v. H. zu gewähren.

Im anschließenden Berufungsverfahren L 15 U 164/96 machte die Beklagte geltend, der Kläger habe - im Gegensatz zur Auffassung des SG - den Gesundheitsschaden nicht in Ausübung einer versicherten Tätigkeit erlitten. Die operative Behandlung eines schicksalhaften Leidens im Ausland, in dem sich der versicherte aus beruflichen Gründen aufgehalten habe, löse nicht zwangsläufig Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung aus.

Das Berufungsgericht hat von der Universität N die Behandlungsunterlagen über den stationären Aufenthalt des Klägers im Jahre 1984, von der Universität E die Krankenakte über die Behandlung des Klägers im Jahre 1987 sowie einen Bericht des Werksarztes Dr. F vom 21.10.1996 beigezogen. Nachdem der Kläger in einem Erörterungstermin vom 15.04.1997 Einzelheiten der beruflichen Tätigkeiten und der Lebensumstände in Ägypten geschildert hatte, hat das LSG Beweis erhoben durch die Einholung eines Gutachtens von Prof. Dr. E, Leiter der Klinischen Abteilung des Tropeninstitutes I. Dieser ist im Gutachten vom 09.06./15.11.1998 zusammenfassend zu dem Ergebnis gelangt, es sei davon auszugehen, dass der Kläger eine Hepatitis A, eine Hepatitis B und eine Hepatitis C durchgemacht habe. Die Hepatitis A sei ausgeheilt und habe keine Residuen hinterlassen. Es sei davon auszugehen, dass der Kläger diese Infektion im Kindesalter durchgemacht habe und deswegen ein entsprechender Immunstatus bestehe. Zum Zeitpunkt der Gefäßoperation in der Universitätsklinik E am 27.08.1987 hätten keine Hinweise auf eine akute oder chronische Hepatitis B bestanden. Weder sei ein HBs-Antigen noch ein Anti-HBs oder Anti-HBc nachweisbar gewesen. Erhöhte Leberwerte seien erst später festgestellt worden. Die damals erhobenen Laborbefunde schlossen es aus, dass die Hepatitis B-Infektion ursächlich auf die Magenoperation in Ägypten bzw. die nachfolgende Operation in N im Jahre 1984 zurückzuführen sei. Dass die Hepatitis B und die Hepatitis C durch die diagnostischen Untersuchungen in Ägypten am 18.08.1987 erworben worden seien, müsse als unwahrscheinlich angesehen werden. Die Wahrscheinlichkeit spreche daher dafür, dass die Infektion mit Hepatitis B und Hepatitis C durch die große Anzahl der verwendeten Frischplasmen während der Gefäßoperation in E verursacht worden sei. Eine Antikörperbestimmung gegen Hepatitis C habe damals noch nicht erfolgen können, so dass es wahrscheinlich sei, dass die Plasmen auch mit Hepatitis C verseucht worden seien. Auch die Übertragung der Hepatitis B durch Frischplasma sei durchaus denkbar, wenn bei dem Spender noch kein Antigen oder Antikörper mit dem üblichen Nachweisverfahren feststellbar gewesen sei. Die Hepatitis B habe einen chronischen Verlauf genommen, wobei jetzt eine HBe-Antigen-Negativierung nachgewiesen sei und eine Konversion mit Anti-HBe-Antikörpern bei gleichzeitig relativ niedriger Viruslast vorliege. Die Leberenzyme seien normalisiert. Schon 1993 sei auf Grund einer histologischen und mikroskopischen Diagnose eine chronisch aktive Hepatitis bzw. eine chronisch verlaufende Hepatitis B nicht nachweisbar gewesen. Eine chronische Hepatitis C liege - entgegen dem Vorgutachter Dr. D - nicht vor. Soweit dieser und ihm folgend der Staatliche Gewerbearzt davon ausgegangen seien, dass die Erkrankungen auf eine in Ägypten erworbene Infektion zurückzuführen sei, könne dieser Beurteilung nicht gefolgt werden, weil die Krankenunterlagen über die Behandlung in der Abteilung für Gefäßchirurgie der Universität E von 1987 überhaupt nicht bekannt gewesen seien. Im Gegensatz zu Dr. D könne auch nicht von einer relevanten MdE in Bezug auf die Hepatitis C ausgegangen werden.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 18.05.1999 nahm die Beklagte auf Anregung des 15. Senats, der sowohl in haftungsbegründender als auch in haftungsausfüllender Hinsicht weiteren Aufklärungsbedarf sah, die angefochtenen Bescheide zurück und verpflichtete sich, die geltend gemachten Entschädigungsansprüche des Klägers wegen einer BK Nr. 3101 erneut zu prüfen und zu bescheiden.

Die Beklagte holte daraufhin weitere Auskünfte der früheren Arbeitgeberin des Klägers ein und zog eine Stellungnahme von Dr. L1, Chefarzt der Tropenklinik Q-Krankenhaus in U bei. Darin führte dieser am 09.12.1999 aus, das Infektionsrisiko für eine Hepatitis B und C sei in Ägypten höher als in der Bundesrepublik. Dies gelte auch für medizinische Eingriffe einschließlich Injektionen und insbesondere auch für das Jahr 1984. Prof. Dr. C1, Chefarzt der Medizinischen Klinik des F-Krankenhauses F, kam im Zusammenhangsgutachten nach Aktenlage vom 06.03.2000 zur gleichen Zusammenhangsbeurteilung wie zuvor Prof. Dr. E. Er wies darauf hin, dass eine Infektion im Rahmen der Notfalloperation in Kairo 1984 ausgeschlossen werden könne, weil bei der stationären Behandlung in der Universitätsklinik E 1987 keine positive Hepatitis B-Serologie nachweisbar gewesen sei. In Bezug auf den weiteren beruflichen Aufenthalt des Klägers in Ägypten von März 1991 bis Dezember 1992 sei darauf hinzuweisen, dass schon bei der vorangegangenen Tropentauglichkeitsuntersuchung vom 05.03.1991 eine Transaminasenerhöhung festgestellt worden sei, weshalb der Infektionszeitpunkt vor dem März 1991 gelegen haben müsse.

Gestützt auf diese Feststellungen lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 08.05.2000, bestätigt durch Widerspruchsbescheid vom 23.10.2000, erneut die Gewährung von Entschädigungsleistungen mit der Begründung ab, eine BK nach Nr. 3101 liege beim Kläger nicht

vor.

Dagegen hat der Kläger am 24.11.2000 Klage vor dem SG Düsseldorf erhoben und geltend gemacht, die medizinischen und sanitären Verhältnisse in Ägypten seien katastrophal gewesen und es könne nicht hingenommen werden, wenn durch Sachverständige und Gutachter nunmehr die Infektion nach Deutschland verlegt werde. Das Gutachten von Dr. D, der zu einer bk-bedingten MdE von 40 v. H. gekommen sei, sei voll plausibel.

Mit Urteil vom 14.04.2005, auf dessen Entscheidungsgründe verwiesen wird, hat das SG die Klage abgewiesen.

Gegen das ihm am 06.06.2005 zugestellte Urteil hat der Kläger am 04.07.2005 Berufung eingelegt. Er wiederholt sein früheres Vorbringen, verweist darauf, dass auf Grund der weiteren Ermittlungen der Beklagten fest stehe, dass das Infektionsrisiko mit einer Hepatitis B und C in Ägypten außerordentlich hoch sei und meint, es sei nicht hinreichend berücksichtigt worden, dass im August 1987 eine Angiographie in Kairo durchgeführt worden sei bei der auch eine Infektion habe erfolgen können. Im Übrigen sei es nicht verantwortbar, die medizinischen und hygienischen Verhältnisse in Kairo mit denen in E zu vergleichen.

Der Kläger beantragt schriftsätzlich sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 14.04.2005 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 08.05.2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 23.10.2000 zu verurteilen, die bei ihm festgestellte Hepatitis B und C-Erkrankung als BK 3101 der Anlage zur BKV zu entschädigen, insbesondere durch Gewährung von Verletztenrente, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte, die dem angefochtenen Urteil beipflichtet, beantragt schriftsätzlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte verwiesen. Die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Vorprozessakten lagen vor und waren Gegenstand der Beratung.

II.

Die Berufsrichter sind übereinstimmend zu dem Ergebnis gelangt, dass die zulässige Berufung offensichtlich unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht erforderlich ist. Sie haben sie daher - nachdem die Beteiligten unter dem 12.09.2005 auf diese Verfahrensweise hingewiesen worden sind - durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) zurückgewiesen.

Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen, denn der angefochtene Verwaltungsakt ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Gewährung von Entschädigungsleistungen, denn seine Hepatitiserkrankung stellt keine BK nach Nr. 3101 der Anlage zur BKV dar.

Der Entschädigungsanspruch des Klägers richtet sich noch nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO), da der Entschädigungsantrag vor dem Inkrafttreten des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung - (SGB VII) gestellt worden ist und die Beklagte über diesen Antrag bereits nach Maßgabe der RVO entschieden hat ([§§ 212, 214 SGB VII](#); Artikel 36 Unfallversicherungs-Einordnungsgesetz [UVEG]). Nach Eintritt eines Arbeitsunfalls gewährt der Träger der Unfallversicherung nach § 547 RVO u. a. Verletztenrente (§§ 580, 581 RVO). Als Arbeitsunfall gilt nach § 551 Abs. 1 Satz 1 RVO auch eine BK. Berufskrankheiten sind Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bezeichnet hat und die ein Versicherter bei einer der in den §§ 539, 540 und 543 bis 545 genannten Tätigkeiten erleidet (§ 551 Abs. 1 Satz 2 RVO). Die hier allein streitige BK 3101 erfasst 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.

Die Feststellung einer BK setzt voraus, dass der Versicherte im Rahmen der versicherten Tätigkeit schädigenden Einwirkungen im Sinne der BK ausgesetzt gewesen ist, die geeignet sind, einen entsprechenden Gesundheitsschaden zu bewirken. Dabei müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich ihrer Art und ihres Ausmaßes (sogenannte arbeitstechnische Voraussetzungen) mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bewiesen sein (BSG SozR 2200 § 548 Nr. 84; BSG [SozR 1500 § 128 Nr. 34](#); BSG SozR 3 - 5670 Anlage 1 Nr. 2108 Nr. 2; Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung [Handkommentar], [§ 9 SGB VII](#) Rdnr. 3; Mehrtens/Perlebach, Die Berufskrankheiten-Verordnung [Kommentar], E [§ 9 SGB VII](#) Rdnr. 14). Der ursächliche Zusammenhang zwischen versicherter Tätigkeit und Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie zwischen Einwirkung und Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) beurteilt sich nach der unfallrechtlichen Kausalitätslehre von der wesentlichen Bedingung. Danach sind nur die Bedingungen (mit-Jursächlich, die wegen ihrer besonderen Bedeutung für den Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (BSG, a. a. O.)). Die haftungsbegründende und die haftungsausfüllende Kausalität müssen nicht nur möglich, sondern hinreichend wahrscheinlich sein (BSG SozR 2200 § 581 Nr. 38; SozR 2200 § 541 Nr. 1; Mehrtens/Perlebach, a. a. O. Rdnr. 26). Dieser Zusammenhang ist unter Zugrundelegung der herrschenden arbeitsmedizinischen Lehrauffassung, die bei der Beurteilung maßgebend ist (vgl. BSG Urteil vom 20.09.1977 = Meso 30/51 und Urteil vom 12.11.1986 - 9 b RU 76/86 -; Krasney/Udsching, Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens, 4. Auflage 2005, Abschnitt III Rdnr. 47, 57) erst dann gegeben, wenn mehr für als gegen den Zusammenhang spricht und ernste Zweifel an einer anderen Verursachung ausscheiden ([BSGE 32, 203, 209](#); [43, 110, 113](#); BSG [SozR 3-1300 § 48 Nr. 67](#)).

Dass die Hepatitis B- bzw. C-Infektion zu einem von der BK 3101 erfassten Krankheitsbild gehört, bedarf keiner weiteren Darlegung (vgl. Abschnitt III 1, des zu dieser BK vom Bundesminister für Arbeit herausgegebenen Merkblatts für die ärztliche Untersuchung, abgedruckt bei Mehrtens/Perlebach, a. a. O. M 3101 Seite 1 ff.). Der Kläger gehört auch zu dem von der BK erfassten Personenkreis, auch wenn er nicht im Gesundheitsdienst, der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig war. Er war - was die Beklagte auch anerkannt hat und zwischen den Beteiligten unstrittig ist - während der beruflich bedingten Aufenthalte in Ägypten von Januar 1983 bis Februar 1988 und von März 1991 bis Dezember 1992 durch seine Tätigkeit "der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt". Das Risiko, an einer Hepatitis B oder C zu erkranken ist - wie die Beweisaufnahme insbesondere durch die gutachterliche Stellungnahme von Dr. L1 ergeben hat - für die genannten Zeiträume in Ägypten mindestens vergleichbar mit dem Risiko einer in der Bundesrepublik ausgeübten Tätigkeit im

Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege bzw. einem Laboratorium. Nach den Darlegungen des vorgenannten Arztes liegt beispielsweise die Hepatitis B-Prävalenz in Deutschland bei ca. 1,5 %, in Ägypten bei ca. 24 - 55 % und die Hepatitis C-Prävalenz in Deutschland bei 0,12 %, während sie in Ägypten bei 18,1 % liegt. Daraus folgt - wie Dr. L1 weiter ausgeführt hat -, dass das Infektionsrisiko bei medizinischen Eingriffen insbesondere vor der Zeit der Einführung der Einmalspritzen ab 1986 außerordentlich hoch war. Im Gegensatz zur Auffassung der Beklagten kann insoweit nicht entscheidend darauf abgestellt werden, ob sich die Infektion durch einen Arbeitsunfall bzw. in unmittelbarem Zusammenhang mit der Ausübung der versicherten Tätigkeit ereignet hat oder nicht. Es ist nämlich anerkannt, dass die erhöhte Ansteckungsgefahr auch in den klimatischen, hygienischen, sozialen und sonstigen Verhältnissen des Tätigkeitsortes begründet sein kann, an dem der Versicherte arbeiten und seine Freizeit verbringen muss (so in Bezug auf eine Hepatitis A-Infektion bei einem Piloten: BSG, Urteil vom 26.01.1982 - [2 RU 77/80](#) - = USK 8282 und bei einem Flugbegleiter: BSG, Urteil vom 26.01.1983 - 9 b/8/8 a [RU 76/80](#) -; vgl. ferner Mehrtens/Perlebach, a. a. O. Rdnr. 6.5). Auch wenn der Infektionsweg der Hepatitis B- bzw. C-Infektion ein anderer ist als bei der Hepatitis A, ist dies nach Auffassung des Senats kein Grund, von der zur Hepatitis A ergangenen Rechtsprechung des BSG in Bezug auf die vergleichbare Gefährdung von Versicherten bei Entsendungen und Tätigkeiten im Ausland abzuweichen.

Von diesen rechtlichen Voraussetzungen ausgehend, kann daher hier grundsätzlich im Hinblick auf die im Januar 1984 erfolgte Operation des Klägers in Ägypten, wo auch die Bluttransfusionen vorgenommen wurden, die haftungsbegründende Kausalität mit einer entsprechenden Gefährdung angenommen werden. Indes fehlt es am Nachweis der haftungsausfüllenden Kausalität. Es ist nämlich nach dem Ergebnis der medizinischen Ermittlungen im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren nicht wahrscheinlich gemacht, dass damals tatsächlich eine Infektion des Klägers mit Hepatitis B bzw. C-Viren erfolgte. Der Senat stützt sich insoweit - wie das SG - zum einen auf das im Vorprozess eingeholte umfangreiche eingehend und wissenschaftlich begründete Gutachten des SV Prof. Dr. E. Dieser hat darin überzeugend nachgewiesen, dass eine Hepatitis B-Infektion in Ägypten im Jahre 1984 auszuschließen und eine Hepatitis-C-Infektion jedenfalls unwahrscheinlich ist. Zum gleichen Ergebnis ist der zuletzt von der Beklagten gehörte Gutachter Prof. Dr. C1 gelangt. Sein Aktengutachten entspricht in Form und Inhalt den Anforderungen, die an ein wissenschaftlich begründetes Sachverständigengutachten zu stellen sind. Dass es von der Beklagten im Rahmen ihrer Amtsermittlungspflicht (§§ 20, 21 des Zehnten Sozialgesetzbuches - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz [SGB X]) eingeholt worden ist, macht es nicht zu einem Parteigutachten (BSG SozR [§ 118 SGG Nr. 3](#); Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG 8. Auflage, § 118 Rdnr. 12 b). Ein solches Gutachten kann im Wege des Urkundsbeweises verwertet werden und - wenn es überzeugend begründet ist wie hier - nach der Rechtsprechung des BSG gegebenenfalls auch alleinige medizinische Grundlage der gerichtlichen Entscheidung sein (BSG SozR [§ 128 SGG Nr. 66](#); BSG Urteil vom 08.12.1988 = Meso B 40/39; Urteil vom 06.08.1989 = USK 8999; Meyer-Ladewig u. a., a. a. O.; Krasney/Udsching, a. a. O. Rdnrn. 48, 50). Soweit demgegenüber der im ersten Feststellungsverfahren gehörte Internist Dr. D 1993 zu einer anderen Beurteilung der Zusammenhangsfrage gelangt ist, ist er durch die später angestellten medizinischen Ermittlungen und die Gutachten des SV Prof. Dr. E und des Prof. Dr. C1 zuverlässig widerlegt worden. Das Gutachten vom 19.11.1993 ist - was der Kläger verkennt - zum Nachweis einer BK 3101 schon deshalb gänzlich ungeeignet, weil es auf einer völlig unzureichenden medizinischen Beweisgrundlage erstattet worden ist. Dr. D waren nämlich weder die medizinischen Unterlagen des Klägers über die 1984 in der Universität N erfolgte Magenresektion mit Milzexstirpation und Ausräumung der Lymphknoten noch die über die im September 1987 durchgeführte Gefäßoperation in der Universität E bekannt. Bei beiden Operationen waren ebenfalls Bluttransfusionen erforderlich und es wurden verschiedene aufbereitete Frischblutplasmen verabreicht. Unbekannt waren dem Gutachter schließlich auch die Untersuchungsbefunde des Prof. Dr. T1 in den Berichten über die Tropentauglichkeitsuntersuchungen des Klägers vom 28.03.1991 und 24.02.1993. Wären diese - zum größten Teil erst im vorangegangenen Berufungsverfahren beigezogenen - medizinischen Befundunterlagen des Klägers Dr. D bekannt gewesen, hätte er erkennen müssen, dass noch im August 1987 vor der Gefäßoperation in E weder eine akute noch eine chronische Hepatitis B vorgelegen hat und die Leberenzymwerte nicht erhöht waren. Dies schließt eine im Januar 1984 in Kairo erfolgte Infektion zweifelsfrei aus, wie der SV Prof. Dr. E und der Gutachter Prof. Dr. C1 übereinstimmend nachgewiesen haben. Da die Hepatitis B-Infektion überwiegend parenteral durch Blut (bzw. Plasma, Serum, Erythrozytenkonzentrate) erfolgt und der Kläger einer besonderen Risikogruppe (vgl. dazu Mehrtens/Perlebach, a. a. O. Anm. 10) nicht zugehört, spricht alles dafür, dass die Übertragung im Zusammenhang mit der gefäßchirurgischen Operation 1987 erfolgt ist, bei der es mehrfach zur Gabe von Blut- und Blutbestandteilprodukten gekommen ist. Auch der Umstand, dass bei der Tropentauglichkeitsuntersuchung durch Prof. Dr. T1 im März 1991 eine Transaminasenerhöhung dokumentiert wurde, weist in diese Richtung. Daraus folgt zugleich, dass eine Infektion während des weiteren beruflichen Aufenthalts des Klägers in Ägypten von März 1991 bis Dezember 1992 auszuschließen ist, wie Prof. Dr. C1 einleuchtend dargelegt hat. Was den Zustand nach folgenlos durchgemachter Hepatitis A und C anlangt, besteht zwischen dem vorgenannten Gutachter und Prof. Dr. E ebenfalls Einigkeit, dass dem medizinisch keine Relevanz zukommt. Zwar ist eine Hepatitis C-Infektion im Februar 1984 in Ägypten denkbar, weil bei der am 27.08.1987 in E durchgeführten Hepatitisdiagnostik noch nicht die Möglichkeit bestand, eine Hepatitis C zu erkennen. Wahrscheinlicher ist aber auch insoweit, dass diese Infektion gleichfalls 1987 in E zusammen mit der Hepatitis B-Infektion erfolgt ist. Eine Erkrankung im Rahmen der vorangegangenen Angiographie in Kairo ist zwar theoretisch denkbar, im Hinblick darauf, dass im Falle einer Inokulation von infiziertem Material das Risiko aber um den Faktor 10 geringer ist als bei der Hepatitis B (vgl. Mehrtens/Perlebach, a.a.O. Rdnr. 11.2), aber keinesfalls wahrscheinlich, wie Prof. Dr. C1 dargelegt hat.

Das medizinisch laienhafte Berufungsvorbringen des Klägers ist ungeeignet, Zweifel an dem medizinischen Beweisergebnis zu wecken und macht auch weitere Ausführungen nicht erforderlich.

Entspricht mithin der angefochtene Verwaltungsakt der Sach- und Rechtslage, mussten Klage und Berufung erfolglos bleiben.

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

Zur Revisionszulassung bestand keinerlei Anlass.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2006-01-09